

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Mgr. et Mgr. Jan Bodnár

**Systemová stigmatizace psychiatricky
nemocných**

Rigorózní práce

Praha 2010

Autor práce: Mgr. et Mgr. **Jan Bodnár**

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

Oponent práce:

Datum obhajoby: 2010

Hodnocení:

Bibliografický záznam

BODNÁR, Jan. *Systémová stigmatizace psychiatricky nemocných*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Ústav sociologických studií, 2010. 144 s. Vedoucí práce MUDr. Petr Háva, CSc.

ANOTACE

Předmětem práce je problematika systémové stigmatizace duševně nemocných v ČR po roce 1989. V rámci výzkumných otázek je v práci analyzováno a diskutováno několik oblastí souvisejících obecně s reformou psychiatrické péče v ČR, s obecnými předpoklady systémové stigmatizace v návaznosti na stávající systém péče, důvody přetrvávajícího systému psychiatrické péče s těžištěm v psychiatrických léčebnách či specifika zájmu a jednání aktérů v komparaci s deklarativními závazky uváděnými ve strategických dokumentech.

Z použitých metod jsou významné analýza aktérů, analýza právního rámce a analýza relevantních strategických dokumentů. Z hlediska konceptualizace problému je důležité vymezení systémové stigmatizace, která je v rámci této práce chápána jako mechanismus vzniku a rozvoje stigmatizace se základem v systému psychiatrické péče a psychiatrických institucí. Takto chápaná stigmatizace je charakteristická značně složitou sítí determinant, které mají hluboké historické kořeny a do jisté míry souvisí s vývojem dané kultury.

Práce analyzuje na základě historických souvislostí příčiny současného stavu v stigmatizujícím systému péče o duševně nemocné, který je v ČR charakteristický přetrvávající institucionalizací. V práci jsou představeny základní historické paralely ukazující na komplexnost vymezeného problému. Základní zjištění ukazují, že stigmatizované postavení duševně nemocného v ČR je výsledkem dlouhodobého vývoje a je determinováno řadou faktorů. Jednou z významných oblastí ovlivňujících stigmatizaci je rovněž systém psychiatrické péče.

V závěrečné části práce jsou navrženy základní možnosti veřejných politik při řešení systémové stigmatizace.

ANNOTATION

Rigorous thesis „System – Stigmatization of Psychically Disordered“ aims the analysis of the system – stigmatization after the year 1989. As a part of the research tasks some fields related to the psychiatric treatment/care reform in Czech Republic are discussed. Among the most important fields of disputation lie the general prerequisites of the system – stigmatization sequencing the present system of the treatment/care, the principles of the persisting psychiatric treatment/care system that emphasizes psychiatric institutions such as mental homes or the specific interests and acts of the people involved in compared to declared sponsions that were published in the strategical documents.

As a solution by the working the problem out the people involved analysis, analysis of the legal frame and relevant strategical documents analysis. The koncept System – stigmatization is, for the purpose of that thesis, understood as an origin and a development of the stigmatization – mechanism that originated in the system of psychiatric treatment/care and psychiatric institutions. Understood in that way, the stigmatization can be characterized as complicated web of determinants having deep history – based roots. It is also related to development of the specific culture in a way.

The rigorous thesis specifies the sources of a present state of the stigmatizing system of the psychically disordered treatment/care, based on the historical factors. In Czech Republic it can be characterized by the persistent institutionalism. In that thesis the main historical parallels showing the complexity of the problem specified are introduced. The basic results infer, that the stigmatized situation of psychically disordered in Czech Republic is a consequence of a longer development and it is also determined by many factors. One of the important fields influencing the stigmatization is also the system of psychiatric treatment/care.

In the final part, the basic options of public policies by solving the system - stigmatization are proposed.

Klíčová slova

stigma, systém, psychiatrie, duševní porucha, společnost, kvalita života

Keywords

stigma, systém, psychiatry, mental disorder, society, quality of life

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu.
2. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne 12. 1. 2010

Jan Bodnár

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval MUDr. Petru Hávovi, CSc. za přínosné rady rozšiřující nejen kontext této práce.

1 ÚVOD.....	9
2 CÍLE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, METODY	12
2.1 CÍLE	12
2.2 OTÁZKY	14
2.3 METODY, ZDROJE DAT	14
3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	16
3.1 NORMA A DUŠEVNÍ PORUCHA.....	16
3.2 NEMOC A ZDRAVÍ.....	18
3.3 STIGMATIZACE.....	20
3.4 ETIKETIZAČNÍ TEORIE	23
3.5 KVALITA ŽIVOTA A SPOLEČNOST	25
3.6 SOCIÁLNÍ STATUS DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO, MOŽNOSTI ZNEUŽITÍ PSYCHIATRIE	28
3.7 ETIKA LÉČBY	31
4 ANALÝZA STAVU A VÝVOJE PSYCHIATRICKÉ PÉČE SE ZAMĚŘENÍM NA SYSTÉMOVOU STIGMATIZACI	34
4.1 VÝVOJOVĚ PODMÍNĚNÉ KONTEXTY LÉČBY DUŠEVNÍCH PORUCH	34
4.1.1 HISTORICKÉ KONSEKVENCE LÉČBY A CHÁPÁNÍ DUŠEVNÍCH PORUCH.....	34
4.1.2 DUŠEVNÍ PORUCHY VE SVĚTLE SPOLEČENSKÝCH ZMĚN	37
4.1.3 PSYCHIATRICKÁ PÉČE A VSTUP ČR DO EVROPSKÉ UNIE- PŘÍLEŽITOST?.....	39
4.2 CHARAKTERISTIKA STÁVAJÍCÍ SITUACE V LÉČBĚ PSYCHIATRICKÝCH PORUCH V ČR V KONTEXTU MODERNÍCH VÝVOJOVÝCH TRENDŮ	42
4.2.1 ZNAKY A DETERMINANTY SOUČASNÉ LÉČBY	42
4.2.2 KOMUNITNÍ PÉČE	48
4.2.3 PŘEDPOKLADY ZMĚN V PSYCHIATRICKÉ PÉČI- DESTIGMATIZAČNÍ SYSTÉMOVÉ PŘEDPOKLADY	49
4.3 SPOLEČNOST A PSYCHIATRICKY NEMOCNÝ	51
4.3.1 OBECNÉ SPOLEČENSKÉ PŘEDPOKLADY SYSTÉMOVÉ STIGMATIZACE.....	51
4.3.2 MEDIÁLNÍ ASPEKTY SYSTÉMOVÉ STIGMATIZACE PO ROCE 1989 ...	54
4.4 PRÁVNÍ RÁMEC	56
4.4.1 ZÁKLADNÍ PRÁVNÍ ÚPRAVA VE VZTAHU K STIGMATU DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH	56
4.4.2 ÚPRAVA LEX SPECIALIS	60
5 ANALÝZA VYBRANÝCH STRATEGICKÝCH DOKUMENTŮ VE VZTAHU K PROBLEMATICE SYSTÉMOVÉ STIGMATIZACE	62
5.1 ODRAZ VSTUPU ČR DO EU – ZÁKLADNÍ EVROPSKÉ STRATEGICKÉ DOKUMENTY	62
5.2 RELEVANTNÍ STRATEGICKÉ DOKUMENTY	65
5.2.1 KONCEPCE OBORU PSYCHIATRIE	65
5.2.2 ZDRAVÍ 21	70
5.2.3 NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN SOCIÁLNÍHO ZAČLEŇOVÁNÍ.....	75
5.2.4 NÁRODNÍ PSYCHIATRICKÝ PROGRAM 2007	77

5.3 ZHODNOCENÍ VYBRANÝCH STRATEGICKÝCH DOKUMENTŮ VE VZTAHU K PROBLEMATICE SYSTÉMOVÉHO STIGMATU-PROBLEMATICKÉ OKRUHY	79
6 ANALÝZA JEDNÁNÍ AKTÉRŮ V PSYCHIATRICKÉ PÉČI SE ZAMĚŘENÍM NA SYSTÉMOVOU STIGMATIZACI	83
6.1 KLASTRY AKTÉRŮ V DESTIGMATIZAČNÍM PROCESU	83
6.1.1 VEŘEJNÁ SPRÁVA.....	84
6.1.1.1 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY .	85
6.1.1.2 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY	88
6.1.1.3 KRAJE.....	91
6.1.1.4 VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV.....	94
6.1.2 PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST	96
6.1.3 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	98
6.1.4 POSYKTOVATELÉ KLASICKÉ INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE.....	99
6.1.5 POSYKTOVATELÉ KOMUNITNÍ PÉČE	101
6.1.6 NESTÁNÍ NEZISKOVÉ ORGANIZACE- ADVOKAČNÍ AKTIVITY	102
6.1.7 PSYCHIATRIČTÍ PACIENTI A JEJICH RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI.....	105
6.1.8 MÉDIA	106
6.2 ZHODNOCENÍ ROLE AKTÉRŮ - KOMPARACE ZÁJMU AKTÉRŮ	109
7 MOŽNOSTI ŘEŠENÍ SYSTÉMOVÉ STIGMATIZACE V RÁMCI VEŘEJNÉ POLITIKY	112
7.1 CÍLE V DESTIGMATIZAČNÍM PROCESU- STROM CÍLŮ	112
7.2 ZVAŽOVANÁ OPATŘENÍ V DESTIGMATIZAČNÍM PROCESU	114
7.2.1 OPATŘENÍ V OBLASTI PRÁVNÍHO RÁMCE.....	114
7.2.2 OPATŘENÍ V OBLASTI ROZVOJE KOMUNITNÍ PÉČE.....	117
7.2.3 OPATŘENÍ V OBLASTI ŘÍZENÍ PÉČE A AKCEPTACE NOVÝCH TRENDŮ.....	119
7.2.4 OPATŘENÍ V OBLASTI STRATEGICKÝCH DOKUMENTŮ.....	121
7.2.5 OPATŘENÍ V OBLASTI ROZVOJE ADVOKAČNÍCH AKTIVIT	122
7.2.6 OPATŘENÍ V OBLASTI OSVĚTY A VZDĚLÁVÁNÍ.....	123
ZÁVĚR.....	126
RESUMÉ	131
SUMMARY.....	132
SEZNAM TABULEK, SCHÉMÁT A GRAFŮ.....	133
LITERATURA	134

1 ÚVOD

Tématika léčby duševních poruch a postavení duševně nemocného člověka ve společnosti je v současnosti stále častěji diskutovanou, avšak relativně málo probádanou oblastí. Přes existenci širokého spektra studií snažících se o klarifikaci této problematiky, přetrvává řada nedostatečně zodpovězených otázek souvisejících např. s problémem stigmatizace duševně nemocných a následném snížení jejich kvality života.

Podobně jako v dalších zemích se rovněž v ČR vyskytuje řada problémů spojená s moderním vývojem systému psychiatrické péče. Jednou z významných oblastí je vedle často diskutované otázky lidských práv, která oblast psychiatrie doprovází od vzniku oboru, související otázka stigmatizace psychiatricky nemocných. V postmoderním kontextu získává na významu nejen vlastní stigma psychiatricky nemocných v klasickém slova smyslu (viz dále), ale stigma, které je výsledkem složitějšího procesu interakce společnosti, vývoje poznání a vývoje systému léčby (Goffman, 2003; Foucault, 1994). Takto chápaný mechanismus stigmatizace psychiatricky nemocných¹ je stále zatížen značným poznávacím deficitem.

Foucault (1994) spatřuje specifickou roli v celkovém stigmatizačním procesu ve vlastním průběhu léčby duševně nemocných, na jehož vrcholu je v současné české společnosti stále extrémně paternalistický model institucionalizované léčby (Haškovcová, 2002), která se přímo podílí na vývoji vnímání duševních poruch a determinuje tzv. systémovou stigmatizaci duševně nemocných. Tyto závěry lze nepřímo odvodit z řady prací, např. Heatherton (2003); Conrad, Schneider (1992); Foucault (1994). Systémová stigmatizace je tedy v rámci této práce nahlížena jako specifický koncept zakládající se na tzv. systémově podmíněné stigmatizaci psychiatricky nemocných- tj. stigmatizaci, která a priori vychází z přetrvávajícího systému psychiatrické péče.

Role člověka trpícího těžkým psychiatrickým onemocněním je v současné společnosti obtížná, přičemž zvláštní význam v procesu formování tohoto specifického postavení má negativní hodnocení nemocného jedince majoritní společností. Stigma

¹ Psychiatrické onemocnění je v kontextu této práce označováno rovněž jako duševní onemocnění. Skupina osob duševně nemocných je dána okruhem vymezeným Mezinárodní klasifikací nemocí v 10. revizi (MKN-10)- jedná se tedy o kategorie F00-F98, do okruhu řešených kategorií v souvislosti se systémovou stigmatizací a kontextem této práce není zařazena kategorie F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek.

postihuje vše, co souvisí s duševními onemocněními: kromě pacientů také jejich rodiny, psychiatrické instituce, odborníky a v neposlední řadě léčbu. Znamená největší překážku k dosažení lepší péče a vyšší kvality života. Je základem pro negativní diskriminaci a sociální exkluzi, které pacienti s duševní poruchou zažívají téměř denně. Důsledkem jsou potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, závislost na návykových látkách a alkoholu, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a související ochota se léčit. Stigma tedy zvyšuje již tak značnou zátěž, kterou způsobují duševní nemoci celkovým výdajům na zdravotní péči každého státu v Evropské unii (ČAPZ, 2007).

Všechny výše zmíněné determinanty se kromě vlastní duševní poruchy podílejí na snížení kvality života postiženého jedince, případně jeho okolí.

Význam systému psychiatrické péče na postavení psychiatricky nemocného ve společnosti a jeho stigmatizaci lze přes zjevnou existenci problému dokladovat pouze nepřímo. Jako jedno ze základních kvantitativních vodítek lze použít výsledky reprezentativních šetření zaměřených na oblast předsudků duševně nemocných, jejich obecné stigmatizace či oblast systému zdravotní péče. Význam systému léčby na stigmatizaci duševně nemocných se odráží např. v názorech majoritní společnosti na problematiku duševních poruch, ty jsou v současnosti stále zatíženy značnou neinformovaností o podstatě duševních poruch a jejich negativním projevu na život společnosti. Tuto skutečnost lze doložit např. reprezentativním výzkumem provedeným agenturou DEMA, který mimo jiné uvádí, že celkově jsou lidé postižení duševní chorobou, kteří jsou (v tomto výzkumu) reprezentováni nejvýznamnější skupinou pacientů trpících schizofrenií chápáni jako lidé: s problémy při vyrovnávání se s vnějšími požadavky a mezilidskými vztahy (84% souhlasných odpovědí); nevyzpytatelní ve svém chování a projevech (82%); citliví a duševně zranitelní (75%); vzbuzující u ostatních úzkost, obavy a nejistotu (71%); poznamenání osudem (64%); násilničtí, nesmyslně agresivní a nebezpeční (43%) (DEMA, 2004). K obdobným závěrům vyplývajícím z dlouhodobějších šetření dochází rovněž projekt Změna, který dokazuje značnou stigmatizaci lidí trpících duševními poruchami, jejímž důležitým předpokladem je systém psychiatrické léčby (CMHCD, 2007).

Problém stigmatizace je tedy spojen rovněž s úrovní vývoje psychiatrických služeb a vývoje společnosti, takto pojímaný koncept odráží také kvalitativní přístup k problematice, který je nutně doprovázen specifickými normativními hledisky hodnocení systémové stigmatizace. Z tohoto hlediska lze tedy chápat psychiatrii jako

dobový komplement odrážející kulturní podhoubí současné společnosti. Foucault (1994) v této souvislosti hovoří o epistémě (určitém kulturním podhoubí společnosti), která ovlivňuje psychiatrickou péči jako systém sociální ochrany a vyčleňuje psychiatricky nemocné ze společnosti. Jedná se tedy o určitý druh systémové stigmatizace, přičemž analogicky působí stigma např. ve vězeňství. K podobným závěrům dochází Scheffer (2003), který předpokládá, že stigmatizace psychiatricky nemocných vychází primárně z „charakteristiky léčby“- tj. ze systému psychiatrické péče institucionálního typu. Z analogického základu vychází koncept stigmatizace předpokládající, že na stigmatizujícím systému péče se podílí zvláště přístup pečujících profesionálů, tento koncept nepřikládá primární vliv stigmatizace systému jako celku, ale právě konkrétním profesním skupinám (Flanagan, Miller, Davidson, 2009).

Takto pojatý rámec chápající moderní psychiatrickou péči jako svébytný soubor vzájemně interagujících subsystémů (léčebných, institucionálních a profesních), které jsou ovlivněny různými determinantami (kultura, právo, média, různé typy diskurzů), určuje do značné míry nevyhovující sociální postavení duševně nemocných a implikuje rovněž míru systémové stigmatizace psychiatricky nemocných.

2 CÍLE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY, METODY

2.1 CÍLE

Práce má zodpovědět aktuální otázky vývoje psychiatrické péče v ČR se zaměřením na systémovou stigmatizaci, obzvláště se jedná o otázky spojené s rolí aktérů v psychiatrické péči, dodržováním lidských práv a postavením psychiatricky nemocného ve společnosti či stavu institucionálního rámce. Jednou z důležitých otázek spojenou se systémovou stigmatizací je rovněž role psychicky handicapovaného jedince v procesu vývoje péče a jejího posunu v interakci s tradičními či novými pečovatelskými trendy.

Cílem práce je tedy analyzovat systémovou stigmatizaci duševně nemocných na základě vývoje psychiatrické péče a postavení duševně nemocného v souvislosti s historickým kontextem, rolí aktérů, institucionálním rámcem a dalšími determinantami se specifickým zaměřením na situaci v ČR po roce 1989.

Při vstupní analýze problému, identifikaci oblastí výzkumu a objektivizaci cílů výzkumu, je využita metoda stromu problémů. Přestože je zřejmé, že tento postup nemohl vzhledem k omezenosti metody znázornit veškeré kauzální vztahy a souvislosti implikuje strom cílů rovněž některé cíle této práce. Předkládaný strom problémů nahlíží problematiku primárně z medicínsko-psychiatrického hlediska jako předpokladu systémové stigmatizace.²

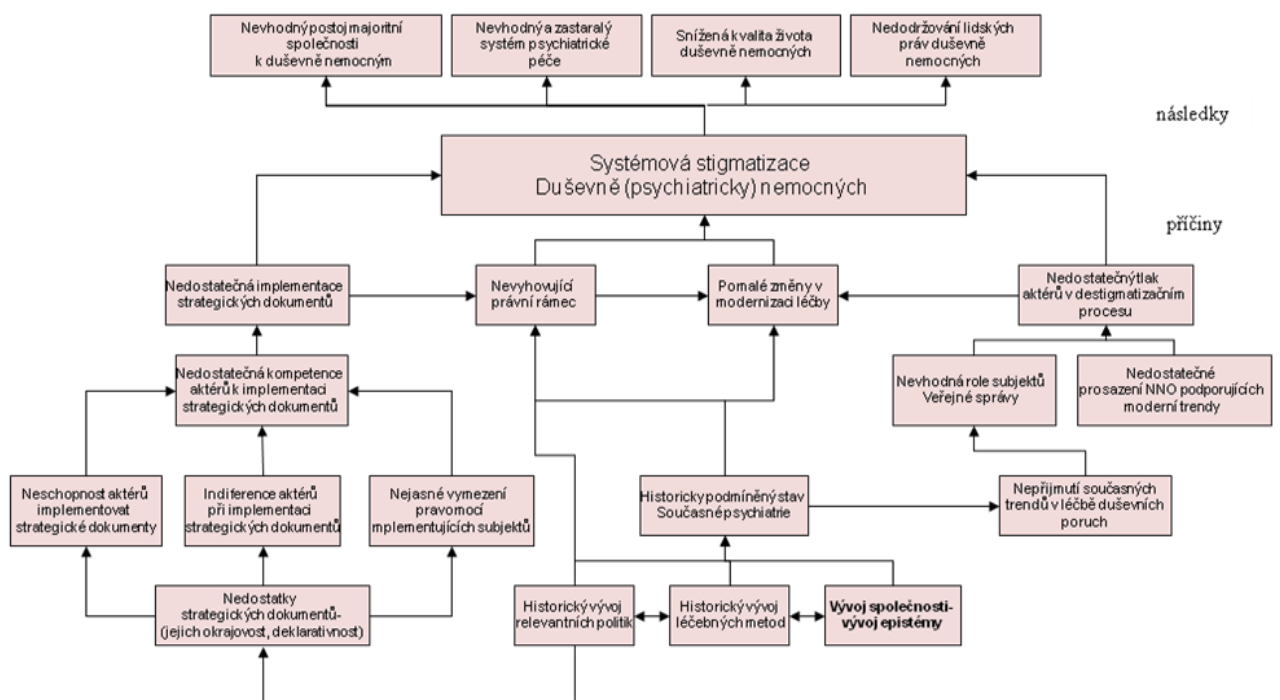
Níže uvedený strom problémů uvádí několik problematických veřejně politických témat (problémů) se vztahem k centrální problematice systémového stigmatu duševně nemocných. Z jednotlivých okruhů jsou zřejmé hlavní problematické oblasti, které je v souvislosti se systémovou stigmatizací duševně nemocných vhodné řešit. Jedná se obzvláště o tyto oblasti:

1) Význam historického vývoje léčby a jeho dopad na současné postavení duševně nemocného v léčebném systému a společnosti. Jedná se o vývoj léčebných metod, vývoj společnosti a kulturně podmíněného podhoubí – tzv. epistémy.

² Z podobných základů vycházejí např. Conrad, Schneider (1992); Mercer, Simmonds (2001).

- 2) Postavení duševně nemocného ve společnosti v kontextu současných determinant rámce léčby (např. vlastní stigmatizace, kvalita života, sociální vyloučení).
- 3) Příčiny a stav současné nevyhovující situace v přechodu na moderní metody léčby duševních poruch, nedostatky při tvorbě příslušných politik.
- 4) Stav institucionálního rámce se specifickým zaměřením na právní rámec, lidská práva a stav v implementaci relevantních oborových strategií.
- 5) Problematická role aktérů v psychiatrické péči (obzvl. zájmy a úloha při tvorbě politik). Vzhledem k zaměření stromu problému na medicínsko-psychiatrickou péči jako předpokladu stigmatizace jsou zmíněny pouze dva okruhy aktérů.
- 6) Postupy při tvorbě a implementaci relevantních politik. Tyto politiky jsou podmíněny vývojovými determinanty společnosti.

Schéma 1 - Strom problémů



Pramen: autor

Jako významné se v této souvislosti jeví nastavení systému léčby, který se v závislosti na historickém vývoji léčebných prostředků podílí na roli duševně nemocného a determinuje jeho sociální vyloučení i kvalitu života. Z předkládaného stromu problémů je odhadnutelné, které základní determinanty se podílejí na současném stavu, tento předpoklad je vhodné podrobit samostatnému zkoumání, které konkretizuje dopad jednotlivých vlivů.

2.2 OTÁZKY

Vzhledem k rozpětí a komplexnosti řešené problematiky není možné analyzovat všechny faktory ovlivňující stigmatizující postavení duševně nemocných v návaznosti na systém péče. Jako výchozí bod, který je nezbytný pro pochopení tematiky, je tedy v rigorózní práci zvolen historický vývoj v chápání duševních poruch a jejich léčby jako specifického zdravotního problému, který přirozeně souvisí s náchylností individua k poškození vnějšími faktory a riziky, ty zase souvisí se sociální stratifikací, respektive s postavením jedince v jejím rámci. Ze zpracovaného stromu problémů (viz kap. 2.1) vycházejí nepřímo rovněž výzkumné otázky:

- 1) Jaké determinanty přispívají ke vzniku systémové stigmatizace v současné české společnosti?
- 2) Jaké jsou příčiny přetrvávajícího modelu péče o duševně nemocné v ČR a jaký je jejich vliv na systémovou stigmatizaci?
- 3) Jaké jsou základní problémy současného právního rámce v ČR v návaznosti na zájmy a jednání aktérů v procesu systémové stigmatizace?
- 4) Jaké jsou role aktérů v oblasti systémové stigmatizace v ČR.
- 5) Jaké jsou v ČR důsledky současných politik v psychiatrické péči ve vztahu k stigmatizaci a jak jsou tyto politiky ovlivněny diskurzem ve strategických dokumentech politiky duševního zdraví v ČR?
- 6) Jaké jsou alternativy ve vývoji psychiatrické péče (politiky duševního zdraví) a veřejných politik v destigmatizačním procesu v ČR?

2.3 METODY, ZDROJE DAT

V závislosti na zaměření a struktuře rigorózní práce je využito několika metod analýzy a tvorby politik. Jako významné se v případě problematiky systémového stigmatu jeví využití dostupných údajů jak z oblasti tzv. tvrdých dat, obzvláště z databáze ÚZIS ČR, OECD, případně WHO tak např. z oblasti etických souvislostí léčby duševních poruch, jež jsou dostupné v řadě studií (viz dále). Při analýze řešené problematiky je využito řady zdrojů, které dokladují relevanci problému. Jako problematická se však jeví skutečnost, že tématu stigmatizace psychiatricky nemocných

obecně, včetně systémové stigmatizace, bylo věnováno relativně málo šetření reprezentativního typu a přestože je zřejmé, že problém existuje, lze jej pomocí statistických dat dokázat relativně obtížně.

Důležitým metodologickým východiskem výzkumu je mezinárodní komparace, která umožňuje srovnání vývoje systému psychiatrické péče jako předpokladu systémové stigmatizace v ČR s péčí ve vybraných zemích EU. Významnou metodou je analýza aktérů specificky zaměřená na srovnání zájmů, postojů aktérů v stigmatizačním procesu a aktivit v implementaci veřejně politických programů zaměřených na destigmatizačním proces. Jako zásadní pro takto zaměřený výzkum je možno označit rovněž historickou analýzu, která umožňuje na základě analýzy historických paralel pochopit současné vývojové trendy v psychiatrické péči. Metodologie studie se dále opírá o analýzu institucionálního rámce ČR, která je specificky zaměřena na kvalitativní analýzu právního rámce- právních předpisů, obsahovou analýzu strategických dokumentů- dokumentů veřejně politické praxe či analýzu již zmiňovaného zájmu aktérů v procesu tvorby a implementace příslušných politik (tzv. policy-making).

Při vymezení okruhu problémů je využita metoda stromu problémů, která výrazně napomáhá strukturování daného problému a v daném případě zohledňuje zásadní determinanty systémové stigmatizace. Zvláště v rámci konceptualizace je na několika místech práce využito schématu kauzálních souvislostí. V procesu návrhu alternativních politik a zhodnocení současných přístupů péče o psychiatricky nemocné byla využita metoda stromu cílů.

3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

V rámci výzkumu fenoménu duševních poruch a postavení jedince ve společnosti je v této práci využito několik vybraných konceptuálních rámců. Jako nejvýznamnější se v kontextu předkládané práce jeví koncept stigmatizace psychiatrických pacientů a otázka normy. Druhou významnou oblastí je koncept lidských práv a sociální statut duševně nemocných- pokud slouží psychiatrie jako nástroj kontroly a sankcí (tzv. kontrolní funkce psychiatrie), existuje vždy možnost jejího zneužití a je tak zahrnuta do systému stigmatizace psychiatricky nemocných. S tzv. kontrolní funkcí psychiatrie souvisí rovněž „sociální“ modelace péče o psychicky choré dle potřeb společnosti. Tyto potřeby mohou být značně odlišné od potřeb duševně nemocných. Důležitým východiskem jsou rovněž historické paralely, které korelují s moderními přístupy k léčbě duševních poruch a nastiňují možnosti korekce některých problematických oblastí v léčbě a sociální nerovnosti ve zdraví. Z pohledu sociologie jsou v práci využity koncepty sociální deviace či etiketizace a v neposlední řadě kvalita života jako koncept související rovněž s péčí o zdraví. Ze specifických veřejně politických konceptů je při zpracování práce využit rovněž koncept A-A-A (agendy, arény, aktéři) a model Jenkinsonova politického cyklu, využití těchto konceptů je vhodné z hlediska sledování vývoje veřejných politik v destigmatizačním procesu.

3.1 NORMA A DUŠEVNÍ PORUCHA

Jako výchozí bod při zpracování práce je nutné stanovit vymezení normy ve vztahu k duševnímu zdraví. Snad nejjednodušší a zároveň nejvíce zavádějící je představa duševní poruchy jako patologické odchylky od normy ztěžující jedinci bezproblémové fungování ve společnosti. Porucha se projevuje nejen v abnormních psychických pochodech a v narušeném vnímání sebe sama, ale především v odlišném- „nenormálním“ chování.

Pokud chceme vyjít z tohoto teoretického konceptu v další analytické činnosti, je důležité stanovit co norma je a jaká kritéria ji ovlivňují. Jako podstatné se v problematice normy a duševní poruchy jeví skutečnost, že se jedná o značně subjektivní determinantu, která se v průběhu vývoje společnosti významně posouvá. Takový vývoj se projevuje změnou tolerance např. k určitým projevům, které přestávají

být řazeny mezi abnormality. Jak poukazuje Matějček (1991), v posledních letech se zvyšuje tlak na normalitu ve smyslu optima a snižuje se tolerance k výkyvům.

Norma je obecné hodnotící kritérium, vymezující to co je v té které oblasti běžné a žádoucí. Pokud něco normu nespĺňuje, tak mluvíme o nesprávné, chybné či patologické funkci v dané oblasti. Vágnerová (2002) uvádí několik základních pojetí normality:

a) *Statistické pojetí*. - Je založené na kvantifikaci psychického projevu. Norma se dle tohoto pojetí ztotožňuje s hodnotou nebo pásmem hodnot s největší četností. Míru variability daného znaku určuje směrodatná odchylka. Čím větší je variabilita určitého projevu, tím je širší i pásmo normy (nejčastěji je v tomto případě aplikována tzv. teorie Gaussovy křivky).

b) *Funkční pojetí*. - Zaměřené na optimální fungování jedince. Normální a žádoucí je takový projev, který vede k určitému efektu.

c) *Sociokulturní pojetí*. - Souvisí s obvyklostí daných projevů v určité společnosti a kultuře. Společenská kritéria vymezují normu. Z toho plyne, že jakkoli odlišní lidé jsou považováni za nenormální především proto, že se vymykají běžnému očekávání.

d) *Norma jako ideál*. - Objevuje se obzvláště v některých vývojových fázích a bývá často nedosažitelnou a snovou představou. Nedosažitelnost určitého ideálu může být zdrojem psychických obtíží.

e) *Skupinová norma*. - Je založena na odlišných hodnotách různých sociálních skupin a podskupin. Skupinová norma se může velmi výrazně měnit v souvislosti s tzv. sociální mobilitou.

d) *Subjektivní norma pozorovatele*. - Odráží osobnostní vlastnosti člověka. Jelikož je závislá na mnoha faktorech (výchova, inteligence, zkušenost, emotivita atd.) bývá velmi variabilní.

Tato obecná pojetí normality a normy naznačují, že hodnocení „normálního myšlení“ je nesnadnou multidisciplinární problematikou. Norma může být chápána statisticky, funkčně nebo sociokulturně. Přičemž odchylka od normy může být jak pozitivní, a sociálně akceptovaná nebo dokonce vyžadovaná, tak negativní, případně neutrální. Pokud chápeme hranici mezi normou a abnormalitou jako cosi spojitého, je nutné vymezit tuto spojitost konkrétními determinantami souvisejícími především s hodnotami a kulturou konkrétní sociální skupiny či společnosti.

Hranice mezi nenormálním a nezvyklým je, jak již bylo zmíněno, v mnoha případech nejasná. Přesto se relativně často v odborné i populární literatuře setkáváme s případy, kdy autor lpí na klasickém polarizačním schématu, snaží se nezvyklé, případně odlišné označit jako nenormální či patologické. Waldenfels (1998) označuje tyto snahy pojmem bezbřehý normalismus³. Tento směr, který se snaží všechny duševní pochody nějakým způsobem klasifikovat a normalizovat, je bohužel pevně zakořeněn v některých medicínských kruzích.

V psychiatrii je rozlišení mezi normálním a patologickým značně ztížené rovněž tím, že přechod od normality k abnormalitě není často plně postřehnutelný. Z hlediska společnosti je duševní porucha diagnostikovatelná např. tehdy, když znemožňuje jedinci běžné společenské fungování v závislosti na stanovené roli. Pro jedince může být abnormalita výsledkem stejného mechanismu, pokud ale sám nepřikládá hodnotám a rolím dané společnosti velký význam, může se zcela snadno normám vymykat, tato skutečnost však ještě nemusí nutně znamenat, že dotyčný jedinec trpí nějakou patologickou odchylkou od normy. V tomto smyslu je možné chápat i Husserla (1993: 24): *„Do žádného jiného světa se nemohu vžívat, pronikat zkušeností, vmýšlet se, pronikat hodnocením a jednáním než do takového, který má smysl a platnost ve mně a ze mne sama.“*

Problematika normy je z hlediska stigmatizace významná zvláště v souvislosti s nedodrčováním sociálně akceptovaných pravidel a modelů chování, v těchto dimenzích je rovněž vhodné posuzovat problematiku systému psychiatrické péče, který z tohoto úhlu pohledu slouží primárně k vyčlenění a regulaci „odlišnosti“ z běžného sociálního prostředí- jako takový pak zjevně implikuje výrazné stigma.

3.2 NEMOC A ZDRAVÍ

Vzhledem k nejednoznačnému výkladu kulturně a sociálně podmíněných termínů zdraví a nemoc se setkáváme s řadou odlišných definic těchto pojmů, pro účely této práce je však nutné jejich základní vymezení.

Pravděpodobně nejrozšířenějším výkladem pojmu zdraví je označení stavu, který není zatížen žádnými zjevnými obtížemi psychického či fyzického charakteru. Poněkud odlišně je koncept zdraví chápán Světovou zdravotnickou organizací: Zdraví je stav

³ Německý autor užívá „grenzloser Normalismus“.

kompletní psychické, fyzické a sociální pohody a nejen absence nemoci či poruchy (WHO, 2004). Háva (2005: 324) si v této souvislosti všímá skutečnosti, že takováto redukce pojmu zdraví na nepřítomnost nemoci „*neumožňuje postihnout potenciál zdraví, tj. schopnost jedince ubránit se zdravotnímu ohrožení, ani jednotlivé součásti zdraví, které jsou naopak operacionalizovány například v konceptu determinant zdraví (jako životní styl, životní prostředí zdravotnické služby)*“. Obecně přijímaný koncept zdraví je tedy podobně jako otázka normy zatížen rovněž kulturními předpoklady výkladu.

Podobně jako u problematiky zdraví je rovněž definice a přítomnost nemoci podmíněna sociokulturními předpoklady. Vágnerová (2002) uvádí, že hranice mezi zdravím a nemocí není definitivně určena, závisí přitom, co je na dané úrovni vědění za nemoc považováno- to může být zahrnuto v profesionálním či medicínském hodnocení zdravotního stavu člověka, které lze označit jako „objektivní“. V otázce duševních poruch je však zřejmě otázka objektivního hodnocení průběhu a existence poruchy leckdy značně ztížena (viz kap. 3.1).

Diagnostika je v souvislosti s duševními poruchami značně ztížena. „*Psychiatrická diagnostika je stále ještě poznamenána skutečností, že u většiny duševních poruch neznáme etiopatogenezi. Definice duševní nemoci dosud nebyla nikým spolehlivě vytvořena.*“ (Smolík, 2000: 9) Tento stav pouze odráží poznatkový deficit v oblasti etiologie a podstaty duševních poruch a zdůrazňuje celkovou normativní dimenzi hodnocení duševních poruch. Jako významné se s definicí nemoci v případě duševních poruch jeví interpersonální pojetí nemoci- normality. Mokrejš (2002) uvádí v těchto souvislostech, že jako normální a tedy zdravé lze chápat to, co je pro konkrétního jedince obvyklé, samozřejmé, všední, obyčejné, přirozené či přijímané se souhlasem. Dle téhož autora naopak jako anomální a nenormální- tedy rovněž nemocné vystupuje všechno neobvyklé, divné, nesamozřejmé, neobyčejné, mimořádné, nepřirozené, překvapující či zvláštní.

Přestože je na jedné straně vhodné relativizovat duševní nemoci jako abnormální patologii, je nutné vymezit na straně druhé duševní poruchy rovněž jako specifický zdravotní problém, který je obecně psychiatrií a zdravotnickými systémy uznáván. Určující klasifikací, ze které vychází typologie nemocí, je mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi (MKN-10, resp. International classification of diseases- ICD-10). Tato klasifikace pracuje s tzv. víceosým diagnostickým systémem, který počítá se třemi rovinami života postiženého, jsou to: klinické diagnózy, postižení a související faktory.

Přestože, jak uvádí Giddens (1999), moderní lékařství přišlo s novým pohledem na léčbu nemocí, stále není možné zhodnotit objektivně např. skutečnou prevalenci duševních nemocí. Pokud se zaměříme na nemocnost duševními poruchami v ČR sledovanou metodikou ÚZIS ČR lze zaznamenat v průběhu posledních let mírně stoupající tendenci (viz ÚZIS ČR, 2006). Konkrétní data dostupná z roku 2006 uvádí, že na psychiatrických pracovištích bylo provedeno celkem 2 262 302 vyšetření a celkem bylo v tomto roce provedeno celkem 458 500 prvovýšetření (ÚZIS ČR, 2006). Vzhledem k specifčnosti problematiky duševních nemocí je však zřejmé, že přesná data o počtu duševně nemocných v ČR lze stanovit pouze obtížně.

3.3 STIGMATIZACE

Pojem stigma pochází z řečtiny a jeho původní význam lze spatřovat v označování osob nějakým způsobem vyčleněných z majoritní společnosti. Nejčastěji se jednalo o znamení, které bylo vypálené, případně vyřezané na nějakou viditelnou část těla označovaného člověka, např. otrocka či zločince.

V moderním pojetí existuje řada definic stigmatu, většina se odvíjí od klasické definice Goffmana, kterou lze shrnout jako atribut, který omezuje, diskredituje a v zásadě rovněž vyčleňuje nějakým způsobem odlišnou osobu, jedná se tedy o proces, který je závislý na interakci daného atributu se společensky přijímaným stereotypem.⁴ Stigma lze tedy obecně chápat jako koncept, který se podílí na utváření sociálního vyčlenění a v zásadě negativních hodnocení určitého odlišného jedince či skupiny. Jako významné se v tomto pojetí jeví chápání stigmatu jako sociokulturně podmíněného fenoménu. Heatherton et al. (2003) chápe stigma jako sociální konstrukci, která se vyvíjí ze dvou základních složek. První složkou je vždy rozpoznání odlišného chování nebo znaku majoritní skupinou a druhou pak konsekventní devalvace konkrétní osoby, případně skupiny osob.

Stigmatizace je v souvislosti s duševními poruchami definována jako označování a vyobcování lidí ze společnosti, protože jsou duševně nemocní. Vylučování se netýká jen duševně nemocných, ale také jejich rodin a dokonce profesionálů, kteří nemocným poskytují péči (Wenigová, 2007). Takto definované stigma je primárně zaměřeno na sociální interakce a vychází tedy ze sociálních interakcí a odsudků druhých lidí. Tento

⁴ Viz také Link, Phelan (2001).

pohled na stigma je v současnosti dominujícím konceptem, komplementárním konceptem je tzv. samostigmatizace (selfstigma), která je důsledkem primární stigmatizace a zahrnuje negativní odsudky stigmatizované osoby samu na sebe.

Je zřejmé, že koncept samostigmatizace je v souvislosti s psychiatrickou léčbou zvláště významný- psychiatrické instituce zjevně působí na psychiku a sociální vnímání jedince negativně. V této oblasti přispívá samostigmatizace k procesu labelingu. Kudláček (2004) chápe stigma, které primárně znamená nemoc či handicap jako něco co se na jedinci projevuje při jeho vlastní percepci. To znamená, že si je svého handicapu vědom, ale důsledek stigmatizace vnímá nejvíce v sociální interakci s okolím. Řada autorů (např. Satorius, Schulze 2005, Praško, 2001) se shoduje na tom, že proces vlastního přijetí stigmatu nemocným jedincem může mít výrazně negativní vliv na efektivitu jeho léčby.

V rámci této práce je věnována pozornost tzv. negativnímu stigmatu. Tuto skutečnost je třeba zdůraznit obzvláště v souvislosti se sociální funkcí stigmatu, která měla a má význam, podobně jako předsudky, z hlediska zjednodušení individuálního chápání společenských dějů individuem. Goffman (2003) v této souvislosti dodává, že rutina ve společenském styku v zavedených prostředích umožňuje lidem styk s předvídanými druhými osobami, aniž je tomu věnována zvláštní pozornost.

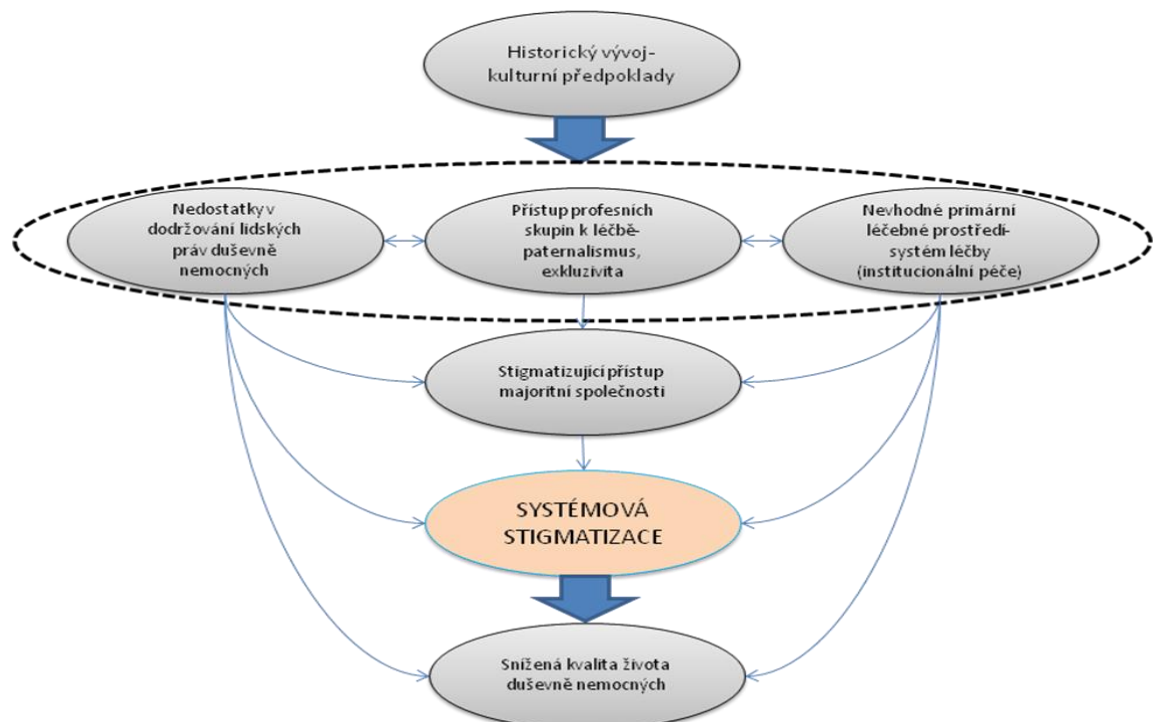
V uvedeném kontextu je rovněž důležité zmínit skutečnost, že pokud se skupina, která je v majoritní společnosti minoritou setkává na jednom místě (v tomto případě např. psychiatrické léčebně) je riziko její stigmatizace vyšší. Vágnerová (2002: 101) shrnuje, že *„vlivem společného způsobu života si bývá jednání postižených skutečně více podobné, než kdyby žili v různých podmínkách. Tím se laická veřejnost dále utvrzuje v představě stereotypu projevu nějak postižených lidí.“*

Všechny výše uvedené faktory tradičně chápané stigmatizace odrážejí společensko-kulturní pozadí stigmatu jako procesu, který je specifickým společenským mechanismem. Pokud se však snažíme otázku stigmatu v souvislosti s duševními poruchami uchopit celistvěji, je nutné zohlednit rovněž hledisko systémové stigmatizace, tj. jak proces léčby přispívá k vzniku a rozšíření stigmatu psychiatricky nemocných. Mason et al. (2001) zdůrazňuje, že systém zdravotní péče může být stigmatizující již svým důrazem na zaměření se na příznaky nemoci a následným hledáním preventivních opatření, přičemž oboje je v primární kompetenci zdravotních profesionálů. V otázce duševních poruch je tento koncept velmi významný, avšak více

než v kterémkoli jiném medicínském oboru je nutno zahrnout k tomuto konceptu specifika psychiatrické péče.

