

I radikální reformátoři ubrali plyn

O názor na reformu systému psychiatrické péče jsme požádali prof. MUDr. Cyrila Höschla, DrSc. FRCPsych., ředitele Psychiatrického centra Praha.

Potřebuje podle Vás systém psychiatrické péče v České republice transformaci?

Předesílám, že na to nemám silný názor, respektive že můj původně vyhraněný názor slábne tím, jak se člověk seznamuje s různými systémy tady i v cizině a s jejich dopady na situaci duševně nemocných. Slábne i s čím dál tím silnějším uvědoměním, že jsou tu silní a poměrně důležití hráči s různými zkušenostmi – na jedné straně velké psychiatrické léčebny, oddělení akutní péče, ambulance a na druhé straně různá netradiční zařízení, která představují pokus o transformaci směrem ke komunitní péči, jako je Fokus a celá řada dalších. Nikoho nemůžeme obvinít z toho, že to myslí špatně a že tu už dneska nemá co dělat a pro každý názor lze najít argumenty. Jak pro to, že by se transformace dělat neměla, tak pro to, že by se dělat měla.

Je alespoň v něčem jasno?

Především to, že by duševně nemocní měli být i nadále shromažďováni ve velkých léčebnách, abychom jim zde mohli poskytovat péči, se zdá být z celoevropského pohledu obsolentní. To je dál neudržitelná představa. Jenomže řekneme-li, co s tím, na to už jsou různé názory. Zastánci těch konzervativnějších předpokládají, že by se dnešní kolosální léčebny pouze proměnily v otevřenější moderní diferencované jednotky s různými druhy zařízení uvnitř a s různou úrovní péče. Kdysi se o to v Bohnicích pokoušel Zdeněk Bašný, v současnosti se o to pokouší Martin Hollý, v Jihlavě Zdeňka Drlíková a nakonec řada ředitelů léčeben, kteří si určitou nutnost pokroku plně uvědomují. Na druhou stranu právě „lobby“ ředitelů léčeben se zdá být opticky jakousi brzdou, když jde o to rozhodnout se k nějakému radikálnímu kroku.

Kdo u nás stojí za snahou prosadit nějaký radikální krok?

Úsilí o radikální krok představovala skupina mladých „revolucionářů“ po listopadu 1989, kteří se později různě proslavili, jako Honza Pfeifer nebo Ondřej Pěč. Jenže celý transformační proces nabral obrovské zpoždění a postupem let se i jejich původní ostré vědomí obrousilo, často už své úsilí namířené proti setrvačnosti toho molochu do jisté míry vzdali. První zlom nastal ve chvíli, kdy bylo zapotřebí otevřeně si přiznat, že plný přechod na komunitní péči nebude znamenat úsporu peněz, jak reformátoři původně slibovali, ale naopak zvýšené investice. Komunitní péči je potřeba nějak vybudovat a znamená to nejenom omezit počet lůžek v léčebnách, ale také nabídnout místo nich něco jiného, například vytvořit mobilní týmy.

Proč myslíte, že by komunitní péče byla dražší?

Komunitní péče zvyšuje nároky na jednotlivce, proto je také nutné zvýšit odměnu za to, co po nich chceme. Není neustále možné chtít více muziky za méně peněz. Co se v instrumentální medicíně investuje do přístrojů a technologií, to by se v této oblasti mělo investovat do lidí. O tom se nám plátce a politiky nepodařilo dosud plnohodnotně přesvědčit. To je první investice.

Pro lidi, kteří nejsou schopni žít samostatně ve svých domácích podmínkách, bude nutné rozvíjet chráněné prostředí, udržovat byty, dílny, kavárničky, různá další zařízení. To, co je dnes nepříliš systémově financováno různými projekty a programy, zavést systémově a to by byla obrovská investice.

