

Zavírat lidi do léčeben je zvrácená logika. Psychiatři ze současného systému těží, říká spoluautor reformy



ELIŠKA HRADILKOVÁ BÁRTOVÁ



Odebírat e-mailem



„Jsme schopni lidi, kteří jsou v akutní fázi nemoci, včas vyhledat, včas je podpořit, udržovat je v domácím prostředí, pracovat s celou rodinou,“ říká psychiatr Jan Pfeiffer. Foto: Ludvík Hradílek, Deník N

Spisovatelka J. K. Rowling ho angažovala do své neziskové organizace, americký časopis Time jej vybral mezi hrdiny Evropy. V Česku se psychiatr Jan Pfeiffer podílel na ambiciózním cíli – zreformovat péči o duševní zdraví. „Léčebny jsou v podstatě koncentrace problémů,“ říká v obsáhlém rozhovoru s Deníkem N.

Co se v rozhovoru mimo jiné dočtete:

- Proč jsou psychiatrické léčebny podle Jana Pfeiffera pro pacienty nevyhovující.
- Jak by měla vypadat ideální péče o lidi s psychickým onemocněním.
- Jak Pfeiffer vnímá kritiku reformy od ministra Vlastimila Válka.
- Proč si nemyslí, že je psychiatrů nedostatek.

Jak byste člověku, který nikdy nebyl v psychiatrické nemocnici, nezná nikoho s psychickým onemocněním, popsal, co v léčebně zažívá? Proč je podle vás špatné lidi do těchto zařízení umisťovat?

[TIP: 24 hodin v několika větách. [Nechte si zasílat nejdůležitější zprávy](#) z Minuty po minutě každý den na svůj e-mail.]

To je, jako by se někdo ptal, jestli je lepší kálet na záchod nebo po místnosti. Podle mě je to tak zjevné a samozřejmé, proč není civilizované někoho někde držet v některých případech i celý život, navíc bez jakéhokoliv právního podkladu.

At se tam lidé zajdou podívat, stačí den a člověk je z toho úplně vyřízený.

Určitě ale existuje spousta lidí, kteří si pořád myslí, že psychiatrická nemocnice je pro člověka trpícího vážnou psychózou, dobré řešení, protože předpokládají, že může být nebezpečný sobě či okolí.

Pokud si to někdo stále myslí, stejně ho nepřesvědčím. Velmi podobnou situaci jsem zažil, když jsme usilovali o odstranění klecových lůžek z ústavů sociální péče.

I když jsme ukázali výzkumy, ze kterých bylo jasně patrné, že zařízení, kde nepoužívají klecová lůžka, nemají zvýšenou medikaci, stejně někteří lidé trvali na tom, že bez klecových lůžek to prostě nejde.

Chápu vaši nechuť vysvětlovat něco pro vás už tak samozřejmého, ale přesto zkuste takovému člověku popsat, v čem je umístování lidí do léčeben špatně.

Pokusím se. Možná stačí, když si představí, že se sám ocitl v krizové situaci, kdy akutně potřebuje víc bezpečí, příjemné prostředí, laskavé zacházení, vysvětlování. A místo toho ho pošleme do systému, který tyto věci neposkytuje a který je i pro zdravého člověka velmi stresující.

Je dán do místnosti s dalšími deseti lidmi, kteří tam křičí, na oknech mříže, žádné soukromí, nevypí se... A my si ještě myslíme, že mu pomáháme.

I zdravý člověk je po jednom dni v takovém prostředí úplně nadranc. A my tam zavíráme lidi, kteří potřebují mnohem víc péče a podpory, než je běžné. To je úplně zvrácená logika.

Jak by to tedy podle vás mělo ideálně vypadat?

Je evidentní, že všechny potřeby, které má pokrývat léčebna, umíme těm lidem poskytnout v daleko civilizovanějším a příjemnějším prostředí mimo tato velká zařízení.

To znamená, že jsme schopni lidi, kteří jsou v akutní fázi nemoci, včas vyhledat, včas je podpořit, udržovat je v domácím prostředí, pracovat s celou rodinou. Když jejich stav vyžaduje hospitalizaci, hospitalizujeme je v normální všeobecné nemocnici, jako když máte zánět slepého střeva, a to poměrně krátkodobě.