Mezi těmito stigmatizujícími činiteli je zvláště významný historický vývoj péče a navazující nevhodná situace v institucionální podobě prioritované léčby. Obecně lze konstatovat, že stigma existuje tam, kde jsou přítomny elementy jako labeling, stereotyp, separace či ztráta statusu a jsou spojeny s dostatečně významnými okolnostmi umožňující vznik stigmatu (Link, Phelan, 2001). V otázce léčby duševních poruch jsou okolnosti vzniku stigmatu jasně dány mimo jiné rovněž systémem psychiatrických služeb, který je zatížen všemi výše popsány elementy. Obecný proces vzniku systémové stigmatizace je uvedeno v následujícím schématu.

Schéma 2- Obecný proces vzniku systémového stigmatu psychiatricky nemocných



Pramen: autor

Z uvedeného schématu vyplývá, že moderní psychiatrická léčba je zatížena řadou determinant, které více či méně přispívají ke vzniku a prohloubení stigmatizace se systémovým základem. Link a Phelan (2001) v této souvislosti uvádějí typologii stigmatu a dělí jej na individuální stigmatizaci, kde je jedinec či skupina negativně přijímán konkrétní osobou, samostigmatizaci, kdy je jedinec determinován vlastním znehodnoceným názorem na sebe sama a strukturální stigmatizaci, která je výsledkem

působení širších společenských jevů a struktur. Právě koncept strukturální stigmatizace koreluje s řešeným tématem systémové stigmatizace. Ve specificky českém prostředí psychiatrické péče je však systémová stigmatizace multidisciplinární problematikou, která zahrnuje řadu dalších faktorů (viz dále).

Nejvýznamnější determinantou systémového stigmatu psychiatricky nemocných je kulturní vývoj a vývoj léčebných prostředků.⁵ Současný stav našeho pohledu na stigmatizaci se systémovým základem je rovněž odvislý od historicky podmíněné institucionalizace péče, přístupem zainteresovaných profesních skupin- aktérů psychiatrické péče (viz kap. 6). Jako nedílnou determinantu systémové stigmatizace lze chápat problematiku lidských práv v psychiatrii, jejich nedodržování zjevně může ovlivnit vlastní vnímání sociální skupiny.⁶

Problematikou úzce související s konceptem systémové stigmatizace je otázka sociálního vyloučení. Sociální vyloučení je možné definovat různě, pravděpodobně nejužívanější vymezení nabízí Jordan (1996), který jej chápe jako účelné, vědomé a dobrovolné vymezení se jedné skupiny od druhé. Základním předpokladem tohoto mechanismu je přitom aktivní činnost vedoucí k vyčlenění určité skupiny či skupin.

Sociální vyloučení bývá často spojováno s problematikou chudoby, která má rovněž podobně jako koncept systémové stigmatizace hlubší kulturní determinanty a omezuje příslušně označenou skupinu v běžném sociálním životě. Knapp et al. (2007) v této souvislosti uvádí, že stigma odlišuje duševní poruchy od ostatních zdravotních problémů a je hlavním důvodem sociálního vyloučení duševně nemocných. Takto chápané stigma tedy ovlivňuje celou sociálně- vztahovou síť duševně nemocných, přičemž na rozdíl od ostatních poruch a nemocí mají tyto nemocní ztíženy resocializační podmínky.

3.4 ETIKETIZAČNÍ TEORIE

Významným konceptem využitelným ve výzkumu sociálních a systémových předpokladů stigmatizace duševně a psychiatricky nemocných je tzv. etiketizační teorie (labelling theory), která nahlíží deviantní chování z hlediska interpretativního. V rámci této práce se jeví jako významné představení podstaty procesu nálepkování, který

⁵ Viz také Foucault (1994).

⁶ Viz také Goffman (2003).

rovněž přispívá k míře systémové stigmatizace. Význam této teorie lze spatřovat obzvláště v tvarování předsudku doprovázejícího stigma, který např. předpokládá, že psychiatricky nemocní se dopouštějí kriminálních deliktů častěji, než zbytek populace.⁷

Giddens (1999: 195) uvádí, že zastánci této teorie „*nevnímají deviaci jako soubor charakteristických rysů jednotlivců či skupin, ale jako proces interakce mezi deviantní a nedeviantní částí populace*“. V tomto smyslu lze tedy chápat psychiatricky nemocné jako deviantní část společnosti, která získává svou stigmatizující „nálepkou“ v procesu interakce s majoritní společností. Giddens (1999) dále dodává, že jakmile je někdo „ocejchován“ např. zmiňovaným cejchem kriminálního, stigma mu zůstává, jedinec posléze přijme etiketu, jenž dostal a začne sám sebe vnímat jako deviantního.

Z podobného základu vychází rovněž Höschl, Libiger a Švestka (2002), kteří předpokládají, že osudy osob s odchylným- problematickým chováním jsou určeny okamžikem, kdy je jejich jednání určitým způsobem kategorizováno, kategorizace se přirozeně může týkat i duševní nemoci. Titíž autoři si všímají zajímavé skutečnosti, že klasická medicína (která stále významně ovlivňuje současnou psychiatrickou péči) považovala okamžik kategorizace za v zásadě přínosný, neboť diagnóza určuje předpoklady ke správné léčbě.

V problematice duševních poruch však tento mechanismus implikuje zásadní problém, který se projevuje v hodnocení duševní poruchy jako trvalého patologického stavu, jenž je možné odstranit v zásadě pouze léčebným opatřením. Již zde tedy není prostor pro relativitu normativního hodnocení psychického zdraví. Řada autorů, např. Locker (1981), naopak předpokládá, že přijetí vlastní etikety vede k prohloubení znaků deviantního chování- v problematice duševních poruch pak k přijetí nosologické jednotky a zvýraznění příslušných znaků poruchy. Höschl, Libiger a Švestka (2002) v této souvislosti doplňují, že subjekt- pacient je vsunut do nové role, v níž je jeho chování zhodnoceno ve smyslu existence poruchy a je mu vštípena stigmatizující role, kterou nelze opustit bez ohledu na nepokračování problematického jednání. Takováto role se následně projevuje ve změně vnímání sebe sama i ve změně sociálních vztahů a je jedním z předstupňů stigmatizace.

Vzhledem k zjevnému vztahu tohoto konceptu k systému léčby, léčebným metodám a obecně přijímaným nosologickým jednotkám se rovněž stále častěji hovoří o tzv. diagnostické etiketě, která determinuje jedince k určitému očekávanému chování na

⁷ Viz např. DEMA (2004).

základě určené diagnózy. Janíček (2004: 14) z pozice psychiatra osvětluje proces diagnostického nálepkování takto: „*Dávat tomu, kdo se na veřejnosti projeví extrémně, diagnostické nálepky, je nesmírně svůdné. Ale od nálepkování je už jen krůček ke zneužití psychiatrie, protože v tu chvíli začíná náš obor sloužit něčemu úplně jinému než pacientovi. Je to podobné, jako kdyby si ortoped stoupl na náměstí a popisoval kulhání a křivá kolena známého politika. Jistě by jeho projev působil nepatřičně, ale po psychiatrovi se taková hodnocení vyžadují.*“

V souvislosti se systémem psychiatrické péče je třeba zmínit rovněž předpoklad, že systém psychiatrické péče sám kategorizuje a specifikuje tzv. kariéru duševně nemocného. Pokud tedy chápeme psychiatrickou péči jako specifickou kulturně podmíněnou instituci, která do značné míry naplňuje společenskou objednávku, je možné odvodit, že společnost na základě takto podmíněného systému vytvořila pravidla, která konstituují vlastní deviaci a přispívají k vývoji systémového stigmatu. V podobných dimenzích chápe proces nálepkování Locker (1981), který dále předpokládá, že aplikací sociálně konstruovaných pravidel a norem na konkrétního jedince vzniká krom vlastní nálepky rovněž jeho diskriminace. Z tohoto hlediska tedy není nálepkování individuálním procesem, který je odvislý od konkrétního jedince, ale je systémovým jevem, na jehož konci je prohloubené deviantní chování jako důsledku etiketizace.

3.5 KVALITA ŽIVOTA A SPOLEČNOST

Jak již bylo řečeno, role člověka trpícího těžkým psychiatrickým onemocněním je v současné společnosti složitá a to obzvláště na základě negativního hodnocení nemocného jedince majoritní společností. Stigma postihuje vše, co souvisí s duševními onemocněními: kromě pacientů také jejich rodiny, psychiatrické instituce, odborníky a v neposlední řadě léčbu. Znamená největší překážku k dosažení lepší péče a vyšší kvality života. Je základem pro negativní diskriminaci, kterou pacienti s duševní poruchou zažívají téměř denně. Důsledkem jsou potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, závislost na návykových látkách a alkoholu, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota se léčit. Stigma tedy zvyšuje již tak značnou zátěž, kterou způsobují duševní nemoci rozpočtu každého státu v Evropské unii (ČAPZ, 2007).

Všechny výše zmíněné determinanty vyplývající z negativních odsudků a svých osobně vnímaných pocitů se kromě vlastní duševní poruchy mohou podílet na snížení kvality života postiženého jedince, případně jeho okolí. Hodnocení kvalit života⁸ je nejčastěji chápáno jako způsob posuzování pocitů, které mají nemocní či postižení lidé s různým druhem a rozdílnou tíží nemoci⁹. Přirozeně však není vhodné redukovat kvalitu života duševně nemocných pouze na vnímaný stav diskonfortu vyplývajícího z negativních odsudků. Kvalitu života je nutno chápat multidimenzionálně, nejedná se pouze o pocity vyplývající přímo z tělesného či duševního zdraví, souvislosti je ale vhodné hledat rovněž v ostatních oblastech lidského života. Jedná se zvláště o sociální oblast, životní prostředí, duchovní problematiku, ekonomickou situaci a řadu dalších proměnných. Jako zásadní se v souvislosti s otázkou systémové stigmatizace jeví otázka vlivu systému psychiatrické péče na kvalitu života nemocného. Obecně lze předpokládat, že tento vliv bude velmi významný, jeho spolehlivé určení je však pouze obtížně podrobitelné výzkumu.

Posuzování kvalit života je možné z mnoha pozic, Engel a Bergsma (cit. dle Křivohlavý, 2002) mapují celou problematiku kvality života v těchto třech hierarchicky odlišných sférách:

Makro rovina.- V této rovině jde o otázky kvalit života v souvislosti s velkými společenskými celky. Kvality jsou zde chápány i jako jisté morální determinanty, které mají přesah do politických úvah, jedná se např. o strategie boje s epidemiemi, hladomorem či otázkou investic do zdravotnictví.

Mezo rovina.- V této rovině se jedná o problematiku kvalit života v tzv. malých sociálních skupinách. Důležitou úlohu zde hrají i otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílené hodnoty atd.

Personální rovina.- Tato rovina je nejjednoznačněji definovatelná. Jedná se o osobní zhodnocení vlastního stavu v rovině zdravotní, sociální, spirituální atd.

Skutečnost, že kvalita života duševně nemocných je snížena je potvrzena řadou studií.¹⁰ Pokud přijmeme systém uváděný Engelem a Bergsmou, jeví se v rámci postupů

⁸ Z důvodu značné obecnosti termínu „kvalita života“ se např. v medicíně a psychologii užívá i jiných upřesňujících pojmů. Velmi rozšířeným je např. pojem „health-related quality of life“ (HRQoL), který lze překládat jako „kvalitu života týkající se zdraví“.

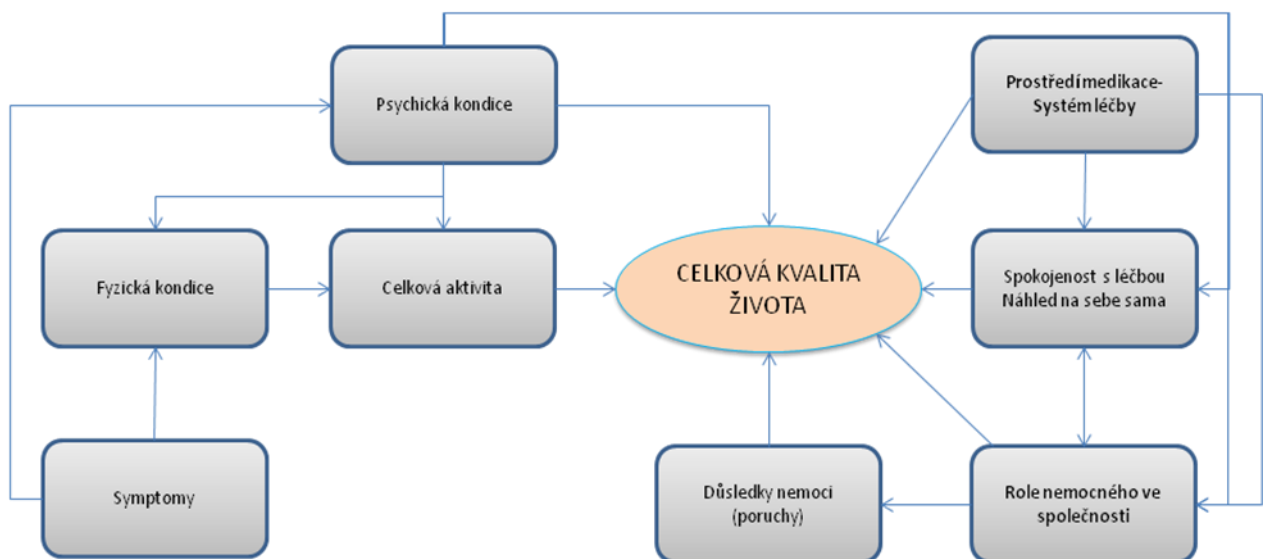
⁹ Viz např. Křivohlavý (2002).

¹⁰ Viz např. Kitzlerová (2004).

užívaných veřejnou politikou jako nejvhodnější koncept pro využití v této studii, která se pokouší nastínit souvislosti problematiky kvality života duševně nemocných a přístupu společnosti, tzv. makro rovina (např. to, co ovlivňuje kvality v ekonomické, sociální, hodnotové, politické, zdravotní či kulturní oblasti), důležité při konečném posouzení jsou však přirozeně roviny všechny.

Jednotlivé proměnné ovlivňující přímo kvalitu života při duševní poruše lze znázornit tímto jednoduchým schématem:

Schéma 3- Kvalita života při duševním onemocnění



Pramen: autor

Výše uvedený model je třeba doplnit o několik vysvětlujících údajů. Symptomy zahrnují především konkrétní projevy poruchy, jsou to tedy např. poruchy nálady, inhibice kognitivních funkcí, bludy, halucinace či nestandardní chování. Celkovou aktivitou je chápána např. schopnost komunikace, schopnost pracovního výkonu a tempa či reakční schopnosti. Důsledky poruchy se projevují multidimenzionálně, jedná se především o psychosociální, sociální či spirituální problematiku v souvislosti s konkrétní poruchou. Kvalita života je závislá i na prostředí, ve kterém postižený žije či se léčí, tento koncept nepřímou souvisí s hlavní řešenou problematikou- tj. systémovou stigmatizací, vliv prostředí je tedy stanoven např. jednak vlastní stigmatizací, ale rovněž kvalitou a účinností léčby, metodami léčby, schopnostmi a empatičností ošetrovatelského personálu či komunikativností rodiny, přátel a vůbec celého okolí.

Faktorem, který je v schématu záměrně vynechán, je vzájemné působení postiženého a okolí, jedná se především o tzv. zákon akce a reakce. Pokud jedinec reaguje nestandardně na okolní podněty, pak okolí může přistoupit k specifickým negativním či korigujícím reakcím (může uplatnit např. některý sankční mechanismus)¹¹. Okolí tedy může duševně postiženého na základě jeho poruchy vyloučit ze skupiny a izolovat, či může postiženému poskytnout podporu. Jako problematické z hlediska zvýšení kvality života duševně nemocných se jeví zvýšení míry protektivity v sociálním životě – takováto podpora může dle řady autorů¹² být pouze iluzorním zvýšením skutečné kvality života. Protěžování ani vyloučení nemocného jedince tedy jeho kvalitu života nijak nezlepší. Způsob, jakým bude okolí reagovat je samozřejmě do jisté míry determinován konkrétní povahou poruchy. Tato témata je nutné zmínit v souvislosti s bojem proti diskriminaci a stigmatizaci duševně nemocných, které je věnován prostor v jiné části této práce.

Celková kvalita života je souhrnem výše uvedených faktorů, velkou roli hraje však i celkový pocit spokojenosti a míra vyrovnání se se změněnou životní situací.

V současnosti je pojem „kvality života“ velmi populární v mnoha oblastech. Zřejmě se jedná o projev humanizace a snah o zlepšování životních podmínek člověka. Obzvláště v psychiatrické péči je nutno chápat moderní snahy o zhodnocení kvalit klientova života jako jeden z mezníků péče o postižené.

3.6 SOCIÁLNÍ STATUS DUŠEVNĚ NEMOCNÉHO, MOŽNOSTI ZNEUŽITÍ PSYCHIATRIE

V současnosti je status duševně nemocného zatížen velkou mírou negativní stigmatizace, zatímco většina somatických onemocnění je tolerována, duševní poruchy jsou stále společností chápány jako cosi nepřírozeného a odpudivého. Laická veřejnost si zřejmě proto o duševně nemocných utvořila mnoho předsudků a stereotypů, které odpovídají realitě pouze částečně.

Nemoc je obecně jistým druhem sociální deviace, který vyčleňuje postiženého jedince ze společnosti. V problematice duševních poruch je dopad této skutečnosti silnější, než u jiných onemocnění, snad s výjimkou pohlavně přenosných chorob.

¹¹ Zde přichází do úvahy obzvláště vylučovací reakce skupiny.

¹² Viz např. Vágnerová (2001).

Příčiny je v první řadě nutno hledat ve vývoji celé lidské společnosti. Mercer a Simmonds (2001) srovnávají na této rovině pozici duševně nemocných s pozicí vězňených odsouzců a upozorňují na historicky podmíněné chápání vývoje psychiatricky nemocných.

Role psychicky nemocného je v současnosti odlišná od předchozích historických období, společnost stanovila nemocnému statut, který mu poskytuje jak nesporné výhody, tak nové povinnosti. Vágnerová (2002) mluví v této souvislosti o tzv. „kariéře duševně nemocného“, která je tvořena nejen postiženým, ale i psychiatry a zdravotnickými institucemi. Vágnerová (2002: 58) charakterizuje sociální roli nemocného v současné společnosti takto:

a) Nemocný nebývá považován za viníka svého současného nežádoucího stavu a nepředpokládá se, že by si mohl sám pomoci.

b) Nemocný má určitá privilegia, je zproštěn určitých povinností, ale nemá stejná práva jako ostatní lidé.

c) Od nemocného se očekává, že se bude chtít uzdravit a bude spolupracovat při léčbě. Pokud to nedělá, svoje privilegia ztrácí a společnost jej přestává tolerovat, protože nerespektuje stanovená pravidla.

Z podobně definovaného sociálního základu nemoci vychází rovněž Höschl, Libiger a Švestka (2002), kteří uvádějí, že oproti ostatním sociálním deviacím má nemoc ojedinělé postavení, není totiž negativně sankcionována. Zásadní rozdíl lze spatřovat rovněž v dalších sociálních aspektech.

Tabulka č. 1 **Různá pojetí nemoci**

Druh devianta	Jeho zodpovědnost za stav	Odezva a řešení
Nemocný	Nepřipadá v úvahu	Soucit, pomoc, léčba
Zloděj, hříšník, nemrava	Nepochybná	Odsouzení a trest

Pramen: Höschl, Libiger, Švestka (2002: 218)

Jak ukazuje výše uvedená jednoduchá tabulka, zásadní diferenci z hlediska deviantního chování lze v souvislosti s psychickými nemocemi vnímat v otázce pomoci společnosti při řešení deviace- v případě nemoci se jedná o léčbu. Takovýto koncept

však přirozeně v oblasti psychických poruch implikuje problematiku sociální kontroly a možnosti zneužití psychiatrie.

Foucault (1994) chápe vývoj systémů moderní psychiatrické péče jako proces, který je ovlivněn společenskou modelací péče o psychicky choré dle širších společensko-kulturních potřeb. Tyto potřeby však mohou být značně odlišné od potřeb a zájmů duševně nemocných. Vacek (1996) v této souvislosti zmiňuje tzv. „sociálně kontrolní funkci psychiatrie“, která vymezuje psychopatologii vůči majoritní společnosti. Ta může tedy později sloužit coby specifický nástroj při implementaci různých politik. Kontrolní funkce aplikovaná do oblasti psychiatrické péče umožňuje psychiatrii kardinálně zasahovat do tělesného či duševního stavu jedince a zbavovat ho svobody.

Pokud tento myšlenkový postup dovedeme do konce, lze postulovat, že si společnost vybuodovala v psychiatrii specifický kontrolní orgán. V procesu vytváření systémové stigmatizace je tento koncept zvláště významný, vzhledem k vazbě společenských požadavků a následných sankčních mechanismů je totiž systém psychiatrické péče spojen s normativně-společenským aspektem léčby a již na vstupu vykazuje stigmatizační a exkludující směr.

Pokud slouží psychiatrie jako nástroj kontroly a sankcí, existuje vždy možnost jejího cíleného zneužití. Baštecký (1997) vidí tři možné zdroje zneužití psychiatrie:

Chybná diagnóza. - V oblasti duševních chorob je mnoho nejasného, teoretické koncepcce nemusí vždy odpovídat skutečným příznakům. Zdrojem stanovení chybné diagnózy v psychiatrii může být i tzv. presumpce nemoci. Ta společně s vědomou či nevědomou tendencí „pomoci“ občanovi stíhanému represivními orgány může vést k chybné diagnóze.

Porušení etických norem v psychiatrii. - Především ve znalecké činnosti může snaha psychiatra ochránit vyšetřovaného před sankcemi státních orgánů vést porušení etických pravidel. Pro lékaře je tato pozice značně obtížná, neboť musí přihlížet při hodnocení nejen k zájmům vyšetřovaného, ale i k zájmům společnosti.

Vědomá spolupráce psychiatrů s represivními orgány. - Představuje hrubší porušení etických a často i právních norem. Dle Bašteckého (1997) docházelo v Československu ke zneužití psychiatrie k politickým účelům pouze minimálně.

Tyto konkrétní možnosti jsou však již konkrétním projevem celého, výše popsaného, kontrolně-sankčního procesu, který je zatížen hlubšími společenskými předpoklady.

Zneužití psychiatrické péče je vždy spojeno s otázkou lidských práv a svobod, přirozeně tedy souvisí s rozvojem práv a kulturních zvyklostí v dané kultuře a konkrétní společnosti.

3.7 ETIKA LÉČBY

Jednou z oblastí, která jednoznačně určuje vývoj léčebných systémů coby předpokladu systémové stigmatizace je rovněž etika péče. Přes relativně obtížné vymezení pojmu etiky v medicíně je vhodné představit základní paradigma, které je v tomto kontextu v současné české společnosti uznáváno. K tomuto vymezení nejlépe poslouží koncept tzv. bioetiky, která je zde chápána jako obecný pojem zastřešující různé dotčené oblasti etiky. Haškovcová (2002) definuje bioetiku jako nadřazený pojem k lékařské etice, bioetika tedy zahrnuje nejen praktický výkon lékařské praxe, ale rovněž související disciplíny se vztahem k problematice etiky.

Otázka etiky léčby je úzce spojena s problematikou lidských práv v psychiatrii. Vzhledem ke skutečnosti, že tato oblast nebyla před rokem 1989 v tehdejší ČSSR uspokojivě řešena, je možné zaznamenávat skutečný posun v oblasti až v souvislosti se společenskými změnami po roce 1989. Přes tento posun se stále setkáváme s řadou problematických témat, která poukazují mimo jiné na nedostatečně ošetřený právní rámec léčby. V problematice duševních poruch se jedná zvláště o otázku nedobrovolné léčby, případně o kontrolu léčebného procesu.

Základní občanská a lidská práva jsou v ČR garantována Listinou základních práv a svobod, která se opírá o Všeobecnou deklaraci lidských práv a svobod. Práva nemocných, včetně psychiatricky nemocných pacientů, jsou ošetřena větším množstvím zákonů, vládních nařízení či vyhlášek. Práva a povinnosti související s psychiatrickou léčbou jsou však shrnuty nejen v zákonných normách, ale především v příslušných kodexech a deklaracích. Těchto etických kodexů a deklarací je v ČR kodifikováno větší množství, ve vztahu k destigmatizačním procesům je nutno podotknout, že jejich závaznost není na stejné úrovni jako závaznost zákonných norem.

Jak již bylo řečeno, počátek devadesátých let byl v ČR charakteristický hlubšími společenskými změnami, které měly význam rovněž na vývoj lidských práv v medicíně. Společenské změny se tedy přirozeně odrazily také v oblasti deklarativního vymezení práv pacientů, tato skutečnost je doložena vznikem základního etického kodexu

v českém zdravotnictví - kodexem Práva pacientů. Obsah tohoto dokumentu schváleného roku 1992 byl, jak uvádí Haškovcová (2002), koncipován na základě vzorových práv zveřejněných Americkým svazem občanských svobod v roce 1985. Jedná se tedy o prověřený systém etických zásad, který se ovšem výslovně psychiatrickou problematikou a stigmatizací nezabývá.

Navazujícím dokumentem svědčícím o širší společenské akceptaci problematiky biomedicíny a neřešené otázky lidských práv v psychiatrii je Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny. Tato konvence byla Českou republikou ratifikována v roce 1998. V textu této konvence je oproti výše zmíněnému kodexu Práva pacientů již výslovně zmíněna problematika duševních poruch. Obsah článku č. 7 vymezuje ochranu osob s duševní poruchou a určuje, kdy může být pacient podroben léčebnému zásahu bez svého souhlasu. Tato deklarace měla relativně velký potenciál řešit základní problematické oblasti psychiatrické péče. Dle našeho názoru však má pouze minimální dopad na praxi. Na základě deklarované strategie Ministerstva zdravotnictví ČR se však má tato konvence promítnout v novém zákoně o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Pohled na psychiatrického pacienta jako na součást běžné sociální a vztahové sítě nebyl před rokem 1989 v ČR nikterak obvyklý. Toto vymezení však bylo v mezinárodním kontextu diskutováno mnohem dříve. O této skutečnosti svědčí Deklarace práv duševně postižených lidí přijatá valným shromážděním OSN roku 1971. Rezoluce zdůrazňuje vyvíjející se potřebu ochrany duševně nemocných, její vznik byl iniciován snahou o zařazení psychiatrických pacientů do širší sociální sítě. Význam a závažnost dokumentu dokladuje skutečnost, že deklarace je dodnes považována za nepřekonaný materiál, který se mimo jiné výrazně dotýká otázek spojených s konceptem systémové stigmatizace řešeným v této práci, z tohoto důvodu je vhodné uvést její základní body:

„1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.

2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.

3. *Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standart. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá pokud možno jeho schopnostem.*
4. *Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu jak je to jen možné.*
5. *Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.*
6. *Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.*
7. *Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití.*“ (Kořenek, 2001: 84)

Problematika etiky a práva v psychiatrii není jednoduchou záležitostí. Tato situace je vyvolána pravděpodobně i tím, že pacient často nemá v rámci vlastní stigmatizace a průběhu onemocnění jasnou představu o svých právech a povinnostech. Mnohdy je samozřejmě složité poučit duševně postiženého o právech a etických zásadách vůbec. Zdá se však, že některá zařízení zůstávají i přes velký počet různých etických kodexů v přesvědčení o vhodnosti zastávání tradičních paternalistických pozic. Situace v právních a etických souvislostech péče o duševně postižené v ČR se postupně zlepšuje, stále však chybí nejen jednotná a propracovaná legislativa, ale také celková akceptace moderních přístupů a trendů péče.

4 ANALÝZA STAVU A VÝVOJE PSYCHIATRICKÉ PÉČE SE ZAMĚŘENÍM NA SYSTÉMOVOU STIGMATIZACI

Analytická část (zpracovaná v kapitolách 4- 6) si klade za cíl rozbor základních determinant souvisejících s vymezenou problematikou- tj. systémovou stigmatizací psychiatricky nemocných, jejím záměrem je analyzovat specifické nedostatky v systému péče o duševně handicapované občany (včetně souvisejících aspektů) jako předpokladu systémové stigmatizace. Celková struktura analýzy je rozdělena do tří okruhů: (1) stav a vývoj psychiatrické péče, (2) analýza diskurzu přístupů k tvorbě zdravotní politiky pro oblast péče o duševně nemocné s využitím datového zdroje - vybraného okruhu dokumentů, (3) analýza jednání aktérů politiky duševního zdraví, jejich role, odpovědnosti vyplývající z platné právní úpravy (navazujícím výstupem této části je vyhodnocení naplnění role jednotlivých aktérů a získání poznatků ve vztahu k existujícím bariérám, komunikačním nebo poznatkovým deficitům).

4.1 VÝVOJOVĚ PODMÍNĚNÉ KONTEXTY LÉČBY DUŠEVNÍCH PORUCH

Pokud se snažíme analyzovat stav v systémové stigmatizaci duševně nemocných v současné společnosti, včetně institucionálního rámce, rolí aktérů a vlastního postavení duševně nemocných ve společnosti je vhodné alespoň rámcově analyzovat chronologii vývoje léčby duševních poruch v závislosti na vývoji společnosti a nastínit formování těchto činitelů v komplexu vývoje fenoménu duševních poruch.

4.1.1 HISTORICKÉ KONSEKVENCE LÉČBY A CHÁPÁNÍ DUŠEVNÍCH PORUCH

V závislosti na úrovni poznání lidstva se vyvíjelo rovněž chápání duševních poruch. Paralely se současným stavem v oblasti postavení duševně nemocného ve společnosti a léčbě duševních poruch zaznamenáváme již ve velmi starých kulturách, zřejmé jsou rovněž vlivy, kterými vývoj léčby determinuje současnou situaci (izolace duševně nemocných, stigmatizace, atd.).

Vznik prvních léčebných zařízení institucionálního charakteru můžeme zasadit již do starověku. Např. v Ebersově papyru je zmínka o tom, že mnohé z chrámů byly

přeměněny v azyly pro duševně choré, tato praxe se v evropských zemích objevuje až počátkem 17. století. Jako zajímavé se rovněž jeví názory Platónovy, který např. ve třetí knize Ústavy nabádá, aby duševně nemocní zuřivci byli zahubeni, neboť je tomu tak lépe pro stát i pro ně samé (Vencovský, 1983). Analogickou smyčku používali eugenici do nedávné minulosti, domníváme se tedy, že základy negativní stigmatizace duševně nemocných jsou zjevné již ve starověkém Řecku.

Na základě obou uvedených příkladů je zřejmé, že již v některých starověkých společnostech docházelo k identifikaci duševních poruch jako specifického problému, který byl na jedné straně přijímán jako daná, neměnná skutečnost a na straně druhé jako stav, který lze ovlivnit. Přestože nelze v tomto období hovořit o propracované politice v péči o duševně nemocné, již zde se objevují názory, které se prosazují v pozdějších systémových přístupech při tvorbě moderních politik a strategií. Z nejvýznamnějších je odkaz na počátky institucionální léčby, která je ve dvacátém století v rámci zaměření příslušných politik priorizována a jako taková může přispívat k negativní stigmatizaci duševně nemocných. Dále pak skutečnost, že duševní poruchy byly v souvislosti s optimálním fungováním státu, jako funkčního systému, chápány často jako významná a ohrožující zátěž společnosti, s takovýmto pojetím se v souvislosti se stigmatizací setkáváme dodnes.

Ve středověku již byla institucionalizace léčby rozvíjena se specifickým důrazem na vznik „vymezujičích“ institucí, jež měly primárně složit jako nástroj sociální ochrany „řádných občanů“ před nežádoucími vlivy. Takovou institucí mohly představovat i tzv. lodě bláznů (Narrenschiff) či tzv. věže bláznů (Narrenturm), které Foucault (1994) označuje za jeden z podnětů k rozvoji psychiatrické ústavní léčby. O tom, že ve středověkých společnostech byla otázka duševních poruch identifikována jako specifický problém sociálního rázu, svědčí vznik těchto institucí jako pokusu problematiku vyřešit. V užším slova smyslu vznikl na základě společenské objednávky systém, jehož smysl a účel značně ovlivnil pozdější politiku institucionální léčby v Evropě a přispěl tak rovněž k pozdějšímu institucionálnímu prohloubení společenského vyloučení postižených osob. Důležitým prvkem středověkého náhledu na duševně nemocné byla, obdobně jako v jiných historických údobích, řada kulturně a vývojově podmíněných předpokladů, mezi nimiž výrazně vystupuje sociální percepce ovlivněná náboženstvím. Tento koncept zahrnoval spojení duševně nemocného jedince s vyšší mocností, což byl, vzhledem k majoritnímu evropskému náboženství, zpravidla ďábel. Vliv této skutečnosti na dnešní stav je dále rozpracován v kap. 4.3.1.

V novověku dochází k výrazné společenské akceptaci duševních poruch jako sociálního a zdravotního problému. Na tomto základě dochází k tvorbě politik (s jasným internačním potenciálem) snažících se o řešení tohoto problému. Internace jak uvádí Foucault (1994) reagovala na ekonomickou krizi, která zasáhla celou tehdejší Evropu. Duševně nemocní byli prvotně umisťováni do identických zařízení jako tuláci a žebráci, taková praxe není v zásadě překvapující, vzhledem ke skutečnosti, že se obyvatelstvo chtělo zbavit nežádoucí ekonomické a sociální přítěže, kterou duševně handicapovaní jistě představovali. Podobné počínání je možné sledovat rovněž v moderní historii, kdy se např. na pozadí světové krize zapříčiněné druhou světovou válkou internovali osoby diagnostikované jako „patologické a duševně choré“. Vzhledem k zaměření této práce se jedná o významnou paralelu, která může sekundárně ovlivňovat rovněž míru systémové stigmatizace duševně nemocných v současné společnosti- jedním z možných mechanismů vzniku a prohloubení stigmatu v tomto kontextu je sociálně zakořeněná představa souvislosti duševní patologie a jiného sociálně negativního jevu, např. ekonomicky tíživé hospodářské situace s celkovým společenským dopadem. Přestože tento mechanismus není uspokojivě prokázán, řada autorů jej považuje za zásadní rovněž v otázce vývoje lidských práv.

Vacek (1996) vidí dále jako podstatnou a se současným vývojem psychiatrické péče související skutečnost, že v období novověku je péče o psychicky nemocné úzce spojena se vznikem tzv. špitálů, které neměly za úkol jen internovat, ale i léčit nedostatky mravního rázu. Špitály různého druhu vznikaly ve většině evropských zemí, v Německu byly nazývány „Zuchthäusern“ (výchovné domy), v Anglii pak „Houses of correction“ (nápravné domy). Jako významný odkaz je obzvláště v pozdějším období objevující se náznak všeobecných lidských práv¹³, který v interakci s konceptem léčebných institucí, ve kterých legitimně dochází k významné osobní perzekuci duševně nemocných, formuje v dalších údobích politiku léčby. Rovněž tento přístup lze paralelně sledovat v některých aspektech moderní psychiatrické léčby- např. střetávání práv a perzekuce je dobře sledovatelné v současné institucionální léčebné péči.

Foucault (1994) uvádí, že blázni jsou ve věku rozumu považováni za nejnižší formu lidství, hraničící s animalitou a zvířecostí. Podle toho je s nimi zacházeno, internační budovy se podobají spíše jakýmsi „lidským stájím“ ve kterých jsou spoutáni a uvězněni degradovaní příslušníci lidského rodu. Foucault (1994) dále zdůrazňuje, že osvícenství

¹³ Viz také Foucault (1994).

vidí v animalitě důkaz toho, že šílenec nemocný není. Právě animalita ho totiž chrání před vším, co je v něm křehké, zranitelné a nemocné. Rovněž dnešní názory na osoby duševně handicapované jsou typické některými předsudky obdobného charakteru¹⁴, tato skutečnost má přirozeně značný stigmatizační charakter a ovlivňuje nejen společenské vnímání systému psychiatrické péče, ale působí rovněž směrem vlivu společnosti na formování systému psychiatrické péče.

Idea internace se z novověku přenesla dále do pozdějších historických údobí, proto ji lze považovat za nejvýznamnější faktor ovlivňující moderní psychiatrickou péči. Následný vývoj v oblasti péče o duševně nemocné přinesl větší důraz na humánní zacházení a precizněji definované nozologické jednotky, nicméně idea zůstala v pozdějších obdobích v zásadě stejná. V zemích bývalého Rakousko-Uherska byla v průběhu devatenáctého století vytvořena síť specializovaných léčebných pracovišť, jež systémově určovala vývoj internační léčby v průběhu dvacátého století. Jako další významné prvky ovlivňující moderní systém institucionální léčby je třeba chápat Druhou světovou válku a koncept vývoje tzv. welfare state. Významným určujícím prvkem systému moderní léčby je kromě popsaných předpokladů rovněž rozvoj byrokracie Weberovského typu, který značně ovlivnil přístup lékařů včetně psychiatrů k léčbě jako předmětu byrokratických postupů (viz kap. 4.2). Keller (2005) v této souvislosti dodává, že organizace, v nichž probíhá léčba, jsou zvláště významným typem formálních institucí, které vykazují velkou míru stereotypu v schematizovaných formálních přístupech. Na tomto podkladě je tedy možné odvozovat, že ve spojení s tradičními historickými představami o psychických poruchách se schematický přístup k léčbě uplatňovaný ve formálních organizacích podílí na systémové stigmatizaci duševně nemocných.

4.1.2 DUŠEVNÍ PORUCHY VE SVĚTLE SPOLEČENSKÝCH ZMĚN

Zhruba v šedesátých letech dvacátého století se na základě společenských změn a prosazení určitého typu levicových ideálů, začaly v západní společnosti prosazovat názory, jež do dnes hlásají, že duševní poruchy jsou víceméně pouhými nálepkami, které používá majoritní společnost pokud se chce zbavit společensky nežádoucího jedince proti němuž nemůže uplatnit jiné sankční mechanismy. Psychiatrie je tedy dle

¹⁴ Viz také např. DEMA (2004).

tohoto konceptu sociální institucí sloužící k společenskému potlačení deviantního chování. Tento přístup odmítající objektivní existenci duševních poruch byl dle svého zaměření nazván antipsychiatrie.

V osmdesátých a devadesátých letech však byly antipsychiatrické pozice postupně oslabovány, neboť v důsledku prosazení těchto radikálních názorů do procesu implementace politik docházelo v některých zemích k nenapravitelným chybám v péči o duševně nemocné. Např. Pfeiffer (1995: 24) uvádí, že v důsledku antipsychiatrické vlny a souvisejícího uzavření některých italských klinik docházelo k propuštění mnohých psychiatrických pacientů a následnému „značnému přetížení“ společnosti. Psychicky postižení se nebyli schopni socializovat a často se stávali bezdomovci a žebráky.

Přestože antipsychiatrické proudy nepřinesly dostatečný efekt z pozice prokázání neexistence duševní patologie, poukázaly na skutečnost, že existují další obzvláště sociální aspekty duševních poruch, které je třeba respektovat. Majoritní společnost byla rovněž seznámena s nevyhovujícími podmínkami léčby v mnoha psychiatrických institucích. Tím mohl být odstartován proces deinstitucionalizace a destigmatizace psychiatrické péče, který je dodnes patrný v řadě západoevropských zemí.

Moderní psychiatrická léčba a tvorba příslušných oborových politik v ČR je antipsychiatrickými směry dotčena relativně málo. Klasická psychiatrická péče má v ČR dlouhou tradici, v období mezi roky 1945 a 1989 nedocházelo k žádným zásadním systémovým změnám. V roce 1989 v souvislosti se společenskými změnami začalo docházet pouze k pozvolným změnám v psychiatrické léčbě.¹⁵ „*Na začátku devadesátých let došlo k poměrně rychlé redukci psychiatrických lůžek o cca 12%; tento trend již nadále nepokračuje.*“ (Pfeiffer a kol., 2004b)

Zásadní zvrát přinesla systémová změna financování zdravotnictví, v jejímž rámci přešlo provozní financování léčeben na nového aktéra zdravotní politiky- zdravotní pojišťovny. Tento aktér přirozeně vstoupil na pole zdravotní péče a tvorby relevantních politik se svými specifickými zájmy (viz kap. 6).

Systémově se většina léčeben změnila z rozpočtové na příspěvkové organizace, financované zdravotními pojišťovnami podle počtu ošetrovacích dnů pojištěných pacientů. Přestože byla v léčebnách ve velkém rozsahu poskytována akutní péče, dětská lůžková psychiatrická péče a péče na interních odděleních, vše bylo hrazeno podle jediné položky seznamů výkonů- „ošetřovací den v psychiatrické léčebně“, jejíž

¹⁵ Právě v tomto období zaznívají ojedinělé antipsychiatrické požadavky.

finanční hodnota se řadu let neměnila, ačkoli významně rostly osobní výdaje. Dále stagnovaly rovněž úhrady za režijní náklady. Pod tlakem obchodních zájmů a při nedostatku vlastních zdrojů byla velká část služeb v léčebnách převedena na externí dodavatele (Tichý, 2007).

Právě externí dodavatelé služeb a další ekonomicky aktivní subjekty vystupují v průběhu devadesátých let jako další aktér v péči o duševně nemocné, přirozeně hájí své zájmy obzvláště na poli ekonomickém. Snaha o udržení příjmu z poskytování služeb v psychiatrických léčebnách vedla a vede aktéry tohoto typu k vyvíjení tlaku na zachování co největší míry institucionální péče v rámci systému psychiatrické léčby, situace tedy inhibuje změny v systémové stigmatizaci. V této souvislosti tedy dochází k marginalizaci přirozených nároků pacientů a dalších aktérů obzvláště z řad nestátních neziskových organizací (NNO), kteří nedokáží vyvinout natolik silnou lobbistickou aktivitu.

4.1.3 PSYCHIATRICKÁ PÉČE A VSTUP ČR DO EVROPSKÉ UNIE- PŘÍLEŽITOST?

V roce květnu 2004 vstoupila ČR do EU, v rámci přístupového procesu byla vyjednáвана řada podmínek, které ovlivňují rovněž institucionální rámec zdravotní péče, včetně psychiatrické péče.