Další investice by si vyžádala proměna léčeben. Často jsou to rozsáhlá zařízení s velkými pozemky, která nabízejí řadu možností, k čemu by měla sloužit dál. Všichni víme, že se nám nedostává sociálních lůžek, kvalitních zařízení dlouhodobé péče pro staré a opuštěné, pro různě sociálně handicapované lidi, kteří nepotřebují vyloženě psychiatrickou

péči, a přesto nemohou bez nějaké pomoci existovat. Jít tímto směrem a to už je zase investice, zase nějaký personál, nějaké zařízení. Přitom například Bohnická léčebna by potřebovala odhadem jednu až dvě miliardy, aby stav budov odpovídal standardu. S postupem doby ta částka dramaticky narůstá, čím více to odkládáme, tím hůře to bude řešitelné. To je jeden z argumentů proti transformaci, protože není na obzoru, kdo by to zaplatil.

Není investiční zanedbanost léčeben spíše argumentem pro jejich transformaci? Proč investovat do zastaralého systému?

Investiční zanedbanost léčeben slouží v debatách jako argument pro obě strany. Je pravda, že s tím musíme něco udělat, otázka zní, co je levnější. Jsou tady dvě mohutné alternativy. Jedna možnost je reformovat současný stav, ale vycházet ze současné struktury a jenom se podívat, jestli proporce mezi akutními a chronickými lůžky, mezi péčí ambulantní a lůžkovou, mezi frekvencí denních stacionářů a hospitalizací, je optimální. A také se podívat, jestli je péče dostatečně personálně zajištěna, jestli by se pacientům nemělo věnovat více lidí, což ovšem samo o sobě ještě nezaručuje, že se zlepší kvalita péče. Lékaři mají přirozenou tendenci k lenosti, a když budou mít na oddělení místo padesáti jen pětadvacet pacientů, ještě to neznamená, že s nimi budou víc komunikovat.

Druhá možnost je vydat se skandinávskou či britskou cestou, mít mobilní týmy a domy o čtyřech pěti lůžkách v městských aglomeracích pro ultra krátkodobou krizovou péči a spíše mít sestry, psychoterapeuty a sociální pracovníky, chodit do domácností řešit jednotlivé případy, aplikovat medikaci a sledovat stav klientů v jejich domácím prostředí. Teď, zdá se, jsme na křižovatce, kde se budeme muset rozhodnout (a vlastně se o tom vede skrytá debata), jestli sledovat ten či onen proud.

Které z těchto dvou možností dáváte větší šanci?

Obávám se, že síly jsou vyrovnané. Na jedné straně jsou reformátoři, mladí psychiatři, psychoterapeuti a různé nevládní organizace a média. Na druhé straně jsou usazené struktury ředitelů nemocnic, starší generace psychiatrů, kteří už jsou zvyklí na určitý systém a pohodlí a vidí ohrožení v tom, že by se to mohlo zásadně změnit. Tyhle síly jsou v rovnováze a mám pocit, že pokud se nic nestane, otázka, kterým směrem se ubírat, ještě dlouho zůstane nerozhodnuta, i když si všichni uvědomují její naléhavost.

Nevidíte to příliš pesimisticky?

Na ministerstvu zdravotnictví jsem už před více než deseti lety zažil řadu nesmírně progresivních trendů, na vedoucích místech byli jednotlivci, kteří tomu fandili a přesto se nic nestalo. Jen namátkou vzpomínám na lidi z VZP, jako byla Jana Žmolíková, kteří měli o problematiku transformace péče o duševně nemocné aktivní zájem a dokonce se zúčastňovali progresivních schůzek pořádaných po Evropě. Chci tím říci, že mezi politiky a plátců na jedné straně a poskytovateli a konzumenty péče na druhé straně nebyly neprodyšné bariéry. Docházelo k průnikům lidí, kteří o to měli aktivní zájem, poprávalo se jim sluchu i na nejvyšších místech, jenomže průměrný poločas „života“ ministra zdravotnictví od revoluce je tady osm měsíců, takže když už se s tím málem začalo něco dělat, celá garnitura se vyměnila a jakákoliv snaha se vždy smetla a začalo se znovu. Přesto tady byli lidi, kteří tu káru tlačili dál a snažili se nezabřednout do starých kolejí, jako třeba Zdeněk Bašný. Ale jak dopadl? Skončil s ředitelováním. Dělal záslužnou práci, ale aby se to proměnilo v systémovou změnu po celé zemi, to se nestalo.

