

Telemedicína v psychiatrii

MUDr. Miroslava Žáčková¹, MUDr. Hana Valentová², MUDr. Sylva Racková Ph.D.³, MUDr. Luboš Janů Ph.D.^{1,4}

¹A-Shine s. r. o. Plzeň

²Psychiatrie-ambulance s. r. o.

³Arlego s. r. o.

⁴Neuroscience s. r. o.

Telemedicína zažívá nárůst zájmu. Telepsychiatrie rozhodně není první aplikací. Použití telekomunikačních prostředků s cílem poskytování zdravotní péče může mít řadu příčin. Použití telemedicíny je založeno s cílem zlepšit dostupnost psychiatrické péče, snížit její náklady a snížit stigmatizaci psychiatrii pro běžné lidi. V tomto článku diskutujeme pro a proti této metody. Je třeba dalších studií v různých zemích k vydání nařízení a standardů pro její použití. Subjektivní přijetí je založeno hlavně na spolupráci specialistů, pacientů a regulačních orgánů. Zlepšení zdravotní péče je hlavním důvodem pro telemedicínu.

Klíčová slova: telemedicína, telepsychiatrie, psychiatrie, zdravotní péče, vzdálené vyšetření

Telemedicine in psychiatry

There is increased interest in telemedicine. Telepsychiatry is not the first specialty. The use of telecommunications technologies to provide medical services, could be used because of various reasons. The use of telemedicine is based on the aim to improve access to psychiatric care, cost effectiveness and decrease stigma of psychiatry for public people. Cons and pros are discussed in the article. There is need for further studies in different countries to establish regulations and standards for the use. Subjective acceptance is mainly based on the cooperation between health specialists, clients and regulative authorities. Improving health care as the main reason for telemedicine.

Key words: telemedicine, telepsychiatry, psychiatry, health care, remote assessment

Telepsychiatrie bývá definována jako „vzdálené (na dálku) poskytování zdravotní péče a výměna zdravotních informací pro potřeby poskytování psychiatrických služeb“ (1). Užívání takových prostředků se stává stále častější. Je pro to řada důvodů. Jaké to jsou, jaké jsou výhody, nevýhody a limity těchto postupů – to si stručně objasníme v následujícím článku. Pro zjednodušení nebudeme uvažovat o prostém telefonickém spojení (které již naši pacienti běžně používají), ani o specializovaných aplikacích webových nebo pro chytré telefony a jiné, již spíše automatizované možnosti, ale hlavně o videokonferenčních hovorech. Žádný ze systémů není cílen tak, aby nahradil vyšetření prováděné face-to-face, ale může být prvním krokem, který řada pacientů díky internetu stejně dělá (2). Je důležité zmínit, že ČR je díky MUDr. Filipu Španielovi a kolektivu jednou z průkopnických zemí díky programu ITAREPS, ačkoli tento prostředek ke snížení relapsů pacientů se schizofrenií nebyl dosud v ČR (v některých zemích ano) pojišťovny implementován do běžné péče.

Od 40. let dvacátého století je k dispozici video, obecně dostupné v USA je od počátku 50. let. V té době také začíná být postupně video využíváno pro poskytování zdravotnických služeb v izolovaných oblastech. Následně tato služba začala být zajímavá i pro zóny válečných konfliktů. Je dále podporována ministerstvem obrany

USA. Používána byla také pro izolované indiánské rezervace v Novém Mexiku a Arizoně. Dalším využitím byla zdravotnická podpora pro astronauty během kosmických letů. Už v roce 2005 založila WHO celosvětové středisko zaměřené na vývoj eHealth. Převládá ale asynchronní komunikace (e-mail), výjimkou je kanadský projekt Teletrauma s možností on-line videokonference. V současné době by mohla být telemedicína relativně běžně dostupná pro skoro všechny obyvatele rozvinutých zemí. Aktuálně existují rozsáhlé humanitární projekty zaměřené zejména na africký kontinent.