Vstup ČR do EU bývá často označován jako historický mezník, který včleňuje ČR do společenství vývojově a kulturně nejvyspělejších zemí světa. Vliv vstupu do EU se v ČR objevil v řadě oblastí a vliv jednotné politiky EU zasáhl, jak již bylo řečeno rovněž do oblasti psychiatrie. Přesto není bohužel možné označit vstup ČR do EU v problematice psychiatrické péče jako zlomový bod, který by odstartoval výraznou humanizaci a modernizaci psychiatrické péče jako předpokladu úspěšného boje se systémovou stigmatizací. Z hlediska sledování vývoje trendů lze tuto skutečnost demonstrovat např. na nedostatečné deinstitucionalizaci psychiatrické péče, která se paradoxně rokem vstupu ČR do EU výrazně zpomalila.

Vliv vstupu ČR do EU na psychiatrickou péči a oblast stigmatu je celkem obtížně vysledovatelný, přesto je vhodné alespoň rámcově uvést základní oblasti, které byly vstupem dotčeny:

- 1) Lidská práva- Oblast lidských práv je v rámci EU ústředním tématem, který je řešen převážně v trojúhelníku Evropská komise, Rada EU, Evropská rada. Je velmi pravděpodobné, že tlaky ze strany EU na humanizaci psychiatrické léčby budou v budoucnu ještě výraznější. Přestože lidská práva jsou zmiňována v souvislosti se členstvím ČR v EU relativně často, je hodnocení vlivu členství na otázku lidských práv nejednoznačné.

Jako významný dokument související se vstupem ČR do EU se na poli lidsko-právním jeví Charta základních práv Evropské unie, která celkem jasně definuje problematické oblasti (např. Článek č. 8 – Právo na svobodu). Jako zásadní se ovšem jeví skutečnost, že se nejedná o tzv. pramen práva a tudíž není pro ČR závazná.

Akcentace lidských práv je v souvislosti se vstupem ČR do EU vysledovatelná již v ratifikaci Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, jež byla ČR (ČSFR) ratifikována roku 1992. Otázka problematických oblastí souvisejících s psychiatrií je v rámci úmluvy zvýrazněna článkem č. 5, podle něhož nesmí být nikdo zbaven svobody, pokud tak není jasně stanoveno zákonem. Dodržování principů Úmluvy je sledováno Evropskou komisí a Evropským soudem pro lidská práva, který ve své judikatuře mimo jiné vymezuje, že termín duševně nemocná osoba nelze „aplikovat na jednotlivce pouze proto, že zastávají názory nebo jednají způsobem pokládaným za odchylovající se od norem určité společnosti“ (Čapek 2002: 53). Takovéto vymezení tedy zavazuje ratifikující země k jasnému směru v přístupu k problematice psychiatrických poruch v soudnictví a deklarativně omezuje výše diskutované možnosti zneužití psychiatrie.

Jako pozitivní se v souvislosti s ratifikací výše zmíněné Úmluvy a dalšími mechanismy EU jeví každoroční zpracování Zprávy o lidských právech, která je zpracovávána sekretariátem Rady vlády ČR pro lidská práva. Periodicky je v těchto Zprávách řešena rovněž otázka psychiatrické péče (např. v roce 2007 byla dominujícím tématem omezující léčba).

- 2) Financování zdravotnické péče ze strukturálních fondů- Po vstupu do evropské unie získala ČR nové možnosti v čerpání finančních zdrojů v závislosti na strukturální politice Evropské unie. Toto financování probíhá prostřednictvím systému tzv. operačních programů. Přesto již počátkem devadesátých let bylo zřejmé, že oblast psychiatrické péče institucionálního charakteru vykazuje značné nedostatky v infrastruktuře poskytované péče (viz zmiňované nedostatečně prostorové zajištění

péče), nebyla oblast zdravotnictví zařazena mezi priority ve zkráceném programovacím období mezi lety 2004-2006. Nezařazení sektoru zdravotnictví do plánu čerpání strukturálních fondů je zarážející zvláště s ohledem na skutečnost, že alokované finanční prostředky tohoto programovacího období nebyla schopna ČR schopna v ostatních oblastech včas vyčerpat.

Situace čerpání v programovacím období 2007-2013 již vypadá pro zdravotnictví lépe. Přestože stále neexistuje v ČR specifický dotační titul pro oblast zdravotnictví, který vznikl např. na Slovensku, existuje řada možností financování sektoru zdravotnictví pomocí strukturálních fondů. Z hlediska alokovaných prostředků je nejvýznamnějším dotačním titulem Integrovaný operační program (IOP), který v prioritní ose 3, oblasti intervence 3.2 – Služby v oblasti veřejného zdraví, intervenuje do sektoru zdravotnictví. Bohužel oblast psychiatrické péče není v rámci dotačního titulu uspokojivě ošetřena. Jako pravděpodobně jediná možnost IOP využitelná pro modernizaci psychiatrické péče je oblast podpory standardizace péče, která je dlouhodobě nedostatečně řešena (viz kap. 4.2).

Odlišné možnosti nabízí Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost (OPLZZ), který umožňuje podporu do oblasti vzdělávání lékařů (viz dále). Přestože je dopad obou dotačních titulů charakterizován jako synergický, je synergie dopadu pouze obtížně kvantifikovatelná (viz dále).

- 3) Podpora vzdělávání a výzkumu- Podpora vzdělání a výzkumu je jednou z priorit evropského společenství. V této souvislosti je třeba zmínit Lisabonské zasedání, jež nastartovalo složitý mechanismus, který je nazýván Lisabonský proces. Podstatou lisabonského procesu, který ČR začala implementovat již před svým vstupem do EU, je do roku 2010 přeměnit EU v nejkonkurenceschopnější a nejdynamičtější znalostní ekonomiku. Jednou z cest k tomuto cíli je podpora společnosti založené na znalostech.

V rámci naplňování Lisabonské strategie byl v ČR koncipován rovněž výše zmíněný Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost. Konkrétní přínos tohoto dotačního titulu lze spatřovat v dotační podpoře specializačního vzdělávání lékařů, které bylo rovněž systémově pozměněno na základě vstupu ČR do EU a požadované kompatibility vzdělávání. Tato kompatibilita byla zajištěna zvláště zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání

způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Vstup ČR do EU otevřel rovněž řadu nových možností ve financování výzkumu. Oblast psychiatrické péče se od roku 2004 může ucházet o dotační podporu v rámci tzv. komunitárních programů. Jednu z alternativ podpory výzkumu, mezi lety 2007-2013, představuje rovněž investičně zaměřený Operační program Vzdělávání pro konkurenceschopnost, podpora konkrétním projektů v oblasti psychiatrie se však nejvíce příliš pravděpodobná.

- 4) Strategické dokumenty- Vstupem do EU se ČR zavázala plnit řadu strategií, které souvisí rovněž s psychiatrickou léčbou, kromě obecné problematiky lidských práv (viz výše) se jedná o strategie, které mají vést k postupné humanizaci psychiatrické léčby. Jako výrazně problematické se však jeví konkrétní plnění daných strategií na národní úrovni, za doklad může sloužit české zpracování strategie Zdraví 21, které doposud vykazuje pouze minimální míru implementace (otázka strategických dokumentů je široce řešena v kap. 5).

4.2 CHARAKTERISTIKA STÁVAJÍCÍ SITUACE V LÉČBĚ PSYCHIATRICKÝCH PORUCH V ČR V KONTEXTU MODERNÍCH VÝVOJOVÝCH TRENDŮ

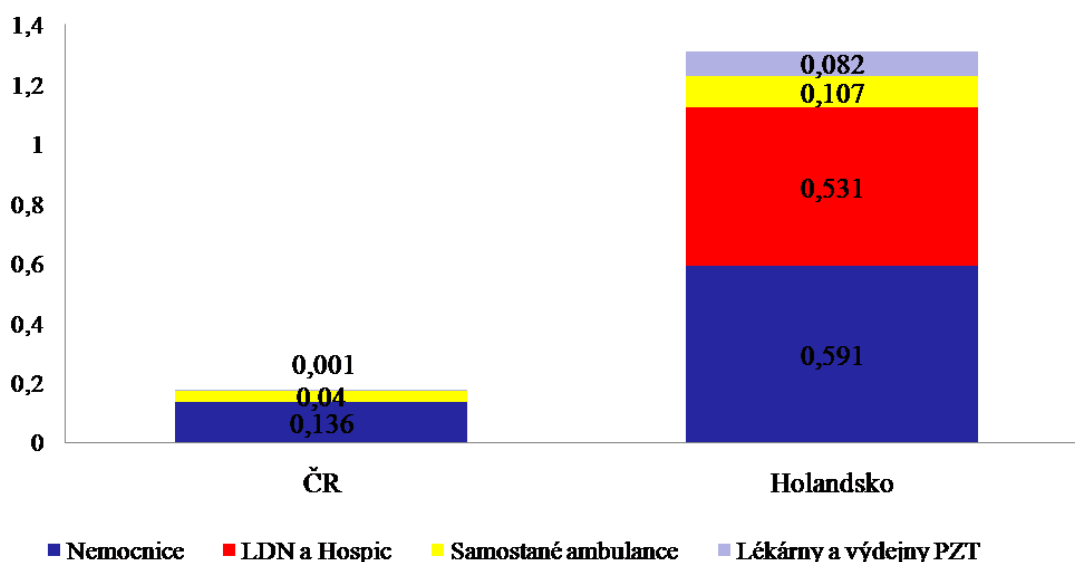
4.2.1 ZNAKY A DETERMINANTY SOUČASNÉ LÉČBY

Stávající situace v psychiatrické péči přirozeně odráží vývojové determinanty. Jak vyplynulo z mapování stavu péče o duševně nemocné ČR, současný způsob poskytování péče často nezaručuje dostatečnou lidskou důstojnost, ochranu a respekt práv osob se závažným duševním onemocněním a nevytváří dostatečné podmínky pro jejich integraci do společnosti (Pfeiffer a kol., 2004b). Pokračuje tedy stav, kdy jsou vážně duševně nemocní lidé uzavřeni v komunitě či společensky exkludováni pobytem v lůžkových psychiatrických zařízeních institucionálního typu (zvláště psychiatrických léčebnách).

Typickým znakem současné sítě péče je, že velká část lidských a finančních zdrojů je vázána v psychiatrických léčebnách, které slouží zároveň jak pro akutní, tak pro následnou péči (Pfeiffer a kol., 2004b). Obecně tvoří výdaje na psychiatrickou péči v ČR přibližně 3 % z výdajů na zdravotnictví, přičemž průměr Evropské unie činí

přibližně 8 % (ČAPZ, 2007). Při srovnání s podobně vyspělými zeměmi je tedy péče o duševně nemocné v ČR podhodnocena a tato skutečnost má významný vliv na rozvoj stigmatizace (viz dále). „Zatímco např. v Holandsku vynakládají přes jedno procento HDP a náklady jsou relativně rovnoměrně rozprostřeny mezi jednotlivé typy poskytovatelů, v ČR činí výdaje na tuto skupinu onemocnění pouze 0,178 % HDP.“ (Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví ČR, 2008: 153)

Graf č. 1 Výdaje na duševní onemocnění (% HDP)



Pramen: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví ČR (2008: 154)

Psychiatrické léčebny klasického institucionálního typu jsou celosvětově označovány jako nevyhovující modernímu poskytování péče o duševně nemocné. Přes tuto skutečnost nedochází k významné redukci tohoto institucionálního typu léčby. Dostupné informace ukazují, že trend snižování počtu psychiatrických lůžek se v ČR prakticky zastavil, v jistých oblastech péče lze zaznamenat mírný nárůst počtu lůžek. David (2008: 107) v této souvislosti vidí jako podstatné ekonomické důvody a uvádí, že „...asi pětinu lůžkové kapacity v ČR tvoří klidní chroničtí nemocní, kteří by měli být ve speciálním pobytovém zařízení nebo v domácí péči. Náklady léčení na péči o ně jsou nižší než úhrady od pojišťoven, což pomáhá udržet vyrovnaný rozpočet psychiatrických léčení při vyšších nákladech u ostatních kategorií nemocných.“

V roce 2006 zajišťovalo psychiatrickou péči 31 psychiatrických oddělení nemocnic s celkem 1 420 lůžky, pro dětské pacienty byla vyčleněna 4 oddělení se 119 lůžky. Dále psychiatrickou péči zajišťovalo 17 psychiatrických léčen pro dospělé s 9 442 lůžky a

3 psychiatrické léčebny pro děti s 320 lůžky. V přepočtu na 10 tisíc obyvatel připadlo téměř 1,4 lůžka na psychiatrických odděleních a 9,5 lůžka v psychiatrických léčebnách (ÚZIS ČR, 2007). V zemích s nejrozvinutějšími systémy péče o duševní zdraví (např. Dánsko) je počet lůžek nižší, zhruba poloviční.¹⁶

Tabulka č. 2 **Psychiatrické léčebny**

Rok	Počet					
	léčebny	z toho pro děti	lůžka	z toho pro děti	lékařských míst	z toho pro děti
1995	21	5	10 366	485	429,76	20,6
1996	21	5	10 281	475	427,84	18,9
1997	21	5	10 186	405	442,12	19,49
1998	20	4	10 059	358	447,06	13,95
1999	20	4	10 007	358	456,35	15,19
2000	21	4	10 075	358	455,45	14,99
2001	21	4	10 139	368	461,36	9,69
2002	21	4	10 045	368	464,84	11,8
2003	21	4	9 977	368	487,14	11,62
2004	21	4	9 951	368	494,95	14,53
2005	20	3	9 858	320	510,32	13,94
2006	20	3	9 762	320	539,83	14,39

Pramen: ÚZIS ČR (2007)

Tabulka č. 3 **Psychiatrická oddělení nemocnic**

Rok	Počet lůžek		
	na 10000 obyvatel	na 1 lékaře	% z pacientů nemocnic
1995	1,4	10,9	1,9
1996	1,4	10,9	2
1997	1,3	10,7	1,9
1998	1,6	11	2,2
1999	1,6	11	2,3
2000	1,5	11	2,3
2001	1,5	10,9	2,3
2002	1,5	10,8	2,3
2003	1,5	10,4	2,3
2004	1,5	10,7	2,3
2005	1,4	10,7	2,3
2006	1,4	10,8	2,2

Pramen: ÚZIS ČR (2007)

Další důležitou skutečností je absence globálních standardů kvality psychiatrických služeb (zvláště provozních) a to obzvláště v návaznosti na stáří a prostorové možnosti budov určených k lůžkové léčbě v psychiatrických léčebnách. V současnosti existuje řada standardů upravující dílčí oblasti psychiatrie určených odbornou společností,

¹⁶ Viz WHO (2005).

systemové standardy upravující zvláště provoz psychiatrické péče po vzoru sociálních služeb však stále chybí¹⁷. Zavedení standardů po vzoru sociálních služeb, s cílem integrovat pacienta do společnosti a co nejméně jej „marginalizovat v komunitě“, může přinést značné pokroky ve smyslu snižování systematické stigmatizující zátěže. Přestože obzvláště z řad NNO zaznívají stále častěji požadavky na uzákonění globálních standardů péče, při aplikaci Jenkinsonova modelu politického cyklu, je tato problematika (podobně jako požadavek na snížení počtu psychiatrických lůžek) v současnosti zařaditelná do fáze tzv. „iniciace“, tj. není v rámci tohoto cyklu a příslušných politik implementována.¹⁸ Jednou z výjimek, kde je proces zavádění procesních standardů dokončen je Psychiatrická léčebna Horní Bečkovice. Z tamní praxe vyplývá, že platnost provozních standardů napomáhá integraci pacientů a zvyšuje kvalitu péče.

Součástí sítě služeb pro duševně handicapované jsou vedle ambulantní péče, intermediární péče a krizových center rovněž ústavy sociální péče (ÚSP). Přes skutečnost, že v ÚSP tvoří klientelu rovněž pacienti s psychiatrickými diagnózami, nevede se v ÚSP centralizovaná statistika počtu a diagnóz psychiatrických pacientů. Tato skutečnost je rovněž zatížena povinným dodržováním standardů sociálních služeb, které mají poskytovatelé služeb dodržovat od roku 2007. ÚSP přesto poskytují péči nekonceptně bez programů zacílených na návrat do společnosti či destigmatizaci pacientů. Tato nekonceptnost tedy sekundárně rozvíjí negativní stigmatizaci duševně nemocných.

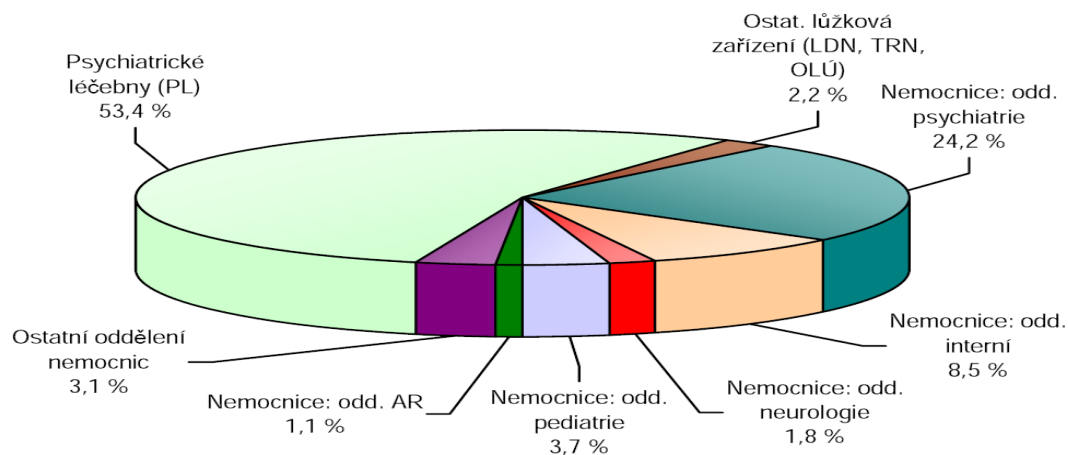
V poslední době vzrůstá počet komunitních sociorehabilitačních zařízení. Zařízení tohoto typu jsou prokazatelně levnější a efektivnější z hlediska nákladovosti (Půbal a kol., 2004). Přesto neexistuje výraznější konsensus mezi poskytovateli péče a dalšími aktéry k podpoře tohoto typu péče. Výsledky studie EDEN dokonce prokazují, že pacienti léčení formou denního stacionáře dosahují statisticky vyšší subjektivní kvality života, než pacienti hospitalizovaní (Kitzlerová a kol., 2004). Tento předpoklad je nutný jak pro snížení samostigmatizace, tak celkové systémové stigmatizace duševně nemocných (viz kap. 3.6, 3.4). Provoz tohoto typu péče zajišťují v převážné míře neziskové organizace různého typu a jako takové vystupují coby stále významnější aktér v péči o duševně nemocné. Vzhledem k neexistenci statistických údajů o léčbě tohoto

¹⁷ Koncepce standardizace psychiatrické péče po vzoru standardů sociálních služeb, kde jsou standardy děleny na procedurální, personální a provozní, může přinést modernizaci a konsolidaci psychiatrické péče, tím pádem může přispět k snižování systémové stigmatizace.

¹⁸ Srov. např. Potůček, Vass, Kotlas, 2005.

typu však není možné jednotlivé modely péče srovnat. Přesto, jak vyplývá z níže znázorněného grafu, je zřejmé, že dominujícím systémem léčby je stále psychiatrická péče ústavního typu, nevhodnost tohoto druhu léčby na stigmatizační proces je zřejmá.

Graf č. 2 Přehled hospitalizovaných ve všech zdravotnických lůžkových zařízeních na diagnózy F00–F99



Pramen: ÚZIS ČR (2007)

Tvorba sítě psychiatrických služeb je dynamickým procesem, stav této sítě závisí mimo jiné na tom, ve které fázi vývoje se daná země nachází, stanovení vývojového stupně zároveň umožňuje určit budoucí vývoj, respektive definovat další potřebné kroky (Pfeiffer a kol., 2004b). Systém sítě psychiatrických služeb rovněž odráží přirozený vývoj společnosti a její epistémé, v tomto bodě souvisí vývoj psychiatrických služeb se specifickými kulturně antropologickými koncepty. V zásadě můžeme identifikovat tři základní fáze vývoje, viz tabulka č. 4.

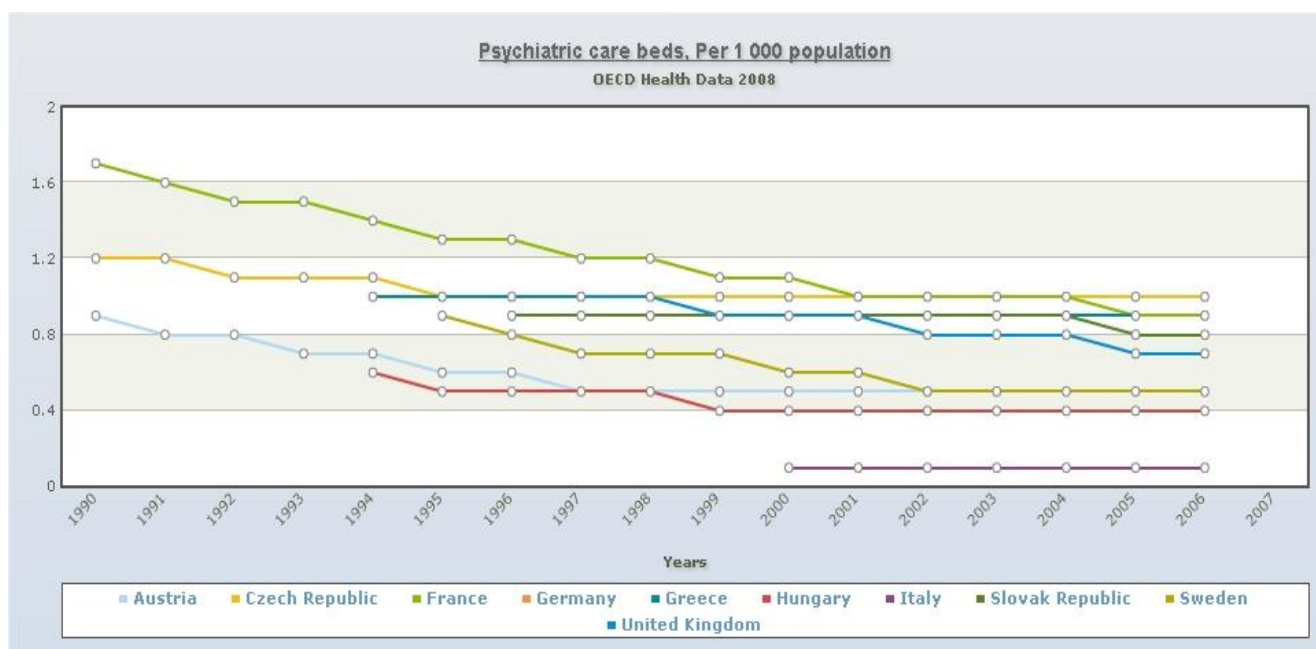
Tabulka č. 4 Vývojové fáze tvorby psychiatrických služeb

<i>Tvorba velkých institucí</i>	<i>Redukce institucí</i>	<i>Vyváženost lůžkové a Mimolůžkové péče</i>
Rozvoj počtu lůžek ve velkých institucích	Rušení velkých institucí	Instituce plně nahrazeny menšími zařízeními
Nedostatečná role rodiny	Snižování počtu lůžek	Akutní lůžka ve všeobecných nemocnicích
Většina investic směřuje do institucí	Zvyšování role rodiny	Silná podpora rodiny
Profesionálové jsou především doktoři a sestry	Investice do mimonemocničních Služeb	Mnoha-zdrojová podpora komunitního systému
Nediferencovaný přístup k pacientům	Pestřejší škála profesí	Nové profese v komun. Službách
Dominance kontroly symptomů	Individuální přístup k pacientům, kontrola léčby psychofarmaky	Rovnováha mezi kontrolou a nezávislostí pacientna

Pramen: Pfeiffer a kol. (2004b)

V porovnání stavu péče o duševně nemocné v ČR se světovými trendy (viz níže) vyplývá, že stav péče o duševně nemocné je v ČR v počáteční fázi „redukce institucí“. Jako určující pro přechod do další fáze se jeví přetrvávající velký počet „velkých institucí“ a neschopnost snižovat počet lůžek. V souvislosti s realistickým vývojem v ČR se rovněž jeví jako významná nedostatečná transformace lůžek z psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení nemocnic.

Graf č. 3 Psychiatrická lůžka: Mezinárodní srovnání



Pramen: OECD (2008)

Přestože mezinárodní srovnání v počtu psychiatrických lůžek je ztíženo skutečností, že systémy psychiatrické péče jsou vzájemně leckdy neporovnatelné, je zřejmé, že ze světových trendů, které se v ČR pouze pomalu prosazují je velmi významná deinstitucionalizace a na ní navazující služby. McDaid, Thornicroft (2005) uvádějí, že zatímco prakticky ve všech západoevropských zemích došlo k podstatné deinstitucionalizaci již v osmdesátých letech, většina východoevropských států pokračuje v tomto trendu pouze pozvolna. Právě historicky podmíněná a přetrvávající „velká institucionalizace“ léčby v ČR je historickým výsledkem nevhodných preferencí při tvorbě a implementaci relevantních politik a jako taková se podílí na současném stavu v oblasti kvality života duševně nemocných.

4.2.2 KOMUNITNÍ PÉČE

Proces postupného snižování míry systémové stigmatizace je přímo závislý na formách a systémech primární psychiatrické léčby. V rámci formování a implementace politik je z tohoto důvodu potřebné definovat alternativní způsoby péče o psychicky nemocné.

Nejčastěji se v souvislosti s alternativní léčbou a destigmatizačním procesem hovoří o komunitní péči. Komunitní péče je souborem různých druhů služeb a mechanismů, které mají značně individuální charakter a posilují sociální začleňování klientů. Tato skutečnost je významná při snižování stigmatu duševně nemocných. Základní prvky komunitní péče odrážejí široké spektrum alternativních léčebně-sociálních služeb, jedná se především o krizové služby a domácí léčbu (např. linky důvěry, krizová lůžka), denní stacionáře a denní centra, pracovní podporu (např. chráněné dílny), podporu v bydlení a v oblasti svépomoci (např. sociálně právní poradenství).

Význam komunitní péče lze spatřovat v přímé podpoře nemocného jedince v komunitě. Šupa (2006) se na základě několikaletého výzkumu domnívá, že komunitní péče zlepšuje sociální vztahy pacientů a okolí mnohem více, než klasická psychiatrická léčba institucionálního typu. Zlepšení sociálních vztahů je zjevným předpokladem odstranění předsudků a snížení míry stigmatizace obecně, v konceptu systémové stigmatizace tato skutečnost platí dvojnásob. Přes zřejmou výhodu komunitní péče však existují stále určité nejasnosti. McDaid a Thornicroft (2005) poukazují na skutečnost, že v současnosti není prokázáno, že by sama dlouhodobá institucionální péče či pouze komunitní péče byly adekvátní a dostačující, z tohoto důvodu je vhodná rovnováha mezi oběma systémy péče.

Jak již bylo řečeno, novější výzkumy prokazují rovněž menší nákladovost a větší efektivitu v poskytování komunitních služeb. Jako zarážející se v systému současné péče tedy jeví nedostatečné prosazení komunitních služeb. Přes deklarovanou strategickou podporu (např. Koncepce oboru psychiatrie), nedochází k výraznější institucionální podpoře provázanosti komunitní a institucionální péče. V některých regionech dokonce dochází k redukci služeb doprovázejících komunitní péči, tuto situaci můžeme sledovat např. v Praze (zrušení celodenního provozu Centra krizové intervence PLB v roce 2007) či olomouckém kraji (zrušení dvou telefonických krizových služeb v roce 2007).

4.2.3 PŘEDPOKLADY ZMĚN V PSYCHIATRICKÉ PÉČI- DESTIGMATIZAČNÍ SYSTÉMOVÉ PŘEDPOKLADY

Statistické údaje dokazují, že v ČR nedochází k výraznému posunu v redukci počtu psychiatrických zařízení klasického typu. Redukci léčebných institucí (lůžek) lze ve spojení se změnou systému léčby považovat za jeden z dílčích předpokladů snížení míry systémové stigmatizace psychiatrických pacientů. Z tohoto hlediska lze v ČR vnímat jako nedostatečné prosazení jak komunitní péče, tak ambulantní péče. Z reprezentativního průzkumu provedeného v rámci implementace koncepce psychiatrie vyplývá, že mezi zásadní problémy zapojení ambulantní péče jako alternativy lůžkové péče zařazují psychiatři tyto oblasti:

- 1) Nedostatečné prosazení komunitních služeb a s ním související nedostatečný počet odborně vzdělaných pracovníků schopných poskytovat tyto služby.
- 2) Nedostatek času na pacient v ambulantním procesu z hlediska ekonomického.
- 3) Dlouhé čekací lhůty a doby na objednání v ambulantní péči.
- 4) Absence metodického algoritmu, kterým se pacienti zapojují do komunitní péče.
- 5) Psychiatrické ambulance jsou limitovány revizní činností zdravotních pojišťoven a nejasnými podmínkami úhrad. (Raiter a kol., 2004)

Z uvedeného přehledu je zřejmé, že psychiatři rovněž vnímají nedostatečné prosazení komunitních služeb. Za povšimnutí stojí skutečnost, že tyto profesionálové již neuvádějí jako problematické nedostatečné prosazení organizací poskytující alternativní léčbu- tj. rovněž poskytovatelů komunitní péče z řad NNO. V tomto směru tedy lze předpokládat, že psychiatři lékaři, obzvláště ti, kteří jsou zaměstnáni v institucionální péči stále zastávají rozporuplný postoj. Pokud bychom generalizovali, je možné předpokládat, že psychiatři lékaři vnímají prosazení jiných alternativních poskytovatelů péče jako ohrožení a nepodporují tedy jejich větší prosazení na „trhu“ poskytovatelů služeb. Jedním z možných důvodů může být rovněž řada benefitů plynoucích z preskripce konkrétních skupin léků. Všechny tyto faktory jsou provázány a mohou představovat významné překážky v destigmatizačním procesu.

Proces snižování počtu lůžek je zjevně zatížen malou ochotou poskytovatelů institucionální péče k podpoře tohoto procesu. Šupa (2006) uvádí několik důvodů proč

zástupci psychiatrických zařízení vnímají nepříjemně redukci lůžek a proces transformace:

- 1) Finanční- zástupci velkých psychiatrických zařízení mají obavy, že se už tak špatné financování psychiatrických zařízení ještě zhorší;
- 2) Historické- velká psychiatrická zařízení mají dlouhou historii, jedná se o systém, který je velký, zakonzervovaný a může hůře přijímat změny;
- 3) Příklady špatné praxe- existují důkazy o tom, že příliš rychlá transformace léčeben při nedostatečně vybudované následné péči a sociálních služeb přinesla negativní dopady (Itálie 80tá léta, proces deinstitucionalizace v USA);
- 4) Nedůvěra- zástupci zařízení nedůvěřují kvalitě mimonemocniční péči, domnívají se, že tyto služby nezvládnou krize a bude vždy nutná hospitalizace.

Jako významná se v souvislosti s destigmatizací, respektive vlastní systémovou stigmatizací jeví rovněž problematika lidských práv, která mohou být ve střetu s ekonomickými zájmy a negativními předsudky poskytovatelů služeb marginalizována. Přístup zástupců tradiční institucionální léčby je tedy také zatížen specificky vytvořeným stigmatizujícím přístupem k psychiatricky nemocným a působí negativně na vývoj v systémové stigmatizaci psychiatricky nemocných.

Problematika porušování lidských práv v institucionální léčbě klasického typu jako jeden z dílčích předpokladů systémové stigmatizace psychiatricky nemocných má hlubší historické předpoklady. Přes nesporné snahy konsolidovat tuto situaci (např. pomocí strategických dokumentů (viz kap. 5.1), existují stále v české republice značné nedostatky. Vedle nedávné diskuse o účelnosti omezovacích prostředků typu klecových lůžek existuje řada dalších problematických oblastí.

Významná zjištění a nedostatky v dodržování lidských práv psychiatrických pacientů přineslo např. šetření APEL. Jedná se především o nedostatek kontroly dodržování práv v psychiatrických zařízeních, neoznámení nedobrovolného přijetí v zákonem stanovené lhůtě¹⁹, odebírání osobních dokladů²⁰, nedostatek odborně vyškoleného personálu a vnímanou neochotu ukázat pacientům jejich zdravotní dokumentaci. Dále se prokázalo, že pacienti rovněž vnímají nedostatek písemných materiálů o svých právech. Tyto informace mají být dle personálu poskytovány na dotaz (CMHCD, 2003).

¹⁹ Jedná se především o porušení zákona 20/1966 Sb., péči a zdraví lidu.

²⁰ Jedná se především o porušení zákona 328/1999 Sb., o občanských průkazech.

Jednou z důležitých podmínek snížení stigmatizace je znalost podstaty poruchy a vlastní diagnózy, z tohoto hlediska se jeví jako podstatné poskytování příslušných informací psychiatrickým pacientům. Přestože informovanost o nemoci může významně přispět ke snížení míry samostigmatu duševně nemocných je možnost nahlížení pacientů do lékařských záznamů vnímána rovněž ambulantními psychiatry značně negativně.²¹

Přes posun v oblasti lidských práv, který lze zaznamenat během posledních let a určitý mediální tlak na tuto oblast, je zřejmé, že pokud nedojde ke konsolidaci lidských práv v psychiatrické léčbě jako celku, ambulantní léčbu nevyjímaje, bude cesta ke snížení systémové míry stigmatizace značně ztížena.

4.3 SPOLEČNOST A PSYCHIATRICKY NEMOCNÝ

4.3.1 OBECNÉ SPOLEČENSKÉ PŘEDPOKLADY SYSTÉMOVÉ STIGMATIZACE

Současná společnost je zatížena řadou předsudků vůči vážně psychicky nemocným lidem, často se hovoří o tom, že sociální status duševně nemocných lidí je srovnatelný např. se statutem HIV pozitivních.

Systém psychiatrické péče lze ze sociologického hlediska považovat za výsledek historických preferencí, jež systematizovaly psychiatrickou léčbu primárně jako prostředek procesu společenského vyrovnání se s jistým druhem deviace. Tento proces v průběhu času alokoval společensky nejvýznamnější část péče o psychicky nemocné do silně formalizovaného systému institucí. Z hlediska weberovského typu organizace se v případě psychiatrických léčení jedná o značně formální instituce, které jsou ovlivňovány společností, ale zároveň sami společnost ovlivňují. Keller (2005: 91) uvádí, že *„chod příslušných formálních organizací se stal určujícím pro rytmus života moderních společností v podobné míře, v jaké byl chod společností tradičních určován rytmem přírody“*. V rámci tohoto mechanismu tedy nacházíme prostor pro vznik fenoménu systémové stigmatizace.

S problematikou formální organizace psychiatrické léčby souvisí řada dalších aspektů, jedním z nich je společenská prezentace psychiatrické péče. Mediálně známé prostředí klasických psychiatrických léčení jako vnímaný prostředek hlavního léčebného systému psychických poruch rovněž přispívá významným dílem k vytváření

²¹ Viz též Raiter a kol. (2004).

předsudku a negativně působí na proces systémové stigmatizace- je jeho nedílnou součástí vedle vlastního systému léčby. Veřejnost tedy vnímá oblast duševních poruch jako něco značně patologického a vytváří si na základě vnímaného obrazu duševních poruch, vývoje léčebných prostředků a epistémy vlastní strukturu postojů a hodnotových schémat. Baudiš a Libiger (2002) uvádějí, že mezi nejrozšířenější předsudky o psychiatrii patří:

- 1) duševní choroby jsou neléčitelné;
- 2) duševní poruchy jsou vesměs vrozené;
- 3) schizofrenie je chronické duševní onemocnění končící rozvratem celého života;
- 4) chování člověka s duševní poruchou je nepředvídatelné a násilné;
- 5) hlavní příčinou duševních poruch jsou psychologické vlivy a přepracování;
- 6) psychiatrické léky jsou návykové a mají neblahé účinky;
- 7) podíl toxických vlivů (alkohol, drogy) je bagatelizován;
- 8) kdo přišel jednou do kontaktu s psychiatrií je poznamenán.

Jedním z významných činitelů při tvorbě předsudku bývá strach z něčeho neznámého (viz dále), duševní poruchy jsou stále pro většinu majoritní společnosti zatíženy velkou mírou neinformovanosti a stereotypním myšlením. Jako odůvodněná a účelná se tedy v tomto kontextu jeví podpora implementace politik zaměřených na destigmatizaci z hlediska informovanosti majoritní společnosti.

Chromý (1990) si v této souvislosti všímá častého laického názoru, že duševní poruchu dokáže každý snadno poznat. Lidé mnohdy považují za duševní poruchu pouze některý extrémní typ chování, odpovídající již zmíněnému stereotypu.

Ze specificky sociologického hlediska může nemoc znamenat sociální deviaci. V problematice duševních poruch to platí s ještě větším dopadem. Příčiny je nutno hledat ve vývoji celé lidské společnosti. Představy o vzniku a projevech duševních poruch byly až donedávna velmi různorodé, spojovacím bodem však byla představa duševní poruchy jako čehosi přesahujícího hranice přirozeného světa. Černoušek (1994) dokonce hovoří o „něčem mytickém a hraničícím s nadpřirozenem“.

Zhruba od počátku devatenáctého století se však v západních kulturách snižuje religiozita a dochází k prudkému rozvoji poznání, v souvislosti s tímto trendem dochází i k přehodnocení majoritního přístupu k duševním poruchám. Racionalizace je

samozejmě nejen v psychiatrii přínosem, společnost ovšem ztratila v souvislosti s pokrokem, jak se zdá, jisté duchovní hodnoty.

Ztráta tradičních duchovních hodnot, aniž by byla nahrazena jinými duchovními hodnotami, přinesla i ztrátu strachu a úcty před duševně nemocnými. Pokud dříve spočívala příčina duševní poruchy v nadpřirozenu, participoval na tomto statusu i sám postižený. Tím pádem byl i on sám předmětem jisté posvátné úcty coby představitel určitých nadpřirozených hodnot. Strach, který nemocní podstatou své nemoci vyvolávali, nutil majoritní společnost k přijetí různých ochranných opatření. Symbolicky docházelo k vyvrhování a vyčleňování psychicky nemocných ze společnosti (viz kap. 4.1.1), stále ale byly v pozadí tohoto jednání strach či úcta.

Vývoj přístupu k duševním chorobám z hlediska sociálně antropologického shrnuje níže uvedená tabulka.

Tabulka č. 5 Vývoj sociálních determinant duševních chorob

	<i>Historické údobí</i>	<i>Charakteristika</i>	<i>Sociální mechanismy</i>
<i>I. FÁZE</i>	Starověk	Existující respekt k duševně postiženým, neboť primárně byla psychická nemoc tzv. boží nemocí či jiným projevem nadpřirozených sil.	Primární adorace psychicky nemocných.
<i>II. FÁZE</i>	Středověk	Duševní porucha byla chápána jako projev posedlosti demony a ďábly. Strach, který šílenství vyvolávalo stavěl duševně nemocné do specifické pozice.	Vyčleňování, lodě, věže bláznů. Zároveň však povinná podpora putujícím.
<i>III. FÁZE</i>	Novověk	Duševní poruchy chápány jako mravní nedostatek- nejnižší forma lidství. Průnik filosofie jako náhražky mýtu a náboženství, případně jejich průnik.	Uvěznění, internační domy, fyzická perzekuce.
<i>IV. FÁZE</i>	Současnost	Ztráta víry, rozvoj poznání a stav společnosti přispívají ke ztrátě strachu před duševně nemocnými. Specifická postmoderní epistéma.	Stigma (systémová stigmatizace), sociální vyloučení, vyčleňování, ztráta exkluzivity.

Pramen: autor

Role psychicky nemocného je v současnosti odlišná od předchozích historických údobí, společnost stanovila nemocnému statut, který mu poskytuje ochranu, ale požaduje i jistou vlastní aktivitu subjektu při léčbě.²²

²² Viz např. Vágnerová, 2002.

Pokud nějaký systém poskytuje ochranu specificky znevýhodněné skupině, existuje vždy možnost zneužití systému. Možnost zneužití psychiatrie představuje v současné společnosti obtížně řešitelný společenský problém, který má značný negativní vliv na systémovou stigmatizaci duševně nemocných. Pokud tedy nebude psychiatrická léčba dostatečně kontrolovatelná širokou veřejností, bude vždy existovat množství otázek o odůvodněnosti této léčby. Pokud zároveň budou existovat nejasnosti o podstatě duševních poruch, bude celý systém přispívat k tvorbě systémového stigma.

Společnost může mít negativní vliv na systémovou stigmatizaci rovněž z opačného hlediska, pokud je systém ochrany aplikován opačným směrem. Tento koncept chápe duševní poruchy jako pouhé nálepky, které používá majoritní společnost, pokud se chce zbavit společensky problematického a nežádoucího jedince, proti kterému nemůže využít jiné sankce. Psychiatrie je tedy dle tohoto konceptu sociální institucí sloužící ke společenskému potlačení deviantního chování.

4.3.2 MEDIÁLNÍ ASPEKTY SYSTÉMOVÉ STIGMATIZACE PO ROCE 1989

Postoj médií k problematice duševních poruch byl před rokem 1989 poněkud odlišný od současného stavu. Janík (1987: 137-151) hodnotí informace o duševně postižených podávané tehdejší tiskem v ČSSR celkem pozitivně. Analýza sdělovacích prostředků provedená týměž autorem (1987: 144-157) ukázala několik faktů: vznik poruchy bývá nejčastěji vysvětlován katastrofami nebo úrazy hlavy v dětství a organickými poruchami, sdělovací prostředky v ČSSR používají ve srovnání s NSR málo odborných informací, ale zároveň se neuchylují k laickým vulgarismům a preferují popisy skutečnosti, tisk si k duševním poruchám zachovává neutrální postoje.

Po roce 1989 se otvírá a mění rovněž zdravotnický systém, to se projevuje také v obrazu duševních poruch představovaném médií. Pokud byla, jak dnes můžeme s jistým nadhledem posoudit, socialistická péče o duševně handicapované často prezentována médií jako neomylná, pak se v současné době setkáváme se zásadně větší pluralitou názorů. Jistě je správné, že se o některých problémech souvisejících s problematikou duševních poruch začalo hovořit více, neboť veřejnost má být informována i o negativních kontextech péče o duševně postižené, jako méně pozitivní je nutno nahlížet některé časté nedostatky v profesní etice informujících profesionálů. Jak uvádí Kusá a Ondrejka (2006), významným spolutvůrcem stigmatizace duševně

nemocných jsou média. Množství informací dostupných v tisku, televizi, rádiu a jiných médiích, které jsou tvůrci veřejného mínění, je zkreslených, částečně pravdivých či zaměřených na zviditelnění médií, nikoli na pomoc pacientům.

