

11.5.2017

První psaní. Dostávám se k němu opožděně a navíc přesně nevím, kde začít. Často je pro mě těžké začít s psaním, prolomit prázdnu stranu. V minulosti se mi osvědčilo začít u toho, kde sám právě jsem a jak se k psaní právě vztahuji – jakkoli možná půjde o věty, které nakonec vůbec nepoužiju. Posledních několik dní jsem měl pocit, že nemám jedinou volnou chvíli, kdy bych si mohl sednout, zamyslet se nad výzkumem a psát. Přípravoval jsem se na přednášku a workshop o otevřeném dialogu na konferenci v psychiatrické nemocnici v Opavě. Byl jsem nervózní, nikdy jsem nepřednášel publiku, které by bylo primárně psychiatrické – navíc na téma, které je mezi lékaři kontroverzní a vzbuzuje řadu pochybností. Teď už je večer, konference skončila, oba vstupy, které jsme s kolegyní připravili, jsme vnímali jako v zásadě povedené. Sedím v ubytovně psychiatrické nemocnice a přemýšlím nad tím, jak se mé dnešní zážitky vztahují k výzkumu, kterým se zabývám. Ač jsem to původně ani nečekal, za celý den jsem nasbíral řadu podnětů zajímavých nejen z perspektivy rozvoje otevřeného dialogu, ale i z výzkumného pohledu. Naskytla se příležitost k řadě zajímavých rozhovorů například s (nejen) místními lékaři.

Zajímá mě proces vzniku centra duševního zdraví (CDZ) a vyjednávání o konkrétních podobách a filosofii práce takového zařízení. Centra duševního zdraví mají vzniknout na základě probíhající reformy psychiatrické péče v ČR. Ministerstvo zdravotnictví má zajistit financování pro 30 pilotních projektů center duševního zdraví z evropských fondů. Už téměř rok se však postupně oddaluje termín, kdy mají být peníze uvolněny. Většina CDZ vznikne propojením stávající sociální služby (zpravidla poskytované neziskovou organizací) se státním zdravotnickým zařízením. Týmy těchto sociálních i zdravotních služeb se tedy už dlouho připravují na moment, kdy dostanou k dispozici finanční zdroje které mají umožnit společnou práci. Některé z nich se rozhodly začít s procesem propojování už teď – když ještě vůbec není jasné, kdy budou reálně k dispozici finance pro dlouhodobé fungování takto vzniklých pracovišť. Není jasné, jak dlouho si organizace budou moci dovolit takto fungovat z vlastních zdrojů. Není jasné, co se stane, když interní zdroje dojdou a začátek projektů bude stále v nedohlednu. Je ale zajímavé, že už jen očekávání dalšího postupu reformy může nějak přispívat tomu, že se organizace do změn pustí i bez podpory shora. Jeden z lékařů, se kterými jsem dnes mluvil, používal pro tento proces metaforu „pákového mechanismu“.

Zatím jsem měl možnost tento proces sledovat primárně z pohledu zúčastněných sociálních služeb. Dnes jsem ale mohl mluvit i se zástupci zdravotnického zařízení, které aktuálně vytváří CDZ ve spolupráci s týmem sociální služby. Bylo zajímavé vidět, že v obou těchto „světech“ panuje podobná nejistota ohledně toho, jak proces bude probíhat. Zároveň mi z toho vyvstává, že ke vznikajícím CDZ možná nepůjde přistoupit jako k jednomu celku. Možná bude důležité přistupovat k oběma setkávajícím se stranám (také) individuálně, přestože mě zajímá především prostor jejich setkávání a prolínání. Zůstat blíže jen jedné z nich by znamenalo ochudit se o řadu možných pohledů na situaci...

12.5. 2017

Jak vůbec lidé, pohybující se v oblasti péče o duševní zdraví vnímají reformní plány a dosavadní průběh reformy? Předpokládám, že odpovědi na takovou otázku by byly velice rozmanité – jinak to pravděpodobně vnímají lidé ze zdravotnické a sociální oblasti. V obou z nich pak také dochází k setkávání velmi odlišných rolí, různých představ o tom, jak by měla vypadat komplexní péče o lidi se „závažným duševním onemocněním“. Z hlediska lidí označovaných za nemocné je zavádění zdravotně-sociální komunitní péče také vnímáno rozporuplně. Zatím se zdá, že na všech stranách se objevují, jak naděje, tak hluboké pochybnosti.

Existují zde sice patientské skupiny a hnutí, která se snaží aktivně vstupovat do reformního procesu, využít jej ve svůj prospěch, a prosazovat například konkrétní modely péče. Na druhou

stranu první zkušenosti propojených týmů ukazují, že řada pacientů má možná více obav z chystaných změn. Možná to souvisí se „společenskou zakázkou“ ve vztahu k reformě – česká veřejnost vnímá lidi s duševním onemocněním negativně. S trochou nadsázky lze možná říci, že bychom rádi viděli tyto lidi zavřené někde mimo dosah běžného života. Z průzkumu Národního ústavu duševního zdraví (Winkler et al, 2014) nedávno vyplynulo, že tři čtvrtiny obyvatel ČR by nechtělo za souseda duševně nemocného člověka a přes 12% by s ním přerušilo přátelské vazby.

Vyslechl jsem krátký příběh sestry z psychiatrické ambulance o spolupráci se vznikajícím CDZ. Pacient, který běžně chodí na kontroly a vyzvedává si léky, jednou nepřišel. Za normálních okolností by se ambulance pokusila kontaktovat nemocného přes jeho rodinu nebo známé – i když má k tomu velmi omezené možnosti. Tentokrát ale oslovili terénní tým, aby jim pomohl situaci řešit. Tým navštívil pacienta v domácnosti. Ukázalo se, že se neděje nic extrémně závažného, ale pacient situaci vnímal tak, že když nedorazil na kontrolu, z ambulance na něj poslali terénní tým, aby jej zkontroloval. Sestra popisuje výsledek jako zásadní narušení důvěry mezi ambulancí a pacientem.

13.5. 2017

Dnes mám za sebou setkání neformální platformy příznivců přístupu otevřeného dialogu. Mluvili jsme o tom, co je možné udělat pro to, aby se praxe otevřeného dialogu mohla realizovat v ČR. Vystala otázka, jestli jde na prvním místě o to zasadit se o realizaci konkrétního modelu v co nejryzejší podobě, nebo o vnesení alespoň některých jeho elementů do stávajícího systému péče (především do vznikajících CDZ) a tím se zasazovat o to, aby se systém (z našeho pohledu) zlepšoval. Pro mě osobně jsou stejně důležité obě roviny.

Část lidí se ale kloní více k jedné nebo druhé variantě. V dřívějším rozhovoru s vedoucím sociální služby v jednom ze vznikajících CDZ, který se za sociální službu účastní jednání se zdravotnickým zařízením o jejich propojení, jsem si pojemnovali rizika spojená s pozicí zaměřenou na kultivaci stávajícího systému. Je to nebezpečí, že člověk rezignuje na ideální představy o tom, jak by praxe mohla vypadat a přistoupí na dominantní diskurs druhé strany (v tomto případě medicínský diskurs – ale předpokládám, že zdravotníci mohou vnímat podobné riziko) – stává se vlastně politikem, který dělá kompromisy a přizpůsobuje své ideály, aby mohly být realizovány alespoň částečně, když ne úplně. Sám sebou i ostatními pak může být vnímán jako někdo, kdo se zaprodává systému. Na druhou stranu pozice zaměřená na prosazování konkrétního modelu v co největší čistotě může vést k izolaci, frustraci a rezignaci.