Telemedicína nebyla prvotně zaměřená na psychiatrii, ale spíše na dialýzu a kontrolu výkonů, které provádí střední zdravotní personál, lékařem. Nicméně již tehdy byl součástí týmu psychiatr. Původní náklady na zabezpečené internetové spojení pro pohyblivé video, materiál a vybavení byly odhadovány na 50 000 dolarů na centrum. V dnešní době lze toho samého dosáhnout „s každým iPadem“ (3). V našem prostředí tedy stačí i mnohem levnější zařízení a dosáhneme dostačujících parametrů.

V poměrně hustě obydlené Evropě, tradičně rezervované k novým postupům, je rozvoj znatelně pomalejší. Nicméně penetrace dostupným síťovým připojením a nedostatek zdravotnického personálu, stejně jako požadavek na rychlé sdílení informací, znamenal i zde rozvoj od počátku 21. století. Rozvoje na severoamerickém kontinentě (vznik American Telemedicine Association v roce 1993 s pravidelnými kongresy, licencovaný E-Therapist na Floridě apod.), ale ještě zdaleka nedosáhl. Mezi nejznámější evropské projekty patří Norský národní institut pro telemedicínu, německý projekt TEMPIS pro léčbu cévních příhod, dánský model motivovaný zejména snahou doručit zdravotnickou péči i dánsky nemluvicím pacientům.

Obecně je telepsychiatrie vnímána jako uspokojivé řešení nejen personálem, ale zejména dětskými, dospělými i starými pacienty, nejen v obtížněji dostupných oblastech a situacích (4).

Jaké jsou tedy hlavní domény použití telemedicíny? Obecně platné:

Nedostupný zdravotník. To může být způsobeno obecně nedostatkem personálu se snahou využít jejich zdroje, stejně jako vzdálenostmi mezi lékařem a pacientem (poušť, vesmír...).

Specifickou skupinu tvoří nedostupnost daná nebezpečným prostředím – např. válečným konfliktem.

Omezení daná zdravotním stavem. Nejedná se jen o invaliditu pacienta. Autoři se stejně jako řada kolegů setkali s mnoha pacienty nejprve náhodně mimo ordinaci (jiná oddělení nemocnic, doprovod, sociální podpora...), protože jejich psychický stav (zejména úzkostné poruchy, sociální fobie) jim neumožnily fyzickou návštěvu.

Cenové náklady. Cesta zdravotníka znamená, že ho v tu dobu nelze využít pro poskytování zdravotní péče. Cesta pacientů k lékaři znamená náklady na přepravní techniku a příslušné pracovníky. Znamená také nepohodlí a potenciálně zhoršení stavu pacienta. Nelze nezmínit rizika cesty.

Rychlost péče. V případě konzultace postupu (mladším lékařem, sestrou...), nových laboratorních a jiných výsledků (i automaticky zaznamenaných), náhlé změny stavu apod. je rychlejší spojení více než vhodné.

Spojení s aplikacemi. Již nyní je dostupná řada aplikací, které by právě implementací do systému poskytování zdravotní péče získaly opravdový smysl. Jednoduchým příkladem je hypertenze při návštěvě ordinace, která může být verifikována opakovaným měřením v domácím prostředí.

V evropských zemích je situace odlišná i vzhledem k odlišnému poskytování psychiatrické péče. I v ČR by mělo dojít spolu s reformou k této změně. Jejím cílem je zlepšit dostupnost péče. Trvajícím limitem je ale počet psychiatrů, již v současném systému v některých lokalitách ČR nedostatečný. Podle kvalitativního výzkumu v Norsku videokonference posílila zapojení pacienta do procesu, snížila nejistotu a zvýšila sdílení zodpovědnosti v hůře dostupných oblastech – 3 regionální nemocnice bez psychiatrické péče pro nedostatek personálu. Tato možnost nenahrazovala běžnou péči, ale je výhodná v akutních případech. V takovém případě je videokonferenční spojení bezpečná, účinná a uspokojivá metoda nejen pro pacienty, ale i pro zdravotnický personál. Výhodou oproti běžnému telefonu byla vzájemná interakce mezi pacientem, lékařem a sestrou, zejména ve složitějších situacích. Pacienti popisovali obavy před, nikoli po videokonferenci. Zrakový kontakt a fakt rychlého řešení byl považován za důležitý. Zaznamenány byly i názory, že je bezpečnější hovořit s někým mimo organizaci. Psychiatři se pak ve srovnání s telefonním hovorem cítili v rozhodování mnohem jistější. Za stejně důležitý jako kontakt díky videokonferenci byl považován pocit, že tato možnost je. Celkově všichni vyzdvihovali hlavně vyšší pocit jistoty (5).

