

kongresy, konference, kurzy

ZPRÁVA Z KONZULTAČNÍHO ZASEDÁNÍ
SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE (WHO)**o plánu globální akce v oblasti duševního zdraví (Global Mental Health Action Plan)
a o evropské strategii v oblasti duševního zdraví**

Ve dnech 3.–5. září 2012 se v norském Oslu konalo konzultační zasedání Světové zdravotnické organizace (WHO) o plánu globální akce v oblasti duševního zdraví (Global Mental Health Action Plan) a o evropské strategii v oblasti duševního zdraví. Hlavním smyslem tohoto setkání bylo konzultovat s jednotlivými evropskými zeměmi a klíčovými hráči na poli péče o (duševní) zdraví vizi, cíle a zodpovědnosti v rámci plánu globální akce v oblasti duševního zdraví a evropské strategie, získat od členských států souhlas se souborem opatření v rámci těchto aktivit vytyčených a informovat členské státy o aktivitách, které se v evropském regionu ze strany Světové zdravotnické organizace uskutečňují. K tomu patří také pochopitelně konzultace budoucích aktivit evropského regionu WHO.

Setkání se zúčastnili zástupci Albánie, Arménie, Ázerbájdžánu, Belgie, Běloruska, Bosny a Hercegoviny, Bulharska, Černé Hory, České republiky (autor této zprávy), Dánska, Estonska, Finska, Gruzie, Chorvatska, Irska, Islandu, Itálie, Izraele, Kazachstánu, Kypru, Kyrgyzstánu, Litvy, Lotyšska, Maďarska, Makedonie, Malty, Moldavska, Německa, Nizozemska, Norska, Polska, Portugalska, Rakouska, Rumunska, Ruské federace, Řecka, Slovenska (doc. Dr. Ivan Doci), Slovinska, Spojeného království, Srbska, Španělska, Švédsko, Švýcarska, Tádžikistánu, Turecka, Turkmenistánu, Ukrajiny a Uzbekistánu. Mezi zvláštními účastníky byl také zástupce skotského oddělení pro zdraví (Head of Mental Health Division of Scottish Executive Health Department, Mr. Geoff Huggins), za Evropskou komisi Jürgen Schefflein, za nevládní organizace zástupce EUFAMI (European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness), zástupce ENUSP (European Network of ex-users and Survivors of Psychiatry), GAMIAN (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe), zástupci norské psychiatrie Dr. Tronaarre, ředitel HF Helsebergen, LVR Clinics Düsseldorf, Mental Health Care Organisation (Norsko), Mental Health Europe (Belgie), Mental Health Foundation (UK), National Institute of Health and Welfare Finsko (Dr. Cristian Wahlbeck), zástupce Holandské psychiatrické asociace, Norské asociace pro duševní zdraví rodinných pečovateli a další.

Strategie zahrnuje 7 konkrétních cílů:

- 1) každý má rovnou příležitost realizovat duševní pohodu (mental well-being) v průběhu svého života, zvláště ti, kteří jsou zranitelní anebo rizikoví.
- 2) Lidé s duševními problémy jsou plnohodnotní občané, jejichž lidská práva jsou oceňována, chráněna a podporována.
- 3) Služby v oblasti péče o duševní zdraví jsou dostupné, lidé si je mohou dovolit a jsou dosažitelné v komunitě podle potřeby.
- 4) Lidé mají nárok na důstojnou, bezpečnou a účinnou léčbu a na podíl při rozhodování o ní.

Toto všechno je podporováno napříč dalšími cíli:

- 5) Systém zdravotní péče poskytuje dobrou péči o tělesné i duševní zdraví pro všechny.
- 6) Systémy péče o duševní zdraví jsou dobře koordinovány s ostatními sektory a
- 7) oblast duševního zdraví je řízena a poskytována na základě dobré informovanosti a znalosti.

Tzv. *zero draft*, který pokrývá akční plán v oblasti péče o duševní zdraví mezi lety 2013 a 2020, je v angličtině rovněž přílohou této zprávy.

Na setkání zazněla řada zajímavých příspěvků, z nichž některé poukázaly např. na to, že krize, jak už to tak bývá, postihuje citelně také, nebo dokonce zejména, péči o duševní zdraví. Když se ale podíváme na pokles investic do této oblasti mezi lety 2008 a 2010, vidíme, že je mnohem větší v zemích *mimo* Evropskou unii v porovnání se zeměmi EU. Mezi efektivní nástroje k redukci stigma patří samozřejmě aktivní a účinná účast společnosti, nízkoprahové služby, zvýšený vliv uživatelů péče a zlepšená všeobecná znalost o otázkách duševního zdraví. V Norsku se také rozvíjí činnost pracovníků, jež by mohli být označeni jako paramedici, nebo bychom je mohli připodobnit ke skálovským doléčovacím skupinám či anonymním alkoholikům; jsou to dobrovolníci z řad bývalých pacientů, kteří působí jako konzultanti v psychiatrických zařízeních a komunitách a přímo se účastní terapeutického procesu. Jak jedna z nich ve svém vystoupení zdůraznila, oni nepo-

stupují terapií ke kontaktu s pacientem, nýbrž kontaktem s pacientem k terapii.

Na zasedání prvního dne také Freja Ulvesta Kärki, starší poradkyně norského direktorátu pro zdraví, referovala o traumatu z 22. července v roce 2011, kdy fanatický střelec Anders Breivik pozabíjel v centru Osla a na ostrově Utoya bezmála 70 lidí. Paní Kärki podrobně referovala o tom, jak rozsáhlá akce se v Norsku rozvinula v rámci pomoci o duševní zdraví přeživším tuto hrůzu, jejich rodinným příslušníkům a pozůstalým. Je to konzultace a služba, jež pokrývá několik set příslušníků mnoha desítek postižených rodin a na níž se podílí jak norské centrální instituce, tak zejména municipality, neboť norská společnost je značně decentralizovaná vzhledem k tomu, že geograficky jde o nesmírně dlouhou a zároveň úzkou zemi, jež vlastně neumožňuje centrální řízení, resp. strukturu zdravotní a psychiatrické péče. Od nejjihnějšího cípu Norska k nejsevernějšímu je asi tak daleko jako z Osla do Nice.

V dopoledních příspěvcích také zaznělo, jaké determinanty mohou být rizikem anebo naopak ochranným faktorem duševního zdraví jednotlivce. Tyto determinanty se dají shrnout do tří skupin: *individuální atributy, sociální okolnosti a faktory prostředí*. K těm prvním patří jako rizikové nízké sebevědomí, emoční nezralost, potíže v komunikaci, závislost na drogách, somatické onemocnění. Naopak protektivními jsou dobré sebevědomí, sebejistota, schopnost zvládat stres a nepřízeň, komunikační dovednosti, fyzické zdraví a fitness. Mezi rizikové faktory v sociální oblasti patří opuštěnost, zármutek, zanedbání, rodinné konflikty, expozice násilí či zneužívání, nízký příjem a chudoba, těžkosti nebo selhání ve škole, stres v zaměstnání, nezaměstnanost. Mezi podpůrné faktory patří společenská podpora ze strany rodiny a přátel, dobrá rodina a rodinná interakce, fyzické bezpečí, ekonomické zajištění a bezpečí, úspěchy ve škole a úspěchy v zaměstnání. K rizikovým faktorům prostředí patří nedostatečný přístup k základním službám, nespravedlnost a diskriminace, sociální a genderové nerovnosti a vystavení válce či katastrofám. Naopak mezi podpůrné faktory patří rovnost přístupu k základním službám, sociální spravedlnost, tolerance, integrace sociální a genderová rovnost a fyzické bezpečí.

V dalším příspěvku se také zdůraznilo, jaká by měla být vyústění těchto evropských snah. Měla by zahrnovat pohodu rodičů a dětí, jež by měla být chráněna a podporována, vzdělávací a tréninkové příležitosti k optimalizaci příležitostí k dobrému zaměstnání pro mladé lidi, podpora zdraví na pracovištích, jež má nejenom zlepšit duševní zdraví, ale snížit také např. výskyt sebevražedného chování. Další oblastí je zdravá komunita a sousedství, jež by měly poskytovat podporu duševního zdraví dospělých a dětí, a v neposlední řadě jsou to strategie pro aktivní stárnutí, které by měly být implementovány.

Pokud jde o psychiatrické služby, jejich model by měl být organizován v rámci spádové oblasti, měl by zahrnovat svépomoc, prvním bodem kontaktu by měla být primární péče, komunitní služby by měly být dostupné a všezahrnující, nemocniční léčebné zázemí by mělo být malo-

formátové, zatímco dlouhodobá péče by měla být vždy v komunitě. Model služeb by měl zahrnovat také služby specialisty, a to na úrovni regionální i národní. Zvláštní odpovědnost by měla být věnována potřebám rizikových a zranitelných skupin obyvatelstva a všechno by to mělo být „affordable“, tzn. dostupné, takové, aby si to občané mohli dovolit. Zástupci WHO jako globální cíle v oblasti technického zajištění tohoto plánu vytyčili globální observatoř pro monitorování situace v oblasti duševního zdraví ve světě od roku 2014, v rámci níž by 80 % zemí sbíralo a hlásilo každoročně do roku 2020 přinejmenším základní soustavu indikátorů z oblasti duševního zdraví.

Arne Holte (National Institute of Public Health) z Osla upozornil, že zdravotní služby neprodukují zdraví, nýbrž pouze opravují nemocné. Zdraví je produkováno v komunitách, kde lidé žijí, ve školách a na pracovištích. Neefektivnější investice do zdraví je do předškolních dětí. Norský Národní ústav veřejného zdraví se snaží řídit heslem „*Health promotion rather than illness prevention*“ a zásadou nedávat peníze tam, kde to není účinné. Implementace globálních plánů pro duševní zdraví musí být zásadně multisektoriální; nabízí se řešení na vládní úrovni. Důraz je na vzdělání a na podporu zdraví na pracovištích. Pokud jde o Nizozemsko, zástupce ministerstva zdravotnictví shrnul, že se všichni účastníci (stakeholders) letos dohodli na postupu v oblasti duševního zdraví: aktivita se posune z institucí do primární péče; vytvořil se akční plán pro zdravé podniky a zahájil se program prevence deprese.

Matt Muijen (WHO) vyhlásil, že v Evropě by se do roku 2020 měl snížit počet psychiatrických lůžek o 20 % a ve stejné proporcii zvýšit rozsah komunitní péče. Také by se měl snížit „treatment gap“ (proporce neléčených lidí s duševními poruchami) o 50 %. Kristian Wahlbeck z Finského ústavu národního veřejného zdraví poukázal na dopad krize na duševní zdraví. Uvedl dva severské příklady. Jeden bylo Finsko, jež zažilo ekonomickou krizi mezi léty 1990 a 1993, kdy hrubý národní produkt klesl o 14 % (!). Hlavní pilíř sociální ochrany, např. dávky v nezaměstnanosti, byl zachován, takže nedošlo k vzestupu sebevražd. Nicméně provedly se rozsáhlé škrtky v tzv. měkkých nemandatovaných výdajích na sociální péči např. na ochranu rodiny. Dopad krize tak může být dodneška viděn u tzv. „dětí krize“. Z těch, kdo se narodili v roce 1987, každý pátý už byl subjektem psychiatrické péče a každý čtvrtý se dopustil nějakého kriminálního činu. Pokud jde o Island, a to byl druhý případ, ten zažil ekonomickou krizi v roce 2007–2010. Tam ovšem sociální politika zdůraznila ochranu rodiny, příjmy alokované pro nejchudší rodiny eliminovaly nerovnost v životní úrovni a nedošlo ke zničujícím dopadům na duševní zdraví vlivem krize; dokonce se projevily pozitivní efekty na zdravé chování. Lze si tedy s určitou nadsázkou položit otázku, zda islandská krize nebyla požehnáním pro národ, jenž své základní hodnoty předtím vyměnil za prospěch a narcismus.

prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc., FRCPsych.
ředitel Psychiatrického centra Praha a přednosta Kliniky
psychiatrické a lékařské psychologie 3. LF UK