

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Bakalářská práce

2017

Michal Divíšek

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Michal Divíšek

Politika duševního zdraví v České republice

Bakalářská práce

Praha 2017

Autor práce: **Michal Divíšek**

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

Rok obhajoby: 2017

Bibliografický záznam

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

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

Abstrakt

Cílem této práce je porovnat ideová východiska Strategie reformy psychiatrické péče vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2013 s mezinárodním diskurzem reprezentovaným vybranými zahraničními dokumenty. Za tímto účelem byla provedena kritická diskurzivní analýza. Hlavním zjištěním práce jsou rozdíly v přístupu k duševnímu zdraví, kdy se Strategie reformy psychiatrické omezuje pouze na oblast psychiatrie a příjemce péče, zatímco v mezinárodním diskurzu se tato problematika řeší komplexněji jako celospolečenský problém. Na druhou stranu je vidět určitá ideová změna představovaná zejména rozvojem komunitní péče, která byla v České republice dlouhodobě zanedbávaná. Tvorba politiky duševního zdraví se tak v některých ohledech přibližuje světovým trendům, rozdíl v přístupech k duševnímu zdraví je ale stále patrný.

Abstract

The aim of this work is to compare the ideal starting points of the Psychiatric Reform Strategy issued by the Ministry of Health of the Czech Republic in 2013 with an international discourse represented by selected foreign documents. For this purpose, a critical discourse analysis was performed. The main findings of the thesis are the differences in approach to mental health, where the psychiatric reform strategy limits the field of psychiatry and recipients of its care, while in international discourse this problem is addressed more complexly as a societal problem. On the other hand, there is a certain change, represented in particular by the development of community care, which has long been neglected in the Czech Republic. In some respects, mental health policy

development is getting closer to world trends, but the difference in approach to mental health is still evident.

.

Klíčová slova

duševní zdraví, psychiatrická péče, politika, reforma

Keywords

mental health, psychiatric care, policy, reform

Rozsah práce: 63 587 znaků

Prohlášení

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

V Praze dne

Michal Divíšek

Poděkování

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

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

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

A.vymezení výzkumného problému

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Výzkumné otázky

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

D. Teoretická východiska

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

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

E. Výzkumný plán

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

F. Seznam odborné literatury a zdrojů empirických dat

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

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

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

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

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

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

Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2013. Strategie reformy psychiatrické péče.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Obsah

OBSAH	1
1. ÚVOD	2
2. VSTUPNÍ ANALÝZA VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	3
2.1. HISTORICKÝ VÝVOJ SYSTÉMU PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	3
2.1.1. <i>Starověk</i>	3
2.1.2. <i>Středověk</i>	3
2.1.3. <i>Renesance a osvícenství</i>	4
2.1.4. <i>Doba od začátku 19. až do poloviny 20. století</i>	5
2.1.5. <i>Etapa od poloviny 20. století: nástup používání psychofarmak</i>	6
2.1.6. <i>Kritika psychiatrie</i>	6
2.1.7. <i>Nástup komunitní péče</i>	7
2.1.8. <i>Druhá biologická revoluce</i>	8
2.2. VÝVOJ PŘÍSTUPŮ K POLITICE DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ PO ROCE 1990 - SROVNÁNÍ ČESKÉHO A MEZINÁRODNÍHO DISKURZU	9
2.2.1. <i>Světový diskurz</i>	9
2.2.2. <i>Český diskurz</i>	12
3. VÝZKUMNÉ CÍLE A OTÁZKY, DATA A METODY	14
3.1. VÝZKUMNÝ CÍL A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	14
3.2. METODICKÝ PŘÍSTUP	15
4. TEORETICKÁ VÝCHODISKA	16
4.1. VEŘEJNÁ POLITIKA	16
4.2. STRATEGICKÉ DOKUMENTY	17
4.3. ZDRAVOTNÍ POLITIKA	18
4.4. POLITIKA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ	18
4.5. INSTITUCIONALISMUS	19
4.6. BIOMEDICÍNA A BIO–PSYCHO–SOCIÁLNÍ MODEL	21
5. EMPIRICKÁ ČÁST	23
5.6. SHRNUÍ ZKOUMANÝCH DOKUMENTŮ	23
5.6.1. <i>Strategie reformy psychiatrické péče</i>	23
5.6.2. <i>Mental Health Action Plan 2013 – 2020</i>	26
5.6.3. <i>The European Mental Health Action Plan 2013-2020</i>	27
5.6.4. <i>European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing</i>	27
5.6.5. <i>CIMH Approach for Mental Health System Development</i>	28
5.7. KOMPARACE DOKUMENTŮ	28
6. ZÁVĚR	34
7. POUŽITÁ LITERATURA	36

1. Úvod

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

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

Hlavním předmětem mého zájmu jsou rozdíly, které můžeme najít při srovnání českého a mezinárodního diskurzu. Mým cílem je porovnat ideová východiska Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2013) s poznatky a přístupy vycházejícími z mezinárodního diskurzu. Práce částečně vychází z institucionální teorie, díky níž je možné vysvětlit příčiny některých rozdílů a poukázat na probíhající ideové změny.