Současný přístup médií k duševním poruchám je často ovlivněn primárně ekonomickými faktory. Ve snaze zaujmout a zvýšit sledovanost média je tedy obzvláště u tzv. bulvárních médií jasná tendence skandalizovat a šokovat čtenáře. Obraz duševně postiženého popisovaného v těchto médiích nevypadá nijak pozitivně. Slovník a struktura mnoha příspěvků se oproti předchozímu období více přiblížila bulvárnímu modelu užívanému v západních zemích a nijak se nesnaží objektivně popsat průběh duševní choroby, ale pouze navodit jakousi démonickou představu o duševně nemocném. Často jsou bez základních odborných znalostí popisovány šokující případy násilí páchaného duševně nemocnými, často se v médiích vyskytují informace vytržené z kontextu či jinak zkreslené. Tento trend představuje velké nebezpečí pro vývoj vztahu společnosti k systémové stigmatizaci duševně nemocných.²³

Ne všechna média však přistupují k problematice duševních poruch a stigmatu. V jistém smyslu lze hovořit o určité dichotomii v poskytování informací o duševních chorobách- o dichotomním mediálním obraze psychiatricky nemocného. Na jedné straně stále převládá klasický obraz duševně nemocných, na straně druhé se začíná prosazovat rovněž díky advokačním aktivitám skutečný obraz duševních poruch. Některá periodika, obzvláště odborná, se pokoušejí přinášet objektivní pohled na duševní poruchy, tím působí pozitivně k vývoji realistických představ společnosti o duševně postižených a snižují míru stigmatizace.

Značný potenciál ke snížení stigmatizujícího obrazu duševně nemocných a konsolidaci realistických postojů společnosti k duševnímu zdraví slouží již zmiňovaná publikační činnost aktérů z řad NNO. Tato osvětová činnost je důležitá obzvláště u těch cílových skupin obyvatelstva, které jsou vystaveni každodennímu negativnímu a schematickému tlaku některých médií.

²³Jak uvádí Haškovcová (2002), tak v některých zemích (např. v Německu) platí takové publicistické zásady, které vyžadují, aby se ve zprávách o medicíně nepodávaly informace, které by vyvolaly nepodložené obavy nebo naděje veřejnosti. Dlužno však podotknout, že tyto zásady u nás zatím stále nejsou příliš obvyklé.

4.4 PRÁVNÍ RÁMEC

Tato kapitola má za účel představit základní právní úpravu v psychiatrické péči a primárně slouží k nastínění základních oblastí právního rámce ve vztahu k dvěma následujícím kapitolám.

Skutečnost, že je psychiatrická léčba zatížena vysokou mírou stigmatizace je obecně známým faktem spojeným rovněž s problematikou dodržování lidských práv. Obecně se tedy oblast stigmatizace dotýká rovněž právní úpravy jako specifické instituce fungující coby nástroj zdravotnické politiky. Přičemž právní úprava formuje jak vlastní postavení duševně handicapovaného ve společnosti, tak průběh léčby a léčebného procesu. Tyto základní předpoklady formují následně proces obecné systémové stigmatizace a přispívají k zhoršení či zlepšení společenského postavení psychiatricky nemocných.

4.4.1 ZÁKLADNÍ PRÁVNÍ ÚPRAVA VE VZTAHU K STIGMATU DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH

Základní právní úprava ve vztahu k stigmatu se týká obzvláště lidských práv a povinné léčby, všechny níže popsané oblasti přicházejí v úvahu při koncipování zvláštního zákona o duševním zdraví (viz dále). Oblastí práva vztahujících se k problematice duševních poruch je více, pro účely této práce je však nezbytné zmínit obzvláště ta, která se dotýkají výše popsaných oblastí determinujících systémovou stigmatizaci duševně nemocných.

Box 1- Základní právní úprava s předpokládaným vztahem ke stigmatizaci duševně nemocných

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon
Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním
Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád
Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník
Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
Zákon č. 71/1967 Sb., správní řád
Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních
Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava české republiky
Zákon č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím
Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Pramen: autor

V následujícím textu se pokusíme zohlednit základní problematické okruhy vyplývající z nejvýznamnější právní úpravy, které mají vztah k oblasti stigmatizace.

Pravděpodobně nejvýznamnější zákon nejen v psychiatrické péči, ale v oblasti zdravotnictví vůbec je zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Jako nejvíce problematická se v tomto zákoně jeví úprava týkající se držení osob proti jejich vůli dle § 23 odst. 4 zákona o péči o zdraví lidu, která tvoří přirozený regulační mechanismus v ochraně společnosti, na straně druhé může být za určitých podmínek zneužita:

„Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče,

a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,

b) jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo

c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,

d) jde-li o nosiče“ (zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu § 23 odst. 4).

Související problematickou oblastí vztahující se k psychiatrické léčbě je informovaný souhlas ve smyslu § 23 zákona o péči o zdraví lidu: *„Lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče.“* (zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu § 23 odst. 1). Vymezení informovaného souhlasu je pro potřeby psychiatrické péče nedostatečné a odborníci se shodují na tom, že je třeba tuto skutečnost změnit.²⁴ Dostatečně ošetřena není rovněž navazující otázka nedobrovolného vstupu pacienta do léčby: *„Převzetí nemocného bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče z důvodů uvedených v § 23 odst. 4 je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo.5) Převzetí se soudu neoznamuje, jestliže nemocný dodatečně ve lhůtě 24 hodin projevil souhlas s ústavní péčí.“* (zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu § 24). Ze současné praxe vyplývá, že na základě tohoto vymezení sice soud rozhoduje o nedobrovolném přijetí pacienta k léčbě, ale zároveň v drtivé většině případů přistupuje na návrh k nedobrovolné hospitalizaci. Dokladem formální úlohy soudu je skutečnost, že posouzení hospitalizace je v některých léčebnách prováděno pouze jedním soudcem

²⁴ Srov. Pfeiffer a kol. (2004b).

z místně příslušného soudu, který za rok rozhodne o stovkách případů nedobrovolné hospitalizace (CMHCD, 2003).

Od počátku devadesátých let se ozývají, zvláště ze strany NNO, hlasy požadující hlubší modernizaci této specifické právní úpravy. Významným pozitivním počinem, který dokládá hlubší společenský zájem o práva pacientů a souvisí nepřímo rovněž se snižováním stigmatizace je novelizace zákona, která v § 67b odst. 12 umožňuje mimo jiné pacientům nahlížet do zdravotnických dokumentů (dokumentace), pořizovat z nich opisy a nahlížet do dokumentů, dále je novelou umožněno informování pověřené osoby o průběhu léčby.

Ministerstvo zdravotnictví ČR deklarovalo v průběhu roku 2008 záměr nahradit doposud platný zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu novým zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Autoři právní úpravy uvádějí, že důvodem předložení věcného návrhu zákona je snaha o sladění a sjednocení řady souvisejících právních úprav.

Přes řadu sporných bodů, kterých se zákon týká, je vhodné zmínit, že v souvislosti se stigmatizací je nejvýznamnější oblastí navrhovaného zákona podpora práv pacienta, která by měla být aplikována v souladu s principy Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny a dalšími principy zohledňovanými ve státech EU. Vzhledem k výše zmiňovaným nedostatkům, týkajících se například provozních standardů zdravotní péče a dalších předpoklad možného dopadu zákona nejasný.²⁵

Významnými zákony jsou rovněž zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád a zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník. Tyto zákony souvisejí v oblasti detenčního řízení, opatrovnického řízení a způsobilostního řízení, přičemž občanský zákoník řeší zejména způsobilost k právním úkonům. Jako nedostatek této právní úpravy lze chápat nedostatečné kontrolní působnosti soudu v rámci detenčního řízení a používání omezujících prostředků. Je otázkou, nakolik přispěje vznik nových detenčních zařízení v roce 2009 k vývoji systémového stigmatu, lze předpokládat, že pokud nebude princip tohoto institutu dostatečně zdůvodněn a objasněn, bude vliv negativní. Dle názoru části odborné veřejnosti a aktérů z oblasti veřejné správy je však vznik zařízení tohoto typu nepostradatelný.

²⁵ V době zpracování této práce není jasné, zda zákon projede legislativním procesem a vstoupí v platnost. Přesto považujeme za důležité zákon zmínit.

Dalším významným zákonem je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který se přímo týká pouze sítě sociálních služeb, přesto souvisí rovněž s ústavní psychiatrickou léčbou²⁶. Důležitou novinkou, kterou zákon přinesl, jsou Standardy kvality sociálních služeb: „*Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.*“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 99 odst. 1). Jako významné se však jeví, že kvalitativně srovnatelná směrnice pro oblast psychiatrické léčby v současnosti chybí. Důležitým mezníkem je rovněž v § 89 zákona č. 108/2006 Sb. opatření omezující pohyb osob: „*Při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob.*“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 89 odst. 1). V této souvislosti je třeba zmínit diskusi k omezení používání klecových lůžek ve zdravotnictví- výsledkem zůstává nadále užívání tohoto omezovacího prostředku. Jako nedostatek tohoto zákona se na druhé straně jeví skutečnost, že specificky neřeší problematiku duševně nemocných a nevhodně určuje kritéria pro získání příspěvku na péči. Právě nedostatečné a nesystematické řešení otázky duševně nemocných je zásadním nedostatkem, který poukazuje na nekonsolidovanost jednotlivých sektorových strategií.

Poslední zákon, který je třeba explicitně zmínit je zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon. Tento zákon upravuje několik oblastí, které přímo či nepřímo souvisejí s problematikou stigmatizace duševně nemocných a předsudky vůči této skupině. Jedná se zvláště o nutnou obranu a související nepřičetnost vzhledem k trestní odpovědnosti za spáchání trestného činu. Dále pak o trestní odpovědnost zejména za trestné činy ublížení na zdraví, omezování osobní svobody, neposkytnutí pomoci a neoprávněné nakládání s osobními údaji. Jako významně konfliktní a problematická se jeví přirozená snaha obzvláště pachatelů násilných trestných činů být na základě využití institutu zbavení přičetnosti zařazení do programů léčby, nikoli do nápravného zařízení. Baudiš a

²⁶ Jedná se obzvláště o ústavy sociální péče.

Libiger (2002: 53) v těchto dimenzích tvrdí, že „*souvislost násilí a duševních poruch byla opakovaně zkoumána a bylo zjištěno, že výskyt násilností u psychiatrických pacientů se v podstatě neliší od výskytu v majoritní části populace*“. Přítomnost nedostatečné diferenciaci trestního a zdravotnického práva zřejmě rovněž přispívá k negativnímu vymezení duševní patologie vůči majoritní společnosti a negativně působí na rozvoj stigmatu.

Na tomto místě je vhodné zmínit také další související legislativu a to obzvláště zákon č. 160/1992 Sb, o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním. Tyto zákony mají relativně složitý ale nedostatečně koordinovaný rámec vzájemných vazeb.²⁷ Předpokladem úspěšného procesu destigmatizace je rovněž sociální uplatnění psychiatricky nemocných a jejich zaměstnatelnost, přes existenci zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti je problematika psychiatricky nemocných a jejich zaměstnanosti podpořena zákonem nedostatečně.

Přes poměrně širokou škálu zákonných úprav není právní prostředí v oblasti zdravotnictví a konkrétně psychiatrické péči zcela vyhovující. Jako nejvýznamnější se jeví nedostatečně řešená problematika práv psychiatricky nemocných a otázka organizačně právního zajištění poskytování komunitní péče. Dle našeho názoru je nejvhodnějším řešením těchto nedostatků zpracování vlastního zákona o duševním zdraví, který zohlední jak oblasti, které nejsou v současné legislativní úpravě zohledněny, případně zmodernizuje již moderní společnosti nevyhovující mechanismy.

4.4.2 ÚPRAVA LEX SPECIALIS

Obecně lze situaci v současné právní úpravě léčby duševních poruch v ČR charakterizovat nízkou propojeností a oborovou roztříštěností jednotlivých relevantních zákonů. Lze předpokládat, že jedním z řešení situace je přijetí vlastního zákona o duševním zdraví, který by zahrnoval a spojoval řadu dílčích právních úprav.²⁸

Zákon o duševním zdraví by měl zajistit pacientům i společnosti jasně definovaná práva a povinnosti a může řešit sporné otázky detence, omezovacích prostředků, lidských práv, ochrany nemocných, ochrany společnosti, ale i rozpočtu a povinností

²⁷ Srov. Baštecký (1997); Pfeiffer (2004a).

²⁸ Uvažovaným referenčním rámcem zákona lex specialis by měl být vlastní zákon o zdravotní péči.

všech zúčastněných včetně státu (Höschl, 2006). Existence konsolidované právní úpravy psychiatrické péče je rovněž předpokladem srovnatelnosti efektivnosti jednotlivých systémů psychiatrické péče jako předpokladu stigmatizace, v současné době je problematika vlivu partikulárních zákonných úprav a politik na stigmatizaci pouze obtížně uchopitelná.

Zákon o duševním zdraví je na rozdíl od České republiky přijat v řadě evropských zemí (např. Irsko, Velká Británie, Dánsko), přestože nejsou dostupné relevantní a porovnatelné údaje z jednotlivých zemí, je pravděpodobné, že zákon přispěl k snížení míry systémové stigmatizace v daných zemích. Předpokladem ovšem musely být rovněž další postupy (vzhledem ke skutečnosti, že zákon obecně má značný stigmatizační potenciál), snížení míry systémové stigmatizace lze tedy nepřímou odvodit např. z redukce psychiatrických lůžek a rozvoje komunitní péče.

Validita vlastní právní úpravy v oblasti duševního zdraví vyplývá nepřímou z řady strategií, např. na základě „*rezoluce Rady z 18.11.1999 o podpoře duševního zdraví (Official Journal of the European Communities, č. C 86, 24.3. 2000, str. 1-2) byly členské státy vyzvány podporovat duševní zdraví ve svých politikách, sbírat údaje a sdílet je s ostatními členskými státy a s Komisí, vypracovat program na podporu duševního zdraví a prevence duševních chorob a podporovat výměnu informací mezi členskými státy v této oblasti.*“ (OSPDM ČR, 2006). Implementaci této rezoluce v ČR lze však stále označit jako nedostatečnou a dostatečné zákonné úpravy, příp. jiné alternativní opatření veřejných politik nejsou zřetelné (viz dále).

5 ANALÝZA VYBRANÝCH STRATEGICKÝCH DOKUMENTŮ VE VZTAHU K PROBLEMATICE SYSTÉMOVÉ STIGMATIZACE

Jedním z důležitých zdrojů dat, užívaných při analýze veřejných politik, jsou strategické dokumenty politické praxe. Předmětem analýzy veřejné politiky je obsah těchto dokumentů. Metodicky jsou používány různé formy obsahově zaměřené analýzy (např. diskurzivní analýza, komparační analýza, analýza výchozích problémů a jejich příčin, účast různých aktérů, klasifikace dokumentů politické praxe v jejich návaznosti na politické procesy, potupy tvorby a realizace veřejných politik) a tím je i determinován způsob zpracování analyzovaných dat, jejich diskuse a interpretace. Výběr dokumentů politické praxe s ohledem na zkoumaný problém systémové stigmatizace (respektive destigmatizace) duševně nemocných se zaměřuje v této práci na souvislost vstupu ČR do EU (Národní akční plán sociálního začleňování, Zelená kniha, Evropská deklarace duševního zdraví), na kontext mezinárodní spolupráce se Světovou zdravotnickou organizací (strategie Zdraví 21) a na odborný diskurz v rámci Psychiatrické společnosti ČLS JEP (Koncepte oboru psychiatrie, Národní psychiatrický program).

V destigmatizačním procesu je možno analyzovat řadu dokumentů, které mají jak vnitrostátní, tak mezinárodní charakter, vzhledem k užšímu zaměření práce je věnována primární pozornost základním strategickým dokumentům platným v ČR.

5.1 ODRAZ VSTUPU ČR DO EU – ZÁKLADNÍ EVROPSKÉ STRATEGICKÉ DOKUMENTY

Se vstupem ČR do EU je spojen rovněž minimálně deklarativní závazek ČR dodržovat strategie formulované v rámci evropského společenství. Jako hlavní dokumenty související s problematikou stigmatizace, na jejichž vznik v ČR má přímý vliv členství ČR v EU lze označit níže uvedené Zdraví 21 a Národní akční plán sociálního začleňování. Teoreticky je však institucionální rámec v ČR ovlivňován řadou dalších „evropských“ dokumentů, z nichž jsou zvláště významné Zelená kniha a Evropská deklarace duševního zdraví.

Strategických dokumentů vztahujících se k péči o duševně handicapované je větší množství, v mezinárodním kontextu je pravděpodobně nejvýznamnějším dokumentem

Zelená kniha- zlepšení duševního zdraví obyvatelstva na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii. Tento dokument je vhodné zmínit z hlediska doporučení, která kladou důraz na prevenci duševních nemocí a zvýšení kvality života nemocných. Z hlediska konkrétního dopadu na politiky v ČR však, dle našeho názoru, nebyl potenciál Zelené knihy využit dostatečně.

Zelená kniha byla vydána v říjnu 2005 a byla otevřena připomínkám do května roku 2006. Připomínkový proces měl vytyčit směr společné politiky duševního zdraví, jenž má mimo jiné za ambici snížit stigmatizaci duševních poruch. Zelená kniha v rámci konzultačního procesu otevřela tři základní témata:

- a) Tvorba dialogu členských států o duševním zdraví;
- b) Start EU platformy duševního zdraví;
- c) Vývoj spolupráce mezi politikou a vývojem v oblasti duševního zdraví.

V připomínkovém procesu se celkem jasně ukázalo, jaká typologie aktérů má největší zájem participovat na procesu společné politiky duševního zdraví.

Celkem 40 % všech příspěvků do diskuse tvořily reakce nestátních neziskových organizací, přičemž největší procento (celkem 25 %) připadlo na Velkou Británii. Celkově se k dokumentu vyjádřilo pouze 5 vlád na národní úrovni a 8 na lokální úrovni. Jako údaj, který dokládá perifernost problematiky duševního zdraví včetně otázky stigmatizace, je možné chápat skutečnost, že do výše zmíněného připomínkového procesu přispěla ČR pouze jedním příspěvkem. Z předložených reakcí je zřejmé, že na evropské úrovni je mezioborová ochota k posilování výměny zkušeností a spolupráce mezi členskými státy, rovněž podpora výzkumu se setkala s pozitivním ohlasem (European Commission, 2006).

Jako nevýhodu konzultačního procesu Zelené knihy lze spatřovat nedostatek informací ohledně negativních očekávání při implementaci této strategie, z dostupných materiálů je pouze obecně formulována jistá obava blíže neurčené skupiny přispěvatelů z medicínsky chápaného modelu výzkumu.

Vznik Zelené knihy svědčí o širší společenské akceptaci problematiky duševních poruch, jako nejvýznamnější z hlediska systémové stigmatizace se jeví v Zelené knize zmiňovaná skutečnost, že tzv. noví členové EU vykazují pouze malou míru reforem v oblasti duševního zdraví. Jako nejdůležitější se v této souvislosti jeví nízká deinstitucionalizace psychiatrické péče.

Ambiciózní cíl Zelené knihy vytvořit skutečně fungující platformu duševního zdraví zahrnující všechny státy EU se doposud v závislosti na preferenci partikulárních národních politik jeví jako složitý úkol. Přesto je vytvoření Zelené knihy a šíření povědomí o jejím poslání dobrou cestou, která může postupně pomoci při formulaci a řešení problematických oblastí psychiatrické péče, které mají negativní vliv na systémovou stigmatizaci. Zelenou knihu lze rovněž chápat jako podstatný dokument, ze kterého vychází řada souvisejících dokumentů (viz dále).

V souvislosti se Zelenou knihou je třeba na tomto místě zmínit rovněž Evropskou deklaraci duševního zdraví, která je výstupem Konference ministrů zdravotnictví a WHO k otázce duševního zdraví. Evropská deklarace psychického zdraví podobně jako Zelená kniha svědčí o širší akceptaci problematiky duševních poruch napříč Evropou. Hlavní priority, které deklarace vymezuje ve vztahu k duševnímu zdraví, v průběhu následujícího desetiletí spočívají:

- „1) v utvrzování vědomí důležitosti duševní pohody;*
- 2) kolektivním řešení stigmatu, diskriminace a nerovnosti a zmocnění a podpoře jedinců s psychickými problémy a jejich rodin, v zájmu jejich zapojení do tohoto procesu;*
- 3) v navrhování a zavádění komplexních, integrovaných a výkonných systémů duševního zdraví, zahrnujících podporu, prevenci, léčbu a rehabilitaci, péči a zotavení;*
- 4) v řešení potřeby kvalifikovaných pracovních sil, které by byly efektivní ve všech těchto oblastech;*
- 5) v uznání zkušeností a znalostí uživatelů služby a opatrovníků jako významné platformy pro plánování a rozvoj psychiatrických služeb.“ (SZO, 2005)*

Z hlediska této práce je nejvýznamnějším prioritou bod 2, který vysloveně řeší otázku stigmatizace a jejího přesahu do okolí psychiatrického pacienta. Evropská deklarace dále uvádí několik zásad, kterými by se jednotlivé politiky v oblasti duševního zdraví měly ubírat, z hlediska předcházení stigmatu je mezi nimi významná např. podpora nestátnímu neziskovému sektoru a komunitních služeb. Reálný dopad na praxi v ČR se však jeví jako problematický (viz kap 6).

5.2 RELEVANTNÍ STRATEGICKÉ DOKUMENTY

Následující subkapitoly hodnotí relevantní strategické dokumenty, které mají vztah k problematice systémového stigmatu, tj. řeší nějakým způsobem systém psychiatrických služeb v ČR.

V České republice je obecně známo několik strategických dokumentů vztahujících se k problematice léčby duševních poruch. Zaměření jednotlivých dokumentů a témata, které řeší, jsou v zásadě podobná. Jednou ze společných oblastí, které se tyto dokumenty alespoň okrajově týkají, je otázka stigmatizace, společným bodem většiny strategií je rovněž podpora alternativních služeb (zvláště komunitních služeb). Právě podpora implementace strategických dokumentů je jedním z možných řešení situace v problematice systémové stigmatizace.

Strategické dokumenty jsou řazeny dle data přijetí, od nejstaršího k nejmladšímu, teoreticky by tak měl být zohledněn požadavek zachycení trendů v jednotlivých strategiích. Vzhledem ke značné deklarativnosti však posun trendů není dostatečně zřejmý (viz dále).

5.2.1 KONCEPCE OBORU PSYCHIATRIE

Již v devadesátých letech dvacátého století sílily v ČR hlasy požadující jasnou koncepci reformy české psychiatrie, výsledkem těchto snah je materiál „Koncepce oboru psychiatrie“. Koncepce oboru psychiatrie (KOP) byla vydána v roce 2001, přičemž s poslední revizí tohoto materiálu se započalo v roce 2007. Koncepce je specifickou snahou o reformu české psychiatrie a péče s ní související. Většina otázek, které jsou v koncepci nastíněny, není doposud vyřešena a souvisí s hlavními řešenými okruhy této práce, jako příklad může sloužit požadavek na zavedení standardů kvality v psychiatrické péči či účinné propojení psychiatrie se sociálními službami (viz kap. 4.2).

V základním dokumentu Koncepce oboru psychiatrie je několik oblastí, které se významně dotýkají problematiky systémové stigmatizace, jako zásadní se jeví oblast struktury oboru, která je v koncepci diskutována v širším pohledu a uvádí předpoklady reformy psychiatrické péče (PS ČLS JEP, 2001). Značným přínosem dokumentu je ustanovení jistých minimálních standardů pracovišť, která mohou sloužit jako vodítko

k tvorbě podobných standardů, jaké jsou platné v sociálních službách na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Vzhledem k datu vydání Koncepce proběhla v průběhu roku 2007 a 2008 diskuse nad základními vývojovými změnami, které by Koncepce oboru psychiatrie měla obsáhnout, vzhledem k vysoké míře relevance v oblasti stigmatizace je vhodné uvést alespoň základní oblasti diskuse:

- a) stávající systém jako stimulant kvantity oproti zvyšování kvality;
- b) orientace na lidská práva a potřeby pacientů, podpora krizových služeb;
- c) přesun těžiště poskytování péče z velkých institucí do péče komunitního typu;
- d) dostupnost krizové psychiatrické pomoci;
- e) ambulantní psychiatr jako základ primární psychiatrické péče.

(Balabán, Prouza, Jaroš, 2007).

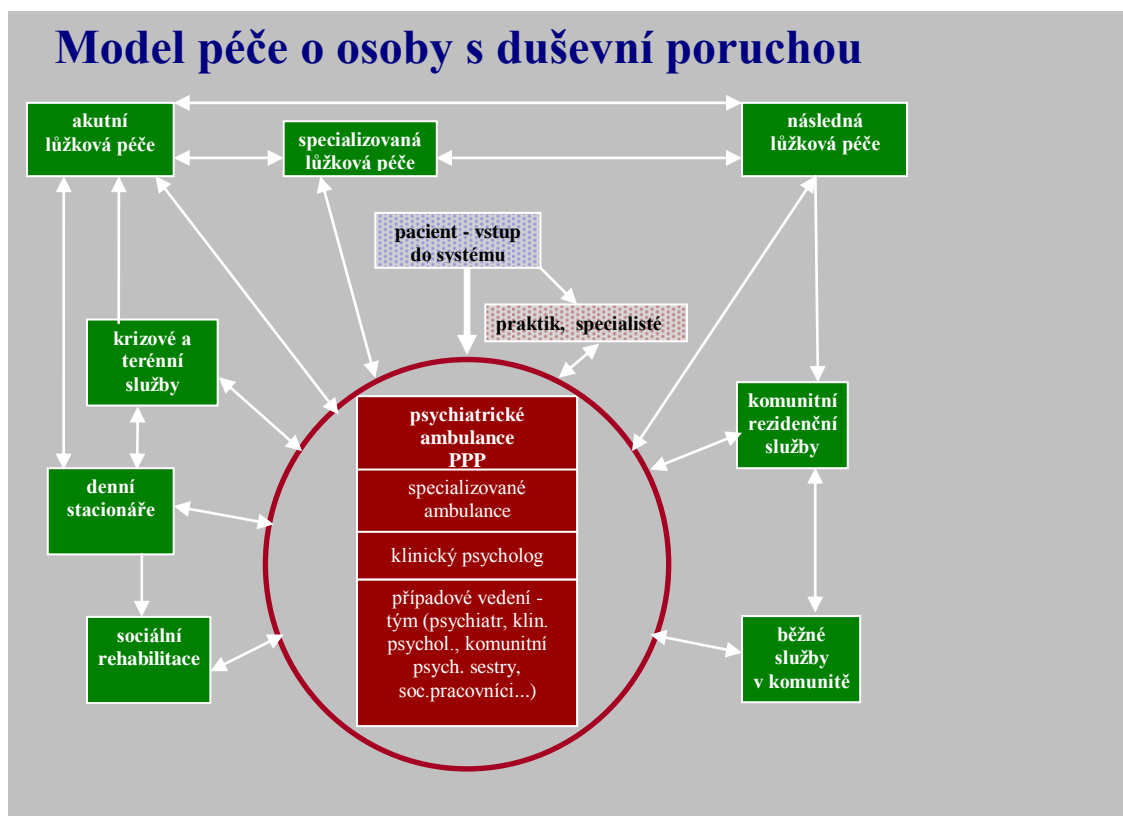
Jako účelné z hlediska sledování posunu trendu a aktuálních požadavků a nároků psychiatrické péče se jeví srovnání několika v předchozích kapitolách řešených oblastí souvisejících s problematikou stigmatizace na rovině původní verze KOP z roku 2001 a jejího revidovaného návrhu z roku 2008.

V této práci nejvýznamnější problematika stigmatizace psychiatricky nemocných je dlouhodobým problémem, který je zmiňován v původní verzi KOP, konkrétně se jedná o předpoklad vývoje trendu k „*zmenšování a odstranění stigmatizovaného postavení psychiatrie a psychiatrických nemocných ve zdravotnictví a ve společnosti*“ (PS ČLS JEP, 2001: 19). O hlubší akcentaci problematiky stigmatizace v časovém úseku může svědčit podrobnější popis stigmatizujících oblastí péče v revizi KOP z roku 2008. Přesto se koncepce stále drží pouze deklarativního vymezení boje proti stigmatizaci a nenabízí konkrétní nástroje a řešení tak, jak uvádí u jiných témat, tato deklarativnost může odkazovat na stále nedostatečné uznání problému.

Souvisejícím tématem se systémovou stigmatizací je otázka deinstitucionalizace a přechodu těžiště služeb do modernějšího systému péče. Přičemž hlavní oblast péče by měla být dostupná mimo velké instituce a těžiště lůžkové péče by měla tvořit oddělení všeobecných nemocnic. Potřeba deinstitucionalizace psychiatrické péče je nezbytným předpokladem snížení stigmatizující zátěže psychiatricky nemocných (viz kap. 4.2), předpoklad přesunu těžiště služeb lůžkové psychiatrické péče do psychiatrických oddělení nemocnic je artikulován již v KOP 2001 „...v porovnání s vyspělými

evropskými státy je naše péče o osoby s psychickými poruchami méně rozvinuta. Preferuje se lůžková péče, nedochází ke zvyšování lůžek v psychiatrických oddělení nemocnic na úkor lůžek v psychiatrických léčebnách, pomalu se rozvíjí intermediární péče“ (PS ČLS JEP, 2001: 18). Situaci v přechodu na modernější systém léčby nelze ani v současnosti charakterizovat jako bezchybnou, současná léčba je charakterizována spíše nedostatečnou podporu intermediární péče a přestože došlo od vzniku KOP 2001 k malému nárůstu počtu denních stacionářů a psychoterapeutické péče, má největší část péče institucionální charakter (viz kap. 4.2.1). Revize KOP z roku 2008 reaguje na tuto situaci takto: „...komunitní psychiatrickou péči se v ČR dosud nepodařilo systémově rozvinout, psychiatrická péče má z velké části institucionální charakter...“ (PS ČLS JEP, 2008: 4). Oproti původní koncepci se revize z roku 2008 detailněji zabývá celkovým kontextem psychiatrického onemocnění a zvažuje rovněž psychosociální rovinu fungování psychiatricky nemocného. Jako zvlášť cenný přínos z hlediska systémové stigmatizace lze chápat rovněž formulaci celkového ideálního modelu fungující péče, na jehož podkladě by, dle názoru autorů, mělo dojít k reformě psychiatrické péče v následujícím desetiletí.

Schéma 4 – Ideální model péče o osoby s duševní poruchou



Pramen: PS ČLS JEP (2008)

Další řešenou tematikou související s deinstitucionalizací péče je otázka vzniku standardů psychiatrické péče. Jak již bylo řečeno, obě verze materiálu se pokoušejí jistým způsobem nastavit určité minimální standardy pracovišť dle jednotlivých psychiatrických oborů. Přestože se nejedná o kvalitativně ani kvantitativně natolik propracovaný systém standardů, který vznikl v sociálních službách na základě zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, je verze KOP z roku 2008 jednoznačně konkrétnější a zacílenější na citlivě vnímané okruhy standardizace péče. Zatímco verze KOP z roku 2001 pouze definovala obecné předpoklady řešení určitých témat (např. který subjekt provádí kontrolu v daném typu zařízení), verze z roku 2008 pracuje s konkrétnějšími ukazateli jako jsou minimální personální a věcné vybavení psychiatrického oddělení nemocnice. Na procesu formulace konkrétnějších standardů psychiatrické péče se odráží vliv zahraničních trendů v tomto druhu péče, jako významný činitel přitom lze chápat vstup ČR do EU a následnou interakce systému psychiatrické péče v ČR s dalšími zeměmi EU 15.

Celkem účelné z hlediska sledování preferencí je rovněž srovnání posunu ve vývoji finančního zabezpečení oboru. Ve starší revizi KOP je otázka financování řešena minimálně, jedná se spíše o vymezení finančního zabezpečení intermediární péče: „...ovšem tyto nové formy psychiatrické péče vznikají obtížně, protože nemají tradici a jejich financování není vymezeno....“ (PS ČLS JEP, 2001: 21). Text revize KOP z roku 2008 je již zřetelně ovlivněn neuspokojivou praxí v poskytování plateb pojišťovnami, tato situace je přitom nejvíce markantní v základním prvku péče, jehož funkčnost má velký vliv na eliminaci systémové stigmatizace- v ambulantní psychiatrické péči.²⁹ Tuto skutečnost lze deklarovat slovy: „Dominantním tématem je pro ambulantního psychiatra už od poloviny 90. let starost o existenci a financování. Petrifikovaný systém úhrad nutí psychiatra ošetřovat vysoký počet pacientů, na které mu zákonitě nezůstává dostatek času...Stávající systém tedy stimuluje kvantitu péče a působí proti zvyšování jeho kvality.“ (PS ČLS JEP, 2008: 3). Řada autorů (např. Raiter a kol., 2004; Pfeiffer a kol, 2004a) vnímá rozvinutou síť psychiatrické ambulantní péče jako nutný předpoklad konsolidovaného postavení psychiatricky nemocného ve společnosti, z tohoto hlediska tedy revize KOP z roku 2008 dobře vystihuje oblast poddimenzování tohoto stavebního kamenu psychiatrické péče. Text novější revize se dále dotýká oblasti financování institucionální péče: „...problémem psychiatrických

²⁹ Více též Raiter a kol. (2004).

léčeben jsou velké „spádové oblasti“, ve kterých nemají alternativu pro lůžkovou péči, materiálnětechnické opotřebení v důsledku nedostatečného financování a nedostatku investičních zdrojů...“ (PS ČLS JEP, 2008: 4). Oproti původní KOP se situace v oblasti financování psychiatrické péče pravděpodobně ještě zhoršila, zatímco nevhodné budovy psychiatrických léčeben byly na konci devadesátých let zastaralé, v současném stavu lze jednoznačně hovořit o naprosté nedostatečnosti z hlediska moderních trendů v humanizaci léčby.

Celkově lze v revizi KOP z roku 2008 dále vysledovat několik posunu trendů. Jednou ze zajímavých oblastí souvisejících s problematikou systému a systémové stigmatizace je výše řešená nedostatečná provazba různých druhů péče. V novější verzi KOP je tato skutečnost zmiňována takto: *„Provázanost péče není dostatečná, a to jak spolupráce mezi ambulancemi a lůžkovými zařízeními, tak kooperace s praktickými lékaři, klinickými psychology apod...“ (PS ČLS JEP, 2008: 4). Další oblast, která byla v devadesátých letech nedostatečně akcentována je problematika systému psychiatrické péče z hlediska tvorby a implementace zdravotní politiky, revize KOP z roku 2008 v těchto souvislostech uvádí: „...K podstatné změně systému nedojde bez politické zakázky a jasné zdravotní politiky propsychiatrii. Iniciativa odborníků („zdola“) je důležitá, zdravotní politika státu („shora“) je pro transformaci psychiatrie nutností...“ (PS ČLS JEP, 2008: 8).*

Při hodnocení KOP z roku 2001 a revize z roku 2008 je zjevné, že problematické oblasti psychiatrické péče, které byly na konci devadesátých let vnímány jako okrajové, postoupily postupem času do popředí a jsou již vnímány širší odbornou veřejností. Jako zásadní se však při hodnocení obou verzí KOP, z veřejně politického pohledu, jeví nedostatek nástrojů pro implementaci jednotlivých oblastí. Tato skutečnost je zjevná např. ve srovnávání jednotlivých ukazatelů zdravotních systémů v mezinárodním a vnitrostátním měřítku, kde chybí návazné strategické měřitelné cíle a výstupy. Jako problematická se jeví závaznost obou verzí KOP směrem k dodržování jednotlivých oblastí, vzhledem k charakteru obou revizí dokumentu rovněž nejsou stanoveny sankční mechanismy pro jednotlivé aktéry implementace. Koncepce v obou verzích se rovněž drží velké míry obecnosti v definování konkrétních postupů vedoucích ke konsolidaci psychiatrické péče a následné destigmatizace duševně nemocných. Přes vytyčené nedostatky má Koncepce oboru psychiatrie vzhledem k možnostem, které skýtá revize, značný potenciál v destigmatizačním procesu.

5.2.2 ZDRAVÍ 21

Vláda ČR přijala dne 30. Října 2002 materiál "Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století" (obecně přijímaným názvem v ČR je „Zdraví 21“). Strategie byla přijata na základě Usnesení vlády ČR č. 1046.

Obecně vychází česká verze Zdraví 21 z komplexnějšího materiálu přijatého na 51. Světovém zdravotnickém shromáždění z roku 1998, jehož základem je zlepšení zdravotních ukazatelů a snížení disparit ve zdravotním stavu obyvatel Evropy. V souvislosti s duševními poruchami je významný obzvláště cíl 6, který má za úkol do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb.

Cíl 6 je v české verzi rozdělen na několik dílčích úkolů, přičemž v rámci každého dílčího úkolu existuje řada aktivit, za kterou zodpovídá MPSV, MŠMT, případně MZČR ve spolupráci s řadou dalších subjektů.

Dílčí cíle mají být každoročně vyhodnocovány, dostupné údaje čtvrté zprávy z roku 2006 ukazují, že existují deficity prakticky ve všech aktivitách souvisejících se stigmatizací (viz níže). Jako nedostačující jsou kroky obzvláště v problematice restrukturalizace lůžkové péče klasického institucionálního typu, rozvoje služeb komunitní péče jako alternativy současného systému a absence globálních standardů kvality psychiatrických služeb (viz kap. 4.2). Vzhledem k rozsáhlosti dokumentu a rozsáhlosti zprávy o jeho plnění jsou zde uvedeny pouze problematické oblasti, které se stále nedaří dostatečně plnit, údaje jsou převzaty ze Čtvrté zprávy o plnění programu Zdraví 21:

- a) Aktivita č. 6.1.3.- V rámci systému zvyšování kvality péče vytvořit standardy diagnostických a terapeutických postupů se zohledněním lidských práv;
- b) Aktivita č. 6.1.4.- Transformace systému přesunem většiny akutní psychiatrické péče z psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic, domácí péče a systému krizových center;
- c) Aktivita č. 6.1.5.- Zkvalitnění a restrukturalizace lůžek následné péče v psychiatrických léčebnách celkovou humanizací psychiatrických léčeben, zvýšení kapacit a kvality socio-rehabilitačních programů. Zvýšení návaznosti péče v PL na mimonemocniční /komunitní/ péči a přesun části kapacit následné péče do

komunitní péče tak, aby celková kapacita následné péče v psychiatrických léčebnách nepřesahovala 5000 - 6000 lůžek, a aby pokud možno žádná z psychiatrických léčeben neměla kapacitu větší než 500 lůžek;

- d) Aktivita č. 6.1.7. Začlenit nové přístupy a formy péče o duševně nemocné do pregraduálních, postgraduálních a kontinuálních systémů vzdělávání a dle potřeby vytvářet nové programy pro odpovídající poskytovatele péče;
- e) Aktivita č. 6.2.2.- Zlepšení a zvýšení efektivity psychiatrických služeb rozšířením sítě Krizových center linek důvěry a psychiatrických oddělení nemocnic vybudování sítě proti alkoholním poraden (AT) a zlepšení dostupnosti inovativních psychofarmak ;
- f) Aktivita č. 6.2.3.- Snížení stigma psychicky nemocných a odstranění jejich diskriminace (MZČR, 2007).

V rámci snižování míry systémové stigmatizace je všech šest popsaných aktivit velmi významných. Jako obzvláště ambiciózní lze označit aktivitu č. 6.2.3., která explicitně vymezuje potřebu snížení stigma. Gestory této aktivity jsou MZČR a MPSV, jako zajímavá v rámci aktivity se jeví formulace nástrojů „...na snížení stigma ležícím na psychiatrii a duševně nemocných se podílí vhodná medializace a kulturní aktivity spojené s pozitivním náhledem na obor a duševně nemocné. Na odstranění diskriminace se musí podílet legislativa, zejména daňové zvýhodňování zaměstnávání takových osob.“ (MZČR, 2007: 71). Je zjevné, že popis plnění aktivity je z pozice MZČR chápán pouze jako formální a doposud nebyly učiněny dostatečné kroky k řešení situace. Ze současné praxe vyplývá, že legislativa je v procesu snížení stigma nedostatečná, obzvláště na základě absence zákona o duševním zdraví a absence dostatečné podpory lidských práv v sektoru. Poněkud odlišný postoj k plnění cílů v této aktivitě lze vysledovat z popisu plnění cíle z pozice MPSV: „MPSV přispívá k informovanosti o duševně nemocných a duševním onemocněním prostřednictvím podpory nestátních neziskových organizací orientovaných na rozvoj péče o tuto cílovou skupinu. MPSV se podílelo na vypracování antidiskriminační právní úpravy (zákon o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o rovném zacházení), jejímž účelem je zajištění rovného zacházení a ochrana před diskriminací, včetně diskriminace osob se zdravotním postižením....“ (MZČR, 2007: 63). Aktivity v MPSV v rámci plnění tohoto cíle lze skutečně sledovat v počtu podpořených organizací a udělených grantů do oblastí snižování stigmatizace, jako problematické se však jeví, že z informací poskytnutých odborem sociálních služeb

MPSV (odbor 22) vyplývá skutečnost, že není vedena centrální evidence dle konkrétního zaměření poskytnutých podpor ve vztahu k stigmatizaci.

O jisté proklamativnosti vyhodnocování dopadu Zdraví 21 a celkovém nezájmu zainteresovaných aktérů (zvláště MZČR) na řešení některých témat svědčí diskuse ohledně plnění bodu č. 6.1.3. „V rámci systému zvyšování kvality péče vytvořit standardy diagnostických a terapeutických postupů se zohledněním lidských práv“. Přestože se o standardizaci psychiatrické péče hovoří relativně dlouho, a již bylo dosaženo partikulárních pokroků, stále jsou standardy implementovány nedostatečně. Ve čtvrté zprávě o plnění strategie Zdraví 21 je situace ohledně standardů řešena z pozice MPSV: „...v kompetenci resortu MPSV jsou pouze obecné minimální Standardy kvality sociálních služeb (ne vytváření standardů diagnostických postupů), nicméně o nastavení standardů terapeutických postupů se MPSV snaží v souvislosti s péčí o klienta s problematickým chováním - uživatele sociální služby...“ (MZČR, 2007: 62). Takto popsaná situace obecně odkazuje k dále zmiňovanému problému nedostatečné koordinace jednotlivých kroků ve snižování negativní zátěže duševních poruch. Z hlediska MZČR došlo k přesunu těžiště plnění úkolu na odbornou společnost: „...Výbor odborné společnosti se v r. 2005 rozhodl pokračovat v programu vytváření doporučených postupů klinické praxe. Jeho první etapa vyvrcholila v r. 1998, kdy bylo projednáno a schváleno 14 doporučení. Ty byly později vydány v publikaci *Psychiatrie, doporučené postupy psychiatrické péče*...“ (MZČR, 2007: 68). Je zřejmé, že standardy péče musí primárně vycházet z praxe, jako nesystematické se však jeví neprovázání již zavedených standardů sociálních služeb (viz zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách) s procesem standardizace psychiatrické péče.

Jako zvláště významnou v procesu snižování systémové stigmatizace lze chápat aktivitu č. 6.1.4. „Transformace systému přesunem většiny akutní psychiatrické péče z psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic, domácí péče a systému krizových center“. Zařazení této aktivity svědčí o uznání nedostatečné deinstitucionalizace psychiatrické péče v ČR.³⁰ Tato skutečnost je ostatně zmiňována rovněž v Zelené knize (viz výše). Z dosavadního postupu však nevyplývá, že by gestor tohoto cíle – MZČR výrazně usilovalo o jeho naplnění, Čtvrtá zpráva o plnění strategie Zdraví 21 pouze v této souvislosti proklamativně uvádí: „...Některá psychiatrická oddělení nemají ani takové vybavení a dostupnost pomocných vyšetření jako řada

³⁰ Srov. ČAPZ (2007).

léčeben. Nejsou schopna zajistit diferencovanou péči, mají problémy se zajištěním provozu kvalifikovanými pracovníky. Možnosti pacientů zapojit se do rehabilitace, psychoterapie, resocializace jsou omezené. Lůžka akutní v krizových centrech, pokud tato nejsou součástí nemocničních klinik a psychiatrických léčeben, by měla být minimálně stejně vybavena jako akutní lůžka...“ (MZČR, 2007: 68). Vzhledem k předpokládanému plnění v roce 2010, kdy má být k dispozici 40-50 psychiatrických oddělení s celkovou kapacitou cca 3000-4000 lůžek a regionálních sítí domácí psychiatrické péče a péče krizových center se nejeví dosažení tohoto cíle reálné.

Jedním z předpokladů úspěšné destigmatizace psychiatrické péče je rovněž rozvoje komunitních služeb.³¹ Právě tuto problematiku řeší ve Zdraví 21 aktivita 6.1.5., která se zabývá zkvalitněním a restrukturalizací lůžek následné péče v psychiatrických léčebnách, celkovou humanizací psychiatrických léčeben a zlepšením dostupnosti komunitní péče. Plnění zmiňovaných aktivit proklamujících redukci institucionální léčby a zvýšení komunitních služeb lze evaluovat na základě sledování počtu lůžek.³² Ze srovnání vychází, že k redukci lůžek následné péče prakticky nedochází, rovněž zmiňovaná podpora komunitní péče není dostatečná. Ve Čtvrté zprávě o plnění Zdraví 21 se v této souvislosti uvádí: *„Změny v počtu lůžek a jejich restrukturalizace jsou závislé na možnostech modernizace lůžkových zařízení, u některých pak profilaci na určitý potřebný druh péče. Předpokládá se rozvoj ambulantních, intermediálních psychiatrických služeb a adekvátních sociálních služeb (požadavky personální, ekonomické).“* (MZČR, 2007: 69). Uvedená citace tedy odráží zásadní obavy z hlediska finanční náročnosti nového typu péče, dle části odborníků, např. Půbal a kol. (2004), je však komunitní péče méně nákladná, než péče klasického typu.

Zdraví 21 rovněž ve formulování antidiskriminační strategie počítá v aktivitě 6.1.7. s problematikou začlenění nových přístupů a forem péče o duševně nemocné do pregraduálních, postgraduálních a kontinuálních systémů vzdělávání a dle potřeby vytvářet nové programy pro odpovídající poskytovatele péče. Tento požadavek reaguje na širší společenskou diskusi v otázce vzdělávání lékařů³³ a sekundárně by svým naplněním mohl napomoci řešit otázku systémové stigmatizace. Ve skutečnosti se opět v rámci řešení cíle setkáváme s nedostatečnou koordinací resortních postupů. Jak vyplývá ze čtvrté zprávy o plnění Zdraví 21, je zřejmé, že *„MPSV se nepodílí na*

³¹ Viz též Půbal a kol. (2004).

³² Srov. ÚZIS ČR (2007).

³³ Viz též CRPDZ (2001).

vytváření nových vzdělávacích programů, ale dává prostor inovativním formám vzdělávacích kurzů tím, že od 1.1.2007 akredituje podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vzdělávací instituce a vzdělávací programy jako kvalifikační kurzy pro pracovníky v sociálních službách“ (MZČR, 2007: 63). Otázka akreditovaného vzdělávání lékařů je primárně v gesci MZČR a je tedy zřejmé, že MPSV nemůže převzít za celou oblast zodpovědnost. Z novějších údajů z oblasti vzdělávání v resortu zdravotnictví vyplývá nedostatečná akceptace problematiky duševních poruch, jako promarněná šance se jeví nezařazení oblasti vzdělávání v psychiatrické péči do priorit při formulování Operačních programů pro programovací období 2007- 2013, jako vhodný dotační titul pro toto vzdělávání se přitom jeví Operační program vzdělávání pro konkurenceschopnost, který, přestože je v gesci MPSV, umožňuje podporu rovněž do oblasti zdravotnictví (viz kap. 4.1.3). Z dostupných informací odboru Evropských fondů MZČR se však podpora vzdělávání v psychiatrické péči z operačních programů nepředpokládá. Naopak jako pozitivní se v problematice vzdělávání a podpory NNO jeví aktivity MPSV, které umožňuje dotační podporu řadě programů zaměřených na vzdělávání v oblasti poskytování sociálních služeb.

V souvislosti s aktivitou 6.2.2. zaměřenou na rozvoj sítě krizových služeb krizových center linek důvěry a psychiatrických oddělení nemocnic je nutno zmínit zcela opačný trend rušení telefonických a krizových služeb v řadě krajů (viz kap. 4.2.2). Plnění dalších zmiňovaných aktivit proklamujících redukcí systému psychiatrických léčeben přesunem do psychiatrických oddělení nemocnic lze evaluovat na základě sledování počtu lůžek.³⁴ Ze srovnání vychází, že k redukcí lůžek následné péče prakticky nedochází. Jako nejednoznačná se jeví argumentace gestora – MZČR: „...Rozšíření sítě krizových center je sporné, neboť intenzita jejich využití je nízká, obložnost nedosahuje 30% a z hlediska financování za provedené výkony produkují asi 300% ztrátu. Je rovněž sporné, zda jsou psychiatrická oddělení obecných nemocnic efektivnější než oddělení psychiatrických léčeben...“ (MZČR, 2007: 71). Řada autorů, např. McDavid a Thornicroft (2005), se oproti tomu domnívá, že přenos těžiště psychiatrické péče do psychiatrických oddělení nemocnic je nezbytným předpokladem úspěšné reformy psychiatrické péče.

Z výše uvedených aktivit a jejich plnění je zřejmé, že Zdraví 21 jako strategie, která má přispět k zlepšení psychosociálních podmínek lidí s duševními poruchami, doposud

³⁴ Podklady ke srovnání dostupné např. z ÚZIS ČR (2007).

neplní v ČR svou funkci. Jedním z důvodů je zjevně nedostatečná relevance Cíle 6 pro aktéry politiky (viz kap 6), dále pravděpodobně malá závaznost v implementaci strategií a nemožnost realizovat konkrétní strategie v daném institucionálním rámci.

5.2.3 NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN SOCIÁLNÍHO ZAČLEŇOVÁNÍ

Národní akční plány sociálního začleňování (NAPSI) jsou primárně národními strategiemi jednotlivých členských zemí EU v boji s chudobou a sociálním vyloučením, ale současně jsou jedním z pilířů otevřené metody koordinace, tato metoda by měla být v současnosti v rámci EU uplatňována v politikách zaměstnanosti, sociálního začleňování a v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče.

Vzhledem k nedostatku informací o aktuálně implementovaném NAPSI 2008-2010 se v této kapitole věnujeme zvláště NAPSI 2006 – 2008.

Význam NAPSI 2006-2008 je ze všech strategických dokumentů se vztahem k problematice stigmatu nejproblematictější. Spíše než o skutečný strategický dokument se jedná o více méně formální soupis záměrů z různých oblastí sociálního začleňování, Potůček dokonce uvádí, že v případě NASPI jde převážně o shrnutí jiných dokumentů týkajících se dané problematiky – „sběrný koš“, který má značně vágní úroveň (Potůček, 2006).

Zdravotní oblast se vztahem k otázce systémové stigmatizace je v NAPSI 2004-2006 řešena v zásadě deklarativním odkazem na modernizaci právního a procesního rámce: „...*Pro zlepšení dostupnosti a kvality veřejných zdravotnických služeb pro občany je připraven návrh zákona o zdravotnických zařízeních a jejich provozování a návrh zákona o zdravotní péči. Přijetím těchto zákonů by mělo dojít k zajištění účelné organizace zdravotnických služeb a k posílení role krajů a obcí.*“ (MPSV, 2005: 44). Pokud pomíneme sporný návrh zákona o zdravotní péči (viz kap. 4.4), je vhodné zmínit rovněž deklarovanou snahu o zajištění lepší organizace zdravotnických služeb a zvláště posílení role krajů a obcí. Právě problematika podpory přechodu systému služeb do krajských zařízení je v řešení systémových předpokladů stigmatizace psychiatrické péče považována za velmi významnou. Jako nejasné se však jeví zdůvodnění NAPSI 2004-2006, proč by právě tyto zákony měly přispět k zajištění posílení role krajů a obcí. Z uvedeného textu spíše vyplývá snaha objektivizovat určitý proces, který nemá reálnější kontury a není podložen skutečnou strategií přechodu.

Jako velmi ambiciózní se v NAPSÍ 2004-2006 jeví vymezení podpory systému zdravotní péče v souvislosti s plánovaným rozšířením komunitního plánování: „V připravované prováděcí vyhlášce zákona o zdravotnických zařízeních budou definovány ukazatele pro zajištění dostupnosti veřejných služeb ve zdravotnictví (doporučení počtu lékařských míst a počtu lůžek ve vazbě na počet obyvatel). Pro podporu dostupnosti a kvality veřejných služeb ve zdravotnictví bude využita Metoda komunitního plánování a doporučení v resortních koncepcích.“ (MPSV, 2005: 44). Jako zásadní nedostatek této strategie se jeví skutečnost, že komunitní plánování nebylo při koncipování zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách stanoveno jako jediná metoda plánování, tudíž není zákonná povinnost tuto metodu využívat. Ze současné praxe vyplývá, že komunitní plánování není doposud dostatečně využíváno při stanovování priorit zdravotnické péče a jeho využití je významnější spíše v problematice sociálních služeb.

V NAPSÍ 2004-2006 je věnována okrajová pozornost rovněž standardizaci zdravotní péče: „...v rámci hlavní strategie pro zlepšení kvality ve zdravotní a sociální péči jsou ve spolupráci s WHO zaváděny a rozvíjeny standardy a výkonnostní ukazatele pro podporu zdraví v nemocnicích. Součástí těchto standardů je i metoda sebehodnocení.“ (MPSV, 2005: 44). Předpoklad standardizace léčebného procesu v psychiatrické péči je nedílnou součástí procesu destigmatizace tohoto druhu péče (viz kap. 4). Pokud však srovnáme tento výklad s reálnou situací v otázce standardizace psychiatrické péče, je zřejmé, že se jedná pouze o deklarativní popis nedostatečně institucionálně zajištěného procesu, který je stále ještě na svém počátku, nelze tedy hovořit o rozvinutých standardech zvláště v oblasti provozu psychiatrické péče.

V současnosti by měl být implementován NAPSÍ 2008-2010, vzhledem k nedostatku informací o této strategii nelze analyzovat jednotlivé oblasti, lze však předpokládat, že podobně jako NAPSÍ 2006-2008 bude NAPSÍ 2008-2010 vykazovat značnou míru deklarativnosti a formálnosti. Základními cíly, které mají být v rámci NAPSÍ 2008-2010 řešeny jsou:

- a) „zajistit dostupnost zdrojů, práv a služeb potřebných k účasti ve společnosti, prevence a řešení sociálního vyloučení a boj se všemi podobami diskriminace, které vedou k sociálnímu vyloučení;
- b) zajistit aktivní sociální začlenění pro všechny jak prostřednictvím podpory účasti na trhu práce, tak potíráním chudoby a sociálního vyloučení;

c) *zajistit, že politiky sociálního začleňování budou dobře koordinovány, aby došlo k zapojení všech úrovní vlády a relevantních aktérů, včetně lidí, kteří zažívají chudobu. Zajistit, aby politiky sociálního začleňování byly efektivní a účinné a byly zohledněny ve všech příslušných veřejných politikách, včetně hospodářských a rozpočtových politik, politik vzdělávání a odborné přípravy a programů strukturálních fondů (zejména Evropského sociálního fondu).*“ (MPSV, 2008).

Oblast psychiatrické péče je řešena podporou v oblasti poskytovatelů sociálních služeb a to formou grantové politiky (ESF). Do této oblasti patří zejména podpora systémovým projektům Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a podpora NNO. Hlavním dotačním titulem je Operační program lidské zdroje a zaměstnanost (OPLZZ), který má podporu sociálních služeb jako jednu z priorit. Vyhodnocení dopadu konkrétních intervencí v oblasti financování tedy souvisí s vyhodnocením dopadu OPLZZ, přestože se v Prováděcím dokumentu OPLZZ o NAPSÍ hovoří, konkrétní indikátory a formy evaluace jsou vztaženy pouze k strukturální politice EU obecně a nejsou zde zohledněna specifika samotného NASPI. Zdá se tedy, že NAPSÍ 2008-2010 má v oblasti psychiatrické péče skutečně pouze formální charakter a oblast stigmatizace zde není cíleně řešena.

5.2.4 NÁRODNÍ PSYCHIATRICKÝ PROGRAM 2007

Národní psychiatrický program 2007 (NPP 2007) vyhlásila ČLS JEP ve spolupráci s WHO ČR, ve snaze napomoci reformě psychiatrické péče v ČR. NPP 2007 se opírá o významné dokumenty Světové zdravotnické organizace a Evropské unie: Výzva evropské ministerské konference WHO, Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Evropské komise, usnesení Evropského parlamentu o zlepšení duševního zdraví obyvatelstva (PS ČLS JEP, 2007). Hlavními cíly tohoto programu jsou podpora primární psychiatrické péče, rozvoj komunitních služeb a modernizace lůžkového fondu. Dle vyjádření ČLS JEP je vznik Národního psychiatrického programu reakcí na krizi české psychiatrie, která je artikulována zvláště dlouhodobým podfinancováním psychiatrické péče. Přestože se dlouhodobě náklady na financování psychiatrické péče v ČR pohybují okolo 4% všech výdajů na zdravotnickou péči, zatímco v ostatních zemích EU je průměr spíše 6 %, je existence podfinancování psychiatrické péče

odpovědnými aktéry marginalizována. Tuto skutečnost lze dokladovat např. na prezentaci mluvčího MZČR Tomáše Cikrta: „...Záleží na tom, jaká čísla se porovnávají. Údaje musí být ve vazbě na zdravotní a sociální systémy dané země. Kolik jde skutečně na psychiatrickou péči, nelze jednoduše změřit“ (Mihalco, 2007).

Jako významná se v této souvislosti jeví skutečnost, že závaznost NPP 2007 na relevantní spektrum aktérů je minimální. NPP 2007 lze chápat jako dokument vytyčující základní cíle české psychiatrie v procesu modernizace léčebných postupů a celého oboru, který nastavuje debatu výrazné části odborné veřejnosti s dosavadními preferencemi při tvorbě a implementaci politik. Na základě tohoto vymezení je třeba chápat deficit NPP 2007 v nedostatečném popisu nástrojů a zodpovědnosti jednotlivých subjektů implementace, na které logicky nemohl mít vznik NPP 2007 přímý vliv. Přesto vznik NPP 2007 svědčí o vnímané potřebě odborné veřejnosti změnit preference při tvorbě politik majoritními aktéry (zvláště MZČR).

Úkoly mající vztah k problematice systémového stigmatu, které NPP 2007 stanovuje, jsou obzvláště tyto:

- a) Doplnění a zkvalitnění sítě ambulantní psychiatrické péče včetně obnovení sítě ordinací pro léčbu závislostí;
- b) Rozvinutí komunitní péče jak v obsahu vlastní léčebné péče, tak v institucionálním zabezpečení;
- c) Diferenciace akutní a následné lůžkové péče s dopadem na kvalitu a restrukturalizaci lůžkového fondu a rozvoj komunitní rezidenční péče;
- d) Boj proti stigmatizaci a izolaci duševně nemocných především šířením pravdivých informací o psychických poruchách i o stavu psychiatrické péče v ČR;
- e) Rozvoj krizových psychiatrických služeb;
- f) Úprava legislativy týkající se péče o osoby trpící duševní poruchou s důrazem na jejich práva a při respektování doporučení orgánů EU (PS ČLS JEP, 2007).

NPP 2007 dobře vystihuje základní oblasti, které jsou spojené se stigmatizačním procesem, jako významný chápe problém systému současné psychiatrické péče a apeluje na snížení počtu lůžek následné péče. Jak bylo řečeno, přes zjevný potenciál postrádá konkrétní nástroje k plnění vytyčených cílů, jako problematická je rovněž pouze malá akceptace programu aktéry z řad veřejné správy (zvláště MZČR). Přestože se dle mluvčího MZČR Tomáše Cikrta rozhodlo MZČR o NPP 2007 vážně zajímat a „...pan

ministr si materiál prostuduje, psychiatrie ho zajímá už proto, že jde o nejtěžší oblast, již je třeba ve zdravotnictví reformovat“ (ČTK, 2007), není na základě informací dostupných z Odboru zdravotních služeb MZČR pravděpodobné, že by MZČR NPP 2007 výrazněji zohlednilo při tvorbě dalších strategií. Jako prozatím jediný náznak vazby této strategie na další tvorbu konkrétních kroků lze sledovat v osobním sdělení ředitelky Odboru zdravotních služeb MUDr. Pánové, že na základě NPP 2007 bude připravován Národní akční plán duševního zdraví, gesci za přípravu má MZČR. V těchto souvislostech je zajímavé, že MZČR v rámci vyhodnocování programu Zdraví 21 je vznik NPP 2007 uveden jako systematická činnost vedoucí k řešení výskytu a nežádoucích zdravotních důsledků duševních poruch. Zdraví 21 uvádí v závislosti na NPP 2007 toto:

„Výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP vyhlásil ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR “Národní psychiatrický program 2007” (NPP 2007) na podporu reformy psychiatrické péče v ČR.

Cíle NPP 2007:

- 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 nemoci, redukce rizik vyplývajících z psychických onemocnění - suicidia, závažná psychická i tělesná poškození, sociální izolace, invalidizace...” (MZČR, 2007: 67).*

Z uvedeného textu je zřejmé, že MZČR spektakulárně podporuje vznik aktivit typu NPP 2007, sudečnost, že NPP 2007 více méně polemizuje se zaměřením současných politik již v popisu plnění vyplývajících z programu Zdraví 21 popsána není.

5.3 ZHODNOCENÍ VYBRANÝCH STRATEGICKÝCH DOKUMENTŮ VE VZTAHU K PROBLEMATICE SYSTÉMOVÉHO STIGMATU- PROBLEMATICKÉ OKRUHY

Zaměření výše zmíněných dokumentů je podobné, a ačkoli zásady a standardní pravidla uvedená v dokumentech nejsou právně závazná, mohou být pro tvůrce jednotlivých politik užitečným vodítkem k vytvoření moderních právních nástrojů a formování institucionálního rámce. Většinu analyzovaných strategií se však v ČR nedaří efektivně využít pro tvorbu právně závazných nástrojů zdravotní politiky a pro

rozhodování v oblasti alokace finančních zdrojů. Pokud při tomto hodnocení vycházíme z Jenkinsonova modelu politického cyklu nedosahuje prakticky žádná z uváděných strategií poslední fáze „ukončení“.³⁵

Mezi některými aktéry politiky duševního zdraví v ČR se dokonce utvořil jakýsi mýtus zkratky mezi koncepcí psychiatrické péče a její implementací v praxi. V této fázi jde však o deficit potřebných kroků, zvláště na straně MZČR, které řadu let nevyužilo aktivity poradního potenciálu, představovaného Psychiatrickou společností ČLS JEP a dalšími aktéry, snažících se přispět k diskurzu o modernizaci českého systému péče o duševní zdraví.³⁶

Z provedené analýzy vyplývá, že vybrané dokumenty mají sice potenciál snížit systémovou stigmatizaci duševně nemocných v ČR, přestože se žádný strategický dokument touto oblastí nezabývá přímo. Řešené oblasti jsou ve většině dokumentů velmi podobné a rozdíl lze spatřovat zvláště ve výchozí situaci zpracovatelů a jejich záměru. Dokumenty přes nesporný potenciál vykazují z hlediska možností jejich implementace několik společných nedostatků:

- 1) Nízká míra závaznosti aktérů implementace- Aktéři nejsou nuceni žádným, nebo minimálně účinným mechanismem k implementaci dané strategie, tato je pak redukována pouze na soubor doporučení. Tato nízká závaznost může být výsledkem procesu záměrného „odstříhnutí“ většiny strategických dokumentů od vlivů EU, případně tendenčnosti tvůrců těchto dokumentů.
- 2) Stanovení obecných cílů- Většina dokumentů stanovuje cíle na rovině formálních cílů, tyto cíle nejsou vhodné pro definování očekávaných stavů, naopak dokumenty obsahují málo cílů objektových, které lze zřetelněji plnit.³⁷ Příčiny tohoto stavu lze hypoteticky spatřovat v (1) relativní obtížnosti stanovení objektových cílů v procesu stigmatizace, (2) v neochotě se problémem zabývat, (3) v jiných prioritách.
- 3) Absence nástrojů a evaluačních kritérií- Dokumenty vykazují relativně malou míru možnosti vyhodnocení, výjimkou je Zdraví 21, které kritéria částečně obsahuje- ovšem v nedostatečné a spíše jen formální míře. Příčinu tohoto stavu lze spatřovat v nedostatečné komunikaci při tvorbě dokumentů a institucionální podpoře při prosazování konkrétních závazků. Tato skutečnost dále souvisí s dlouhodobým

³⁵ Srov. Potůček, Vass, Kotlas (2005).

³⁶ Viz např. Pfeifer (2005a).

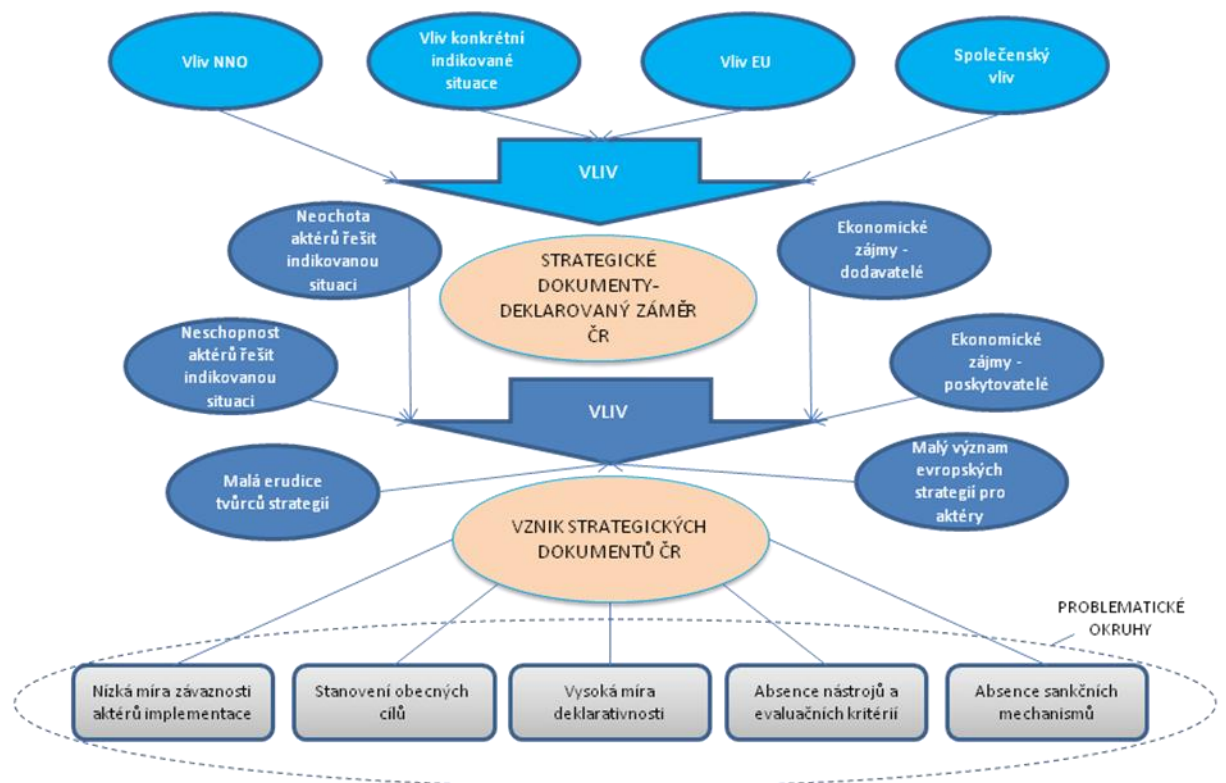
³⁷ Viz Ochrana (2004).

podceněním významu výzkumu zdravotnických služeb v ČR, výzkumu organizace a financování a řady dalších témat výzkumu.

- 4) Absence sankčních mechanismů- Tato skutečnost souvisí s nejasnou odpovědností aktérů implementace, absencí kritérií hodnocení a v neposlední řadě neochotou tvůrců sankcionovat nedostatky v provádění strategií. Bez existence sankcí není možné očekávat že aktéři implementace budou dostatečně motivováni při plnění dané strategické úlohy.
- 5) Vysoká míra deklarativnosti- značná míra deklarativnosti souvisí s absencí jasných cílů, dokumenty jsou psány obecně bez konkrétnějšího zaměření na proces realizace jednotlivých deklarovaných aktivit.

Uvedený přehled obecných nedostatků strategických dokumentů je ovlivněn řadou determinant. Přestože není ambicí této práce detailně shrnout veškeré tyto vlivy, je vhodné alespoň nastínit, které proměnné mají vliv na přijímání a implementaci strategických dokumentů ve specificky českém prostředí. Tyto souvislosti postihuje v základním členění následující schéma.

Schéma 5 – Vlivy tvorby strategických dokumentů se vztahem k problematice systémového stigmatu



Pramen: autor

Výše uvedené schéma ukazuje v první úrovni, jaké jsou základní vlivy působící na vznik dokumentů. Jedná se přirozeně o snahu řešit jistou situaci indikovanou některým z významných aktérů (např. MZČR) za nedostatečně řešenou či problematickou. V souvislosti se vstupem ČR do EU je stále častěji iniciátorem řešení situace některá „evropská“ instituce. V specificky českém prostředí je nejvýznamnější skupinou řešící oblast stigmatizace bezpochyby nestátní neziskový sektor a pomáhající organizace. Vliv, který je v diagramu označen, jako společenský vliv zahrnuje jak vliv široké laické veřejnosti, tak významnější vliv odborné veřejnosti.

Vlivy určující problematiku okruhy strategických dokumentů lze na základě výše uvedeného schématu rozdělit do několika základních skupin:

- a) Jako zásadní se jeví skutečná ochota a odpovědnost aktérů spolupracovat na vzniku strategických dokumentů, z hlediska institucionální péče nemusí vždy docházet k plné identifikaci aktéra s předkládaným dokumentem. Důvodem může být rigidita současného stavu, který danému aktérovi vyhovuje, případně přímý zájem nespolupracovat na tvorbě efektivní strategie z hlediska vlastních zájmů.
- b) Na podobném základě je možné chápat neschopnost aktérů řešit indikovanou situaci. Do tohoto vlivu však vstupuje ještě skutečná neschopnost daného aktéra vyřešit danou situaci, to je zřejmé zejména tam, kde strategický dokument zavazuje aktéra k řešení situace, na jejíž řešení nemá aktér dostatečné zdroje, případně mu nejsou zdroje poskytnuty.
- c) Společným jmenovatelem souvisejícím s neochotou a neschopností aktérů implementovat příslušné dokumenty a řešit danou situaci jsou ekonomické zájmy. Ty lze rozdělit z hlediska vlastních zainteresovaných aktérů léčby na zájmy poskytovatelů a dodavatelů. Do okruhu poskytovatelů patří vyjma klasických poskytovatelů institucionální péče rovněž aktéři z oblasti veřejné správy (např. MZČR), které alokuje zdroje do oblasti institucionální psychiatrické péče. Z hlediska tohoto okruhu aktérů může být např. v pozadí ekonomických zájmů obava z větší nákladovosti nového systému péče. Otázka ekonomických zájmů dodavatelů v psychiatrické péči je specifickým problémem, který se dotýká rovněž otázky lidsko-právní a otázky možnosti zneužití psychiatrie. Vliv dodavatelů, zvláště farmaceutických firem je důležitou proměnou, se kterou je v poslední fázi implementace rovněž nutno počítat

- d) Dalším nezanedbatelným faktorem ovlivňujícím vznik a implementaci strategických dokumentů je pouze malá závaznost a autorita společných evropských strategií. Tato skutečnost lze dobře demonstrovat na NAPSÍ 2004-2006, který je např. označován oborovou konferencí nestátních neziskových organizací působících v zdravotně sociální oblasti (SKOK) za „splněný domácí úkol pro Evropskou komisi“ (EU-Media, 2007).
- e) Posledním zobrazeným okruhem je malá erudice tvůrců strategických dokumentů. Tato oblast může vycházet jak z nedostatečné odborné kompetence tvůrců dokumentů (což lze zvažovat u Zdraví 21, NAPSÍ), případně z nedostatečných možností (např. nedostatek času, vágní zadání) a prosazování partikulárních zájmů při tvorbě konkrétních dokumentů.

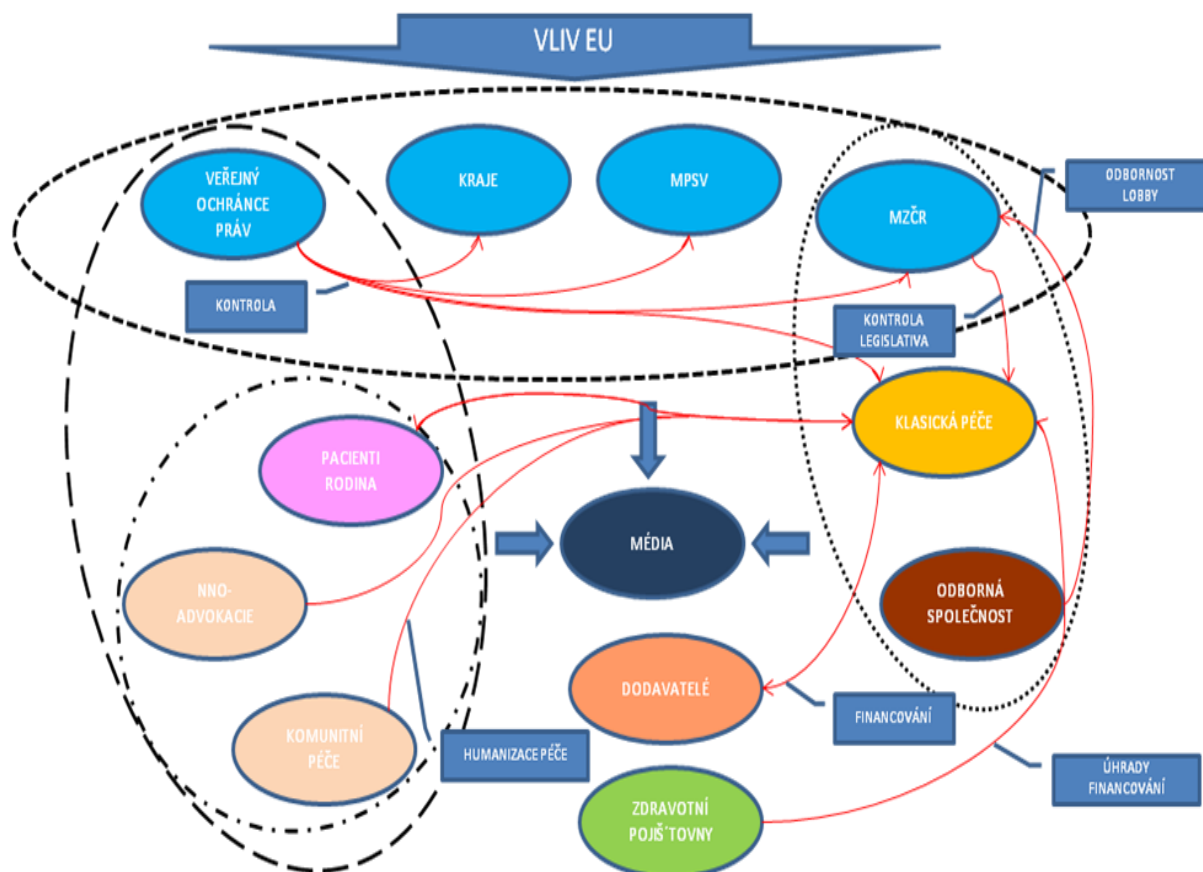
6 ANALÝZA JEDNÁNÍ AKTÉRŮ V PSYCHIATRICKÉ PÉČI SE ZAMĚŘENÍM NA SYSTÉMOVOU STIGMATIZACI

6.1 KLASTRY AKTÉRŮ V DESTIGMATIZAČNÍM PROCESU

„V procesech formulace a realizace zdravotní politiky se setkáváme s početným zastoupením aktérů. Aktéry mohou být jednotlivci, skupiny nebo různé organizace, tedy fyzické i právnické osoby. Aktéři zahrnutí v určité politice mohou být společně označeni jako „politický subsystém“. Hlavní aktéry lze při jisté míře zjednodušení rozdělit do pěti základních kategorií: volení zástupci, pracovníci exekutivy/veřejné správy, zájmové skupiny, výzkumné organizace a masová média.“ (Háva, 2005).

V problematice systémové stigmatizace se setkáváme se značně nekoherentní řadou aktérů, následující kapitola nemá sumarizovat činnost všech aktérů, ale nastínit vliv hlavních skupin aktérů na politiku péče v návaznosti na proces systémové stigmatizace, respektive destigmatizace. Kapitola je zaměřena na ČR v období po roce 1989 do současnosti, vzhledem k převládající indiferentnosti aktérů k problematice stigmatizace v průběhu devadesátých let je ponechán důraz na vývoj po roce 2000 v kontextu transformace české společnosti. Jako významný bod v destigmatizačním procesu implikující alespoň deklarativní změnu jednání aktérů lze chápat vstup ČR do EU, tato změna se odráží zvláště u aktérů z řad veřejné správy (viz kap. 4.1.3).

Schéma 6 – Přehled hlavních aktérů ve vztahu k problematice systémové stigmatizace v ČR



Zdroj: autor

Přestože uvedené schéma nezohledňuje veškeré vztahy a zájmy aktérů v procesu systémové stigmatizace, je zřejmé, že tento proces je charakteristický značně složitou sítí aktérů, jejichž postoje a zájmy vzájemně interagují a přispívají k současné situaci. Z pohledu společenského vývoje stigmatizace jsou ústředním aktérem média, která jsou hlavním prostředkem prezentace ostatních aktérů- „přímých hráčů“ na poli stigmatizace. Mezi nejsilnější „přímé hráče“ ve specificky českém prostředí patří MZČR a MPSV, které mají řadu nástrojů k posunu vývoje stigmatizace. Vliv EU lze sledovat zvláště na úrovni státní správy, přestože nelze v současné situaci hovořit o zásadním vlivu, je pravděpodobné, že vliv EU bude v budoucnu významně určovat celkové prostředí psychiatrické léčby v ČR.

6.1.1 VEŘEJNÁ SPRÁVA

Nejvýznamnějším aktérem v procesu systémové stigmatizace je bezesporu skupina aktérů, kterou obecně označujeme veřejnou správou. Provazníková (2007) definuje

veřejnou správu jako systém, který je tvořen dvěma hlavními subsystemy: hlavní subsystem představuje státní správa a druhý subsystem představuje samospráva, resp. veřejná samospráva. Státní správa je vykonávána na rovině státu prostřednictvím souhrnu institucí a to přímo, nebo zprostředkovaně- územní samosprávou.

6.1.1.1 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (MPSV) částečně určuje právní rámec péče, význam tohoto subjektu spočívá rovněž v zavedení systému tzv. standardů kvality sociálních služeb. Důležitým nástrojem, kterým MPSV disponuje je grantová politika, jež napomáhá saturovat velkou část finančních potřeb obzvláště nestátních neziskových organizací. Aktér je odpovědný za plnění specifických cílů ve strategii „Zdraví 21“, které mají návaznost na proces destigmatizace.

Specifické jednání aktéra v otázce stigmatizace je ovlivněno závazkem MPSV k eliminaci stigmatizující zátěže duševních poruch v souvislosti se vstupem ČR do EU. Přestože je tento závazek formulován více méně až v české verzi dokumentu Zdraví 21 jako závazek MPSV přispět k „*snížení stigmatu psychicky nemocných a odstranění jejich diskriminace*“ (MZČR, 2007: 63), lze sledovat určité sekundární kroky v regulaci stigmatu již dříve, zhruba od poloviny devadesátých let.

Aktivity MPSV v procesu destigmatizace psychiatrických poruch se stigmatizujícím systémovým základem lze, jak již bylo řečeno, rozdělit v zásadě na dvě základní skupiny, regulaci pomocí právního rámce a regulaci pomocí dotační politiky.

V problematice právního rámce nevyvíjelo MPSV v průběhu devadesátých dostatek aktivit v destigmatizačním procesu, jako nejvýznamnější aktivitu aktéra lze spatřovat formulování zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jehož ideový vznik lze zařadit do poloviny devadesátých let. Významným přínosem zákona jsou mimo jiné standardy kvality sociálních služeb, které mají přímý vliv na poskytování služeb ve smyslu zvyšování kvality. Součástí standardů jsou rovněž tzv. procedurální standardy, které mají za jeden z cílů snižovat vyloučení klienta ze společnosti. Zájem MPSV jako aktéra určujícího právní rámec je v některých oblastech rozdílný od zájmů ostatních aktérů z řad veřejné správy, např. Ministerstva zdravotnictví ČR. Tato skutečnost vede k rozdílnému přístupu a jisté nesystematičnosti v procesu poskytování psychiatrické péče- péče tedy není vždy dostatečně koordinována. Jako příklad může sloužit

problematika zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který zřetelně postrádá dostatečnou vazbu sociálních služeb na služby zdravotní. Přes značný destigmatizačním potenciál tohoto zákona je tedy přínos ke konkrétnímu snížení stigmatizace relativně malý (viz kap. 4.4). Jednou ze strategií deklarativně souvisejících se vznikem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je Národní akční plán sociálního začleňování 2004 – 2006, jenž byl schválen vládou ČR již v roce 2004. Přestože MPSV v rámci vyhodnocování této strategie uvádí, že nejvýznamnějším výsledkem strategického závazku je vznik zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je skutečný vliv této strategie na vznik zákona velmi malý (viz kap. 5).

MPSV je dále významným aktérem v otázce zaměstnanosti, význam tohoto aktéra lze spatřovat především v pokusu konsolidovat trh práce tak, aby zohledňoval požadavky zdravotně postižených- tedy rovněž lidí duševně nemocných. Úloha MPSV získala na významu v souvislosti se společenskými změnami v ČR po roce 1989, kdy došlo v závislosti na zániku sítě zaměstnavatelů zdravotně postižených k nárůstu nezaměstnanosti duševně nemocných, což zvýšilo jejich závislost na společnosti a nepřímo zvýšilo stigmatizaci jako osob, které jsou pouze „společenskou zátěží“. MPSV se zcela konkrétně podílelo na koncepci zaměstnanosti a související problematice důchodového zabezpečení, toto lze sledovat např. na vzniku vyhlášky č. 284/1995 Sb., která již počítá v § 7 a 8 s kategorií osob duševně nemocných a umožňuje uplatnit tzv. zbytkový pracovní potenciál. Otázka zaměstnanosti osob duševně postižených je však uspokojivě řešena až v pozdějších právních předpisech zvláště v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, kde jsou určeny podmínky získání podpory v procesu podporovaného zaměstnávání.

Úloha MPSV souvisí v otázce zaměstnanosti s úlohou úřadů práce, které vznikly na začátku devadesátých let jako reakce na společenské změny. Tyto úřady zajišťují v rámci své působnosti koncepci vývoje zaměstnanosti a podílejí se na saturaci potřeb osob ohrožených nezaměstnaností. Úřady práce mohou přispívat ke snížení systémové stigmatizace nepřímo prostřednictvím realizace politiky zaměstnanosti a z tohoto titulu jsou jedním z realizátorů zákona o zaměstnanosti, mimo jiné vyplácí příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

Druhým nástrojem v procesu destigmatizace je dotační podpora, zvláště poskytovatelům sociálních služeb, ale rovněž organizacím, které přímo bojují se stigmatizací duševně nemocných.

Vstupem ČR do EU se otevřely ČR nové možnosti financování celého spektra programů. Od roku 2004 do roku 2006 umožnilo MPSV rovněž na základě silícího tlaku NNO podporu destigmatizačních programů v Operačním programu Rozvoj lidských zdrojů, přestože byla podpořena řada projektů zaměřených na snižování stigmatizace, není, na základě vyjádření z Odboru sociálních služeb MPSV, dostupná databáze konkrétního počtu těchto projektů. Těžko tedy lze systémově hodnotit jejich dopad.

Jako zásadní dotační titul, který je v gesci MPSV a je využitelný v destigmatizačním procesu lze vnímat Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost pro roky 2007-2013, prioritní osu 3 jejímž cílem je *„pomoc osobám ohroženým sociálním vyloučením, zvyšování kvality a dostupnosti sociálních služeb a zavedení opatření vedoucích ke zvyšování zaměstnatelnosti těchto osob včetně prosazování rovných příležitostí žen a mužů na trhu práce“* (MPSV, 2008: 9). Vzhledem k současné počáteční fázi implementace tohoto operačního programu však není prozatím možné zhodnotit celkové dopady jeho intervence. Potenciál tohoto dotačního titulu však lze ukázat na projektovém záměru karlovarského kraje, který v rámci tzv. individuálních projektů OPLZZ překládá záměr *Optimalizace péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje, jehož součástí je vytyčení cílů na rovině „snižování stigmatu duševních poruch formou systematické a efektivní veřejné osvěty“* (KÚ Karlovarského kraje, 2009). V důvodové zprávě k tomuto projektovému záměru podporujícímu např. mediální a vzdělávací aktivity vedoucí k destigmatizaci je citována strategie MPSV *„...V České republice (stejně jako v okolním současném světě) brání reformám péče o osoby s duševním onemocněním především stigma, tedy fakt, že je duševní onemocnění opřeno mnoha negativními předsudky ze strany veřejnosti. Pokud nejsou systematicky vyvraceny, způsobují nepochopení a odmítání duševních nemocí a jejich nositelů. Psychiatričtí pacienti tak vedle vlastní nemoci bojují také s předsudky, které v důsledku způsobují jejich izolaci, nezaměstnanost, a mohou vést až k bezdomovectví a zvýšené míře sebevraždnosti.“* (KÚ Karlovarského kraje, 2009). Uvedený příklad potvrzuje akceptaci problematiky stigmatizace, která je postupně vnímána jako existující problém, který je nutno řešit. Za tímto posunem a možnostmi podpory řešení situace pomocí strukturálních fondů lze spatřovat jak vliv NNO, tak částečný vliv strategických dokumentů v návaznosti na členství České republiky v Evropské unii.

6.1.1.2 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZČR) se významně podílí na tvorbě právního rámce péče, mimo jiné rovněž vykonává zřizovatelskou funkci v řadě přímo zřizovaných psychiatrických zařízení (cca 16 psychiatrických léčeben) a částečně zajišťuje jejich finanční zabezpečení. MZČR je již tradičním donátorem různých dotačních programů. Aktér je odpovědný za plnění specifických cílů ve strategii „Zdraví 21“, které mají návaznost na proces destigmatizace. MZČR vstupuje na pole psychiatrické péče jako subjekt s největší zákonem vymezenou mírou odpovědnosti za tvorbu zdravotní politiky.³⁸ Jako takový má značnou sílu prosadit v procesu destigmatizace systémové kroky zaměřené na problematiku vývoje léčby, léčebných prostředků a především financování léčby. Právě otázku financování a nákladovosti léčby lze chápat jako jednu ze zásadních zájmových oblastí tohoto aktéra.

Specifické jednání z hlediska destigmatizačního procesu je, podobně jako u MPSV, ovlivněno vstupem ČR do EU a deklarativním závazkem MZČR plnit strategii Zdraví 21, který je artikulován jako příspěvek k „*snížení stigmatu psychicky nemocných a odstranění jejich diskriminace*“ (MZČR, 2007: 63). Vyjma tohoto deklarativního vymezení je otázka stigmatizace řešena MZČR nedostatečně, přičemž je v závislosti na „ekonomické stabilitě“ sektoru zdůrazňováno ekonomické hledisko. Jedním z přenesených závazků MZ ČR je rovněž podpora destigmatizačního procesu na základě Evropské deklarace psychického zdraví (viz dále).

Destigmatizační aktivity MZČR je, např. ve srovnání s MPSV, obtížnější typologizovat. Přesto lze v obecné rovině hovořit o aktivitách, které zasahují do právního rámce, zvláště v poskytování vlastní péče, a aktivitách realizovaných prostřednictvím implementace dotačních titulů.

V rámci uznání problému stigmatizace duševně nemocných a zohlednění této skutečnosti ve vlastních aktivitách vyvíjelo MZČR v průběhu devadesátých let pouze minimální činnost. Změnu přístupu s větším důrazem na konkrétní oblasti determinující stigmatizaci je možné sledovat zvláště ve vstupním procesu České republiky do Evropské unie.

V oblasti tvorby právního rámce s destigmatizačním potenciálem je MZČR zavázáno např. výše zmíněným programem Zdraví 21, oproti aktivitám MPSV, které je

³⁸ Viz zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky.

spoluředitel problematiky stigmatizace se MZČR drží spíše deklarativního plnění cílů v oblasti destigmatizace, ze Čtvrté zprávy o plnění programu Zdraví 21 je tato skutečnost zřetelná z popisu plnění aktivity: „*Na snížení stigmatu ležícím na psychiatrii a duševně nemocných se podílí vhodná medializace a kulturní aktivity spojené s pozitivním náhledem na obor a duševně nemocné. Na odstranění diskriminace se musí podílet legislativa, zejména daňové zvýhodňování zaměstnávání takových osob. Tento problém je palčivý v celém světě, protože není dostatečná motivace takové osoby zaměstnávat zejména v privátním sektoru.*“ (MZČR, 2007: 71). Je tedy zřejmé, že závaznost mezinárodních dokumentů v oblasti destigmatizace je pouze deklarativní a kroky, které MZČR v této oblasti podniká, jsou nedostatečné. Nedílným závazkem MZČR je znění zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který mimo jiné ukládá v § 69 Ministerstvu zdravotnictví zajistit vědeckovýzkumnou a vzdělávací činnost: „*Ministerstvo zdravotnictví řeší v souladu s výsledky vědeckého poznání a s potřebami společnosti zásadní otázky zdravotnické politiky, stanoví koncepci a vytyčuje hlavní směry rozvoje zdravotnictví a dbá o jejich zabezpečování. Pečuje o rozvoj lékařské vědy a o výzkumnou činnost v oboru zdravotnictví; zabezpečuje pohotové převádění výsledků vědy do praxe tak, aby zdravotní péče byla poskytována na nejvyšší dosažitelné úrovni.*“ (zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 69). Na základě tohoto závazku je MZČR tedy povinno převádět nové poznatky do praxe, v oblasti psychiatrie se však nové poznatky do praxe přenášejí nedostatečně, příkladem může být nedostatečná podpora komunitní péče a nedostatečně saturované potřeby ambulantní péče, která stojí v základu psychiatrické péče a pomáhá zmírňovat dopad systémových determinant psychiatrické péče.

V této souvislosti je vhodné uvést rovněž § 70 stejného zákona, který ukládá MZČR, že „*řídí výchovu a výuku středních a nižších zdravotnických pracovníků, spolupracuje v otázkách výchovy a výuky lékařů a farmaceutů a řízení dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků s ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, s profesními organizacemi a dalšími profesními sdruženími*“ (zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 70). Z hlediska stigmatizace je důležité upozornit na skutečnost, že MZČR doposud nezařazuje do odborné přípravy lékařů a dalšího zdravotnického personálu problematiku stigmatizace psychiatrických poruch a oboru psychiatrie. Lékaři, kteří vstupují do systému psychiatrické péče jako čerství absolventi lékařských fakult jsou obecně s tímto fenoménem seznámeni v rámci výuky lékařské etiky, která se začala v devadesátých letech prosazovat ve větší míře na lékařských

fakultách, podobně střední zdravotnický personál je v rámci odborné přípravy s problematikou rámcově seznámen. Jednou z variant seznámení staršího zdravotnického personálu s možnostmi předcházení stigmatizace a prohloubení znalostí o tomto fenoménu u nových pracovníků je zařazení problematiky stigmatizujícího systému psychiatrické péče a její prevence do dalšího odborného vzdělávání dle Zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a Zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Význam zařazení tohoto druhu vzdělávání do dalšího odborného vzdělávání je mimo jiné uveden v závazku ČR v Evropské deklaraci psychického zdraví: „...zahrnout problematiku duševního zdraví do vzdělávacích osnov všech kvalifikovaných pracovníků ve zdravotnictví a navrhnout programy kontinuálního odborného vzdělávání a školení pro pracovníky v oboru duševního zdraví“ (SZO, 2005). Z tohoto hlediska tedy ČR v zastoupení oborové působnosti MZČR nedosahuje dostatečně výše uvedenému závazku.

Druhým významným nástrojem MZČR, který je z relevantní z hlediska destigmatizace jsou dotační tituly. Jako nejnovější a nejrozsáhlejší zdroje, kterými MZČR v této oblasti disponuje, jsou finance alokované pro zdravotnictví v tzv. Integrovaném operačním programu pro roky 2007-2013 a zdroje z Finančních mechanismů EHP/Norsko. Zvláště finanční zdroje z Finančních mechanismů EHP/Norsko mají mimo jiné za úkol zlepšit prostředí v systému poskytování psychiatrické péče, tento záměr tedy může sekundárně pomoci v procesu snižování míry systémové stigmatizace duševně nemocných (viz kap. 7.3.1). Jako významný dotační titul umožňující podporu projektům modernizace psychiatrické péče se zdá na první pohled být zmiňovaný Integrovaný operační program, který umožňuje v rámci implementace tzv. globálního grantu v Oblasti podpory 3.2 Služby v oblasti veřejného zdraví intervenovat rovněž do sekundární a primární prevence zdravotních rizik s cílem „...minimalizace sociálního vyloučení osob způsobeného následky nezdravého životního stylu a následky akutních a trvalých poškození zdraví prostřednictvím podpory primární a sekundární prevence zdravotních rizik a zvýšením kvality systému následné a dlouhodobé péče...“ (MMR, 2008a: 94). Dle dostupných informací z Odboru evropských fondů MZČR se však nepočítá v rámci přerozdělování alokovaných

finančních prostředků s podporou sektoru psychiatrické péče. Pravděpodobně jedinou možností, psychiatrické péče participovat na Integrovaném operačním programu je cíl „...zvýšení kvality a efektivity systému péče o zdraví a optimalizace a racionalizace nákladů na tuto péči prostřednictvím modernizace, inovace a zajištění dostupnosti know-how“ (MMR, 2008a: 94). Zcela konkrétně mohou být v rámci tohoto cíle podpořeny projekty zajištění standardizace péče (viz výše), v tuto chvíli však není zřejmé, zda budou projekty tohoto typu ze strany MZČR předloženy.

MZČR disponuje rovněž řadou oborových dotačních titulů vyplývajících z usnesení vlády ČR č. 114/2001 Sb., o zásadách vlády pro poskytování dotací ze státního rozpočtu České republiky nestátním neziskovým organizacím ústředními orgány státní správy. Z hlediska možnosti eliminace stigmatizace je významnější pouze dotační program zaměřený na zdravotnické vzdělávací programy. Tento program umožňuje „podporu osvětové zdravotnické činnosti, rozšíření dostupnosti informací o vzdělávání a pro vzdělávání formou kongresů, konferencí, seminářů, cyklů přednášek i jednotlivých přednášek a besed“ (MZČR, 2009). Bohužel za období realizace tohoto programu nebyl vybrán k podpoře žádný projekt zaměřený na problematiku stigmatizace psychiatricky nemocných a psychiatrické péče obecně.

Uvedený přehled dotačních titulů a zásadní nedostatek možností podpory pro oblast duševního zdraví, zvláště ze strukturálních fondů EU, je v jisté kolizi se závazkem ČR plynoucím z Evropské deklarace duševního zdraví hlásajícím, že „Budeme podporovat nevládní organizace působící v oblasti duševního zdraví, a podněcovat vytváření nevládních organizací a organizací uživatelů služby.“ (SZO, 2005). Z hlediska MZČR jsou dotační aktivity vedoucí k podpoře NNO v oblasti duševního zdraví nedostatečné, potřeba tohoto sektoru je částečně saturována z resortu sociálních věcí.

6.1.1.3 KRAJE

Provazníková (2007) vidí hlavní funkci samosprávy, včetně krajské, ve vytváření podmínek pro sociálně ekonomický rozvoj příslušného území. Hlavní úlohou této samosprávy je zabezpečit pro své občany řadu veřejných statků a služeb, ať již prostřednictvím neziskových organizací nebo jinými způsoby, při respektování maximální hospodárnosti a efektivity.

Vznik krajů jako vyšších územně samosprávních celků v moderním slova smyslu byl ovlivněn procesem transformace územní veřejné správy. Krajské úřady vznikly coby výkonný orgán zákonem č. 347/1997 Sb., o vytvoření vyšších územních samosprávních celků, přičemž jako první zakotvení krajské samosprávy včetně jejích kompetencí lze chápat zákon č. 129/200 Sb., zákon o krajích (krajském zřízení). Vzhledem k době vzniku krajů je tedy zřejmé, že aktivity aktérů tohoto typu lze v souvislosti s destigmatizačním procesem sledovat později, než u předchozích aktérů.

Specifické jednání krajů z hlediska stigmatizace je možné sledovat na dvou rovinách, první je formování vlastní lékařské péče, včetně psychiatrické, na území kraje, druhou rovinu představuje dotační podpora organizacím vytvářející destigmatizační aktivity.

Z hlediska formování psychiatrické péče se jako významný fakt jeví doposud nedostatečný přechod hlavního systému psychiatrické léčby institucionálního typu do psychiatrických oddělení nemocnic (viz kap. 4.2). Tato skutečnost je poněkud v kolizi se zněním § 14 zákona č. 129/200 Sb., zákon o krajích (krajském zřízení): *„Do samostatné působnosti kraje patří zejména záležitosti uvedené v § 35, 36 a 59. Kraj v samostatné působnosti ve svém územním obvodu dále pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o komplexní územní rozvoj, zejména o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů, především o uspokojování potřeby ochrany a rozvoje zdravých životních podmínek, dopravy a spojů, potřeby informací, výchovy a vzdělávání, celkového kulturního rozvoje a ochrany veřejného pořádku.“* (zákon č. 129/200 Sb., zákon o krajích (krajském zřízení), § 14). Z hlediska přechodu systému péče do psychiatrických oddělení nemocnic, od kterého lze očekávat snížení systémové míry stigmatizace je významný závazek krajů uspokojovat potřeby občanů na rovině zdravých životních podmínek. Z dalšího kontextu zákona vyplývá, že se jedná rovněž o potřeby rozvoje zdravotní péče. Při dovedení tohoto myšlenkového postupu do konce tedy může být oprávněným požadavkem krajů vytvoření místně dostupné sítě služeb psychiatrické institucionální péče pro občany z daného kraje, která má nediskriminační charakter a nevyčleňuje nadbytečně jedince z jeho prostředí. V tomto kontextu je nutno chápat jako nedostatek v přesunu těžiště regionálních lůžkových psychiatrických služeb do krajských nemocnic. Důvody tohoto nedostatečného přechodu lze spatřovat zvláště v ekonomické náročnosti tohoto procesu a neochoty primárního garanta MZČR, který je možné demonstrovat na popisu plnění úkolu „přechodu psychiatrické péče do všeobecných nemocnic“ v rámci strategie Zdraví 21: *„Změny v počtu lůžek a jejich restrukturalizace jsou závislé na možnostech*

modernizace lůžkových zařízení, u některých pak profilaci na určitý potřebný druh péče. Lůžková psychiatrická péče je zajišťována celkem na 32 psychiatrických odděleních nemocnic s 1439 lůžky. Některá psychiatrická oddělení nemají ani takové vybavení a dostupnost pomocných vyšetření jako řada léčeben. Nejsou schopna zajistit diferencovanou péči, mají problémy se zajištěním provozu kvalifikovanými pracovníky. Možnosti pacientů zapojit se do rehabilitace, psychoterapie, resocializace jsou omezené. Lůžka akutní v krizových centrech, pokud tato nejsou součástí nemocničních klinik a psychiatrických léčeben, by měla být minimálně stejně vybavena jako akutní lůžka....“ (MZČR, 2007: 68). Ze zprávy vypracované MZČR je patrná jistá neochota k transformaci psychiatrické péče směrem k modernějšímu systému, kde je těžiště péče alokováno v daném kraji, čímž je garantována lepší dostupnost akutní i následné péče. Právě dostupnost péče lze přitom považovat za jeden z předpokladů úspěšné psychiatrické léčby, a to zvláště u poruch, které jsou v majoritní společnosti přijímány jako společnosti nebezpečné, např. schizofrenie.³⁹ Je otázkou, nakolik kraje skutečně usilují o přechod těžiště lůžkové léčby do vlastních zařízení. David (2008: 107) v této souvislosti uvádí, že „...pro nemocnice jsou psychiatrická oddělení ztrátová a podle toho se k nim většinou chovají...“. Jako zajímavé se z hlediska přechodu systému péče do regionálních zařízení jeví rozložení klientely v psychiatrických léčebnách vzhledem k její regionální příslušnosti. Přestože, jak již bylo řečeno, mají potřeby psychiatrické péče obyvatelstva kraje saturovat rovněž krajská zařízení, dochází často k nadregionální působnosti „státních“ psychiatrických léčeben, které „kapacitou stačí, ale část psychiatrických léčeben neuznává spádové území, a proto si vybírá méně problémové pacienty, z nichž mnozí hospitalizaci nepotřebují“ (David, 2008: 107). Na tomto podkladě tedy může být narušena rovněž dostupnost psychiatrické péče pacientům, kteří hospitalizaci skutečně poskytují. Takto nazíraný proces zcela evidentně působí negativně na tvorbu stigmatizace psychiatricky nemocných.

Jako zájem krajů je možné v této souvislosti označit zlepšení koordinace péče na vymezeném správním území s primárním využitím vlastních zdrojů. V souvislosti s reformou stání správy dochází postupně k přenesení většího počtu pravomocí na krajské úřady. Jednou z pravomocí krajských úřadů je oprávnění registrace nestátních zdravotnická zařízení, jejich podporu tak mohou dosáhnout rovněž humanizace psychiatrické péče v daném kraji. Aktivita krajů v destigmatizačním procesu je v této

³⁹ Srov. DEMA (2004).

souvislosti odvislá od skutečnosti, že mohou přímo ovlivňovat pouze ta zdravotnická zařízení, která sami zřizují. S ohledem na nedostatečné rozdělení pravomocí obzvláště mezi kraji a MZČR (MZČR zřizuje většinu psychiatrických léčeb) tedy nemohou kraje dostatečně efektivně přispět k snížení systémové stigmatizace prostřednictvím konsolidace psychiatrické péče v daném regionu.

Vliv krajů na psychiatrickou péči je artikulován mimo jiné prostřednictvím krajských plánů zdravotních a sociálních služeb, které problematiku psychiatrické péče obsahují. Do hry tedy rovněž vstupuje oblast sociální, ve které hraje z hlediska destigmatizačních aktivit důležitou roli zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Na základě tohoto zákona jsou kraje povinny zpracovávat tzv. střednědobí plán rozvoje sociálních služeb, který může oblast destigmatizace duševně nemocných obsahovat. Z dostupných koncepcí však vyplývá, že kraje nevyužívají veškerých dostupných prostředků k podpoře destigmatizace psychiatrické péče. Jednou z výjimek je Kraj Karlovarský, který oblast stigmatizace duševních poruch zohlednil ve střednědobém plánu sociálních služeb a hodlá implementovat velký individuální projekt zaměřený na destigmatizaci nazvaný „Optimalizace péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“. V rámci tohoto projektu podpořeného z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost bude poskytnuta podpora poskytovatelům psychiatrické péče a NNO za účelem humanizace a destigmatizace péče. Tento projekt představuje typový projekt, jehož obdoba by byla přínosná rovněž pro ostatní regiony v ČR.

6.1.1.4 VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV

Institut veřejného ochránce práv byl zřízen zákonem č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv. Úřad veřejného ochránce práv působí k ochraně osob před nezákonným jednáním úřadů a tím přispívá k ochraně základních práv a svobod. Význam této instituce v problematice duševních poruch je vnímán rovněž odbornou veřejností jako výrazný.⁴⁰

Vliv Veřejného ochránce práv (ombudsmana) na oblast stigmatizace lze spatřovat především na rovině kontroly systematického i individuálního porušování lidských a občanských práv: „*Veřejný ochránce práv (dále jen "ochránce") působí k ochraně osob před jednáním úřadů a dalších institucí uvedených v tomto zákoně, pokud je v rozporu s*

⁴⁰ Viz např. Reiter a kol. (2004).

právem, neodpovídá principům demokratického právního státu a dobré správy, jakož i před jejich nečinností, a tím přispívá k ochraně základních práv a svobod.“ (zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, § 1). Z dosavadní praxe vyplývá, že úřad ombudsmana provádí své poslání v souladu s očekáváními a přispívá ke konstituování právního povědomí rovněž v psychiatrické péči. Z hlediska psychiatrické péče je však pozice ombudsmana relativně složitá. Tuto skutečnost lze demonstrovat na negativních reakcích psychiatrických léčeben na pravidelné i příležitostné návštěvy zástupce ombudsmana uvnitř zařízení. Přestože má tuto povinnost ombudsman vymezenou zákonem: *„Ochránce provádí systematické návštěvy míst, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě veřejnou mocí nebo v důsledku závislosti na poskytované péči, s cílem posílit ochranu těchto osob před mučením, krutým, nelidským, ponižujícím zacházením nebo trestáním a jiným špatným zacházením.“* (zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, § 1), je často pro tuto činnost kritizován. Příkladem může být reakce ředitel PL Bohnice na návštěvu a šetření zástupce ombudsmana v souvislosti s medializací řešení problematiky síťových lůžek: *„...Pokud byste nezveřejnila své chybné závěry, bylo by teoreticky možné Vám některé skutečnosti vysvětlit bez pozornosti médií. Protože jste se rozhodla svoje závěry zveřejnit, jsem bohužel nucen vysvětlovat v médiích, proč jsou Vaše závěry chybné. To jistě nepřispěje k autoritě úřadu Veřejného ochránce práv. Pro zřízení tohoto úřadu jsem jako poslanec hlasoval...“* (David, 2006). Z textu je zřejmé, že v konkrétním případě ředitel psychiatrické léčebny nesouhlasí s medializací problematiky a odmítá přístup zástupce ombudsmana. S analogickým přístupem se je možné setkat rovněž u dalších psychiatrických léčeben, v rámci paternalistického modelu léčby, jenž je výsledkem historických preferencí se zástupci institucionální péče uzavírají do okruhu vlastní instituce a, jak se zdá, pouze neradi poskytují informace o skutečném provozu v léčebnách. Tato situace má přirozeně vliv na vnímaný systém psychiatrické léčby jak ze strany pacientů tak veřejnosti a působí tak negativně na proces systémové stigmatizace.

Úřad ombudsmana zrealizoval v roce 2008 z hlediska systémových předpokladů stigmatizace a lidských práv zvláště významné šetření v českých psychiatrických léčebnách s cílem: *„...posílení ochrany pacientů léčeben před tzv. špatným zacházením. V případě péče o duševně nemocné může mít špatné zacházení podobu porušování základních práv, jako je např. právo na osobní svobodu, na nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, poskytování péče způsobem zasahujícím do lidské důstojnosti nebo*

zneužívajícím nebo prohlubujícím závislost osoby na poskytované péči. Proto se ochránce zaměřoval především na právní stránku hospitalizace a péče, tedy i na komunikaci léčebny s příslušným soudem a informovaný souhlas, a dále na důstojnost prostředí léčebny, záruky ochrany práv pacientů, režim jednotlivých oddělení.“ (Motejl, 2008). Výsledkem tohoto šetření je řada doporučení orgánům veřejné správy, mezi nimiž nechybí rovněž jisté postupy k dosažení určitých provozních standardů v psychiatrické péči. Z hlediska stigmatizace se tedy šetření ombudsmana dotklo nepřímo a nezáměrně otázky standardů v psychiatrické péči a nastínilo jejich potřebu v destigmatizačním procesu.

Z hlediska systémových doporučení se vliv šetření jako nejvýznamnější akce ombudsmana v oblasti psychiatrické péče dotkl také jednání ústředních orgánů státní správy. Jedná se zvláště o apel na MZČR, aby iniciovalo odbornou diskuzi s představiteli psychiatrických léčeben i zdravotních pojišťoven, jejímž předmětem bude financování psychiatrické péče a její další vývoj. Doporučení MPSV aktivně spolupracovat s kraji na doplnění sítě sociálních služeb. Dále o doporučení krajům zahájit konkrétní řešení situace duševně nemocných na svém území, například formou vyjednání veřejného závazku za zajištění jednotlivých druhů sociálních služeb mezi dotčenými subjekty (Motejl, 2008). Tato doporučení mají zjevný destigmatizační potenciál a jsou diskutována výše, otázkou však zůstává jejich závaznost konkrétním aktérům.

6.1.2 PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST

V ČR existuje větší množství odborných společností sdružených v České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). Pod toto zastřešující dobrovolné nezávislé sdružení fyzických osob spadá rovněž psychiatrická společnost (PS ČLS JEP). Vzhledem k počtu členů (cca 1100) je PS ČLS JEP významným aktérem, který vystupuje při formování právního rámce a navrhuje koncepci psychiatrické péče v ČR. Význam aktéra je možné spatřovat ve formulování zájmů oboru psychiatrie, zvláště na úrovni ministerstev, případně dalších orgánů státní správy. Tento vliv je patrný zvláště v lobbystickém procesu na půdě parlamentu České republiky a Ministerstvu zdravotnictví ČR.

Významným počinem PS ČLS JEP z hlediska formování směru vývoje psychiatrické péče v ČR bylo schválení návrhu Konceptce oboru psychiatrie (KOP) v roce 2000 (2001), přičemž společnost se podílela rovněž na revizi v roce 2008 (viz kap. 5.1.1). Přestože koncepce nenabízí přímou a uplatnitelnou strategii v boji proti stigmatizaci, nastiňuje řadu souvisejících otázek.

Jednou z významných oblastí, která představuje významné zájmové pole PS ČLS JEP je oblast financování psychiatrické péče. V posunu času a změny úhradových mechanismů je tato skutečnost stále patrnější rovněž v textu obou verzí Konceptce oboru psychiatrie. Zatímco ve verzi KOP z roku 2001 je oblast financování řešena pouze okrajově, revize KOP z roku 2008 zmiňuje širokou řadu problematických skutečností souvisejících s nákladovostí péče. Jedná se např. o vymezení nemožnosti vzniku nových kapacit péče: „...z důvodu nedostatečného financování nevznikají nová nemocniční psychiatrická oddělení a existence dosavadních je ohrožena.“ (PS ČLS JEP, 2001: 3). Toto vymezení naráží na deklarovaný závazek ČR, formulovaný mimo jiné v české verzi Zdraví 21, přenést větší objem péče do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic. V souvislosti se stigmatizací je přitom úloha dostupné péče jednou ze základních determinant. Podobně PS ČLS JEP formuluje nedostatky v institucionální péči: „Problémem psychiatrických léčeben jsou velké „spádové oblasti“, ve kterých nemají alternativu pro lůžkovou péči, materiálnětechnické opotřebení v důsledku nedostatečného financování a nedostatku investičních zdrojů, a také nedostatečné personální vybavení, vyplývající jednak z nedostatku finančních prostředků, ale také nedostatku kvalifikovaných zdravotníků na trhu práce.“ (PS ČLS JEP, 2001: 4). Opět lze konstatovat, že obecně požadavek na modernizaci institucionální péče pomáhá destigmatizačnímu procesu.

Přestože PS ČLS JEP formuluje jasná fakta, je otázkou jaké vlivy určují jednání společnosti jako celku. Při odpovědi na tuto otázku je třeba zdůraznit skutečnost, že členy společnosti jsou jak členové tzv. biologické medicíny, tak menší počet zastánců tzv. reformních směrů v psychiatrii. Z prezentace PS ČLS JEP např. jako aktéra v deinstitutionalizačním procesu se však zdá, že pohled zastávající tradiční model péče je v PS ČLS JEP pohledem prioritním. Z tohoto hlediska je tedy jednání aktéra v procesu snižování systémové míry stigmatizace nejednoznačné.

PS ČLS JEP přirozeně slouží jako odborná společnost, která sdružuje velkou část odborných zdravotnických pracovníků z psychiatrických léčeben. Jako taková musí artikulovat a hájit rovněž zájmy svých členů. Přestože nelze označit jednání PS ČLS

JEP za zcela inhibující proces destigmatizace, je nutné zmínit vliv ekonomických a dalších zájmů zastoupených profesních skupin, které mohou mít v některých oblastech procesně odlišné cíle a potřeby než psychiatričtí pacienti (viz kap. 4).

6.1.3 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Zdravotní pojišťovny sehrávají významnou roli obzvláště v oblasti financování psychiatrické péče. V současnosti se v souvislosti s přijetím nové právní úpravy o zdravotním pojištění hovoří o zlepšení dohledu nad aktéry tohoto typu, dohled by dle dostupného návrhu měl být obzvláště v gesci MZČR. Roli zdravotních pojišťoven v destigmatizačním procesu lze označit spíše jako negativní. Reiter a kol. (2004) dokonce uvádí, že „ekonomické“ chování revizních lékařů zdravotních pojišťoven inhibuje rozvoj ambulantní psychiatrické péče. Právě rozvoj ambulantní péče je přitom jedním z předpokladů úspěšného destigmatizačního procesu.

Zájem tohoto aktéra při tvorbě a implementaci politik je dán především ekonomickými faktory. Pojišťovny tedy spoluurčují, jaké úkony mohou být ze zdravotního pojištění hrazeny, přirozeným tlakem pojišťoven je snaha o co nejlevnější léčbu se zachováním příslušné léčebné efektivity. Z tohoto hlediska pojišťovny poněkud protikladně neprosazují deinstitutionalizační trendy v systému psychiatrické péče. Pojišťovny jsou v souladu se zněním § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění vázány povinností zajistit poskytování zdravotní péče všem svým pojištěncům: „*Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tato zdravotnická zařízení tvoří síť smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny (dále jen "síť")*“ (zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, § 46). Tuto povinnost plní pojišťovny obzvláště na základě uzavřené smlouvy o poskytování a následné úhradě zdravotní péče, která je dvojstraně uzavírána mezi poskytovatelem péče a pojišťovnou. Dalším zájmem aktéra, vyplývajícím z platné právní úpravy, je tedy vytvoření fungujícího systému psychiatrických služeb. Jako problematická se však v této souvislosti jeví vymahatelnost plnění povinností zdravotních pojišťoven zvláště ve zmiňované oblasti plateb konkrétním zdravotnickým zařízením. Z hlediska systému přechodu péče se tato skutečnost sekundárně projevuje rovněž v nedostatečné podpoře komunitní péče, jejíž

rozvoj souvisí s fungující psychiatrickou ambulantní péčí. Jak již bylo řečeno, ambulantní psychiatrická péče je omezena na kvalitě právě nedostatečnými platbami od zdravotních pojišťoven, přičemž současná role ambulantní péče se v rozvoji deinstitutionalizace jeví jako nedostatečná. Z hlediska léčebného procesu se jeví jako významné, že v současnosti pouze malá část psychiatrů poskytuje z ekonomických důvodů psychoterapeutické služby. David (2008: 107) v této souvislosti dokonce napadá koncepci deinstitucionalizace v ČR: *„Po identifikaci onemocnění by měla následovat nabídka péče. Většinou lze vystačit s léčbou ambulantní. Ta se v převážné míře orientuje na preskripci psychofarmak. Na trhu jsou dostupné prakticky všechny relevantní léky. Jen málo psychiatrů však nabízí soustavnější psychoterapii, zřídka skupinovou. Psychoterapii většinou nenabízejí ani kolegové, kteří mají výcvik. Ambulantní psychiatři přirozeně nabízejí to, za co je zdravotní pojišťovna ochotna platit. Schopnost psychiatrických pacientů platit je velmi omezená. Rozšiřovat nabídku služeb z ekonomických důvodů jako indukci další péče většinou nemá smysl, protože poptávka po psychiatrických službách obvykle přesahuje nabídku.“*

6.1.4 POSYKTOVATELÉ KLASICKÉ INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE

Poskytovatelé klasické institucionální péče určují vlastní kvalitu péče významnému počtu osob s psychiatrickým postižením, zároveň se podílejí na prezentaci psychiatricky nemocných v majoritní společnosti. V ČR je celkem 16 psychiatrických léčeben zřizovaných MZČR, řada psychiatrických pacientů je umístována rovněž do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic a ústavů sociální péče. Z hlediska této práce jsou jako „klasičtí poskytovatelé“ označováni poskytovatelé z řad psychiatrických léčeben.

Přirozeným zájmem aktéra je udržení současného prioritního systému léčby obzvláště z hlediska ekonomického a z hlediska udržení výhodného postavení (exkluzivity) v rámci systému péče. Tento zájem je artikulován v rámci lobbingu na úrovni ústředních orgánů státní správy (zvláště MZČR) a dalších převážně zákonodárných orgánů. Vliv zástupců psychiatrických léčeben je tradičně značný. Jako zajímavý se v této souvislosti jeví relativně velký počet politicky aktivních psychiatrů, tato skutečnost je viditelná na funkci Ivana Davida, který zastával funkci ministra zdravotnictví v letech 1998 – 1999.

Z hlediska destigmatizačního procesu a dodržování lidských práv se jako zásadní jeví ekonomické zajištění psychiatrické péče institucionálního typu. David (2008) v této souvislosti dodává, že přibližně pětina lůžkové kapacity psychiatrických léčeben je tvořena klidnými chronickými pacienty, pro které by byla vhodnější jiná forma léčby, např. komunitní péče. Náklady na jejich péči jsou však vyšší než úhrady zdravotních pojišťoven a tito pacienti, ač léčbu nepotřebují, jsou zdrojem „vyrovnaných rozpočtů“.

S ekonomickou problematikou souvisí rovněž nedostatečný ubytovací standard psychiatrických léčeben, kde je péče většinou alokována do zastaralých objektů z konce devatenáctého století, případně starších. Z hlediska financování provozu psychiatrických léčeben nejsou poskytovány výraznější dotace na pokrytí moderních ubytovacích standardů. Z tohoto hlediska se jeví jako důležitý přechod těžiště lůžkových služeb do modernějších psychiatrických oddělení nemocnic, jehož jedinou alternativou je zvýšení objemu finančních prostředků na provoz psychiatrických zařízení. V situaci, kdy je celková psychiatrická péče v ČR silně podfinancována se však tyto investice nejeví reálně (viz kap. 4.2).

Jednou ze zjevných problematických oblastí institucionální psychiatrické péče je možno označit tzv. „komercializaci medicíny“, která má v psychiatrii silnější dopad než v ostatních medicínských oborech. V první řadě se v otázce komercializace v psychiatrických léčebnách naskytá koncept vlivu farmaceutických společností, které ve snaze maximalizovat své zisky motivují lékaře k preskripci daných typů léků. Tyto léky jsou přitom často dodávány ve velkých množstvích pro celá zařízení. Radikální hlasy dokonce hovoří o tom, že v psychiatrických léčebnách je páčán „podvod století“ a psychiatrické léčebny by bylo nejlépe zrušit (CCHR, 2004). Přes diskutabilnost těchto hlasů je otázka ekonomické motivace poskytovatelů velmi významná a vliv farmaceutických společností vytváří podporu institucionalizaci psychiatrické péče. Druhou oblastí komercializace, která ještě výrazněji vystupuje po společenských změnách v roce 1989, je otázka dodavatelů služeb v psychiatrických léčebnách a jejich vlivu na zachování „status quo“. Jak bylo řečeno v kap. 4, je vliv ekonomických zájmů dodavatelů služeb celkem významný. Argumentem proti přechodu systému z psychiatrických léčeben do jiných služeb, ze strany dodavatelů a následně vedení psychiatrických léčeben, může tedy rovněž být např. odkaz na udržení zaměstnanosti v regionu, kde příslušná psychiatrická léčebna leží.

Přestože některé ekonomické zájmy klasických poskytovatelů psychiatrické péče jsou pochopitelné a logické, nelze hovořit o jejich oprávněnosti z hlediska lidských práv a destigmatizačního procesu.

6.1.5 POSYKTOVATELÉ KOMUNITNÍ PÉČE

Jako nejvýznamnější poskytovatele alternativní psychiatrické péče lze označit nevládní neziskové organizace (nejedná se však pouze o NNO, ale rovněž o systém návazných psychiatrických služeb), obzvláště ty, které se orientují na tzv. komunitní model péče. Jejich význam v destigmatizačním procesu je paradoxně jako u předchozí skupiny také v prezentaci problematiky psychiatrických onemocnění v majoritní společnosti (kvalitativně se však jedná o odlišný model). Nejčastějším cílem aktéra je vytvářet alternativní systémy péče zaměřené více na konkrétní potřeby duševně nemocných, důležitým úsilím v rámci snížení systémové stigmatizace je posilování duševně nemocných v jejich přirozeném prostředí. Tyto snahy jsou přirozeně doprovázeny nejen rozvojem vlastních NNO, ale také rozvojem sítě ambulantních psychiatrických služeb, svépomocné a krizové péče. Na základě činnosti poskytovatelů komunitní péče se tedy vytváří nový systém péče. Hlavní působnost poskytovatelů alternativní péče je v současnosti zvláště na poli sociálních služeb, větší prosazení v tradičních zdravotních službách je omezeno nevhodnou legislativou a zájmem jiných aktérů.

Moderní typy sociálních služeb však nejsou všeobecně dostupné v celé ČR a jejich rozvoj závisí mj. na povaze lokalit (obcí). Některé obce nespolupracují s NNO a nevyužívají péči, kterou tyto organizace poskytují nebo by mohly poskytovat pro jejich občany (Bruthansová, Červenková, 2004).

Zájem aktérů tohoto typu je stále častěji artikulován při tvorbě a implementaci politik. Jedná se v závislosti na rozvoji občanské společnosti o posílení role aktérů na „trhu zdravotnických služeb“. Role poskytovatelů komunitní péče však stále nedosahuje takové úrovně jako v západoevropských zemích. Tato skutečnost je zvláště významná, z hlediska závazku ČR vyplývajícího z Evropské deklarace o duševním zdraví pro Evropu, která zavazuje ČR k podpoře NNO zaměřené na:

- „1) organizování uživatelů, kteří jsou zapojeni do přípravy svých vlastních aktivit, včetně zakládání a činnosti svépomocných skupin a školení v dovednostech v oblasti rekonvalescence;*
- 2) zmocnění zranitelných a marginalizovaných jedinců a prosazování jejich zájmu;*
- 3) poskytování komunitních služeb s účastí uživatelů;*
- 4) rozvíjení dovedností při péči a zvládnání situace včetně zdatnosti rodin a opatrovníků, a jejich aktivní účasti na programech péče;*
- 5) vypracování programů ke zlepšení rodičovství, vzdělávání a tolerance a k řešení poruch v souvislosti s užíváním alkoholu a jiných drog, násilí a zločinu;*
- 6) rozvoj místních služeb, zaměřených na potřeby marginalizovaných skupin;*
- 7) provozování linek pomoci a internetového poradenství pro jedince v krizových situacích, jedince, kteří se stávají obětí násilí, nebo mají sebevražedné tendence;*
- 8) vytváření pracovních míst pro handicapované.“ (SZO, 2005).*

Přestože se ČR se k podpoře zavázala, je podpora z hlediska komunitní péče stále nedostatečná. Z pozice nejsilnějšího aktéra MZČR je komunitní péče podporována pouze deklarativně a finanční zdroje potřebné k jejímu rozvoji nejsou z tohoto hlediska prakticky vůbec poskytovány. Poněkud odlišná je podpora ze strany MPSV, které řadou dotačních titulů komunitní péči podporuje. Podpora komunitní péči o duševně nemocné je rovněž formulována v řadě krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb, což má pozitivní destigmatizační potenciál.

6.1.6 NESTÁNÍ NEZISKOVÉ ORGANIZACE- ADVOKAČNÍ AKTIVITY

Role NNO v ČR není zanedbatelná, rovněž současné aktivity NNO v oblasti péče o duševně handicapované odpovídají střední vývojové fázi rozvoje služeb o psychiatricky nemocné služeb (viz kap. 4.2). Pokud nejsou NNO poskytovateli vlastní péče, pak mohou sehrávat významnou roli advokační, případně roli propagátora destigmatizačních programů. Sekundárně se poskytovatelé NNO snaží i o tzv. „integraci z opačné strany“, která je v problematice konsolidace postojů veřejnosti k duševním poruchám velmi důležitá. Význam NNO tohoto typu je možné spatřovat jak v podpoře kvalitní nestigmatizující péče, tak v oblasti lidských práv: *„Přestože duševně nemocní mají stejná práva jako jiné občané, nejsou často schopni je v důsledku svého onemocnění sami prosazovat a hájit. Spolu se špatnou či nedostatečnou legislativou pak dochází*

k tomu, že duševně nemocný jsou ve společnosti diskriminováni v přístupu k veřejným službám, hrozí jim častěji ztráta práce i majetku, během hospitalizace či při soudních řízeních jsou jejich práva obcházena nebo přímo porušována.“ (Pfeiffer a kol, 2004a: 18). Podpora práv duševně nemocných úzce souvisí s otázkou stigmatizace a společenských předsudků, podpora alespoň minimálního institucionálního ukotvení těchto aktivit je přitom nedílnou součástí destigmatizačního procesu.

V současnosti existuje několik NNO zaměřených na destigmatizaci v oblasti duševních poruch, otázkou však stále zůstává oblast financování jejich aktivit, jenž se zdá nedostatečně řešena. Wenigová v této souvislosti dodává: *„Jakkoliv se vyzývá k podpoře boje proti stigmatu, v České republice zůstává finanční podpora těchto aktivit pouze okrajová. Činnost projektu Změna a jemu podobných projektů stojí víc na entuziasmu a ochotě jednotlivců, než na systematické podpoře ze strany státu.*“ (Wenigová, 2006). Jako značně problematické se rovněž jeví funkční propojení institucionální péče a NNO zaměřených na obhajobu práv pacientů.

Otázka financování NNO, zvláště pak advokačních aktivit přirozeně nemusí z hlediska zastánců klasické institucionální péče představovat pro psychiatrii prioritu a role NNO v advokacii může být dokonce vnímána vysloveně negativně. Takovýto přístup je pozorovatelný např. z vyjádření bývalého ředitele Psychiatrické léčebny Bohnice Ivana Davida adresovaných k NNO: *„...Různé mezinárodní organizace i mnohá domácí sdružení jsou bohatě dotována, aby zpochybňovala smysl psychiatrické péče.*“ (David, 2008: 107). Přesto je role takto zaměřených NNO velmi významná. O významu tohoto druhu služeb svědčí silná role advokačně zaměřených NNO v západní Evropě. Rozvoj advokačních aktivit souvisí s celkovou akcentací lidských práv ve společnosti, v rámci Evropské deklarace o duševním zdraví pro Evropu se rovněž objevuje závazek pro členské státy *„zmocnění zranitelných a marginalizovaných jedinců a prosazování jejich zájmu“* (SZO, 2005). Podobně jako u předchozí skupiny aktérů se otázka podpory aktérům tohoto typu jeví jako problematická. Z pozice nejsilnějšího aktéra MZČR nedochází k prakticky žádné podpoře advokačních aktivit NNO, alternativním zdrojem financování na úrovni státní správy je MPSV, které alespoň částečně podporuje potřeby tohoto sektoru.

Jak již bylo řečeno, jednou z možností podpory NNO z pozice veřejné správy je dotační financování. Jako typové lze v souvislosti s destigmatizačním projektem v ČR chápat dva doposud realizované projekty.

Prvním je projekt „Práva pacientů v psychiatrické léčbě“, který zrealizovala Česká asociace pro psychické zdraví za dotační podpory Nadace rozvoje občanské společnosti. Výstupem tohoto projektu zaměřeného na problematiku lidských práv v psychiatrických léčebnách „...bylo vytvořit model práce poradců z řad klientů, kteří budou schopni efektivně podávat informace lidem hospitalizovaným na příjmových pavilonech psychiatrických léčeben. V rámci jednoletého pilotního projektu byli vyškoleni poradci, kteří pravidelně docházeli do psychiatrických léčeben a navštěvovali nově hospitalizované pacienty. Prostřednictvím informačního letáku a rozhovoru přibližovali pacientům režim léčebny, jejich práva, ale také povinnosti...“ (ČAPS, 2006).

Za pozornost jistě stojí rovněž projekt Změna, který je od roku 2004 realizován ve spolupráci Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a Nadace Academia Medica Pragensis. Tento projekt se skládá z několika aktivit:

- a) zvýšení povědomí a znalostí o původu duševních poruch a možnostech jejich léčby;
- b) zlepšení přístupu veřejnosti k těm, kdo onemocněli duševní poruchou a také jejich rodinám;
- c) vyvíjení aktivit namířených na prevenci a odstranění diskriminace a předsudků;
- d) zvýšení povědomí a znalostí o psychiatrických poruchách a jejich léčbě v řadách státní správy na centrální i regionální úrovni;
- e) systematické upozorňování na nedostatky v péči o psychiatrické pacienty;
- f) umožnění lidem s psychiatrickou poruchou vyhnout se stigmatizujícímu vlivu psychiatrické diagnózy a hospitalizace;
- d) posilování povědomí o postavení a potřebách psychiatrie a psychiatrických pacientů v moderní medicíně (CRPDZ, 2006).

Přestože si oba výše zmíněné projekty vytyčují značně ambiciózní cíle na poli osvěty a transformace systému psychiatrie v ČR, svědčí jejich realizace o správném směru směřování destigmatizačního procesu. Podpora projektů tohoto typu je v destigmatizaci mimořádně důležitá. Přesto, jak již bylo řečeno, jsou dotační potřeby advokačně zaměřených NNO saturovány nedostatečně.

6.1.7 PSYCHIATRIČTÍ PACIENTI A JEJICH RODINNÍ PŘÍSLUŠNÍCI

Role psychiatrických pacientů a jejich rodinných příslušníků vychází z vlastní podstaty systémové stigmatizace, která je s duševní poruchou spojena. Stigma jako takové staví pacienty a případně jejich rodinné příslušníky do specifického sociálního postavení, které logicky formuje jejich chování v příslušných arénách.