Komunitní týmy jsou schopny udržovat kontinuitu péče a ty lidi poměrně rychle dostávat zase zpět. Na to máme důkazy a výzkumy, jak zavádění týmové **asertivní komunitní práce** jednoznačně snižuje délku hospitalizací a jejich potřebnost. Takže kdyby byl v nemocnicích dostatek akutních lůžek pro tyto akutní stavy, víc není potřeba.

Podstata je, že lůžka by měla být až extrémní řešení, kdy už opravdu všechny dostupné služby selžou. A když selžou, má se přemýšlet, proč selhaly a jestli to nemůže být nastavené jinak, aby k tomu nedocházelo.

Proto je důležité analyzovat, kdo a proč tam chodí a co by se mělo stát, aby tam nechodil.

V psychiatrických léčebnách jsou ale také lidé, kteří mají nařízenou ústavní léčbu.

Ano, ale těch je tam minimum a je také často otázka, za co mají ochrannou léčbu nařízenou. Pro všechny ostatní je možnost, jak jejich situaci řešit jinak. I lidi, kteří tam jsou střednědobě nebo dlouhodobě, jsme schopni vytáhnout ven, zařídit jim podporu bydlení a udržovat je mimo to zařízení.

Samozřejmě že mohou potřebovat akutní péči – jako kdokoliv jiný, kdo má nějaký akutní zdravotní stav. Ale stejně jako neexistují speciální léčebny pro záněty, pro prostatu, pro cukrovku, není potřeba, aby existovaly psychiatrické léčebny.

Vy jste pracoval s řadou lidí, kteří strávili v psychiatrické léčebně dlouhou dobu. Co takový pobyt může pacientům způsobit?

Léčebny jsou v podstatě koncentrace problémů. Předpokládám, že každý, kdo tam byl, řekne: „Tady bych nevydržel.“ Je prokázáno, že řada autistických a podobných poruch je vlastně produktem těchto zařízení.

A mizí, když toho člověka dostanete ven.

Takže nejenže prostředí léčeben nepomáhá, ale je to patogenní prostředí, které deformuje nejen pacienty, ale i myšlení zaměstnanců.

Jak se pacienti v těchto zařízeních s prostředím vyrovnávají?

Velmi dobře jsou popsány čtyři adaptační modely člověka a ty lze vidět jak v psychiatrické nemocnici, tak třeba v armádě. Je prokázáno to, co jsem už zmiňoval, že symptomy, které jsou přiřazovány k projevům nemoci, jsou způsobeny částečně – někdy i velmi – prostředím.

Protože je to tam tak hrozné, že s tím nechcete mít nic společného, odtrhnete se od toho, odtrhnete se od reality, která tam je. Sám jsem u klientů zažil, když se nám je podařilo dostat ven, že v relativně krátkém čase, mluvím o dnech, se je podařilo vrátit zpátky do reality.

Další reakcí může být to, co známe z filmu Přelet nad kukaččím hnízdem, že se člověk stane rebellem bojujícím proti tomu prostředí. Jejich boj je svým způsobem racionální, ten systém má ale tendenci jejich chování patologizovat, označovat ho jako projevy nemoci.

Pak jsou ti, kteří se chovají oportunisticky, zvláště když tam jsou delší dobu. To jsou takoví ti kápoři, kteří se v tom naučili chodit, umí získávat výhody. Personál je označuje za šikovné pacienty.

Jenže když se pak takový člověk dostane z tohoto systému ven, je ztracený, cítí se hrozně, protože najednou je v situaci, která mu nepřináší žádné výhody.

A pak jsou tam ještě poslušní pacienti, kteří jsou tak zničení nebo rezignovaní, že se jen vezou.

Včasná pomoc

Kdybyste mohl ze dne na den něco změnit v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním, co by to bylo?

V dokumentech k reformě psychiatrie, hlavně v [akčním plánu](#), se nám to myslím podařilo dobře popsat. Je potřeba, aby tu byla dostatečná včasná prevence, aby tu byla mobilní služba, která není stigmatizující.

Vidíme to, když provozujeme krizovou službu v Praze, že se k nám dostávají lidé, kteří roky hledali pomoc a nedostali ji. Když za nimi během hodiny přijedeme, považují to za zázrak a diví se, že jim nikdo nenadává, neodsuzuje je.

Takže je důležité, aby existovala služba, která má možnost rychle dorazit tam, kde člověk potřebuje pomoc. Pokud možno v podmínkách, kde žije, v rámci rodiny.

