

## O navazování důvěry a předcházení průšvihům

**Posláním Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví je iniciovat a realizovat změny, které vedou k přesunu péče o duševní zdraví do komunity, posílení respektu k lidem s duševním onemocněním a profesionálním a dostupným službám v oblasti péče o duševní zdraví. Ředitele centra Mgr. Pavla Řičana jsme požádali o vysvětlení, co se za tím skrývá.**

Říká se, že poražený svět se nejvíce mstí tím, že nám přenechá své nectnosti. Co nejhoršího podle vás naše psychiatrie zdědila po totalitním režimu?

Podle mne tady vznikla velká kulturní mezera v přístupu k duševně nemocným. Tím, že naši odborníci nemohli jezdit za hranice, zůstali jsme součástí izolovaného socialistického bloku. Neproběhla u nás vlna antipsychiatrického hnutí, ani nešlo přinášet nové přístupy do péče. Mezitím se ve vyspělých státech západní Evropy začaly rozvíjet a byly podporovány komunitní služby. Nám v důsledku železné opony „ujel vlak“ a teď se to snažíme dohnat.

Co se od té doby změnilo a kde ještě máme co dohánět?

Řada lidí udělala veliký kus práce, leccos se změnilo i v psychiatrických nemocnicích. V rámci sociálního resortu se podařilo rozvinout komunitní služby, ale zdravotníci zůstali v ambulancích, nemocnicích a ústavech. Je proto třeba, aby se výrazně rozvinuly a posunuly nové formy péče. Jde především o terénní týmy složené z psychiatra, psychologa, sestery a sociálních pracovníků.

Jaké jsou podle vás v tomto směru vyhlídky?

Určitý posun tady je a já pevně věřím, že mobilní týmová péče se stane v naší zemi realitou, i když cesta ke změně nebude určitě snadná. Ještě nikdy v posledních 25 letech tomu nebylo tak, že by Ministerstvo zdravotnictví ČR mělo nějaký konkrétní plán reformy, že by



▲ Mgr. Pavel Řičan, ředitel Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví

existoval návrh na vytvoření 30 center duševního zdraví nebo jejich standard, který říká, že je to operativní služba přicházející za pacientem. To jsou všechno nové věci. Naše ministerstvo za nimi v zásadě stojí, což vzbuzuje naději. V tom vidím posun, i když není zatím nikde vidět.

Co lze očekávat v následujících letech?

Já jsem stále mírně optimistický a věřím tomu, že vzniknou centra duševního zdraví v České Republice a ta péče se bude systematicky měnit. Spoléhám na to, že Národní ústav duševního zdraví bude sledovat a vyhodnocovat intervence, a nakonec se stejně jako v jiných zemích ukáže, že komunitní péče nepřináší pro společnost rizika, není finálně dražší, ale naopak zvyšuje kvalitu života nemocných lidí i bezpečí společností. Nechci říkat, že všechno bude hned lepší, ale myslím si, že je tu velká šance. Je tady mimořádná příležitost využít evropské peníze ne k tomu, abychom si opravili chátrající budovy v léčebnách, ale k tomu, abychom dokázali systematicky rozšířit služby tam, kde jsou potřeba. Je ovšem mimořádně důležité, aby centra duševního zdraví byla dostatečně personálně vybavená. Setkal jsem se i s názorem, že stačí, aby několik sester dosud pracujících v léčebně, začalo navštěvovat pacienty.

Kdo se podle vás nejvíce zasloužil o to, že jsme se vydali tímto směrem?

Tak to je velké množství lidí, kteří pracují s duševně nemocnými, hledají a rozvíjejí nové způsoby pomoci. Pak všichni lidé, kteří mají psychiatrickou diagnózu, nebojí se o tom mluvit a tím narušují stereotyp o nebezpečných blázních. A určitě naše centrum, které založil Jan Pfeiffer. Letos je to právě 20 let a celou tu dobu se snažíme říkat a psát, že náš systém péče o duševně nemocné je zastaralý a že je možné jej změnit. Mám za to, že určitý vliv měly všechny ty evropské strategie a deklarace, které jasně říkají, že se má péče posunout k pacientům do jejich prostředí, a má v tom smyslu existovat nějaký plán a strategie také na vládní úrovni. Potom je tady Úmluva o právech lidí s postižením, která mimo jiné stanoví, že lidé mají právo na dostupné služby komunitně.