Na transformaci psychiatrické péče by mohly přijít peníze ze strukturálních fondů Evropské unie. Vidíte v tom šanci?

Tento první krok je sice nadějný, ale hned další kroky jsou s velkým otazníkem. Obávám se, že evropská představa o tom, jak má vypadat transformace psychiatrické péče a co by se s těmi penězi mělo udělat, je úplně, ale úplně jiná, než představa české psychiatrické komunity. Podle evropské představy jde o to radikálně změnit dosavadní systém a obrátit ho směrem ke komunitní péči. Podle zdejší představy by se měly opravit fasády léčeben a trochu vylepšit vnitřní prostředí jinak starého systému. Jestli se ukáže, že má obava je oprávněná, povede to ke krachu celého projektu, stejně jako v případě norských fondů. Mluvil jsem s Norem, co to má z jejich strany na starosti. Říkal, že kdosi od nich přišel v Čechách někam do léčebny a viděl zrenovovanou nějakou kapličku, na které bylo napsáno, že děkují norským fondům. To pro něj byla poslední kapka. Navrhl zakázat další přísun peněz do Česka.

Ale doba se mění, už se příliš dlouho nic neděje a obhájci současného stavu chybí argumenty. Nepřináší výhled na evropské peníze větší šanci, než v minulosti?

To je dost dobře možné, ale nejsem to schopen posoudit. Obávám se, že zpoždění nebo nic nedělání v této věci a nedorozumění s evropskými reformami není vůbec věcí argumentů, ale věcí setrvačnosti, nedostatku energie a systémových nástrojů, co s tím udělat. Že se věci mají tak, jak se mají, to není důsledek nějaké argumentace. Jak říkal Churchill: k tomu, aby zlo zvítězilo, stačí jediná věc - aby dobří lidé nedělali nic.

Připomíná mi to situaci na konci osmdesátých let. Sice se mluvilo o perestrojce, ale do revoluce se nic nedělo, až pak přišel zlom.

Je to do určité míry analogické, ale byl bych opatrnější a to souvisí s tím, co jsem na začátku řekl, že můj proreformní názor není zdaleka tak silný jako před patnácti, dvaceti lety.

Proč se váš původní proreformní názor oslabil?

Zprávy o tom, jaký dopad měla například radikální reforma v Itálii, nejsou úplně jednoznačné. A hodně to závisí na tom, s kým mluvíte. Nadšení pro transformaci se střídá s kritikou tak v poměru tři ku jedné. Kritici říkají, že hospitalizace se v maskované podobě přesunula do soukromých sanatorií, že péče v mnoha aspektech selhává, že stará nemocniční péče, jaká stále existuje nejen u nás, ale třeba i v Německu nebo v Belgii, má vlastně lepší výsledky. A teď strašně záleží na tom, jak definujete výsledek, jaké indikátory použijete, to všechno už může být předmětem diskuse. A já nejsem pod vlivem jednoznačné ideologie natolik, abych do toho bušil z jedné strany a neposlouchal argumenty druhé strany. Řešení není jednoduché, a i kdybychom tu změnu nakrásně protlačili, nemusí to být za každých okolností úplně dobře. A pak se mohou ozvat kritici: vidíte, my jsme to říkali! Tohle nebezpečí tady je. Myslím, že protagonisté reformy si to uvědomují, proto ubrali plyn v naléhavosti, s jakou to prosazují.