2. Vstupní analýza výzkumného problému

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

2.1. Historický vývoj systému péče o duševní zdraví

2.1.1. Starověk

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

2.1.2. Středověk

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

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

2.1.3. Renesance a osvícenství

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.6. Kritika psychiatrie

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

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

2.1.7. Nástup komunitní péče

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

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

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

politické zásahy. (McQuiston, 2012) Ani podle Shortera nehrála psychofarmaka rozhodující roli. Důležitou byla mimo jiné vnikající antipatie mezi psychiatry. Objevují se dva různé přístupy. Jeden přístup zastává vnímání duševních nemocí jako nerovnováhy v chemii mozku (biologická psychiatrie). Preferovaným způsobem léčby je zde medikace. Druhý přístup (sociální) se orientuje na komunitní péči a léčbu neomezuje jen předepisování psychofarmak, ale právě také na pozitivní důsledky života v komunitě. (Shorter, 2007)

2.1.8. Druhá biologická revoluce

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

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

2.2.1. Světový diskurz

Global mental health

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

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

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

WHO

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

Cíle WHO jsou:

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

(About WHO) (překlad autora)

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

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

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

Evropská unie

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

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

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

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

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

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

2.2.2. Český diskurz

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

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

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

Klíčové dokumenty

Už od počátku devadesátých let vznikají pod vedením MUDr. Pavlem Baudiše, CSc. a MUDr. Janem Pfeiffera a MUDr. Zdeňka Bašného Koncepce oboru psychiatrie (2000). První verze byla přijata radou Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2000. (Raboch, Wenigová 2012, s 21) V roce 2005 byl Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví vydán dokument „Politika duševního zdraví v ČR – cesty k její realizaci. Snahou bylo navázat na Koncepci psychiatrie (2000). Proti ní se ale text CMHCD také vymezoval. Podle něj je Koncepce stále příliš zaměřena na klasický institucionální model. Navrhuje také jisté změny, kterými by se péče více přiblížila moderním trendům. (CMHCD, 2005) Koncepce psychiatrie byla následně v roce 2006 revidována. Vzhledem k tomu, že česká psychiatrie je orientována na institucionální a ambulantní péči, bylo potřeba rozvinout snahu o rozvoj péče komunitní. Psychiatrická společnost ČLS JEP vyhlásila v roce 2007 Národní psychiatrický program, a to ve spolupráci s regionální kanceláří WHO. Ten se opíral o důležité mezinárodní dokumenty, jako je Výzva evropské ministerské konference WHO (Helsinki 2005), Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Evropské komise nebo usnesení Evropského parlamentu o zlepšení duševního zdraví obyvatelstva.

Cíle jsou:

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

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

Výzkumný problém

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

3. Výzkumné cíle a otázky, data a metody

3.1. Výzkumný cíl a výzkumná otázka

Výzkumným cílem této práce je porovnat ideová východiska Strategie reformy psychiatrické péče vydané Ministerstvem zdravotnictví České republiky v roce 2013 s mezinárodním diskurzem, který je zde reprezentován vybranými zahraničními dokumenty.

Výzkumnou otázkou je:

Jak se liší ideová východiska Strategie reformy psychiatrické péče ve srovnání se zahraničním diskurzem?

3.2. Metodický přístup

Pro zodpovězení výzkumné otázky bylo použito kritické diskurzivní analýzy (critical discourse analysis- CDA). CDA je interdisciplinárním přístupem ke studiu jazyka jako formy sociální praxe. Tato sociální analýza se zaměřuje vztahy mezi diskurzem a jinými sociálními elementy, jako jsou mocenské vztahy nebo ideologie. Označení kritická má původ ve Frankfurtské škole a práci J. Habermase. Jejím cílem je mj. odhalovat skryté strukturální vztahy. (Weiss, Wodak, 2003) Diskurz můžeme zjednodušeně chápat jako „... určitý způsob mluvení a rozumění světu (nebo jeho aspektům).“ (Jørgensen a Phillips 2002, s. 1 překlad autora) Podoba diskurzu je formována sociálním a institucionálním nastavením společnosti, diskurz ale zároveň ovlivňuje podobu sociálních procesů. Vzniká tak vzájemný vztah, kdy je diskurz konstituující i konstituovaný vzhledem k sociální struktuře společnosti. (Weiss, Wodak, 2003) CDA je přístupem, který umožňuje analyzovat souhrn relevantních poznatků v určitém sociálním a časovém kontextu. Jeho cílem je „... dekodování různých významů, které jsou do lidské komunikace vloženy ve formě textů či řeči.“ (Háva et al., 2011) Jde o kvalitativní metodu, která nutně nepracuje na úrovni jednotlivých vět či pojmů, ale zaměřuje se úroveň poznatků, argumentů, idejí.