Jak k takovým inovacím přistupují velké nemocnice? Jsou jejich pracovníci novému přístupu otevření nebo se spíše staví do opozice?

Asi jak kde a jak kdy. Naše zkušenost je taková, že jsme více spolupracovali s komunitními službami, které vznikaly v posledních 25 letech. Tam bylo jednodušší společně zavádět změny. Velké nemocnice bývají zdrženlivější, ale doufám, že se to časem změní. Ostatně už existují dva zdravotnické týmy, které pracují v terénu. Jeden v pražské Ústřední vojenské nemocnici, druhý v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích. A to svědčí o tom, že i tady jsou lidé, kteří mají zájem

se inspirovat a chtějí dělat věci jinak, než čekat až se pacient zhorší a pak ho přijmout na lůžko. Takže tady vidím naději do budoucna.

Spolupracujete s nimi?

Třeba teď spolupracujeme s bohnickou nemocnicí na vzdělávání v metodice mapování potřeb, která je původně z Anglie. Naši lektoři tam pomáhají při zavádění nového způsobu mapování, takže i tam se otevírají dveře.

Reforma psychiatrické péče by měla zlepšit život lidem s psychotickým onemocněním. Jak je tomu ale u lidí s méně závažným onemocněním, jako je porucha osobnosti nebo „pouhé“ deprese. Nemá tady naše psychiatrie určitý dluh?

Souhlasím s tím, že nabízet pomoc pouze na základě diagnóz není úplně šťastné. Víme, že definice závažného duševního onemocnění nepočítají jenom s diagnózou, tam je hlavně důležité i to, jak moc je ten člověk potřebný. Často se jedná o propojení psychických potíží a jeho sociální situace. Čili jestli má kde bydlet, zda má vůbec možnost se dostat k jinému lékaři než k psychiatrovi, protože tohle všechno tvoří potřeby toho člověka. Určitě to tedy nejsou jenom lidé s psychózami, kteří potřebují nejintenzivnější péči. Pokud jste zmínil lidi s poruchami osobnosti nebo s vážnější deprezi, tak ti do té skupiny „závažně duševně nemocní“ obvykle spadají. Na druhou stranu si ale myslím, že současné zdůrazňování péče o ty nejzávažněji nemocné má nějakou logiku. Je to stejně, jako když se bavíme o chudobě. Tam by stát měl v první řadě zajistit péči o ty úplně nejchudší a až ve druhé vlně se věnovat těm, kteří mají nízké příjmy.

A jak to podle vás vypadá v praxi?

Podle mého názoru tady skutečně hodně dlužíme lidem, kteří jsou na tom nejhůř. Vždyť řada nemocných zůstávala dlouhá léta na tzv. chronických odděleních jenom proto, že neexistovaly další služby. A to je potom problém, protože oni ztratí schopnost starat se o sebe, a je pak mnohem těžší jim pomáhat a měnit ty věci zpátky.

Mohla by situace v psychiatrických nemocnicích zlepšit pomoc peer asistentů?

Zatím jsme pojetí peer asistentů zaváděli velmi úspěšně v sociálních službách. Pokud bude v brzké budoucnosti možnost otestovat něco podobného také na nějakém oddělení psychiatrické nemocnice, určitě nás to bude zajímat. V zahraničí už peer konzultanti na lůžkových odděleních působí a jsou hodnoceni kladně. Jejich role je dodávat ostatním naději a nějakým způsobem měnit uvažování o tom, co je duševní nemoc, zda se jedná o trvalé postižení nebo je tam přece jenom nějaká optimistická vyhlídka. Tato služba představuje ohromný potenciál, který je možné využít. Nedávno vyšla britská meta-studie, která konstatovala, že zavedení peer konzultantů do týmu snižuje počet dnů hospitalizace. A to je velice významný údaj svědčící o tom, že se to může i ekonomicky vyplatit.

Objevily se již „první vlašťovky“?

Nevím, zda jsou to vlašťovky, ale o tu peer problematiku teď projevil zájem třeba Psychiatrická nemocnice Bohnice. Zatím nevíme, v jakém časovém horizontu něco vznikne, ale jsme v kontaktu a zvědaví, jak to téma uchopí.