V některých oblastech již v zájmu zlepšení péče a zvýšení dostupnosti vznikají státní programy s definovaným standardem, které mohou být snadno hodnoceny a kontrolovány. Očekávaný efekt byl potvrzen např. u abuzérů v dětské populaci (6). Přesnost a míra shody přímého vyšetření a vyšetření prostřednictvím telefonu s cílem klasifikace pacienta podle MKN-10 byla hodnocena jako velmi dobrá. Novější

videokonferenční hovory by měly být nejméně stejně přesné (7). Přestože finanční náklady silně závisí na principu poskytování péče (nehrazení dopravy k lékaři, omezení specializované péče na centra, penetrace kvalitním datovým spojením apod.), byly opakovaně hodnoceny jako výhodné, a to již před více než 10 lety. Jejich cena časem klesá (8).

Jinou oblastí eHealth je řada postupů, které se dosud shledávaly spíše s odmítáním – elektronický recept, projekt IZIP, elektronické neschoopenky a další. Tyto projekty se setkaly s odporem zejména proto, že nerespektovaly potřeby těch, pro které byly určeny. Přes snahu lékaře k některým aspektům elektronizace donutit, neexistuje jasný rámec, kdy a za jakých podmínek vůbec péči elektronickými prostředky poskytovat lze.

Byly hodnoceny dostupné studie srovnávající poskytování psychoterapie face-to-face a prostřednictvím videokonference. V žádné z publikovaných studií nebyl mezi těmito dvěma metodami zaznamenán významný rozdíl (9).

Nabízí se i několik faktorů, o kterých můžeme diskutovat:

Anonymita/bezpečí. V dnešní době nejen mladá populace leckdy upřednostňuje takový kontakt, který vnímají jako bezpečnější, s možností přerušení. Vždyť i seznámení prostřednictvím internetu (chaty, fóra, on-line hry, internetové seznamky...) přebírají místo tradičním způsobům tváří v tvář. Jaký vliv má často medializovaný obhroublý způsob jednání lékaře na ochotu podstoupit vyšetření – můžeme jen spekulovat.

Destigmatizace. Nejen v okrajových částech stále platí, že návštěva psychiatrie (viděn v čekárně pacienty, personálem...) může být dehonostující. Tím se snižuje reálná dostupnost péče, protože pacient s takovým přesvědčením si ani nebude domlouvat návštěvu. Srovnajme, kolik naši pacienti navštíví webových diskuzních fór, dříve než se ocitnou v ordinaci. Nejen v psychiatrii je kontakt prostřednictvím elektronické komunikace vnímán jako snazší a bezpečnější.

Usnadnění kontaktu. U jiných služeb běžné umožnění spojení pouhým proklikem, objednání přes internet... videokonference je pak jen dalším vyústěním. Telemedicína pak umožní i setkání během pracovní pauzy, v době omezení ordinálních hodin, při nemoci zdravotníka kolegou z jiného regionu apod. Nedostatek lékařů, zejména psychiatrů je problémem v celém světě, rozvinuté země (USA, Německo) nevyjímaje.

Možnost vyšší specializace. Menší počet zdravotníků může vykonávat/dohlížet na celou populaci pacientů se specifickou diagnózou

v jednom státě (10). V některých úzce specializovaných oblastech (nejen v psychiatrii) je nedostatek personálu v pravidelných intervalech zcela běžný, je dán i jen například generační obměnou pracovníků, popularitou oboru apod.

Jaké jsou naopak limity? Opět můžeme dělit na obecné:

Počáteční nedůvěra. Na základě konzultace s kolegy se zdá, že důležitá je nedůvěra ze strany zdravotnického personálu. Otázkou, jak přijímají možnost videokonference pacienti, aniž by měli takovou zkušenost, si položili autoři studie, jejímž výsledkem bylo nejen převážně kladné přijetí, ale i kladné zhodnocení dostupnosti péče. Na druhou stranu je třeba stále brát v úvahu, že přístup není pro všechny. Vždy bude skupina lidí, kteří budou videokonferenci odmítat, stejně tak, jako budou odmítat formu přímé péče nebo péči jako takovou (11). Jsou specifické populace pacientů, kde je situace obtížnější, např. pacienti starší 60 let bez dosavadní zkušenosti s touto metodou a často bez zkušenosti s internetem. Nicméně i zde většina pacientů má zájem o nové možnosti. Obava z nového může být redukována s pomocí počátečního nastavení a zaškolení (12).