Pro analýzu byly použity tyto dokumenty: Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví 2013), Mental Health Action Plan 2013-2020, vydaný v Ženevě (WHO, 2013a), The European Mental Health Action Plan 2013-2020 vydaný regionální kanceláří WHO v Kodani (WHO, 2013b), CIMH Approach for Mental Health System Development (Minas, 2012) a European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. (EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2016)

Výzkumný problém	Cíle výzkumu	Výzkumné otázky	Data	Metody
Rozdíly mezi českým a mezinárodním přístupem k péči o duševní zdraví a politikou duševního zdraví na počátku 21. století.	Porovnat ideová východiska Strategie reformy české psychiatrické péče s vývojem v zahraničí	Jak se liší ideová východiska Strategie reformy psychiatrické péče ve srovnání se zahraničním diskurzem	Texty srovnávaných strategických dokumentů	Kritická diskurzivní analýza (CDA)

4. Teoretická východiska

4.1. Veřejná politika

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

Cyklický model procesu tvorby politik

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

Agenda – setting

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

Formulace politik

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

Implementace

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

Evaluace

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

4.2. Strategické dokumenty

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

a vymezení oblasti, ve kterých by měly být tyto vize realizovány. Popisují také nástroje vhodné pro dosažení formulovaných cílů. (Veselý, Nekola 2007)

4.3. Zdravotní politika

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

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

4.4. Politika duševního zdraví

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

očekávaných výstupů, cílů a ukazatelů, které lze použít k posouzení úspěšnosti realizace plánu.“ (WHO, 2004, s. 23) (překlad autora)

4.5. Institucionalismus

Podle Tangovy všeobecné teorie institucionální změny je institucionální změnou myšlen proces, kdy je z mnoha idejí vybráno několik, které se posléze promění do podoby institucí. V rámci tohoto výběru probíhá souboj o mocenské nástroje a možnost určování pravidel, což ve výsledku vyústí právě v institucionální změnu. Tang rozlišuje dva různé přístupy k institucionální změně. Prvním z nich je harmonický. Ten předpokládá snahu jednotlivých aktérů o kooperaci a koordinaci v případě konfliktu zájmů. Ke konfliktu jako takovému tak nedochází, aktéři mezi sebou spolupracují, protože mají stejný zájem a obecnému blahu. Instituce jsou pak výsledkem této spolupráce. Konfliktní přístup pak naopak předpokládá, že aktéři mají nejen rozdílné zájmy, ale také že tyto rozdíly vyústí v konflikt, který je zde chápán jako motor sociální změny. Institucionální změna je zde chápána jako projev politické vůle aktéra, který z konfliktu vychází vítězně. Ani jeden z těchto přístupů ale sám o sobě nedokáže být dostatečně vysvětlujícím. Za tímto účelem je tak třeba syntézy obou přístupů, jejímž výsledkem pak bude právě všeobecná teorie institucionální změny. (Tang, 2012)

V samotném procesu institucionální změny je možné rozlišit pět fází. Jednotlivé fáze odpovídá fázím přeměny limitovaného počtu idejí v konkrétní instituce.

- 1) Generování idejí pro specifické institucionální uspořádání
- 2) Politická mobilizace
- 3) Boj o moc vedoucí k možnosti vytvářet institucionální uspořádání
- 4) Nastavování pravidel
- 5) Legitimizace, stabilizace a reprodukce (Tang, 2012)

Existuje několik typů institucionalismu, nejčastěji se mluví třech, které dohromady tvoří tzv. Nový institucionalismus. Jsou jimi sociologický institucionalismus, institucionalismus racionální volby a historický institucionalismus. Spojuje je chápání institucí jako pravidel, která strukturují lidské jednání. Institucionalismus racionální volby tvrdí, že je lidé jsou racionální ve svých rozhodnutích a jednají na základě toho,

co jim přinese největší užitek. Následování společenských pravidel se tak děje proto, aby byl maximalizován přínos pro daného jedince. Sociologičtí institucionalisté naopak vidí člověka jako společenskou bytost, která není orientována pouze na své zájmy. Podle nich lidé skrze instituce vnímají svět. Nejsou to tedy pouze pravidla, která vyhrazují prostor pro naplnění vlastních potřeb. Jednání tak nemusí nutně přinášet individuální užitek, je orientováno více na vhodnost v daném sociálním kontextu. Historický institucionalismus se pohybuje mezi těmito dvěma přístupy, když tvrdí, že lidé jsou racionální aktéři jednající ve svém zájmu a zároveň následují společenská pravidla. To, jak člověk jedná, je dáno osobností jedince, pravidly a kontextem dané situace. (Steinmo, 2008)

Historičtí institucionalisté nevnímají historii jako řetězec nezávislých událostí. Události na poli politiky se dějí vždy v určitém historickém kontextu, který má přímý vliv. (Steinmo, 2008) Používají definici instituce, který zahrnuje jak formální organizace, tak neformální pravidla a lidská jednání ovlivněná sociální strukturou (Steinmo, 1992) Důležitý je zde koncept path dependency. Podle něj je již existující institucionální systém zapojen do procesu probíhající institucionální změny. Nové politiky jsou tak vždy ovlivněny politikami minulými. Vědění (ideje) je produkováno v rámci určitého institucionálního systému a tím je výrazně ovlivněno. (Tang, 2012)