I rodinní příslušníci mají pocit, že se s nimi nepracuje, že se na ně nahlíží spíš jako na součást problému. Což tak někdy může být, ale to nevylučuje skutečnost, že i oni potřebují pomoc a podporu.

Také je potřeba včasná pomoc ve školách, aby se rozpoznalo rizikové chování a začalo se s těmi dětmi a rodinami pracovat, ale ne hned patologizujícím způsobem. Ne jim cpát prášky a klasifikovat je.

Důležité také je, aby lidé pomoc mohli najít už u obvodního lékaře, aby už tam dostali základní podporu.

A kdyby se člověk ocitl v akutní fázi, aby měl kam jít – do místa, kde to je klidné, mírné, bezpečné, kde je málo lidí, nesmrdí to tam, může si dojít na čistou toaletu...

Také je potřeba, aby bylo pro tyto lidi bydlení, aby měli z čeho žít a měli flexibilní podporu, když ji potřebují.

Kolik lidí, kteří jsou nyní v léčebnách, tam skutečně musí být, například z důvodu zmíněné nařízené ústavní léčby?

To se těžko říká. Jak ale ukazují příklady, když máte dobře vytvořený systém komunitních služeb, lůžka skoro nejsou potřeba, nebo ve velmi malé míře. Je potřeba ale mít i alternativu, kam se může člověk s psychickým onemocněním v krizové situaci na pár dní uchýlit.

Když jsme se nedávno bavili po telefonu, říkal jste, že kdyby byla adekvátní síť propojených a spolupracujících služeb, v léčebnách by nemusel být nikdo. To platí?

Ano. Je ale potřeba mít akutní lůžka, malá oddělení ve stávajících nemocnicích, krizové služby, domácí hospitalizace. Pak lůžek opravdu potřebujeme násobně méně.

Kolik by tedy v Česku zhruba mělo být lůžek?

Já si myslím, že zhruba tři tisíce. A my jich teď mám asi devět tisíc.

Kolik lidí se vám podařilo dostat z léčebny zpátky do běžného života, s nějakou formou pomoci komunitních služeb?

Zatím se nám pomocí komunitních týmů podařilo z léčeben vytáhnout stovky lidí. Někteří tam byli zavřeni třeba dvacet let.

Krok nazpátek

Vy jste byl zpočátku odborným garantem reformy psychiatrie. Jak vnímáte opakovanou kritiku od ministra zdravotnictví Vlastimila Válka, který například uvedl, že reforma zhoršila dostupnost psychiatrické péče nebo že psychiatrii zdevastovala, jak řekl v rozhovoru s Deníkem N?

Jak na to přišel? Pan ministr Válek mi obecně přišel jako velmi nekompetentní člověk, který se nesnažil pochopit, o čem ty procesy změn jsou.

Mrzí mě ale, že z vlády, kterou považuji za civilizovanou a proevropskou, mohou vzejít takové děsuplné vytrženosti z kontextu. Nechápu, v čem to zhoršilo dostupnost. Stejně tak mohu říct přesný opak. Já se zkrátka těmito výroky vůbec nezabývám.

Předpokládám, že tím chtěl pan ministr poukázat na nedostatek dětských psychiatrů, na to, že se úsilí mělo napnout spíše tímto směrem.

Podle mě udělal krok nazpátek, kdy z komplexního pohledu na celou reformu se vrátil k úzce psychiatrickému pohledu: tedy že základem celého systému jsou psychiatři. Oni ale jsou jen jeden z komponentů, ač důležitý.

V zahraničí existují i systémy, kde si poradí skoro bez nich nebo jen s relativně malou kvantitou. Anebo jsou využíváni zcela jiným způsobem než u nás.

Jak je to tedy nastaveno u nás?

Tady to většinou vypadá tak, že psychiatři v ambulancích jedou na výkon a pacienta vidí pár minut nebo vůbec. Je tu nastaven systém, ve kterém je pro ně neefektivnější sekat jeden výkon za druhým. Dokonce došlo k omezení limitů, kolik jich mohou mít za den.

Někdy zjišťujeme, že s ohledem na to, jak dlouho má jeden výkon trvat, pracují 25 nebo 30 hodin denně. Je to úplně nesmyslně využitá energie psychiatrů.

My jich tedy nemáme méně než v jiných zemích, jen je využíváme neefektivně?