Nedostupnost. Přestože připojení a nároky na zařízení jsou již velice dostupné, stále bez další podpory nejsou dostupné pro každého. Stejně jako je podporována stávající péče, vyžadovala by i telemedicína jistou míru odlišné podpory.

Omezení kontaktu. Živý kontakt mezi dvěma a více lidmi na jednom místě má neopakovatelnou atmosféru. Toho bychom si měli být vědomi, a pokud možno ho preferovat. Stejně tak není plnohodnotně možné napojení všech potřebných přístrojů pro vzdálené spojení. Řada i běžných vyšetření využívá jinak nedostupné prostředky (gynekologické křeslo, ultrazvuk...), které nejsou jednoduše vzdáleně nahradit. Na druhou stranu již řadu let je běžná robotická ruka, běžně jsou dostupné aplikace pro vzdálené spojení s EKG, otoskopy, stetoskopy, resp. přístroji s elektronickým výstupem obecně. V potaz je třeba brát i omezení z technických důvodů při již zahájeném kontaktu.

Finanční otázky. V současnosti je v bodovém výčtu hrazen telefonický kontakt, ale není předpokládáno, že by sloužil k náhradě některých vyšetření dosud hrazených jako „tváří v tvář“. Má-li být telemedicína využívána, měla by být i oficiálně umožněna a naceněna v systému výkonů. Nejedná se jen o například umožnění videokonference místo kontroly, ale také o podporu připojení dalších přístrojů a nároky na softwarovou komunikaci.

Standardizace péče. Chybí standardy pro poskytování, licence, vzdělávání. K metodě patří nedůvěra, která není nejsilnější mezi pacienty, ale spíše mezi lékaři a zejména plátcí zdravotní péče. Obava je daná spíše ekonomicky.

Nejasné jsou:

Nedůvěra/odpor pacientů. Sice byl již opakovaně prokázán opak, ale je jistě řada pacientů, kteří s ohledem na nemoc (paranoidní, specificky úzkostní) nebudou tyto metody primárně využívat.

Nedůvěra/odpor lékařů. S ohledem na opakovaně neúspěšné pokusy o elektronizaci (receptů, neschopenek, systémů...) lze očekávat silný odpor při požadavku na plošné rozšíření.

Nedůvěra/odpor poskytovatelů. Jakákoli nová metoda bez jasné standardizace vzdělání, provádění a účtování budí obavy. Je třeba řady praktických dokladů, abychom mohli o využití v reálné běžné péči uvažovat.

Legislativní problémy. Za současné situace rozhodně nelze z videokonference nebo jiného spojení pořizovat bez souhlasu pacienta záznam. Stejně tak ale nelze jednoduše získat informovaný souhlas nebo nesouhlas. I postup prokazování totožnosti/pojištění vyžaduje spolupráci pacienta nebo podpůrného týmu.

Emoční problémy. Stejně jako pacient vždy zahajuje návštěvu lékaře v neznámém (lékařově) prostředí, nelze pominout, že zde lékař již není jen ve svém prostředí. Také možnosti ukončení/přerušování kontaktu jednou stranou jsou mnohem jednodušší. Na druhou stranu právě linky bezpečí a krizové linky jsou jedinou běžně dostupnou a uznávanou ukázkou telepsychiatrie (spíše telepsychoterapie) v naší společnosti.

Omezení týmové práce multidisciplinárních týmů. Je rizikem, že vzhledem k možné redukci nákladů s využitím telemedicíny by mohlo dojít k omezení nemocničních nebo specializovaných týmů. Nejen v ČR je obecně uznávanou

normou multidisciplinární přístup se setkáním řady fyzicky přítomných specialistů „nad případem“. Redukce by pak znamenala zaměření na léčbu symptomů, tedy návrat zpět (10).

