

budou poskytovat péči pacientům závislým na nejrůznějších látkách a pacientům s duševním onemocněním a závislostí na nejrůznějších látkách. Ale tak jako u onemocnění fyzických je naprosto nutné, aby CDZ poskytovala péči pro pacienty s duševním onemocněním závislé na návykových látkách.

Kdo má vést reformu?

Bohužel je vedení reformy v rukou ministerstva zdravotnictví (proč jen jeho?) a mnohdy úředníků této instituce. Asi není možno reformu vést mimo ministerstvo, ale bylo by třeba zvýraznit vedoucí roli odborníků. Zdá se, že akademická obec psychiatrická je, co se týče reformy, poněkud pasivní a bez nápadů. Parafrázuje Vladislava Vančuru, tento způsob vedení zdá se nám poněkud nešťastným. Akademická obec, zejména její současné či bývalé vedoucí osobnosti, by se měla mnohem aktivněji zapojit do provádění reformy.

Závěrem bychom chtěli říci, že Česká republika je co do populace malou zemí, což je v rámci uskutečnění reformy péče o duševně nemocné výhoda, úspěch je pravděpodobnější. Bylo by smutné, kdyby se pro ony oblasti, které jsme v této úvaze vznesli, reforma nedovedla do úspěšného stavu a promrhala lidský i finanční kapitál, který máme. Pokud by se ale povedla, mohli bychom se skutečně dostat do čela pelotonu.

prof. Richard Balon, M.D.

*Departments of Psychiatry and Behavioral Neurosciences and Anesthesiology, Wayne State University school of Medicine, Detroit, Michigan, USA
rbalon@med.wayne.edu*

prof. MUDr Lucie Bankovská Motlová, Ph.D.

3. LF UK, Praha

LITERATURA

- Hollý M, Mohr P, Papežová S. Předběžná zpráva o stavu reformy. Čes a slov Psychiat 2021; 117 (5): 217–218.
- Krupčík O, Winkler P. Srovnávací studie pacientů dlouhodobě hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích. Čes a slov Psychiat 2021, 117 (5): 221–229.
- Motlová LB, Janoušková M, Formánek T, Goetz M, Holub D, Hubeňák J, Kašpárek T, Látalová K, Papežová H, Světlák M, Šilhán P, Trančík P, Vevera J, Balon R. Medical Students' Career Choice and Attitudes Toward Psychiatry: Case of the Czech Republic. Acad Psychiatry 2020 Dec; 44 (6): 751–755.
- Bankovská Motlová L, Mechúrová B, Cieslarová K, Vítková M, Poláková K, Janoušková M. Rozhodování o volbě specializace mezi lékaři v předatestační přípravě v dospělé a dětské a dorostové psychiatrii v České republice. Čes a slov Psychiat 2021; 117 (4): 177–184.
- Honzák R. IPVZ – žába na prameni a škůdce našeho zdravotnictví horší než komunisti. Dostupné z: <https://blog.aktualne.cz/blogy/radkin-honzak.php?itemid=41541>

odpověď na dopis redakci

V KONTEXTU REÁLNĚ MOŽNÉHO PROBÍHÁ REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ ÚSPĚŠNĚ

Ve svém dopise vznesli Balon s Motlovou několik otázek k reformě péče o duševní zdraví, které jsou nepochybně relevantní, nicméně, jak autoři sami píší, kladeny z pohledu „mnohdy zasvěceného“ až „nezasvěceného“. Ač ani jeden z nás odpovídajících není a nikdy nebyl pověřen zodpovědností za reformu jako takovou, pokusíme se tyto otázky zodpovědět z pohledu zasvěcených.

Autoři deklarují, že termín „péče o duševní zdraví“ jim přijde zmatečný, a proto by se raději uchýlili k negativní

definici vymezující duševní zdraví jako absenci duševního onemocnění. Negativní definice zdraví s sebou ale přináší mnohá úskalí; například pouhou změnou v seznamu onemocnění se může stát, že ten, kdo je považovaný za nemocného dnes, nemusí být považován za nemocného zítra, a naopak.¹ Příkladem by zde mohlo být vyškrtnutí homosexuality z Mezinárodní klasifikace nemocí v roce 1990. Proti negativní definici zdraví se proto vymezila již Ústava Světové zdravotnické organizace (WHO), která

výslovně uvádí, že zdraví není „pouhá absence onemocnění nebo nemohoucnosti“.¹ Zcela oprávněně se proto podle našeho názoru používá v kontextu reformy definice WHO, která, volně přeloženo, říká, že duševní zdraví je „stav well-beingu, který umožňuje jednotlivci realizovat vlastní nadání, vyrovnávat se s běžnými stresovými situacemi, učit se, pracovat a přinášet užitek společnosti, ve které žije“.² Takováto definice umožňuje nejen lépe zachytit a realizovat koncept zotavení, ale také celou oblast prevence a podpory duševního zdraví.

Právě prevence a podpora duševního zdraví jsou pro reformu klíčové. Jedním z důvodů je, právě jak autoři dopisu správně upozorňují, nedostatek psychiatrů a jiných specialistů. S nedostatkem odborníků se ostatně potýká většina zemí světa, zejména ty nízkopříjmové (např. v téměř osmimilionové Sieře Leone jsou pouze tři psychiatři).³ Nedostatek psychiatrů lze sice alespoň částečně řešit přístupem sdílení úkolů (task-sharing),⁴ nicméně snížení tlaku na kapacity odborných služeb (a souvisejícího snížení ekonomických nákladů) lze dosáhnout také efektivní prevencí, podporou duševního zdraví a včasnými detekcemi a intervencemi u duševních onemocnění,⁵ k čemuž je nezbytné vybavit populaci znalostmi a schopnostmi, jak si získat a udržet dobré duševní zdraví a jak eventuálně efektivně vyhledat odbornou pomoc.

Souhlasíme s autory dopisu v tom, že by reformě prospělo jasné vedení, nebo alespoň hierarchická struktura s jasně danými vztahy, kompetencemi a zodpovědnostmi; nicméně naprosto shodného názoru i při plnění jasně definovaných a ministerstvem zdravotnictví a vládou

schválených dokumentů nelze dosáhnout. Polemizovali bychom s druhou částí tvrzení, že „destigmatizace duševního onemocnění a oboru psychiatrie je celospolečenskou otázkou, která vyžaduje celospolečenské řešení ... ke kterému zatím nikde zodpovědně nebylo přistoupeno“, neboť jsme velmi dobře seznámeni s destigmatizačními aktivitami na Novém Zélandě, v Austrálii, Kanadě, Velké Británii a jinde. Stejně tak nesouhlasíme s implicitním tvrzením, že reforma je „zmatek nad zmatek“, ale to asi záleží na úhlu pohledu (zasvěcený vs. nezasvěcený) a míře pochopení pro jistou úroveň zmatečnosti jako fenoménu, který v lidské společnosti přirozeně doprovází každou větší změnu, nota bene tak širokou, meziresortní a komplexní, jakou je reforma péče o duševní zdraví. Ve stejném duchu nesouhlasíme ani s implicitním hodnocením současného průběhu reformy jako nechvalitebného. Podobné reformy trvají v jiných zemích desítky let, což je v ostrém kontrastu k období 2017 a 2022, kdy se realizují implementační projekty reformy; a navíc těžko hledáme příklady jiných evropských zemí (snad kromě Belgie a možná několika pár dalších zemí), které by v transformaci systému péče o duševní zdraví vyvinuly efektivnější úsilí než Česká republika.

Domníváme se, že se s autory dopisu příliš nerozházíme v tom, co by tvořilo seznam našich přání ohledně reformy péče o duševní zdraví; nicméně si uvědomujeme, jak je proces reformy reálně náročný, jaké všechny – z pohledu nezasvěceného těžko viditelné – detaily v sobě zahrnuje, co a jak rychle je možné v kontextu realit ČR očekávat, atd.; a proto se poněkud lišíme v celkovém hodnocení reformy.

Petr Winkler, Simona Papežová
petr.winkler@kcl.ac.uk

LITERATURA

1. Sartorius N. The meanings of health and its promotion. *Croatian Medical Journal* 2006; 47 (4): 662.
2. WHO (2022). Mental health: strengthening our response (Fact sheet). Geneva, World Health Organization. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. WHO (2021). Mental Health Atlas 2020: Sierra Leone member state profile. World Health Organization. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-2020-country-profile---sierra-leone>
4. Hoelt TJ, Fortney JC, Patel V, Unützer J. Task-sharing approaches to improve mental health care in rural and other low-resource settings: a systematic review. *The Journal of Rural Health* 2018; 34 (1): 48–62.
5. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. 2011. Dostupné z: <http://eprints.lse.ac.uk/32311/>