Přesun péče z velkých psychiatrických léčeben do terénu by ale určitě přinesl změnu k lepšímu. U lidí s těžkým duševním onemocněním by se nemuselo čekat, až se znovu zblázní a budou nedobrovolně hospitalizováni, ale někdo by se jim věnoval už dřív.

V tom si rozumíme, já jsem srdcem na téhle straně, jenom chci vysvětlit, proč už nejsem tak radikální. Aby se léčbou nečekalo až na hospitalizaci, to je dobrý argument. Ale v takovém Norsku, které je ukázkou transformované psychiatrie, je nedobrovolných hospitalizací snad třikrát víc než u nás.

Dá se to nějak vysvětlit?

Dá se to vysvětlit tak, že pro ně to byl jediný způsob, jak lidi dostat k hospitalizaci. Prostě určité procento pacientů hospitalizaci potřebuje. To je málo platné. A pokud se zeptáte pacientů, jak by podle nich měla péče vypadat, zdaleka ne všichni by preferovali komunitní péči. Zejména to platí o jejich příbuzných. Mít duševně nemocného člověka doma je hodně obtížné, tak jsou celí šťastní, že ho mohou strčit do léčebny a mají chvíli pokoj. Buďme upřímní. A navíc jsou pacienti, kteří si na snadnost žítí v závislosti na instituci tak zvyknou, že by jim přechod na komunitní péči ublížil asi jako zvířatům v zoologické zahradě, kdyby je někdo vypustil do volné přírody. Dvě třetiny z nich zahynou. A tohle je třeba brát v úvahu. Kdysi jsme si do PCP vzali chronického pacienta, který měl za sebou dvacet pět let hospitalizace. Profesor Hanzlíček se chtěl podívat, jestli lze takhle zamrzlou chronickou psychózu nějak rozhýbat. Když jsem onoho pacienta chtěl propustit (byl to jen pokus), vyděsil se a dělal všechno pro to, aby tu mohl zůstat. Vyděsilo ho, že by měl vyjít za bránu.

Ale při propuštění z vězení by to bylo podobné...

Já to nepoužívám jako argument proti transformaci. Chci jen ukázat, že debata za prvé není jednoduchá, za druhé, že obě strany mají určité argumenty, kterým je třeba naslouchat, a také vysvětlit, proč má revoluční nadšení ve prospěch transformace obroušené hrany.

Není to nakonec dobře, že původně ostré hrany už jsou obroušené? Viděl byste šanci, že se zastánci obou proudů nějak domluví?

Viděl bych tu šanci, kdyby na nejvyšší úrovni vzniklo rozhodnutí alokovat do oblasti duševního zdraví významnou investici a podmínit ji transformací. Dostanete 15 miliard navíc, ale až mi přinesete na stůl, co s tím uděláte. A když usoudíme spolu s experty, kteří rozumějí systému péče (a po Evropě takoví lidé jsou), že to má hlavu a patu, tak pak vám ty peníze dáme. Ruka páně se musí otevřít, jinak tu nikdo žádnou transformaci neudělá.

Právě teď se ale zdá, že na transformaci psychiatrie bude možné využít miliardy z evropských strukturálních fondů.

Bližší se ke shodě na tom, že podmínkou jakékoliv transformace je, že se do toho dají velké peníze. Ale moje obava, že tyto peníze můžou být následně předmětem velkého sporu, stále trvá. Představa o tom, na co by se měly využít, je opravdu velice různá.

Myslíte, že od ředitelů léčeben se nedá čekat konstruktivní přístup?

Dá, jenže představy o tom, jak by se mělo pomoci léčebnám, jsou opravdu odlišné. Když to hodně zjednoduším, tak představa ředitele léčebny je, že by se za to měl natřít plot a koupit nový nábytek. A nové matrace, protože staré už jsou promočené. Ale tato představa, i když to vulgarizuji, je v jakékoliv podobě naprosto neslučitelná s představou lidí, kteří v Evropě finanční prostředky alokují. Ten Nor mi vyloženě řekl, vy Češi si představujete, že transformace psychiatrické péče je nákup nového nábytku. Co jsem mu měl na to říci?