Tato praxe, kdy systém za státní peníze umožňuje vlastně privátní praxi, je naprosto neefektivní. A je málo pravděpodobné, že sami psychiatři, kteří z toho systému těží, jej budou chtít změnit.

Proč se podle vás ministr vrátil k úzce psychiatrickému pohledu, jak jste zmínil?

Zřejmě proto, že je to nejjednodušší – stáhnout se do jednoduchého mechanismu, jak to bylo dřív, že přece psychiatrie jsou pouze psychiatři. Ti ale mají své zájmy, které vůbec nemusí souviset se zájmem ostatních a se zájmem celého systému, což přesně tak je.

Takže pedopsychiatri začnou tvrdit, že jich je málo, ale jich je málo jen částečně, protože nedovolují, aby se do péče zařazovaly i další systémy, které nejsou vysloveně zdravotnické.

To se nám dobře ukázalo na modelech, které jsme si nechali vytvořit: Služeb u nás není málo, máme jich třeba třikrát i čtyřikrát víc než ostatní země, které přitom prokazují mnohem civilizovanější způsob péče. Takže jde o to, jak peníze a energii využíváme.

Přečtěte si také

Problémů s duší enormně přibývá, ale reforma psychiatrie se zasekla. „Zpomalení“ přiznává už i Válek



Jak si to v praxi představit?

Například polovina lidí, kteří jsou nyní v léčebnách, by tam nemusela být, kdyby se těm lidem dostalo včasné a komunitní intervence. Spousta lidí je hospitalizovaná také v souvislosti se špatnou sociální situací, kdy rodiny roky nedostaly žádnou pomoc.

Náš systém je nastaven tak, že se hasí až největší problém, až se lidé dostanou do krajní nouze, přijede pro ně sanita a odveze je. Přitom je zřejmé, že kdyby měsíce nebo týdny předtím dostali nějakou pomoc, bylo by možné tuto situaci zvrátit.

Jenže teď se hodně mluví o tom, jak je obtížné najít psychiatra, čekací lhůty jsou dlouhé...

Jak už jsem říkal, my těch lékařů nemáme málo, jen je máme na špatných místech. Vždycky můžete využít prostředky různě a my je využíváme dost nešikovně v porovnání se systémy, které jsou schopny poskytovat podporu tak, aby ti lidé nevypadávali ze svého běžného života.

Otázka také je, jak čekací lhůty vznikají. Pokud neexistuje systém motivace k propouštění pacientů, část psychiatrů si vytvoří nejjednodušší model – ve smyslu příjmu peněz a práce.

Vytvoří si kontingent pacientů, kteří je živí, a nemají motivaci, proč by je z péče propouštěli a proč by přijímali jiné. Takže pak tam klidně může být čekací doba rok, dva, tři. Pokud je systém ponechán tomuto divokému, jakoby tržnímu mechanismu, může toto vždy nastat.

Ministr látá „akutní“ témata

V jaké situaci se tedy nyní nachází reforma psychiatrie, když skončily projekty dotované z Evropské unie a ministr se k ní vyjadřuje kriticky?

Konec evropského projektu vyšel časově víceméně s nástupem této vlády. Ministr Válek si podle mého názoru ani nedal práci věc pochopit a rychle sklouzl do autokratických, jednoduchých řešení a celou reformu zarámoval jako produkt Babišovy vlády.

Místo aby pokračoval v promyšlené myšlence reformy, látá různá „akutní“ témata. Často reaguje na křik jednotlivých skupin, jako jsou léčebny, dětští psychiatři atd. Ne vždy je konkrétní téma špatně, ale pokud není realizováno v kontextu a s dlouhodobější vizí, špatně to je.

V jaké situaci tedy reforma je?

V minulých letech se podařilo docela komplexně rozjet transformaci péče o duševní zdraví v duchu moderních trendů, respektování lidských práv a dlouhodobé udržitelnosti. Světová zdravotnická organizace proces u nás velmi pozitivně hodnotila a dávala za příklad.

Myslím si, že řada nastavených věcí – třeba v menší míře – pokračuje a ten naprosto fragmentovaný systém péče spolu nějakým způsobem komunikuje. Komunitní týmy, kterých je asi sedmdesát a z toho třicet jsou Centra duševního zdraví, spolupracují s lůžkovými službami – někde více, někde méně.

