

REAKCE NA KOMENTÁŘ

V reakci na komentář profesora Balona k našemu článku *Deinstitutionalizace psychiatrické péče: příležitosti, rizika a předpoklady její implementace*¹ bychom úvodem rády uvedly, že Balon v komentáři vychází z odlišného výkladu pojmu *deinstitutionalizace*. Balon uvádí, že „skutečnost, že určitá část závažně duševně nemocných není schopna žít nezávisle, je podle [něj] jedním ze zásadních problémů deinstitutionalizace a kontraindikací zavírání psychiatrických nemocnic“ a že „cesta totální deinstitutionalizace je další slepou kolejí idealismu“. V našem článku se však vůči tzv. radikální či totální deinstitutionalizaci, jejímž příkladem je transformace v Itálii, distancujeme a pojem deinstitutionalizace chápeme jako dlouhodobý proces založený na „postupném odklonu od institucionálního modelu péče“,¹ nikoliv na úplném uzavření psychiatrických nemocnic. Ohledně problematiky deinstitutionalizace ve Velké Británii Balon píše, že „nenalezl (...) články, které by skutečně měřily dlouhodobé výsledky tohoto systému“, a dále vychází ze zdrojů, které zpravidla nereprezentují empirické studie, ale perspektivy či názory. Uvědomujeme si, že zkušenost z USA může být trpká, neboť tam k zhoršení péče o duševní zdraví došlo nikoli pouze dramatickou redukcí kapacit psychiatrických nemocnic, která nebyla doprovázena adekvátním rozvojem komunitních služeb, ale snad také v důsledku dalších sociálních jevů,² ale rády bychom vrátily diskusi k dostupné evidenci a upozornily, že existují systematické rešerše kohortových studií, které sledovaly (často i po mnoho let) deinstitutionalizované pacienty (často stovky, ve Finsku dokonce více než tři tisíce) a které hodnotily přesun dlouhodobě hospitalizovaných pacientů do komunitního prostředí – nejen ve Velké Británii, Itálii a USA, ale také v Austrálii, Irsku, Finsku a jinde. Z těchto studií vyplývá, že deinstitutionalizace měla pozitivní dopad na dlouhodobě hospitalizované pacienty a nevedla k závažným negativním konsekvencím.^{2,3} Ukazuje se také, že deinstitutionalizace může být v dlouhodobém horizontu nákladově efektivní (srovnej např.^{3–5}). Samotná publikace,⁶ na kterou v souvislosti s neexistujícími výsledky dlouhodobého hodnocení komunitní péče Balon odkazuje, zároveň hovoří o tom, že v oblastech, kde jsou adekvátně zastoupeny komunitní služby, je péče uspokojivá. Nepřikláníme se k názoru, že všechny psychiatrické instituce musejí být uzavřeny a veškerá péče musí být poskytována výhradně v komunitním prostředí. V článku poukazujeme na to, že by však měly být budovány takové podmínky, aby osoby s duševním onemocněním mohly využívat možností komunitních zdrojů a služeb. Tento přístup je

v souladu s nedávno publikovaným Národním akčním plánem pro duševní zdraví 2020–2030 (dále NAPDZ).⁷

Úvodem svého komentáře se profesor Balon svěřuje, že se přiklání k názoru, že „deinstitutionalizace spíše nefunguje“. Respektujeme tento názor, ačkoli nám není jasné, zda dle jeho názoru „institutionalizace funguje“, nebo jakou alternativu navrhuje. Postupná deinstitutionalizace v České republice je vedena v souladu s mezinárodními úmluvami a dalšími strategickými dokumenty.⁷ V současné době již tedy není aktuální otázkou, zdali deinstitutionalizace funguje či nefunguje, nýbrž jakým způsobem ji optimálně nastavit. Tento cíl byl podpořen dostupnými vědeckými důkazy zahrnujícími též analýzy nákladové efektivity, které čerpají z lokálních dat.^{8,9} Tvrzení, že „[v]še, co je kdy kde navrhováno, začíná obvykle tím, že to bude lacinější než to, co je či bylo, ale nakonec to vyjde draž“ není průkazné a může uspět snad pouze v modelu *kdo nic nedělá, nic nezkaží*, nikoli v modelu na evidenci založeného rozhodování, které vychází z hodnocení nákladové efektivity – tj. cena není jediným hodnotícím kritériem, ale vždy je rozhodující poměr mezi vynaloženými náklady a dosaženými přínosy (v oblasti zdravotnictví zpravidla se zdravím související kvalita života). Analýza stavu psychiatrické péče, která byla realizována v rámci v Česku probíhající transformace psychiatrické péče a která byla podkladem pro přípravu NAPDZ, zohledňuje, že „[t]akto rozsáhlá reforma, založená na přenesení psychiatrické péče co nejbližší k pacientům do jejich přirozeného prostředí, se zcela jistě neobejde bez navýšení objemu finančních prostředků“.⁷ Tyto finanční prostředky jsou navázány na nutnost budování nových služeb a zvyšování kapacity stávajících komunitních služeb. Měření efektivity služeb poskytovaných v lůžkových zařízeních i mimo ně je ve vztahu k vynakládaným financím jedním z předpokladů nejenom úspěšné deinstitutionalizace, ale zároveň efektivního nastavení systému psychiatrické péče.

Rovněž další argumenty, které Balon předkládá, jako například že „téměř nikdo nechce mít ubytovací zařízení pro duševně nemocné ve svém sousedství“, nejsou podloženy dostupnou evidencí. Z dostupných studií je jasné patrné, že stigmatizace vůči lidem s duševním onemocněním v ČR v porovnání s jinými zeměmi dosahuje znepokojující úrovně.^{10,11} To však není důvodem se touto problematikou nezabývat a nepodněcovat kroky ke změnám v této oblasti. Naopak. Snižování stigmatizace je Světovou zdravotnickou organizací uznáno jako jedna z priorit v oblasti péče o duševní zdraví.¹² Výstupy ze systematických rešerší zároveň poukazují na efektivitu destigmatizačních programů.¹³ Zvýšení sebevražednosti po propuštění z psychiatrické hospitalizace, na kterou Balon upozorňuje prostřednictvím publikace Ronchetti et al.,¹⁴ představuje závažný problém také v institucionalizovaném českém systému,¹⁵ naopak evidence ze Skandinávie ukazuje, že v souvislosti s deinstitutionalizací došlo k poklesu sebevražd.¹⁶ V našem článku se touto problematikou a intervencemi, které napomáhají tomuto riziku předcházet, rovněž zabýváme.

Zahraniční příklady, které v článku představujeme, vnímáme jako prostředek, jak nahlédnout na jednotlivé přístupy k deinstitucionalizaci a jak podnítit diskusi o možných výzvách a rizicích, které transformace psychiatrické péče přináší. Jsme si vědomy, že seznam těchto zemí není kompletní, nicméně tyto ambice jsme si v článku nekladly. Každá země, která procesem deinstitucionalizace v jeho variantách prošla, čelila či čelí specifickým výzvám

spojených s procesem deinstitucionalizace, z nichž některým lze předcházet. Cílem článku bylo nabídnout pohled na proces deinstitucionalizace, který probíhal v těchto zemích, a diskutovat, jaké kroky vedly ke zlepšení péče o duševně nemocné a které skutečnosti naopak psychiatrickou péči zatížily, a to s využitím dostupné literatury.

Závěrem bychom profesoru Balonovi chtěli poděkovat za zajímavé názory a podnětnou diskusi.

Monika Dvořáková^{1,2}
Lucie Kondrátová¹

¹Národní ústav duševního zdraví, Klecany
²Filozofická fakulta UK v Praze

Kontaktní adresa:
PhDr. Monika Dvořáková
Výzkumný program Sociální psychiatrie
Národní ústav duševního zdraví
Topolová 748
250 67 Klecany
e-mail: monika.dvorakova@nudz.cz

LITERATURA

- Dvořáková M, Kondrátová L. Deinstitucionalizace psychiatrické péče: příležitosti, rizika a předpoklady její úspěšné implementace. Čes a slov Psychiat 2020; 116 (1): 30–37.
- Winkler P, Barrett B, McCrone P, Csemy L, Janoušková M, Höschl C. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. Br J Psychiatry 2016; 208 (5): 421–428.
- Kunitoh N. From hospital to the community: the influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. Psychiatry Clin Neurosci 2013; 67 (6): 384–396.
- Thornicroft G, Bebbington P, Leff J. Outcomes for long-term patients one year after discharge from a psychiatric hospital. Psychiatr Serv 2005; 56 (11): 1416–1422.
- Furlan PM, Zuffranieri M, Stanga F, Ostacoli L, Patta J, Picci RL. Four-year follow-up of long-stay patients settled in the community after closure of Italy's psychiatric hospitals. Psychiatr Serv 2009; 60 (9): 1198–1202.
- Barbato A. Psychiatry in transition: outcomes of mental health policy shift in Italy. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32 (5): 673–679.
- MZ ČR. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2020. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi_4114_3.html [staženo: 28. 4. 2020].
- Winkler P, Koeser L, Kondrátová L, Broulíková HM, Páv M, Kališová L et al. Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis. Lancet Psychiatry 2018; 5 (12): 1023–1031.
- Winkler P, Broulíková HM, Kondrátová L, Knapp M, Arteel P, Boyer P et al. Value of schizophrenia treatment II: Decision modelling for developing early detection and early intervention services in the Czech Republic. Eur Psychiatry 2018; 53: 116–122.
- Winkler P, Csémy L, Janoušková M, Mladá K, Bankovská Motlová L, Evans-Lacko S. Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. Eur Psychiat 2015; 30 (6): 801–806.
- Winkler P, Mladá K, Janoušková M, Weissová A, Tušková E, Csémy L et al. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2016; 51 (9): 1265–1273.
- WHO. Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization 2013. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/ [staženo: 30. 4. 2020].
- Janoušková M, Weissová A, Tušková E, Šouláková B, Mladá K, Pasz J et al. Stigmatizace v České republice. Klecany: Národní ústav duševního zdraví 2016. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2017/02/15/stigmatizace-v-ceske-republice-vyzkumna-zprava-nudz/> [staženo: 30. 4. 2020].
- Ronchetti C, Toffolutti V, McKee M, Stuckler D. The quantification of the psychiatric revolution: a quasi-natural experiment of the suicide impact of the Basaglia Law. Eur J Public Health 2020.
- Winkler P, Mladá K, Csémy L, Nechanská B, Höschl C. Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: a nationwide case control study. J Affect Disord 2015; 184: 164–169.
- Pirkola S, Sohlman B, Heila H, Wahlbeck K. Reductions in postdischarge suicide after deinstitutionalization and decentralization: a nationwide register study in Finland. Psychiatr Serv 2007; 58 (2): 221–226.