V rámci institucionální analýzy jsou ideje v popředí zájmu. Institucionální změna je některými chápána jako výsledek změny idejí daných aktérů. (Tang, 2011) Právě obrat k idejím a diskurzu ve zkoumání politik se stal příčinou vniku čtvrtého typu institucionalismu, který se označuje jako diskurzivní. Je to právě kladení důrazu na důležitost idejí a diskurzu, co vymezuje tento typ oproti ostatním. Je možné identifikovat tři různé úrovně obecnosti idejí. Prvním jsou konkrétní politiky, druhým jsou obecnější programy zahrnující politické ideje (ty lze chápat jako paradigmaty zahrnující jisté předpoklady pro tvorbu politik), třetím pak filosofie obsahující základní společenské hodnoty. Diskurz neslouží pouze jako reprezentace těchto idejí, ale zároveň i jako prostředí interakce mezi jednotlivými aktéry ovlivňujícími tvorbu politik. (Schmidt, 2008) Diskurzivní institucionalismus tak představuje analytický rámec vysvětlující význam idejí a interaktivního diskurzu v rámci institucionálního kontextu. Pomocí diskurzu a proměny idejí vysvětluje změny v podobě veřejných politik. Ať už se jedná o změny pocházející z prostředí národních a nadnárodních aktérů (top – down),

nebo od lokálních aktérů, občanské společnosti či sociálních hnutí (bottom – up). (Schmidt, 2011)

4.6. Biomedicína a bio–psycho–sociální model

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

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

V návaznosti na společenské změny v druhé polovině 20. století se ale objevuje nová koncepce, tzv. bio – psycho – sociální model. Engel upozorňuje na nedostatky, které měl tehdejší medicínský přístup. Zároveň podle něj není žádoucí vzdávat se úspěchů biomedicíny. Cílem je tedy rozšířit medicínský přístup o psychosociální stránku. Tento model je inspirovaný holistickým konceptem používaným v psychosomatické medicíně. Předpokladem je, že vztah mezi zdravím a nemocí je procesem zahrnujícím vzájemné vztahy všech tří složek, tedy biologické, psychické i sociální. (Engel, 1997) Tento přístup je podle Gainese a Daviese-Floyda humanistickým modelem medicíny, tedy paradigmatickým, který dává důraz na vztah mezi lékařem a

pacientem jako zásadním předpokladem pro úspěšnou lékařskou péči. Do jisté míry tak nahrazuje vnímání lidského těla jako stroje. (Gaines, Davies-Floyd, 2004)

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

Duševní zdraví je konceptualizováno jako: „...stav pohody (well-beingu), v němž si jedinec uvědomí své vlastní schopnosti, dokáže se vypořádat s běžnými životními stresy, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispět i do své komunity.“ (WHO, 2013a, s. 6) (překlad autora) Zdraví obecně je definováno takto: „Zdraví je stav úplného tělesného, duševní a sociální pohody (well-beingu) a ne pouze absence nemoci a slabosti.“ (WHO, 2006, s. 1) (překlad autora)

5. Empirická část

Cílem tohoto výzkumu je odpovědět na otázku, jak se liší ideová východiska Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2013) ve srovnání se zahraničním diskurzem. Sledovanými dokumenty jsou: Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví 2013), Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013a), European Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013b), European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing (EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2016) a CIMH Approach for Mental Health System Development. (Minas 2012) V první části této kapitoly budou nejprve shrnuty základní informace k jednotlivým dokumentům. Druhá část se pak věnuje samotnému srovnávání.

5.6. Shrnutí zkoumaných dokumentů

5.6.1. Strategie reformy psychiatrické péče

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

Globální cíl strategie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cíl 7: Humanizovat psychiatrickou péči.

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

Pilíře strategie

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

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

5.6.2. Mental Health Action Plan 2013 – 2020

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

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

např. národní politiky (policies), sociální ochrana, pracovní podmínky nebo životní standard.

5.6.3. The European Mental Health Action Plan 2013-2020

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

5.6.4. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing

Společný program pro duševní zdraví a pohodu (The Joint Act on Mental Health and Wellbeing) začal se svojí činností v roce 2013 a zahrnoval 25 členských států. Navazuje na dřívější práci v rámci Evropského paktu pro duševní zdraví a pohodu. Hlavním cílem bylo podpořit členské státy při plnění závazků, které přijaly tím, že podepsaly globální a evropské strategie o duševním zdraví iniciované WHO a Evropskou Unií. Výsledkem je evropský rámeček pro činnost v oblasti duševního zdraví a pohody (wellbeing). Ten byl připraven členskými státy a zahrnuje doporučení ohledně politiky zdraví. V rámci toho identifikuje 5 cílů. (EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2016)

5.6.5. CIMH Approach for Mental Health System Development

CIMH Approach to Mental Health System Development je článek Harryho Minase z roku 2012 vysvětlující přístup Centra pro mezinárodní duševní zdraví (Centre for International Mental Health – CIMH) k rozvoji systému péče o duševní zdraví. Centrum se zabývá touto problematikou od roku 1996 a poskytuje odbornou podporu zejména v oblasti efektivního řízení (leadership) v oblasti péče o duševní zdraví. (Minas 2012)