Z procesu reformy ale jednoznačně vypadávají léčebny. Původní záměr redukce následných lůžek o dvě třetiny do roku 2030 postupně vyšuměl. Léčebny přečetly signály od svého zřizovatele (*ministerstva zdravotnictví, pozn. red.*), že reforma končí a „všichni nám dejte pokoj“. Daleko hůře se s nimi nyní spolupracuje, vnitřní změny blokují.

Když je někde větší tlak na změnu, jako tomu bylo například v Kroměříži, je vidět, jak jsou psychiatři nepřipravení. Stále na to nahlíží s mocenskou představou, že oni jsou ti jediní, kteří mají rozhodovat. A ministr Válek tomu pocitu svými vyjádřeními jen nahrává.

Není to, co se odehrálo v psychiatrické nemocnici v Kroměříži, vlastně symbolické? Nereprezentuje to osud celé reformy?

Ano, jistě. Do poměrně konzervativního prostředí výrazně zanedbané léčebny přišel nadměrně progresivní manažer, který stál mimo psychiatrii a měl jasně integrované hodnoty.

Vše, co mu protestující lékaři vyčítali, co vnímali jako pohromu, je přesně to, co je zapotřebí, aby se v léčebnách dělo – že tam jsou peer asistenti, že se začala individualizovat péče o pacienty. Začal se tam vnášet život a někteří zaměstnanci se začali cítit ohrožení.

Zároveň se ukazuje, že tady chybí jasný politický signál. Ať už byl Babiš jakýkoliv, on ho dával, respektive bývalý ministr Vojtěch. Tam to bylo zcela zřetelné.

Jaký byl ten signál?

I když se můžeme bavit o tom, jaký byl bývalý ministr Vojtěch, pochopil, kde je problém, že jde o to, kam je energie směřována, a ne jen o to, kolik jí tam teče. A že je potřeba to přeskupit tak, aby péče byla dostupná v místech, kde lidé žijí, a ne je stále přesunovat do léčebny a tam je držet.

Když je 70 % finančních zdrojů v tomto koncepčně a vztahově archaickém systému, je to samozřejmě velmi nefunkční. Nehledě na to, že pokud se nyní ministr rozhodl stávající systém udržet, je zřejmé, že to bude něco stát. Jen na opravách se dříve počítalo, že by bylo nutné vyčlenit dvacet miliard, nyní by to bylo dvakrát tolik. To je dlouhodobě neudržitelné.

Co tedy bude s reformou za této konstelace?

Ten systém se mění třicet let bez ohledu na to, jestli je reforma oficiálně vyhlášena, nebo ne. V devadesátých letech jsme měli 15 000 psychiatrických lůžek, teď jich máme zhruba devět tisíc, vznikly alternativní služby. Je potřeba dál usilovat o humanizaci celé péče o lidi s duševním onemocněním.

Takže jste spokojený, jak ta změna probíhá?

Já myslím, že je to real politics – děláme, co můžeme. Samozřejmě bych si uměl představit daleko robustnější vývoj. Ukazuje se ale, že díky evropským penězům, které se do toho nasměřovaly, a díky několika osvíceným lidem jsme se myšlenkově dostali o jednu generaci dál.

Za poslední tři roky byla akcelerace změn rychlejší, než byl celý dosavadní průběh od revoluce. A také než na co byli politici a zřejmě i veřejnost mentálně připraveni. Pokud to srovnám s Polskem nebo Slovenskem, jsme nyní o koňské délky vepředu.

V debatách o reformě se často zmiňuje, že pro současného ministra je problém i to, že reforma fakticky začala za Babišovy vlády.

První návrhy reformy tu byly dávno před ním. Nejde o to, kdo je u moci. Je to proces, který pozorujeme všude ve světě, teprve nyní se dostává do méně vyspělé části Evropy. Pomalu to sem pronikne, ať je ministrem kdokoliv a má jakýkoliv názor. Tohle nejde zastavit.

Není to tak, že ještě pořád nemáme dostatečnou citlivost na tuhle problematiku, že jsou u nás stále psychické choroby a pacienti stigmatizováni?

Tohle se řešilo v každé zemi, obavy, zda nemohou být pacienti nebezpeční, v novinách o tom vycházely děsivé příběhy. Ale třeba v Anglii měli už vyspělejší přístup a jinak nastavené hodnoty.