Podle Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením by lidé neměli být nuceni k životu v ústavech, byť krásně opravených.

Jsme zase na začátku diskuse. Jsme na křižovatce, rozhodujeme se mezi reformou starého nebo vytvoření nového systému poskytování péče o duševní zdraví. Zatím je to jedna : jedna. K možnosti radikální změny jsem poměrně skeptický, protože by to vyžadovalo velkou investici a dlouhodobý program udržitelnosti, plus samozřejmě tady hrají roli psychologické aspekty lidí, kteří jsou na určitý způsob práce a uspořádání zvyklí a velmi nekomfortně by nesli, kdyby se to radikálně změnilo. Je třeba si to uvědomit a vyložit karty na stůl. Že se bude překonávat spousta nepříznivých faktorů nejenom hmotné a organizační povahy, ale i psycho-

logických a kulturních představ. A pak musíme mít na paměti, že je velká část lidí, kteří ústavní péči jednak potřebují a jednak opravdu chtějí, cítí se v ní bezpečněji než v přirozených podmínkách, které jsou pro ně příliš náročné, nesrozumitelné, plné různých nebezpečství.

Jak by vypadala transformace, kdyby to bylo pouze na vás?

Kdyby to bylo jen na mně, zvážil bych, jaké parametry má v Evropě systém, do kterého bychom se překloupili. Znovu bych se podíval na to, co udělala třicetiletá zkušenost v Itálii, podíval bych se na to, jak je dostupná a kvalitní psychiatrická péče v bohatých a do určité míry srovnatelných zemích jako je Kanada, Irsko, Skandinávie, Dánsko a rozhodně bych se snažil nevyhlídnout s vaničkou dítě. Mladší a střední generaci bych poslal do ciziny na rok na výcvik, aby si ten systém mohli ohmatat, aby si zažili, jak funguje. A to je další bod, proč bychom na to potřebovali peníze. Ano, komunitní péče, mobilní týmy, zaangažování všech, kteří s tím mají zkušenost. S lidmi, kteří by se sem vraceli a věděli o čem to je, bychom tady znovu začínali od podlahy se všemi porodními bolestmi. Takže bych byl trpělivý a dal bych na to klidně pět, deset let a během těch pěti, deseti let bych ten systém zavedl a spustil. Ta nejlepší nemocniční a léčebenská zařízení bych ve velmi zmenšené míře zrenovoval, zreformoval a zanechal pro skupinu pacientů, kteří vždycky budou potřebovat ústavní péči, i kdyby to bylo jen z forenzních důvodů, z důvodů nemožnosti soužití v komunitě. A hlavně bych do systému alokoval mnohem více peněz, nežli tam je.

Co by měla transformace přinést pacientům?

To je různé. Jsou pacienti, kteří potřebují více jistoty, a naopak, jsou pacienti, kteří potřebují více autonomie. Nový systém by poskytoval mnohem více autonomie. Zůstanete ve svém, jste rovnocenným partnerem personálu v tom smyslu, že personál je vaším konzultantem, poradcem, pomáhá vám a nebuzeruje vás. Ale jsou lidé, kteří potřebují buzerovat, to si přiznejme, jsou lidé, kteří chtějí, aby pan doktor rozhodl, protože oni sami nevědí, jsou nerozhodní. Pro určité procento pacientů je současný systém moc restriktivní, chtěli by být doma, chtěli by si o svých věcech rozhodovat sami, mít svoje zázemí, své soukromí. Ale i v novém systému budou pacienti, kteří by chtěli být v nějakých institucích, chtěli by mít nějakou autoritu, která jim pomůže s řešením života. Čili teď je systém více méně autoritativní a jeho změna by poskytla více autonomie; alternativní systém je více autonomní a měl by zachovat určitou míru ochránářství, pro ty, kteří ho bytostně potřebují.