5.7. Komparace dokumentů

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

Název dokumentu	cíle
Mental Health Action Plan 2013-2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posílit efektivní vedení a řízení pro duševní zdraví 2. Poskytnout rozsáhlé, integrované a citlivé zdravotnické a sociální služby v komunitním prostředí 3. Implementovat strategie pro podporu a prevenci u duševního zdraví 4. Posílit informační systémy, a evidence-based výzkum pro duševní zdraví
The European Mental Health Action Plan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Každý má rovné právo realizovat svoji duševní pohodu v kterémkoli věku a toto právo je zajištěno zvláště těm, kteří jsou nejvíce zranitelní nebo ohroženi 2. Lidská práva lidí s duševními problémy jsou naplňována, podporována a chráněna 3. Služby v oblasti duševního zdraví jsou dostupné, finančně dosažitelné a poskytované v komunitě 4. Lidé mají právo na respektující, bezpečnou a efektivní léčbu, o které mohou spolurozhodovat 5. Zdravotnické systémy poskytují dobrou fyzickou i duševní péči pro všechny 6. Systémy péče o duševní zdraví pracují v rámci dobře koordinovaných partnerství s ostatními relevantními sektory 7. Politika a poskytování péče se řídí náležitými informacemi a znalostmi (uplatňování přístupu evidence-based policy)

European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zajistit zavedení udržitelných a efektivních opatření v oblasti politik přispívajících k podpoře duševního zdraví, prevenci a léčbě duševních poruch 2. Rozvíjet programy podpory duševního zdraví a prevence prostřednictvím multisektorální kooperace. 3. Zajištění přechodu na péči o duševní zdraví v komunitě s důrazem na dostupnost péče o duševní zdraví pro osoby s duševními poruchami, koordinace zdravotní a sociální péče s vážnějšími poruchami, jakož i integrovaná péče pro duševní a fyzické poruchy. 4. Posílit znalosti, evidence-based přístup a sdílení příkladů dobré praxe v oblasti duševního zdraví 5. Spolupráce pro pokrok
CIMH Approach for Mental Health System development	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zlepšit duševní zdraví populace 2. Snížit disabilitu spojenou s duševním zdravím 3. Zlepšit sociální a ekonomickou participaci 4. Zvýšit ochranu lidských práv 5. Snížení chudoby <p>Specifické cíle jsou:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zvyšování služeb duševního zdraví prostřednictvím projektů na rozvoj systému duševního zdraví zahrnující edukaci/školení, výzkum a výměnu znalostí. 2. Zlepšit kapacitu pro rozvoj, implementaci, monitorování a evaluaci politiky duševního zdraví, legislativy, financování, rozvoje lidských zdrojů, a poskytování služeb
Strategie reformy psychiatrické péče	<ol style="list-style-type: none"> 1. Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování 2. Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně 3. Zvýšit spokojenost uživatelů a jejich rodin s poskytovanou psychiatrickou péčí. 4. Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci 5. Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost a bydlení aj.). 6. Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb 7. Humanizovat psychiatrickou péči

Při srovnání Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2013) s ostatními zkoumanými dokumenty je patrný jeden výrazný rozdíl, který je viditelný už u samotného názvu. Zatímco Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013a), The European Mental Health Action Plan (WHO, 2013b) a European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing (EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2016) se věnují duševnímu zdraví obecně, Strategie reformy psychiatrické péče se věnuje pouze psychiatrické péči. V zahraničním diskurzu je patrný záměr adresovat duševní zdraví jako celospolečenský problém. Na duševní zdraví je zde pohlíženo mnohem komplexněji. To se posléze odráží u jednotlivých cílů. Zatímco v zahraničních dokumentech se mluví o duševním zdraví populace (jako např. cíl č. 1 The European Mental Health Action Plan), Strategie reformy psychiatrické péče se zajímá pouze o příjemce péče.

To však odpovídá dlouhodobému vývoji péče o duševní zdraví v českém kontextu. Kromě textu Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (CMHCD, 2005), se o duševním zdraví mluvilo převážně v kontextu psychiatrie, jak vypovídají texty uvedené ve vstupní analýze. Duševní zdraví se tak jeví jako problém vnímaný poměrně úzce, zahrnující malý společenský prostor a ovládaný psychiatry. Chybí zde vnímání duševního zdraví jako záležitosti relevantní pro celou společnost.