Vzpomínám si, že když jsem tam pracoval, moje sekretářka vůbec nechápala, proč v Česku diskutujeme o tom, zda je špatně, že se lidi na psychiatrii zavírají do klecí. Prostě automaticky řekla: „Jak může vůbec někoho napadnout zavřít člověka do klece?“ Latka senzitivity tam byla jinde než tady.

Čím to je? Historicky neodplavený nános totalitní doby v nás?

Nikdy jsme nebyli jádrem evropské kultury, vždycky jsme se k ní tak nějak přilepovali, nikdy tady nebyli Římané, byli jsme periferií Evropy. A zatímco v šedesátých letech jinde začala humanizace a transformace léčeben, u nás se v té době začaly zvětšovat jejich kapacity.

Centralistický systém totalitní rysy ještě víc prohluboval, takže jsme nejenže problém neřešili, ale my jsme ho ještě zvětšovali. Takže pomyslná díra v lodi byla čím dál tím větší a pak jsme připluli někam, kde jsme si začali říkat, že možná něco není v pořádku.

Pak se ale začala reformovat sociální péče, kde to bylo o trochu více otevřené, a nakonec se díky evropským penězům začal stavět most i do oblasti psychiatrie, což nikdy předtím nebylo.

A ten už tu zůstane. I to, že jsou do toho procesu zatažené kraje, koordinátoři se scházejí, léčebny mají své transformační plány, ať už je jejich kvalita jakákoliv, a ty pokračují.

Důležité také je, že pojišťovny berou naplňování těch plánů jako ukazatel, který benefitují. Aspoň trochu se nastavily mechanismy financování, které jsou ve prospěch reformy – například dlouhodobá lůžka jsou placena pojišťovnami tak, aby se nevyplácelo na nich nechávat lidi déle, než je potřeba. To všechno byly ještě nedávno nemyslitelné věci. Takže určitý posun tu je.

Geneva Leadership

Generace leadershipů

Žil jste tři roky v Anglii – v době, kdy už tam reforma psychiatrie byla v praxi zavedená. Existují nějaké tipy, jak její postup urychlit, jak tomu procesu pomoci?

Na to asi není jeden návod. Myslím si, že je strašně důležité sem přinášet impulzy a mít ohniska pozitivní deviace. A ta tu už jsou.

Problém je ale mimo jiné v tom, že lidí, kteří jsou schopní a ochotní vystoupit z každodennosti, ve které žijí řadu let, není moc. A asi teď potřebujeme generaci leadershipů.

Nebude ale většina z té další generace sama rozložená a na antidepressivech, když nyní přibývá mezi mladými lidmi tolik psychických poruch?

To se nebude týkat celé generace. Už teď když vidím mladé doktory, mladé sociální pracovníky, kteří k nám přicházejí, jsou to jiní lidé.

Věci, které pro nás byly zakázané a člověk musel být hodně statečný, aby je prezentoval – jako třeba že léčebny jsou špatně, že klecová lůžka jsou špatně, že nemá být hierarchický systém péče –, jsou pro nastupující generaci už normou.

Čili musíme si počkat na novou generaci lékařů a sociálních pracovníků?

Ale ne tím, že založíme ruce. Je potřeba, aby lidé byli odvážní, šli za svojí myšlenkou, přestože třeba mají nekonformní myšlení. To tady zatím není úplně běžné.

Jak je možné, že zatímco u endoprotéz nebo v kardiologii jakmile víme, že existují nové a účinnější metody, se je snažíme co nejrychleji zavést, ale v psychiatrii tohle nefunguje? Proč stále setrváváme v tom sto let starém modelu?

To není srovnatelné. V kardiologii, když to velmi zjednoduším, si koupí nový stroj, naučí se s ním, naučí se nové postupy a je to. U psychiatrie ale jde o sociální intervence a je to mnohem komplikovanější.

To je takové to, že demokracii můžete formálně zavést za šest měsíců, kapitalismus za šest let a občanskou společnost za šedesát.

Co se teď tedy vyplatí dělat?

Důležité je, aby se přestalo mluvit o psychiatrii, ale aby se mluvilo o péči o duševní zdraví, a to nejen sémanticky, ale hlavně myšlenkově.

Aby se psychiatři naučili spolupracovat, respektovat své pacienty, přemýšlet komplexně o jejich životě. Nejen o tom, že mají nějakou diagnózu a předepíšou jim prášky, které pak třeba stejně vyhodí.

