

## rozhovor

S MARTINEM HOLLÝM, ŘEDITelem PL BOHNICE,  
O TRANSFORMACI PSYCHIATRIE A ODPORU KE ZMĚNÁM

Narozen v 1970 v Žiari nad Hronom, promoval na v roce 1994 na Jeseniově lékařské fakultě Univerzity Komenského v Martině. Začal pracovat na psychiatrickém oddělení nemocnice v Trenčíně. V roce 1996 přijal nabídku pracovat na sexuologickém oddělení léčebny v Bohnicích. Od roku 2000 byl vedoucím lékařem Centra Krizové Intervence. Po pěti letech se vrátil k sexuologii. V roce 2008 byl jmenován ředitelem Psychiatrické léčebny v Bohnicích. Od přelomu tisíciletí se vedle medicíny věnuje poradenské činnosti v oblasti sociálních a manažerských dovedností, práce s týmem a implementací změny. S manželkou Kateřinou vychovávají pět dětí.

**Česká psychiatrie stojí zase jednou před možností změny. Na Výboru Psychiatrické společnosti ČLS JEP se o následujících dvou letech hovoří jako o možná nejdůležitějších. Je to proto, že k vnitřnímu tlaku na změnu,**

**který reprezentovaly snahy různých reformátorů, nyní přistupuje i tlak vnější – je jím možnost získat dotace z Norských fondů v řádu 250 milionů a následně pak žádat o podporu ze strukturálních fondů EU, kde už by se jednalo o miliardy. Jak se na to dívá ředitel jedné z největších léčeben?**

Přidal bych k tomu ještě třetí faktor. Současný ministr je otevřen změnám, jeho první náměstek si péči o duševně nemocné formuloval jako jednu ze svých priorit. Podporu máme také v osobě ředitele odboru evropských fondů J. Bodnára, který se tématem psychiatrických léčeben zabýval ve své doktorandské práci.

**To ministr David, bývalý ministr a bývalý ředitel PLB, nebyl?**

Myslím, že na to tam byl moc krátce a v jiné době. Cirkulace ministrů nám určitě nepomáhá. Vlastně za posledních dvacet let nebyla administrativa ministerstva tak stabilní, aby byl čas na argumentaci, že i „nepřístrojový“ obor, jako je psychiatrie, si zaslouží pozornost a podporu ve tvorbě koncepce. Podpora ministerstva je důležitá, protože psychiatrie, snad nejvíce ze všech medicínských oborů, potřebuje spolupráci mezi resorty. Letošní rok je klíčovým v tvorbě jasné strategie, což nemusí být obsáhlý materiál, pro Evropské strukturální fondy. A protože oba pracujeme v Praze, je dobré zmínit, že strukturální fondy se určitě nebudou týkat Prahy. Pražská psychiatrie tedy bude muset hledat jiné zdroje.

**A kdo má ten koncept připravovat?**

Myslím, že to je práce pro ministerstvo s podporou Psychiatrické společnosti (ČLS JEP).

**Na Výboru PS o tom hovoříme. Profesionálně zpracovaný návrh psaný tím bruselským „PTYDEPE“ s prostudováním všech různých evropských směrnic není nic, co by někdo z nás mohl udělat ve volném čase. Profesionální agentury by s tím mohly pomoci, ale chtějí zato od půl do tři čtvrtě milionu. Myslíte, že to má společnost investovat?**

Myslím, že tak detailní plán není v této chvíli nutný. Nepochybně je dobré být pro spolupráci s profesionálními agenturami připravený. Důležité je ale mít pro ně jasné zadání. A myslím, že na jeho formulaci teď na minister-

stvu skutečně pracují. Věřím, že se o tom více dozvíme od prvního náměstka Marka Ženíška, kterého PS pozvala na konferenci do Špindlerova Mlýna.

Roli ministerstva vidím především v tom, aby dokázalo moderovat meziresortní debatu o péči o duševně nemocné. Z mého pohledu je rozdíl mezi psychiatrickou péčí a péčí o duševně nemocné. Psychiatrická péče, jasně v gesci odborné společnosti, je podmnožinou péče o duševně nemocné. Péče o duševně nemocné je komplex politik zdravotních, sociálních, ale i ekonomických (např. podpora trhu sociálních firem). Častokrát se v debatách ztrácíme, protože chceme medicínsky řešit problematiku sociální a naopak.

#### **A co se s tím dá dělat?**

Kdyby tu bylo jednoduché řešení, tak to netrvá 20 let. Například Evropou vidíme různé systémy a naše výhoda je, že nemusíme dělat chyby, které se ve světě dělaly. Zdá se, že funkčním principem je regionalita, spádovost, tj. zodpovědnost provozovatele zdravotnického zařízení za určitý region. V tom regionu má fungovat jednotný management komplexu služeb (intra-, semi- i extramurálních) a definovaná odpovědnost za službu. Pak není tak klíčové, co je odpovědností ministerstva zdravotnictví a co ministerstva práce a sociálních věcí. Princip spádovosti se často spojuje s omezením práva pacienta na svobodnou volbu lékaře či zdravotnického zařízení. Toto právo však nemusí být nijak omezeno. Regionalita se týká práv pacienta, ne jeho povinností. Pacient si může zvolit lékaře a nemocnici. Spádové zdravotnické zřízení ho ale ošetřit musí. Mám teď na mysli hlavně pacienty na drahé medikaci, obtížněji spolupracující. Další kapitolou jsou pacienti, kteří třeba nemají kde bydlet, žijí na ulici a kromě psychických problémů mají ještě vši a svrab.

#### **Co z toho vám v Praze chybí?**

Na úrovni lůžkové péče to docela funguje, máme nepsané a nevymahatelné dohody, které dodržujeme. Není dostatečná koordinace stacionářů a ambulancí péče. Prakticky zcela absentuje péče v terénu. Mám pochybnosti, nakolik jsou lékaři v lůžkové péči otevření tomu, aby se radili s ambulancními lékaři, resp. aby mohl ambulancní lékař, který má pacienta v péči řadu let, přímo vstupovat do řízení lůžkové péče. Nejsm si jist ochotou, jistě budiž čest výjimkám, ambulancních lékařů do této péče vstupovat. A to už nemluvím o case managementu, který do toho „plete“ ještě poskytování sociálních služeb.

Tím se dostávám k tomu, že není jednotný management služeb, který by představoval i jednotný trychtýř pro peníze, které do systému přitékají (bez ohledu na jejich zdroje). To je struktura, která mi zde chybí. Příkladem může být, když nám reprezentanti farmaceutických firem shánějí ambulancní lékaře ochotné předepisovat např. drahá antipsychotika, to je přece výsměch systému.

#### **A kde by tato struktura měla být?**

Logické by bylo, aby kopírovala nějaké municipální struktury, např. magistrát, kraj nebo obec. Inspiraci můžeme nalézt např. v regionalitě záchranné služby. Ta je právě postavena na dostupnosti, a ne na historických hranicích, komu jaká ves kdy patřila. Jeví se mi vhodné otestovat také

řídící strukturu v regionu. V PLB se teď snažíme vyčlenit část, která bude jen pro region Prahy 8 (cca 110 000 lidí), vytváříme tým, který bude ve spolupráci s ambulancními lékaři posilovat adherenci. Bude se skládat hlavně ze středního zdravotního personálu, bude v kontaktu s ambulancním lékařem a také s lůžkem, ze kterého byl pacient propuštěn a kam se opakovaně vrací. Bude docházet za pacientem domů a reagovat na komplex potřeb pacienta/klienta, čímž bude snižovat jeho stresovou zátěž; tedy pomáhat mu také s běžnými aktivitami typu platby složenek, doprovázet ho k ambulancnímu lékaři, poskytovat krizovou intervenci v době, kdy ambulancní lékař nemá ordinační hodiny atd. Jedná se především o pacienty s těžkou duševní poruchou. Zjednodušeně je můžeme definovat jako ty, kteří jsou invalidní z psychiatrické indikace. Tato služba, někdy nazývaná jako asertivní péče, je první vrstvou. Na tu bude nasedat vrstva krizová. Bude fungovat i jako mobilní krizový tým, který bude v kontaktu s orgány místní samosprávy, obvykle sociálním odborem, eventuálně městskou policií, a jeho úkolem bude reagovat na krize v komunitě a eventuálně identifikovat problematiku týkající se duševního zdraví. Posílám teď naše lidi na stáž do Fokusu a do Ondřejova, kde podobná služba už nějakou dobu funguje. Cílem je změnit i paradigma přístupu v jednání s pacienty. Chtěl bych dosáhnout více vyjednávání a méně restriktce. Často, když přijede záchranka, je už na vyjednávání pozdě, je vhodnější mít možnost zasáhnout dříve. K tomu je důležité být více v kontaktu s regionem.

**Takže zkoušíte, jak by to fungovalo, kdyby řídicí strukturou byla léčebna. Vidím v tom určité riziko posilování vlivu léčeben. A není to teoretické riziko. Na ministerstvu už se takový materiál projednával...**

Nemyslím si, že to je univerzální model. V jiném regionu to může být postaveno třeba na dobře fungující ambulancní struktuře, nebo na psychiatrickém oddělení. Bylo by fajn otestovat více modelů. Cílem, možná idealistickým, je definovat jakési standardy, které by měla řídicí struktura regionu splňovat, a potom by nebylo až tak důležité, na jaké stávající organizaci by byla postavena.

**V současnosti připravujete spolu s primářem Markem Pávem materiál, sloužící k zefektivnění práce léčeben. Můžete nám ho přiblížit?**

Snažíme se prosadit vytvoření jednotného systému psychiatrické rehabilitace, která by byla použitelná v ambulancích, stacionářích, odděleních nemocnic i léčebnách. Jelikož problematika následné péče je významnou složkou právě v léčebnách, myslím, že tento koncept může zefektivnit naši práci, vnést do lůžkové psychiatrické rehabilitace měřitelnost, jasně definovat její cíle. Rehabilitační systém by měl zahrnovat také aktivní zapojení pacienta do definování cílů, podporovat jeho asertivitu. Věřím, že je to příspěvek k vyváženosti systému, kdy by se měl zmenšit postoj „my víme, co je pro vás dobré“.

**Proč si myslíte, že dosavadní tlaky na reformu psychiatrie nebyly příliš úspěšné? A je to dobře nebo špatně?** Každá mince má dvě strany. Na jednu stranu asi není pochyb o tom, že systém potřebuje změnu, na stranu dru-

hou máme mnohem více zprostředkovaných zkušeností z reforem systémů v jiných zemích. Jako jednu z hlavních příčin, proč se reforma neuskutečnila, vidím už zmíněnou nestabilitu vedení ministerstva zdravotnictví a nízkou atraktivitu našeho oboru. Dalším faktorem je rezistence vůči změně, která je lidem vlastní. V naší oblasti jsou důležitým faktorem také negativní zkušenosti ze zahraničí. V některých státech transformace péče o duševně nemocné nepřinesla dobré výsledky.

**Už před těmito vnějšími pobídkami jste usiloval o přeměnu léčebny v Bohnicích. Co vás k tomu inspirovalo?**

Když jsem přišel v r. 1996 pracovat do PL Bohnice z Trenčína, tak jsem se zděsil. Kontrast mezi dobře fungujícím otevřeným oddělením s vlastním stacionářem (mimo nemocnici), s úterními semináři, kterých se pravidelně účastnili prakticky všichni ambulantní lékaři z regionu, s podporou psychoterapie na oddělení, používání fototerapie a spánkové deprivace v léčbě depresí, atd. a léčebnou s tříděním pacientů podle stavu neklidu, několika příklady v rámci jedné hospitalizace, s mnohem odtažitějším přístupem personálu byl velký. Dobrou zprávou je, že mechanismus léčebny se také měnil a v době, kdy jsem dostal možnost více ovlivňovat její běh, byla už situace významně odlišná.

**Často hovoříte o inspiraci z Terstu. Přitom psychiatrická reforma v Itálii je citována spíše jako rozporuplný příklad země, kde došlo k rychlému uzavírání léčeben.**

Pravdou je, že v Itálii jednotlivé regiony fungují značně odlišně. Najdeme tak mnohé špatné příklady. Terst mezi ně nepatří. V září 2010 tam bylo vytvořeno WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health. Dozvěděli jsme se o tom od Johanna Pfeiffera a rozhodli jsme se toto centrum navštívit. Co jsem viděl, mne velmi oslovilo. Poznali jsme fungující systém s důrazem na péči multidisciplinárních týmů o klienty v jejich přirozeném prostředí. Terst má 250 000 obyvatel a dohromady 40 lůžek. Ty jsou ve čtyřech Mental Health Centres v různých částech města a na jednom oddělení ve všeobecné nemocnici. V těchto lokálních centrech fungujících nepřetržitě je také místo pro denní setkávání se klientů z regionu, je tam možnost stravovat se za symbolickou částku, sídlí tam tým, který zajišťuje v regionu péči (cca 50 lidí). Zajímavostí, pro našince nepochopitelnou, je, že celý systém ctí princip otevřených dveří. To vyžaduje konstruktivní a efektivní spolupráci s policií, ale také dovednost ve vyjednávání s klienty a možnosti včasné intervence. Dalšími důležitými zkušenostmi, které jsem si přivezl, jsou fakta, že tamní systém není na první pohled luxusní (na rozdíl od některých zkušeností ze Skandinávie) a že je převážně

Česká neuropsychofarmakologická společnost o.s.  
si Vás dovoluje pozvat na

## 55. česko-slovenskou psychofarmakologickou konferenci,

která se bude konat  
**4.–8. ledna 2013 v Lázních Jeseník**



**Hlavní téma konference:**

Nastal čas personalizované léčby v psychofarmakoterapii?  
Přihlášky k aktivní i pasivní účasti a veškeré další  
informace týkající se konference naleznete  
na webových stránkách [www.cnps.cz](http://www.cnps.cz).

**Česká neuropsychofarmakologická společnost o.s.,**  
U Zvonárky 15, 120 00 Praha 2, Tel.: +420 775 592 277  
E-mail: [sekretariat@cnps.cz](mailto:sekretariat@cnps.cz), [www.cnps.cz](http://www.cnps.cz)



## Komplexní péče

Usilujeme o zavedení systému komplexní psychiatrické rehabilitace v psychiatrických léčebnách i jiných lůžkových zařízeních, který by zvláště u nemocných se závažnými psychiatrickými diagnózami umožnil znovunabytí funkčních schopností a zvýšil schopnost nezávislého fungování. Namísto neadresného poskytování péče by měl být cílen na individuální potřeby nemocných, respektovat jejich individuální rychlost postupu v léčbě i zvláštnosti dané průběhem nemoci. Součástí systému by měl být komplexní systém hodnocení a stanovení individuálních cílů v krátkodobějším i dlouhodobém horizontu tak, aby se v jejich naplňování mohlo pokračovat i po propuštění. Komplexní zhodnocení funkčních schopností nemocných také umožní indikaci případného invalidního důchodu, typu a intenzity další podpory a terapie. Ambicí systému je jeho použití nejenom v lůžkových zařízeních, ale i ve stacionářích nebo ambulantních psychiatrických zařízeních.

založený na zdravotnických profesionálech. Zdroje jsou tedy primárně alokované do péče o klienty. Práce Centra však není založena na implementaci jejich systému péče, ale v pomoci analyzovat stávající systém, včetně rizik transformace.

**V ČR, zdá se, ubývá psychiatrů. Skoro všude mají problém získat nové lékaře. Někdo mi říkal, že v PLB už máte třetinu lékařů za Slovenska. Není to kradení mozků?**

Uvědomuji si, že atraktivita naší léčebny není daná pouze naší prací a péčí o zaměstnané, ale také lokalitou. Neděláme aktivní nábor lékařů, čímž alespoň trochu kompenzujeme „nezasloužené“ výhody.

**V zahraničí jsme občas kritizováni za terapeutické kastrace. Co o tom soudíte vy?**

Terapeutické kastrace mají mít svoje místo v možnostech léčby pacientů s poruchou sexuální preference. Neměli bychom těmto pacientům bránit žádat o tuto formu léčby. Bouřlivé diskuse, kterých jsme svědky, mi připadají trochu přehnané, když ve stejnou dobu jsme svědky diskuse o legalizaci eutanazie. Na druhou stranu bychom měli mít účinný systém, který by zabraňoval nepřípustnému tlaku na pacienty a jejich rozhodnutím bez dostateku času a informací.

**Jak jste se dostal k psychiatrii?**

S odlehčením na tuto otázku odpovídám, že za to může genetika. Otec je psychiatrem, vyrůstal jsem v sousedství léčebny, kamarádil jsem s pacienty. Jejich svět mě zvláště okouznil.

**Kdo byl váš první učitel? Co jste se od něj naučil?**

Prvním učitelem byl jistě táta. Psychiatrie se prolínala životem naší rodiny. Kdybych měl formulovat, co jsem si z tohoto období odnesl, bude to výrazně proklientský přístup. Můj formální psychiatrický imprinting proběhl

v Trenčíně, oddělení vedl Jozef Hašto. Tam jsem se učil komplexnímu přístupu k léčbě a důležitosti zachování kontinuity péče. Nemohu nezmínit primáře Brichtína, u kterého jsem zažil laskavý a lidský přístup k pachatelům sexuálních trestných činů.

**Co považujete pro sebe za nejvýznamnější nebo nejzajímavější odbornou práci z našeho oboru?**

Těch je více. V poslední době jsem ocenil práci prof. Florence Thibaut *Guidelines for the biological treatment of paraphilias*.

**Jakou populární nebo beletristickou knihu byste doporučil studentům, aby se něco dozvěděli o psychiatrii?**

*Po stopách člověka* od Sebastiana Faulkse. Je tam hezky zachycena historie vývoje psychiatrického myšlení.

**Jaký hraný film byste jim doporučil?**

Čistá duše. Příběh Johna Forbese Nashe, držitele Nobelovy ceny za ekonomii, který zfilmoval Ron Howard.

**Jaké beletristické knihy a filmy považujete pro sebe za obohacující nebo důležité?**

*Muž se srdcem kovboje* od Jacka Schaefera. Tu mohu číst pořád. Z filmů na mě hodně zapůsobil *Dogville* od Larse von Triera. Na knížky ani filmy si však nedokážu najít dost času. Teď mám na stolku rozečtenou *Pragmatiku lidské komunikace* od Paula Watzlawicka.

**Čeho ve své profesionální kariéře nejvíce litujete?**

To je složitá otázka. Několikrát jsem litoval svého rozhodnutí odejít z Trenčína. Možná s tím souvisí také prožívaný vnitřní dluh ve výzkumné a s tím související publikační činnosti. Nabízí se tolik zajímavých témat.

*Ptal se doc. MUDr. Jan Vevera, Ph.D.*