Nedostatek údajů. Je řada dat a měření efektu telemedicíny v oblastech snížení symptomů, ceny, dostupnosti, důvěryhodnosti a spokojenosti pacientů s metodou (13). Schází ale obtížně definovatelný faktor komplexní údravy. Nicméně tato situace je obdobná i při ověřování účinnosti nových léků nebo léčebných postupů. V dosud publikovaných pracích byla vždy hodnocena dobrá úroveň spokojenosti se začleněním metody, pacienti neměli s prostředky telemedicíny problém. Je ale třeba poznamenat, že studie a hodnocení získaných dat dosud nejsou jednotné a soubory nejsou dost velké (14). Je třeba dalších studií a hlavně sjednocení metodologických přístupů, aby byla jasně stanovena míra přínosu, případně omezení.

Závěr

Souhrnem lze říci, že telemedicina obecně (telepsychiatrii v to počítaje) se rozvíjí, v poslední době velice rychle. Její masivní rozšíření (jako i u jiných dostupných metod) dosud provází řada nejasností. Prvotním důležitým uvědoměním je, že nelze nikdy telepsychiatrii požadovat za plnou náhradu přímého kontaktu. Jde o to ji umožnit tehdy, když se na ní pacient a lékař shodnou a nebude v rozporu s doporučenými postupy. Není cílem přizpůsobit medicínu technice, ale využít techniku pro potřeby medicíny. Telemedicina oproti konvenčnímu pojetí může přinášet řadu výhod. Mezi hlavní patří zvýšení dostupnosti péče, spojení s aplikacemi a elektronickými výstupy z měřících zařízení. Důležité je i umožnění kontaktu, který může být pro mnoho lidí snazší. Nakonec rozvoj péče a zlepšení stavu v nejširším slova smyslu je konečný cíl zdravotní péče obecně.

Literatura

1. Wootton R, Yellowlees P, McLaren P. Telepsychiatry and e-Mental Health. London: Royal Society of Medicine Press Ltd., p. 3, 2003.
2. Molfenter T, Boyle M, Holloway D, Zwick J. Trends in telemedicine use in addiction treatment. *Addiction Science & Clinical Practice*, 2015; 10(1): 14.
3. Moncrief JW. Telemedicine: the slow revolution. *Adv Perit Dial*, 2014; 30: 125–127.
4. Valdagno M, Goracci A, di Volo S, Fagiolini A. Telepsychiatry: new perspectives and open issues. *CNS spectrums*, 2014; 19(06): 479–481.
5. Trondsen MV, Bolle SR, Stensland GØ, Tjora A. (2014). Video-conference: a qualitative exploration of videoconferencing for psychiatric emergencies. *BMC health services research*, 14(1): 544.
6. Hilt RJ, Barclay RP, Bush J, Stout B, Anderson N, Wignall JR. A Statewide Child Telepsychiatry Consult System Yields Desired Health System Changes and Savings. *Telemedicine and e-Health* 2015.
7. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. (2014). Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and II disorders. *American Journal of Psychiatry*.
8. Hyler a Gangure 2003.
9. Walsh M. A Comparison of the Efficacy of Psychotherapy via Telemedicine to Traditional In-Person Therapy for Rural Veterans with PTSD 2014.
10. Kornbluh 2014.
11. Gardner MR, Jenkins SM, O'Neil DA, Wood DL, Spurrier BR, Pruthi S. Perceptions of Video-Based Appointments from the Patient's Home: A Patient Survey. *Telemedicine and e-Health*, 2015; 21(4): 281–285.
12. Bujnowska-Fedak MM, Pirogowicz I. Support for e-health services among elderly primary care patients. *TELEMEDICINE and e-HEALTH*, 2014; 20(8): 696–704.
13. Hilty DN, Ferrer DC, Parish MB, et al. The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemed J E Health*. 2013; 19(6): 444–454.
14. Mair F, Whitten P. Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *Bmj*, 2000; 320(7248): 1517–1520.

*Článek je převzatý z
Psychiatr. praxi 2016; 17(1): 18–21*

MUDr. Luboš Janů Ph.D.

A-Shine s.r.o.

Smrková 23, 301 00 Plzeň

lubos.janu@seznam.cz