V zahraničním diskurzu je velice patrný důraz zprostředkování péče v komunitním prostředí a provázání se sociálními službami. To je v českém prostředí dlouhodobě zanedbané, jak upozorňují strategické dokumenty uvedené ve vstupní analýze. Jako příčina se zde jeví dlouhodobá orientace na biologický přístup a nízká míra deinstitucionalizace, která byla typická pro období komunistického režimu. Z pohledu historického institucionalismu je zde viditelný vliv path dependency, kdy ani po Sametové revoluci nedošlo v tomto ohledu k výraznějším změnám. Strategické dokumenty věnující se duševnímu zdraví vydané po roce 1990 ale toto reflektují. Je zde tedy vidět určitá ideová změna odpovídající druhé úrovni obecnosti podle rozdělení, které používá Vivian Schmidt (2008). Na úrovni konkrétních politik se to ale dlouhou dobu neodrazilo, resp. nedošlo k implementaci konkrétních opatření navazujících na tuto ideovou změnu. U strategie reformy duševního zdraví ale vidíme v tomto směru další posun. Strategie se odkazuje na národní a mezinárodní dokumenty, které mj. doporučují právě rozvoj komunitní péče. (Ministerstvo zdravotnictví, 2013, s. 10)

Vzniká tak nový pilíř psychiatrické péče – Centra duševního zdraví. Zároveň i z cílů reformy je zřejmá snaha o lepší provázanost zdravotnických a nezdravotnických služeb, jak můžeme vidět v případě cílů 5 a 6. Vznik komunitní péče se pak odráží v cíli č. 1 a zejména pak samotným konceptem Center duševního zdraví, který je pro českou péči nový. Zahrnutí sociálního přístupu představuje pokračování ideové změny v rámci českého diskurzu, který se tak přibližuje diskurzu zahraničnímu.

Jako jeden z cílů Strategie reformy psychiatrické péče se objevuje destigmatizace. Stigma spojené s duševními onemocněními je závažným problémem, jehož kořeny je možné dohledat v historii péče o duševně nemocné, kdy byli tito lidé často uzavíráni před okolním světem a nálepkováni jako nebezpeční. Stigmatizace je v České republice vysoká, jak vypovídá výzkum prováděný v roce 2014 (Winkler et al., 2014). To souvisí dlouhodobě s nízkou mírou deinstitucionalizace, která je pro Českou republiku typická.

Snahu o redukci stigmatu je možné nalézt zejména u European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing, v obou dokumentech WHO jí příliš prostoru dááno není. Ve všech případech u zahraničních dokumentů ale není stigma vnímáno jako samostatný problém. Je dááno do širšího kontextu, kde hraje velkou roli prevence, podpora zdraví a rozvoj komunitní péče. Boj se stigmatem se tak na rozdíl od Strategie reformy psychiatrické péče neobjevuje ve formě samostatného cíle. Stigma je tak vnímáno více jako důsledek jiných souvisejících jevů, jako je nedostatečné rozvinutí komunitní péče a nedostatek společenské debaty, díky které by bylo možné vnímat zdraví jako celospolečenský problém.

S bojem proti stigmatu souvisí snaha o vzdělávání lidí mimo sféru psychiatrie, což by mělo dostat problematiku duševního zdraví mezi větší počet lidí. Tato snaha je patrná napříč dokumenty. Existuje shoda, že v rámci prevence a lepšího odhalování skrytých duševních problémů je třeba zajištění vzdělávacích programů pro mnoho skupin lidí. Ať už se jedná o pracovníky ve zdravotnictví mimo psychiatrii, jiné relevantní pracovníky nebo veřejnost. U European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing je zároveň snaha o vzdělávání ve školách.

S obecným tématem prevence však samozřejmě souvisí i prevence sebevražd. A té se reforma příliš nevěnuje. Je tomu na rozdíl od dokumentů WHO a EU, které se prevenci sebevražd specificky věnují. Přitom se v České republice zdaleka

nejedná o zanedbatelný problém. V roce 2011 byl počet dokonaných sebevražd 1589. Je zde přitom patrný mírný trend v nárůstu. Zároveň stoupá počet sebevražd u adolescentů. (Raboch, Wenigová 2012) Je pravda, že jeden z cílů reformy je hledat skrytou psychiatrickou nemocnost, což by k prevenci mělo přispívat, jsou však i jiné způsoby, které jsou v Reformě opomíjeny, jako např. zodpovědné informování novináři, k čemuž v rámci WHO vznikl i samostatný dokument. (Preventing suicide, 2008) Konkrétně pak ale není prevence sebevražd vůbec adresována.

U zahraničních dokumentů je kladen na důraz na vývoj, výzkum a evidence-based policy. Oba akční plány WHO zmiňují ve svých cílech vývoj, výzkum a evidence-based policy. U The European Mental Health Action Plan 2013-2020 se jedná o cíl č. 7 (Politika a poskytování péče se řídí náležitými informacemi a znalostmi (uplatňování přístupu evidence-based policy), u Mental Health Action Plan pak cíl č. 4 (Posílit informační systémy, a evidence-based výzkum pro duševní zdraví). U European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing se pak jedná o cíl č. 4 (Posílit znalosti, důkazní základnu a sdílení příkladů dobré praxe v oblasti duševního zdraví). Text vydaný CIMH Approach to Mental Health System Development (Minas, 2012) se přímo zaměřuje zejména na oblast výzkumu, kdy jsou na tuto oblast zaměřené oba specifické cíle. Strategie reformy psychiatrické péče se oblasti výzkumu ale příliš nevěnuje. Není to v každém případě stanovena jako priorita a to představuje výrazný rozdíl oproti zahraničnímu diskurzu.