V posledních letech došlo k několika závažným trestným činům způsobeným psychicky narušenými lidmi. Ubodání studenta schizofreničkou ve žďárské škole bylo vnímáno jako selhání naší psychiatrie, pak se ale objevil muž, o jehož potížích se ani řádně nevědělo, dokonce vlastnil zbrojní pas, a postřílel osm lidí. Jak takové vyšetření vnímáte?

To je vždycky obrovské neštěstí. Mně na tom tragickém případě z Uherského Brodu přijde důležité, že se jednalo o muže, který se staral o nemocnou manželku, a evidentně tady chyběla nějaká podpora ze strany služeb. Ale o tom už se příliš nemluví.

Takže na tom měla podíl i sociální situace?

Těžko to lze vyloučit. Každopádně když se v podobné situaci ocitne člověk s duševním onemocněním, který evidentně obtěžuje své okolí, tak je to jasný signál, že bychom s tím měli něco dělat. Za tou rodinou měl vyjet terénní tým, který by se zajímal o její stav a nabízel jí různé způsoby podpory. Skutečnost je však taková, že ti lidé žili dlouhá léta bez pomoci, ponechání sami sobě. A to není dobré. Tam se něco zanedbalo! To vnímám jako chybu.

Určité řešení by se tedy dalo najít?

Jistě. Vždyť jedním z cílů reformy je, aby nedocházelo k tomu, že někdo zůstane bez podpory jenom proto, že například nechodí k psychiatrovi. To není důvod k ukončení péče, to je důvod k jejímu zintenzivnění. My se za současné situace často bavíme o tom, jestli duševně nemocné zavřít nadlouho do speciálních zařízení, anebo je nechat svému osudu. Ale to jsou z mého pohledu dvě špatné odpovědi. Ta dobrá odpověď je zajímat se o lidi, kteří mají potíže a usilovat o kontakt s nimi.

V poslední době se konečně už i v naší psychiatrii začíná diskutovat o nadměrné indikaci léků na úkor psychoterapie. Jak se na to díváte?

Mně osobně je sympatický finský model, který s velmi dobrými výsledky zkouší být s medikací spíše opatrný. Celkově méně medikují, ale je to vyváжено velmi intenzivní psychologickou a psychoterapeutickou péčí. Ve Velké Británii je zase velmi populární přístup tzv. sdíleného rozhodování (shared decision making), který do psychiatrie pronikl po velmi úspěšném uplatnění v jiných oblastech medicíny. Pacienti i lékaři se učí jak rovnoprávně komunikovat o užívání léků. Nejde o to přesvědčit pacienta, aby bral konkrétní lék ani o pouhý informovaný souhlas. Pacient dostává maximum informací o výhodách a nevýhodách jednotlivých terapeutických možností, rozhodnutí je na něm. Aby to mohlo fungovat, musí vzniknout velmi otevřený pracovní vztah mezi lékařem a pacientem.

Jaký by podle Vás měl být způsob kontroly, aby nedocházelo k tragédiím? Často slyšíme, že privátní psychiatři nemají možnost pacienty kontrolovat, ti pak přestanou brát léky a mohou být nebezpeční svému okolí?

Představa, že pacient, který pravidelně neužívá medikaci, je automaticky nebezpečný, je scestná. Budu se opakovat – to nejbezpečnější řešení, které známe, je být s člověkem, který má závažné duševní potíže, v kontaktu. Nejen během hospitalizace a nejen v ambulanci. To je princip, na kterém jsou založeny asertivní terénní týmy třeba v Holandsku nebo v Anglii. Není žádný důvod, proč by to nemohlo fungovat i u nás.

Čili ten tým si už pacienta ohlídá?

Ten tým se snaží především o navázání důvěry. Pokud se nejedná o nařízenou léčbu, má stále omezené pravomoci, ale v každém případě usiluje o navázání pracovních vztahů, čímž do značné míry omezuje prostor pro průšvihy. Začíná to tím, že za dotyčným člověkem někde jezdíte, nabízáte mu podporu. A když se třeba objeví problémy se sousedy, zjišťujete, co se děje, nabídnete mu zprostředkování. A takovou cestou bychom se měli pustit. Teprve, když většina těchto prostředků selhává, je na místě soudně nařízená hospitalizace. To je však až to poslední řešení.

Stanislav Šumbera