Ten problém je zkrátka daleko komplexnější, proto také musí být komplexně řešený.

Je potřeba si uvědomit, že psychiatři jsou jen jeden z hráčů. K tomu, abychom se posunuli dál, je zapotřebí, aby všichni hráči na relativně demokratické rovině spolu komunikovali a poslouchali se. Už to funguje v komunitních týmech, ale je potřeba, aby to fungovalo i v té vyšší rovině.

Nelítat jako čamrda

Jaký je tedy pro vás ideál například za pět let?

Bylo by fajn, kdyby se povedlo, že aspoň část z těch léčeben se použije k jinému účelu. Aby tady vznikl precedens, že je možné, že se část léčebny zavře a bude z ní třeba školka, nebo cokoliv.

Která léčebna k tomu má nejbliže?

Tak samozřejmě Opařany, ty už měly dávno zmizet. (V této léčebně Pfeiffer začínal jako řadový psychiatr. Léčebna měla být zavřena v roce 2021, kdy omezila kapacitu, služby místo ní měla zajišťovat českobudějovická nemocnice. K tomu ale nedošlo, léčebna naopak byla posílena o další lékaře, pozn. red.)

Ale vždyť právě dětská psychiatrie je problém.

Nejde ale o lůžka v léčebnách. Problém je v tom, že nefungují služby, které by dětem pomohly v tom, aby se tam vůbec nemusely dostat. A aby vznikala lůžka na pediatrii. Pedopsychoiatrii tomu ale brání, brání se jakékoliv změně.

Často se ale používá argument, že běžný dětský doktor nemůže dítěti s psychickými obtížemi pomoci.

To je přesně ono. A psychiatři zase říkají, že obvodní lékaři tomu nerozumí. Je to jen boj o moc. Když jste nedostatečný, můžete si diktovat.

Ti, kteří chtějí změnu, jsou označováni za rebely, zatímco ti ostatní udržují mašinerii moci, která sice není taková jako v Přeletu nad kukaččím hnízdem, ale moc se neliší.

Pořád se používají elektrošoky i trestání. Když vidím, co se děje na dětských odděleních, to jsou mnohdy hrůzy. Řada těch lidí je nemorální.

Dobře, ale jak by to tedy mělo vypadat? Jak to, že není potřeba dětský psychiatr, ale stačí pediatr v nemocnici?

Neřekl jsem, že není potřeba dětský psychiatr. Jde o to, že dítě může být na dětském oddělení, kde může mít konzultace s psychiatrem. Ti by měli mít konzultační role, neměli by sedět v ordinaci a vidět třicet lidí za den, to opravdu může dělat někdo méně vzdělaný a stejně kvalitně.

Například je potřeba, aby psychiatrické sestry dosáhly vyššího statusu. Například v Anglii mohou po dalším vzdělání pod kontrolou doktora předepisovat léky. To je tady vnímáno úplně jako červený hadr. To je ale přesně to, o čem mluvím. Přitom v psychiatrii tu máme zhruba 4000 nebo 5000 sester.

V Anglii když jsem viděl deset pacientů za týden, už mi říkali, že dělám něco špatně, protože mám být podporou týmu, a ne že lítám jako čamrda. Samozřejmě jsem jezdil za klienty, ale hlavní bylo, že jsem podporoval celý tým, že jsem jim dával odbornou a koncepční podporu a řešil krizové situace.

Je reálné, že by se některá léčebna skutečně snažila o své uzavření a postupné převedení do komunitních služeb, nebo je to naivní představa?

Sama od sebe to neudělá žádná. To by tam musel být Basaglia (*italský psychiatr, který stál za zrušením všech léčeben v Itálii, pozn. red.*). A to byl zřejmě i ředitel v Kroměříži, ale tam to dopadlo, jak to dopadlo – ředitel, který o změnu skutečně usiloval, skončil, zatímco do Terstu jezdili intelektuálové z celého světa pracovat a dodnes se tam jezdí pro inspiraci.

Samo od sebe se to ale nestane, aniž do toho znovu vstoupí státní leadership a jasně deklaruje, že to je politická a lidskoprávní záležitost, a ne odborná.

V současné době tu chybí jasné politické rozhodnutí, zastání a dobrý management. Je to vlastně jednoduché: Jde o to, zda mají lidé s psychickým onemocněním žít lidsky, nebo ne.