Akteři tohoto typu tedy mají jako nejvýznamněji stigmatizovaná skupina ztíženou pozici v procesu realizace destigmatizačních aktivit. V případě duševně nemocných může být zapojení do destigmatizačních aktivit omezeno jak vlastním průběhem nemoci, tak ztíženými sociálními podmínkami k uplatnění těchto aktivit. Rodinní příslušníci mohou v rámci vyrovnávání se s duševní poruchou ve vlastní rodině zvolit několik základních strategií, které posléze formují jejich aktivitu v destigmatizačním procesu. Vágnerová (2002) hovoří o novém uspořádání rodinných vztahů, které může mít dvojí extrémní podobu. Nemocný se může stát středem pozornosti a péče, nebo se může pro rodinu stát nepřijatelný. Z hlediska podpory, destigmatizace a dalšího sociálního fungování duševně nemocného jedince je přirozeně významná právě pozornost.

V souvislosti s rozvojem občanské společnosti po roce 1989 se rozvíjí síť svépomocných organizací, do kterých jsou zapojeni jak psychiatričtí pacienti, tak jejich rodinní příslušníci. Z hlediska veřejné politiky je relativně obtížné klasifikovat jednotné požadavky těchto aktérů jako koherentní skupiny. Lze však očekávat, že oblasti zájmu budou korespondovat s požadavky zahraničních organizací. Jako příklad tedy může sloužit soupis základních požadavků rodin Irské asociace pro schizofrenii:

- „1) stručný a výstižný návod zvládnání soužití pro každou rodinu;*
- 2) přátele pro každou rodinu;*
- 3) účinný zásah v krizi;*
- 4) celoživotní finanční jistotu pro duševně nemocného;*
- 5) chráněné bydlení;*
- 6) vhodné zaměstnání;*
- 7) ochráněné prázdniny/volno;*
- 8) drop-in střediska;*
- 9) nově vyškolené profesionály;*
- 10) přehled a plán osobního rozvoje.“ (Johnson, 2006)*

Z hlediska podpory těchto požadavků orgány státní správy v ČR se do značné míry jedná o podporu deklarativní, která je rovněž určována relevantními strategickými dokumenty (viz kap. 5). V zásadě konkrétní podporu vybraným aktivitám poskytuje jen MPSV, které má možnost dotační podpory v rámci administrace řady dotačních titulů. Jako významný se v této souvislosti jeví zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který mimo jiné typologizuje jednotlivé sociální služby a umožňuje na podkladě plánu sociálních služeb vytvářet sítě svépomocných aktivit. Přičemž využitelným nástrojem v tvorbě těchto plánů může být např. komunitní plánování sociálních služeb, při jehož průběhu jsou zapojováni na rovině poskytovatel-zadavatel-uživatel rovněž rodinní příslušníci a sami duševně nemocní coby potenciální uživatelé služeb.

6.1.8 MÉDIA

Televize, rádio, psaná periodika a v poslední době rovněž internet hrají zásadní roli ve veřejném vnímání duševních poruch. Současný přístup médií k duševním poruchám je často ovlivněn primárně ekonomickými faktory a atraktivitou tématu. Tento významný aktér určuje do značné míry sociální postavení duševně nemocných jako specifické skupiny. Role médií je v destigmatizačním procesu zatížena značnou dichotomií, na jedné straně se stále častěji setkáváme se snahami o zpřístupnění a „demýtizaci“ psychiatrických poruch, na čemž má podíl rovněž názorový posun společnosti, na straně druhé jsou média ovlivňována ekonomickým zájmem.

Právě otázka ekonomická a nutnost zaujmout posouvá často informování o duševních poruchách do stigmatizující roviny. Takto chápe stigmatizující potenciál médií rovněž Praško: „*Stereotyp psychiatrického pacienta v médiích velmi účinně udržuje stigma. Pokud jsou jakákoliv nehoda, sebevražda, agrese nebo zločin spáchány nemocným, je to vždy uvedeno. Tento stereotyp už nerozlišuje, zda šlo o psychózu, depresi, neurózu apod. – dotýčný se prostě léčil na psychiatrii a všem je to jasné! Zajímavé je, že novináři podobně zacházejí s psychiatry...*“ (Praško, 2005). Stigmatizační úloha medií může být rovněž chápána z jiného úhlu, David (2008: 107) v této souvislosti uvádí, že „*...Bohužel chybí systematická osvěta, ale o to více potenciální pacienty straší média tím, že nikoli nemoc, ale léčení je společensky znemožní a poškodí jejich práva.*“. Takto chápaná úloha médií značně přispívá k rozvoji konceptu systémové stigmatizace a mimo to

zjevně zatěžuje pacienta z hlediska rozvoje duševní poruchy, která může vyústit např. v suicidální jednání.

To že role médií v procesu stigmatizace je spíše negativní je zřejmé, např. Byrne (1997) si však v této souvislosti všimá, že psychiatřičtí profesionálové leckdy nerealisticky uvažují o výstupech své práce a neuvědomují si, jak prezentace výsledků působí na média. Z tohoto hlediska tedy Byrne (1997) navrhuje řešení nevhodného přístupu médií k duševně nemocným, doporučuje primárně změnit přístup psychiatrických profesionálů ve smyslu „konsolidovanějšího“ poskytování informací o duševně nemocných na základě pochopení mediálního rozměru stigmatizace a pochopení novinářské profese. Z tohoto hlediska se tedy jedná o apel na další vzdělávání pracovníků v psychiatrii.

Přirozeně nelze očekávat, že se média odkloní od primárně ekonomického modelu v poskytování informací pouze na základě změny v prezentaci oboru psychiatrie. V ČR doposud nebyl realizován žádný výrazný projekt- aktivita, který by zohlednil možnosti boje se stigmatizujícím obrazem duševně nemocného v médiích. V zahraničí, zvláště anglofonním prostředí existuje řada projektů, které se vytyčeným problémem zabývají. Jako zajímavý výstup se jeví např. metodika boje proti neobjektivnímu a stigmatizujícímu přístupu tištěných médií doporučující širokému spektru osob v okruhu psychiatrie (profesionálové, rodina atd.) specificky reagovat na tyto informace:

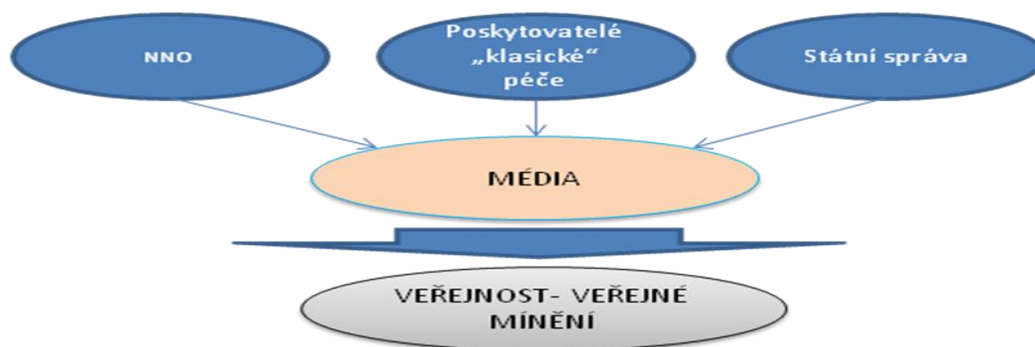
- a) kontaktovat editora publikace a informovat jej o nevhodnosti článku;
- b) kontaktovat vydavatele média s informací o nevhodnosti článku;
- c) kontaktovat žurnalistu zodpovědného za článek;
- d) požadovat po všech výše uvedených otištění doplňujícího „očistného“ článku (Hart, Phillipson, 1999).

Přestože je zřejmé, že na dopad konkrétní stigmatizující informace pravděpodobně ani tyto aktivity nebudou mít významný vliv, dotčené médium bude v budoucnu obezřetnější v poskytování informací tohoto typu.

Poněkud odlišný přístup k médiím v destigmatizačním procesu preferuje celosvětový projekt „Open the Door“, který na konkrétních případech vzdělává novináře v užívání relevantních výrazových prostředků v souvislosti s informováním o duševních poruchách. Dopad tohoto projektu do prostředí ČR je relativně malý, v přímé souvislosti je pouze navazující projekt Změna.

Přestože je význam médií v procesu vzniku a vyrovnávání se se stigmatem velmi významný, je konkrétní zájem médií jako aktéra v tomto procesu pouze obtížně stanovitelný, jako účelnější se jeví představení konceptu role médií jako nástroje k ovlivnění různých skupin. V zásadě lze základní skupiny využívající vliv médií schematizovat takto:

Schéma 7 – Schéma mediálních výstupů zájmových skupin při formování názorů veřejnosti na psychiatrickou péči



Zdroj: autor

Z pozice státní správy, do které jsou v tomto případě zařazeni rovněž politicky činné orgány či jednotlivci, jsou média primárně využívána jako prostředek prezentace úspěchů v psychiatrické péči tj. např. výzkumů, dále se zde objevují prohlášení deklarativního typu. Poskytovatelé „klasické“ psychiatrické péče většinou v médiích reagují na určitou situaci, která byla předem v médiích prezentována, zpravidla negativní, méně zde prezentují výsledky své činnosti. Nestátní neziskové organizace prezentují v médiích řadu problematických okruhů, prezentují zde však rovněž výsledky své činnosti a média využívají leckdy jako prostředek medializace vlastní existence.

Z uvedené typologie je zřejmé, že vlivy, které souvisí, se stigmatizujícím obrazem duševně nemocného v médiích není možné detailně zohlednit. Jako významné se přitom jeví, že média v tomto konceptu mohou hrát stigmatizující/destigmatizující roli také nepřímo bez hlubší reflexe problému jako prostředek zájmu jiného aktéra.

6.2 ZHODNOCENÍ ROLE AKTÉRŮ - KOMPARACE ZÁJMU AKTÉRŮ

Zhodnocení role aktérů a formulace dílčích závěrů z hlediska komparace jejich zájmů v procesu systémové stigmatizace není jednoduchý úkol, který je odvislý od relativního nedostatku přímých ukazatelů. Tato skutečnost souvisí s charakterem problému a rolí jednotlivých aktérů v celkovém systémově stigmatizačním rámci- konkrétně lze situaci charakterizovat jako multisektoriální, tj. že žádný z aktérů nenese zodpovědnost sám. Naopak se jedná o systém vzájemných interakcí, který má množství rozdílných determinant. Z výše uvedené kapitoly vyplývá několik základních problematických okruhů, které je na tomto místě vhodné zmínit.

Z hlediska veřejné správy lze vnímat nedostatky v ochotě aktérů systémově řešit současnou situaci (zvláště MZČR), tito aktéři přes větší množství deklarativních závazků k reformě psychiatrické péče stále nerealizují potřebné kroky. Jistou výjimku tvoří úřad Veřejného ochránce práv, který soustavně upozorňuje na nedostatky v psychiatrické péči, jeho autorita se však na poli státní správy jeví jako nízká. Důležitým nedostatkem směřujícím k aktérům spadajícím pod kategorii veřejné správy, je nedostatečná koordinace jednotlivých oborových postupů směřujících ke konsolidaci léčby a omezení negativních jevů, které s léčbou duševních poruch souvisí (včetně stigmatizace a sociálního vyloučení), zvláště zřetelná je tato skutečnost na rovině kraje-MPSV-MZČR.

Jednání některých aktérů je motivováno ekonomickými zájmy, tato skutečnost do značné míry inhibuje destigmatizační proces. To je zřetelné např. na vlivu dodavatelských společností na institucionální péči, případně na vlivu médi, která se často nesnaží objektivně informovat, ale naopak hledají zajímavá témata. Z hlediska modernizace psychiatrické péče je důležitá ekonomická úloha zdravotních pojišťoven, které nedostatečně podporují přechod těžiště lůžkové péče z nevyhovujících psychiatrických léčeben do modernějších typů péče.

Specifickou skupinu tvoří samotní pacienti, kteří často vzhledem k podstatě duševních poruch nemají či nemohou mít zájem na destigmatizačním procesu, naopak jsou přímo vystaveni stigmatizujícímu jednání ostatních aktérů. Zájmy duševně nemocných jsou tedy hájeny spíše rodinnými příslušníky, případně NNO. Právě role NNO je v destigmatizačním procesu velmi významná, z hlediska počtu

destigmatizačních programů se však nestátnímu neziskovému sektoru dostává pouze malé podpory z roviny veřejné správy.

Z hlediska zhodnocení role médií je třeba na tomto místě zdůraznit, že média jsou typická ambivalentním přístupem k problematice duševních poruch. Na jedné straně je jejich jednání zatíženo snahou o získání zajímavých informací, na straně druhé jsou média možným nositelem destigmatizačních kampaní. Roli médií lze rovněž spatřovat ve formulování zájmů a postojů ostatních aktérů.

Jako významnou v procesu vývoje péče lze chápat již zmiňovanou stále významnější roli občanské společnosti a navazujících specificky zaměřených nestátních neziskových organizací. Silná občanská společnost významně ovlivňuje zdraví občanů na několika úrovních. Především je zřejmé, že společnost, která se výrazně a rovnoprávně podílí na věcech veřejných, dokáže sama sebe účinně organizovat a vyjednávat s obecními a jinými orgány o záležitostech ovlivňujících podmínky jejího života, práce a odpočinku. Taková společnost pak může výrazněji ovlivnit dopad těchto podmínek na zdravotní stav svých příslušníků (IZPE, 2004).

Role aktérů v psychiatrické péči a související problematikou stigmatu je značně složitá, v tomto výčtu jsou zmíněny pouze skutečně nejvýznamnější aktéři. Střetávání jednotlivých aktérů je přitom samozřejmě v rámci daných arén ovlivněno celou řadou souvisejících problematik a agend. Z tohoto hlediska se jeví jako zajímavé, že ačkoli aktéři často deklarují obdobné cíle v destigmatizačním procesu, realizace kroků vedoucích k vytyčenému cíli je v závislosti na typologii aktéra často kvalitativně značně odlišná a v zásadě svědčí o vysoké míře deklarativnosti konkrétních strategií (zvláště z pozice veřejné správy).

Vzhledem k vhodnosti schematického znázornění problematiky aktérů je dále použita tzv. tabulka analýzy aktérů.

V prvním sloupci je uveden název aktéra. Druhý sloupec uvádí vztah aktéra k řešené problematice- jedná se o bodový výčet, který koresponduje s textem předchozích subkapitol. Třetí sloupec je popisem míry nejvýznamnější kompetence aktéra ve vztahu k otázce stigmatizace. U třech aktérů je ve třetím sloupci uveden „klientský mandát“, který zohledňuje předpokládanou podporu jednání aktérů ze strany klientů psychiatrické péče. Čtvrtý sloupec uvádí hlavní oblasti vlivu aktérů na destigmatizační proces.

Tabulka č. 6 Analýza aktérů v psychiatrické péči- destigmatizačním předpoklady

AKTÉR	VZTAH K PROBLEMATICE	PRIMÁRNÍ KOMPETENCE	MOŽNOSTI VLIVU
Ministerstvo práce a sociálních věcí	-navrhování a implementace právního rámce -relevantní dotační programy -standardizace péče – soc. služeb -zaměstnanost duševně nemocných	Právní rámec: -Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách -Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev -Vyhláška č. 284/1995 Sb., o zaměstnanosti	Dotační podpora: -ESF, přímé dotace Osvětová činnost: -Destigmatizační programy Institucionální rámec: legislativa Výzkumná činnost
Ministerstvo zdravotnictví	-resortní příslušnost (16 přímo zakládaných PL) -navrhování a implementace právního rámce -silný vliv na institucionalizaci -relevantní dotační programy	Právní rámec: -Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu -Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev -Zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti	Dotační podpora: -ERDF, přímé dotace Vzdělávání: -lékařů a personálu PL Osvětová činnost: -Destigmatizační programy Institucionální rámec: -Legislativa -Deinstitucionalizace Výzkumná činnost
Kraje	-přechod systému léčby do psych. odd. nemocnic -povinnost zajištění péče -redistributivní funkce k poskytovatelům péče	Právní rámec: -Zákon č. 129/200 Sb., zákon o krajích -Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách	Dotační podpora: -ESF, ERDF, přímé dotace Institucionální rámec: -Modernizace péče přechodem do krajských nemocnic -Podpora komunitní péče
Zdravotní pojišťovny	-financování péče -nákladovost/systém sledování kvality péče	Právní rámec: -Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění	Úhradový systém: -ambulantní péče -komunitní péče -institucionální péče Prevence
Poskytovatelé klasické péče	-významná pozice na základě souč. modelu léčby -realizace vlastní primární léčby -snaha o zachování status quo	Právní rámec: -Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu -Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví	Humanizace péče: -standards -akceptace moderních trendů Akcentace lidských práv: -omezení nedobrovolné léčby
Poskytovatelé komunitní péče	-zájem na prosazení alternativní léčby -komunitní péče	Právní rámec: -Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách Klientský mandát	Humanizace péče: -akceptace moderních trendů -zachování přirozené sociální sítě klientů
Odborná společnost	-určení standardů -koncepční hledisko -ekonomické hledisko	Garance odbornosti	Humanizace péče: -akceptace moderních trendů -standards Vzdělávání: -lékařů a personálu PL Koncepční činnost
Veřejný ochránce práv	- zájmy psychicky nemocných - sekundární destigmatizace -formuje právní rámec	Právní rámec: -Zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv	Institucionální vliv -MZČR, MPSV, Kraje - PL
Pacienti, rodinní příslušníci	-jsou stigmatizováni -různá motivace k destigmatizačním procesům	Klientský mandát	Mediální vliv: -společenské akce -formování rozvoje lidských práv
NNO-advokační aktivity	-snaha o destigmatizaci -navrhují politiky -lidská práva	Klientský mandát	Osvětová činnost: -Destigmatizační programy Obhajoba lidských práv Mediální vliv
Média	-medializace tématu -snaha zaujmout -nástroj aktivit dalších aktérů	Společenská zodpovědnost	Osvětová činnost: -Destigmatizační programy -Konsolidované informace

Pramen: autor

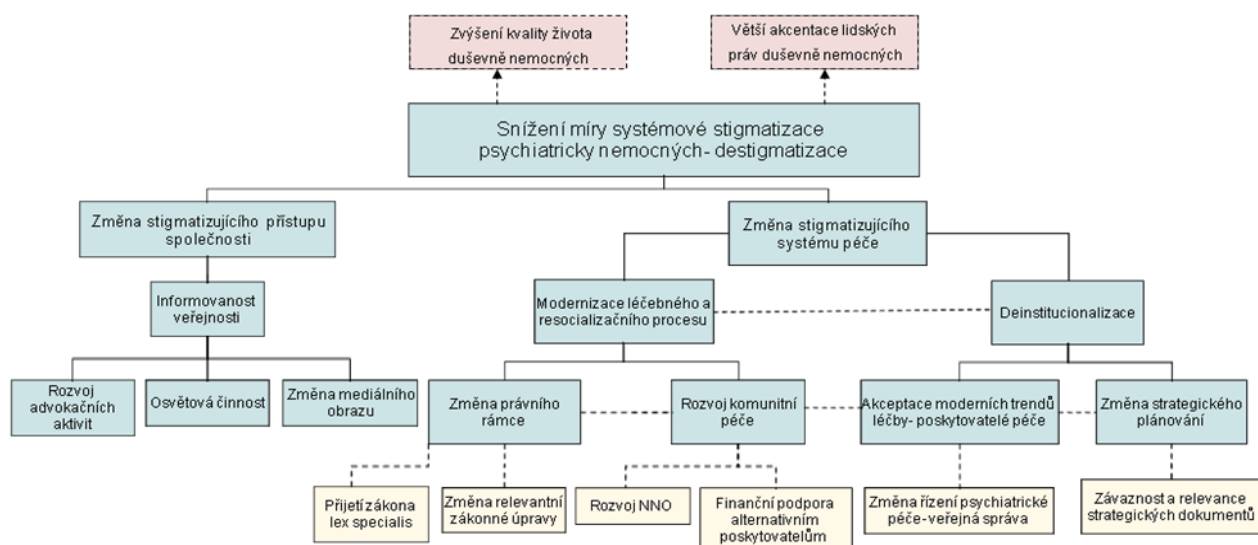
7 MOŽNOSTI ŘEŠENÍ SYSTÉMOVÉ STIGMATIZACE V RÁMCI VEŘEJNÉ POLITIKY

V procesu řešení otázky systémové stigmatizace psychiatricky nemocných se setkáváme s řadou problematických oblastí, jejich příčiny byly předmětem předcházející analýzy v kapitolách 4 – 6. Následující část diskutuje možnosti řešení se zaměřením na destigmatizaci duševně nemocných v rámci veřejně politického procesu (politiky duševního zdraví).

7.1 CÍLE V DESTIGMATIZAČNÍM PROCESU- STROM CÍLŮ

V rámci tvorby a realizace politik je vždy vhodné stanovit předem cíle, kterých má daná politika dosáhnout. Rovněž v procesu snižování systémové míry stigmatizace je tedy nutno stanovit hierarchii cílů. Pro účely této práce se jako vhodný postup stanovení cílů jeví modifikovaná metoda stromu cílů. Uvedený strom cílů tedy zohledňuje základní cíle v procesu snížení systémové míry stigmatizace duševně nemocných a vizualizuje základní oblasti vyplývající z předchozího zkoumání.

Schéma 8 - Strom cílů



Pramen: Autor

Při tvorbě stromu cílů se zaměřením na destigmatizační aktivitu se setkáváme s řadou oblastí, které není možné v grafickém znázornění zohlednit. Jako nejpodstatnější se jeví skutečnost, že takto zaměřené schéma nemůže z kapacitního hlediska zohlednit všechny vzájemné vztahy a vazby jednotlivých cílových oblastí. Vzhledem k omezeným možnostem grafického znázornění je tedy nutné cíle uvedené v diagramu blíže specifikovat. Vazby v stromu cílů jsou zobrazeny dvěma způsoby, primární vliv je znázorněn plnou čarou, sekundární přerušovanou.

Předkládaný strom cílů zohledňuje ve svém záhlaví základní důvody destigmatizačních snah, jedná se o zvýšení kvality života a zlepšení situace v oblasti dodržování lidských práv duševně nemocných. Přičemž tzv. nultý cíl snížení systémové míry stigmatizace duševně nemocných je chápán jako globální cíl celého procesu, jeho relevantnost vyplývá z předchozí analytické činnosti.

Druhá úroveň stromu cílů obsahuje modifikované obecné cíle. Změna stigmatizujícího systému péče je primárním východiskem veškerých destigmatizačních snah, jako sekundární východisko tohoto procesu lze vnímat změnu stigmatizujícího přístupu společnosti, která do značné míry stigma formuje. Základním předpokladem této úrovně je vzájemné působení systémové a společenské stigmatizace.

Třetí úroveň stromu cílů blíže určuje plnění obecných cílů. Problematika společenské stigmatizace je v této úrovni řešena důrazem na konsolidované informování veřejnosti o problematice duševních poruch. Problematika stigmatizujícího systému psychiatrické péče je řešena důrazem na modernizaci léčebného a resocializačního procesu, přičemž vychází z potřeby změny v systému konkrétní psychiatrické péče jako společensky přežitého mechanismu sociální ochrany majoritní společnosti.⁴¹ S problematikou modernizace péče souvisí rovněž cíl deinstitucionalizovat klasickou institucionální psychiatrickou péči, která je zjevně jedním z determinantů současného stavu, zároveň je však výsledkem složitého historického vývoje příslušných politiky a společnosti jako takové (viz kap. 4.1)

Čtvrtá úroveň je úroveň konkrétních cílů a určuje cíle vycházející z předchozího obecného vymezení. Problematika informovanosti majoritní společnosti je zde konkretizována důrazem na rozvoj stále nedostatečně se prosazujících aktérů z oblasti advokačních aktivit. Zvláštní roli v procesu konsolidovaného informování veřejnosti rovněž hraje osvětová a edukační činnost, jež stále není dostatečná.⁴² Významnou roli

⁴¹ Viz např. Foucault (1994)

⁴² Viz též Reiter a kol. (2004); Scheffer (2003).

v informovanosti hrají rovněž média.⁴³ Na rovině modernizace léčebného a resocializačního procesu předpokládají cíle čtvrté úrovně provazbu změny právního rámce (doposud prioritizujícího institucionální péči) a rozvoje komunitní péče, přičemž zde opět dochází k vzájemnému ovlivnění. Na rovině deinstitucionalizace je vytvořena vazba rozvoje alternativní péče s akceptací moderních léčebných trendů. Zvláštní postavení v hierarchii cílů má změna strategického plánování, která přirozeně ovlivňuje všechny cíle na čtvrté úrovni, tento přesah na plnění všech cílů má značný význam a není možné jej dostatečně graficky zdůraznit (viz kap. 5).

Pátá úroveň obsahuje specifické cíle, které úzce souvisí s nástroji a opatřeními v procesu implementace politik. Tyto jsou diskutovány v následující kapitole.

7.2 ZVAŽOVANÁ OPATŘENÍ V DESTIGMATIZAČNÍM PROCESU

Ve zdravotní politice je využitelná řada veřejně politických nástrojů. V problematice systémové stigmatizace je otázka využití relevantních nástrojů ztížena historickým vývojem péče o psychicky nemocné a politikami až do současnosti zatíženými výrazně exkludujícím přístupem k psychicky nemocným, který se postupně rozvíjel v závislosti na vývoji společnosti a poznání. Háva (2004: 334) v souvislosti s vývojem medicíny založené na důkazech uvádí, že „*zdravotní politika bude muset před veřejností obhajovat účelnost a efektivnost zdravotní péče i aktivit podpory zdraví*“. Je tedy zřejmé, že užití relevantních nástrojů v destigmatizačním politice je zatíženo řadou determinant a jejich výběr musí být proveden velmi citlivě.

7.2.1 OPATŘENÍ V OBLASTI PRÁVNÍHO RÁMCE

V rámci systémově destigmatizačního procesu je jedním z nejvýznamnějších nástrojů zdravotní politiky úprava právního rámce. Háva (2005: 335) v této souvislosti uvádí, že „*vývoj zdravotnického práva je do značné míry determinován vývojem lidských práv, v současné době také vývojem evropského práva, vývojem medicíny, která otvírá celou řadu nových etických a právních otázek a problémů*“. Intervence do oblasti snížení míry systémové stigmatizace by tedy, dle našeho názoru, měla v souvislosti s nevyhovujícím právním rámcem zohledňovat dva základní cíle destigmatizační politiky. Jedná se o

⁴³ Viz též Kusá, Ondrejka (2006).

přijetí zákona upravující specificky oblast psychiatrické péče a podpory duševního zdraví, dále pak o změnu zákonů, které nedostatečně zohledňují vývoj na poli lidských práv a vývoji metod léčby.

Úprava *lex specialis* je významným předpokladem posunu kvality a systému léčby. Někteří autoři, např. Janíček (2004), relativizují účelnost zvláštní právní úpravy a část odpůrců zákona předesílá, že zákon o duševním zdraví způsobuje sám o sobě značnou stigmatizaci oboru. Zahraniční zkušenosti z řady evropských zemí (např. Estonsko, Dánsko, Švédsko) však dokazují vliv speciální právní úpravy na „zakotvenost“ psychiatrické péče ve společnosti a následnou konsolidaci postojů veřejnosti k duševně nemocným- předsudky nevyjímaje.⁴⁴ Přirozeně nelze konstatovat, že jakýkoli zákon má pozitivní vliv na řešení dané problematiky, hodnocení vlivu speciální zákonné úpravy je vzhledem k posunu destigmatizace složité, přesto lze vliv úpravy odvozovat ze sekundárních jevů, jakými je např. deinstitucionalizace psychiatrické péče, či problematika pravomoci rozhodnutí o přijetí k nedobrovolné léčbě (viz kap. 4.4.1). Přes existenci debat o potřebnosti speciálního zákona o duševním zdraví není v současnosti zcela zřejmé, jaké oblasti by měly být touto úpravou ošetřeny. Cílem této práce není zohlednění návrhu zákona jako celku, ale pouze oblastí, které mají jasný vztah k problematice systémového stigmatu. Z tohoto hlediska by zamýšlený zákon tedy měl ošetřovat zvláště otázky související s lidskými právy (viz dále). Z hlediska systémové stigmatizace by zákon měl řešit rovněž otázku vstupu a výstupu jedince do systému psychiatrické péče.

Jako problematická se v současné podobě jeví jak oblast nedobrovolného, tak paradoxně dobrovolného vstupu do léčebného procesu. Zatímco dobrovolná léčba je v zásadě spojena s obecným právem pojištěnce na zdravotní péči, oblast nedobrovolného vstupu do léčebného procesu je nyní předmět občanského a soudního práva (viz kap. 4.4.1). Možnost dobrovolného vstupu do léčebného procesu musí být nad obecný rámec zřetelněji vymezena z důvodu často epizodického průběhu duševních poruch, který vyžaduje efektivní lékařskou pomoc. Baštecký (1996) uvádí, že problematika nedobrovolné hospitalizace má v ČR širší vymezení, které se týká nejen vlastní hospitalizace, ale i provádění vyšetřovacích a léčebných výkonů bez souhlasu pacienta, a navíc přesahuje hranice psychiatrie tím, že se dotýká nedobrovolné hospitalizace i některých nepsychiatrických onemocnění (např. pohlavní nemoci).

⁴⁴ Více též Salize, Dreißig, Peitz (2002).

Tentýž autor uvádí, že při nedobrovolné hospitalizaci jde v podstatě o tři etapy: vymezení indikací, bezprostřední zákrok a etapu převzetí a držení občana v zařízení bez jeho souhlasu.

Z hlediska systémové stigmatizace je vhodné jasné zákonné vymezení průběhu všech tří etap, přičemž zvláštní důraz by měl být vložen na třetí fázi, která určuje setrvání jedince v institucionalizovaném systému péče a anticipuje jeho stigmatizaci. Důležité vymezení v rámci fáze nedobrovolného držení znamená rozhodovací a kontrolní proces o nedobrovolné psychiatrické péči. Současná právní úprava § 24 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ukládá rozhodnutí o umístění pacienta do kompetence soudu. Tato skutečnost se z hlediska stigmatizace jeví jako diskutabilní, o skutečné potřebě by dle některých odborníků mělo rozhodovat konsensuálně větší spektrum aktérů. Jako optimální se přitom jeví rozhodování o přijetí do ústavní péče v trianglu soud-lékař-rodina. Pokud není možno z nějakého důvodu zapojit rodinu, je vhodné suplovat její funkci nezávislým institutem zástupce práv pacienta. Salize, Dreißig a Peitz (2002) uvádějí, že tato pravomoc rovněž není jednotně řešena v zemích EU, které nějakou formu zákona o duševním zdraví mají, pouze v Dánsku, Lucembursku, Švédsku, Finsku a Irsku je otázka nedobrovolného umístění pacientů do psychiatrických zařízení v rukou lékařů. Naopak diskuse o zapojení členů rodiny do rozhodovacího procesu se vedou např. ve Velké Británii.

Pokud v problematice nedobrovolné hospitalizace odhlédneme od teorie společenské objednávky je zřejmé, že v určitých případech hospitalizace přirozeně vhodná je, jako důležité se však jeví precizní nastavení průběhu celého procesu, jenž v současné podobě, zvláště v § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu není dostatečné (viz kap. 4.4.1.). Reiter a kol. (2004) v této souvislosti chápe jako důležité ustanovení nového institutu obhájce pacienta jako opozice k nedobrovolné léčbě. Tato od současného stavu kvalitativně odlišná instituce by tedy rovněž měla být zakotvena v speciální právní úpravě.

Jednou z významných oblastí, ve které existuje v současné právní úpravě deficit, jsou globální standardy psychiatrické péče, přestože v současnosti jsou dílčí oblasti péče standardizovány, nový zákon (případně alternativní právní úprava) by měl zohlednit nutnost standardů umožňujících mimo jiné evaluaci jednotlivých psychiatrických zařízení, zvláštní důraz by měl být věnován standardům provozu a standardům spojeným s otázkou lidských práv.

Předpokladem konsolidace postavení duševně nemocných ve společnosti je v souvislosti s úpravou právního rámce a přijetím zákona *lex specialis* úprava řady dalších zákonů, vyjma zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu se jedná např. o zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád či zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník a to v zohlednění specifika duševních poruch a průběhu konkrétního onemocnění. Změnu je vhodné iniciovat rovněž v novější právní úpravě, která problematiku duševních poruch explicitně neřeší, jedná se zvláště o zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Charakter změn by měl korespondovat se skutečným zapojením duševně nemocných lidí do systému sociálních služeb, tj. např. by měly být vhodněji nastaveny parametry získání příspěvku na péči pro duševně nemocné, který má potenciál vážně duševně nemocným napomoci k zpětnému zapojení se do společnosti, které sníží systémovou stigmatizující zátěž konkrétního jedince. Pokud tedy předpokládáme přijetí speciálního zákona o duševním zdraví, je nutnou podmínkou, vymezení oblasti souvisejících s psychiatrickou léčbou, které jsou nyní ukotveny v alternativní právní úpravě (viz kap. 4.4.1).

7.2.2 OPATŘENÍ V OBLASTI ROZVOJE KOMUNITNÍ PÉČE

Rozvoj komunitní péče je jasným předpokladem destigmatizačního procesu. V procesu tvorby a implementace politik by měla být intervence zaměřena zvláště na podporu NNO a finanční podporu komunitní péče jako takové. V současné situaci, která je charakteristická separátním financováním sociálních a zdravotních služeb⁴⁵ je pro alternativní poskytovatele péče složitější prosazení na „trhu“ psychiatrické péče.

Rozvoj komunitní péče a svépomocných aktivit je odvislý od propojení systému zdravotních a sociálních služeb, které je stále nedostatečné. V procesu tvorby a implementaci politik zaměřených na duševní zdraví existoval již delší dobu předpoklad podpory duševního zdraví a sjednocení zdravotní a sociální politiky v rámci strukturálních fondů EU. Jako významné se však jeví, že stále nejsou dostatečné finanční prostředky na počáteční rozvoj komunitních a ambulantních programů nahrazujících funkci léčeben (CRPDZ, 2001).

⁴⁵ Viz též Vevera a kol. (2008).

Jedním z využitelných nástrojů destigmatizační politiky je tedy dotační podpora alternativním poskytovatelům stojícím na pomezí dvou výše uvedených systémů. V rámci strukturální politiky EU přichází v ČR v úvahu Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost (OPLZZ) a Integrovaný operační program (IOP). Využití těchto zdrojů může s minimálními kofinančními náklady ČR nastavit systém alternativní péče, který bude z dlouhodobého hlediska vyžadovat pouze malé provozní náklady. Jako zásadní se však v destigmatizačním procesu jeví nedostatečná koordinace obou dotačních titulů. OPLZZ má jasně definované možnosti ve vztahu k problematice sociálního vyloučení, jedná se o prioritní osu 3 (Sociální integrace a rovné příležitosti), která intervenuje do oblasti poskytování sociálních služeb a podpory dalších nástrojů, které vedou k sociálnímu začleňování a k prevenci sociálního vyloučení (MPSV, 2008). IOP intervenuje v prioritní ose 3 (Služby v oblasti veřejného zdraví) do oblasti podpory nestátních neziskových organizací realizujících projekty zaměřené na systémová opatření v oblasti prevence zdravotních rizik, základním předpokladem této podpory musí být jasná návaznost projektů na prevenci sociálního vyloučení (MZČR, 2008). Přestože se z hlediska koordinace a destigmatizačních snah jeví vazba obou dotačních titulů jako dostatečná, ve skutečnosti se jedná o vazbu pouze deklarativní. IOP administrovaný MZČR neposkytuje v zásadě žádnou reálnou možnost podpory projektům NNO zaměřeným na prevenci sociálního vyloučení osob duševně nemocných.

V rámci podpory poskytování komunitní péče je tedy vhodné využít efektivně obou zmiňovaných operačních programů, přičemž je nutné účelně koordinovat dopad konkrétních oblastí intervence. Vzhledem k jasné gesci obou dotačních titulů je zřejmé, že vlastními aktéry koordinace jsou MZČR a MPSV, které by měly v rámci rozvoje alternativní péče spolupracovat daleko úžeji. Potřeba intersektorové spolupráce je dle řady autorů, např. Prekera (1994), jednou z nejpodstatnějších determinant efektivní reformy zdravotních systémů, do které přirozeně spadá i oblast psychiatrické péče.

Potřeba komunitní péče duševně nemocným by dle našeho názoru měla být zohledněna rovněž na regionální úrovni. Preker (1994) na tomto podkladě dokonce doporučuje celkové přenesení zodpovědnosti za tvorbu lokálních politik na regionální úroveň. Jako protiargument k celkovému přenosu se však jeví případná problematická koordinace jednotlivých systémů péče.

V této souvislosti je třeba zmínit povinnost krajů zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, ze kterého by měla vyplývat konkrétní regionální potřeba

rozvoje komunitní psychiatrické péče. Důležitým nástrojem v této strategii je komunitní plánování sociálních služeb, které je stále nedostatečně využívaným zdrojem plánovacího procesu. Jako významná se tedy v tomto kontextu jeví rovněž podpora komunitního plánování. Vzhledem ke skutečnosti, že v současnosti není na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách povinnost „komunitně plánovat“ zákonně ukotvena, neboť zákon hovoří pouze o plánování obecně, tato konkrétní podpora může být realizována např. formou zákonného krajům ve smyslu užívání komunitního plánování.

7.2.3 OPATŘENÍ V OBLASTI ŘÍZENÍ PÉČE A AKCEPTACE NOVÝCH TRENDŮ

Jedním ze základních předpokladů snížení míry systémové stigmatizace je změna řízení- systému psychiatrické péče. Systém psychiatrické péče v ČR lze v současnosti rozdělit na dvě základní skupiny.

Z hlediska stigmatizace prioritní systém léčby je stále umístěn v ne zcela vyhovujících psychiatrických léčebnách. Z hlediska stigmatizace sekundární léčebný systém, tzv. extramurální péče je naproti tomu nedostatečně rozvinuta. Nevyhovující situace v ČR je mimo jiné charakteristická relativně velkým počtem institucí tradičního ústavního typu, které v zásadě neodpovídají moderním humánním zásadám lékařské péče. Vzhledem k předpokladu vlivu systému psychiatrické péče na stigmatizaci člověka je tedy vhodné, v souladu s moderními trendy, uvažovat o změně priorit v psychiatrických službách směrem k extramurální péči (základním předpokladem této změny by však měl zároveň být přechod těžiště doposud nadužívané lůžkové psychiatrické péče z psychiatrických léčeben do modernějších psychiatrických oddělení nemocnic). Z hlediska tvorby a implementace veřejných politik se jedná o řadu změn v systému řízení psychiatrické péče a změnu prioritovaného systému léčby:

1) Podpora ambulantní péče- Z hlediska destigmatizačního procesu je podpora ambulantní péče významná se zřetelem na resocializaci a sociální rehabilitaci psychiatricky nemocných. Marková (2005) uvádí, že psychiatrické ambulance mohou koordinovat péči o pacienta v různých zařízeních psychiatrické péče s přesahem do komunitních služeb.

Z hlediska konsolidace postavení psychiatricky nemocných je dle našeho názoru nutné pružně poskytovat akutní psychiatrickou péči, která je vzhledem k svému charakteru dostupnější než klasická institucionální péče. Základní premisou tohoto přístupu je snaha v co největší míře snížit riziko sociálně neakceptovatelného chování duševně nemocných, kterým se nedostává adekvátní péče. Vliv tohoto chování na stigmatizaci je v tomto případě zcela zřejmý.

Z hlediska rozvoje ambulantní péče je třeba ošetřit několik bariér rozvoje tohoto typu péče. Jako zásadní se jeví nedostatečná podpora tohoto typu léčby ze strany pojišťoven, které ve snaze „optimalizovat nákladovost péče“ neproplácejí veškeré výkony této péče (Raiter a kol., 2004). Jasným předpokladem rozvoje ambulantní péče je tedy konsolidace financování péče. Sekundárním problémem spojeným s problémy ve financování ambulantní péče je nedostatek psychiatrických lékařů v poměru oproti institucionální léčbě (Vevera a kol., 2008; Raiter a kol., 2004). Intervence v této oblasti tedy cílí do oblasti kapacitního zajištění ambulantní péče jako předpokladu jejího rozvoje.

2) Reforma priorizovaného systému lůžkové péče- Vzhledem k současné nevyhovující situaci v systému lůžkové péče (viz kap. 4.2), je nutné v závislosti na snížení systémové míry stigmatizace psychiatricky nemocných revidovat současnou praxi v lůžkové péči. Mezi základní principy reformy patří postupné snižování počtu lůžek vázaných na psychiatrické léčebny (viz kap. 4.2.1), jednou z alternativ je přesun části léčby do psychiatrických oddělení nemocnic, které více odpovídají moderním nárokům léčby. Nedílnou součástí reformy zaměřené na systémovou destigmatizaci je redukce lůžek bez přímé náhrady, tato redukce však musí být koordinována s rozvojem komunitní péče (viz kap. 4.1.2).

Vzhledem ke skutečnosti, že těžiště systému lůžkové psychiatrické péče ČR spočívá v psychiatrických léčebnách zřízených MZČR, je reforma systému péče v léčebnách do značné míry odvislá od snah MZČR. Marková (2005: 42) v této souvislosti zdůrazňuje skutečnost, že „*psychiatrické léčebny plní úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde dosud nejsou zřízena psychiatrická oddělení, nebo kde nemají dostatečnou kapacitu*“. Jako účelné se rovněž jeví vytvoření společné koncepce a stanovení minimální sítě psychiatrické a sociální péče na úrovni ČR a jednotlivých krajů (CRPDZ, 2001).

3) Podpora intermediární péče- Z hlediska řízení a vývoje trendů v psychiatrické péči je nedílnou součástí destigmatizační politiky podpora služeb intermediální péče. Přestože tato oblast se úzce dotýká výše řešené problematiky komunitní péče, je nutné zdůraznit význam podpory těchto služeb rovněž v řízení psychiatrické péče. Současný systém řízení psychiatrické péče nedostatečně podporuje jak výše zmiňované poskytovatele z řad NNO, tak poskytovatele intermediární péče doplňující touto péčí vlastní poskytování lůžkové péče. Právě rozvoj intermediární péče z pozice klasických institucionálních poskytovatelů péče je důležitým předpokladem konsolidovaného rozvoje tohoto typu služeb. Konkrétně se tedy jedná obzvláště o podporu vzniku a rozvoje služeb krizové péče (krizové intervence a telefonické pomoci) na půdě psychiatrických zařízení.

7.2.4 OPATŘENÍ V OBLASTI STRATEGICKÝCH DOKUMENTŮ

Základním nedostatkem většiny platných strategických dokumentů v oblasti reformy psychiatrické péče a návazném snížení systémové stigmatizační zátěže není chybná identifikace skutečných problematických oblastí psychiatrické péče, ale nedostatečná implementace konkrétních kroků a strategií. Strategie jsou obecně formulovány zejména na podkladě strategických dokumentů, které v zacílení na reformu psychiatrické péče obsahují značné nedostatky z hlediska závaznosti a odpovědnosti aktérů implementace (viz kap. 5). Přestože se problematikou systémové stigmatizace žádné významné strategické dokumenty explicitně nezabývají, je jejich sekundární zacílení na oblast stigmatizace zřejmé.

Intervence v problematice implementace strategických dokumentů, coby specifického nástroje zdravotní politiky, by dle našeho názoru měla směřovat k jasnějšímu formulování nedostatečně ošetřených determinant implementace, jakými jsou nízká míra závaznosti aktérů implementace, stanovení obecných cílů, absence sankčních mechanismů či vysoká míra deklarativnosti.

Všechny doposud nedostatečně ošetřené oblasti jsou řešitelné víceméně pouze z pozice veřejné správy, která v rámci koncepční činnosti určuje konkrétní determinanty implementace. Při realizaci strategií je tedy již při tvorbě základních dokumentů nutné brát zřetel na zodpovědnost aktérů implementace včetně sankčních mechanismů při nesplnění implementační úlohy. Navazujícím problémem je deklarativnost strategických

dokumentů, která se projevuje zvláště v absenci tzv. objektových cílů⁴⁶, v procesu strategického plánování je tedy nutné diskutovat konkrétní dopady zamýšlených strategií. Výstupem tohoto procesu by pak měly být jasně uchopitelné a konkrétní cíle, které je možné na základě předem stanovených evaluačních kritérií hodnotit.

7.2.5 OPATŘENÍ V OBLASTI ROZVOJE ADVOKAČNÍCH AKTIVIT

Systémová stigmatizace je obecně podmíněna rovněž chápáním psychiatrických služeb majoritní veřejností, jež je zatíženo množstvím předsudků. Jedním z předpokladů změny stigmatizujícího postoje společnosti je tedy rovněž změna hluboce historicky zakořeněného vnímání psychiatrické péče a rozsahu práv, která byla (a pravděpodobně ještě stále jsou) duševně nemocným v mnoha historických údobích zkracována. Oblast vnímání vlastních práv, ale zároveň také povinností má v psychiatrii dále vliv na rozvoj tzv. samostigmatu.

Obecně je do oblasti advokačních aktivit zahrnována spolupráce pacientů, jejich rodiny a pomáhajících organizací, zpravidla z řad NNO. Hlavním účelem advokačních aktivit je upozorňovat na problematiku nedodržování lidských práv a obecně platných zákonů v léčebném procesu. V otázce duševních poruch je role pomáhajících organizací významná vzhledem k malému povědomí pacientů o vlastních právech a případné neschopnosti se těchto práv domoci.

Z hlediska rozvoje tvorby politik mohou sehrávat advokační aktivity významnou roli, a to jak na poli právního rámce, tak vlastního destigmatizačního procesu.

Významnou roli v advokacii psychiatricky nemocných hrají ve většině zemí příslušná ministerstva zdravotnictví, která mohou implementovat advokační strategie přímo, aby ovlivnila postavení psychiatricky nemocných ve společnosti, případně aby ovlivnila celkový společenský kontext psychiatrické péče. Tato ministerstva mohou ovlivňovat postavení psychiatricky nemocných rovněž nepřímo pomocí podpory organizací, které se advokací duševně nemocných zabývají (WHO, 2003). Podpora advokačních aktivit by tedy dle našeho názoru měla být rovněž v ČR systematicky podporována, v ideálním případě by tato podpora měla být v kompetenci MZČR. Pokud by těžiště psychiatrických služeb bylo alokováno mimo resort MZČR, pak by toto ministerstvo mohlo rovněž systematicky koordinovat advokační aktivity napříč sektory. V současném stavu může být případná poskytnutá podpora např. advokačně zaměřené

⁴⁶ Viz Ochrana (2004).

NNO podmíněna nepřímým závazkem k „dodržování pravidel hry“, na tomto podkladě pak mohou být limitovány vlastní advokační aktivity. V současnosti však systematická podpora advokačním aktivitám není dostatečně zřetelná u žádného úřadu veřejné správy.

Z konkrétních nástrojů podpory advokačním skupinám a aktivitám jsou významné ty, které formují prostředí jejich fungování. Jedná se zvláště o podporu organizačně-právního zajištění advokacie, podporu spolupráce se zákonodárnými orgány a orgány veřejné správy. Pravděpodobně nejvýznamnějším nástrojem podpory advokačních aktivit je dotační podpora, která by měla být cíleně zaměřena jak na financování vlastní činnosti organizací, tak finanční podporu mediálních výstupů destigmatizačního charakteru.

Do oblasti nástrojů podpory advokačních aktivit lze zařadit rovněž vzdělávání všech účastníků systému péče o duševně nemocné v otázce práv duševně nemocných, vytváření koalic zájmových skupin usilujících o dodržování práv psychiatricky nemocných (Pfeiffer a kol., 2004a).

7.2.6 OPATŘENÍ V OBLASTI OSVĚTY A VZDĚLÁVÁNÍ

V problematice systémové stigmatizace, jež je mimo jiné výsledkem historického vývoje v preferencích léčebných metod a postupů je velmi důležitá osvětová činnost, která realisticky zasazuje fenomén duševních poruch do současné společnosti a demytizuje řadu zažitých myšlenkových stereotypů.

Potřeba osvětové činnosti je všeobecně přijímána, přesto lze konkrétní osvětové aktivity vycházející z institucí veřejné správy označit jako nedostatečné. Deklarativní požadavek na zvýšení podílu osvětové činnosti se objevuje ve většině strategických dokumentů (např. česká verze Zdraví 21), dle těchto strategií mají primární zodpovědnost za osvětovou činnost resorty zdravotnictví a sociálních věcí.

Vzhledem ke specifčnosti a vývoji problematiky duševních poruch se však dle našeho názoru jeví jako opodstatněné přenesení těžiště osvětových činností mimo sektor veřejné správy. Pro tento přesun rovněž hovoří malá míra koordinovanosti subjektů veřejné správy a preference vlastních způsobů řešení. Dotčené subjekty veřejné správy přirozeně v rámci využitelných nástrojů zdravotní politiky mohou jednotlivé akce koordinovat a podporovat. Jako významný nástroj v tvorbě osvětových programů je

v závislosti na rozvoji občanské společnosti využitelná dotační podpora organizací, zvláště NNO, které mají dostatečné kapacitní a odborné zázemí k této činnosti.

Zvažovaná intervence v rámci osvětové a edukační činnosti s cílem snížit systémovou míru stigmatizace by dle našeho názoru měla být vedena po dvou úrovních.

První úroveň osvětové činnosti má být zacílena na odborné pracovníky v psychiatrii, kteří jsou nedílnou součástí systému psychiatrické péče a jako takoví jsou ve vzájemném vztahu s léčebnými metodami a dalšími determinantami léčby (Evans, 2001). Praško (2001) dokonce navrhuje, zařadit destigmatizační cíle do profesionálního vzdělávání lékařů jak pregraduálního, tak postgraduálního, dále si tentýž autor všímá skutečnosti, že pohled na duševně nemocného je i u profesionála ze značné části závislí na laickém obrazu o duševně nemocném. Konkrétní forma osvětové činnosti zaměřené na odbornou veřejnost je dle našeho názoru realizovatelná klasickou formou na poli dalšího odborného vzdělávání, a to zejména zařazením této oblasti do implementace relevantní právní úpravy- jedná se zvláště o Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta a Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Jako alternativu k této formě destigmatizační- osvětové činnosti lze chápat vzdělávání doplňkové, které nemá souvislost s dalším vzděláváním pracovníků ve zdravotnictví dle platné právní úpravy. Právě v této oblasti se nabízí možnost většího prosazení nestátních neziskových organizací, které se problematikou stigmatizace duševních poruch zabývají.

Druhá úroveň osvětové činnosti má intervenovat do laické veřejnosti, která vnímá problematiku duševních poruch v rámci formování systémového stigmatu negativně.⁴⁷ Destigmatizační intervence do majoritní veřejnosti je obecně obtížněji strukturovatelná, než intervence do zdravotnické veřejnosti, která je začleněna do jasných organizačních struktur. Přesto lze relativně jasně vymežit, které oblasti veřejného života jsou pro destigmatizační aktivity vhodné.

Satorius a Schulze (2005) navrhují v souvislosti s destigmatizací řadu aktivit, mezi základní patří rozvoj destigmatizačních programů na základní a střední úrovni škol,

⁴⁷ Viz také Laar, Levin (2005).

edukativní semináře pro majoritní veřejnost, informativní kampaně v médiích- rádio, televize a tisk. Specifickým doplňkovým médiem, nabízejícím nové možnosti je v tomto případě rovněž internet. Otázka změny stigmatizujícího obrazu duševně nemocného v médiích je přitom vlastní částí destigmatizačního procesu. Zahrnuje konkrétní cílenou práci jak s médii na makro úrovni, tak na mikro úrovni, která zahrnuje konkrétní aktivity zacílené na novináře a jiné pracovníky v médiích (viz kap. 6.1.7).

Vzhledem k víceméně pouze deklarativní podpoře destigmatizačního procesu ze strany veřejných institucí (viz výše), je vhodné při destigmatizační intervenci do majoritní veřejnosti využít ve větší míře zdrojů nestátních neziskových organizací, které již v současné době řadu aktivit v této oblasti vyvíjejí.

ZÁVĚR

Globálním cílem této práce uvedeným v úvodní části je analyzování systémové stigmatizace duševně nemocných. Po provedeném výzkumu lze konstatovat, že problematika systémové stigmatizace a s ním úzce spojeného sociálního vyloučení je charakterizována značně složitou sítí kauzálních vztahů a determinant, které mají v konečném důsledku negativní vliv jak na kvalitu života duševně nemocných, tak na stigmatizaci oboru psychiatrie. Na základě této práce je zřejmé, že koncept systémové stigmatizace má hluboké společenské kořeny, které souvisí s vývojem moderní společnosti a jejích specifických institucí. Na rozdíl od historických etap vývoje, které jsou předmětem Foucaultovy kritické reflexe (včetně metodického příspěvku k diskurzivní analýze) však již vývoj v této oblasti výrazně pokročil v oblasti rozvoje poznání, ale i snah o řešení souvisejících problémů (např. koncepty sociálního vyloučení-začlenění, lidská práva). Problémem však zůstává, jak efektivně se daří na úrovni jednotlivých národních politik duševního zdraví rozvoj poznání využívat.

Základní determinanty systémové stigmatizace v ČR souvisí primárně s historickým vývojem, od kterého se dále odvíjí nekonsolidované jednání aktérů v politice duševního zdraví, nevhodný právní rámec a v neposlední řadě velká institucionalizace psychiatrické péče (viz dále). Kulturní podhoubí, které Foucault nazývá „epistémé“ se projevuje v přístupu české společnosti k fenoménu duševních poruch velmi výrazně. Na základě analýzy přístupu společnosti k duševním poruchám tedy lze sledovat vnitřní procesy v rámci vývoje konkrétní společnosti v daném historickém údobí. Současná česká společnost rigidně spočívá ve vývojovém stupni, který je výsledkem konceptu psychiatrické péče jako specifické instituce sloužící k exkludování duševní patologie s důrazem na vyčlenění symptomaticky odlišné skupiny z centra společnosti. Přičemž proces exkluze duševně nemocných je v ČR realizován prostřednictvím celého spektra aktérů (ale rovněž institutů), z nichž některé spatřují v procesu výkonu psychiatrické péče svůj svébytný účel. V těchto souvislostech je vhodné hodnotit nejdůležitější určující prvek systémové stigmatizace- doposud přetrvávající systém institucionální psychiatrické péče coby těžiště psychiatrické péče v ČR. Systémová stigmatizace dále úzce souvisí se společenským chápáním normy a normality, které mohou být v různých společnostech a situacích definovány značně variabilně. Pokud je určitá osoba či skupina označena jako vymykající se normě, je od ní společností očekáván příslušný „nenormální způsob chování“. V oblasti systémové stigmatizace duševně nemocných

pak hraje systém psychiatrické péče zároveň referenční rámec normality a konkrétně institucionální péče rámec systémové stigmatizace.

Současná situace v péči o duševně nemocné v ČR je typická svým těžištěm v psychiatrických léčebnách, které nevyhovují moderním nárokům péče a do značné míry se podílejí na stigmatizujícím systému. Příčiny přetrvávání tohoto stigmatizujícího modelu péče o duševně nemocné je možné sledovat zvláště v neochotě, neschopnosti, indifferenci či přímých zájmech aktérů, změnit současný stav. Souvisejícím problémem inhibujícím změnu současného stavu je pak deficitní stav právního rámce, typický svou rigiditou a pouze deklarativní závazností ČR reformovat psychiatrickou péči (viz strategické dokumenty). Přetrvávající systém s těžištěm péče ve velkých institucích má negativní vliv na celou řadu aspektů spojených s péčí. Jako příklad může sloužit v zásadě negativní mediální obraz duševně nemocného, který bez difference diagnózy, „patří do léčebny“. V současné situaci je člověk trpící duševní poruchou vystaven při vstupu do tohoto systému péče předsuzujícím názorům společnosti, které mají konkrétní dopad jak na chování společnosti k duševně nemocnému, tak na stigmatizující vnímání duševně nemocného sebou samým. Celá situace se doráží v následné snížené kvalitě života duševně nemocných, v nejhorších případech ovlivňuje suicidální jednání.

Platná právní úprava v ČR nezohledňuje požadavky moderní nestigmatizující péče o duševně nemocné. Vyznačuje se nedostatečným zohledněním specifika duševních poruch a obsahuje některé sporné momenty z hlediska lidských práv. Většina relevantních zákonů je relativně zastaralá a v zásadě koreluje se stupněm vývoje systému institucionální péče. Jednu z výjimek tvoří zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který má jistý přesah rovněž do systému zdravotní péče. Právní rámec obecně umožňuje jednotlivým aktérům realizovat svou činnost, z tohoto hlediska je právní rámec vyhovující zvláště institucionálnímu systému péče, který má své těžiště v psychiatrických léčebnách. Z hlediska organizačně-právního je doposud nedostatečně ukotveno postavení alternativní, respektive komunitní péče, která je v zásadě ošetřena pouze nedostačujícím zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jednou z variant řešení ne zcela vyhovujícího právního rámce je pro Českou republiku tvorba speciálního zákona o duševním zdraví, který by zohlednil moderní nároky péče o duševně nemocné.

Jako značně složitá se jeví role aktérů v problematice systémové stigmatizace v ČR. Hodnocení role aktérů v procesu stigmatizace je zatížené relativním nedostatkem přímých ukazatelů. Přesto lze konstatovat, že klastry aktérů v stigmatizačním procesu zastávají značně odlišná východiska a cíle. Přičemž každá ze zainteresovaných skupin

preferuje vlastní zájmy a řešení současné situace. Z hlediska veřejné správy, zvláště Ministerstva zdravotnictví je možné vnímat určité nedostatky v destigmatizačním procesu. Přes množství závazků realizují tito aktéři pouze nedostatečné kroky v procesu snižování stigmatizační zátěže. Na tuto skutečnost nemají významnější vliv ani výtky ze strany Veřejného ochránce práv a neziskových organizací. Významným nedostatkem veřejné správy je nízká míra koordinovanosti jednotlivých kroků, která je zřetelná např. v nedostatečném propojení sítě zdravotních a sociálních služeb. Nízkou koordinovanost, ale rovněž prosazení partikulárních zájmů na rovině Ministerstvo zdravotnictví-Ministerstvo práce a sociálních věcí-kraje (vztah státu a krajských samospráv), je možné spatřovat v nedostatečném přechodu těžiště psychiatrické péče z psychiatrických léčeben do modernějších psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic. Jednání části aktérů, zvláště z řad psychiatrických léčeben je zřejmě ovlivňováno rovněž ekonomickými faktory a nesměruje přímo k účelné resocializaci psychiatrických pacientů. Z hlediska přímého stigmatizačního vlivu je významná role médií, která mohou sehrávat jak roli negativní, tak pozitivní, tato ambivalence je na jedné straně způsobena snahou médií zaujmout veřejnost, na straně druhé, pak pod vlivem dalších aktérů mohou média významně přispět k destigmatizačnímu procesu. Důležitou skupinu aktérů představují nestátní neziskové organizace, které se v souvislosti s rozvojem občanské společnosti po roce 1989 stále častěji zapojují jak do tvorby a implementace destigmatizačních politik, tak do poskytování vlastní alternativní péče. Přestože jsou neziskové organizace pouze nedostatečně finančně zajištěny, lze od nich v budoucnu očekávat podporu rozvoje demokratizace v souvislosti se stále rostoucím vlivem Evropské unie.

V souvislosti s jednáním aktérů v psychiatrické péči je nutné zmínit konkrétní důsledky dosud realizovaných politik. Výsledky politik v psychiatrické péči mají přirozeně zásadní vliv na systémově stigmatizační proces a jsou odrazem celkového kulturního podhoubí společnosti, respektive odrazem vlivu příslušných aktérů reprezentujících toto podhoubí. Z tohoto hlediska je situace v ČR po roce 1989 typická značnou rigiditou a pouze malými organizačně-právními změnami, dokazujícími, že psychiatrická péče (politika duševního zdraví) je stále okrajovou agendou. Orientace české politiky duševního zdraví je zřejmá zvláště v dominantní podpoře institucionální psychiatrické péče, která je významným činitelem při tvorbě systémové stigmatizace. Naopak podpora alternativní péče, zvláště pak komunitní péče a související agenda obhajoby lidských práv v psychiatrii není v ČR dostatečně zřejmá. Přestože se v ČR

stále více prosazuje vliv Evropské unie, nereaguje ČR na požadavky Evropské unie dostatečně pružně a vstřícně. ČR se zavázala k plnění strategií vyplývajících z řady strategických dokumentů vycházejících jak z evropského, tak českého prostředí. Tyto dokumenty v zásadě dobře vystihují nutnost a charakter reforem v psychiatrické péči v závislosti na snížení systémové stigmatizace. Jako zásadní nedostatek se jeví nedodržování vytyčených strategických cílů a úkolů stanovených těmito dokumenty. Veřejná správa bohužel až příliš často přistupuje k plnění úkolů pouze deklarativně (viz např. česká verze Zdraví 21). Z hlediska vlastních strategických dokumentů je tento stav umožněn relativně velkou deklarativností formulovaných závazků charakteristickou nízkou závazností aktérů implementace, stanovením obecných cílů, absencí evaluačních nástrojů a sankčních mechanismů.

Možnosti zlepšení současné situace v systémové stigmatizaci přes řadu výše vytyčených problémů existují. Veřejné politiky v ČR musí nutně pružněji reagovat na moderní požadavky na humanizaci péče o duševně nemocné v několika rovinách. První oblastí změny je právní rámec, který by měl v poskytování psychiatrické péče ve větší míře zohlednit specifikum lidských práv a možnosti jejich porušování. Dle našeho názoru nejúčelnější modernizací právního rámce je tvorba speciálního zákona o duševním zdraví a úprava souvisejících oblastí. Druhá oblast je zaměřena na podporu komunitní péče jako sektoru, který má potenciál saturovat potřeby části pacientů v současné situaci umístěných v institucionální péči. Přestože je komunitní péče důležitou spojnicí v resocializačním procesu, je v rámci současného systému organizace a financování zdravotnictví nedostatečně rozvíjena. Třetí oblast souvisí s problematikou pojetí politiky duševního zdraví, jejíž těžiště spočívá v psychiatrických léčebnách a v orientaci na léčbu psychofarmaky. Potřebná modernizace systému by měla humanizovat a redukovat kapacitu dlouhodobé lůžkové psychiatrické péče, akutní diagnosticky zaměřenou fázi péče rozvíjet v modernizovaných odděleních akutní nemocniční péče, existující systém ambulantní psychiatrické péče by pak měl být doplněn o nové formy komunitních služeb, sledujících cíle efektivnějšího řízení péče o chronicky nemocné pacienty v návaznosti na spolupráci a integraci v oblasti sociálně-zdravotnických služeb. Se změnou přístupů souvisí čtvrtá oblast- koncipování politiky duševního zdraví artikulovaná strategickými dokumenty. Stávající strategické dokumenty vykazují vysokou míru deklarativnosti a prakticky nezavazují aktéry k žádnému konkrétnímu závazku. V tomto směru si aktéři politiky duševního zdraví v ČR neuvědomují dostatečně zřetelně jednotlivé fáze politického procesu (nastolení

agendy, formulace cílů, strategických materiálů a nástrojů veřejné politiky v podobě právních norem a veřejných programů). V procesu tvorby a implementace politiky duševního zdraví, zaměřené také na destigmatizaci je tedy nutné využívat právně závazné a vymahatelné postupy. Pátou oblastí je podpora nestátních neziskových organizací, zvláště zaměřených na advokační aktivity. Vzhledem k charakteru současného systému je nutné, aby práva duševně nemocných byla monitorována nezávislým subjektem. Poslední ale naprosto zásadní oblastí vyžadující zvýšení aktivity je osvětová/vzdělávací činnost cílená jak do laické, tak odborné veřejnosti. V otázce osvěty mohou efektivně spolupracovat různé sektory, jmenovitě veřejná správa, média a nestátní neziskové organizace. Cílem těchto aktivit efektivní politiky duševního zdraví pak musí být nestigmatizující přístup společnosti k duševně nemocným.

RESUMÉ

Rigorózní práce „Systémová stigmatizace psychiatricky nemocných“ se zaměřuje na analýzu fenoménu systémové stigmatizace. Pravděpodobně nevýznamnější oblastí ovlivňující stigmatizaci psychiatricky nemocných je systém psychiatrické péče. Role systému léčby je tedy významným předpokladem stigmatizace, v tomto kontextu lze hovořit o tzv. systémové stigmatizace psychiatricky nemocných. Problematika systémové stigmatizace je zatížena vývojem léčby a souvisejícím vývojem společnosti. V přístupu společnosti k duševně nemocným lze pozorovat hlubší sociální konotace a kulturní posuny. Do jisté míry se tedy kulturní podhoubí společnosti odráží právě v přístupu k duševně nemocným. Situace v ČR v léčbě duševně nemocných je charakteristická velkou institucionalizací psychiatrické péče, která má značný vliv na systémovou stigmatizační zátěž.

Nejrozsáhlejší část práce je zaměřena na analýzu stavu a vývoje psychiatrické péče jako předpokladu k systémové stigmatizace duševně nemocných. Současný stav v systémové stigmatizaci v ČR je ovlivněn řadou faktorů. Z výsledků studie vyplývá, že základní problém spočívá jak v historickém vývoji, tak v jednání a zájmech jednotlivých aktérů podílejících se na stigmatizačních, respektive destigmatizačních aktivitách. Síť zainteresovaných aktérů je charakteristická nízkou mírou mezisektorové spolupráce a prosazováním vlastních partikulárních zájmů.

Z hlediska veřejné politiky je rovněž významné, že zvláště aktéři z řad veřejné správy pouze nedostatečně implementují strategie v reformě psychiatrické péče v ČR, právě reforma péče je přitom zásadním předpokladem snížení míry systémové stigmatizace. Při řešení této situace je možné zvolit několik variant. Jako nejúčelnější se jeví zvýšení důrazu na oblast modernizace léčebného procesu, rozvoj komunitních služeb či osvětovou činnost.

SUMMARY

Rigorous thesis „System – Stigmatization of Psychically Disordered“ aims the analysis of the system – stigmatization analysis. Presumably, the most important field influencing the stigmatization psychically disordered is the system of psychiatric care. The role of treatment/cure system represents therefore an important stigmatization – prerequisite. In that context we can speak of so – called system – stigmatization of the psychically disordered. The problem of system – stigmatization is affected by the development of the treatment/cure and coherent society development.

In the attitude of the society towards psychically disordered we can see deeper social connotations and cultural changes. To a certain extent the cultural background mutually reflects the attitude towards psychically disordered. The situation in Czech Republic according to the treatment/cure of psychically disordered can be described as progressively institutionalized in the meaning of psychiatric care. It substantially influences the system – stigmatization onus. The major part of the thesis aims analyse of the state and development of the psychiatric treatment/care as a psychically disordered system - stigmatization prerequisite. Actual state of the system – stigmatization in Czech Republic is influenced by many factors. From the conclusions of the thesis result that the main problem lies either in the historical development or in the individual involved people practice and interests. They contribute to stigmatization or de – stigmatization activities. The pool of the people involved in is characterized by low rate of inter – sector cooperation and by particular – interests self – promotion.

In the public policy point of view there is also significant that particularly the people involved from the public administration implement the strategies touching psychiatric treatment/care reforms in Czech Republic insufficiently. The reform of the care is moreover the basic prerequisite to system – stigmatization rate decrease. In solving that we can choose of several options. To emphasize the modernization of the treatment/cure process, developments of community/communal services or educational activities seem to be the most efficient way.

SEZNAM TABULEK, SCHÉMAT A GRAFŮ

Schémata:

Schéma 1 – Strom problémů	13
Schéma 2 – Obecný proces vzniku systémového stigmatu psychiatricky nemocných	22
Schéma 3 – Kvalita života při duševním onemocnění	27
Schéma 4 – Ideální model péče o osoby s duševní poruchou	67
Schéma 5 – Vlivy tvorby strategických dokumentů se vztahem k problematice systémového stigmatu	81
Schéma 6 – Přehled hlavních aktérů ve vztahu k problematice systémové stigmatizace v ČR	84
Schéma 7 – Schéma mediálních výstupů zájmových skupin při formování názorů veřejnosti na psychiatrickou péči	108
Schéma 8 – Strom cílů	112

Tabulky:

Tabulka č. 1 Různá pojetí nemoci	29
Tabulka č. 2 Psychiatrické léčebny	44
Tabulka č. 3 Psychiatrická oddělení nemocnic	44
Tabulka č. 4 Vývojové fáze tvorby psychiatrických služeb	46
Tabulka č. 5 Vývoj sociálních determinant duševních chorob	53
Tabulka č. 6 Analýza aktérů v psychiatrické péči- destigmatizačním předpoklady	111

Grafy:

Graf č. 1 Výdaje na duševní onemocnění	43
Graf č. 2 Přehled hospitalizovaných ve všech zdravotnických lůžkových zařízeních na diagnózy F00–F99	46
Graf č. 3 Psychiatrická lůžka: Mezinárodní srovnání	47

LITERATURA

BALABÁN, M., PROUZA R., JAROŠ, J. *Vyjádření ke koncepci oboru psychiatrie* [online]. 2007 [cit. 2008-12-21]. <<http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/koncepceoborupsychiatrie?MenuItemId=170>>

BAUDIŠ, P., LIBIGER, J. *Psychiatrie a etika*. Praha : Galén, 2002. s. 156. ISBN 80-7262-104-1.

BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha : Galén, 1997. s. 218. ISBN 80-85824-45-0.

BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A. *Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání*. Praha : VÚPSV, 2004. s. 37.

BYRNE, P. Psychiatric stigma: past, passing and to come. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1997, vol. 90, no 4, s. 618-621, ISSN 1296-672.

CCHR. *Občanská komise za lidská práva : Mezinárodní organizace pro dohled nad oblastí duševního zdraví*. Praha : 2004. CCHR. s. 40.

CMHCD. *Destigmatizace* [online]. 2007 [cit. 2008-12-21].<<http://www.cmhcd.cz/destigmatizacni.html>>

CMHCD. *Závěrečná zpráva projektu APEL* [online]. 2003 [cit. 2005-02-18]. Dostupný z WWW: <http://www.cmhcd.cz/projects/APEL_ZZ.zip >

CONRAD, P, SCHNEIDER, J., W. *Deviance and Medicinization : From Badness to Sickness*. St. Louis : Temple University Press, 1992. s. 352. ISBN 0-87722-999-6.

CRPDZ. *Humanizace psychiatrických léčeben v České republice 1999-2001 : Závěrečná zpráva*. Praha : CRPDZ, 2001. s. 41.

CRPDZ. *O projektu Změna* [online]. 2006 [cit. 2009-4-21]. <
<http://www.stopstigmopsychiatrie.cz/kontakty.html> >

ČAPEK, J. *Právní slovník evropské ochrany lidských práv*. Praha : ORAC, 2002. s. 439. ISBN 80-86199-55-X.

ČAPS. *Práva pacientů v psychiatrické léčbě* [online]. 2006 [cit. 2008-12-21]. <
<http://www.capz.cz/projekty/pravni-oblast/prava-pacientu-v-psychiatricke-lecebne/> >

ČAPZ. *Mapování implementace strategických dokumentů vztahujících se k péči o duševní zdraví : Případová studie*. Praha : ČAPZ, 2007. s. 35.

ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha : Grada, 1994. s. 228. ISBN 80-7169-086-4.

ČTK. *Psychiatři vyzvali vládu k reformě psychiatrické péče* [online]. 2007 [cit. 2008-12-21].<
[http://www.iporadna.cz/psycho/clanek.php?article\[articleid\]=12712](http://www.iporadna.cz/psycho/clanek.php?article[articleid]=12712)>

DAVID, I. *Psychiatrické péči v ČR chybí kvalitní vyvážený projekt*. Česká a slovenská psychiatrie. 2008, vol. 104, no 2, s. 107-108, ISSN 1212-0383.

DAVID, I. *Vyjádření ředitele PL Bohnice ke zprávě zástupkyně veřejného ochránce práv* [online]. 2006 [cit. 2009-4-13].< <http://www.spoleksalamoun.com/view.php?cisloclanku=2006093001>>

DEMA. *Veřejné mínění- názory na schizofrenii*. Praha : DEMA, 2004. s. 33.

FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství v době osvícenství : Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 1994. s. 207. ISBN 80-7106-085-2.

EU- MEDIA. *SKOK kritizuje český akční plán pro sociální začleňování* [online]. 2007 [cit. 2008-12-23].< <http://www.euractiv.cz/socialni-politika/clanek/skok-kritizuje-cesky-akcni-plan-pro-socialni-zaclenovani>>

EUROPEAN COMMISSION. *Responses the Mental Health of the Population* [online]. 2006 [cit. 2009-01-11]. Dostupný z WWW: <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mentalgp_report.pdf>

EVANS, D. The Stigma of Sexuality : concealability and source. In MASON, T., WATKINS, C. (eds.) *Stigma and Social Exclusion in Healthcare*. London : Routledge, 2001. s. 104-116. ISBN 978-0-415-22200-6.

FLANAGAN, H., MILLER, R., DAVIDSON, L. Unfortunately, We Treat the Chart: Sources of Stigma in Mental Health Settings. *Psychiatric Quarterly*. [online]. Dec. 2009, vol. 80, iss. 1, p. 55-64. [cit. 2009-2-18]. Dostupný z WWW: <<http://www.springerlink.com/content/e736063606744778/?p=3ef9ad1b5cd1483f92b31389fd3cb63d&pi=1>> ISSN 1573-6709

GOFFMAN, E. *Stigma*. Praha : SLON, 2003. s. 168. ISBN 80-86429-21-0.

HART, D., PHILLIPSON, J. *Changing Media Minds: a Practical Guide*. *Psychiatric Bulletin*. 1999, vol. 23, no 1, s. 428-429, ISSN: 0955-6036.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha : Galén, 2002. s. 272. ISBN 80-7262-132-7.

HÁVA, P. Zdravotní politika. In POTŮČEK, M. a kol. *Veřejná politika*. Praha : Slon, 2005. s. 311-352. ISBN 80-86429-50-4.

HEATHERTON, T., F. et al. *The Social Psychology of Stigma*. New York : Guilford Press, 2003. s. 450. ISBN 1-57230-942-3.

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha : Tigris, 2002. s. 895. ISBN 80-900130-1-5.

HÖSCHL, C. *Duševní zdraví jako priorita zdravotní péče s mezirezortním přesahem* [online]. 2006 [cit. 2009-01-11]. <http://www.tigris.cz/PSYCHIAT/Psychiatrie%202_2005/00_Editorial.htm>

HUSSERL, E. *Karteziánské meditace*. Praha : Svoboda-Libertas, 1993. s. 210. ISBN 80-205-0311-0.

IZPE. *Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice*. Kostelec nad Černými lesy : IZPE, 2004. s. 62. ISBN 80-86625-14-1.

JANÍČEK, J. *Cyril Höschl – Kde bydlí lidské duše*. Praha : Portál, 2004. s. 173. ISBN 80-7178-954-2.

JOHNSON, L. *Duševně nemocný v rodině* [online]. 2006 [cit. 2008-12-21]. <<http://www.spdn-cr.org/bude-vas-zajimat/dusevne-nemocny-v-rodine/>>

JORDAN. B. *A Theory of Poverty and Social Exclusion*. Oxford : Polity Press, 1996. s. 250. ISBN 6-7456-1694-1.

KELLER, J. *Úvod do sociologie*. Praha : Slon, 2005. s. 204. ISBN 80-86429-39-3.

KITZLEROVÁ, E. a kol.: Studie eden, hodnocení vývoje psychopatologie a kvality života. In RABOCH, J. a kol. *Česká psychiatrie a svět*. Praha : Galén, 2004. s. 100-101. ISBN 80-7262-273-0.

KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. s. 149. ISBN 80-244-0324-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha : Grada Publishing, 2002. s. 198. ISBN 80-247-0179-0.

KUDLÁČEK, M. Goffmanův koncept stigmatizace. In RABOCH, J. a kol. *Česká psychiatrie a svět*. Praha : Galén, 2004. s. 87-89. ISBN 80-7262-273-0.

KUSÁ, Z., ONDREJKA, I. *Stigmatizácia a psychická porucha*. Kontakt. 2006, vol. 8, no 2, s. 272-279, ISSN 1212-4117.

LAAR, C., LEVIN, S. The Experience of Stigma : Individual, Interpersonal, and Situational Influences. In LAAR, C., LEVIN, S. (ed.) *Stigma and Group Inequality*. Lawrence Erlbaum Associates, 2005. s. 1-20. ISBN 08-058-441-55.

LINK, B., PHELAN, C. *Conceptualizing Stigma*. Annual Review of Sociology. 2001, vol. 42, no 1, s. 363-385, ISSN 0586-7614.

LOCKER, D. *Symptoms and Illness : The Cognitive Organization of Disorder*. London : Routledge, 1981. s. 193.

KNAPP, M. et al. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*. Berkshire : Open University Press, 2007. s. 43. ISBN 10-0335-21467-3.

KÚ KARLOVARSKÉHO KRAJE. *Materiál pro jednání zastupitelstva karlovarského kraje* [online]. 2009 [cit. 2009-4-11].< www.kr-karlovarsky.cz/files/web_090416_eZastupitelstvo_05/zast_090416_15.doc ->

Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR*. Praha : Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008. s. 299. ISBN 13-978-80-85047-35-6.

MARKOVÁ, E. Organizace péče o osoby s duševní poruchou. In MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha : Grada, 2005. s. 38-51. ISBN 80-247-115-16.

MASON, T. et al. Introduction. In MASON, T., WATKINS, C. (eds.) *Stigma and Social Exclusion in Healthcare*. London : Routledge, 2001. s. 1-14. ISBN 978-0-415-22200-6.

MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: SPN, 1991. s. 262.

McDAVID, D., THORNICROFT, G. *Policy brief : Mental health II*. Geneva : WHO, 2005.

MERCER, D., SIMMONDS, T. The Mentally Disordered offender : looking glass monsters- reflections of the paedophile in popular culture. In MASON, T., WATKINS, C. (eds.) *Stigma*

and Social Exclusion in Healthcare. London : Routledge, 2001. s. 170-180. ISBN 04-152-220-01.

MIHALCO, Z. *Česká psychiatrie je v krizi. A nemocných přibývá*. [online]. 2007 [cit. 2008-11-11]. < www.kaleidoskop-os.cz/Psychiatrie%20v%20krizi.doc >

MMR. *OP Lidské zdroje a zaměstnanost* [online]. 2008b [cit. 2008-12-21]. < <http://www.strukturalni-fondy.cz/oplzz> >

MOTEJL, O. *Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben* [online]. 2008 [cit. 2009-01-11]. < <http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=1341#note125> >

MPSV. *Národní akční plán sociálního začleňování 2004-2006*. Praha : MPSV, 2005. s. 96. ISBN 80-86878-15-5.

MPSV. *Národní akční plán sociálního začleňování 2008 - 2010* [online]. 2008 [cit. 2009-01-11]. < <http://www.noviny-mpsiv.cz/cs/5130/> >

MZČR. *Čtvrtá zpráva o plnění programu Zdraví 21* [online]. 2007 [cit. 2008-12-21]. Dostupný z WWW: < <http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/21-ctvrta-zprava-o-plneni-programu-zdravi-21.html> >

MZČR. *Dotační program Ministerstva zdravotnictví "Zdravotnické vzdělávací programy" - vyhlášení dotačního řízení na rok 2008* [online]. 2009 [cit. 2009-4-11]. < <http://www.mzcr.cz/Pages/394-dotacni-program-ministerstva-zdravotnictvi-zdravotnicke-vzdelavaci-programy-vyhlaseni-dotacniho-rizeni-na-rok-2008.html> >

MZČR. *Služby v oblasti veřejného zdraví* [online]. 2008 [cit. 2008-12-23]. < <http://www.mzcr.cz/Unie/Categories/12-služby-v-oblasti-verejneho-zdravi.html> >

OECD. *OECD Health Data*. [databáze online]. Brussels: OECD, 2008 [cit. 2008-02-18]. Dostupný z WWW: < http://www.oecd.org/document/0,3343,en_2649_201185_376865531_1_1_1,00.html >

OCHRANA, F. *Hodnocení veřejných projektů a zakázek*. Praha : ASPI Publishing, 2004. s. 196. ISBN 80-7357-033-5.

OCHRANA, F. *Manažerské metody ve veřejném sektoru*. Praha : Ekopress, 2007. s. 178. ISBN 80-86929-23-X.

OSPDM ČR. *Zákony pro osoby s duševní poruchou vybraných států EU* [online]. 2006 [cit. 2009-01-11]. <<http://www.spdn-cr.org/zakony-pro-dusevne-nemocne/zakony-pro-osoby-s-dusevni-poruchou-vybranych-statu-eu/>>

PFEIFFER, J. a kol. *Politika péče o duševní zdraví v ČR. Cesty k její realizaci*. Praha: CMHCD, 2004a. s. 45.

PFEIFFER, J. a kol. *Politika péče o duševní zdraví v ČR. Zpráva o současném stavu*. Praha: CMHCD, 2004b. s. 35.

POTŮČEK, M., VASS, L., KOTLAS, P. Veřejná politika jako proces. In POTŮČEK, M. a kol. *Veřejná politika*. Praha : Slon, 2005 s. 33-60. ISBN 80-86429-50-4.

PREKER, A., S. Meeting the Challenge : Policymaking and Management During Economic Transition. In *The Journal of Health Administration Education*. 1994, vol. 12, no 4, s. 433-447, ISSN 0738-6722.

MMR. *Prováděcí dokument Integrovaný operační program pro období let 2007-2013*. Praha : MMR, 2008a. s. 184.

MPSV. *Prováděcí dokument Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost*. Praha : MPSV, 2008. s. 117.

POTŮČEK, M. *Evropská a národní strategie sociálního začleňování* [online]. 2006 [cit. 2009-01-02]. Dostupný z WWW: <http://www.martinpotucek.cz/index.php?option=com_rubb_erdock&view=doc&id=71&format=raw&Itemid=64&lang=en>

PRAŠKO, J. *Stigmatizace u psychogenních poruch* [online]. 2005 [cit. 2009-4-20]. <
<http://www.spdn-cr.org/bude-vas-zajimat/dusevne-nemocny-v-rodine/>>

PROVAZNÍKOVÁ, R. *Financování měst, obcí a regionů : teorie a praxe*. Praha : GRADA Publishing, 2007. s. 280. ISBN 978-80-247-2097-5

PŮBAL, K. a kol. Ekonomické aspekty psychiatrické péče. In *Česká psychiatrie a svět*. RABOCH, J. a kol. Praha : Galén, 2004. s. 33-34. ISBN 80-7262-273-0.

PS ČLS JEP. *Návrh Koncepce oboru psychiatrie – I. revize 2008*. [online]. 2008 [cit. 2009-01-11]. Dostupný z WWW: www.ceskapsychiatrie.cz/RSystem/Soubory/N-RKOP_corr2.doc

PS ČLS JEP. *Koncepce oboru psychiatrie* [online]. 2001 [cit. 2008-12-3]. Dostupný z WWW: <http://www.ceskapsychiatrie.cz/RSystem/Soubory/KOP%202000.doc>

PS ČLS JEP. *Národní psychiatrický program 2007* [online]. 2007 [cit. 2008-12-21]. <http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/npp?MenuItemId=127>

REITER, T. a kol. *Psychiatrie v ČR 2004 : Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče*. Praha : STEM/MARK, 2004. s. 79.

SALIZE, J., DREIßIG, H., PEITZ, M. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients - Legislation and Practice in EU-Member States*. Mannheim : Central Institute of Mental Health, 2002. s. 163.

SATORIUS, N., SCHULZE, H. *Reducing the Stigma of Mental Illness*. New York : Cambridge University Press. 2005. s. 238. ISBN 0-521-54943-4.

SCHEFFER, R. *Adressing Stigma : Increasing Public Understanding of Mental Illness*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health, 2003.

SMOLÍK, P. Víceosý diagnostický systém v psychiatrii. In *Speciální psychiatrie*. HANUŠ, H. a kol. Praha : Karolinum, 2000. s. 271-281. ISBN 80-7184-873-5.

SZO. *Deklarace o duševním zdraví pro Evropu-Čelit výzvám, nalézat řešení* [online]. 2005 [cit. 2009-01-11]. Dostupný z WWW<www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/aknciplanMHHelsinky_cesky.doc>

ŠUPA, J. *Expertíza pro cílovou skupinu „osoby s duševním onemocněním“*. Brno : FSS MU, 2006. s. 23.

TICHÝ, J. *Historie Pl-Bohnice* [online]. 2007 [cit. 2009-01-02]. Dostupný z WWW: <<http://www.plbohnice.cz/modules/xfsection/index.php?category=27>>

ÚZIS ČR. *Psychiatrická péče 2006*. Praha : ÚZIS ČR, 2007. s. 83. ISBN 978-80-7280-667-6.

VACEK, J. *O nemocech duše : Kapitoly z psychiatrie*. Praha : Mladá fronta, 1996. s. 415. ISBN 80-204-0535-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2002. s. 444. ISBN 80-7178-678-0.

VENCOVSKÝ, E. *Čtení o psychiatrii*. Praha : Avicenum, 1983. s. 157.

VEVERA a kol. Human Resources and Training. In SCHEFFLER, R.,M., POTŮČEK, M. (eds.) *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republic, 1989 to the present*. Praha : Karolinum Press, 2008 s. 197-223. ISBN 978-80-246-1466-3.

WALDENFELS, B. *Grenzen der Normalismus*. Frankfurt am Main : Suhrkamp, 1998. s. 276. ISBN 3-518-28951-9.

WENIGOVÁ, B. *Stigma duševně nemocných v ČR* [online]. 2006 [cit. 2009-01-19]. Dostupný z WWW< <http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-uvod.html/>>

WENIGOVÁ, B. *Stop stigmatu* [online]. 2007 [cit. 2009-01 03]. <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma-psychiatrie-napric-casem-wenigova.html>>

WHO. *Advocacy for mental health : Mental health policy and service guidance package*. Geneva : WHO, 2003. s. 54. ISBN 92-4-1545-90-9.

WHO. *WHO definition of Health* [online]. 2004 [cit. 2009-03-1].<<http://www.who.int/about/Decinition/en/print.html/>>

PŘÁVNÍ PŘEDPISY

Vyhláška č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv

Zákon č. 129/200 Sb., zákon o krajích (krajském zřízení)

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon