

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

**Bakalářská práce**

**2017**

**Michal Divíšek**

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

**Michal Divíšek**

**Politika duševního zdraví v České republice**

*Bakalářská práce*

Praha 2017

Autor práce: **Michal Divíšek**

Vedoucí práce: **MUDr. Petr Háva, CSc.**

Rok obhajoby: 2017

## **Bibliografický záznam**

DIVÍŠEK, Michal. *Politika duševního zdraví v České republice*. Praha, 2017. 38s.

Bakalářská práce (Bc.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné politiky. Vedoucí diplomové práce MUDr. Petr Háva, CSc.

## **Abstrakt**

Cílem této práce je porovnat cíle a přístupy Strategie reformy psychiatrické péče vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2013 s vývojem v zahraničí zde reprezentovaným strategickými dokumenty vydanými Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Za tímto účelem byla provedena srovnávací případová studie, do které byly kromě Strategie reformy psychiatrické péče zahrnuty i dva akční plány pro duševní zdraví publikované WHO. Hlavním zjištěním práce jsou rozdíly v přístupu k duševnímu zdraví, kdy se Strategie reformy psychiatrické omezuje pouze na oblast psychiatrie a příjemce péče, zatímco světové trendy odrážející se v akčním plánech WHO řeší tuto problematiku komplexněji jako celospolečenský problém. Tvorba politiky duševního zdraví se sice v některých ohledech přibližuje světovým trendům, rozdíl v přístupech k duševnímu zdraví je ale stále patrný.

## **Abstract**

The aim of this work is to compare the goals and approaches of the Psychiatric Reform Strategy issued by the Ministry of Health of the Czech Republic in 2013 with the the World Health Organization (WHO) strategic documents seen as representing current world trends in mental health care. Comparative case study was carried out, which included, in addition to the Psychiatric Reform Strategy, two mental health action plans published by the WHO. The main findings of my work are differences in approaches to mental health, where the psychiatric reform strategy only limits to the field of psychiatry and the recipients of its care, while the world trends that are reflected in the

action plans, addresses this issue more complexly as a societal problem. In some respects, mental health policy in Czech republic is getting closer to the world trends, but the difference in approach to mental health is still noticeable.

### **Klíčová slova**

duševní zdraví, psychiatrická péče, politika, reforma

### **Keywords**

mental health, psychiatric care, policy, reform

**Rozsah práce:** 59 449 znaků

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Michal Divíšek

## **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkoval MUDr. Petru Hávovi, CSc. za pomoc při zpracovávání tématu. Také bych chtěl poděkovat všem svým blízkým za jejich shovívavost a podporu.

**Jméno studenta/studentky:** Michal Divíšek  
**Název v jazyce práce:** Politika duševního zdraví v České republice  
**Název v anglickém jazyce:** Mental health policy in the Czech Republic  
**Klíčová slova:** duševní zdraví, psychiatrická péče, politika, reforma  
**Klíčová slova anglicky:** mental health, psychiatric care, policy, reform  
**Akademický rok vypsání:** 2015/2016  
**Jazyk práce:** česky  
**Typ práce:** bakalářská práce  
**Ústav:** Institut sociologických studií  
**Vedoucí / školitel:** MUDr. Petr Háva. CSc.  
**Obor práce:** Katedra sociologie a sociální politika

## [Teze bakalářské práce \(výzkumný projekt\):](#)

### **A.vymezení výzkumného problému**

Duševnímu zdraví se nepřikládá zdaleka tak stejná důležitost jako v případě zdraví fyzického. Problémy související s duševním zdravím související jsou ve světě často ignorovány. Přitom počet lidí trpících duševními problémy se stále zvyšuje. V roce 2001 to podle Světové zdravotnické organizace bylo 450 miliónů lidí. Adekvátní pomoci se ale dostává pouze minimu z nich. Mnoho z nich se naopak stává obětí diskriminace kvůli stigmatu, který duševní onemocnění mají [WHO 2001].

V Evropě je každoročně až 38% lidí zasaženo některým z duševních onemocnění. Ty tvoří až 26% z celkové zátěže (burden of disease). [Wittchen 2011] Pouze kardiovaskulární choroby způsobují v Evropě zátěž vyšší. Každý čtvrtý člověk zažije alespoň jednou během svého života vážnější problém. Sebevražda jako následek těchto problémů je přitom mezi deseti nejčastějšími příčinami úmrtí. Problémy s duševním zdravím jsou zároveň specifické tím, že mají vliv na všechny aspekty lidského života. Jejich dopad je tedy značný. Dá se přitom očekávat, že počet lidí trpících nějakou formou duševního onemocnění se bude zvyšovat úměrně ke zvyšujícímu se



stresu kterému jsou lidé vystaveni v důsledku různých sociálních a ekonomických nejistot [McDaid 2005].

Kvůli tomu se duševní zdraví dostává v průběhu 20. století do popředí zájmu mezinárodních organizací. Světová zdravotnická organizace se této problematice věnuje již od svého založení. Také uvnitř Evropské unie a v OECD se časem objevilo znepokojení se stavem duševního zdraví. To vyústilo v zorganizování Ministerské konference v Helsinkách v roce 2005. Výsledkem této konference bylo přijetí dvou dokumentů : "*The Mental Health Declaration for Europe a Mental Health Action Plan for Europe*. Ty potvrzovaly dlouhodobý význam péče o duševní zdraví, včetně podpory zdraví a jiných preventivních opatření, přednost komunitní péče před psychiatrickými institucemi a hodnotu práce neziskových organizací v této oblasti. Cílem bylo také zajistit sociální inkluzi lidí s duševními problémy [Sturdy, Freeman, Smith-Merry 2013].

V roce 2005 pak Evropská komise vydává Zelenou knihu (Green Paper) jako strategický dokument věnující se právě cílům v oblasti politiky duševního zdraví Zde jsou zohledněny sociální faktory ovlivňující duševní zdraví a formovány cíle směrem ke zlepšení. Velký prostor zde dostává také podpora zdraví [European Commission 2005]. Ta může nabývat různých podob, může také cílit různé skupiny lidí, ať už věkové nebo jiné. Má za cíl zvýšit odolnost jedinců i komunit a posilovat jejich schopnosti bránit se duševním problémům. Zároveň se ale snaží o zmenšování strukturálních bariér prostřednictvím iniciativ k redukování diskriminace a sociálních nerovností [Jenkins et al. 2005].

Také Česká republika se zavázala k naplňování cílů stanovených ve výše zmíněných dokumentech. Snahou o jejich realizaci bylo v roce 2007 vyhlášení "Národního psychiatrického programu" podporujícího reformu psychiatrické péče. V březnu 2013 pak byla schválena Strategie reformy psychiatrické péče. V ní je reflektován současný stav péče, který je označen v některých aspektech jako nedostatečný ve srovnání se státy západní a severní Evropy. Mezi hlavní cíle reformy patří mj. transformace psychiatrických léčen, podpora vzdělání odborných pracovníků nebo rozvoj komunitní péče v podobě zakládání tzv. center duševního zdraví. [Ministerstvo zdravotnictví 2013]

Realizace cílů reformy měla být zahájena k 1. 1. 2016. Otázkou je, do jaké míry je tato realizace úspěšná. **Hlavním výzkumným problémem** této práce je implementace politik vyplývajících právě ze Strategie reformy psychiatrické péče z roku 2013. Cílem práce je prozkoumat a zhodnotit proces realizace reformy, identifikovat aktéry zainteresované v tomto procesu a najít případné překážky bránící zavedení konkrétních politik vycházejících z tohoto dokumentu. Důležité je ale také věnovat se dlouhodobému vývoji politiky duševního zdraví v ČR. A to mj. proto, aby bylo možné pochopit, co vůbec reformu uvedlo do pohybu a lépe porozumět současné situaci v oblasti psychiatrické péče v ČR.

## **B. Cíle diplomové práce (jejich přímá souvislost s formulovaným výzkumným problémem)**

- 1) Popsat a zhodnotit proces realizace cílů definovaných ve Strategii reformy psychiatrické péče z roku 2013
- 2) Prozkoumat dlouhodobé trendy v problematice duševního zdraví a vývoj souvisejících politik se zaměřením na Českou republiku

## **C. Výzkumné otázky**

- 1) Jaké jsou dlouhodobé trendy v otázce politiky duševního zdraví?
- 2) Jak vypadal vývoj politiky duševního zdraví v České republice?
- 3) Do jaké míry jsou realizovány cíle definované ve Strategii reformy psychiatrické péče z roku 2013?

## **D. Teoretická východiska**

- poválečný vývoj vyústil ve změnu hodnotového diskurzu, větší důraz na lidská práva

- v souvislosti s tím dochází k deinstitucionalizaci a rozvoji komunitní péče [Shorter 2007]
- evidence-based policy [drake, goldman 2003]

## **E. Výzkumný plán**

- K vymezení okruhu problému by měl sloužit strom problémů [Veselý, Nekola 2007]
- Metodologie práce by se měla opírat o teorii institucionální analýzy [Háva 2014, Tang 2011, ...]
- Použití převážně kvalitativních metod, sekundární analýza dat
- V konkrétním případě reformy zkoumání politických programů, vyjádření důležitých aktérů v médiích

## **F. Seznam odborné literatury a zdrojů empirických dat**

Drake, R. E., Goldman, H. H. 2003. The future of evidence-based practices in mental health care. *Psychiatr Clin North Am.* 26(4):1011– 1016.

European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General. 2005. Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union.

Háva, P. 2014. Institucionální analýza. *Zdravotnictví v České republice* 17(3): 2-11

Jenkins, R., A. McCulloch, L. Friedli, C. Parker. 2005. *Developing a National Mental Health Policy*. Hove: Psychology Press.

McDaid, D. 2005. Mental health I: Key issues in the development of policy and practice across Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.

McDavid, D., M. Knapp, C. Curran. 2005. Mental Health III: Funding mental health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2013. Strategie reformy psychiatrické péče.

Novella, M. J. 2010. Mental Health Care in the Aftermath of Deinstitutionalization: A Retrospective and Prospective View. *Health Care Analysis*, 18: 222–238.

OECD. 2014. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing.

Shorter, E. 2007. The historical development of mental health services in Europe. In. Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press.

Sturdy, S., R. Freeman, J. Smith-Merry. 2013. Making Knowledge for International Policy: WHO Europe and Mental Health Policy, 1970-2008. *Social History of Medicine* 26(3): 532-554.

Tang, S. A. 2011. *General Theory of Institutional Change*. Abingdon: Routledge

Veselý, A., Nekola, M. *Analýza a tvorby veřejných politik*. Praha: SLON, 2007

WHO. 2001. *The World Health Report, Mental Health: New Understanding, New Hope*.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönson, B., ...  
Steinhausen, H. C. 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of  
the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9): 655–679.

Winkler, P., L. Csémy, M. Janoušková, L. Krejníková. 2013. Reforma psychiatrické  
péče: mezinárodní politika, zkušenosti a doporučení. Psychiatrické centrum Praha

# Obsah

<b>1.</b>	<b>ÚVOD</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>VSTUPNÍ ANALÝZA VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU</b>	<b>3</b>
2.1.	HISTORICKÝ VÝVOJ SYSTÉMU PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	3
2.1.1.	<i>Starověk</i>	3
2.1.2.	<i>Středověk</i>	3
2.1.3.	<i>Renesance a osvícenství</i>	4
2.1.4.	<i>Doba od začátku 19. až do poloviny 20. století</i>	5
2.1.5.	<i>Etapa od poloviny 20. století: nástup používání psychofarmak</i>	6
2.1.7.	<i>Nástup komunitní péče</i>	7
2.1.8.	<i>Druhá biologická revoluce</i>	8
2.2.	VÝVOJ PŘÍSTUPŮ K POLITICE DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ PO ROCE 1990 - SROVNÁNÍ ČESKÉHO A MEZINÁRODNÍHO DISKURZU	9
2.2.1.	<i>Světový diskurz</i>	9
2.2.2.	<i>Český diskurz</i>	12
<b>3.</b>	<b>VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY, DATA A METODY</b>	<b>14</b>
3.1.	VÝZKUMNÝ CÍL A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	14
3.2.	METODICKÝ PŘÍSTUP	15
<b>4.</b>	<b>TEORETICKÁ VÝCHODISKA</b>	<b>16</b>
4.1.	VEŘEJNÁ POLITIKA	16
4.2.	STRATEGICKÉ DOKUMENTY	17
4.3.	ZDRAVOTNÍ POLITIKA	18
4.4.	POLITIKA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ	18
4.5.	BIOMEDICÍNA A BIO–PSYCHO–SOCIÁLNÍ MODEL	19
<b>5.</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b>	<b>21</b>
5.1.	SHRnutí ZKOUMANÝCH DOKUMENTŮ	21
5.1.1.	<i>Mental Health Action Plan 2013 – 2020</i>	21
5.1.2.	<i>Strategie reformy psychiatrické péče</i>	24
5.1.3.	<i>The European Mental Health Action Plan 2013-2020</i>	27
5.2.	KOMPARACE DOKUMENTŮ	29
<b>6.</b>	<b>ZÁVĚR</b>	<b>32</b>
<b>7.</b>	<b>POUŽITÁ LITERATURA</b>	<b>34</b>

# 1. Úvod

Problémy spojené s duševním zdravím jsou bezesporu jednou z největších společenských výzev dnešní doby. Jakkoli politika duševního zdraví možná nebyla v dřívějších dobách v popředí zájmu jednotlivých států či mezinárodních organizací, postupem času se z ní stává jedna z priorit. A ne bezdůvodně. Počet lidí trpících duševními problémy se neustále zvyšuje. V roce 2001 to podle Světové zdravotnické organizace bylo 450 miliónů lidí. Jen části z nich se ale dostává adekvátní péče. Mnoho z lidí se musí potýkat s překážkami, které jim brání v řešení jejich duševních problémů. [WHO, 2001]. Duševní onemocnění představují obrovskou zátěž. Jejich dopady se pak odrážejí ve nejrůznějších aspektech lidského života. Ve světě plném sociálních a ekonomických nejistot přitom nelze očekávat, že by se situace sama o sobě zlepšila.

Samotný vývoj péče o duševní zdraví prošel v průběhu historie mnohými změnami. Je to vývoj komplikovaný, který provázely mnohé spory. I dnes jsme schopni nalézt v péči o duševní zdraví různé kontroverze. Existuje několik směrů a mnoho aktérů, kteří vývoj ovlivňují. V důsledku toho vznikají rozdíly odpovídající různosti přístupů a chápání toho, co duševní zdraví představuje.

Hlavním předmětem mého zájmu jsou právě tyto rozdíly. Mým cílem je identifikovat přístupy v péči o duševní zdraví ve světě a v České republice. Tyto přístupy se odrážejí mj. i v podobě strategických dokumentů zabývajících se duševním zdravím. Výrazným představitelem světových trendů v této oblasti je Světová zdravotnická organizace (WHO). Proto jsou do výzkumu zahrnuty akční plány duševního zdraví vydané právě WHO. Na české straně jsou aktuální přístupy k péči reprezentovány Strategií reformy psychiatrické péče. Výzkumnou otázkou tedy je, v čem se tyto dokumenty liší a v čem shodují. Výsledek práce by měl přispět k pochopení, v čem tyto rozdíly spočívají a nabídnout podnět k dalšímu zkoumání hlubších příčin těchto odlišností.

## **2. Vstupní analýza výzkumného problému**

Předmětem vstupní analýzy výzkumného problému je popsat historický vývoj systému péče o duševní zdraví a vývoj přístupů k politice duševního zdraví. Kapitola má tedy dvě části. Druhá část věnovaná přístupům k politice duševní zdraví je dále rozdělena na přístupy světové a přístupy české. V obou případech se pak jedná o vývoj po roce 1990. Analýza pracuje se sekundárními daty, jejím výsledkem je formulování výzkumného problému

### **2.1. Historický vývoj systému péče o duševní zdraví**

#### **2.1.1. Starověk**

Šílenství není ve všech kulturách vnímáno stejným způsobem. V západní kultuře je dnes vnímáno jako onemocnění/medicinský problém. Tomu ale předcházelo 2000 let sociálního a kulturního vývoje. Počátky medicíny jako takové se dají dohledat ve starověkém Řecku. Za tzv. „otce medicíny“ je považován Hippokrates. Ten jako první vysvětloval nemoci na základě přirozených příčin. Řekově měli pro šílenství dvě různá vysvětlení. Jedním z nich bylo působení nadpřirozených sil, chápáno jako posednutí jedince bohy nebo dušemi z podsvětí. Ta druhá, medicínská, vysvětlovala šílenství stejným způsobem jako vysvětlovala i somatické choroby, tedy pomocí teorie o čtyřech základních tělesných tekutinách. Těmi jsou: krev, hlen, žlutá žluč a černá žluč. Jejich nerovnováha pak zapříčiňovala jednotlivé choroby. Hippokrates tehdy rozlišoval epilepsii, mánii, melancholii (deprese) a paranoi. Označení, která se používají dodnes. (Conrad, Schneider, 1992)

#### **2.1.2. Středověk**

S pádem římské říše přichází ale návrat k víře v nadpřirozeno. To se pak samozřejmě odráží i na vnímání šílenství. Dominantními se stávají teologické koncepce



založené na dogmatu křesťanské církve. Ve středověku byly veškeré nemoci a neštěstí vnímány jako boží trest za spáchané hříchy. Ke konci 13. Století přicházejí společenské změny. Reformace napadá zavedené církevní dogma. Reakcí církve je vznik inkvizice. Následný hon na čarodějnice má za následek přibližně půl milionu mrtvých. Každý, kdo se projevoval jakkoli deviantně, byl označen jako čarodějnice nebo čaroděj. Až do 14. století přitom nebylo šílenství spojováno s čarodějnictvím. Roku 1487 vychází slavná kniha *Malleus Maleficarum* (Kladivo na čarodějnice), která poskytovala návod jak čarodějnice objevit, usvědčit a potrestat (převážně upálením na hranici). Během doby inkvizice se nenašlo příliš prostoru pro vnímání šílenství jako duševního onemocnění. Označení lidí deviantních od tehdejšího společenského řádu fungovalo jako nástroj sociální kontroly postihující každého, kdo se mu vzepřel. Mezi 16. a 18. stoletím ale přicházejí zásadní změny ustavující medicínský model šílenství jako dominantní. Kromě jednotné koncepce duševního zdraví přichází také tendence izolovat blázny a jiné devianty od ostatních. (Conrad, schneider,1992)

### **2.1.3. Renesance a osvícenství**

Před 17. stoletím se blázni, kteří nebyli nijak nebezpeční potulovali mezi městy nebo obecně krajinou. Zodpovědnost za ně měla rodina a lokální komunita. V krajních případech byli tito lidé „hospitalizováni“ nebo vyloučeni z komunity. Objevují se také tzv. „lodě bláznů“ (Narranschiff). Tyto lodě se pohybovaly po řekách a mořích, s občasnými zastávkami. Během těchto zastávek vždy vyložili některé z lidí a nabrali nové. Během této době nebylo šílenství něčím schovaným před očima zbytku společnosti. Bylo součástí běžného života. Mezi změnami přicházejícími v průběhu 17. století je i změna způsobu zacházení s bláznou a jinými devianty. V roce 1656 vzniká na základě královského dekretu Hopital Général v Paříži. Toto místo však nebylo klasickou nemocnicí. Její úlohou bylo zbavení města jakkoli společensky nepohodlných jedinců. Kromě lidí považovaných za blázny to byli také např. kriminálníci, žebráci, prostitutky nebo nezaměstnaní. S otevřením Hopital Général začíná doba tzv. „velkého uvěznění“ sociálně nepotřebných. S tím pak přichází nový způsob zacházení s osobami jakýmkoli způsobem deviantními. To se postupně rozšířilo po celé Evropě. Tyto instituce ale nebyly nejdříve považovány za zdravotnické. Jednotný lékařský koncept duševního onemocnění přichází až na konci 18. století. (Foucault, 1994)

#### 2.1.4. Doba od začátku 19. až do poloviny 20. století

To bylo dobou institucionální péče. V tomto období se plně etabloval medicínský přístup k duševnímu zdraví. Lékař tedy v tomto smyslu vystřídal církevní i světské lokální autority. Komunitní péče nebyla téměř vůbec přístupná a psychofarmaka zatím neexistovala. Hospitalizace v určených zařízeních se jevila jako vhodné řešení. Jakkoli je institucionalizace vnímána převážně negativně z dnešního pohledu (mluví se o „velkém uvěznění“), např. podle Shortera se u velkého množství lidí jednalo spíše o zlepšení jejich životní situace vzhledem k tomu, jak s nimi společnost v některých případech zacházela. (Shorter, 2007)

Na konci 19. století se začalo výrazně šířit přesvědčení, že nalezení odpovědi ohledně duševních poruch lze dosáhnout prostřednictvím zkoumání patologie mozku. Jakkoli ale byl vývoj v anatomii a fyziologii velmi důležitý ve vývoji medicíny obecně, nedokázal dostatečně vysvětlit podstatu/příčinu duševních onemocnění. (Gask 2004) Celkově k velkému posunu v tomto směru nedochází. Je zde však jedna výjimka. Tou je progresivní paralýza, nervová porucha ve třetím stadiu syfilidy. Nalezení kauzální příčiny nemoci v tomto případě vedlo k velkému optimismu, že i ostatní duševní problémy půjdou vysvětlit podobným způsobem. (Conrad, Schneider, 1992)

Na začátku 20. století se ale objevuje teorie Sigmunda Freuda. Podle něj se symptomy objevují z důvodu vnitřních konfliktů. Tyto konflikty často zahrnují dětství nebo rodiče a jsou potlačeny do podvědomí. Metodou léčby pak byla psychoanalýza. Ačkoli se Freudovy teorie nutně nevyklučovaly s medicínským přístupem té doby, nabízely vnímání duševních chorob rozšířené o psychologický aspekt. (Conrad, Scheider, 1992) Zejména po první světové válce měla psychoanalýza velký vliv na formování psychiatrie. Je však třeba zmínit, že tato forma léčby se zdaleka netýkala všech, kteří potřebovali péči. Do velké míry to byla záležitost privilegované vrstvy, která podstupovala léčbu v soukromí. (Gask, 2004)

V případě Freuda se však nejednalo o revoluci zahrnující celý obor psychiatrie. Somatické přístupy byly stále živé, zvláště ve 30. letech 20. století. K léčbě schizofrenie se v té době používal terapie inzulinovým šokem. To se však ukázalo jako příliš nákladné a zároveň nebezpečné. Tato metoda pak byla záhy nahrazena elektrošoky

(electroconvulsive therapy – ECT). Další metodou léčby duševních onemocnění pak byla lobotomie. Předpokladem bylo, že podstatou problému je nemoc mozku, a proto mělo být adekvátní metodou léčby operace. Podle podporovatelů měla tato metoda velký úspěch. Kritici ale poukazovaly na to, že tato „léčba“ je ve skutečnosti mnohem horší než samotná nemoc. Z lidí po lobotomii se stávali lidské schránky, které nebyli schopni samostatného života. V průběhu 50. let se tak od provádění lobotomií upouští. (Conrad, Schneider, 2012)

### **2.1.5. Etapa od poloviny 20. století: nástup používání psychofarmak**

Léky byly v psychiatrii používány už od 19. století (vomitika, narkotika). Ve 20. století se pak začínají používat sedativa ke kontrole problematických pacientů. Až v 50. letech 20. století se ale medikamenty stávají ústřední složkou léčby v psychiatrii. Nově vzniklý vliv psychotropních látek změnil psychiatrii natolik, že se mluví o revoluci v péči o duševní zdraví. Do té doby dominantní psychoterapii tak postupně vystřídá způsob léčby zaměřený téměř výhradně na používání léčiv. Psychiatrům se tak dostává možnosti cítit se jako „skuteční“ lékaři (physicians) a předepisovat léky pro duševně nemocné. Samotná existence této léčby pak přispívá k obrazu duševních problémů jako nemoci, se kterou se dá vypořádat pomocí medikace. (Conrad, Scheider, 1992) Přitom u velkého množství léků bylo pouze náhodou zjištěno, že mají psychotropní efekt. Některé z nich měly původně být používány pro zcela jiné účely. (Gask, 2004)

### **2.1.6. Kritika psychiatrie**

Na začátku 60. let se objevuje jiný a kritický pohled na tehdejší psychiatrii. Mezi nejvýraznější postavy této kritiky se řadí Thomas Szasz a R. D. Laing. Jejich pohledy však nejsou totožné. Szasz tvrdil, že duševní onemocnění je pouhý mýtus, nic takového není. Podle něj dochází ve jménu duševního zdraví v podstatě k uvěznění společensky nepohodlných lidí. Psychiatrické léčebny označuje jako vězení pro sociální devianty. Pokud lidé neporušují zákon, nemělo by s nimi být jednáno jako s kriminálníky. Podle Szasze pouze lidé musí řešit problémy v životě a ne být

označování za nemocné a potřebující léčbu v psychiatrické instituci. Určitá forma psychoterapie by mohla být vhodná. Ale ne jako léčba nemocné mysli, ale jako morální dialog. Laing kritizuje psychiatrii z jiných pozic. Podle něj nesídlí příčina duševních problémů uvnitř jedince. Je to reakce na životní situaci, ve které se člověk nachází. Lidé nejsou nemocní, nemocná je společnost. Je to tedy sociální systém, který se musí změnit, ne jedinec. (Conrad, Schneider, 1992) Významným kritikem zejména způsobem zacházení s pacienty v psychiatrických léčebnách by také Erving Goffman. Ten označoval léčebny jako totální instituce a kritizoval jejich fungování jako nástroj sociální kontroly. (Goffman, 1991). Anti – psychiatrie hnutí mělo dlouhodobý dopad na psychiatrii a péči o duševní zdraví obecně. Rozhodně se zvýšila citlivost vůči porušování práv pacientů a donutila psychiatrii reflektovat své vlastní hodnoty.

### **2.1.7. Nástup komunitní péče**

V šedesátých letech se objevují sociální podmínky, které výrazně přispěli k rozvoji komunitní péče. Ekonomika stoupala, u veřejnosti se vzbuzoval zájem o chudé, vznikají veřejné sociální programy. Zvyšuje se také zájem o lidská práva a aktivismus za lidská práva bojující. Sociologie a sociální psychiatrie dokázala poukázat na důležitost sociálních faktorů v otázce duševního zdraví. Zároveň ale i vývoj léků pomohl, protože umožnil některým pacientům opustit nemocnice a přejít do komunitní péče. (Conrad, Schneider, 1992)

Sedmdesátá léta jsou pak léty, kdy se de-institucionalizace projevovала nejvýrazněji. Během tohoto období se v západním světě výrazně snižují počty lůžek v nemocnicích. Je však třeba si uvědomit, že komunitní péče často zahrnovala i používání psychofarmak, ale také např. ECT (electro – convulsive therapy). (Shorter, 2007)

Zavedení některých léků (zejména pak chlorpromazinu) se často přikládala největší důležitost v otázce, proč začalo docházet k de-institucionalizaci a přesunu pacientů do komunit. Nemusí tomu ale tak být, velkou roli hrálo i financování a politické zásahy. (McQuiston, 2012) Ani podle Shortera nehrála psychofarmaka

rozhodující roli. Důležitou byla mimo jiné vnikající antipatie mezi psychiatry. Objevují se dva různé přístupy. Jeden přístup zastává vnímání duševních nemocí jako nerovnováhy v chemii mozku (biologická psychiatrie). Preferovaným způsobem léčby je zde medikace. Druhý přístup (sociální) se orientuje na komunitní péči a léčbu neomezuje jen předepisování psychofarmak, ale právě také na pozitivní důsledky života v komunitě. (Shorter, 2007)

### **2.1.8. Druhá biologická revoluce**

Ke konci dvacátého století byla pozice psychiatrie pozoruhodně podobná době o sto let dříve. Příslib nových odpovědí na otázky příčin a možné léčby duševních onemocnění plynul z vývoje v oblasti biologického výzkumu. Také psychofarmakologie se podílí na tomto trendu, neboť vyvinula množství nových léků, které nahrazují ty starší s nežádoucími vedlejšími účinky. Současná věda je schopná díky CT scanu a magnetické rezonanci mnohem lépe chápat fungování mozku. Není však tak úplně jasné, jak tento vědecký pokrok dokáže ovlivnit každodenní fungování trpících problémy s duševním zdravím. (Gask, 2004) Zároveň také existují hlasy, které kritizují současný pohled na používání psychofarmak. Jedním z nejvýraznějších je Joanna Moncrieff. Ta označuje současné vnímání léčby psychofarmaky za velký kolektivní mýtus. Mýtus, který říká, že psychofarmaka léčí biologické příčiny duševních onemocnění. Něco takového však není zdaleka prokázané. Místo toho léky používané v psychiatrii navozují stavy, u kterých lze tvrdit, že mají „terapeutický“ efekt. Příčina problému tedy není vyřešena, léky pouze pomáhají dosáhnout stavu, kdy jsou potlačené příznaky nemoci. (Moncrieff, 2008)

## 2.2. Vývoj přístupů k politice duševního zdraví po roce 1990 - srovnání českého a mezinárodního diskurzu

### 2.2.1. Světový diskurz

#### Global mental health

Global mental health je „oblast studia, výzkumu a praxe, která klade důraz na zlepšení duševního zdraví a dosažení rovnosti v duševním zdraví pro všechny lidi po celém světě.“ (Patel, Prince, 2010, s. 3) (překlad autora) Jedním z nejvýraznějších témat jsou nerovnosti v poskytovaných službách a celkovému respektu k lidským právům mezi bohatými a chudými zeměmi. Vzniká tak takzvaný „Treatment gap“: až 75% lidí s vážnými duševními poruchami nedostává v nízkopříjmových zemích (tzv. LMIC – Low and middle income countries) žádnou péči. Dostupnost služeb je tedy prioritou. (Patel, Prince, 2010)

Vznik tohoto nového odvětví stojí na několika základech. Jedním je zavrnutí názoru, že duševní nemoci jsou výsledkem imaginace západní společnosti a nelze je vnucovat ostatním kulturám. Existuje totiž dostatek mezikulturního výzkumu aby se dalo konstatovat, že duševní zdraví je problémem celého světa. (Patel, Prince, 2010) Zároveň je ale třeba, aby psychiatrie byla citlivá ke kultuře. Ukazuje se také, že existují zřejmé vazby mezi duševními poruchami a sociálním znevýhodněním. (Patel 2012) Druhým důvodem jsou výsledky epidemiologických výzkumů ohledně zátěže, kterou duševní nemoci představují pro společnost. Zde se pracuje s koncepty burden of disease a DALY (disability adjusted life year). (Patel, Prince, 2010) Koncept global burden of disease se snaží kvantifikovat celkovou zátěž předčasné mortality a disability vzhledem k jednotlivým nemocem. Pracuje se zde s ukazatelem DALY, tedy s výpočtem ztracených roků života a prožitých roků s postižením. (About the Global Burden of Disease (GBD) project) Dalším důležitým faktorem bylo odpírání základních lidských práv lidem s duševním onemocněním, které se děje po celém světě. O tom mluví Arthur Kleinman v článku „Global mental health: a failure of humanity“. V něm poukazuje na otřesné podmínky, ve kterých lidé s duševním onemocněním musí žít a jak je s nimi

zacházeno. To označuje jako morální selhání a apeluje na globální společenskou změnu. (Kleinman, 2009)

## WHO

Světová zdravotnická organizace je mezinárodní organizací fungující v oblasti zdravotní politiky. Je součástí systému organizace Spojených národů. V rámci WHO existuje 6 regionálních kanceláří, včetně té evropské, která sídlí v Kodani.

Cíle WHO jsou:

- „-Poskytuje vedení v záležitostech kritických pro zdraví a zavazuje v partnerství v případech, kdy je potřebná společná akce
- Formuje výzkumnou agendu a stimuluje výrobu, překlad a rozšiřování cenných znalostí
- Nastavuje normy a standardy a propaguje monitoring jejich realizace
- Formuluje politické možnosti založené na etice a důkazech
- Monitoruje zdravotní situaci a vyhodnocuje trendy ve zdraví.“

(About WHO) (překlad autora)

V roce 2001 vydává WHO zprávu nazvanou Mental Health: New Understanding, New Hope. Cílem této zprávy je poukázat na zátěž, kterou duševní onemocnění způsobují, a také na obrovské množství lidí, kterých se problémy s duševním zdravím týkají. Zároveň se snaží pomoci k překonání bariér jako je stigma, diskriminace nebo nedostupnost péče, které brání lidem dosáhnout adekvátní pomoci v řešení svých problémů. (WHO, 2001)

V lednu roku 2005 se v Helsinkách konala Ministerská konference duševního zdraví pro region WHO Europe. Cílem této konference, které se účastnili ministři jednotlivých členských států bylo nalezení společného směřování v otázce politiky duševního zdraví v Evropě. Součástí konference bylo projednávání dvou důležitých dokumentů: Deklarace o duševním zdraví pro Evropu a Akční plán duševního zdraví

pro Evropu. Deklarace potvrzovala dlouhodobé směřování WHO, kdy je zdůrazňována celková nadřazenost komunitní péče nad léčbou ve velkých psychiatrických institucích, důležitost preventivních opatření jako je podpora zdraví nebo důležitost nevládních organizací v poskytování služeb. Deklarace také upozorňuje na potřebu vytvoření politik, které budou cílit na celkovou pohodu (well-being) a sociální inkluzi lidí s duševním onemocněním. [Sturdy, Freeman, Smith-Merry, 2013] Součástí textu je i tvrzení „there is no health without mental health“ (není zdraví bez duševního zdraví), které poukazuje na důležitost této problematiky a volá po jejím začlenění do jiných oblastí veřejné politiky, jako jsou lidská práva, sociální péče nebo vzdělávání. (WHO 2005b) Akční plán pak navazuje na text deklarace. Obsahuje dvanáct výzev pro zlepšení situace na konci plánu pak dvanáct milníků, podle kterých se dá mapovat postup jednotlivých států. (WHO, 2005a)

## **Evropská unie**

V roce 2005 Evropská komise vydala Zelenou knihu „Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva: Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii“.

Evropská komise byla přizvána jako partner k jednání na Ministerskou konferenci v Helsinkách a tato zelená kniha je považována za první odpověď na toto pozvání.

„Cílem této zelené knihy je zahájit debatu s evropskými institucemi, vládami, zdravotníky, zúčastněnými stranami v jiných odvětvích, občanskou společností, včetně organizací pacientů a výzkumnou komunitou o významu duševního zdraví pro EU, o potřebě Strategie na úrovni EU a její možné priority.“ (European commission, 2005)

Také se zde mluví o změně paradigmatu ve službách pečujících o duševní zdraví. O deinstitucionalizaci se zde mluví jako o něčem, co má pomoci bojovat proti sociální stigmatu a podpořit inkluzi. Nahrazení velkých institucí komunitně orientovanými alternativami poskytuje příležitosti pro lepší kvalitu života. (European commission, 2005)

V roce 2008 proběhla v Bruselu konference „Together for mental health and well-being“ (Společně pro duševní zdraví a pohodu). Výsledkem této konference byl nově vzniklý pakt za duševní zdraví a pohodu. Ten se zaměřuje na otázku lidských práv,



zvyšující se počet lidí trpících duševními onemocněními a problém sebevražd. Následné kroky by podle tohoto paktu měly směřovat k prevenci depresí a sebevražd, vzdělání mladých, podmínkám v pracovním prostředí, duševním zdraví starších lidí a boji se stigmatem a sociálním vyloučením. (European commission, 2008)

### **2.2.2. Český diskurz**

V době komunistické éry byla v České republice preferována biologická orientace psychiatrie. Ta více odpovídala státní ideologii, přičemž sociální vědy byly považovány za „buržoazní“ a spíše zatracovány. Psychiatrie tak v té době ztrácí kontakt s ostatními disciplínami souvisejícími s duševním zdravím. (Scheffler, potůček, 2008)

Podle Libigera se česká psychiatrie po sametové revoluci sice více otevírá světu, ale přesto v mnohém stále zaostává. Vlivům neurověd a sociálních věd se otevírá jen velmi pomalu. „V oboru pracuje málo zdravotníků s ošetrovatelskou kvalifikací, terapeutů, sociálních pracovníků a osobních asistentů, kteří mohou lékařům uvolnit ruce pro diagnostiku a léčbu. Týmy, ve kterých se specializovaní pracovníci věnují kognitivní, sociální i pracovní rehabilitaci, práci s rodinou, administrativě a koordinaci úsilí o změnu na všech úrovních pacientovy existence, jsou ojedinělé, nebo zcela chybí.“ (Libiger, 2004)

Ani podle zprávy vydané roku 2012 Českou psychiatrickou společností nazvané „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování vsouladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)“ není současná situace příliš příznivá. „Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v České republice dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. Podhodnocen je i ve srovnání s tuzemskými somatickými medicínskými obory.“ (Raboch, Wenigová, 2012)

### **Klíčové dokumenty**

Už od počátku devadesátých let vznikají pod vedením MUDr. Pavlem Baudiše, CSc. a MUDr. Janem Pfeiffera a MUDr. Zdeňka Bašného Koncepce oboru psychiatrie. První verze byla přijata radou Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2000. Vzhledem k neustále se vyvíjejícím trendům byla tato koncepce následně v roce 2006 revidována. Vzhledem k tomu, že česká psychiatrie je orientována na institucionální a ambulantní péči, bylo potřeba rozvinout snahu o rozvoj péče komunitní. Psychiatrická společnost ČLS JEP vyhlásila v roce 2007 Národní psychiatrický program, a to ve spolupráci s regionální kanceláří WHO. Ten se opíral o důležité mezinárodní dokumenty, jako je Výzva evropské ministerské konference WHO (Helsinky 2005), Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Evropské komise nebo usnesení Evropského parlamentu o zlepšení duševního zdraví obyvatelstva.

Cíle jsou:

- „zlepšení kvality péče a kvality života pacientů s psychickými poruchami – zrovnoprávnění úrovně péče s ostatními medicinskými obory; důraz na humánní podmínky péče a destigmatizaci ;
- zajištění dostupnosti psychiatrické péče – se zaměřením na její nízkoprahovost a redukci skryté nemocnosti;
- redukce rizik vyplývajících z psychických onemocnění - suicidia, závažná psychická i tělesná poškození, sociální izolace, invalidizace;
- podpora primární psychiatrické péče;
- rozvoj komunitní péče;
- modernizace lůžkového fondu.“ (Raboch, Wenigová 2012, s 21)

Nelze tedy říci, že by v českém diskurzu neexistovaly snahy o přizpůsobení psychiatrické péče současným světovým trendům. Navzdory tomu ale česká psychiatrie za vyspělými státy stále v mnohém zaostává. Názory psychiatrů podporující změny jsou v některých případech marginalizovány (Španiel, 2010) a vývoj probíhá jen pomalu.

## **Výzkumný problém**

Na vývoj politiky duševního zdraví nelze pohlížet jako na lineární proces odvíjející se pouze od vědeckého (medicinského) pokroku. Vývoj je to velice komplexní, ve kterém je možné identifikovat několik směrů nebo i kontroverzí a řadu aktérů. Navzdory tomu ale je možné nalézt a pojmenovat určité trendy, které posouvají péči o duševní zdraví vpřed. Světové trendy reprezentované nadnárodními organizacemi (WHO) nyní dávají důraz na duševní zdraví, integraci poskytované péče. Stav české politiky duševního zdraví se však v porovnání s mezinárodním vývojem jeví jako rozdílný.

## **3. Výzkumné cíle a otázky, data a metody**

### **3.1. Výzkumný cíl a výzkumná otázka**

Výzkumným cílem této práce je porovnat cíle a přístupy Strategie reformy psychiatrické péče vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky v roce 2013 s vývojem v zahraničí, který je zde reprezentován vybranými dokumenty Světové zdravotnické organizace (WHO).

Výzkumnou otázkou je:

**V čem se cíle a přístupy obsažené ve srovnávaných strategických dokumentech shodují a v čem se liší?**

### 3.2. Metodický přístup

K zodpovězení výzkumné otázky v této práci využívám komparativního přístupu. Jeho vymezením je zaměření na dvě či více srovnávaných jednotek. Tyto jednotky musí být vzájemně porovnatelné, tedy nesmějí být různého charakteru. (Nekola, Geissler, Mouralová, 2011)) Proto pracuji s dokumenty vydanými ve stejné době, věnující se stejnému tématu, jejichž cíle jsou porovnatelné. Cíle komparací mohou být různé. V této práci je to hledání cílů a odlišností a popis daných politik. Jedná se tedy převážně o deskripci.

V kontextu této práce a využití komparativního přístupu se pak jedná o komparativní případovou studii. Ta na rozdíl od jednopřípadové studie zkoumá dva nebo více případů. (Drulák, 2008) Data se kterými pracuji jsou strategické dokumenty. Každý z těchto dokumentů je vnímán jako jeden případ. Jedním z nich je v České republice vydaná Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví 2013), kterou srovnávám se zahraničními dokumenty vydanými Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Jsou to Mental Health Action Plan 2013-2020, vydaný v Ženevě (WHO, 2013a), a The European Mental Health Action Plan 2013-2020 vydaný regionální kanceláří WHO v Kodani (WHO, 2013b). Vybraná data jsou analyzována kvalitativním způsobem. Zaměřuji se především na cíle, se kterými se v daných dokumentech pracuje.

Výzkumný problém	Cíle výzkumu	Výzkumné otázky	Data	Metody
Rozdíly mezi českým a mezinárodním přístupem k péči o duševní zdraví a politikou duševního zdraví na počátku 21. století.	Porovnat cíle a přístupy Strategie reformy české psychiatrické péče s vývojem v zahraničí	V čem se cíle srovnávaných strategií shodují a v čem liší	Texty srovnávaných strategických dokumentů	Případová srovnávací studie

## 4. Teoretická východiska

### 4.1. Veřejná politika

Veřejná a zdravotní politika jsou důležitými konceptuálními rámci pro tuto práci. Thomas Dye (2001) definoval veřejnou politiku jednoduše: „Cokoli se vláda rozhodne udělat, nebo neudělat.“ (překlad autora) Tím chce říci, že i rozhodnutí nezasáhnout v otázce daného problému také konstituuje veřejnou politiku. Obecně jsou ale veřejné politiky spojené s dosahováním určitých stanovených cílů. (Buse, 2006) Zásadní pro pochopení toho, jak politika vzniká je cyklický model procesu tvorby politik.

#### Cyklický model procesu tvorby politik

Už od počátku studování veřejných politik byla analýza úzce spojena s myšlenkou, že u procesu utváření politik lze identifikovat jednotlivé fáze vývoje. Dnes se nejčastěji používá model rozdělený na tyto za sebou jdoucí části: Agenda – setting, formulace politik, implementace a evaluace. Je zřejmé, že tento systém je velmi zjednodušující, neboť v reálném světě od sebe tyto fáze vývoje nelze jednoznačně oddělit. Jednotlivé politiky jsou ve skutečnosti také modifikovány a hodnoceny neustále, ne jen v určitých fázích cyklu. Navzdory těmto omezením je ale cyklický model nejčastějším způsobem, jak systematizovat zkoumání tvorby veřejných politik. (Fisher, 2007)

#### Agenda – setting

Tvorbě politik předchází identifikování sociálního problému. Pokud je daný problém závažný natolik, že je potřeba státního zásahu, stává se součástí agendy pro jeho řešení. V podstatě se agendou myslí určitý seznam problémů, kterým se věnuje pozornost. Vliv tu kromě státních institucí hrají i masová média. Ty ovlivňují, jak jsou tyto problémy komunikovány. Výsledkem agenda – settingu je selekce mezi různými problémy a následné strukturování problému v otázce možných strategií a nástrojů, které určují vývoj politiky v další fázi cyklu. (Fisher, 2007)

### **Formulace politik**

V této fázi cyklu jsou problémy a související návrhy a požadavky přetvořeny do konkrétní podoby. Součástí formulace politik i definování cílů, tedy toho co má být politikou dosaženo, a zvážení různých alternativ ohledně toho, jakým způsobem toho dosáhnout. Jakkoli je výsledné rozhodnutí na instituci, která politiku zaštituje, do procesu rozhodování zasahuje množství různých dalších aktérů. Mezi tyto aktéry se řadí např. i mezinárodní instituce, které hrají v procesu stále důležitější roli. (Fisher, 2007)

### **Implementace**

Implementací rozumíme zavedení dané politiky zodpovědnou institucí či organizací. Rozhodnutí o uskutečnění konkrétních kroků nutně neznamená, že zaváděná politika sleduje předem definované cíle. Politiky a jejich záměry mohou být v průběhu implementace změněny, jejich zavádění odloženo nebo přímo zrušeno. Proto samotná implementace tvoří jednu fázi cyklu. (Fisher, 2007)

### **Evaluace**

Výsledkem politik by mělo vyřešení sociálního problému nebo alespoň zmírnění jeho následků. V této fázi cyklu se tedy důsledky politik dostávají do centra pozornosti. Na základě evaluace se následně rozhoduje, zda v politice pokračovat, ukončit ji, nebo ji modifikovat do jiné podoby. (Fischer, 2007)

## **4.2. Strategické dokumenty**

Tvorba veřejných politik je dynamickým procesem, který probíhá vždy na více úrovních. Během tohoto procesu jsou ale chvíle, kdy dochází k jasné formulaci politiky. To se promítá do veřejně politických dokumentů. Existuje mnoho různých způsobů, jak tyto dokumenty dělit do kategorií. Pro účely této práce se jeví jako nejrelevantnější členění na: legislativní, strategické, výzkumné, deklarativní a advokační. V této práci pracují spadající do kategorií strategických. Jejich účelem je převážně definování cílů veřejných politik a možných způsobů, jak těchto cílů dosáhnout. Sami o sobě nejsou právně závazné. Tvoří určitý rámec pro dílčí politiky, které následují. Strategické dokumenty (a jejich rozpracování do akčních plánů) jsou tedy nositeli konkrétních vizí a vymezení oblastí, ve kterých by měly být tyto vize realizovány. Popisují také nástroje

vhodné pro dosažení formulovaných cílů. (Veselý, Nekola 2007)

### **4.3. Zdravotní politika**

Zdravotní politika zahrnuje veřejné i soukromé politiky týkající se zdraví. Tedy veškeré jednání mající vliv na instituce, organizace, služby a financování zdravotnického systému. (Buse, 2006)

Zdravotnické systémy definovala WHO jako „všechny aktivity jejichž primárním cílem je podporovat, obnovit nebo zachovat zdraví.“ (WHO 2000) (překlad autora) Zdravotnický systém zahrnuje poskytování zdravotnických služeb, včetně primární a sekundární prevence, léčbu, péči a rehabilitaci. Zároveň také zahrnuje úkony, které poskytování zdravotnických služeb umožňují, zejména pak zajišťování jak finančních tak i lidských zdrojů. Součástí je i ovlivňování dopadů relevantních politik z jiných oblastí na zdraví. Cíly zdravotnických systémů je zlepšení zdraví populace (a to jak úroveň průměrného zdraví, tak i jeho distribuce), spravedlnost financování (předcházení chudoby v důsledky nákladů na zdravotnické služby, spravedlivé rozdělení zátěže na dotování zdravotnického systému) ale i dvě dimenze nezdravotního charakteru: respekt vůči pacientovi (zachování jeho důstojnosti, lékařského tajemství apod.) a sociální podpora (dostatek pozornosti, možnost volby). (Figueras, McKee, 2012)

### **4.4. Politika duševního zdraví**

Politiku duševního zdraví lze tematicky zařadit do politiky zdravotní, s určitým přesahem i do jiných oblastí. WHO definuje politiku duševního zdraví takto: „Politika duševního zdraví může být obecně definována jako ústřední prohlášení vlády nebo zdravotnického orgánu, které poskytuje celkový směr duševního zdraví stanovením vize, hodnot, zásad a cílů a vytvořením širokého modelu opatření k dosažení tohoto cíle. Plán duševního zdraví uvádí podrobnosti o strategiích a činnostech, které budou realizovány za účelem realizace vize a dosažení cílů politiky duševního zdraví. Uvádí také rozpočet a časový rámec pro každou strategii a činnost, jakož i vymezení očekávaných výstupů, cílů a ukazatelů, které lze použít k posouzení úspěšnosti realizace plánu.“ (WHO, 2004, s. 23) (překlad autora)

#### 4.5. Biomedicína a bio–psycho–sociální model

Biomedicína je označení používané pro západní medicínu. Tento název zdůrazňuje fakt, že je založená primárně na biologických základech. Takto popsany model biomedicíny se dlouho uplatňoval i v psychiatrii, alespoň byl po dlouhou dobu dominantním. Zároveň je to model, který se sám reprodukuje prostřednictvím studií. Zavedené praktiky jsou předávány z učitele na žáka a tím se zachovává stávající systém vědění. (Gaines, Davies-Floyd, 2004)

Biomedicína vychází z představy těla jako stroje. Proto se snaží „opravit“ poruchy těla, a ne léčit více celostním přístupem s dlouhodobějším efektem. Psychosociální příčiny problémů bývají často ignorovány. (Gaines, Davies-Floyd, 2004). Pro západní biomedicínu je typické rozdělení složek jako je tělo/duše nebo psychické/fyzické, které vychází z Descartova učení a neobjevuje se v jiných kulturách. Pacient je tak vnímán na základě těchto dichotomií. Příčiny jeho problémů jsou tak hledány vždy jen v jedné z těchto složek místo toho, aby se na něj pohlíželo komplexně. Často se tak hledá problém pouze v chemických změnách mozku a ignoruje se prostředí a podmínky, ve kterých člověk žije. (Scheper-Hughes, Lock, 1987)

V návaznosti na společenské změny v druhé polovině 20. století se ale objevuje nová koncepce, tzv. bio – psycho – sociální model. Engel upozorňuje na nedostatky, které měl tehdejší medicínský přístup. Zároveň podle něj není žádoucí vzdávat se úspěchů biomedicíny. Cílem je tedy rozšířit medicínský přístup o psychosociální stránku. Tento model je inspirovaný holistickým konceptem používaným v psychosomatické medicíně. Předpokladem je, že vztah mezi zdravím a nemocí je procesem zahrnujícím vzájemné vztahy všech tří složek. (Engel, 1997) Tento přístup je podle Gainese a Daviese-Floyda humanistickým modelem medicíny, tedy paradigmatem, který dává důraz na vztah mezi lékařem a pacientem jako zásadním předpokladem pro úspěšnou lékařskou péči. Do jisté míry tak nahrazuje vnímání lidského těla jako stroje. (Gaines, Davies-Floyd, 2004)



Současné definice duševního zdraví pracují s pojmem well-being. Potvrzuje se tak odklon od protikladu zdraví/nemoc, který nahrazuje komplexní pohled na člověka. WHO používá mj. ve svých textech tyto definice.

Duševní zdraví je konceptualizováno jako: „...stav pohody (well-beingu), v němž si jedinec uvědomí své vlastní schopnosti, dokáže se vypořádat s běžnými životními stresy, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispět i do své komunity.“ (WHO, 2013a, s. 6) (překlad autora)

Zdraví obecně je definováno takto: „Zdraví je stav úplného tělesného, duševního a sociálního pohody (well-beingu) a ne pouze absence nemoci a slabosti.“ (WHO, 2006, s. 1) (překlad autora)

## 5. Empirická část

Cílem tohoto výzkumu je odpovědět na otázku, v čem se zkoumané dokumenty liší a v čem se shodují. Sledovanými dokumenty jsou: Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví 2013), Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013a) a European Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013b). V první části této kapitoly budou nejprve shrnuty jednotlivé dokumenty a zejména pak jejich cíle, které jsou hlavním předmětem zkoumání. Druhá část se pak věnuje samotnému srovnávání.

### 5.1. Shrnutí zkoumaných dokumentů

#### 5.1.1. Mental Health Action Plan 2013 – 2020

V květnu roku 2012 bylo v rámci WHO rozhodnuto, že je třeba dát jasnou odpověď na zvyšující se zátěž, kterou představují duševní onemocnění. Po konzultacích se členskými státy, občanským sektorem a mezinárodními partnery tak vzniká tento akční plán. (WHO, 2013b) Ten mimo jiné definuje konkrétní opatření, která jsou nutná udělat, a to vždy na úrovni sekretariátu WHO, národních a mezinárodních partnerů, ale i na úrovni jednotlivých států.

Akční plán pracuje s konceptualizací duševního zdraví tak, jak jí definovala sama WHO, a jak je popsána výše v kapitole Teoretická východiska. Tedy ne jako absenci nemoci, ale jako stav celkového well-beingu. Jako determinanty duševního zdraví jsou zde kromě schopnosti zvládat své myšlenky, emoce a interakci s okolím specificky zmíněny i sociální, kulturní, politické a environmentální faktory jako jsou např. národní politiky (policies), sociální ochrana, pracovní podmínky nebo životní standard.

Akční plán má tyto cíle:

1. Posílit efektivní vedení a řízení pro duševní zdraví

2. poskytnout rozsáhlé, integrované a citlivé zdravotnické a sociální služby v komunitním prostředí
3. implementovat strategie pro podporu a prevenci u duševního zdraví
4. posílit informační systémy, a evidence-based výzkum pro duševní zdraví

Každému z těchto cílů se nyní budu věnovat zvlášť, s přihlédnutím zejména na doporučení pro jednotlivé členské státy.

### **Cíl 1: Posílit efektivní vedení a řízení pro duševní zdraví**

Organizování zdravotnických systémů je velice komplexní záležitost a vyžaduje začlenění mnoha různých aktérů. Řízení (governance) není pouze záležitostí vlády, ale i nevládních organizací a občanské společnosti. Zahrnutí by měli být i lidé s duševním onemocněním a organizace, které je zastřešují. Důležité je ale i začlenění témat souvisejících s duševním zdravím do dalších debat a zdůraznit tak multidimenzionalitu celého problému. Duševní zdraví by tak mělo vstupovat i do tvorby politik v jiných sektorech, jako např. vzdělávání, zaměstnanosti, lidských práv nebo redukci chudoby.

Mezi doporučeními pak najdeme tvorbu politik založenou na evidence-based přístupu a dodržování lidských práv, důkladné plánování a nakládání s dostupnými zdroji, již zmíněnou spolupráci mezi zainteresovanými aktéry a zmocňování lidí s duševními poruchami a jejich organizace.

### **Cíl 2: Poskytnout rozsáhlé, integrované a citlivé zdravotnické a sociální služby v komunitním prostředí**

Zde WHO doporučuje rozvoj komunitní péče a sociálních služeb a integraci péče o duševní zdraví do všeobecných nemocnic a primární péče. S lidmi by mělo být zacházeno tak, aby sami mohli naplnit svoje aspirace. Je potřeba mezisektorové spolupráce, která zajistí, aby lidé s duševními onemocněními měli možnost se vzdělávat, nalézt zaměstnání, bydlení či prostor pro participaci v komunitě. Pro to všechno je potřeba mít dostatek školených pracovníků. Je důležité, aby se znalosti

v oblasti léče o duševní zdraví rozšířily i mezi ostatní pracovníky ve zdravotnictví a sociálních službách. To by mělo péči jednak zefektivnit, ale také pomoci prevenci.

Jako doporučení pro jednotlivé státy se zde uvádí snižování počtu lůžek ve specializovaných psychiatrických léčebnách, celostní přístup, zajištění vzdělávání pro relevantní pracovníky, ale také proaktivně podporovat ohrožené skupiny lidí bez přístupu k péči (skupiny jakkoli společensky marginalizované)

### **Cíl 3: Implementovat strategie pro podporu a prevenci u duševního zdraví**

Je důležité, aby se implementované politiky netýkaly pouze lidí s diagnostikovanou duševní chorobou, ale všech občanů. Těch se týká podpora zdraví a prevence. Zodpovědnost za to mají různé sektory napříč státní správou. Duševní zdraví je totiž ovlivněno množstvím sociálních a ekonomických determinant jako je např. finanční příjem, zaměstnání, míra vzdělání, fyzické zdraví nebo rodinné soužití. Důležitou prioritou je zde prevence sebevražd. Kromě marginalizovaných sociálních skupin jsou v ohrožení zejména mladí lidé nebo naopak lidé ve vyšším věku. Snaha o prevenci může zahrnovat snížení přístupu k prostředkům používaných k sebepoškození, zodpovědné chování médií nebo včasné odhalení suicidálního chování. Doporučení zde zahrnují i zmírnění stigmatizace a diskriminace u zranitelných skupin obyvatelstva.

### **Cíl 4: Posílit informační systémy, a evidence-based výzkum pro duševní zdraví**

Dostatek informací a výzkum jsou nezbytné složky k tvorbě vhodné politiky duševního zdraví. Mezi nezbytná data a indikátory se řadí např. rozsah problému (prevalence u duševních poruch, identifikování rizikových faktorů, související politiky a legislativa, údaje o zdravotní, sociální a ekonomické situaci obyvatelstva. Tyto data je potřeba rozdělit podle pohlaví, věku a dalších proměnných tak, aby reflektovaly potřeby jednotlivých sociálních skupin a rizikových populací. Doporučením je zde integrování dat o duševním zdraví do celkových dat zdravotnických systémů a použití těchto dat ke zlepšení služeb, podpory zdraví a preventivních strategií. Také je třeba zlepšit akademickou spolupráci a celkově výzkum v této oblasti.

### **5.1.2. Strategie reformy psychiatrické péče**

Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2013) byla schválena jako součást Národního programu reform v březnu 2013. Je v gesci Ministerstva zdravotnictví České republiky. Reforma psychiatrické péče je považována za integrální, ale pouze výchozí krok ke komplexní reformě péče od duševní zdraví, která ale vyžaduje zapojení většího množství aktérů. Důvodem k přípravě strategie byla rigidnost stávajícího systému orientovaného na institucionální péči realizovanou převážně v zastaralých psychiatrických léčebnách, jehož dostupnost není dostatečná.

#### **Globální cíl strategie**

„Globálním cílem Strategie je proto zlepšit kvalitu života lidem s duševním onemocněním. Kvalita života úzce souvisí s naplňováním lidských práv duševně nemocných, proto hlavním motivem Strategie je právě důraz na uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv duševně nemocných v nejširším možném výkladu.“ (Ministerstvo zdravotnictví 2013, s. 28)

#### **Cíl 1: Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.**

Změna organizace by měla být předpokladem pro kvalitnější péči. Mezi zásadní opatření patří vznik Center duševního zdraví, které přinášejí návaznost na sociální oblast. Další opatření zahrnují restrukturalizaci lůžkové péče za účelem lepší dostupnosti. Je však důležité zajistit udržitelné financování psychiatrické péče.

**Cíl 2: Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.**

Stigmatizace lidí s duševním onemocněním vytváří komplikace pro jejich začlenění do společnosti. Opatření by měla směřovat především k edukaci odborné i laické veřejnosti a státních zaměstnanců. Předpokladem pro naplnění cíle je tak tvorba dlouhodobých vzdělávacích programů.

**Cíl 3: Zvýšit spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytovanou psychiatrickou péčí.**

Záměrem zde je zlepšení komunikace mezi odbornou veřejností a lidmi s duševním onemocněním a jejich rodinami. Opatření zahrnují edukaci odborné veřejnosti a větší provázanost zdravotních a sociálních služeb. Riziko ale představuje setrvávání v konzervativním přístupu k psychiatrické péči.

**Cíl 4: Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.**

K dosažení tohoto cíle je potřeba zlepšit vzdělávání lékařů a odborných pracovníků mimo oblast psychiatrie tak, aby byli schopni včas odhalovat skrytou psychiatrickou nemoc. Výsledkem by tak měla včasná léčba jedince. Skrytá nemoc totiž zhoršuje kvalitu života nemocného a znemožňuje péči.

**Cíl 5: Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost a bydlení aj.).**

Plnohodnotné začleňování duševně nemocných do společnosti je v současnosti nedostatečně rozvinuté. To negativním způsobem ovlivňuje kvalitu jejich života. V tomto směru je důležité zavedení pilíře Centem pro duševní zdraví, které by měly zajistit lepší provázanost mezi sociální a zdravotní oblastí. Rizikem je zde ale opět přetrvávání v konzervativním přístupu k psychiatrické péči.

**Cíl 6: Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.**

Duševně nemocní kromě psychiatrické péče potřebují mít přístup i k sociálním službám a dalšímu vzdělávání, aby se mohli uplatnit ve společnosti. Důležitá je provázanost mezi resorty a mezi profesemi. Je potřeba dosáhnout spolupráce nezdravotnických složek státní správy při organizaci změn a opatření.