V některých zahraničních dokumentech se také objevuje důraz na schopnost efektivního řízení (tedy leadership), které má být předpokladem úspěšného vedení politiky duševního zdraví. Výrazněji se tomuto věnuje Mental Health Action Plan 2013-2020, kde se to odráží u prvního cíle (Posílit efektivní vedení a řízení pro duševní zdraví). Prostor tomu ale věnuje také CIMH Approach to Mental Health Systems Development. Efektivní řízení je zde vnímáno jako důležité, protože koordinuje spolupráci mezi relevantními aktéry.

Samotná spolupráce mezi různými aktéry se v mezinárodním diskurzu jeví jako velice důležitá. Jejich zahrnutí na přípravě a zajišťování souvisejících opatření je vnímáno jako důležitý předpoklad pro kvalitní péči. Strategie reformy psychiatrické

péče ale mluví pouze o spolupráci mezi resorty a územními samosprávami. Vůbec do péče nezahrnuje práci neziskových organizací a jiných aktérů. Přitom na samotné tvorbě dokumenty participovali lidé z různých oblastí, kromě neziskových organizací také např. profesionální asociace, pacientské organizace, pojišťovny nebo zástupci krajů. Nelze tedy říci, že by ostatní aktéři byli ignorováni při přípravě reformy. Je tomu spíše naopak. (Dobiášová et al., 2016) Proto je absence zmínky o budoucí spolupráci ve Strategii zarážející. Nelze ani předpokládat, že by se zapojením do budoucna nepočítalo. Spolupráce na realizaci reformy probíhá totiž i po vydání Strategie (Setkání garantů, gestorů a uživatelů psychiatrické péče, 2016)

Neziskové organizace byly téměř výhradním zprostředkovatelem sociálních služeb, ať už se jedná o sociální rehabilitaci nebo chráněné bydlení. (Raboch, Wenigová 2012) Přinášely tak sociálně orientovaný přístup v době a prostředí, kde byla péče o duševní zdraví převážně institucionalizovaná. Centra duševního zdraví tvořící nový pilíř Strategie reformy psychiatrické péče vznikají ve spolupráci s neziskovou organizací Fokus, která se také podílí na vzniku metodik. (Centra duševního zdraví) Po bližším prozkoumání tedy zjišťujeme, že spolupráce mezi aktéry funguje, zůstává tedy otázkou, proč se to neobjevuje v samotném textu Reformy.

6. Závěr

Výzkumným problémem práce jsou rozdíly v přístupu k péči v oblasti duševního zdraví, které jsou identifikovatelné v českém a světovém prostředí. Podoba péče a celkového přístupu v České republice neodpovídají světovým trendům. Na tento problém měla reagovat Strategie reformy psychiatrické péče vydaná v roce 2013 Ministerstvem zdravotnictví ČR. Hlavním výzkumným cílem této práce bylo porovnat ideová východiska Strategie reformy české psychiatrické péče s vývojem v oblasti politiky duševního zdraví v zahraničí. Za tímto účelem byla Strategie srovnávána s mezinárodními dokumenty pomocí kritické diskurzivní analýzy.

Velice výrazný rozdíl představuje celkový přístup k péči o duševní zdraví. Zatímco v zahraničních dokumentech je patrná snaha o adresování duševního zdraví jako celospolečenského problému, Strategie reformy psychiatrické péče se, jak vyplývá už ze samotného názvu, orientuje pouze na psychiatrickou péči a její příjemce. Představuje tak značně omezený přístup k duševnímu zdraví. Zároveň je ale viditelný určitý posun. Pro Českou republiku je dlouhodobě typická nízká míra desinstitucionalizace a nedostatečné rozvinutí komunitní péče. To odpovídá vývoji péče v druhé polovině 20. století, kde je možné nalézt příčiny tohoto problému. V tomto směru je ale možné pozorovat ideovou změnu, která v rámci Strategie vyústila v zavedení nového pilíře psychiatrické péče: Center duševního zdraví, které představují snahu o rozvinutí komunitní péče. Tím tak Strategie reaguje na dlouhodobý trend patrný v mezinárodním diskurzu. Ten zahrnuje bio – psycho – sociální přístup a pojmání duševního zdraví komplexnějším způsobem.

Dokumenty zahrnuté v analýze také přikládají velkou důležitost zahrnutí všech relevantních aktérů do tvorby a realizace souvisejících politik. V rámci Strategie se tomu tak děje, na přípravě reformy se podíleli aktéři z různých oblastí. Samotný dokument Strategie reformy tuto spolupráci ale vůbec nezmiňuje a mohlo by se tak zdát, že to není prioritou. Objevují se také další ideové rozdíly, jako je rozdílný přístup

k stigmatizaci duševně nemocných a malý důraz na důležitost rozvoje vývoje a výzkumu v případě Strategie reformy psychiatrické péče.

Ze srovnání vyplývá, že se přístup k politice duševního zdraví v České republice do určité míry přibližuje světovým trendům. Je patrná ideová změna, která je viditelná zejména v případě zahrnutí sociální přístupu v péči. Pořád jsou zde ale patrné výrazné rozdíly. Jako velká nevýhoda se zde jeví omezený pohled na duševní zdraví, který nezahrnuje všechny rozměry problému, který je problémem celospolečenským, a proto se nelze omezovat pouze na psychiatrickou péči.

7. Použitá literatura

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

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

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

Centra duševního zdraví [online], [cit. 2017-07-31]. Dostupné z: <http://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/pomahame/centra-dusevniho-zdravi>

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

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

DOBIÁŠOVÁ, Karolína, Eva TUŠKOVÁ, Pavla HANUŠOVÁ, Olga ANGELOVSKÁ a Monika JEŽKOVÁ, 2016. The Development of Mental Health Policies in the Czech Republic and Slovak Republic since 1989. *Central European Journal of Public Policy*. **10**(1), 35-46. Dostupné také z: <https://www.degruyter.com/view/j/cejpp.2016.10.issue-1/cejpp-2016-0022/cejpp-2016-0022.xml>

EUROPEAN COMMISSION, 2005. Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union [online]. B.m.: European Commission. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

EUROPEAN COMMISSION, 2008. European Pact for Mental Health and Well-being. [online]. 2008. B.m.: European Commission. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

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

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

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

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

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

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

HÁVA, Petr, Eva TUŠKOVÁ a Lukáš MÜLER, 2011. Význam kvalitativních metod ve výzkumu zdravotní politiky: diskursivní analýza a kritická diskursivní analýza. *Zdravotnictví v České republice*. 14(4), 2-10.

JØRGENSEN, Marianne a Louise PHILLIPS, 2002. Discourse analysis as theory and method. London ; Thousand Oaks, Calif: Sage Publications. ISBN 0761971114 0761971122.

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

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

MINAS, Harry, 2012. The Centre for International Mental Health Approach to Mental Health System Development. *Harvard Review of Psychiatry*. **20**(1), 37-46. Dostupné také z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2013. Strategie reformy psychiatrické péče.

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

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

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

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

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

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

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

Setkání garantů, gestorů a uživatelů psychiatrické péče [online], 2016. [cit. 2017-07-31]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2016/02/19/setkani-garantu-gestoru-a-uzivatelu-psychiatricke-pece/#.WX0IhMbypmA>

- SCHEPER-HUGHES, Nancy a Margaret LOCK. 1987. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work. *Anthropology Quarterly*. **1**(1), 6-41.
- SHORTER, Edward. 2007 The historical development of mental health services in Europe. In: KNAPP, Martin, David MCDAID, Elias MOSSIALOS a Graham THORNICROFT. *Mental Health Policy and Practice across Europe: The future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press., s. 15-32. ISBN 10 0 335 21467 3. ISSN 13 978 0 335 21467 9.
- SCHEFFLER, Richard M. a Martin POTŮČEK. 2008. Mental health care reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the present. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-802-4614-663.
- SCHMIDT, Vivien A., 2008. Discursive Institutionalism: The Explanatory Power of Ideas and Discourse. *Annual Review of Political Science*. **11**(1), 303-326. Dostupné také z: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.polisci.11.060606.135342>
- SCHMIDT, Vivien A., 2011. Speaking of change: why discourse is key to the dynamics of policy transformation. *Critical Policy Issues*. **5**(2), 102-126. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19460171.2011.576520>
- ŠPANIEL, Filip. 2010. České psychiatrie nesměřování. In: HEJZLAR, Petr. *Na cestě ke komunitní psychiatrii...: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Péče o duševní zdraví. s. 115-118.
- STEINMO, Sven, Kathleen Ann THELEN a Frank LONGSTRETH, ed., 1992. *Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press. Cambridge studies in comparative politics. ISBN 05-214-2830-0.
- STEINMO, Sven. What is Historical Institutionalism? In: *Approaches and methodologies in the social sciences: a pluralist perspective*. Cambridge: Cambridge University Press. 2008. ISBN 978-0-521-70966-8. Dostupné z: http://www.dfpe.net/uploads/5/3/9/8/53982981/steinmo_sven_-_what_is_historical_institutionalism.pdf
- STURDY, S., R. FREEMAN, J. SMITH-MERRY. 2013. Making Knowledge for International Policy: WHO Europe and Mental Health Policy, 1970-2008. *Social History of Medicine* 26(3): 532-554.

TANG, Shiping, 2012. A General Theory of Institutional Change. *SSRN Electronic Journal*. -. ISSN 1556-5068. Dostupné také z: <http://www.ssrn.com/abstract=2199709>

WEISS, Gilbert. a Ruth WODAK, 2003. *Critical discourse analysis: theory and interdisciplinarity*. New York: Palgrave Macmillan. ISBN 03-339-7023-3.

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

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

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

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

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

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

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

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

WINKLER, Petr., CSÉMY, L., JANOUŠKOVÁ, M., BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. 2014.
Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie* 2014; 18(2): 54-59