

Rozhovory

projektový časopis šířený
Dobrym místem, o.s. v rámci projektu
Informační aktivity CZ.11/MGS/004
podpořeného z **Norských fondů**.

V rámci projektu Informační aktivity v souvislosti s reformou psychiatrické péče v ČR jsme uskutečnili desítky rozhovorů s lidmi, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním, s jejich blízkými i s odborníky z pomáhajících profesí. Nejzajímavější z nich přinášíme v tomto bloku. Dotýkají se širokého spektra otázek a problémů, od těch konkrétních a osobních jako jsou zdravotní potíže, hospitalizace v nemocnici, vztahy v rodině a podobně, až k těm obecným, které souvisejí s připravovanou reformou celého systému psychiatrické péče.

Rozhovory s pacienty a jejich blízkými

Katka zpovídala Břěťu i sebe

Jmenuji se Katka a mám diagnózu schizoafektivní porucha. Měla jsem máni, depresi, i psychózu a trpím úzkostmi. Můj kamarád Břěťa si také prošel duševním onemocněním. Zeptala jsem se ho, kdy začal mít psychické problémy a jak se k nim stavěl. Vyvinula se z toho mezi námi docela zajímavá debata.

Úzkost a depresi jsem poprvé pocítila v roce 1997. Tu těžší diagnózu mám od roku 2001, kdy jsem skončila na pavilonu jedna v Bohnicích. Diagnóza schizoafektivní porucha mě sice zatěžuje, není to obyčejná deprese, kterou každý akceptuje, je to psychóza, ale zase to není tak strašné slovo jako schizofrenie. Invalidní důchod jsem si nechala dát hned při druhé hospitalizaci, ale s nemocí se smírují až teď, zhruba po patnácti letech.

Odmítání diagnózy

„Duševní problémy jsem měl skoro od dětství. Říkal jsem tomu ‚nedělní úzkosti,‘ ale první vážnější depresi jsem měl v dospívání, zhruba před osmnácti roky,“ říká Břěťa. Přestože věděl, že má jak deprese, tak mánie a možná i lehkou psychózu, což odpovídá schizoafektivní poruše, tuhle diagnózu dlouho nepřijímal. „Smířil jsem se s tím až po osmi letech. V podstatě až když jsem se propadl i sociálně. Stalo se to v roce 2005, kdy jsem přišel o práci, o bydlení, o partnerský vztah a ještě o účast v rozvojovém semináři,“ vzpomíná Břěťa. Během těch osmi let od začátku nemoci dohromady marodil rok a půl. „Ne v kuse, ale když se sečtou všechny pracovní neschopnosti, byl jsem nemocný rok a půl. Chodil jsem k doktorovi, ale to byl takový doktor, s kterým se nedalo moc bavit, moc mně nevysvětloval, o čem ta nemoc je, vlastně mi vůbec nepomohl. Přesto jsem k němu chodil 12 let. A nedělal si na mě moc času, tak 5 až 10 minut vždycky, a mě to vlastně dost štválo.“

Bydlení a další věci

Ataka nemoci v roce 2005, po níž, během dvou měsíců přišel Břěťa o práci, o vztah i o bydlení, znamenala v jeho životě zlom. „Byl jsem na psycho-edukačním stacionáři od Psychiatrického Centra Praha a tam mně vlastně vysvětlili, o čem to onemocnění je, jaké má úskalí, proč je dobré brát léky, proč je důležité hledat dobrou kombinaci léků, a proč je důležitá spolupráce s rodinou,“ říká Břěťa. Nejtěžší období přežil díky pomoci svých blízkých. „Na ulici jsem nebyl, zase jsem se vrátil jako ztracený syn k rodičům a pak jsem si našel službu chráněného bydlení, abych měl kde bydlet, protože jsem neměl na to platit komerční nájem a moc jsem si netroufal být na nějaké podnájemní smlouvě,“ vysvětluje Břěťa. Časem se mu podařilo získat vlastní byt. „Mám štěstí, že mi na něj hodně dali rodiče, něco málo jsem ušetřil z toho, co jsem si vydělal, tak jsme to dali nějak dohromady.“

I já jsem po atace a hospitalizaci musela řešit bydlení. Měla jsem to štěstí, že jsem si pokaždé v léčebně našla nějakého přítele, ke kterému jsem se pak nastěhovala. U rodičů jsem bydlela jenom chvíli a dopadlo to tak, že mě táta vyhodil z domu, protože jsem odmítala ráno vstát. Tak jsem se nastěhovala k sestře do Prahy a tam už jsem

zůstala. Pak jsem si našla spolubydlení s přítelem a kamarádkou a jejím přítelem. Teď žiju s přítelem ve vlastním bytě, který mi částečně koupili rodiče a částečně ho splácíme.

Soužití s rodiči

Reakce rodiny na duševní onemocnění je pro naše další životní osudy velmi důležitá. „Mí rodiče zažili něco podobného s mou sestrou, která onemocněla o rok nebo o rok a půl dřív než já s diagnózou paranoidní schizofrenie. Sice z toho byli vyděšení, ale nějak to dokázali přijmout a pochopit. Chodili taky na nějakou tu psycho-edukaci do Psychiatrického centra Praha, kde byla sestra předtím hospitalizovaná, takže už víc tušili, co se děje, a vždycky mě ve všem podporovali. Snažili se mě motivovat nebo mi domlouvat, abych bral prášky navzdory tomu, že mají vedlejší účinky, že to musím brát, že to pan doktor předepsal, ale já jsem měl vlastní hlavu a nenechal jsem se tím ovlivnit,“ přiznává Břet'a.

Moji rodiče, na rozdíl od Břet'ových, na začátku mého onemocnění o duševních chorobách vůbec nic nevěděli. Kvůli nemoci jsem se někdy chovala divně, jako kdybych byla na drogách a rodiče to brali jako svévolné pubertální chování, trestali mě za to a nakonec mě vykárali z domu. Někakou dobu jsem pracovala v Anglii jako au-pair, ale v rodině, kde jsem se měla starat o děti, brzo poznali, že jsem nějak pochroumaná a poslali mě domů. Moji rodiče si mysleli, že jsem tam něco provedla, a že teda proto jsem zpátky doma, ale poslali mě do Anglie znova, tentokrát do jedné firmy, kde jsem pracovala jako sekretářka. Způsobila jsem tam dost výtržností, protože už jsem měla úzkosti, jiné vidění reality a neměla jsem pojem o tom, co je špatně a co je dobře. Vydržela jsem tam tři měsíce. Po návratu domů jsem skončila v pražském krizovém centru RIAPS. Odtud mě doporučili do Psychiatrického Centra Praha a nakonec jsem se v jedenadvaceti letech s psychózou dostala do Bohnic.

Nedobrovolná hospitalizace

Myslím, že rozdíl mezi tím, jestli člověka hospitalizují dobrovolně nebo nedobrovolně, je v tom, jaké dostane prášky a kolik mu jich dají. Při nedobrovolné hospitalizaci počítají s tím, že je člověk nějakým způsobem nebezpečný, takže ho narvou prášky. Já jsem se nechala hospitalizovat dobrovolně a první týden mi vůbec nedávali prášky, přestože se mi nemoc pořád horšila. Dali mi je, až když se jim podařilo určit diagnózu. Nejdřív Ziprexu a pak lithium na stabilizaci nálady a to mi pomohlo.

„Moje první hospitalizace, ta byla nedobrovolná, policajti mě přivezli v poutech, protože jsem spáchal nějakou výtržnost o Silvestru a rozbil cizí kytaru. Ztlumili mě Haloperidolem, hodili mě na neklidové oddělení a tam mi úplně vytuhnul mozek. Říkám si, že nedobrovolná hospitalizace byla svým způsobem nutná, protože já jsem neměl náhled, jenom razance těch léků byla šílená, jak jsem pak z toho slintal a byl totálně v křeči neschopný nějak fungovat, to bylo prostě moc. Že tu dávku asi úmyslně trochu přehnali,“ říká Břet'a.

Kvalita péče a života

„Myslím, že mi uškodil můj doktor, u kterého jsem byl dvanáct let, který mi pořádně neřekl o té nemoci vůbec nic, zanedbal jakoukoliv psycho-edukaci, jenom mi předepisoval prášky a nebyl ochotný měnit ty prášky, které jsem dostal po první hospitalizaci, a které mě strašně tlumily, takže jsem je vysadil. Neřekl mi, proč je důležité brát léky, prostě jsem z toho hodně rozčarovaný doteďka. Divím se, že jsem u něj tak dlouho vydržel a říkám si, že jsem byl vlastně trouba, že jsem měl změnit doktora už dávno,“ uvědomuje si Břet'a.

Pokud jde o kvalitu péče byly podle něj první dvě hospitalizace v Bohnicích spíše špatné. „Protože tam je člověk hned omezený v pohybu, ztratí svobodu. Když přijde třeba dobrovolně a je na uzavřeném oddělení, tak trvá týden, než ho pustí samostatně na vycházku a to mi přijde šílené. Do Bohnic, to jsem si řekl, se už nikdy vrátit nechci, i kdyby mě to mělo stát pomalu život, i když teď možná už trochu přeháním. Ale naštěstí mi léky fakt zabírají.

Když bych dlouhodobě byl pod větší zátěží, tak bych asi musel zvyšovat dávky a tak, ale fakt díky za to, že nějak zabírají. Poslední ataka přišla na přelomu let 2009-10, to jsem teda byl naposledy, potřetí na měsíc a půl hospitalizovaný a od té doby zase beru léky,“ říká Břet'a.

Po návratu z léčebny začal pracovat v sociální firmě Zahrada, pak dělal tři a půl roku v domě u Libuše sociálního pracovníka. „Bylo to celkem dobrý, jenom trošku monotónní, ale pak už jsem byl z té práce zoufalý a opotřebovaný, vlastně jsem tam vyhořel, potřeboval jsem nějakou změnu. Abych se dal dohromady, vypravil jsem na poutní cestu do Santiaga de Compostela. Pak jsem si dodělal školu a teď ve Fokusu vedu projekt Studio 27. Jsem rád, že si rozumím s partnerkou a mám radost, že to i nějak funguje v rodině,“ vypráví Břet'a.

Také můj život po nemoci je stále lepší a lepší, což mě činí šťastnou. Počínaje odražením se od toho nejhoršího dna, tedy psychotické ataky a hlavně pak té post-psychotické deprese se síla mých atak snižovala. Druhá a třetí ataka už se obešla bez psychózy, měla jsem jen máni. Od poslední hospitalizace uplynulo už deset let, kdy se mi postupně zlepšoval stav, zlepšovaly se úzkosti, zejména, když mi doktorka přidala antidepresiva, asi před pěti lety. Do toho uzdravování jsem si udělala bakalářský titul na anglistice na filosofické fakultě a teď učím soukromě angličtinu. A jelikož se chápu každé příležitosti, tak učím i italštinu, klavír a kytaru. A chodím na psychoterapii a snažím se na sobě pracovat, například si píšu záznam denních aktivit, své myšlenky a mám systém vybarvování vykřičníků u splněných úkolů v diáři, který mi pomáhá tolik věci neodkládat. Tím pádem se mi daří dosáhnout nějakých cílů a trochu přelstít nedostatek vůle.

Léky

„Mně léky naštěstí celkem dobře zabírají. Taky si můžu stěžovat na to, že jsem takový trošku unavenější, oploštělejší, otupělejší, spavější a kdo ví co všechno, ale jakžtakž to funguje, snažím se to trošku vyrovnávat vůlí, donutit se k nějakému pohybu a k nějaké činnosti. I když teďko v létě si dávám často dvacet a to jsem si nikdy nedával. Hodně mi pomáhala pravidelná práce, ale teď mám trošku nepravidelnou práci, takže na to trochu hřeším, ale myslím, že to celkem jde, že aspoň víc relaxuju a tolik nemakám, jako jsem makal dřív a pak jsem z toho byl vyčerpaný. Možná to tehdy zase startovalo do ataky, kdoví, přestože jsem bral léky. Vidím, že s léky jsem celkově unavenější, ale na druhou stranu dokážu dělat víc různých věcí a ten život je takový zajímavější a plastičtější,“ říká Břet'a.

Když před poslední atakou nebral léky, trvalo to zhruba půl roku, než se mu znovu rozjela psychóza. „Ale teď vím, že kdybych přestal brát léky, tak se mi to rozjede daleko dřív, už jsem takový křehčí. Bohužel už tam jsou nějaké změny v mozku, jak o tom mluví Filip Španiel. Mozek už má tendenci navracet se do předchozí nestability, a proto jsou léky už vlastně nezbytné,“ konstatuje Břet'a.

Také počítám s tím, že asi budu brát léky do konce života, pokud bych se tedy nestabilizovala natolik, že by bylo možné je vysadit. Od té doby, co beru léky, jsem už deset let nebyla hospitalizovaná. Všimla jsem si, že když si třeba jeden den prášky nevezmu, mnohem hůř pak spím, což může být způsobeno nějakou závislostí na nich nebo nějakým vedlejším efektem, který mají. A když jeden den nemám prášky, tak mi je druhý den špatně. Možná je to z nevyspaní, ale taky tam možná vystrkuje růžky nemoc. Rozhodně si netroufám léky nebrat. Nic vyloženě negativního mi nedělají, kromě toho, že na nich možná mám závislost, ale žádné vedlejší účinky necítím. Prožívám normálně, možná i víc než normálně a neomezují mě v žádné práci. Tvůrčí jsem dostatečně, takže si nemám na co stěžovat a vzhledem k tomu, že už deset let nejsem hospitalizovaná, tak bych to nerada změnila.

Katka

Na otázky jsem žádnou odpověď nedostal

Jarda se v minulosti léčil na psychiatrii. Nejprve mu lékaři diagnostikovali bipolární poruchu, od roku 2011 má diagnózu schizoafektivní porucha. V květnu loňského roku dostal předvolánína policii kvůli údajnému stalkingu. Kvůli jednání, které bylo ovlivněno jeho nemocí, skončil na delší čas v Psychiatrické nemocnici Bohnice.

A myslíš si, že s tebou zacházejí jinak kvůli tomu, že máš diagnózu?

No, určitě.

No, samozřejmě, že právně s tebou zacházejí jinak tak, že ti buďto dají podmínku, nebo tě dají do blázince.

Já si spíš myslím, že se mnou komunikovali jinak kvůli tomu, že jsem měl to obvinění kvůli stalkingu. Z toho titulu se se mnou vůbec nebavili, když jsem se ptal, jak dlouho to bude trvat, tak říkali: „Ještě chvílku počkáme, uvidíme potom.“ A spíš když jsem položil nějakou otázku, tak se ptali „ale víte, kvůli čemu tady jste,“ a já jsem říkal: „Tak měl jsem máni, šel jsem na policii, tam jsem si nechal zavolat rychlou.“ A neřeknou mi, že to je kvůli stalkingu, že mě tam drží tak dlouho. Tak právě potom, když jsem byl zpátky na šestadvacítce, mi to paní doktorka Čechová naprosto zřejmě a zřetelně vysvětlila, že to je hlavní důvod, proč jsem tady tak dlouho. Do té doby mě nikdo nic neřekl. Vždycky se mě na něco ptali, pořád si něco zapisovali, a když já jsem se na něco zeptal, tak jsem žádnou odpověď nedostal. A potom, když se mě paní doktorka Čechová ptala, kam bych chtěl přeložit, protože šestadvacítka je příjmový pavilon, řekla tak připadala by v úvahu třicítka, tam jste byl, to je volný pavilon. Já říkám „na té třicítce nejsou nejlepší doktoři, mohl bych se dostat na trojku?“ A ona říká: „No, tak jo. Já tam zavolám a dám vám potom vědět, jestli mají na té trojce volno.“ Takže se to povedlo a jsem na trojce.

A tam už si tě nechají? Ne, oni tě budou muset zase přeložit kvůli pojišťovně.

Ne, to ne. Já jsem tam od 13.12., takže teď jsem tam nějaký měsíc a den a maximální počet je 53 dnů.

Takže pak se zas budeš stěhovat. Tak se můžeš zase přestěhovat na šestadvacítku.

No, to v krajním případě, ale já si myslím, že už mě čekají maximálně dva týdny, ale uvidí se, co se rozhodne u toho soudu. Je zvláštní to, že při tom prvním projednávání u soudu 2.12., tak se mnou mluvil jenom soudce Passati a státní zástupce mi nepoložil ani jednu otázku, ani jednu námitku. A z toho se domnívám, že státní zástupce nebude trvat na tom, aby ten soudní spor eskaloval.

A jak se teď stavíš k té Lence?

Asi si byla vědoma, kam to může vést, ale dávat jí to za vinu, nevím. Třeba byla opravdu tak zoufalá a zoufalí lidé dělají zoufalé činy. A já jsem si také nemyslel, když jsem jí psal ty smsky nebo když jsem jí volal, že to může až takhle daleko zajít. Každopádně je zvláštní, já jsem si myslel, že tam bude nějaký její státní zástupce nebo nějaký právník, ale tam byl vlastně jenom státní zastupitel. Nevím, je to takové divné.

Takže ona vlastně vůbec nebyla u toho soudu.

Ne, nebyla.

To je zvláštní, ne?

No, je to zvláštní, protože když jsem byl u toho výsledku, tak mi řekli, že to klasifikují jako přestupek, a že se to bude projednávat na městském úřadě, a najednou to bylo klasifikované jako trestný čin. Takže to museli nějak do 22.6. překvalifikovat.

A nebylo to tím, že jsi tam za ní šel znovu a ona to znovu nahlásila?

Já jsem na ni potom ještě jenom zazvonil, když jsem šel tou ulicí a najednou se tam objevila policejní hlídka a já jsem jim řekl, že tam jenom procházím a oni se zeptali: „a byl jste u dveří paní Vojnové?“ „No, zkoušel jsem zazvonit.“ A oni řekli: „No, tak buď teď okamžitě zmizíte a my budeme dělat jako že nic anebo s námi půjdete na služebnu a tam to sepíšeme.“ A já říkám: „No, tak to se radši zdekuju, to radši padám.“ Ale od té doby nic, žádná komunikace ze strany policie, akorát vlastně udělali protokol 22.6., ani nemám kopii protokolu. A ani z toho prvního výsledku nemám v nemocnici žádnou kopii. Takže mi to připadá takové divné a ta moje kamarádka říkala: „No, to vypadá, že ta dotyčná slečna musela mít nějakou tlačenku u policie.“ A já říkám: „To mi nepřísluší posuzovat. To prostě nevím.“ A ani mě nezajímá, jestli má tlačenku u policie nebo ne. Tam je důležité, jak se choval ten státní zástupce, ten byl naprosto v pohodě, na nic se neptal.

Ale oni ti vlastně nemůžou nic přišít, když to nemůžou kvalifikovat jako stalking a mají na to zákony, tak ti to přece nemůžou jen tak z plezíru přišít. Máš nějakého právníka?

Já jsem dostal ex-offo právníka, nějakou paní Evu, ta byla docela příjemná. Celé to stání trvalo asi 20 minut a rozhodovalo se o ústavní léčbě. Soudce Fasseti se mě ptal, jestli se cítím nebo necítím vinen. Já jsem řekl, že mi nepřipadá, že by to odpovídalo té ústavní léčbě a on řekl: „Dobře, ale cítíte se tedy vinen nebo se necítíte vinen,“ a já jsem řekl: „Necítím.“

Byl jsi v poutech?

Ne, já asi nejsem takový případ, abych měl pouta, ale bylo by to pitoreskní. Já nevím, já jsem věřící, tak si říkám, že to dobře dopadne. Já jsem teď během té léčby byl na hagioterapii, kde se čtou úryvky z Bible a potom se o tom bavíme a rozebíráme to. Já to vždycky chci rozebrat po té filosofické stránce a terapeut říká: „Ne ne ne, vezměte si z toho to pragmatické, ten životní příběh. Jednou jsme měli úryvek o Adamovi a Evě a včera jsme měli úryvek o nějakém Azabovi a jeho ženě. Ten Azab chtěl koupit od Abuda vinici a ten mu ji nechtěl prodat, takže on zosnoval vraždu toho Abuda. A já jsem to tomu rabínovi nějak okomentoval a on říkal „Ne, ne, ne, tak to není.“ A já říkám: „Tak si přečtete verš 20, tam to je přesně napsáno.“ A on říká: „Ale verš 20 jsme nečetli.“ Tak takhle on se staví do role absolutní autority. Stejně jako Sadílková na trojce. Ale Sadílkovou nechci provokovat, protože to je přímé spojení na doktorky. Rabín Moše, toho vždycky trochu poškádlím.

To je zvláštní, že vás vede rabín, vždyť se tady nejspíš málokdo hlásí k židovské víře.

No, to je pravda, ale přesto je tady rabín Moše se svojí jarmulkou, kterou vždycky posune, nebo si ji nadzvedne, aby dal najevo důstojnosti svého úřadu. Ale já to zase vždycky obrátím v žert, tak doufám, že na mě nebonzuje na poradě s doktory. Oni tam ti terapeuti chodí, i Moše tam chodí, Sadílková je tam pečená vařená.

Také bych se tě měla ptát na ty anketní otázky. Můžeš mi prosím, jenom upřesnit, jakou máš diagnózu? Jak dlouho ji máš a jaké máš příznaky?

Dobře. Mám od roku 2011 diagnózu schizoafektivní porucha, do té doby jsem měl diagnózu bipolární porucha. To znamená, že mám v projevech té nemoci, když vypukne ataka, některé příznaky, které jsou typické pro schizofrenii, ale ne všechny, mám tam z té schizofrenické efektivity pouze pocitové halucinace. Proto se tomu

říká schizo-afektivní, protože to není úplně schizofrenie. To člověk musí mít hlasy, vidiny, pocitové halucinace, všechny tři.

Co jsou pocitové halucinace?

Třeba když na někoho myslím, tak dostávám různé pocity po těle a má pocit, že ty pocity patří k pocitům toho člověka, jako kdybych mohl cítit, co on cítí.

To jsem vůbec nevěděla, že existuje taková možnost a takový termín.

No, ono se tomu tak říká zjevně proto, že ty pocity, které mám, nepatří tomu člověku, ale mně. Jsou to nějaké projevy té nemoci.

A máš nějaké bludy?

Bludy mám většinou takové, že přisuzuji různým barvám vozidel význam. Třeba jedu po dálnici a vidím před sebou modrá a zelená auta, tak si říkám: „ano, teď je to bezpečné. Modrá a zelená jsou takové přátelské barvy.“ Ale když se objeví červená nebo černá auta, tak z toho nemám dobrý pocit, protože červená a černá značí konflikt. Takže to jsou takové bludné příznaky té nemoci.

A potvrzují se ti ty bludy?

Tak ono je to, obecně vzato, pochopitelné, protože modrá je dobrá, zelená uklidňuje, černá to je havraní barva, červená, to je agresivní barva. Takže ono to nějakou jednoduchou logičností má. Ale když se tomu potom připisují takové významy, jako že jsem v bezpečí, když kolem mě jezdí modrá a zelená auta, tak to už je trochu přehánka. Nebo třeba, když mám vztahovačnost a slyším v rádiu komentátora, jak říká, a teď to velice lehce pasuje na moji situaci, když zrovna jedu v autě, a on říká: „Tak teď přidáme otáčky, pustíme tam nějakou palbu,“ tak já si myslím, že se to vztahuje ke mně, jako že příliš zrychluji. No, to je ta vztahovačnost.

Je zajímavé, že když by to nebylo tak přehnané, tak to může být taková inspirace nebo metafora tvého stavu.

Určitě ano. Já myslím, že tu vztahovačnost v lehčím slova smyslu má skoro každý, protože každý má rád, když mu někdo zrovna zahraje písničku, která mu ladí do noty. Ale patologická vztahovačnost to začíná být, když člověk pod vlivem té vztahovačnosti a bludů začne jednat nelogicky. Já třeba vezmu děti z Prahy do Brna a schválně přejezdí výjezd na Brno, protože si myslím, že mám s těmi dětmi jet někam jinam, třeba na dovolenou. Tak to už je špatné, že jo. Když vlastně během jízdy z Prahy do Brna změním plán a jedu na dovolenou.

A to se ti stalo?

To se mi stalo. A teď mi to připomíná, když mi jeden můj bývalý psychiatr říkal: „Ale nerozhodnete se mi, že zítra pojedete na výpravu do Antarktidy za tučňáky,“ a já říkám: „Ne, pane doktore, to se mi fakt nestane.“ Ale někdy mě takové myšlenky napadají. Ne třeba tučňáci na Antarktidě, ale jiné věci.

Takže ty hodně posloucháš myšlenky, které považuješ za prorocké, jako nějaká Boží vnuknutí, nebo vnuknutí osudu?

Tak ne jako Boží vnuknutí, ale spíš, že se nechám vést různými signály a pocity a už to není racionální. Jedu z Prahy do Brna a sjedu na exitu číslo 30, zaparkuju, předám děti... ne, najednou si myslím, že mě na letišti čeká

letadlo a poletíme s dětmi k moři. A vůbec neřeším, že na mě čeká manželka na autobusovém nádraží a už se vidím, jak letím v tom letadle. Tak to už je těžký blud. To už nejsou jen barvy vozidel.

A jak ses z toho vysvobodil? Jak to dopadlo?

Dopadlo to tak, že manželka zavolala dceři. Strašně jí vynadala do telefonu a Lucinka byla celá vystresovaná a říkala: „Táto, už to otočíš?“

A otočils to?

Jo, já říkám: „Jasně, Lucko, otočím to.“ Hned mě to vrátilo do reality, že jsem si uvědomil, že tak to asi nebude, že bychom jeli na dovolenou, když jsem slyšel ten strašný ječivý hlas bývalé manželky. Přišlo mi najednou strašně líto, že to odnesla Lucka a velice rychle jsem to otočil.

A jak potom ta manželka jednala, nedala tě hospitalizovat?

Tak bohužel to bylo 30. Dubna 2013 a to u mě skutečně ta nemoc propukala, ty bludy a ta vztahovačnost nebyly náhodou a já jsem pak s nimi vedl dlouhý rozhovor v tom Brně, když jsme tam dorazili a pravda je ta, že zakrátko na to jsem skončil v ambulanci a moje tehdejší paní doktorka mi z dobré vůle dovolila, abych se léčil ambulantně. Že budu chodit každý týden na kontrolu a budu v péči u mých rodičů, takže tentokrát jsem to zvládl ambulantně.

A jaký máš vlastně ten poměr dobrovolných a nedobrovolných hospitalizací? Ty máš vlastně hodně těch nedobrovolných, ne?

Takhle, já jsem se vždycky nechal do nemocnice odvézt.

Na svoji žádost?

Ne, to ne. Buď mě tam vezla manželka nebo v roce 2013 to byl můj bratr, který mě vezl do té ambulance. No a přicházel jsem dobrovolně, snad s výjimkou roku 2011, kdy jsem házel po bývalé manželce plyšové medvídky a ona to v léčebně podala tak, že jsem ji napadal, nevím ale přesně co tam řekla. Ona byla na tom povídání s doktorkou nejdřív, potom jsem tam šel já a zeptala se mě jenom na pár základních věcí, položila mi asi tři otázky a rovnou mě poslala na sedmadvacítku na neklid, předpokládám kvůli tomu, že jsem po manželce házel plyšové hračky. Ale jinak jsem šel vždycky na dobrovolný vstup, a až někdy v průběhu léčby mi to bylo často přeformulováno na nedobrovolný vstup a to právě mnohdy z toho důvodu, že jsem chtěl podat revers. Tak v odpověď na to mi byl přeformulován vstup z dobrovolného na nedobrovolný.

Jak je to možné?

Nevím. Třeba v roce 2011 to bylo kvůli tomu, že jsem byl přijatý na neklid, tak asi nějaká interní pravidla, že nikdo nemůže být na neklidu a přitom mít dobrovolný vstup.

A jak jsi na to reagoval, když ti to takto změnili?

No, v tom roce 2011 to bylo hodně bouřlivé. Když jsem byl na jedničce, tak mě tam jeden primář podal ruku na rozloučenou, já jsem mu také stiskl ruku a chtěl jsem tu ruku už stáhnout, ale on mě za ni pořád držel a tak jsem mu řekl: „Mohl byste mi tu ruku, pane primáři, už prosím pustit?“ A on mě teda pustil, ale za deset minut přijeli saniťáci a odváželi mě zpátky na tu sedmadvacítku, za to, že jsem si dovolil panu primářovi říct, že mě drží za ruku.

A jak dlouhý je tvůj průměrný pobyt v nemocnici?

2013 to bylo 18 dnů, a v ostatních případech tak v průměru 58 dnů, i když v tom roce 2011 to bylo delší, takových 80 dnů.

Takže teď jsi tady nejdéle, půl roku.

Ano, tentokrát je to nejdéle. Ale zase jsem na sobě hodně zapracoval a zbavil jsem se spousty věcí, které jsem si ani neuvědomoval, že je za sebou vláčím.

Jaké třeba?

Jako třeba jsem si vybudoval důstojnost a respekt vůči všemu a vůči každému. Dřív jsem často smýšlel o lidech špatně. Třeba jsem o někom mluvil pochvalně, ale to moje myšlení o něm nebylo přívětivé. A teď jsem se naučil uvést v soulad mé vnitřní naladění s tím, co říkám. To znamená, že když někoho chválím, tak o něm skutečně smýšlím pozitivně. I když bylo velmi těžké odbourat to negativní myšlení, tak se mi to tak nějak povedlo.

A dokážeš teď vůbec říct, v čem ti léčba uškodila?

No, asi ne, asi mi v ničem neuškodila. Protože tím, jak každého a všechny přijímám pozitivně, tak mi to vlastně nemůže ublížit.

Ani v minulosti ti to neublížilo?

Tak samozřejmě v průběhu té léčby jsem spoustu věcí nechápal. Třeba jsem nechápal, proč mě primárky z třicítky posílá na dvacítku, proč jsem tam měsíc bez propustky, bez vycházky. To jsem nechápal, ale teď to zpětně hodnotím jako nutný vývoj, abych se dostal do úzkých a tam si uvědomil, co je to právě a podstatné.

A tobě teď vlastně dali Leponex, že ano?

Ano, teď mám skoro měsíc Leponex.

Jaké to je? Máš ještě ty nežádoucí účinky?

Dneska jsem byl u své paní doktorky a říkal jsem jí, že mám nadměrnou slinivost, také potivost během noci, a že v noci vždycky kolem třetí nebo čtvrté ráno ještě musím na toaletu na malou, a že se vždycky v noci probudím do zpcené postele, sliny vytekly volně na polštáři, a že je nepříjemné, že když se vracím z té toalety, tak ta postel je mokrá a studená. A ptal jsem se paní doktorky, jestli je nějaká alternativa toho Leponexu a ona řekla, že v té antipsychotik je Leponex nejúčinnějším lékem. Tam, kde selhává Zyprexa, kde selhává Quetiapin, tak tam se nasazuje Leponex.

Takže Zyprexa je jeden krok od Leponexu?

Zyprexa je, myslím si, možná i lepší lék než Leponex, ale má tu nevýhodu, že se po ní hodně přibírá. Já jsem teď také přibral pár kilo za posledních čtrnáct dnů, ale teď nevím, jestli to není tím, že jsem měl možnost mít každý den propustku, a že jsem si mnohdy dopřál něco navíc k tomu jídlu z Aramarku, anebo jestli je to tím, že ten Leponex je vskutku tak špatný, protože když jsem hubnul s tím Quetiapinem, tak to bylo právě v tom období, kdy jsem si nemohl koupit nic navíc a musel jsem vydržet měsíc na tom, co jsem měl k snídani, k obědu, k večeři.

A jak ti chutná Aramark?

Tak Aramark mi nevadí, já chápu, že je to dané rozpočtem na ta jednotlivá jídla, takže samozřejmě nic kulinářského si nemůže Aramark dovolit a já nejsem vybíravý, takže mi to nevadí.

Pak bych se tě ještě ráda zeptala na stigma. Jak se vyrovnáváš se stigmatem té diagnózy, třeba v práci?

Tak to stigma je špatné v okamžiku, kdy to člověka skutečně limituje v tom, co chce dělat. Třeba když jsem byl v roce 2011 propuštěný, tak se mi trásly ruce a bylo to nepříjemné, když jsem šel na pohovor. Během toho pohovoru jsem měl ruce na stole a začaly se mi trást, tak jsem si toho hned všimnul a říkal jsem si: „Mám si je dát pod stůl? To už je asi jedno.“ Tak jsem se snažil ten třes nějak uklidnit, ale ono to prostě nejde, protože to je mimovolní. Takže to je nepříjemné. Potom to stigma je těžké, protože vás to zasáhne zrovna v té chvíli, kdy je to nejhorší, kdy máte podávat nějaký výkon, nějak se prezentovat a najednou vás zradí vaše ruce. Takže v tom případě je to stigmatizující, ale když mě ta nemoc neomezuje a nebrání mi v tom, co chci dělat třeba během práce, nebo nebrání výkonnosti během dopoledne, což mi teď trošku vadí ten Leponex v tom, že jsme během dopoledne hodně ospalý, tak v tom ideálním případě, když mě to neomezuje, stigma necítím. Samozřejmě když vám v práci dají vstupní dotazník a tam musíte vyplnit kolonku „jste poživitelem invalidního důchodu?“ Jsem, ale napíšu, že nejsem, protože kdybych napsal, že pobírám invalidní důchod, a že jsem invalidní dle třetího stupně, tak si myslím, že mě neumístí ani na post uklízečky. Nemám nic proti uklízečkám. Takže já jsem tady v nemocnici byl opakovaně poučen, že není mou povinností se tam zpytovat, jestli mám nějaký invalidní důchod, že to je moje věc, tím pádem, že to můžu zamlčet. A jediné, když bych nepracoval tak, jak mám, tak samozřejmě mají právo mě vyhodit a potom už bude jedno, jestli to bude kvůli tomu, že nepodávám kvůli nemoci dobrý výkon nebo kvůli tomu, že pobírám invalidní důchod. Bude to férové vyhození, protože nebude vědět, proč ten výkon nepodávám. A zase když budu v pohodě a nebudou žádné objektivní překážky, tak si myslím, že stejně jako jsem to zvládl v jiných zaměstnáních, tak bych to zvládl i teď. S tím, že v minulosti jsem zamlčoval svůj handicap, tak ho prostě budu zamlčovat nadále.

Jak se cítíš při tom, když takto musíš lhát?

No, není mi dobře.

A když to pak víš, že něco zamlčuješ a pracuješ tam, tak se vlastně musíš cítit strašně izolovaně, ne?

No, tak ono jde o to, kde vlastně člověk pracuje, v jakém kolektivu. Když tam jsou lidé, kteří jsou závistiví, tak je to špatné. Třeba v roce 2007-8 jsem pracoval v jedné firmě, kde byl naprosto úžasný kolektiv nákupčích, kteří nakupovali zboží pro tu společnost po celém světě a byli strašně erudovaní, dobří a chytrí a vždycky jsme šli společně na oběd a strašně jsme se nasmáli a velice rychle mě přijali mezi sebe a cítili, že jsem ze stejného těsta. Tak to bylo skvělé. Ale pak toto oddělení rozprášili a dosadili tam lidi, kteří si šlapali po nohou. Byly tam takové solitérní osůbky, které bojovaly proti sobě.

Takže to vůbec nepřikládáš na vrub tomu stigmatu.

Samozřejmě někdy mi ta nemoc způsobuje, že jsem takový váhavý, že přemítám, jestli je vhodné položit takovou otázku nebo jinou otázku, jestli ta otázka vyvolá dobrou reakci nebo špatnou reakci. Dělá mě takovým přemýšlivějším, a ne takovým bezstarostným, povrchním, jednoduchým. Mám takovou tendenci být přemýšlivý, rozvážný až nerozhodný.

A ještě se zeptám, jaké jsi měl práce po té nemoci nebo během té nemoci. Změnilo se nějak to, co jsi mohl dělat předtím a potom?

Já jsem se v roce 2011 rozhodl, že už přestanu budovat kapitalismus.

A chtěl jsi budovat něco jiného?

Chtěl jsem budovat něco jiného, no. Ale stejně jsem nakonec skončil v jedné francouzské firmě a tam jsem budoval kapitalismus ve velkém, protože to jinak nešlo. My jsme měli šéfa, který měl velká očekávání a já jsem překonal i jeho očekávání, až ze mě dostal strach a všichni dostali strach, abych neusiloval o jejich místo a tak mě nakonec vyhodili. A já jsem potom ještě ze zoufalství zkoušel změnit obor, ale dopadlo to stejně. Ten můj šéf se mě bál, protože jsem byl moc úspěšný. Tak potom už jsem se rozhodl vybudovat si něco vlastního, tu seznamku, tu internetovou aplikaci. Tu jsem tedy vybudoval, ale teď mi došly finance, takže bych byl nejradši, kdybych mohl spolupracovat s jedním mým dávným přítelem, protože vím, že se na něj můžu spolehnout, a že mi nikdy neudělá žádný podraz.

Trošku změním téma. Co si myslíš, že by se mělo změnit v psychiatrické péči?

Já si myslím, že by doktoři možná měli povinně alespoň dva roky pracovat jako terapeuti na centrálních dílnách, aby pochopili, že i bez léků se dá hodně věcí změnit, a že není realistické očekávat od psychofarmak, že by vyřešily vše, co se děje člověku, který je nemocen. Léky nejsou všemocné, jak říká jeden kamarád, léky řeší tak padesát procent všech problémů a padesát procent problémů si člověk musí vyřešit sám. Ale samozřejmě sám to nevyřeší, takže k tomu potřebuje terapeuta, kvalitního, erudovaného. Potřebuje třeba i člověka, který by řešil otázky víry, hagioterapii, potřebuje i zdravý pohyb, k čemuž tady ten areál vybízí, ale není využíván tak, jak by být mohl. No a člověk potřebuje spoustu věcí a doktoři si myslí, že když pacientovi třikrát během léčby změní léky a ani jeden nezabere, tak ho šoupnou na pavilon číslo dvacet jako neřešitelný případ a budou čekat, co ten člověk bude dělat.

A ty jsi teď byl na té dvacítce?

Ano, byl.

A co se tam dělo, co to je za pavilon?

Já nevím, co o tom říct, ale jeden kamarád o tom řekl, že mu to připadá jako čekárna na starobní důchod. Zvláštní tam bylo, že tam byli většinou starší pacienti a všichni byli enormně apatičtí. Průměrná délka pobytu tam byla rok a všichni říkali: „No, tak už jsem tady rok, tak ještě vydržím tak půlrok a uvidím, jak to bude.“ Ale samozřejmě tady je potřeba říct, že tady v nemocnici se neřeší jenom psychické potřeby těch pacientů, ale i existenční otázky. Třeba na té dvacítce čekají, až se uvolní sociální bydlení. Budou tam čekat rok, dva. Nebo jsou to lidé, kteří mají rozbité sociální vazby, nemají rodinu, nemají přátele, nemají žádný zachytý systém a také tam čekají z toho důvodu, než se to nějakým způsobem vyřeší. Ale čekat na to, že se to nějakým způsobem vyřeší, nevím.

Tak zase se tím řeší to, že neskončí na ulici.

Asi ano, protože jsem tam potkal jednoho šikovného kluka, kterému bylo asi dvacet pět a já jsem si říkal, ten nemá asi problémy s psychikou, protože vypadal docela v pohodě a třeba se přišel jenom zotavit na pár měsíců. A potom když jsme se víc seznámili, tak jsem zjistil, že tři roky žil na ulici a vlastně to hodnotil tak, že na té dvacítce je to mnohem lepší než na ulici, že tam má teplé jídlo, teplou postel. Takže on říkal: „Tady je to

v pohodě“ a vlastně ani neřešil to, že je v nemocnici, ale bral to tak, že se najednou ocitl na nějakém dobrém místě.

A musel brát nějaké léky?

Ano, bral léky.

I když mu nic nebylo?

To je otázka. O tom jsem se s ním nebavil, jestli mu něco bylo nebo ne, jestli objektivně něco spáchal nebo ne. Ale je to zvláštní, že když někoho přijmou na psychiatrii tak nejpozději do osmačtyřiceti hodin se rozhodne, jaké bude brát léky. A to je podle mě těžké během dvou dnů rozhodnout, co ten člověk má brát za léky, když ten doktor na přijímacím pavilonu s ním mluví třeba deset minut a s doktorem na pavilonu mluví třeba půl hodiny.

Mně třeba týden nedávali léky, možná se od té doby něco změnilo. Ale je pravda, že za ten týden se ten stav tak zhorší, že je to docela dlouhá doba. Takže vidím smysl v tom rozhodnout se během osmačtyřiceti hodin, ale zase by měli získávat co nejvíc informací. Nenechat toho pacienta někde ležet a kašlat na něj.

Chtěla bych se zeptat na tu šestadvacítku. Jaké to tam je? Teď to tam rekonstruovali, jaký to na tebe udělalo dojem?

No, je to hezký pavilon, zdá se, že tam použili všechny možné technologie, které lze použít. Ale je tam takové zvláštní, že když se vstupuje do toho pavilonu, tak se vstupuje třemi dveřmi a člověk zjistí, že tam jsou ty dvoje dveře zbytečné. Nejdřív člověk musí projít jedněmi šoupačkami, tam je asi šest tlačítek, která nejsou úplně polopaticky zřejmá, kam má člověk zvonit, když jde třeba navštívit svoji dceru. A pak jsou další šoupačky a další šoupačky, kdy některé pokoje jsou před těmi šoupačkami a některé jsou za těmi šoupačkami a je tam i sesterna. Takže vlastně, když tam někdo jde, tak musí překonávat tři bariéry, pořád musí zvonit a čekat, až mu otevrou sestry a sestry jsou vynervovány z toho, že musí jednomu člověku zvonit třikrát. Takže to asi není úplně chytře vymyšlené.

A k čemu tam tedy ty bariéry jsou?

Já si myslím, že to nebylo úplně ideálně dotažené, protože si myslím, že sesterna měla být umístěná hned za těmi šoupacími dveřmi, aby nemuseli volat přes celou chodbu: „Nezvoňte tam, tlačte.“ Protože sestry to unavuje. Nejen, že je to zatěžuje, protože se nemůžou věnovat své práci, protože pořád mačkají tlačítko na telefonu a říkají: „Zmáčkněte ten knoflík nahoře, nahoře!“ Protože ono nejde jenom o ty pacienty, ale i o ty návštěvy, které tam nechodí pravidelně a nepamatují si, že na prvních dveřích je šest zvonků, na druhých deset a na třetích dveřích je dvanáct zvonků a teď samozřejmě nevědí, kam mají zvonit. Takže si myslím, že měli lépe promyslet, jak to udělat co nejjednodušší pro návštěvníka toho pavilonu, ať už to je pacient nebo návštěva. Ale jinak si nemůžu na šestadvacítku stěžovat, co se týče doktorské péče, ale i té sesterské. Podle mě je tam velice dobrý personál. Samozřejmě také se najde nějaká sestra, která už toho má dost a občas na ty pacienty vylítne. Ale to bylo spojené i s tím, že když jsem tam byl já, tak ten pavilon byl otevřený dva týdny a čekalo se, až se všechno zaběhá. Určovalo se třeba, kdy přesně bude snídaně, kdy přesně bude oběd, kdy přesně večere a zaváděly se logistické postupy v kuchyni. Ale myslím, že to je příjemné prostředí pro ty pacienty. Jediné, co trochu nechápu, je, že takto zrekonstruovaný pavilon, což určitě stálo spoustu peněz – myslím, že psali nějakých 80 milionů nebo tak nějak – tak proč ho ustanovili jako přijímací pavilon, kudy prochází všichni pacienti bez rozlišení. Nevím, proč příjmový pavilon, když by to mohl být pavilon za odměnu pro ty pacienty, kteří jsou už stabilizovaní,

protože mi připadá, že potom ten průtok tím pavilonem je menší a i to opotřebení toho pavilonu je menší, když tam jsou lidé, kteří mají klidnější diagnózy. Ale asi v tom byl nějaký záměr, že z toho udělali přijímací pavilon.

Zase když tam přijímají ty pacienty a udělají na ně dobrý dojem, tak ti pacienti se tady celkově cítí líp, ne?

No, to jo, ale po tom přijímacím pavilonu vždycky jdou do horších podmínek. Takže mi připadá takové zvláštní, že tě přijmou do naleštěného, luxusního prostředí a potom tě šoupnou na nějaký odstrašující pavilon.

To je to známé přísloví: „Když ptáčka lapají, hezky mu zpívají.“

Je to zvláštní, ale asi si chce bohnická nemocnice vylepšit svoji tvář. Potom bych pochopil, že většina lidí, co přijdou, si projdou šestadvacátkou a řeknou si: „Hm, ta šestadvacátka, to je něco.“

Takže z té šestadvacátky mají takovou pózu a přitom to jádro je úplně jiné. Ono je to o celých těch Bohnicích. Oni by museli rekonstruovat všechny pavilony, aby ten celkový dojem byl dobrý. Aby to nebyl jenom takový Májin závoj.

Já jsem četl v tom časopisu *Hospital In* a tam psal ředitel bohnické nemocnice, že za poslední dobu zrekonstruovali pět pavilonu, a že jich to ještě čeká dvacet pět, což znamená, že kdyby pokračovali stejným tempem, tak by to zrekonstruovali za dalších dvacet let a stálo by to nevím kolik milionů. Takže to je docela takový dlouhodobý plán. Ale asi to zásadní muselo být opraveno na té šestadvacítce, protože tam to opravdu bylo v tristním stavu.

V jakém to bylo stavu?

No, netěsnící okna, několikacentimetrové fuky mezi rámem a oknem, na pánských toaletách byly jenom kanálky, toalety nebyly zděná jádra, jenom takové ty umakartové přepážky. Na pokoji spalo víc jak deset lidí, kdo spal u okna, tak mrznul, protože okna třeba nešla zavřít.

A po kolika tam jsou pokoje teď?

Teď jsou tam většinou po dvou, po třech, po čtyřech.

Takže jako na PCP více méně.

Jo.

Byls na PCP?

Byl jsem v roce 1998, ale musím se přiznat, že jsem asi jeden z mála, který nemá dobré vzpomínky na PCP. Mně tam v roce 1998 nasadili takové léky, že jsem myslel, že se vysvěču z kůže. To byly tak hrozné bolesti, co jsem měl, jak psychické, tak fyzické. Připadal jsem si jako nějaké zvíře na Ostrově doktora Moreaua.

Jo, doktora Mohra. Ostrov doktora Moreaua neznám.

Ty neznáš Ostrov doktora Moreaua, jak tam dělal křížení mezi lidmi a zvířaty?

A ještě jsem se chtěla zeptat k té šestadvacítce, ty jsi říkal, že tam mají nějaké úžasné stereo, které nefunguje, protože k němu nikdo nemá klíč. Ještě to tak pořád je?

Jo, to se týkalo televize. Původně tam televize nebyla, ale po třech týdnech tam přivezli LCD televizi, která byla na tom starém pavilonu a ta televize nešla zapnout. Měla připojený síťový kabel, ale neměli kabel od antény. Možná tam ani nebyla anténa. Takže asi měsíc po otevření toho pavilonu stále ještě nebyla na společenské místnosti televize.

A ještě něco k té šestadvacítce?

Myslím si, že tam mají poměrně dobře vymyšlený ten koncept dopolední arteterapie, kdy tam mají velice schopnou terapeutku, která to velice fundovaně vede a má velice úzký kontakt s tím doktorským a sesterským týmem. Mě ty aktivity někdy moc nebavily, ale její fundovanost byla dobrá. Dobré bylo, že i pacienti, kteří nemohli na centrální terapii, protože neměli vycházky, měli možnost na sobě pracovat terapeuticky. Tam bylo kreslení, psychomotorická terapie. Co bych k tomu ještě řekl: Ten doktorský tým je tam naprosto perfektní, paní doktorka Čechová je velice naslouchavá a profesionální a všechno završuje paní primářka, paní doktorka Vyhnánková, která si myslím, že je největší kapacita tady v Bohnicích.

Ale ty jsi nechtěl být na té šestadvacítce, proč?

Ne, já jsem tam chtěl být. Já jsem tam chtěl zůstat až do konce, ale oni řekli, že ne, že to je přijímací pavilon, a že je veliký tlak z administrativní budovy a z příjmu, aby posouvali pacienty dál na další pavilony. Takže se mi tam omlouvali, že tam nemůžu být do konce.

Ještě bych se tě zeptala na ambulantní péči, s kterou máš také zajímavé zkušenosti.

No, já jsem měl jednu starší paní doktorku v ambulanci a ta byla taková odměřená, přísná, ale zase spravedlivá a ta mě vlastně dokázala držet od roku 2000 do roku 2008 na Zyprexe, na profylaktické, udržovací dávce, a jelikož jsem k ní měl respekt, tak jsem tu medikaci neporušoval a potom díky nějakým citovým vzplanutím v roce 2008 jsem si tu léčbu vysadil a to nebylo dobře. To bylo vlastně poprvé, kdy jsem systematicky vysadil svoje léky a špatně to dopadlo. Potom jsem měl pana doktorka Drexlera, který mi říkal, že mám velice těžký životní osud, ale přesto, že to je jenom velmi těžký životní osud. A tam jsem ty léky bral do roku 2011, kdy u mě nejdříve propukla deprese z práce, nechuť k budování toho kapitalismu, až se ta deprese přehoupala v máni, protože mi pan doktor předepsal antidepresiva. Takže potom jsem byl hospitalizovaný a bylo to dlouhé a náročné, protože ty problémy za tím byly hluboké, jak jsem měl odpor ke vší práci. Nechtěl jsem vůbec pracovat, takže jsem usiloval o dosažení invalidního důchodu. V roce 2012 jsem si o něj požádal. A potom jsem se chtěl živit sám, nechtěl jsem chodit do práce. Takže jsem chtěl obchodovat na Forexové platformě, tak jsem dělal nějaký software pro to obchodování, potom jsem neměl kuráž to obchodování realizovat, tak jsem toho nechal. Potom jsem dostal novou doktorku, která tam nastoupila po doktoru Drexlerovi. Byla to velice ambiciózní, kurážná žena, která měla vehementní stisk ruky. A ta začala rozhodovat o mně beze mě. Kdy třeba jsem se dozvěděl od jednoho doktora, že mu paní doktorka vzkazuje, aby mě nechal okamžitě hospitalizovat. On se se mnou normálně bavil a říkal: „Vy nevypadáte, jako že potřebujete hospitalizovat. A já jsem říkal: „Já také nevím, jak to paní doktorka myslela.“ A on říkal: „No, tak to tak necháme a já jí to vzkážu. To je v pořádku.“ A potom jsme měli takovou dohodu, že přestanu řídit auto a podepsal jsem papír, že klíče odevzdávám mému tátovi, a že do té doby, než paní doktorka řekne, tak to necháme být. Ale ona se ujala akce a oznámila mě na dopravní inspektorát, kde mi odebrali řidičský průkaz. Takže to byl nejdřív pokus mě hospitalizovat, potom zbavení mě řidičského průkazu, potom to bylo ještě něco třetího, ale už si nepamatuji, co to provedla. A já jsem byl potom zoufalý a chodil jsem pro radu třeba na PCP. A tam mi všichni říkali: „Tak se obraťte na lékařskou komoru.“ Tak jsem tak učinil a pak jsem se tam ještě zastavoval v ordinaci a sestra mi říkala: „Paní doktorka litala jako čarodějnice na koštěti, když se dozvěděla, co

jste udělal.“ A já jsem říkal: „A co jsem měl dělat, když ona mi prováděla takové věci?“ A ta sestra říkala, že to chápe, ale že ta doktorka je neřízená střela.

Kateřina Málková

Peklo v reklamce

Simona (1987) se poprvé setkala s nemocí po ukončení studií na filosofické fakultě. Začala pracovat v reklamní agentuře jako administrativní pracovnice, kde jí však kolegové šikanovali. „Sami nestíhali termíny a házeli to na mě“, vzpomíná mladá žena. Spustili se jí těžké psychosomatické bolesti a musela být nakonec hospitalizována v Bohnicích.

Pomohli ti tam?

Když jsem musela odejít z práce, byla jsem nejdřív měsíc doma, pak jsem navštívila psychiatricku, ale ta vůbec nepoznala, jak jsem na tom špatně. Dala mi nevyhovující medikaci a bagatelizovala všechny mé problémy. Posílala mě zpátky do práce. Bylo mi čím dál hůř a nakonec jsem ji musela přesvědčit, aby mi vypsala papíry na příjem do Bohnic.

Nebála ses, jaké to v nemocnici bude?

Bylo mi tak zle, že jsem nad tím vůbec nepřemýšlela, čekala jsem, že mi tam pomůžou. V první chvíli mi skutečně prospělo, že mi měnili léky, ale individuální psychologická péče v nemocnici není nic moc. Psycholog mi jen kladl otázky, vypadalo to, že poslouchá, ale nic mi neřekl. Spíš jsem měla dobrou zkušenost s psychiatrem na pavilonu 1 a 3 a sestřičkami tam. Hodně mě také podpořili lidé, kteří byli v Bohnicích hospitalizováni se mnou, byla tam myslím dobrá atmosféra a jeden starší pán dokonce říkal, že blázinec je tam venku. Přesto jsem nemocnici neopouštěla vyléčená, což jsem ani nečekala. Bolesti nepominuly, a po absolvování denního stacionáře jsem opustila i práci po roce pracovní neschopnosti. Na pojišťovnu mám teď nějaké masáže a psychoterapii a doufám, že mi to pomůže.

Když jsem byl v nemocnici já, psychologové tam ještě nebyli. Bylo pro tebe těžké si psychoterapii, která mnoha lidem chybí, po propuštění domluvit?

Simona: Byla jsem propuštěna z nemocnice na začátku června a do půlky září jsem byla zcela bez pomoci. Volala jsem do různých institucí, všude mi nabízeli jen to, že mě zařadí na čekací listinu. Ale to není nic proti tomu, jak bylo těžké dostat se k psychiatrovi hned na začátku, když se bolesti objevily. Přestože jedna z psychiatriček viděla, jak se klepu, nabídla mi termín až za tři měsíce. Obešla jsem sice jen dvě pracoviště doporučená praktickým doktorem, ale i to bylo dost, nebyla jsem skoro schopná vyjít z domu.

A jak jsi zvládala tyhle těžké situace, měla jsi ve svém okolí někoho, kdo by ti pomohl?

Dva roky nemoci mi udělaly doslova čistku v sociálních kontaktech, přišla jsem o většinu přátel, některé jsem opustila dobrovolně, jiní se zase odvrátili ode mě. Po celou dobu mi ale pomáhají rodiče.

Hledáš třeba nějaké svépomocné skupiny nebo lidi, kteří by na tom byli podobně jako ty a měli pro tebe víc pochopení než bývalí přátelé? I když si umím představit, že psychosomatické bolesti, které popisuješ, můžou být poměrně vzácné...

Řekla bych, že tak vzácné nejsou, spíš je to ale tak, že se objevují jen někdy. Já se třeba probudím s bolestí zad a cítím ji až do večera. Hledám na netu lidi, kteří mají nebo měli podobné problémy. Taky si o tom hodně čtu, možná až moc.

Přemýšlíš o tom, že by sis někdy chtěla zase najít práci, jak je to teď třeba s invalidním důchodem?

Práci chci, ale bojím se jí. Byla jsem se ptát na místě, kde evidují chráněná místa, nic vhodného tam nebylo. Důchod mi naštěstí přiznali.

Jak ses cítila u posudkové komise? Nezlehčovali tvoje problémy?

Já se komise hodně bála. Necítila jsem se tam dobře a měla jsem pocit, že si posudkový lékař myslí, že bolestmi trpím jen občas.

V čem vidíš mezery v psychiatrickém systému, kterým jsi prošla? Co by ti pomohlo, kdyby bylo jinak?

Myslím si, že první psychiatrická neuměla diagnostikovat. V Bohnicích mi zase chyběla účinnější pomoc a návaznost na další organizaci, která by mě hned převzala do péče. Abych měla kam docházet, třeba aspoň na psychoterapii jednou týdně. To úplně chybí a možná i proto se do Bohnic pacienti často vrací nebo tam zůstávají trvale.

A co si myslíš o psychiatrické reformě, slyšela jsi o ní něco?

Četla jsem, že se psychiatrické nemocnice mají postupně rušit, a to se mi nelíbí. Myslím si, že v první fázi onemocnění, třeba při nějaké atace, člověk potřebuje intenzivní péči a ne chodit domů. V nemocnici vidí sestry člověka celý den a tak mu spíš dají vyhovující medikaci, než v nějakém komunitním centru, kam by jen docházel. Spíš než doma se tu zvedne z postele, aspoň mně bohnický režim v první fázi hodně pomohl. Proti komunitním centrům nejsem, ale měly by fungovat i velké nemocnice.

Tomáš Vaněk

Rodiče byli z mých problémů vyděšení

Petrova nemoc se začala projevovat od roku 1998. Zpočátku nevěděl, co to vlastně je a na psychiatrii se začal léčit až po třech letech. „Projevilo se to potom, co jsem asi rok experimentoval s marihuanou. Nejdříve se projevila mánie, pak deprese, ale to jsem se ještě neléčil. Potom, když se ty příznaky začaly zhoršovat a ta nemoc se začala postupně prohlubovat, tak následovala první hospitalizace,“ říká Petr.

A jakou ti dali diagnózu?

Ze začátku si mysleli, že to je jenom deprese, protože jsem tam přišel v depresi, ale je to bipolární porucha smíšená s hraniční poruchou osobnosti, což se projevilo jednou psychotickou atakou.

V čem ti pomohli odborníci?

Hospitalizace mi pomohla vyhrabat se z té deprese, dát se trochu dohromady, uspořádat si v sobě, co se se mnou děje. Ale nejvíc mi pomohli v sanatoriu na Ondřejově, kam docházím do dneška, už třináct let. Tam mi pomohli nejvíc se v tom zorientovat a naučit se žít s tou nemocí.

A dá se říct, že ti ta pomoc něčím uškodila?

Jenom, když mi nasadili špatné léky a to se dalo rychle minimalizovat. Takže mi to vlastně neuškodilo.

Tak s těmi léky to je jasné, že se postupně hledají ty, které nejlépe sedí. A jak tvou nemoc zvládala rodina?

Byli z toho nejdřív trochu vyděšení. Nevěděli, co se se mnou děje. Bylo mi pořád špatně, byl jsem depresivní, moc jsem nemluvil, takže rodiče nevěděli, jak k tomu přistupovat. Ale pak se to časem vysvětlilo a naučili se s tím zacházet.

A jak k tomu přistupovali, když nevěděli?

Tak poslali mě k psychiatrovi.

A ty jsi šel dobrovolně?

Dobrovolně.

A co jsi mu řekl?

No, nevěděl jsem, co se se mnou děje, tak jsem mu řekl, že jsem sklíčený, a že nezvládám práci a pletou se mi myšlenky.

A to se ti začalo dít až po té marihuaně?

Ano, po té marihuaně. A pak jsem se dozvěděl od Pavla Stehna, terapeuta na Ondřejově, že by se to u mě projevilo, i kdybych tu trávu nekouřil. Takže by se to projevilo tak jako tak, ale možná později.

Tak to záleží, jestli bys měl jiný spouštěč.

Já mám ještě napsané v papírech, že špatně zvládám stresové situace, a že se při nich dekompenzuji. Takže kdyby možná přišla nějaká podstatná životní zkouška nebo jiný nápor, tak by se to možná projevilo.

Ale je pravda, že polovina lidí, kteří jsou v Bohnicích, kouřila marihuanu, ale člověk má potíž si přiznat, že by to mohlo být jenom z toho, to by člověka okamžitě postihly pocity viny.

Co ti k tomu řeknu, je, že většina dlouhodobých kuřáků trávy nemá k té nemoci dispozice. Jsou to huliči, kteří hulí, ale nevadí jim to v životě. A určité procento z nich se zblázní.

Tak ona je to celkem stresová situace, když se člověku tak razantně změní vnímání.

Já jsem z toho měl, jak jsme tomu tenkrát říkali, instantní psychózu. Prostě jsem na to byl citlivý.

Já více méně také. Akorát že já jsem měla ty problémy už předtím. Takže to nevycházelo vyloženě z toho. Ono se to u mě rozvíjelo dost pomalu a více méně se to tou marihuanou ani tolik neurychlilo.

Já myslím, že to je hodně individuální. Na pohled vypadáme všichni lidé stejně a to, co se tomu nemocnému děje v hlavě, je strašně subjektivní a nikdo do nás nevidí.

Tak to záleží. Já myslím, že poznám duševně nemocného člověka. Všimla jsem si, že když někdo je nebo někdy byl duševně nemocný, tak k němu cítím instinktivně větší sympatie.

To je od tebe hezké, ale já to myslím tak, že ti psychiatři to nezažili a nevidí do tebe.

Ti tě vidí pořád stejného, pokud zrovna nevyvádíš a nemluvíš nesmysly.

Buď se to projevuje v řeči nebo v chování, ale do myšlení nevidí nikdo.

A máš zkušenost, že ti psychiatři poznali, když se zhoršil tvůj stav?

Já jsem jim to většinou sám řekl. Já s nimi spolupracuji dobře, takže já jsem s tím neměl problém.

Takže je důležité, aby tys to sám poznal.

To většinou pozná každý, že je mu špatně.

No, to záleží, jak ti je špatně. Když máš mánii, tak ti špatně není.

Ale já jsem i v té mánii tvrdil, že je to také nemoc.

No, ono to není jenom příjemné, třeba ten neklid nebo neschopnost spát.

Já jsem měl hypománii, to znamená menší mánie, a ty deprese jsem měl daleko horší. Když to shrnu, tak jsem měl tři nebo čtyři těžší deprese a asi šest menších mánií a jednu psychotickou ataku s paranoiou.

A čeho ses v té paranoie bál?

Typicky, že mě někdo chce zlikvidovat, že mě stíhá policie.

Tak ona existuje i sociální paranoia, to mám třeba já. Člověk má pocit, že mu lidé čtou myšlenky.

To byly spíš takové typické paranoidní bludy.

Takové, že se daly asi i snadno poznat.

Já jsem si ale myslel, že je to pravda.

Takže jsi to těm doktorům nemohl říct.

Ale také tam byla podstatná věc, že jsem byl zaléčený a bral jsem antipsychotika, ale podle mého názoru jsem jich bral málo. Mohli mě víc utlumit a mohlo to být lepší.

A jak zvládáš tu svou diagnózu?

Mě řekl můj kamarád, ať se s tím nikde nechlubím, ale mně to samotnému nevadí. Já to беру, že to tak je.

A máš s tím spojený stud?

Ani ne. Nejsem takový sám na světě. Určité procento lidí tím trpí. Takže jsem s tím smířený.

Já to беру tak, že věřím, že se jednou zblázní všichni, a že přijde ten věk Vodnáře, jak slibovali Hippiies.

Vidím totiž, že blázní jsou vesměs hodnější než ostatní.

Jsou možná taková pokornější, protože vědí, že to není jen tak.

Tak oni jsou hlavně stížení malým sebevědomím, které k tomu, že je člověk hodný, částečně vede. Čím méně je člověk sebevědomý, tím je opatrnější v tom, co si o něm myslí ostatní, takže jim hodně vycházejí vstříc.

No, pak už do toho zasahují ty faktory, jak jsi říkala, že si myslíš, že ti někdo čte myšlenky, a to už se člověk zase chová úplně jinak.

No, to jsi pak zase nepřátelský a nemáš nikoho rád.

Takže ono to asi závisí na tom konkrétním stavu.

No, to asi ano. Když je někdo v mánii, tak je hodně sebevědomý.

A možná se v té mánii chová i velkoryse.

Myslíš, že třeba zve lidi na pivo?

No, tak jsem to myslel.

Tak ta mánie je podobná opilosti.

Je to ale silnější a dlouhodobější.

Tak je třeba podobná pervitinu?

Ne, je to ještě silnější, ale hlavně je to v člověku dlouhodobě.

Mně přijde, že i ta psychóza v člověku zůstává dlouhodobě.

Já jsem měl tu akutní psychózu asi čtyři nebo pět měsíců, ale docela dost rychle to najednou ustalo.

Po těch lékách?

Ne, časem. Najednou ta psychóza vyprchala a najednou jsem se zase cítil normálně. Ale nevím, jak to mají ostatní.

Mně to vyloženě spravili v Bohnicích.

To jsem ještě chtěl podotknout, že mi bylo tak špatně v té těžké depresi, že jsem z té léčebny utekl a starala se o mě máma. Já jsem se o sebe v té těžké depresi nedokázal postarat. A naopak tu psychotickou ataku jsem zvládl ambulantně.

Jeden můj kamarád říkal, že psychóza může být příjemná, protože je to takový „trip,“ ale že nejhorší je generalizovaná úzkostná porucha, což je podobné této situaci, kdy ta deprese je daleko tíživější, než psychóza.

Člověka to úplně vyřadí ze života, kdežto ta psychóza se dá přechodit.

Takže léky ti nevadí?

Spíš mi pomáhají. Já ta antipsychotika beru spíš kvůli tomu, že jsem měl těžké nespavosti, a že mě to večer uspí, a jednak z preventivního hlediska, aby se nevrátila ataka, ale to je spíš druhořadé. Já to beru spíš na utlumení.

To je zajímavé. To je věc, které se většina lidí snaží vyhnout.

Mně to spíš vyhovuje.

Ty těm lékům vyloženě vycházíš vstříc, to je dobré. A jaké máš zkušenosti s hospitalizací? Tys byl akorát v Bohnicích.

Byl jsem tam dohromady asi čtyřikrát, z čehož dvakrát jsem utekl, jednou jsem podal Revers, takže vlastně byla úspěšná jenom ta první hospitalizace. Ale já tam mám hlavně problémy s tou ztrátou soukromí, mě tam ti ostatní lidé otravují. Takže já se tam neléčím, já tam přežívám a jsem tam vždycky na nervy.

A proč tam tedy chodíš?

Protože mi bylo tak špatně, že jsem si myslel, že to nezvládnou doma. Na druhou stranu se dá říct, že mi ti lidé sice vadí, ale zase v tom kolektivu člověk tolik nemyslí na sebe, jako když je zavřený sám doma. Ten kolektiv může i pomoci. Ale nedostatek soukromí mi vadí.

Co třeba ten program?

Ty terapie, to mi vyhovuje. Ale to si myslím, že se dá docházet i ambulantně.

Přímo do Bohnic?

Ne, myslím na Ondřejov. Já mám tu ambulanci spojenou s Ondřejovem.

A chodíš tam teď na nějaké aktivity?

Teď tam možná začnu chodit na skupinu, ale jinak tam chodím na individuální psychoterapii.

Takže takový základní balíček. A chodíš tam i k psychiatrovi?

Chodím tam i k psychiatrovi pro léky, ale ty problémy řeším spíš s psychologem.

To mám taky, protože psycholog se ti hodinu věnuje a ještě k tomu každý týden.

Tak se to nedá srovnat.

Hlavně ty tam na něčem pracuješ, kdežto u toho psychiatra je to spíš o tom, že když ty mu něco řekneš, tak on může reagovat jenom těmi léky. Přemýšlí, jestli ti je zvýšit nebo snížit, což jsou jediné dvě možnosti, nebo ti je vyměnit, což je třetí možnost.

To je ta nejhorší.

Protože když ti mění léky, tak musíš většinou jít do Bohnic.

A co se týče bydlení, tak to tady sedíme v tvém bytě, takže jsi zajištěn.

No, já nezvládám údržbu pořádku, ale jinak co se týče fungování na svobodě, v té ambulantní péči, tak to celkově zvládám. Takhle, teď mám lehoučkou depresi, ale myslím, že kdyby se ta deprese zhoršovala a zhoršovala, tak bych o té hospitalizaci uvažoval. Když bych to už přestal zvládat na svobodě.

Tak ty tady máš blízko to vězení.

To už je zase trošku jiná kategorie.

Tak, někdo říká, že v Bohnicích je to horší než ve vězení.

Ještě navíc s prášky.

Ve vězení tě aspoň nechají strážlivého. A jak zvládáš samostatný život?

Já to zvládám, pokud nemám zátěž. Jsem bez práce, mám důchod. A ta práce by mě tak stresovala, že by mě to zase hodilo do nějaké nemoci nebo těžšího stavu, takže já se to proto snažím vyvážit tak, že sice tu práci nemám, ale na druhou stranu zase zvládám ten samostatný život díky tomu, že nemám zátěž.

A co přes den děláš, když nechodíš do práce?

Já se věnuju svému koníčku. Ona je to napůl profese a napůl koníček – kreslení. Už jsem měl hodně samostatných výstav. Takže se buď věnuji tomu kreslení anebo jdu do společnosti. Nebo zařizuji běžné, ty nejnnutnější záležitosti, ale snažím se nebýt moc dlouho sám doma.

A když jsi doma, čteš?

Dřív jsem četl hodně moc, teď už tolik nečtu, ale taky občas něco.

A „dřív“ míníš před nemocí nebo při nemoci?

Tak „dřív“ míním před těmi pěti nebo šesti lety, takže při nemoci, to jsem ještě četl hodně, teď mám zase nový internet, tak se seznamuji s tím internetem.

A trávíš tam hodně času?

Tak nějak rozumně.

Máš facebook?

Facebook mám, ale moc ho nepoužívám.

Tak já myslím, že mi to takto stačí. Ty tu psychiatrickou péči nechceš probírat, nechceš probírat nedobrovolnou hospitalizaci.

S tím nemám žádné zkušenosti.

A třeba co si o tom myslíš, když někoho nedobrovolně hospitalizují?

Tam je potom problém s tím reversem, protože ti ho nedají. Oni když psychiatrii v Bohnicích vidí, že nejsi na propuštění, tak ti to dají nedobrovolně a jsi tam nedobrovolně.

Což má asi v tom základním pocitu z léčebny značnou váhu, že se pak asi ani nechceš léčit, nechceš spolupracovat.

Tak já jsem třeba neměl stavy na kurtování nebo takovéto věci, to je potom zase něco úplně jiného. Moje kamarádka z Ondřejova měla takové stavy, že o sobě vůbec nevěděla: nevěděla, co dělá, co říká. To potom ten přístup také musí být jiný, ale to já jsem neměl.

Kateřina Málková

Mně se líbí, že se to mamince líbí

Rozhovor s paní Kašparovou a také s jejím synem Michalem

Váš syn má diagnózu schizoafektivní porucha, má ji 16 let a projevovala se původně jako paranoidní schizofrenie, což je svým způsobem zlepšení.

No, je to proměna. Já celou dobu pozoruji, celých těch 16 let, že ta nemoc má různá stadia, a že se různě proměňuje. Není to pořád jenom ta paranoidní schizofrenie, protože to nebyl schopen jezdit městskou dopravou, zatímco teď to už snad zvládá.

Takže cítíte naději, že se to zlepšuje, a že by se třeba mohl někdy vyléčit?

Já věřím tomu, že je v podstatě napůl vyléčený. Na to, že je to 16 let, tak už to asi lepší nebude, ale na druhou stranu doufám, že to nebude horší, a že bude schopný žít tak, jak žije dosud a pracovat tak, jak je schopný pracovat a užívat si přátel a života tak, jak je teď schopný. A mně se teď ten jeho způsob života docela líbí. Míšo, co ty na to?

Mně se jeho způsob života také líbí.

Mně se líbí, že se to mamince líbí.

Já si nemyslím, že by někdy byl schopen pracovat osm až deset hodin denně jako třeba můj starší syn, ale na druhou stranu se mi to teď zdá v podstatě optimální, takže budu jenom ráda, když to vydrží.

Tak ono je to občas pro rodiče náročné, hlavně ze začátku, když ten člověk není samostatný, takže i vám se může takto ulevit tím, že je Michal samostatný, vydělává si.

No, mně se ulevuje už tím, že je Míša komunikativní, proti tomu, jak to bylo, když byl hospitalizovaný. To mě nechtěl ani vidět, protože si myslel, že jsem ho strašně podvedla.

Jo, protože on byl asi hospitalizovaný nedobrovolně.

No, dobrovolně, ale pak ho tam vlastně nechali, aniž by nás jakkoli informovali. Ale to už je starý příběh, který už byl popsán i v naší knížce, i v jejich knížce, takže nemá smysl to opakovat. Ale pro mě je velice důležitá ta komunikace, že tam je a je to všechno v pohodě, že o sobě pořád víme, a že tam není žádný problém, takže myslím, že je to ideální, jak jen to může být. Při té nemoci, která s sebou nese, že ti lidé nechtějí mluvit. Já se stýkám s těmi rodiči, tak slyším leccos, že třeba vůbec nekomunikují, že tam není ani žádný přátelský vztah, že tam je spíš napětí, tak mezi námi až takové napětí není a můžeme si říct cokoli a je to, myslím, dobré pro obě strany.

Tak já jsem to měla s těmi rodiči taky tak, já jsem se jich v podstatě bála, když jsem byla nemocná, a měla jsem pocit, že mě pořád z něčeho podezírají. Byla tam velká nedůvěra, která si myslím, že pramení z paranoie, ale teď máme také úžasný vztah s rodiči i se sourozenci. A přijde mi, že ta komunikace je důležitá i pro toho samotného pacienta, který tím, že komunikuje, se neuzavírá a tím se i léčí.

To si také myslím. Míša má tu kliku, že je extrovert, že má rád kolem sebe přátele, a že se nikdy úplně neuzavřel do sebe. Jsem ráda, že ty přátele má, a že ho podpořili i na svatbě i po té svatbě. Na svatbě se sešlo hodně lidí a to jsem i já pak byla spokojená a nadšená tím, že ho mají lidi rádi, a že jim to stálo za to přijít se podívat na tu svatbu a na oslavu druhý den.

Také to mám tak. Také jsem extrovert, ale musím říct, že jsem zároveň introvert díky té nemoci. Já nevím, jak to má Michal, ale já si myslím, že ta nemoc udělá z člověka introverta, ale ta extroverze to zase trochu vyváží.

No, je to možné. Míšo, jsi introvert?

Já jsem introvert exhibicionista.

A můžu se zeptat, když jste zjistili, že Michal má nějaký problém, jak jste to začali řešit?

No, to je také už v těch knížkách.

Já vím, ale my nebudeme vůbec čerpat z těch knížek.

Takže my jsme se v Bohnicích nedozvěděli vůbec nic. Tam se s námi vůbec nikdo nebavil a jediné, co jsem se tam dozvěděla někdy druhý den bylo, že má syn psychózu. A tehdy jsme ještě neměli internet, takže jsem se různě pídila, co je to psychóza. Pak jediný, kdo se s námi bavil, bylo, když Míšovi začal denní stacionář v denním psychoterapeutickém sanatoriu Nad Ondřejovem a my jsme tam jako rodiče mohli navštěvovat takzvanou edukaci, kde jsme se o té nemoci dozvídali všechno možné: že za to rodiče nemůžou, že za to nikdo nemůže, že to má někdo v sobě.

Citlivost nebo geny.

Bud'to anebo, že ty aspekty, které jsou pro toho jedince dramatické, na něj působí a mohou působit jako spouštěč a můžou spustit psychózu. U Michala ten spouštěč byla asi marihuana. Protože on s jedním přítelem tady hulil docela dost. To bylo cítit až na chodbu.

Tak ono je to těžké, když tady je ta nabídka, když je ta příležitost.

No a já jsem to podcenila. Já jsem to věděla, že oni hulí tu trávu, ale podcenila jsem to, protože jsem si říkala, že v Americe z těch květinových dětí vyrostli soudci a prezidenti a netušila jsem, protože se pořád mluvilo o tom, že to je měkká droga, a že to není návykové, tak jsem si myslela, že to nic nezpůsobuje. A pak vlastně díky Míšově zkušenosti, jsem zjistila, že to je návykové, a že to může vyvolat psychózu, a že to může vyvolat paranoii. A teď už vím, že se tím Dr. Jerolímek zabýval, těmi lidmi, u nichž kouření marihuany způsobilo psychózu. A dokonce teď mluvil o takzvaných duálních diagnózách, což jsou lidé, kteří jsou závislí na nějaké droze a zároveň mají nějakou duševní nemoc. Ale to Míša neměl.

Jo, že nebyl závislý.

Trošku byl, ale pak zjistil, že – on se scházel s těmi spolužáky, kteří tu marihuanu vždycky kouřili, a on zjistil, když tam byl asi potřetí, že mu ta marihuana skutečně způsobuje tu paranoii. Takže jednou přišel z takového setkání a říkal „mami, teď jsem fakt přišel na to, že to nemůžu hulit.“ Jsem ráda, že si to uvědomuje, a že to opravdu odboural, protože mu to zhoršuje tu nemoc.

A napadlo vás někdy si to vyčítat nebo vyčítat Michalovi, že to kouřil?

Ani ne, protože každé mládí s sebou nese nějaké zkoušení. My jsme kouřili cigarety a také jsme to kouřili. A já věřím tomu, že kdybych se ve svém mládí setkala s marihuanou a všichni se bavili o tom, že to je skvělé, že to zlepšuje náladu, tak bych to asi taky pod vlivem těch ostatních mladých lidí zkusila. Stejně je to s alkoholem, člověk také nepije sám, ale v nějakém kruhu lidí se napije. Takže ho kvůli tomu nemůžu odsuzovat, spíš si

myslím, že jsem to možná měla trošku víc hlídat, ale já jsem to podcenila, protože naše informace o té takzvané měkké droze byly minimální.

Tak on v té době ještě nebyl internet, jak jste říkala, leda zprávy.

A navíc my jsme věděli z těch amerických filmů, že ty květinové děti, ti hippies to všichni hulili, takže mi to přišlo úplně normální, že se to sem dostalo.

A neškodné.

A neškodné, ano. Ale je pravda, že když mi to Míša nabízel, tak jsem to odmítla, protože jsem s tím samozřejmě nesouhlasila. Ale pro mě, když nezkoušel žádné jiné tvrdé drogy, tak jsem to brala jako nikotin.

No jasně, také se to kouří.

No jasně, v každém českém filmu je kouření a teď se najednou proti kouření brojí. Já už naštěstí nekouřím, ale kouřila jsem a manžel byl silný kuřák, ale vlastně mi to připadá jako úplná diskriminace těch kuřáků, jako kdyby za to mohli, ale vlastně to bylo stejné. Teď každý zkouší tu marihuanu už ve školním věku. A my zase – když se podíváte na staré české filmy, tak v každém se kouří, ať jsou to filmy z padesátých let nebo ze třicátých let, tak si všude všichni zapalují cigarety.

Teď už se to ale nesmí natáčet filmy, kde někdo kouří, třeba i vlk v Jen počkej zajíci už teď nekouří.

Nekouří. Ale kouřil.

To byla jeho charakteristika, že kouřil. Zloduch, který nekouří je divný.

Mně to přijde úplně scestné, že teď je na ty kuřáky hon takového ražení, že se nesmí kouřit ani v hospodách a přijde mi to úplně scestné.

On měl nějaké ty bělomorky ten vlk s tím dlouhým papírovým filtrem.

A měls to někdy? Já jsem to měla a to je fakt strašně silné.

Ale jak se to jmenovalo? Ty tomu říkáš bělomorky...

Bělomorky je ruská značka.

Takže to jsme trochu odbočili. To byla taková odlehčovací vsuvka.

No a když jsme u těch začátků té nemoci, jaký pro vás byl dejme tomu první rok, a jak se zvládání té nemoci a vycházení spolu liší od těch následujících let?

První rok byl hrozný, protože pro mě byla rána, když vůbec můj chytrý chlapec, který studoval žurnalistiku a byl na stáži ve Francii a dělal francouzštinu, a když jsme byli ve Francii, tak se krásně domlouval tak, že rodilí Francouzi nevěřili, že je cizinec, tak že najednou tato šílená nemoc, kdy on si myslel, když byl v těch Bohnicích, že tam něco natáčejí, a že ten jeho spolupacient je kompars, a ještě říkal: „Podívej se, koho mi sem dali, celého podřobaného!“ a on za to chudák ten pacient nemohl. A pak mi řekl: „Ty sem nechod, ty sem vůbec nechod, tebe já nechci ani vidět!“ takže já jsem přišla domů a jenom jsem brečela, co si budeme povídat. Ale protože jsem to byla já, tak jsme se s Pepou, s manželem domluvili, ať on mě bude nebo nebude chtít vidět, budeme tam za ním jezdit každý den. Každý den jsme s ním mluvili. Každý den jsme mu vysvětlovali, že my za to nemůžeme. A každý den jsme viděli – bral tehdy haloperidol, což je antipsychotikum předchozí generace – byl po tom těžce

utlumený, tak strašně utlumený, že vůbec nerozuměl žertu, nerozuměl ironii, bral všechno naprosto vážně a byl jako malé dítě. Ale tím, jak jsme za ním pořád jezdili a tím, že byl pod tou léčbou, ztratily se mu hlasy díky tomu přílišnému léku, ale začal být úplně utlumený, a v té době jsem se právě dozvěděla, že žádné jiné tvrdé drogy neměl, jak si původně mysleli v Drop-inu, kam já jsem volala, protože byl nějak mimo. Ale vím, že jednak jsme s ním pořád mluvili – já nevím, jak tam byl dlouho, asi víc jak dva měsíce a ten druhý měsíc už mi pak neříkal, abych odešla. Věřil tomu, že za to, že tam zůstal, opravdu nemůžeme, a že jsme ho opravdu nechtěli nijak podvést.

To už přestal mít ty bludy.

Přestal mít ty bludy, ale byl tak strašně utlumený, že když jsme ho vzali za kamarádkou – měli jsme takové přátele, u nichž jsme na chalupě měli svoji místnost a jezdili jsme tam pravidelně na víkend s dětmi a pak už sami, když děti dospěly – a tehdy jsme tam jeli s Michalem, protože ho pustili na léto a my jsme se o něj báli, protože pak už i pod těmi léky si uvědomoval, že ten jeho skvěle nastartovaný život vzal úplně jiný konec. Neřekl přímo: „Já se zabiju,“ ale že to stojí za prd a „co se mnou bude,“ a tak jsme se o něj fakt báli a vzali jsme ho k té kamarádce a ona, když ho viděla, jak on vůbec nepochopil její ironii, na kterou byla ona zvyklá s ním tak mluvit, ironicky a vtipně, a různě se špičkovali, a najednou on všechno bral strašně vážně a ona se rozbrečela. Takže taková byla ta reakce toho prvního roku.

To bylo ještě v tom létě. Já jsem onemocněl na čarodějnice, a to bylo někdy v červenci, srpnu.

No, dobře. Pak jsi začal na podzim navštěvovat ten denní stacionář a tam jsme šli s tebou. No ale to jsi pořád měl, Míšo, ten haloperidol.

No, asi jenom měsíc. Pak mi právě dali tu Zyprexu a bylo to lepší.

Ano, pak už když jsi dostal tu Zyprexu, tak už to bylo lepší. Ale ten haloperidol byl hrozný. To chodil jako zombie a měl takové to, že se najednou zastavil, to možná znáte.

Haloperidol jsem neměla, já jsem měla Zyprexu.

No, ale třeba od někoho, kdo měl ty vedlejší účinky po nějakých těch těžkých antipsychotikách.

A jak jste se vlastně dozvěděli o tom Ondřejově?

No, to Míša přišel s tím, že mu začíná ten denní stacionář.

To rozhodla primářka Vyhnálková na pavilonu 27.

Takže díky tomu my jsme se tam dostali, že Míša rovnou přišel s tím, že mu tam na té Pankráci začíná ten denní stacionář, a že my tam máme také jít. Takže my jsme jeli s ním a konečně tam, proto já jsem tomu Jerolímkovi pořád tak vděčná, protože on byl první, kdo se s námi jako s rodiči začal bavit, a kdo nás nějakým způsobem informoval a dostali jsme brožurku o tom, co to vlastně ta nemoc je a konečně najednou už jsme si nepřipadali tak šíleně, protože jsme začali sbírat ty informace. Do té doby jediné informace byl slovník cizích slov a jinak nikde nic.

A Michal je u Jerolímka dodnes?

Ne. Od té doby, jak Jerolímek jel do té Afriky, tak ho vlastně předal Dr. Danielu Příhodovi, ale Míša v tu dobu chtěl změnit léčbu, protože strašně ztloustnul, přibral asi 70 kg.

Po Zyprexe?

Po Zyprexe, 50.

No, tak 50, promiň, ale i to je hodně, co si budeme povídat. No a právě chtěl přejít na nějaký jiný lék, aby tak netloustnul a ten pan doktor Příhoda mu vyhověl. Míša začal okamžitě hubnout.

Ono to bylo ještě trochu jinak, mami. Já jsem v té době byl ještě u Jarolímka a Jarolímek mi umožnil brát ten jiný lék, ale pak právě Jarolímek buďto onemocněl nebo odjel a mě přeřadili k tomu Danovi. A ten Dan mi ty léky nevracel zpátky, ale pořád jenom zvyšoval ty dávky těch léků, které mi nezabíraly.

No a Míša se vlastně dostal do takového útlumu, že mi volal jednou z parku okolo Café na půl cesty, že vůbec neví, kde je. Vlastně tam, kde to znal, kde se normálně pohyboval, kde byl i pracovně, tak mi najednou volal, že vůbec neví, kde je, že je v nějakém parku, ale že vůbec neví a já jsem ho vlastně tím svým trpělivým povídáním dostala až k tomu, že si uvědomil, kde je a dovedla jsem ho tím telefonováním k metru. A podruhé mi volal pod těmi léky, co dostával od toho doktora Příhody, že ho nějaká paní vyvedla ze samoobsluhy, že tam byl naprosto zmatený, a že právě zase vůbec neví, kde je. A tak já zase tím, jak jsem ho uklidnila – jemu asi ta naše komunikace právě velice pomáhala v době, kdy měl nějaké takové problémy – takže jsem ho zase dovedla až někam, že si to uvědomil, kde je a dovedla jsem ho do metra a on přijel domů. A pak jednou jsme spolu seděli u mě v obýváku a nějak jsme svačili a měli jsme párek a on uprostřed kousnutí do párku usnul. Což u Míšy, který když jí, tak jí, tak to bylo šílené. Takže jsem se už naštvála a říkala jsem mu, že s ním pojedou k tomu doktorovi, protože k němu nemám důvěru, protože místo, aby ho nějak hlídal, tak mu jenom zvyšoval dávky a Míša byl v čím dál větším útlumu, ale až v takovém, že uprostřed kousání usnul. No a tak jsem tam jela s ním a tomu Příhodovi jsem to řekla, a že já už k němu nemám důvěru, a že nevím, že to nechám na synovi, ale že i on k němu ztratil důvěru, takže pak přešel pod nějakou paní doktorku, která pak šla na mateřskou. S tou paní doktorkou já jsem tedy také mluvila a teď chodí k Vaňhalovi a u něj jsem s Míšou také jednou byla, abych ho poznala a udělal na mě moc dobrý dojem, že i Míša k němu má důvěru a myslím si, že teď je to to pravé ořechové.

A co ten tedy s tím Míšou dělá?

Tak doufám, že s ním promluví, a když Míša potřebuje navýšit léky, tak mu je navýší, když je zase potřebuje ubrat, tak je ubere a jsou v nějaké takové – Míšo, jste v nějaké takové komunikaci, že jo?

No, teď už jak mám hodně práce, tak nestíhám tam jezdit tak často, ale dneska jsem tam byl, mám recepty a musím si je vyzvednout v lékárně.

Takže si myslím, že s tímto doktorem má on takovou zkušenost, že třeba jenom na zavolání, že se s ním poradí a on mu řekne: „Dobře, tak si vezměte o půlku víc nebo o půlku méně,“ a že to funguje. Takže to jsem ráda. A kromě toho Míša má ještě úžasnou psychoterapeutku ke které vlastně chodí celou tu dobu, že jo, Míšo?

No, patnáct let.

Takže vlastně zase, když potřebuje, když mu nebylo dobře, tak se objednal u té terapeutky a jel za ní a tam s ní komunikoval. A zase od ní já vím, že když by se jí Míša nějak výrazně nelíbil, tak ona to zase řeší s doktorem.

Že oni jsou propojení, protože je to obojí na Ondřejově. Takže se o to Michal nemusí starat.

Ano. Ona by třeba doporučila tomu doktorovi, aby zvýšil pozornost. Ale já doufám, že to teď není potřeba. A navíc se mi teď líbí, že ona je v tom krizovém centru, to asi víte, že to je ta Renáta, a mně se líbí, že to krizové

centrum je takové, že je v těch zahrádkách ve vilce, že tam vlastně je i ten přístup takový pro ty lidi, kteří mají problémy s nějakou léčebnou, tak můžou jít sem a nikde není žádný nápis, že to je léčebna.

A co to je, to je tedy to komunitní centrum?

Ne, to je to krizové centrum v Medkově ulici. Tam jsou ti terapeuti, kteří s námi také byli na tom rodinném pobytu.

Já právě znám RIAPS a krizové centrum v Bohnicích a nevěděla jsem, že existuje ještě jedno.

To je krizové centrum, které spadá pod denní psychoterapeutické sanatorium.

Aha. Tak to je hezké.

A to právě v počátcích, kdy já jsem se seznámila s psychiatrií, tak jediné ten Ondřejov jako to denní psychoterapeutické sanatorium, tehdy ještě pod primářem Jarolímekem, jediné splňovalo všechno: byli tam doktoři, byl tam denní stacionář, byly tam různé terapie a bylo tam to krizové centrum s těmi potřebnými terapeuty. Takže si myslím, že teprve později se začal rozvíjet ten Eset a ještě nějaké další.

Fokus třeba, Greendoors.

A ten Greendoors vlastně-

Jo, vlastně, to je ten Ondřejov.

Ne, ale také to původně zakládal Jarolímek. To bylo to Café na půl cesty a ještě nějaké další různé kavárny a to původně zakládal Jarolímek a pak to vlastně předal těm Greendoors. On vlastně ten Jarolímek opravdu založil úplně všechno. On založil ČAPZ, pak vlastně založil i tu rodičovskou organizaci.

Kde jste vy.

Tu Sympatheu tu vlastně spoluzakládal, možná, že založil i toho Ondřeje, nebo byl u toho impulzu, aby se založila rodičovská organizace Ondřej, kde jsem také já, čili on byl vlastně původcem všech těch různých věcí, které pak fungují.

Takže o těch rodičovských organizacích jste se dozvěděla od toho Jarolímka, předpokládám.

Na té edukaci, kterou vedl tehdy Jarolímek a Bára Wenigová spolu s ním. A tam jsme se vlastně dozvěděli, protože v tu dobu jsem chtěla těch informací co nejvíc a chtěla jsem se i setkat s těmi dalšími rodiči, tak jsem se dozvěděla, že existuje ten Ondřej, který existuje od roku 1994 a vstoupila jsem do toho Ondřeje. A tehdy tehdejší předseda té organizace strašně potřeboval nějakého účetního, protože ten účetní, který to dělal, odešel. A tak takřka plakal, že tam nikoho nemají, tak já, protože jsem to trochu znala, jsem říkala, že se toho ujmu, takže to od roku 1999 trochu dělám.

To máte jako hlavní práci.

Ne, nikdy jsem to neměla jako hlavní práci. To je výpomoc. Já píšu ty projekty, dřív jsem je ještě nepsala, ale teď už je asi deset let píšu a dělám to účetnictví od roku 1999 v Ondřeji.

A ještě se zeptám. Byt, kde Michal bydlí, to není jeho vlastní byt, ale teď se ho chystá koupit. A jak jste ten byt získali? Měl ho od začátku své nemoci? Vy vlastně máte dva byty, v jednom bydlíte vy a v jednom bydlí Michal.

My máme na tomto patře tři byty. Ale my jsme tuto dvougarsonku získali trojisměnou.

No, to je strašně dávná historie. Jednoduší je říct, že tady bydleli prarodiče, pak babička umřela a po nějaké době jsem se sem přihlásil, dědeček se odstěhoval.

Dědeček se oženil a odstěhoval se za svojí manželkou, když mu bylo 84, takže Míša vlastně získal tento byt. Dědeček nám zemřel v 91 letech, ale kdykoliv k nám jezdil na Vánoce, tak vždycky spal u Míši a bydlel tady a povídal si s Míšou.

A jinak, ty jsi se ptala, jestli tady bydlím od té doby, co jsem nemocný, tak tady bydlím déle, než jsem nemocný.

Jasně, tak to je dobré. Takže ty jsi vlastně byl bytově zajištěný, takže ti nemuselo nahánět strach, že bys neměl kde bydlet.

No, tak byly tam nějaké problémy při té nemoci.

A potom už mám víceméně poslední otázku: co by se mělo zlepšit na psychiatrické péči, co si myslíte?

Všechno.

Všechno. Včetně třeba toho Ondřejova nebo ten je v pořádku?

Já si myslím, že hlavně jde o finance, že do té psychiatrie se vlastně nedávaly vůbec žádné peníze a ještě i teď by měly mít takzvané psychiatrické sestry, které by případně mohly chodit po těch klientech. A ještě ta Praha je dejme tomu nějak zabezpečená. V té Praze je dost i těch rodičovských organizací, i klientská organizace a případně jsou tu terapeuti, čili Praha je víceméně pokrytá, ale v regionech – já funguji jako laická poradna na telefonu, takže mi volají lidé opravdu z celé republiky a nevědí si rady, kam se obrátit anebo to mají daleko. Třeba musí jet do Ostravy, ale přitom by měli blíž něco jiného. Čili myslím si, že by se určitě měly – teď se o tom hodně mluví – udělat nějaká takzvaná komunitní centra, ale to neznamená postavit v každém regionu jeden barák, kam budou všichni duševně nemocní chodit, to mi přijde také scestné, ale aby byly nějaké poskytované služby různě v tom regionu: něco může být tady něco tam.

Neměl by být asi tak velký spád, ne? Jeden velký region by neměl mít jeden dům, to tady doposavad bylo. To by stejně zase musela být nějaká velká budova, protože jinak by se tam ti lidé nevměstnali.

A to si právě oni představují, že my si myslíme, že transformace je postavit barák a do toho všechno shrnout. Ale my si naopak myslíme, že to, co už funguje v tom kterém regionu, že nějaké sociální služby už tam třeba jsou, tak ty ponechat, jenom je třeba ještě rozšířit. Ale zřídit tam někde nějakou ambulantní psychiatrii, pokud tam není, pokud tam je, tak ji nechat a zase ji třeba rozšířit, udělat ji třeba i někde jinde, kde nebyla. Vyprovokovat nějakou rodičovskou aktivitu a tak dále. My se teď s ostatními rodiči snažíme celorepublikově vytvořit nějaká sdružení rodičů a edukovat je a informovat je, že se můžou na někoho obrátit a tak dále a to je důležité. Mně pak třeba volá nějaká paní z nějaké obce, že ten její nemocný chlapec v nějakých bludech vykřikuje po vsi, že všechny zabije, a ta paní mi plakala do telefonu a říkala: „ale on to tak nemyslí, ale je to malá obec a teď si všichni budou myslet, že je chce zabít,“ byla nešťastná. A já jí říkám: „No, nemá smysl, abyste chodila od baráku k baráku a říkala po vsi, že on to tak nemyslí, samozřejmě, že on to tak nemyslí, ale to třeba můžete říct na nějakém obecním úřadě.“ Ale obecně mají lidé představy o duševních chorobách jenom z médií, z novin jako je Blesk.

Tam se říkají jenom hrozné věci.

Ano, tam se vlastně říká, že jsou to samí kráčejíci vrazi a tak dále, ale ono procento těch, kteří jsou opravdu škodliví jiným lidem je daleko nižší než v té normální běžné populaci. Takže je potřeba informovat i tu širší veřejnost, ale bohužel nevím jak.

Tak já myslím, že co se týče třeba toho projektu Studio 27, tak to má takový potenciál informovat širokou veřejnost nějakým přijatelným způsobem.

No jo, Kačko, ale kdo si otevře Studio 27?

Tak třeba teď máme nabídku, že nás budou promítat na ty tabule v metru a to si myslím, že už je určitý krok do toho veřejného prostoru.

To už je, ano.

A myslím si, že to, co se děje teď je jenom začátek. My budeme mít navazující projekt.

Určitě, a určitě je to úžasná věc, protože já vím od Míši, koho tam zvete, že jsou to zajímaví lidé a tak dále, ale na druhou stranu ta široká veřejnost, která čte ten blesk a kouká na televizi Nova, která samozřejmě všechno ještě zveličí, tak té se to vůbec nedotkne.

A pak ještě tady jsou Ambasadoři, což je projekt, který se teď chystá, že ti ambasadoři z řad duševně nemocných budou školit novináře o problematice duševních chorob, takže třeba i ti novináři získají jiný pohled na tu věc a třeba začnou psát jinak. Takže já myslím, že se teď spoustu těchto věcí vyvíjí, máte tedy pravdu, že hlavně v Praze – já nemám přehled o těch ostatních regionech, ale umím si představit, že to tam je asi horší, možná v nějakých větších městech, třeba v Ostravě bude také něco takového-

Tam ještě něco je, v Brně dejme tomu něco je. Já mám kamarádku, také maminku duševně nemocného, v Táboře a ona tam začala pracovat ve Fokusu, ale pak jí to nějak otrávil a přestala tam pracovat. Ale teď je to tam zase snad trochu lepší. Ale že vlastně ani ten Tábor, což je vlastně menší město, ale není to vesnice, tak že i tam nemají žádnou možnost moc: vím, že její syn také jezdil do Prahy. Pak nějaká jiná maminka začala dělat nějakou rodičovskou aktivitu v Kolíně a vlastně i tam pak narazila, že to převzal nějak Fokus a převzal to docela hrubě a jí z toho vlastně úplně vyřadili, ji, která to tam všechno zakládala a všechno měla i s obecním úřadem v tom Kolíně dojednané.

Tak to jsem nevěděla, že ten Fokus je takto hrubý a zlý.

No asi jak kde a jak kdo, já s tím Fokusem špatné zkušenosti nemám, znám tedy z toho Fokusu akorát pana Nováka a s ním nemám špatnou komunikaci ani spolupráci, a když jsme se potkávali na nějakém magistrátu třeba ohledně pracovních míst, tak se mi to jednání těch pracovníků Fokusu, kteří získávají ta pracovní místa pro duševně nemocné, tak se mi to líbí, čili já špatnou zkušenost s Fokusem nemám.

Kateřina Málková

Rozhovory s odborníky

Kult mládí a zdraví je iluze jak z reklamy na T-mobile

Rozhovor s Petrem Koubíčkem, který pracuje v Psychiatrické nemocnici Bohnice, vedl Tomáš Vaněk.

Mohl byste říct něco o sobě, jak jste se dostal k té práci

Tak já bych se nějak profesně představil. Jmenuji se Petr Koubíček, dělám na pavilonu 3 v psychiatrické nemocnici Bohnice staničního ošetřovatele, tuším, že od roku 2002, takže už to bude přes deset let. Profesně jsem tedy všeobecná zdravotní sestra, mám psychiatrickou specializaci v Brně jako specializační studium a psychoterapeutický výcvik typu SUR, z kterého mám tu sebe-zkušenostní část, nemám ho komplexní, protože to k mé profesi není požadované a ten komplexní si dělají více méně psychologové, kteří potom můžou samostatně provádět psychoterapii. Já jsem si ten pětiletý výcvik udělal prvně z nějakých osobních důvodů a pak samozřejmě z profesních, protože spolupracuji v rámci skupinového psychoterapeutického programu tady na oddělení, dělám spolu s psycholožkou psychoterapeutické skupiny. Jinak v léčebně pracuji už od roku 1994, respektive 1991, kdy jsem nastoupil na civilní službu a nějak jsem si tady dodělal vzdělání. Takže jsem se do téhle profese dostal přes civilní službu jako spousta mých kolegů, minimálně mého věku, kdy v té době byl příliv těch civilkářů do zdravotnictví docela velký a některé z nás to zaujalo a místo své původní profese jsme v tom zdravotnictví zůstali. Takže to je asi moje cesta, jak jsem se dostal vlastně vůbec k téhle práci. V léčebně jsem prošel spoustou oddělení – závislosti, geronto-psychiatrie, klasické psychiatrické oddělení, třeba chronického typu a pak jsem nakonec zakotvil na akutním příjmovém oddělení tady na trojce, tam mě ta práce baví asi nějak nejvíc, primárně z toho důvodu, že tady je strukturovaný psychoterapeutický program, že mě baví, že vlastně pacienti, kteří se sem dostanou do péče jsou tady nějak aktivně zapojení, nějak aktivizovaní, že jenom někde nesedí na tom oddělení a nejedí léky, ale nějak aktivně se podílejí na svojí léčbě, což samozřejmě vnímám, že v struktuře oddělení v léčebně je tenhle typ oddělení výjimečný. A samozřejmě na té léčbě mohou spolupracovat pacienti, kteří jsou k tomu nějak namotivovaní a jejich stav tomu odpovídá, aby vlastně zvládli zátěž toho oddělení. Asi ne v každém stavu může člověk na tomhle typu oddělení být. Jsme oddělení otevřené, koedukované, kde jsou muži i ženy, je tady třicet lůžek, jsou tady lidé s různými psychickými obtížemi klasické psychiatrie, tzn. neurotické obtíže, úzkosti, deprese, psychózy, poruchy osobnosti, takže s takovými lidmi byste se tady asi potkal. Co bych vám k tomu oddělení ještě řekl? Funguje tady více méně takový systém částečně režimový, částečně komunitní, tzn. jak už jsem říkal, že se pacienti nějak spolupodílejí na chodu oddělení, kdy mají rozdělené nějaké povinnosti, služby, máme každý den komunitu, funguje tady spoluspráva, což jsou dva pacienti volení komunitou, kteří se trochu spolupodílejí na organizaci oddělení. Zároveň je tady jasně nastavený program, jasně nastavená pravidla. Tím, že sem člověk vstoupí do léčby, má vlastně povinnost se podle toho řídit, dodržovat domácí řád a terapeutický režim.

T: Jenom tak stranou řeknu, přiznám, že já jsem se na tu trojku nikdy nedostal. Z jedničky jsem se chtěl dostat rychle pryč, ale bylo mi řečeno, že bych to tady na té trojce nezvládl. Já si myslím, že možná ani dneska bych to nezvládl.

K: Asi vždycky záleží na stavu toho člověka, já si myslím, že dobrá alternativa je, že my v současné době téměř nemáme pacienty s psychotickým onemocněním na oddělení a je to, podle mého názoru, proto, že vlastně je otevřený stacionář v rámci léčebny, kam vlastně pacienti už z toho uzavřeného oddělení, například z jedničky, docházejí na ten stacionární program, když už jsou v kompenzovaném stavu. Potom i po propuštění sem mohou docházet na denní program cíleně koncipovaný pro lidi s psychózou. Vlastně tím pádem nemusí přes to otevřené oddělení a ten stav se rychle zkompenzuje v tom smyslu, že není nutné, aby ten člověk byl na lůžkovém oddělení, ale pak už jenom chodí do toho programu, pokud o to má zájem. To mi připadá dobré, že vlastně ani není potřeba, aby v té léčebně zůstával na plný režim, to znamená na lůžku.

T: A vnímáte, že se to tady nějak vyvíjí k lepšímu, za těch dvacet, skoro dvacet pět let, co tu jste?

K: Určitě ano. Ten posun je veliký, vzhledem k tomu, že mám to velké časové srovnání, přes všechny těžkosti, potíže a kotrmelce, jak organizační tak i ekonomické, si myslím, že se ta péče opravdu změnila hodně. Příkladem toho jsou je jak ten denní stacionář, který funguje už minimálně rok, tak i komunitní terénní centrum, které také vnímám jako dobrou, přínosnou aktivitu. A myslím, že se změnila i struktura té péče, že je standardizovaná péče pro lidi s duševním onemocněním v rámci léčebny, personál je vzdělanější, přišlo sem i spousta mladých lidí. Já to ze své strany vnímám hodně pozitivně, ale já samozřejmě nemám přehled o celé léčebně, ale myslím, že se skutečně spousta věcí změnila k lepšímu, byť zároveň narostlo spousta administrativy a spousta takových věcí, které člověka nebaví v té práci, ale myslím, že co se té péče týče, tak určitě ta změna je.

T: Zeptám se na to, protože kolega se na to, myslím, ptal ředitele léčebny v televizi, jak vnímáte ten vztah, když zároveň jste tady jako zdravotní bratr, dáváte ty léky, které se třeba nějak vyvíjejí, a zároveň děláte tu psychoterapii. Jak vnímáte ten vztah, jestli se to doplňuje, nebo to někdy jde proti sobě ta léčba medikamenty s tou psychoterapií?

K: Z mé zkušenosti tady konkrétně na oddělení, si myslím, že se snažíme vždycky o to, aby se to nějak vhodně doplňovalo. Protože – dovedu si představit, že spousta obtíží nebo minimálně lidí, kteří jsou v nějakém závažném stavu, tak bez těch léků to zvládnout nejde. Nebo – jak se říká – ty léky samozřejmě nevyřeší všechno, ani u úzkostí, depresí, psychózy, ale pomůžou toho člověka kompenzovat natolik, aby byl schopný třeba psychoterapeuticky pracovat, aby byl natolik zklidněný, natolik si to dokázal strukturovat, co je důležité, co řešit později, co řešit v tuhle chvíli. Takže ty léky vám vlastně otvírají cestu. Umožňují cestu k tomu člověku nebo k tomu vlastně nějak pracovat se sebou. Takže můj názor je takový, že se vlastně tyhle dvě cesty, farmakoterapie a psychoterapie, doplňují nebo ideální je, když se doplňují. Ale myslím si, že u mnohých obtíží jedna bez druhé nemůže být. Dovedu si představit, že třeba v ambulanci u nějakých obtíží typu neurotických nebo myslím si, že spíš vztahových, když to řeknu na nějakém příkladu, někdo má problémy ve vztahu, je v nějakém rozchodu nebo v nějaké obtížné situaci, takže psychoterapie může být podporou, aby aktivizoval své vlastní síly tu situaci zvládnout. Ale zároveň si umím představit, že ten člověk má třeba potíže se spaním, a že třeba krátkodobě využít po dobu týdne, měsíce třeba nějaké léky na zklidnění, na to, aby se vyspal, aby mohl fungovat v běžném životě dál, aby se neprobořil ještě do větších obtíží, tak mohou být užitečné i ty léky. Ale dovedu si představit, že třeba v ambulanci se to nějak dá zvládnout bez toho. Ale u nemocí typu deprese nebo psychózy si myslím, že ty léky jsou důležité, jsou nezbytnou součástí léčby, aspoň co mi je i profesně známé, a jakou já mám zkušenost na oddělení.

T: Tak ono – zas zabíhám někam, kam jsem nechtěl – třeba v tom Laponsku, jestli jste slyšel o tom otevřeném dialogu...

K: Ano

T: Tak tam to léčí, třeba i tu psychózu zprvu jenom třeba prášky na spaní a právě se snaží toho člověka zklidnit a jsou s ním v nějakém intenzivním kontaktu a otázka je, jaké to může mít výsledky.

K: Já jsem v tomhle smyslu určitě zvědavý a ty informace mě zajímají a neříkám, že to třeba možné není, anebo že se nenajdou třeba nějaké jiné cesty, ale nemám tu osobní zkušenost. Takže to jsou pro mě informace, které jsem si třeba někde přečetl nebo jsem viděl nějaký zajímavý dokument a říkám si, že to třeba nějak fungovat může, ale nemůžu vám o tom z profesního ohledu říct. Já neříkám, že je to blbost, ale neříkám ani, že je to skvělé a jediná cesta, nebo lepší cesta než ta, která funguje současně. Dovedu si představit, že pro někoho to může být dobré a někomu to nepomůže. Takže nechci být odpůrcem nějakých těchto experimentů nebo hledání nových cest, ale nemůžu se za to vlastně ani postavit a říct „to je ono“

T: Takže vy byste řekl, že ty léky by měly pomáhat, když jsou dobře nastavené, i ta psychoterapie, a že se to vzájemně snoubí.

K: Že to může fungovat společně. A zároveň je určitě důležité a dobré, když se hledají nové cesty, jak pomoci lidem, kteří mají tyhle potíže, a že nemůžu říct, že tohle je jediná a navždy platná léčba.

T: Jasně, to se nedá nikdy říct. Koneckonců se může vymyslet něco nového, nějaký nový lék nebo něco a najednou to bude všechno probíhat jinak. Zeptám se ještě – taková záludná otázka, ale já teď chodím na to Komunitní Terénní Centrum a vlastně pan doktor Pastucha se mi hodně věnuje, mluví se mnou vždycky třeba půl hodiny, často i déle. A vlastně když jsem byl na pavilonu 27, tak on tam byl jako můj lékař a já mám pocit, že za ten měsíc jsem tam s ním nemluvil tolik, jako s ním teď mluvím za jednu návštěvu. Vnímáte to tady v té nemocnici tak, že člověku nějak ten systém, který je nastavený na tom konkrétním pavilonu, nedává třeba možnost se tolik projevit? A vy jste asi teď spokojenější na té trojce, kde můžete pracovat i psychoterapeuticky. Proč to třeba nejde jinde? Co si o tom myslíte?

K: Já si myslím, že z nějaké části to samozřejmě může být otázka i kapacity personálu a myslím si, že to není jednoduchá odpověď, že to není jenom o tom, že v tom samozřejmě hraje roli i ten akutní stav. Myslím si, že když je člověk v nějakém stavu neklidu nebo nějaké akutní úzkosti, že ta psychoterapeutická práce je v tom hodně omezená, že se s tím nedá dělat tak, jako když už je pak člověk nějak zklidněnější a je k tomu třeba nějak nastavený. Když je člověk nějak paranoidně nastražený a plný nedůvěry a agrese, tak vlastně nemáte moc možností, protože psychoterapie obecně je založená na vztahu důvěry: já věřím vám, že to, co říkáte, říkáte otevřeně a upřímně, to, co přinášíte do terapie, a vy předpokládám, že zase věříte mně, že to s vámi myslím dobře, a že pro vás udělám z profesionálního, lidského pohledu to nejlepší, co dokážu. Na tom je založená psychoterapie, že si nějak věříme, že ta spolupráce může fungovat. Ale když je někdo nastavený víceméně negativně vůči okolí, které vnímá jako ohrožující, tak tam půda pro práci moc není. Takže si dovedu představit, že právě na akutních uzavřených odděleních, jak neklidu, tak třeba i jedničky nebo dvojky, tam moc prostoru není. Ale zároveň jak na jedničce nebo na dvojce – já mám zprostředkovanou zkušenost od kolegů nebo od kolegyně – tak s pacienty individuálně psycholožky psychoterapeutická sezení dělají, pokud je to možné, a pokud to aspoň trochu ta situace umožňuje. Ale zároveň je tam z hlediska psychiatrů i ta časová kapacita. Dovedu si představit, že když doktor má na oddělení třicet lidí, tak si ten čas musí nějak strukturovat, a že na individuální pohovor toho času moc není. Takže má na den pět lidí a věnuje jim čtvrt hodiny, spoustu času mu zabere administrativa a organizační záležitosti. Tak to je.

T: Já vím, že na pavilonu 27 je dokonce zakázané, aby tam probíhaly nějaké individuální rozhovory – nevím, jestli je to úplně zakázané, ale neprobíhá to tam.

K: Já to oddělení zas úplně neznám. Já jsem tam párkrát byl, mám nějakou rámcovou představu, ale jak tam funguje struktura léčby, to úplně nevím. Moje představa o akutním oddělení, jako je neklid je, že cílem léčby nebo pobytu je pacienta v akutním stavu převážně zklidnit medikací a pokud možno nastavit, aby své potíže řešil dál. To znamená, aby tam byl pokud možno co nejkratší dobu a v co nejkratší době, pokud je to možné, byl přeložen na uzavřené oddělení, kde už lze pokračovat ve farmakoterapii a třeba i v motivaci k psychoterapii. Ale nemám osobní zkušenost, že bych tam někdy sloužil nebo byl ve směně, neznám úplně detaily.

T: Ale na pavilonu 1 jste byl?

K: Na pavilonu 1 to znám, nikdy jsem tam sice nesloužil, ale byl jsem tam několikrát, takže tam tu představu mám jasnější.

T: Je to vlastně tak, že se to má nějak vyvíjet, ten člověk se má zklidnit..

K: A může se stát, že i když je člověk v takovém stavu, že není důvod k tomu, aby tady byl nedobrovolně, tak i když je mu nabídnuto nějaké další řešení, nějaká další léčba, tak on to odmítne a jde domů. To znamená, že už se k nějaké intenzivnější psychoterapeutické práci nebo třeba stacionáři nedostane, protože je vůči tomu negativně nastavený.

T: Stává se vám tedy, že přijdou pacienti po delší době a jenom poděkují, nebo se spíš zase vrátí jako nemocní?

K: Stalo se mi mnohokrát, že se nám i někdo sám ozval písemně nebo i osobně a přišel se v uvozovkách pochlubit, že mu je dobře, že se má dobře, a že mu to bylo nějak užitečné.

T: Tak to je na té práci asi příjemné.

K: Je, určitě. To je největší odměna, když pak někoho vidíte, nebo třeba i někoho potkáte, aniž by zašel sem, a nějak se spolu zkontaktujeme, popovídáme a vidím, že ten člověk je spokojený, že se mu daří.

T: Já bych se měl jenom ptát, ale mám taky potřebu něco říct. Pro mě bylo důležité, když mi třeba pan Kříčka řekl, že si mám najít psychologa, to jsem si zapamatoval, že jsem takový introvertní, a že bych si měl, i až mě pustí, najít nějakou psychoterapii. Ale to jsem ještě neměl ani diagnostikovanou tu nemoc a vlastně jsem sám chtěl, aby mi ji diagnostikovali. Já mám určitě maniidepresi nebo schizofrenii, to určitě není žádná toxická psychóza, nic takového. Nějak tak jsem se to snažil vysvětlit. A on mi právě hezky odpověděl a vyslechl mě. To si myslím, že v tom systému pro ty pacienty dělá hodně. Pro hodně lidí, když jsou tady třeba nedobrovolně, je hrozně těžké vnímat ten uzavřený prostor, kde jsou nějaká pravidla, jako něco, co jim má pomoci. Takže pak spíš pomůže to, když je tam nějaký lidský prvek. I když to není na to, aby si člověk na hodinu sednul a psychoterapeuticky na sobě pracoval, tak i třeba pár slov ho ubezpečí o tom, že aspoň někdo to s ním myslí dobře.

Jak podle vás stigma, třeba i té vaší profese, stěžuje proces uzdravení nebo zotavení klientů?

K: Já myslím, že určitě ano. Spousta lidí s tím má problém, ať ve svém okolí nebo v zaměstnání, přiznat to, nebo přijít do zaměstnání s tím, že se léčím pro nějakou duševní nemoc, ať to jsou úzkosti nebo deprese. Ono také záleží na té profesi. Myslím si ale, že je to pořád celospolečenské téma. Já se s tím víc setkávám ani ne tak na oddělení jako v rámci rodičovské skupiny, kde rodiče nebo partneři často oceňují, když se do té skupiny dostanou, protože je to první prostředí, s kterým se setkali, kde můžou o těch potížích otevřeně mluvit. Jinde buď naráží na neporozumění nebo odmítnutí, nebo na vlastní stud, vlastní obavy, jak na to ti druzí zareagují. A tak o tom raději nemluví a uzavírají se v tom. Takže to určitě komplikuje uzdravení, například tím, že to zvyšuje napětí v rodině. Nemoc o tom mluvit, že je to nemoc jako spousta jiných nemocí zhoršuje tu atmosféru a to napětí. A pak samozřejmě i co se týče pracovního uplatnění – já jsem se setkal se spoustou přístupů, že ti lidé se bojí zaměstnavateli přiznat, že mají takovéhle obtíže, ale zároveň i se vstřícností zaměstnavatele, který byl podle klientů vstřícný, otevřený a měl pochopení. Takže to je vždycky asi o tom, na jaké narazíte lidi.

T: Když jste mluvil o té rodičovské skupině, tam vlastně přicházejí rodiče, partneři. Jak vypadá spolupráce s rodinami klientů, které máte tady na oddělení? Jak to funguje, zapojujete je nějak?

K: Zapojujeme, pokud je o to zájem.

T: Ze strany té rodiny?

K: Ze strany rodiny a hlavně pacientů. Takže samozřejmě od nás ta nabídka je, že se rodinní příslušníci mohou informovat a zapojit, nebo třeba i nabídka té rodičovské skupiny, ale je to hlavně na těch pacientech, jestli do toho chtějí zapojit i svoje blízké. Naopak někdy rodina intervnuje moc nebo nevhodně nebo tak, jak to tomu nemocnému nevyhovuje. Takže v tom spíš tu rodinu brzdíme, že by měla nechat víc ty

kompetence a tu samostatnost řešit si svůj život tak, jak si to ten člověk přeje sám, i když to ti druzí nevnímají, že je to tak správně.

T: Takže je to častý případ, že ten dotyčný onemocní třeba v sedmadvaceti jako dospělý člověk a rodina ho chce zpátky jako malé nemocné dítě.

K: No, nebo ta rodina očekává, že toho člověka tady nějak opravíme. Jako když dáte televizi do servisu. A přitom nenahlízejí, že mohou spoluvytvářet ten systém, který tu nemoc nějak akceleruje. Když se necítíte v tom rodinném prostředí z nějakého důvodu dobře – i třeba z důvodu té hyperprotektivity, že tam nemáte dostatek prostoru, kde si můžete věci dělat po svém, tak samozřejmě útek do nemoci může být formou řešení, jak z té tísně vypadnout.

T: Já bych se zeptal, jak jste zmínil to komunitní terénní centrum, že to je vlastně pozitivní, teď ono se má stěhovat mimo léčebnu do Dolákovy ulice, má spolupracovat s Fokusem, aby ještě rozšířili ten komunitní tým, aby tam bylo víc pracovníků a ta péče byla komplexnější. A je tady představa, které se někdo bojí a někdo ji zase až fanaticky prosazuje, toho, že mají vzniknout ta centra duševního zdraví, která mají být více integrovaná do měst. Jak se na to koukáte, nebojíte se toho?

K: Já z toho strach nemám. Mně to připadá jako dobrý směr. A zároveň si myslím, že v jistém smyslu ta psychiatrická nemocnice je nezastupitelná třeba v léčbě nějakých závažných stavů, kdy ta hospitalizace je nutná, kdy ten člověk je neklidný, nespoupracující. Ale myslím si, že ta centra mohou opravdu – tak jak se to vlastně ukazuje na pilotním projektu toho KTC – často předejít hospitalizacím nebo zkrátit dobu pobytu na psychiatrickém oddělení, nebo toho člověka dlouhodobě podporovat doma, že k rozvoji další ataky nemusí dojít nebo se to může zvládnout v rámci toho KTC. Takže jsem jednoznačně pro a myslím, že by se ta síť měla co nejrychleji rozvinout po celé České republice – Praha je na tom ještě relativně dobře, ale jsou kraje, kde opravdu tu psychiatrickou pomoc nemáte žádnou mimo spádové nemocnice a ambulance. A ten článek mezi tím je opravdu potřebný a chybí a myslím si, že nejenom pro lidi s psychózou ale i s jinými psychickými obtížemi, a to si myslím, že převážně pro lidi s poruchou osobnosti. Tam ta péče je nerozvinutá. V celé České republice funguje jediná komunita – Kaleidoskop – která ještě funguje z neziskových peněz, a která pomáhá mladým lidem s poruchou osobnosti i se závažnými potížemi se naučit samostatně žít a začlenit se do života. Takže si myslím, že celkově psychiatrie, mimo léčby závislostí a, dejme tomu, gerontopsychiatrie, by potřebovala více rozvinout komunitní síť.

T: Že na psychiatrii je asi málo peněz oproti jiným zemím.

K: Do toho politického a finančního pozadí já tak úplně nevidím, nebo do toho vidím tak akorát to, co je běžné v médiích.

T: Ale to je zajímavé, že jste vzpomněl ty poruchy osobnosti, ty jsou na tom možná ještě hůř než psychózy.

K: Já si myslím, že ano, protože teď je vlastně ta reforma hodně zaměřená na rozvinutí psychiatrické péče pro lidi s psychotickým onemocněním, ale na tohle se, myslím, moc nemyslí, na lidi s poruchou osobnosti a myslím si, že ti tu péči potřebují taky. Oni se v rámci té problematiky často uchylují k užívání návykových látek, takže se třeba dostanou do léčby a do nějaké komunity v rámci léčby závislosti. Tady na oddělení jich máme poměrně dost, je to asi třetina oddělení. Dostávají se sem mladí lidé s poruchou osobnosti, od osmnácti let, se závažnými problémy, sebepoškozováním, sebevražednými pokusy a jediné, co jim můžeme nabídnout, pokud mají zájem, je ta komunita Kaleidoskop a to je hrozně málo. Myslím si, že tam je ta péče opravdu hodně nerozvinutá.

T: Mají aspoň psychologa na pojišťovnu?

K: Tak asi jako všichni – jsou psychologové, kteří dělají na pojišťovnu, ale většina psychologů na pojišťovnu nedělá a psychologové, kteří na pojišťovnu dělají, jsou přetížení. Protože když je to jeden ze stovky, tak samozřejmě lidé, kteří nemají na to si to zaplatit, se k psychologovi nedostanou. Ono už pro lidi s poruchou osobnosti je pár stacionářů, jeden z nich myslím provozuje Eset, teď nevím, jestli taky Fokus. Takže existují stacionární programy, ale myslím si, že pro nezanedbatelnou část klientely je užitečný, a myslím si, že mnohdy nutný léčebný pobyt v komunitě. Naučit se dlouhodobě samostatně fungovat sám za sebe. Tak jako je v tomto smyslu koncipované chráněné a komunitní bydlení pro lidi s psychózou, aby se separovali od své primární rodiny, naučili se samostatně žít, hospodařit, bydlet, starat se o sebe, tak si myslím, že tyhle potřeby pro lidi s poruchou osobnosti nejsou naplněné a oni v tomhle hrozně plavou. Sociálně selhávají tak jako lidi s psychózou a tím se potom dekompenzují do těch svých psychických obtíží, neumějí žít samostatně a tam je ta komunita nezastupitelná.

T: Já to vnímám tak, že ty velké nemocnice, kterých je asi 14, já nevím přesně, v republice, mají obrovské spádové oblasti, mají spoustu lůžek, často je to za městem, třeba na nějakém zámku nebo v kasárnách, se bojí té reformy, protože se říká, že to bude jako v Terstu v Itálii, že se mají ty velké nemocnice zavírat. A ti lidé si říkají, že to ničemu nepomůže, mají pocit, že tu práci dělají dobře. A já to třeba vnímám tak, že tady v té bohnické nemocnici je docela napětí, protože to vedení je docela – nechci říct pro-reformní, ale takové osvícené v tom smyslu, že chce hledat kompromisy a nějaké systémové řešení. A teď já se vás vlastně ani nemůžu zeptat na to, jestli to je v těch jiných nemocnicích horší, což já si osobně myslím. Ale spíš bych se zeptal, jestli vidíte, že třeba ne všichni sdílí tu politiku vedení té nemocnice ve smyslu toho, že by se mělo něco změnit, že by třeba měli být peer konzultanti, že by mělo být komunitní centrum, jestli je tady nějaké napětí? To je těžká otázka.

K: Je těžká a já vám na to nejsem asi schopný dát jednoznačnou odpověď. Ono totiž, jak mluvíte o politice léčebny, tak to je jedna část, ale mně je v lecčems ta politika nebo to směřování vedení nejasné, že kolikrát nevím, kterým směrem vlastně jdeme. A myslím si, že i pro mnohé moje kolegy je těžké se v tom orientovat. Dělají se věci jako je to KTC nebo ti peer konzultanti, ale bát se, že zdravotníci přijdou o práci - za prvé, je to proces na spoustu let, takže se ty věci asi budou měnit pomalu, obecně v léčebně se věci vždycky mění pomalu. Čím větší organizace, tím je celý ten proces pomalejší. Já vidím, že spíš než, aby se měnily nějaké konkrétní věci, tak narůstá spousta administrativních opatření jako třeba akreditace nemocnice, která s sebou přináší spoustu papírů a dodržování hloupostí, jako že třeba musíte mít na odpadkových koších čísla. Takže pak nevím, jestli tu péči chceme rozšiřovat do toho komunitního prostoru nebo jet ve starých kolejích. Takže to napětí vidím v tom, že nevíme, kam se to vlastně sune, a že ty obzory jsou nekonkrétní. Umím si představit, že by se lidem mnohem lépe orientovalo, kdyby bylo jasné, že jsou například dva roky na to, aby vzniklo v každém obvodu Prahy nějaké komunitní centrum, kde by se už jasně profilovalo, jak to bude fungovat. Ale to vlastně nikdo neví, to je všechno v mlze, jak se ty věci budou dělat. To si myslím, že spíš znejišťuje, než když máte konkrétní záměr, do kterého se buď musíte vejít, nebo se s tím musíte nějak vyrovnat.

T: Takže spíš to vágní mluvení o nějaké reformně vytváří nějakou mlhavost.

K: A potom nejistotu.

T: Než kdyby přišlo rozhodnutí, že od zítřka jsou všechny pavilony přejmenované a jeden zrušený. Sledujete ty otázky kolem reformy, když se objeví nějaký článek?

K: Občas ano, snažím se to nějak chytat. Ale já a nejen asi já mám pocit, že se kolem toho vede mnohem víc řečí, než těch konkrétních skutků. Já jsem spíš nastavený k tomu činu. Ale asi je to proces, který je nutný, že se to nejdřív řeší na té politické úrovni, musí se to projednat s těmi ministry a potom to jde nějak dolů, ale mám pocit, že se o tom hlavně mluví.

T: A co by mohlo třeba pomoci k tomu, aby bylo víc peněz do psychiatrie – protože ta situace je docela tristní. Normálně třeba v krajích má psychiatr na člověka 2,5 hodiny ročně. Pomohlo by třeba nějaké patientské hnutí?

K: Já si myslím, že každá občanská iniciativa v tomhle je žádoucí, protože my to nemáme tak zažitě v naší společnosti, že se lidé musí ozývat pro nějaké věci, aby fungovaly. Takže tohle je určitě dobré, když sami nemocní, nebo jejich příbuzní, nebo lidé, kteří o to mají zájem, se nějak ozývají, i ve smyslu nějakých organizovaných akcí, to je určitě dobře. Možná i vzhledem k vaší profesi vznik nějakých dalších tiskovin, nebo tomu v tisku více věnovat čas. Jasně, že se o těch věcech občas píše, ale myslím si, že je to pořád málo.

T: Já si třeba myslím, že je škoda, že třeba lidé, kteří jsou na tom ještě lépe než já – že nemají chráněnou práci, ale mají normální práci z hlediska té společnosti – že se k tomu moc nehlásí. Takže pak jsou lidé, kteří jsou na tom hůř – a tam chápu, že ti se k tomu nehlásí, protože je těžké se k tomu hlásit a vlastně je ani moc nikdo nebude poslouchat, když budou něco říkat. Máte pocit, že třeba ti lidé, co potkáváte ve městě, že se třetina zapojí do normálního trhu práce? Že nejsou moc slyšet. Já o nikom nevím.

K: Já si říkám, že to může být také právě dané tím, že když se z toho člověk nějak vyhrabe a je rád, že nějak funguje, tak se na to snaží nějak zapomenout.

T: A to je právě škoda. Pak vlastně – já znám lidi, kteří se hlásí ke své nemoci, snaží se něco dělat, snaží se něco prosazovat, ale není jich zdaleka tolik, jako by jich mělo být, třeba už jen pro založení nějakého patientského hnutí.

K: Jasně, že určitě není jednoduché lidi přesvědčit, že to má smysl, že to má smysl i do budoucna pro další lidi, kteří ty obtíže mají, že se to celospolečenské klima může nějak změnit. Ale myslím si, že v tom jde dělat ještě spoustu věcí zejména v medializaci celé té problematiky, protože si myslím, že je to pořád okrajové téma. Přitom spoustu lidí trpí nějakými psychickými obtížemi jako úzkostmi nebo propady nálad a řeší to u praktického lékaře a zobou neurol. Psychické obtíže jsou téma, se kterým má zkušenost každý. Každý se někdy setkal s člověkem, který měl nějaké psychické obtíže, byť třeba post-traumatické – přijdete o někoho blízkého – vyhrabat se z té situace určitě není jednoduché – někdo to zvládne pomocí rodiny, blízkých, někdo krátkodobě vyhledá pomoc, chodí k psychologovi nebo do krizového centra, někomu se pak na základě toho rozvinou depresivní obtíže, takže si myslím, že to není nic, s čím by se lidé běžně nesetkávali. Holt ale celospolečensky je pěstovaný ten kult mládí a zdraví, a že vlastně žádoucí a dobrý je ten člověk, který je dokonalý. Je to iluze jak z reklamy na T-mobile. Takže pak je těžké se přiznat ke svým chybám a nedostatkům nebo k obtížím, nebo že se mi v životě někdy nedaří.

T: Tak ještě se zeptám na poslední otázku: říkal jste, že vnímáte, i za tu dlouhou dobu, co tady pracujete, že se věci mění k lepšímu, tak bych se chtěl zeptat, co byste si přál do budoucna, aby se ještě mohlo změnit nebo jestli máte nějakou vizi, kam byste se chtěl třeba vy sám posunout v té práci, jestli vás to ještě baví a chcete u toho zůstat.

K: Ano, baví mě to a vizi, kam bych se chtěl posunout, mám. Právě v kontextu rozvoje těch psychiatrických center bych si určitě ve své profesní kariéře rád ozkoušel pak i tu terénní práci. Dejme tomu v perspektivě pěti let.

T: Myslíte třeba aktivně vyhledávat lidi, kteří jsou na tom špatně, kontaktovat je?

K: Dovedu si představit, že tak za pět, šest let bych si nějak přestrukturóval i svůj čas. Já teď funguju v režimu ranních služeb a dovedu si představit, že bych tuhle práci staničního přenechal někomu jinému, schopnému, kdo by se v tom našel a já bych třeba pracoval v rámci nějakého krizového centra. To by mě určitě bavilo, zajímalo by mě to, tenhle styl práce. A já vlastně ještě částečně funguju v rámci Centra krizové intervence, kde funguju jako

externí pracovník na lince důvěry, tak to je něco, co mě baví i na tom krizovém centru. Tak si dovedu představit, že bych si tu práci nějak přestrukturoval a rozvinul do více aktivit, než mít plný úvazek jenom na jednom oddělení. Tak já doufám, že se opravdu v tom během nějakých pěti let pohnou ledy a ta centra duševního zdraví – nebo jak to pracovně nazvat – se opravdu začnou rozvíjet, minimálně v rámci těch velkých měst, a že se třeba nějaká taková příležitost naskytne. Tak, jak vlastně funguje to KTC jako pilotní projekt, tak to snad začne běžet i ve více obvodech. Co by mě na tom vlastně bavilo, co by mě na tom lákalo je vlastně ta dlouhodobější a osobnější práce s těmi lidmi. Protože pak když bych – řeknu příklad – dělal někde na Žižkově, tak v rámci Žižkova už tam ty lidi pak znám, kde bydlí, jak žijí, znám jejich prostředí, znám jejich situaci, už je to vlastně nějaký osobní vztah. A vlastně dlouhodobě vidíte, co těm lidem schází, jak jim pomoci, co jim nabídnout a to mi připadá dobré.

T: Možná malinká poslední otázka, jestli tady v nemocnici – já jsem si někde přečetl, že se má do týmu implementovat peer konzultant, že by zatím měli nějakou klubovnu, ale že postupně by byli začleněni do týmů. A já jsem si říkal, do jakých týmů, vždyť tady nejsou žádné týmy, tady je ta subordinace – tak jestli i tohle vás láká, ta týmová práce, kdy manažerem týmu může být kdokoliv, všichni jsou tam na jedné lodi.

K: Já nevím, jak je to na jiných odděleních - nebo vím, že někde je ta subordinace menší, někde je větší, ale vždycky v rámci struktury nemocnice nějaká je – ale u mě na oddělení to funguje tak, že ten terapeutický nebo pečovatelský tým nějak spolupracuje. Máme společnou poradu, kdy probíráme terapeutický plán s tím člověkem, kdo se o co postará, kam se ten člověk nasměruje. Takže myslím, že na tomhle typu oddělení ta týmová spolupráce je možná a nějak existuje i v rámci toho, že máme na oddělení supervizi – byli jsme jedno z prvních oddělení, kde jsme si ji sami aktivně zařídili, ještě než fungovala v léčebně i jinak, protože jsme to vnímali jako potřebné. Takže tu týmovou práci tady mám nějak zažitou. Takže tady to tak je, ne na všech odděleních, ne na všech je to možné. Já si myslím, že v rámci nějakých mezí – a zažívám to běžně na týmových poradách – jsem schopný se nějak dohadovat s lékařem anebo s psychologem, co jak se bude dělat, že to není jenom o tom, že přijímám rozkazy, které mám vykonat, ale že je to o dialogu. Můžu třeba toho člověka vidět jinak, můžu se snažit prosadit svůj odlišný pohled, a že opravdu komunikujeme o naší práci a o našich lidech. Není to jenom o tom, že ten kdo rozhoduje, je ten lékař a ty ostatní jenom plní to, co mají naplánováno.

Tomáš Vaněk

Proč zdravotní pojišťovny nedůvěřují mobilním týmům?

Umístování psychiatrických pacientů do velkých lůžkových zařízení o více jak tisíce lůžkách je v Evropě dávnou minulostí. Jejich funkci nahrazují mobilní komunitní týmy, v nichž je sepjetí s klienty mnohem intenzivnější a současně tento způsob léčby umožňuje daleko efektivnější využití nákladů. První mobilní týmy už zahájily svoji činnost i u nás, ale ze strany pojišťoven nejsou přijímány s velkým nadšením. Proč tomu tak je? O tom i o jiných otázkách týkajících se mobilních týmů jsme si povídali se zakladatelem jednoho z prvních komunitních týmů v Praze - ředitelem Kliniky ESET a předsedou o.s. ESET-HELP MUDr. Ondřejem Pěčem:

Pane doktore, u vás v ESETU úspěšně funguje jeden z prvních mobilních týmů, které jste sám zakládal. Čím Vás tento typ péče nadchl?

Chtěli jsme podle zahraničního vzoru vytvořit podmínky pro lidi se závažnější psychickou diagnózou, aby měli dostupnou veškerou zdravotní péči, a zároveň mohli žít ve svém domácím prostředí. Tato možnost u nás zdaleka

není samozřejmostí. Dnes jsou tito lidé de facto trestáni za svoji nemoc a odsouzeni k dlouhodobým pobytům na nemocničních odděleních. My si ale myslíme, že i těžší případy lze propustit do domácí péče za předpokladu, že jim bude poskytnuta průběžná a intenzivní péče. To však stávající síť psychiatrických ambulancí neumožňuje.

A tady se zřejmě otevírá prostor pro komunitní centra?

Samozřejmě! Když jsou dneska takoví pacienti v léčebně, a je určitá pochybnost, že to po propuštění sami nezvládnou, tak vlastně nemají šanci se dostat ven. Může to být riziko opakované akutní psychózy, sebevražedných sklonů nebo veřejného ohrožení, a pak jsou dotyční lidé bez následné intenzivní péče prakticky nepropustitelní. Proto by měla vzniknout celá síť komunitních center, která se o tyto nemocné budou starat. A to je nejenom podle mne hlavním úkolem reformy psychiatrické péče, která se nyní za podpory Evropské Unie rozbíhá.

Kolik by podle Vás mělo takových center být?

Na základě zkušeností států, kde tato forma péče již funguje, by mělo být jedno centrum zhruba na sto tisíc obyvatel. To znamená asi sto center na celou Českou republiku, ale to jen tak hned nebude. To je teoretický model. My budeme rádi, když alespoň někde nějaká vzniknou, aby byl na začátku určitý modelový příklad, jak by to mělo vypadat.

Co všechno bude takový tým ke svému fungování potřebovat?

Určitě nebude náročný na velké zázemí, protože hlavní těžiště jeho práce je v terénu, ve vlastním prostředí pacientů. Takže pár kanceláří, aby se tito pracovníci mohli scházet, plus nějakou krizovou složku, kde je možné někoho v akutním případě ošetřit a nabídnout mu pomoc formou několikadenního pobytu na lůžku. Také je vhodné zajistit možnost denního stacionáře, ale ta potřeba nemovitostí není moc velká.

Jakou výhodu mají podle Vás malá terénní centra oproti velkým nemocnicím?

Velký rozdíl je v tom, že v menším centru je intenzivní kontakt mezi pracovníky a pacientem. Komunitní psychiatr s ním může navázat daleko hlubší vztah, než je tomu ve velkých nemocnicích. A stejně je tomu i s psychoterapeutem nebo sociálním pracovníkem, se kterým se v nemocnici setkává jenom občas. Tým navíc komunikuje s celou rodinou a daleko snadněji může řešit stavy, o nichž se pacient při vizitě mnohdy ani nezmíní. A pak je zde daleko příznivější poměr k počtu pracovníků.

Ve velkých nemocnicích je hodně obslužného personálu. Kromě zdravotníků to jsou například kuchařky, myčky nádobí, uklízečky, údržbář aj., kteří jsou pro zajištění chodu nezbytní, ale v domácím prostředí je pacient nepotřebuje. Je tady samozřejmě i daleko více odborných lékařů, ale ten kontakt mezi nimi a pacientem je paradoxně mnohem menší. Když to shrnu, ve velkých nemocnicích je značná potřeba pokrytí lůžkového zařízení, které ovšem pro pacienta není vždy nutné.

Je vyčísleno, kolik pracovníků vyjde na jednoho pacienta ve velkých nemocnicích a v mobilních centrech?

Je to přibližně jedna ku jedné. Jeden pracovník na jednoho pacienta – jedno lůžko. V terénním týmu je ten poměr ve prospěch pacienta mnohem příznivější. Záleží samozřejmě na intenzitě jeho práce, ale většinou připadá na jednoho pracovníka 15 klientů. U dlouhodobých případů je tato strategie výhodnější i pro pojišťovny. Pro akutní případy je však nutné zachovat přiměřenou lůžkovou kapacitu, nejlépe na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Měla by ale být vhodně propojená s terénními týmy.

Takové týmy vlastně nahrazují i ambulantní péči, která má řadu slabin. Po propuštění z nemocnice vlastně záleží na samotném pacientovi, zda bude pravidelně docházet na kontroly či ne?

Přesně tak. Když pacient nedorazí nebo dokonce přestane chodit na léčbu, tak se nic neděje. Takovou situaci ale zásadně mění komunitní tým, jehož pracovníci sami kontaktují tyto lidi a navštěvují je v místě, kde bydlí.

A pokud by ten pacient nechtěl spolupracovat?

Kdyby se to stalo v rámci komunitního týmu, tak by se muselo zjistit, co se děje. Jestli se zhoršil jeho psychický stav či přestal brát v důsledku nemoci léky apod. Pak se taková situace musí řešit přímo na místě. U nás například máme psychiatra, který s týmem vyrazí přímo za pacientem do jeho bydliště. Pokud by ten pacient nechtěl ve zhoršeném stavu spolupracovat, tak je vždycky nějaká možnost akutní hospitalizace, ale jde o to, že se o té situaci ví a může se s ní nějak zacházet. Když ale takový člověk nepřijde měsíc, dva k ambulantnímu lékaři, tak nikdo nic neví a nic se taky neřeší.

Váš mobilní tým funguje bezmála již pět let. Můžete podle vlastních zkušeností říci, v čem vidíte jeho hlavní přednosti?

Je to zejména usilí o vytvoření důvěry a spolupráce ve vztahu mezi pracovníky a pacientem s úsilím o maximální respekt k pacientovi. Tým pasivně nečeká, až ho pacient navštíví v ordinaci, ale je aktivní ve vyhledání a návštěvě pacienta. Proto jsme jej také nazvali Aserktivní tým. Skládá se z psychologa, zdravotní psychiatrické sestry a sociálního pracovníka, eventuálně i psychiatra, kteří se zaměřují hlavně na pacienty v těžším psychickém stavu – třeba dlouhodobě neléčené psychózy.

Jak je to možné?

Někteří pacientisi myslí, že jsou v pořádku, žádnou pomoc nepotřebují, a přestávají navštěvovat lékaře. No a náš tým se zaměřuje právě na tyto případy, snaží se ty lidi kontaktovat, získat jejich důvěru a vtáhnout je do spolupráce. To někdy chvíli trvá, ale rozhodně se to vyplatí. Pokud je ta spolupráce dobrovolná, je to daleko lepší, než když někoho odvezou sanitkou za doprovodu policie na neklidné oddělení.

Vaší cílovou skupinou jsou výhradně lidé s psychózou?

Hlavně oni, ale je tady i skupina lidí, kteří současně trpí nějakou závislostí společně s psychózou, tedy tzv. duální diagnózy, a ti potřebují speciální péči. Pro ně máme specializovaný tým, který s nimi řeší nejprve urgentní – hlavně sociální záležitosti, jako je bydlení, peníze apod.

Mohou se stát klienty týmu i lidé s neurózami?

Tým se zaměřuje především na skupiny pacientů s těžším onemocněním, jako jsou psychózy a bipolární poruchy. Uvažujeme i o poruchách osobnosti, ale opravdu jen těch těžších. Obecně se jedná o lidi, kteří mají problémy ve funkční oblasti. Kvůli své nemoci nezvládají každodenní starosti a nedokáží se zhostit svých životních rolí. Jednoduše řečeno, vypadávají ze života.

S kolika klienty celkově počítáte?

Přibližně se dvěma sty.

Budete spolupracovat i s jinými týmy?

V pražských službách ale převažuje tendence rozdělit si mezi sebou jednotlivá území, aby každý tým zodpovídal za nějakou oblast, kde žijí lidé s těžším duševním onemocněním. Jedině tak může vzniknout kontinuální propojení mezi jednotlivými službami.

Pokud ta zodpovědnost není takto rozdělena, přecházejí pacienti od jednoho poskytovatele k druhému a někdy se péče dokonce dubluje na několika místech současně. Někdo chodí k psychiatrovi do jednoho zařízení, na psychoterapii do jiného a na rehabilitaci třeba na jiný obvod. To je sice ze zákona možné, ale pak se to nikdy nedá dohromady. Nevytvoří sežádná komplexní péče, protože se ti odborníci jednoduše nesejdou. Tím pádem vzniká fragmentovaný typ péče, který není pro klientelu s těžším psychickým onemocněním právě nejvhodnější.

Zjakých prostředků je váš tým financován?

Zdravotníci ze zdravotního pojištění, sociální pracovníci prostřednictvím grantů a dotací.

Ve Švédsku a dalších západních zemích jsou mobilní týmy placeny hlavně městy, regiony apod. Jak je tomu u nás?

Tam je pro tyto účely věnována alespoň nějaká část ze strukturálních fondů Evropské Unie, což by u nás mělo kolem roku 2020 také přijít, ale jenom na chvíli. Pak je otázka, kdo to bude platit dál? Uvažuje se o nějaké směsné platbě mezi zdravotními pojišťovkami a penězi na sociální služby. Zatím to ale není rozhodnuto.

Slyšel jsem, že se pojišťovná do toho moc nechce ?

Já si také myslím, že se jim do toho moc nechce. Ony jsou přesvědčeny, že jim to neušetří peníze, ale naopak jim přibudou další výdaje navíc. Ostatně v něčem mohou mít i pravdu, protože každá reforma v jiných zemích představuje určitou změnu tvaru, jenže tady je to jenom přidání něčeho navíc. K těm velikým psychiatrickým nemocnicím se jenom něco přidá a nic se neubere. A na to ty pojišťovny narážejí, že tady budou mít nějakou kapacitu navíc a nebude nijak redukována stávající lůžková péče. V tom s nimi musím souhlasit, protože velká zařízení si svá lůžka vždycky nějak obsadí.

Tvrdíte tedy, že by se velká lůžková zařízení měla redukovat?

Zpočátku je nutná určitá doba paralelního fungování, kdy zůstávají lůžka a současně se rozvíjejí terénní služby, pak by ale přece jenom bylo rozumné ta velká zařízení reprofilyzovat. Je třeba, aby tam zůstalo jen to, co je opravdu nutné a hospitalizovaní lidé měli větší komfort. Mělo by být méně lidí na pokojích a současně lepší služby.

Na kolik lůžek by se podle Vás měla velká psychiatrická zařízení „ztenčit“?

Aby tam nebylo více jak tisíc lůžek. To je něco, co už v západní Evropě dávno zmizelo. V tomto smyslu u nás skutečně přežíváme a s námi to z minulosti táhne za sebou celá postkomunistická Evropa.

Takovou radikální změnu asi nebude snadné nastartovat?

To je velký problém. Nikdo se nechce pouštět do výrazných změn, protože je tady nějaká setrvačnost i určité zájmy zaměstnavatelů a zaměstnanců. V Praze to ještě není tak vážné, ale v menších obcích, kde v takovém zařízení pracuje značná část obyvatel, to je strašně těžké měnit. Pro ty lidi je to kus přirozené existence a současně pocit, že někde selhali. Většinou tam naskočí přirozená obrana: „Vždyť my jsme dobří a o ty pacienty se vzorně staráme. Tak proč se to má měnit!“ Zkrátka berou to jako útok, ale málo kdo to přijme jako šanci dělat něco jinak a novým způsobem.

Myslíte si, že by komunitní týmy mohly zpočátku vznikat při velkých lůžkových zařízeních s tím, že by převzaly několik zaměstnanců?

Zpočátku to možné je, udělali to například v Bohnicích, s jejichž týmem máme výbornou spolupráci. Do budoucna to ale nevidím jako optimální řešení. V případě komunitních týmů nejde ani tak o to, kdo je zřizovatelem, podstatné je, aby byly mimo areál nemocnice – v nějakém běžném občanském prostředí. Nedovedu si dost dobře představit, jak by komunitní centra fungovala za branami uvnitř nemocnic. Tam takové centrum ztrácí smysl komunitní psychiatrie, protože zde chybí sepjetí s běžným životním prostředím.

Vidíte nějakou možnost spolupráce mezi nemocnicemi a terénními týmy, aby v tom nebyla rivalita?

Mělo by to být tak, že by jednotlivá oddělení a pavilony v lůžkových zařízeních spadaly do určité lokality. Jeden pavilon nebo oddělení by mělo ošetřovat pacienty například z určité části Prahy, což mnohde není. Pak by bylo mnohem snazší, aby se příslušný tým působící v daném regionu mohl napojit na příslušné oddělení místní nemocnice. Mohl by se blíže seznámit s místním personálem, daly by se uskutečnit vzájemné výměny... připravil by se projekt společné péče.

A tohle je ten potřebný krok, aby se ve velkých zařízeních alespoň vyčlenila jednotlivá oddělení tak, aby příslušela k určitému okrsku. Jinak se to nepohne, protože jakákoliv spolupráce s velkými zařízeními - někdy až o více než tisíci lůžkách, je chaotická, a pro mobilní týmy fakticky nemožná.

Stanislav Šumbera

Transformace musí mít jasně stanový cíl

MUDr. Jan Pfeiffer před listopadem 1989 pracoval s těžce duševně nemocnými na uzavřeném oddělení tehdejšího výzkumného ústavu psychiatrického. V roce 1990 se stal jedním ze zakladatelů Fokusu a jako jeho první ředitel zde působil až do roku 1994. Pak založil Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví Praha a snažil se téměř deset let o prosazení celkové strukturální změny. Také vzhledem k neúspěšnosti snahy o změnu systému psychiatrické péče v České republice odjel do Anglie – pracoval jako vedoucí psychiatr v asertivním komunitním týmu v Západním Sussexu. V Anglii navázal spolupráci se spisovatelkou J. K. Rowlingovou a pomáhal jí ve snahách o transformaci ústavní péče o děti a dospívající v zemích střední a východní Evropy. Doktor Pfeiffer se dlouhodobě zapojoval do projektů transformace psychiatrické péče v řadě evropských zemí (například v Albánii). Transformace psychiatrické péči v ČR je jedním z hlavních cílů jeho snažení

Je nutnou součástí reformy psychiatrické péče také deinstitucionalizace?

Bez deinstitucionalizace není možné provést transformaci, protože ji v procesu změny začne nahrazovat takzvaná humanizace psychiatrické péče. To znamená, že se investuje do baráků, opraví se střechy a vnitřky psychiatrických zařízení, ale celková koncepce péče a její kvalita se vlastně nezmění. Humanizace je velmi nebezpečný pojem a stejně tak i deinstitucionalizace. Proto raději mluvím o transformaci ústavní péče na komunitní.

Proč je podle vás pojem deinstytucionalizace nebezpečný?

Na první pohled není zřejmé, že jsou v něm zahrnuty dvě věci. A sice, že se musí změnit to, kde se péče poskytuje, ale i to, jak se poskytuje.

Jak obecně vypadá institucionální péče?

Co je instituce krásně popsal Ervín Goffman už v padesátých letech. Netýká se to jenom psychiatrie. Obecně platí, že lidská rasa má tendenci vytvářet instituce, jako je třeba škola nebo nemocnice, které jsou v určité fázi lidského života zapotřebí, ale postupně začínají žít vlastním životem bez ohledu na to, k čemu byly původně vytvořeny. Lidské chování je v nich podřízeno pevným pravidlům a ta jsou nakonec důležitější než ti, pro které byla instituce určena.

Co je vlastně na péči v institucích špatně?

Institucionalizace neznamená jen péči v nějakých domech, ale také to, že vztah mezi tím, kdo pomáhá a tím, komu je pomáháno, je institucionalizovaný. Léčebny byly ve své době stavěny podle velmi humanistického konceptu, ale ten počítal s jasně stanovenou hierarchií. Nahoře je někdo, kdo má pravdu a říká pacientovi, co s ním je a co má dělat, kdy má vstát, co má jíst a co si má myslet. Není to jen problém velkých léčeben, takhle se může chovat třeba i denní stacionář nebo ambulantní psychiatr nebo dokonce komunitní tým. Přesunutí péče z velkých baráků do menších ještě neznamená, že nastane potřebná změna.

V čem spočívá ta potřebná změna?

Vztahy, o kterých mluvíme, musí být orientovány na člověka. V centru pozornosti musí být jeho potřeby. Ne, že doktor řekne, je to s vámi tak a tak a musíte to a to. Doktor by měl klienta informovat a může říci, že podle svých znalostí by doporučil to a to a klient by měl mít možnost si vybrat. Ideální je, když si klient sám zvolí, co chce a může si potřebnou službu nakoupit. Podobně jako když si jdete koupit boty. V obchodě vám taky neřeknou, že si musíte koupit černé pohorky číslo 40, ačkoliv máte nohu o čtyři čísla větší, nemáte rád černou barvu a chcete sandály. Ale v institucionálním systému to v podstatě takhle funguje. Jako byste si musel useknout nohu místo toho, aby vám na ni udělali jinou botu. Pro instituci je typické, že nutí lidi žít někde, kde žít nechtějí, s dalšími lidmi, které si nevybrali. Ztrácejí v nich rozhodovací pravomoci nad svým životem. Vztahy tam nejsou partnerské, nýbrž hierarchické. Pacientovi se řekne, že teď nemůže jít na vycházku nebo že návštěvní hodiny jsou tehdy a tehdy.

Co je podle vás příčinou?

Systém je nastavený tak, aby sytil své vlastní potřeby a ne potřeby lidí, kterým má sloužit. O jeho podobě rozhodují psychiatři, kteří jsou sami součástí systému a všechny jejich benefity plynou z něj. Je málo pravděpodobné, že se budou snažit systém zásadně změnit. Spíš půjde jen o nějaké kosmetické změny.

Z ministerstva se dotazují psychiatrické společnosti, jak má vypadat reforma systému psychiatrické péče. Ale co se mají ptát psychiatrů, kteří v systému sami fungují?

Vy sám jste také psychiatr...

Už moc ne, vlastně jsem se musel z pléna psychiatrické obce vydělit.

Jak se díváte na přijatou strategii reformy psychiatrické péče v ČR?

Spousta věcí tam není dořešených a spousta věcí si protirečí. Například idea pilířů je prostě hloupost. Mluví se tam o pilíři psychiatrických léčen, ale právě ten by se měl překlopit nebo se vnitřně změnit. Zatím je celý systém z velké části šitý na koncept psychiatrie na mocenské struktury, na kterých je psychiatrie založená. Autoři strategie se ptají psychiatrů, jak to má být. Prostě si myslím, že to už bylo psáno tak, aby se vlk nažral a koza zůstal celá. Brusel chtěl nějakou strategii, tak se napsala, všichni jsme se na tom jako domluvili, dali jsme do toho všichni všechno, aby se nikdo nehádal, a tak vznikl dort, po kterém bylo vlkovi špatně, když ho sežral. Představa, že se vezmou čtyři miliardy a postaví se centra duševního zdraví, to je taky nesmysl, protože to není o procesu změny.

V čem podle vás současný systém selhává?

Je strašně pesimistický. Říká člověku „jednou si měl chorobu, tak ji budeš mít pořád“. Řadu věcí naopak neříká. Například spousta problémů dělají pacientům prášky. Když je vysadí a je jim špatně, není to jenom kvůli nemoci, ale právě kvůli vysazení prášků, to by zamávalo s každým. Výzkumy, která mají ukázat, jak medicínský model léčby funguje, bývají pokroucené. Za farmaceutickými firmami je obrovský kapitál a lidi jsou z toho zblblí. Firmy vyvázejí psychiatry třeba někam na ostrov a uplácejí je. Myslím, že když lékař předepíše někomu nějaký prášek a dostane za to prachy, je to zruďné. Další věc je nálepka člověka s duševní chorobou. Ta hrůza, když psychiatři řeknou, že vlastně musí společnost chránit před těmi blázný. Další manipulace spočívá v tom, že člověka hospitalizují takzvaně dobrovolně a stejně tam je nedobrovolně. Někdy se používá i násilí a fixace s tím, že řeknou, že to je terapeutická metoda. Přitom se jedná o izolaci a ta nemá nic společného s terapií. Zázitky těch lidí jsou hrozný.

Co je potřeba změnit?

Celý tenhle systém je zruďný a je potřeba ho změnit. Péče by měla být poskytována tam, kde nemocný člověk žije a v souvislosti s jeho normálním životem. Aby to pro něj bylo co nejpřirozenější a současně, aby tam měl dostupnou celou škálu psychiatrické péče. Někdy člověk potřebuje vypadnout ze svého prostředí, ale to neznamená, že ho odvezeme někam, kde je to i pro zdravého člověka příšerné, protože je tam koncentrace toho problému, ze kterého by se měl dostat. Myslím, že každý člověk by byl zmatený kdyby ho přivedli do léčebny kde ho svléknou a kde se s ním nějaká anonymní osoba začne bavit o věcech, o kterých nikomu nic není a které jsou irelevantní, jako třeba kdy měl první sexuální kontakt a podobně. To by se každý naštvál.

Šlo by to i jinak?

Systém komunitní péče je založený na tom, že pomoc přichází včas tam, kde člověk žije. Pro chronicky nemocné je potřeba vytvářet podporované bydlení, které už někde také existuje, kde budou mít intenzivní podporu. A když budou potřebovat akutní péči, tak by to mělo začít tím, že za nimi přijde komunitní tým a maximum podpory dostanou tam, kde bydlí. Členové komunitního týmu nemocnému člověku asistují a on ví, že si je může kdykoliv zavolat. Z velké části tím odstříhnou všechny situace, které vyžadují nějaký mocenský zákrok. Násilí ze strany pacientů je vždycky jenom reakce na nějakou nouzi. Když bude potřeba, přijdou dvakrát nebo třikrát, nebo se sejdou v kavárně, budou se řešit třeba i léky a spolupráci s rodinou. To všechno daleko dříve, než je to dnes. Pokud dnes nemocný člověk nepřijde k ambulantním psychiatrům, tak ho žádný odborník nenavštíví, rodina trpí a ten člověk začne bláznit. Problém se jenom nafukuje a pak to dospěje až k dramatu. Je u toho často i policie a to by každého rozjelo do podoby, která se dá označit jako nemoc. Pak ho odvezou do léčebny kde je dva nebo tři nebo pět měsíců. A aniž by se pracovalo s tím, kam se ten člověk vrátí, co bude dál, jestli si třeba dodělá školu a podobně, vypustí ho do stejných podmínek kde byl předtím.

V psychiatrických nemocnicích pracuje spousta obětavých lidí. Nemyslíte, že se jich to dotkne, když mluvíte o zrušném systému?

Říkám, že systém je zrušný a ne, že lidi jsou zrušný, ale zase nemůžu neříct, že systém dělá špatné věci. Proto taky komise proti týrání, mučení a nelidskému zacházení navštěvuje léčebny po celém světě. Když je někdo „za trest“ držen na izolaci nebo dostává bez indikace elektrošoky, je to forma týrání. Děly se hrůzy, aniž by je systém refletoval, protože tak se to dělalo vždycky a systém na to byl zvyklý. Profesionální loajalita byla obrovská a kdo na to začal poukazovat, byl označován, že je nepřítel lidu. Špatný systém se musí změnit, v určité fázi musí dojít k reflexi, že takhle to není v pořádku. A je potřeba jasně říct, že do nějaké doby, třeba za deset let, tenhle systém zmizí.

Transformace systému je dlouhodobá záležitost, není to spíš otázka motivace, vzdělávání, než nějakého radikálního rozhodnutí?

Samozřejmě je potřeba lidi motivovat, ale na druhou stranu nemůžeme být nekonečně tolerantní, protože to jsme byli víc než dvacet let. Už v roce 1991 jsme měli konferenci o transformaci, ale arogance a neochota tehdejších šéfů usazených v léčebnách byla obrovská. S psychiatrickou společností jsme o změně systému bezvýsledně jednali dvacet let. Projekt transformace jsme připravili s Holanďany asi před 15 lety a ředitelé léčeben nás prostě vyhodili. Tohle všechno tady už proběhlo, to není nic nového. V Centru pro rozvoj duševního zdraví jsem měli stejný projekt, jen s daleko menšími penězi. Teď v tom budou velké peníze a jde o to, aby pomohly nastartovat potřebné procesy, které pak už můžou dál běžet. Kdyby Evropská unie netlačila ze shora a kdyby se nám nepodařilo nacpat do pravidel využití strukturálních fondů, že tyto peníze nesmí jít do léčeben, tak by tam všechny zmizely a nic by se neměnilo.

Věříte, že se skutečně povede transformaci nastartovat?

Tady se o tom vlastně vůbec nediskutuje. Diskuse, které tady probíhaly, nebyly diskuse o podstatě věci. Jenom se řeklo, že se udělají centra duševního zdraví a tím je tedy klid. Ve skutečnosti jde o proces změny celé řady hodnot,

který bude trvat deset až patnáct let, a je potřeba se o tom začít bavit. Na úrovni každého kraje musí být plán, popisující co tam je a jak to funguje, kde jsou díry a jak by to mělo fungovat jinak a jak se k tomu dostaneme. Taky kolik to bude stát a kdo to bude organizovat a jak se to bude řídit. Ale musí se jasně říct, kam to spěje. Zásadou všech úspěšných projektů transformace bylo stanovení cíle. V mnoha zemích byl proces transformace vyzkoušen a popsán. Existují k tomu materiály WHO, přihlásili jsme se k západnímu civilizačnímu rámci, jsme vázáni všemi možnými úmluvami, v Bruselu jsme vytvořili k deinstitucionalizaci velmi detailní guidelines. Můžeme pak donekonečna diskutovat o tom, jak transformaci co nejlépe provést, ale nebudeme diskutovat o tom, že starý systém zmizí. To bychom se vraceli diskusím o 50 až 100 let zpátky. Je to jako bychom říkali počkejte, my si tady v Čechách musíme rozmyslet, jestli je ten kanibalismus dobrý nebo ne. Přece to někdy není špatné, uříznout si nohu souseda.

Josef Gabriel

O perspektivách transformace s Martinem Hollým

V lednu 2016 jsme diskutovali o reformě psychiatrické péče v ČR s ředitelem Psychiatrické nemocnice Bohnice a předsedou Psychiatrické společnosti ČLS JEP MUDr. Martinem Hollým.

Nepovede snaha o zachování současného modelu psychiatrické péče a současně snaha o vybudování center duševního zdraví a dalších zařízení komunitní péče k tomu, že se transformace prodraží?

Jedna z variant, která byla popsána v projektu mapování psychiatrických služeb počítá s tím, že vlastně zůstanou zachovány oba systémy. Já sám má za sebe problém s tím jasně to označit za polovičaté řešení, protože nepochybně struktura našich lůžek je nevyhovující ve všech rovinách. Od toho, jak jsou placená, od toho v jakém technickém stavu jsou, potom podle toho, jak jsou distribuovaná po republice a kde jsou koncentrována ve velkých ústavech. Tak to všechno je pravdou a nemůžu ale nevidět to, že jsme neustále přeplnění a nesnažíme se lidi tady držet kvůli tomu, abychom přeplnění byli a že ta potřeba lůžkové péče je jeden z kritických momentů, který se ukazuje i v jiných transformovaných systémech. Teď se vrátili kolegové ze stáže v Norsku kde skutečně spočítali jejich lůžka a ukázalo se, že v Norsku mají víc lůžek než máme u nás, protože oni reportují jenom část lůžek, nereportují regionální lůžka, jenom ta centrální. Když odmyslím nekoordinovanost a nesprávnou distribuci lůžek, tak si myslím, že celkový počet lůžek, kterými disponujeme při narůstající psychopatologii ve společnosti, nelze redukovat radikálně. Ale neznamená to, že by se tady neměla rozvíjet ta jiná nová složka péče, která pro část lidí, kteří tady v ústavech jsou dlouhodobě bude znamenat pobyt v přirozeném prostředí, ale myslím si, že to není opět o černobílém vidění toho, že zredukujeme o 70 % tu lůžkovou kapacitu v republice.

Není zachování většiny současných lůžek a snaha vybudovat paralelně systém komunitní péče přece jen polovičaté řešení?

Když to budu radikalizovat, tak možná je dobré udělat polovičaté řešení aby bylo dražší, protože prostě my těch víc peněz potřebujeme, protože máme totálně nerozvinuté některé funkce. Nechceme zůstat v zajetí toho, do čeho jsme tlačeni pojišťovny, které říkají, ať si tedy vybudujeme centra pro duševní zdraví, pokud na tom ušetříme z lůžkové péče. Teď nevím jaké adjektivum použít, ale jsme si vědomi, že postavit to takhle je riziková varianta. Ve srovnání s Evropou mám extrémně levnou lůžkovou péči a co se týká komunitní péče, tak nemyslím si, že bude výrazně dražší, ale jistě na ní nešetříme. V tomto je to zřejmé a přitom mluvíme jenom o malé skupině duševně

nemocných, to jsou vážně duševně nemocní, kteří jsou hospitalizováni. My ale potřebujeme kompletní služby pro lidi, kteří jsou například obsedantně kompulzivní a kteří jsou depresivní a kteří potřebují psychologickou péči. Tito lidé prostě tu péči nedostávají. Takže my potřebujeme vytvořit systém, který zachytí spoustu lidí a to je vidět na zkušenosti toho našeho mobilního týmu kde mi vedoucí lékař říkal, že nikde neviděl tolik za svoji celou předatestační přípravu, kterou absolvoval na lůžku, tak nikde neviděl tolik lidí s obsedantně kompulzivní poruchou, jako teď když pracuje v terénním týmu, protože to jsou skutečně lidi, kteří jsou někde zavření, kteří nevycházejí a kteří mají velmi nízkou kvalitu života a ten systém nic nestojí v této chvíli. Zůstat u toho, že musíme dělat radikální řezy, abychom nedělali polovičaté řešení, je podle mého názoru trochu jednostranný a trochu krátkozraký pohled. Zdálo by se, že ústavy jsou plné chronických schizofreniků, kteří by mohli odejít domů, pokud bude existovat dobrá komunitní péče, ale ta pravda není taková. Takže si myslím, že má zůstat zachovaná lůžková péče bez nějakých zásadně velkých změn. To moje číslo, o kterém mluvím dlouhodobě je možná redukce velikosti institucí o 30 %, s tím, že 15 % nebo až 20 % lůžek bude přesunuta někam jinam a to je ta akutní péče aby se vytáhla do nemocnic a blíž lidem do regionů a něco na způsob 10 % až 15 % může být deinstitucionalizováno v tom smyslu, že ta lůžka budou zrušená, protože tam jsou lidi, kteří budou zachyceni komunitní péčí. A to vlastně nám po opakovaných kalkulacích vychází, že tohle je něco, s čím se dá do budoucna počítat. To znamená, že bychom se celkem přiblížili, pokud je možné počet lůžek brát jako nějaký indikátor kvality nebo rozvinutosti, tak se dostaneme někam k tomu průměru OECD, což je 68 lůžek.

Já tedy tomu rozumím tak, že nejde primárně o to lůžka zredukovat, ale že jde o to přesunout péči vlastně z velkých institucí do nějakých menších a do přirozeného prostředí těch lidí. Zatím mám pocit, že se neodehrává plánovaná restrukturalizace tímto způsobem a že neexistuje žádný plán, který by se týkal třeba už konkrétně velkých nemocnic a který by počítal s tím, že se doopravdy ta péče bude strukturovat systematicky.

S tím bych souhlasil, jako, že mluvíte o restrukturalizaci péče a část té péče se má restructurovat na nelůžkovou a část té péče se má restructurovat v tom, že ta lůžková péče se bude redistribuovat. S tím je souhlas a to je to, co jsem říkal a je to prostě něco, co potřebuje nějaké koncepční a centrální řízení a co je potřeba vracet zpět tomu ministerstvu, že to má dělat a ne proto že nemůžou to dělat pojišťovny, protože pro ně je to otázka nákladovosti a my můžeme k tomu dát podklady ale nemůžeme nařídít ředitelům řízeným organizací aby něco dělali. Je fakt, že na ministerstvu se to hýbe velmi pomalu, byť tedy včera byla velmi ambiciózní porada na ministerstvu kde se psychiatrická péče uchopila řekněme velmi konstruktivně a padaly termíny jako do konce července, že bude zpracovaný podrobný projektový plán a budou rozdělení garanti těch jednotlivých směrů těch malých pracovních skupin, jak jsou nadefinované ve strategii. Tak do konce července má být hotová aktualizace strategie, takže musím říct, že včera za přítomnosti téměř všech náměstků proběhla porada, která řekněme, že je nadějným novým nádechem v naplňování strategie.

A co by se tedy podle vás konkrétně doopravdy mohlo stát nebo co myslíte, co jsou ty kroky, které by se doopravdy měly udělat ?

Jako nic zásadně nového jenom, že by se mělo začít naplňovat to, co je ve strategii napsáno, to znamená ty jednotlivé kroky, práce v implementačních skupinách, které by měli měnit tu strategii do konkrétních kroků, respektive akčních plánů, včetně transformačních plánů velkých nemocnic včetně aktivní komunikace ke krajům, vytipování míst pro centra duševního zdraví včetně všeho, co je vlastně popsáno ve strategii, a přišlo mi, že to včerejší sezení bylo jako by se to opět vzalo vážně. Záměrně říkám opět, protože už jsem to zažil asi dvakrát, jednou při té tvorbě a pak byl jeden takový návrh kdy jsme diskutovali nad tou strategií a porada vedení ministerstva se tím zabývala a byli jmenováni noví členové, jak do řídicího výboru, tak do pracovní skupiny jako zástupci ministerstva a jsou tam ti výkonní lidé z jednotlivých sekcí ministerstva. Takže možná trochu troufale si

dovolím říct, že v této chvíli ten sled kroků posledního týdne dává naději, že se s tím začne něco dělat, že ten projekt se spíše jako vynořuje než že by byl zase odkládán do třetího šuplíku zespada.

Dá tedy ministerstvo nějaký podnět k tomu, aby se začala připravovat transformace psychiatrických léčeben a nemocnic?

Nepochybně je vlastně velmi žádoucí aby ředitelé byli nějakým způsobem oficiálně vyzváni, pověřeni a dostali svolení nebo byli delegováni k tomu aby spolupracovali respektive tvořili plány. Při nedávné návštěvě v České republice řekl šéf světové zdravotnické organizace, že je to manažersky vlastně velmi jednoduchá záležitost. Prostě pokud ministerstvo má ve vlastním řízení s malými výjimkami veškerou lůžkovou péči, tak to prostě stačí napsat srozumitelný úkol manažerům těchto institucí aby vytvořili ve svých regionech komunitní péči a vytvořit kontrolní mechanismy. Samozřejmě, že takhle se to velmi jednoduše řekne a je to obtížně naplnitelné z mnoha různých důvodů. Spolupráce s kraji je vždy komplikovaná a opět se nám jako vždy vynoří investiční zanedbanost a podfinancovanost celého systému ale v zásadě je možné se na to dívat takovým zjednodušeným způsobem. Na druhou stranu proti tomuto zjednodušení je potřeba říct, že strategie reformy je velmi ambiciózní projekt a já si dovolím tvrdit, že je to jedna z největších strukturálních změn ve zdravotnictví v posledních 20 a možná 30 letech. Zasahuje vlastně celý systém péče o duševně nemocné uvnitř zdravotnictví a nikdo vlastně by neměl pracovat tak jako doteď. Od malých změn třeba u samostatně fungujících ambulantních lékařů, kteří budou moci rozšiřovat svoje služby, přes vytvoření center duševního zdraví, přes jakousi standardizaci služeb akutních psychiatrických oddělení v nemocnicích až po změnu a transformaci velkých institucí, prostě všechny součásti systému budou muset nějakým způsobem změnit své zaběhnuté chování. A nad tím je vrstva financování, protože asi si nevystačíme úplně s tím, co máme v seznamu výkonu jako bodové hodnoty. Způsob financování pravděpodobně bude vyžadovat nějakou změnu a pak jdeme do těch rozhraní směrem k dalším rezortům. Minimálně s MPSV musíme koordinovat služby, abychom dokázali číst finanční toky, protože to teď není možné a jsou to jako velmi nekompatibilní systémy a můžeme jít dál a dál – ochranné léčení s ministerstvem spravedlnosti, vzdělávání policistů při emergentních zásazích, kterým se nikdy žádnou reformou nevyhneme, takže je to skutečně jako velmi, velmi kompletní změnová agenda. Prostě zjednodušený přístup, ať někdo nařídí, aby to udělali ředitelé, že je trochu proti tomu.

Co by se z vašeho hlediska jako ředitele Bohnic mělo udělat, aby došlo k restrukturalizaci, a aby se omezila ta negativa o kterých jste na začátku mluvil?

Dostáváme se k tomu, proč jsem říkal, že je to nezdravé a neúměrné zjednodušení té problematiky, hodit všechno na ředitele institucí, protože já potřebuji ty partnery, kteří budou taky motivováni se mnou mluvit. Jak na pojišťovnách, tak na kraji tedy tady na Praze, tak třeba na uvedení jiných nemocnic, protože bych si dokázal představit, že v Praze by bylo na místě aby měl Motol taky oddělení pro dospělé pacienty a aby přesto, že Praha řekl bych, že má specifické podmínky, ke koncentraci obyvatel a asi si dokážeme představit i fungování jedné velké psychiatrické instituce pro celou Prahu. Nemyslím si, že je to ideální řešení, ale asi se to dá představit přece jenom tou dojezdností a relativně dobrým fungováním záchranné služby. Praha je sice velké město, ale není to ani Londýn ani Tokio, takže asi tento koncept by se dal.

Rozumím tomu dobře, že by mohlo zůstat zachované vlastně to centrální postavení Bohnic?

Ano, jak říkám, nepovažuji to za ideální. Nejlepší řešení myslím by bylo mít nějaké ty akutní stanice v rámci nemocnic s komplementem, ale vytahujeme-li psychiatrii z 19. do 20. století, tak v tomto konceptu bychom se mohli spokojit taky s tím, že budeme jako modernizovaná instituce, jenom to není příklad pro republiku. A ptáte-li se na moje stanovisko, tak bych se s tímto asi dokázal spokojit a není v tom nic, že bych si chtěl zachovat svoje království. Ale vím, debata o vzniku nemocničních oddělení že je komplikovaná a možná víc v Praze než kdekoli

jinde. To, k čemu může ministerstvo ředitele vyzvat a co si myslím, že by se mělo dít, je právě vytvoření jakéhosi konceptu nemocnice v horizontu 10 let. Velmi pravděpodobně je potřeba pracovat s nějakým variantním výhledem, protože nevíme, jak se bude měnit ten vnější systém. ale jistě by to mělo být jako vývoj té instituce nebo odhad nebo nastínění vývoje té instituce v širším kontextu. Z mého pohledu má bohnická nemocnice přeplněno, má špatné hotelové služby, tak zcela přirozeně moje strategie je dobudovat, eventuálně rozšířit. A tohle si myslím, že vyžaduje nějakou opozici, aby se to dělo v celkovém kontextu.. A to nemůže člověk, který řídí jednu instituci, tak úplně vědět, kam se vývoj posune. Ty vnější podmínky musí být nějak moderované, definované. Takže dá se to jednoduše říct, udělat si transformační plán, ale je důležité k čemu to má být. A to je zase otázka centra.

Mělo by se tedy naplánování reformy odehrávat na úrovni ministerstva nebo třeba i vlády, protože plán na transformaci nemocnice, který by měl připravit ředitel, musí zapadat do celkového plánu reformy?

S tím souhlasím. Jenom si myslím, že není možné si ho vycucát z prstu nebo se podívat z okna a říct o kolik lůžek má být méně a tak. Prostě to, co jsme zadefinovali ve strategii je počet center duševního zdraví, které vycházejí z toho aby to byli funkční jednotky. Prostě jako víme, že centrum duševního zdraví nemůže být jedno na půl milionu a víme, že centrum duševního zdraví asi je špatné aby bylo na 30 000 obyvatel. Takže tam vycházíme z nějakého kompilátu zahraničních a nějakých našich zkušeností, ale třeba kolik stávajících institucí může fungovat jako akutní péče a kolik z nich má mít kolik lůžek, tak to si fakt myslím, že je potřeba propočítat v té analytické fázi, ale zatím žádné počítání nevzniklo.

Podstatnou součástí reformy by tedy měla být analýza, aby to nebylo cucání z prstu, ale ta asi zatím vážne.

To vážne. Tato data zatím nemáme zkompilevaná nebo na ministerstvu je nemají, protože skutečně to je záležitost, kterou nemůže dělat ani ředitel ani odborná společnost. A nejsem si úplně jistý, jestli ji může dělat ministerský úředník. Je to velmi sofistikovaná práce. Ve Strategii je nadefinováno, a že by takové projekty měli proběhnout, než se začnou říkat konkrétní čísla..

Slíbilo ministerstvo realizaci těchto projektů?

Nevím, jestli se budou realizovat tak, jak jsou nadefinované strategií, ale jistě analytické práce se musí nějak realizovat, protože bez nich by to bylo nezodpovědné. Takže v této chvíli je to taky o tom, že se má vytvořit nějaká aktualizace strategie jak to vlastně bude dál probíhat. Je faktem, že je tu prostě dokument, který bude mít na podzim dvouletou historii, takže nějakou aktualizaci to asi potřebuje. My sami jako vidíme, když mluvím za tvůrce. že tam jsou věci, které by bylo dobré lépe popsat a takovým velkým dluhem je víc se zabývat koordinací mezi těmi jednotlivými pilíři, to znamená mezi jednotlivými typy péče, ale věřím, že v té aktualizaci taky musí být to, jak přijdeme k těm číslům, pokud ne tím způsobem, jak je to popsáno v té strategii. Já v tuto chvíli nevím, kde je ta debata a bylo by velmi fajn aby se naplnilo to co ze včerejška z čeho vycházel ten dojem, že ministerstvo na to alokuje víc pracovních sil a bude to víc dělat ministerstvo, že se nebudou neustále odvolávat na to, že odborná společnost má dodat nějaké materiály. A to je pracovní skupina, která se scházela předtím, tak pracovníci ministerstva. Samozřejmě je dobré, aby odborná veřejnost na tom participovala, ale prostě tu exekutivu musí vzít resort.

Josef Gabriel

Dobré místo, o.s.
projekt CZ.11/MGS/004

dobre-misto.cz
dobre.misto.lml@gmail.com

19. pavilon PNB
Ústavní 91/7
181 00 Praha - Bohnice