### **Cíl 7: Humanizovat psychiatrickou péči.**

Lůžková péče měla dosud základ v institucionálním prostředí. Komunitní péče v prostředí blíže duševně nemocným není dostatečně rozvinutá. Je ale také potřeba zlepšit podmínky ve stávajících zařízeních (psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních nemocnic). Odklon od institucionálního modelu by měl vést ke zlepšení kvality života duševně nemocných.

### **Pilíře strategie**

Ve Strategii jsou pojmenovány 4 základní pilíře psychiatrické péče. Jsou jimi psychiatrické léčebny, ambulantní péče, psychiatrická oddělení nemocnic a nově vzniklá centra duševního zdraví. Kromě obecných doporučení jsou v rámci Strategii popsány doporučení a pro každý pilíř zvlášť. Součástí jsou i předepsané počty ohledně počtu pracovníků v těchto zařízeních. Zde je podle mého názoru důležité se věnovat zejména Centrum duševního zdraví jako nově zavedenému pilíři, který má představovat u nás dlouhodobě zanedbanou komunitní péči.

Centra duševního zdraví jsou nízkoprahovým pilířem poskytujícím sociální a zdravotní služby. Cílem je tak přiblížit péči blíže k duševně nemocným. Měly by být umístěny v občanském prostředí, případně pak jako součást psychiatrických oddělení nemocnic nebo psychiatrickým léčeben. Centra duševního zdraví by měla být určena především lidem se závažným duševním onemocněním. Péče je založena na multidisciplinárním přístupu a odehrávají v přirozeném prostředí klienta a v zařízení Center. Kromě denní péče by měly být součástí i terénní týmy provádění např. krizové intervence nebo asertivní práci v terénu.

### **5.1.3. The European Mental Health Action Plan 2013-2020**

S přihlédnutím k vyvíjejícím se potřebám v oblasti duševního zdraví vydává také evropská kancelář WHO svůj akční plán. (WHO, 2013b) Ten byl vyvinut ve spolupráci s dalšími důležitými partnery v Evropě a odráží se v něm i hodnoty evropské strategie Health 2020. Cílem je adresovat současné výzvy v oblasti duševního zdraví v evropském regionu. V rámci tohoto akčního plánu je určeno 7 cílů, u každého z nich jsou opět doporučení pro jednotlivé členské státy.

#### **Cíl 1: Každý má rovné právo realizovat svoji duševní pohodu v kterémkoli věku a toto právo je zajištěno zvláště těm, kteří jsou nejvíce zranitelní nebo ohroženi**

Úkolem pro členské státy je zde vyvinout a implementovat preventivní programy pro snížení sebevraždnosti, zajištění kvalitních vzdělávacích programů na školách (zahrnujících mj. duševní zdraví), podporovat zdravé prostředí na pracovištích nebo zajištění včasné intervence a podpůrných programů pro lidi vyššího věku.

#### **Cíl 2: Lidská práva lidí s duševními problémy jsou naplňována, podporována a chráněna**

Úkolem v této oblasti je adoptovat nebo aktualizovat legislativu zajišťující ochranu lidských práv, adresovat případné nerovnosti a diskriminaci v otázce přístupu k péči, poskytovat pacientům a rodinným příslušníkům dostatek informací ohledně péče a jejich práv, zahrnout duševně nemocné do tvorby politik a zajistit přístup k právním informacím lidem přijatým do léčby nedobrovolně.

#### **Cíl 3: Služby v oblasti duševního zdraví jsou dostupné, finančně dosažitelné a poskytované v komunitě**

Úkolem je vytvoření národních strategií obsahující priority a zodpovědnosti aktérů, zajištění primární péče jako prvního místa řešení problémů s duševním zdravím, zakládat komunitní služby v dostupném lokalitách blízko ohroženým skupinám schopné včasné intervence, podporovat pečující rodiny a odstranit překážky v přístupu k péči u nejvíce deprivovaných skupin.



**Cíl 4: Lidé mají právo na respektující, bezpečnou a efektivní léčbu, o které mohou spolurozhodovat**

Zde je potřeba zajistit léčbu respektující důstojnost pacienta, zajistit dodržování etických standardů, umožnit pacientům podílet se na rozhodování, zajistit kompetentnost pracovníků ve službách a zahrnout učivo o duševním zdraví do vzdělávacích programů veškerého relevantního personálu.

**Cíl 5: Zdravotnické systémy poskytují dobrou fyzickou i duševní péči pro všechny**

Úkolem je zajistit přístup k péči srovnatelné kvality všem lidem, monitorovat indikátory zdraví, rizikové faktory a vedlejší účinky medikace, zahrnout otázky změny životního stylu do vzdělávacích programů pro lidi s problémy s duševním zdravím, pravidelně zhodnocovat stav duševního zdraví u lidí s chronickými fyzickými onemocněními a zajistit adekvátní výcvik pro všeobecné lékaře tak, aby byli u těchto lidí schopni rozpoznat depresi a úzkosti.

**Cíl 6: Systémy péče o duševní zdraví pracují v rámci dobře koordinovaných partnerství s ostatními relevantními sektory**

Úkolem je specifikovat role a zodpovědnosti jednotlivých aktérů, nezahrnovat pouze zdravotnický sektor ale i aktéry ze sociální oblasti, iniciovat partnerství a vytvářet příležitosti lidí s duševním onemocněním a jejich rodin na plánování péče.

**Cíl 7: Politika a poskytování péče se řídí náležitými informacemi a znalostmi (uplatňování přístupu evidence-based policy)**

Úkolem je splnit cíle stanovené indikátory Mental Health Action Plan 2013-2020, kvalitu a bezpečnost hodnotit v rámci transparentních zpráv, zajistit sdílení informací mezi poskytovateli péče tak, aby byla zajištěna ochrana osobních údajů, podporovat výzkum od efektivních inovací až po hodnocení poskytovaných služeb a zajistit účast uživatelů péče a jejich rodin na kontrole kvality péče.

## 5.2. Komparace dokumentů

Pro lepší přehlednost je zde uvedena tabulka s cíli jednotlivých dokumentů, které jsou podrobeny srovnávání.

Název dokumentu	Mental Health Action Plan 2013-2020	The European Mental Health Action Plan	Strategie reformy psychiatrické péče
Cíl 1	Posílit efektivní vedení a řízení pro duševní zdraví	Každý má rovné právo realizovat svoji duševní pohodu v kterémkoli věku a toto právo je zajištěno zvláště těm, kteří jsou nejvíce zranitelní nebo ohroženi	Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování
Cíl 2	Poskytnout rozsáhlé, integrované a citlivé zdravotnické a sociální služby v komunitním prostředí	Lidská práva lidí s duševními problémy jsou naplňována, podporována a chráněna	Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně
Cíl 3	Implementovat strategie pro podporu a prevenci u duševního zdraví	Služby v oblasti duševního zdraví jsou dostupné, finančně dosažitelné a poskytované v komunitě	Zvýšit spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytovanou psychiatrickou péčí.
Cíl 4	Posílit informační systémy, a evidence-based výzkum pro duševní zdraví	Lidé mají právo na respektující, bezpečnou a efektivní léčbu, o které mohou spolurozhodovat	Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci
Cíl 5		Zdravotnické systémy poskytují dobrou fyzickou i duševní péči pro všechny	Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost a bydlení aj.).
Cíl 6		Systémy péče o duševní zdraví pracují v rámci dobře koordinovaných partnerství s ostatními relevantními sektory	Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb
Cíl 7		Politika a poskytování péče se řídí náležitými informacemi a znalostmi (uplatňování přístupu evidence-based policy)	Humanizovat psychiatrickou péči

Při srovnání Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2013) s Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013a) a The European Mental Health Action Plan (WHO, 2013b) je patrný jeden výrazný rozdíl. Zatímco oba akční plány vydané WHO se věnují duševnímu zdraví obecně, Strategie reformy psychiatrické péče se věnuje pouze psychiatrické péči. To neodpovídá podobě mezinárodní úrovně politiky duševního zdraví, kde je na duševní zdraví pohlíženo mnohem komplexněji. To se posléze odráží u jednotlivých cílů. Zatímco v dokumentech WHO se mluví o duševním zdraví populace (jako např. cíl č. 1 The European Mental Health Action Plan), Strategie reformy psychiatrické péče se zajímá pouze o příjemce péče.

Dokumenty WHO v obou případech (zejména patrné je to u globálního plánu) nabádají ke spolupráci mezi všemi relevantními aktéry. Strategie reformy psychiatrické péče ale mluví pouze o spolupráci mezi resorty a územními samosprávami. Vůbec do péče nezahrnuje práci neziskových organizací. Přitom právě neziskové organizace byly téměř výhradním zprostředkovatelem sociálních služeb, ať už se jedná o sociální rehabilitaci nebo chráněné bydlení. (Raboch, Wenigová 2012) Nově vzniklá centra duševního zdraví by měly alespoň částečně tyto služby poskytovat, ale i tak stojí za zmínku, že spolupráce s neziskovým sektorem není vůbec zmíněna.

V obou akčních plánech WHO je velice patrný důraz na zprostředkovávání péče v komunitním prostředí a provázání se sociálními službami. To je v České republice dlouhodobě zanedbané. Strategie reformy psychiatrické péče na tuto situaci reaguje vznikem nového pilíře psychiatrické péče – Centry duševního zdraví. Tato nová forma poskytování péče do velké míry splňuje požadavky formulované WHO. Zároveň i z cílů reformy je zřejmá snaha o lepší provázanost zdravotnických a nezdravotnických služeb, jak můžeme vidět v případě cílů 5 a 6. Vznik komunitní péče se pak odráží v cíli č. 1 a zejména pak samotným konceptem Center duševního zdraví, který je pro českou péči nový.

Oba akční plány WHO kladou důraz na vývoj, výzkum a evidence-based policy. U The European Mental Health Action Plan 2013-2020 se jedná o cíl č. 7, u Mental

Health Action Plan pak cíl č. 4. Této oblasti se ale Strategie reformy psychiatrické péče téměř nevěnuje. V každém případě ne do té míry, aby to přímo zmínila ve svých cílech.

Jako jeden z cílů Strategie reformy psychiatrické péče se objevuje destigmatizace. O té se v dokumentech WHO ale příliš nemluví. V případě globální akčního plánu najdeme destigmatizaci u cíle č. 3 v kontextu zlepšování a prevence a podpory zdraví, ale moc prostoru jí věnováno není. V případě evropského plánu ji nenalezneme vůbec. Zůstává otázkou, proč tomu tak je, protože stigma jistě nelze označit za téma specifické České republiky, mj. i proto, že se objevuje v dokumentech WHO a EU z dřívějších dob (viz. vstupní analýza).

Je třeba říci, že Strategie reformy psychiatrické péče příliš nerozebírá, jak chce dosáhnout toho, aby se péče dostala opravdu ke všem potřebným. V popisu služeb Center duševního zdraví sice tedy je uvedeno, že součástí mají být i terénní týmy schopné pomoci např. lidem bez domova (krizové intervence, asertivní práce v terénu). Evidentně se ale nejedná o prioritu. Právě dostupnost péče a její poskytování nejvíce ohroženým skupinám je přitom často skloňovaným tématem ať už ve zkoumaných textech, či v jiných zahraničních dokumentech, které zmiňují ve vstupní analýze.

Myšlenka vzdělávání lidí mimo sféru psychiatrie je ale společná pro všechny dokumenty. Existuje shoda, že v rámci prevence a lepšího odhalování skrytých duševních problémů je třeba zajištění vzdělávacích programů pro mnoho skupin lidí. Ať už se jedná o pracovníky ve zdravotnictví mimo psychiatrii, jiné relevantní pracovníky nebo veřejnost. S obecným tématem prevence však samozřejmě souvisí i prevence sebevražd. A té se reforma příliš nevěnuje. Přitom se v České republice zdaleka nejedná o zanedbatelný problém. V roce 2011 byl počet dokonáných sebevražd 1589. Je zde přitom patrný mírný trend v nárůstu. Zároveň stoupá počet sebevražd u adolescentů. (Raboch, Wenigová 2012) Je pravda, že jeden z cílů reformy je hledat skrytou psychiatrickou nemocnost, což by k prevenci mělo přispívat, jsou však i jiné způsoby, které jsou v Reformě opomíjeny, jako např. zodpovědné informování novináři, k čemuž v rámci WHO vznikl i samostatný dokument. (Preventing suicide, 2008) Lze tedy sice říci, že do jisté míry problém řešený je, ale otázkou je, zda dostatečně. Ve Strategii reformy psychiatrické péče není prevence sebevražd na rozdíl od obou akčních plánů vydaných WHO vůbec konkrétně adresována.

## 6. Závěr

Výzkumným problémem práce jsou rozdíly v přístupu k péči v oblasti duševního zdraví, které jsou identifikovatelné v českém a světovém prostředí. Podoba péče a celkového přístupu v České republice neodpovídají světovým trendům. Na tento problém měla reagovat Strategie reformy psychiatrické péče vydaná v roce 2013 Ministerstvem zdravotnictví ČR.

Hlavním výzkumným cílem této práce bylo porovnat cíle a přístupy Strategie reformy české psychiatrické péče s vývojem v oblasti politiky duševního zdraví v zahraničí. Za tímto účelem byla Strategie srovnávána s akčními plány Světové zdravotnické organizace (WHO), jmenovitě Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013a) a The European Mental Health Action Plan 2013-2020. (WHO, 2013b) Přístup k politice duševního zdraví v České republice v rámci dokumenty Strategie reformy psychiatrické péče se v porovnání s akčními plány WHO v některých ohledech shoduje. V tomto případě se zejména jedná o snahu o poskytování péče v komunitním prostředí a propojení péče se sociální oblastí. To bylo v českém prostředí dlouhodobě zanedbané. Na to však Strategie reformy psychiatrické péče reaguje v podobě zavedení nového pilíře psychiatrické péče, tedy tzv. centry duševního zdraví.

Na druhou stranu se ale také dokumenty v mnoha ohledech liší. U Strategie reformy psychiatrické péče se objevuje velmi redukovaný pohled na duševní zdraví, který se zaměřuje pouze na psychiatrickou péči a nikoliv na duševní zdraví v celé jeho komplexní podobě. Zatímco cílem vyplývajícím z dokumentů WHO je zlepšení duševního zdraví u všech lidí, Strategie reformy psychiatrické péče se orientuje pouze na příjemce psychiatrické péče. Zároveň jsou zde do velké míry ignorováni i ostatní relevantní aktéři, jako jsou např. neziskové organizace. Objevují se zde ale i další rozdíly.

Ze srovnání vyplývá, že se přístup k politice duševního zdraví v České republice do určité míry přibližuje světovým trendům. Pořád jsou zde ale patrné výrazné rozdíly.

Jako velká nevýhoda se zde jeví omezený pohled na duševní zdraví, který nezahrnuje všechny rozměry problému, který je problémem celospolečenským, a proto se nelze omezovat pouze na psychiatrickou péči.

## 7. Použitá literatura

About WHO: What we do, WHO [online]. [cit. 2017-05-18]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/what-we-do/en/>

About the Global Burden of Disease (GBD) project. World Health Organization [online]. Dostupné z: [http://www.who.int/topics/global\\_burden\\_of\\_disease/en/](http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/)

BUSE, Kent a NICHOLAS MAYS AND GILL WALT. 2006. Making health policy. Reprint. Maidenhead: Open University Press. ISBN 03-352-1839-3.

CONRAD, Peter a Joseph SCHNEIDER. 1992. Deviance and medicalization: From badness to sickness. Philadelphia: Temple University.

DRULÁK, Petr. 2008. Jak zkoumat politiku: kvalitativní metodologie v politologii a mezinárodních vztazích. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-385-7.

DYE, Thomas. 2001. Top Down Policymaking. London: Chatham House Publishers.

GASK, Linda. 2004. A Short Introduction to Psychiatry. London: Sage. ISBN 0761971386.

GOFFMAN, Erving. 1991. Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. Reprint. London: Penguin Books. ISBN 01-401-3739-4.

EUROPEAN COMMISSION, 2005. Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union [online]. B.m.: European Commission. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf)

EUROPEAN COMMISSION, 2008. European Pact for Mental Health and Well-being. [online]. 2008. B.m.: European Commission. Dostupné z:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)

FIGUERAS, Josep a Martin MCKEE. 2012. Health systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems. Maidenhead, Berkshire: McGraw Hill/Open University Press. ISBN 978-033-5244-300.

FISCHER, Frank, Gerald J. MILLER a Mara S. SIDNEY. 2007. Handbook of public policy analysis: theory, politics and methods. Boca Raton: CRC Press. ISBN 15-744-4561-8.

FOUCAULT, Michel. 1994. Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby. Praha: Lidové noviny.

Gaines, A. D. – Davis-Floyd, R. 2004. „Biomedicine.“ Pp. 95-109 in: Encyclopedia of Medical Anthropology. Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

LIBIGER, J. 2004. „Uvodník: Psychiatrie patnáct let po listopadu 1989.“ Česká a slovenská psychiatrie. 101(2): 73-74.

MCQUISTION, Hunter L. 2012. Handbook of community psychiatry. New York: Springer. ISBN 978-146-1431-480.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2013. Strategie reformy psychiatrické péče.

MONCRIEFF, Joanna. 2008. The myth of the chemical cure a critique of psychiatric drug treatment. Basingstoke: Palgrave Macmillan. ISBN 978-023-0589-445.

MCQUISTION, Hunter L., Wesley E. SOWERS, Jules M. RANZ a Jaqueline Maus FELDMAN. 2012. Handbook of community psychiatry. Springer Science & Business Media.



NEKOLA, Martin, Hana GEISLER a Magdalena MOURALOVÁ, ed. 2011. Současné metodologické otázky veřejné politiky. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1865-4.

PATEL, Vikram a Martin PRINCE. 2010. Global Mental Health: a new global health field comes of age. JAMA. 303(19), 1976-7.

PATEL, Vikram, 2012. Global mental health: from science to action. Harvard Review of Psychiatry [online]. 2., roč. 20, č. 1, s. 6–12. ISSN 1465-7309. Dostupné z: doi:10.3109/10673229.2012.649108

Preventing suicide: a resource for media professionals, 2008. [online] Geneva, Switzerland: World Health Organization. Dept. of Mental Health and Substance Abuse; International Association for Suicide Prevention (IASP). dostupné z: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_media.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf)

RABOCH, Jiří a Barbora WENIGOVÁ. 2012. Mapování stavu psychiatrické péče: a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky [online]. [cit. 2017-04-03]. Odborná zpráva z projektu.

SCHEPER-HUGHES, Nancy a Margaret LOCK. 1987. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work. Anthropology Quarterly. 1(1), 6-41.

SHORTER, Edward. 2007 The historical development of mental health services in Europe. In: KNAPP, Martin, David MCDAID, Elias MOSSIALOS a Graham THORNICROFT. Mental Health Policy and Practice across Europe: The future direction of mental health care. Maidenhead: Open University Press., s. 15-32. ISBN 10 0 335 21467 3. ISSN 13 978 0 335 21467 9.

SCHEFFLER, Richard M. a Martin POTŮČEK. 2008. Mental health care reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the present. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-802-4614-663.

ŠPANIEL, Filip. 2010. České psychiatrie nesměřování. In: HEJZLAR, Petr. Na cestě ke komunitní psychiatrii...: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví. Pardubice: Péče o duševní zdraví. s. 115-118.

STURDY, S., R. FREEMAN, J. SMITH-MERRY. 2013. Making Knowledge for International Policy: WHO Europe and Mental Health Policy, 1970-2008. *Social History of Medicine* 26(3): 532-554.

WHO, 2000. *The World Health Report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: WHO. ISBN 924156198X 924156198X.

WHO, 2001. *The World health report 2001: mental health, new understanding, new hope*. [online] Geneva: World Health Organization, 2001. Dostupné z: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1)

WHO, 2005a. *Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions* [online]. Helsinki: World Health Organization: Regional Office for Europe. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0013/100822/edoc07.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf)

WHO, 2005b. *Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions* [online]. Helsinki: World Health Organization: Regional Office for Europe. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88595/E85445.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf)

WHO, 2006. *Constitution of the World Health Organization*. [online]. Dostupné z: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

WHO, 2013a. *Mental Health Action Plan 2013-2020* [online]. [cit. 04-05-2017]. Dostupné z: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf)

WHO, 2013b. The European Mental Health Action Plan [online]. Dostupé z:  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/194107/63wd11e\\_MentalHealth-3.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf)

WHO, 2014. Mental Health Atlas 2014. [online]. Dostupné z:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf)