



Spolufinancováno
Evropskou unií



Doplňkový studijní materiál

ZKUŠENOST, KTERÁ MĚNÍ PŘÍSTUP

vzdělávací program pro lékařský i nelékařský zdravotnický personál
a pro studenty lékařských fakult a vyšších odborných škol

Program vznikl v rámci projektu Ministerstva zdravotnictví - Podpora uživatelů a neformálních pečujících v jejich zapojování do systému péče o duševní zdraví a do hodnocení jeho kvality, reg. č. CZ.03.02.02/00/22_031/0004254, je realizován v rámci Operačního programu Zaměstnanost plus spolufinancovaného Evropskou unií.

ÚVOD

Tento studijní materiál vznikl jako součást vzdělávacího programu pro lékařský i nelékařský zdravotnický personál a pro studenty lékařských fakult a vyšších odborných škol v rámci projektu Ministerstva zdravotnictví **PodUP – Podpora uživatelů a neformálních pečujících v jejich zapojování do systému péče o duševní zdraví a do hodnocení jeho kvality.**

Text je určen třem cílovým skupinám současně – budoucím lékařům, lékařům a dalším zdravotnickým pracovníkům i nelékařskému personálu, zejména těm, kteří se ve své praxi budou setkávat nebo již setkávají s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním. Vznikl na podporu moderního, partnerského a lidskoprávně ukotveného přístupu v péči o duševní zdraví a je koncipován jako doprovodný materiál k výuce i jako podklad pro další samostudium – prohloubení znalostí a praktickou reflexi vlastní práce.

Jsme si vědomi, že uvedené cílové skupiny se liší nejen profesní rolí, ale také mírou zkušeností, specializací a délkou praxe. Pro některé čtenáře mohou být některá témata novinkou a vstupem do širšího kontextu péče o duševní zdraví. Pro jiné, zejména pro zkušené odborníky, mohou představovat spíše systematizaci již známých principů, jejich zasazení do širšího rámce nebo nabídku jiného úhlu pohledu. Naším cílem je nabídnout společný základ péče o duševní zdraví orientované na zotavení, ze kterého je možné vést mezioborový dialog a stavět spolupráci na principech zahrnujících respekt k lidským právům, podporu zotavení a posilování autonomie člověka se zkušeností s duševním onemocněním.

Záměrně proto pracujeme i se základními pojmy a principy. V prostředí, kde spolupracují různé profese, je sdílení porozumění klíčové. To, co je pro jednoho samozřejmostí, může být pro druhého novým impulsem k přemýšlení. A naopak, i zdánlivě známé téma může v jiném kontextu otevřít nové souvislosti, otázky či inspiraci pro praxi.

Studijní materiál je psán tak, aby si v něm, pokud možno, každý čtenář našel odpovědi na své otázky – ať už hledá základní orientaci v tématech zotavení a zplnomocnění, lidskoprávního rámce, problematiky stigmatizace, deinstitucionalizace a multidisciplinarity včetně individuálního a partnerského přístupu, nebo hlubší reflexi role peer pracovníků a spolupráce s rodinou a neformálními pečujícími.

Budeme rádi, pokud bude tento studijní materiál čten jako pozvání ke společnému přemýšlení nad tím, jak poskytovat péči, která je nejen odborně správná, ale také partnerská, respektující a podporující zotavení člověka. Věříme, že právě propojení různých zkušeností – od studentů, peer pracovníků, lidí se zkušeností s duševním onemocněním a jejich rodin po dlouholeté profesionály – může být jednou z největších hodnot projektu PodUP a přispět k rozvoji kvalitnějšího a citlivějšího systému péče o duševní zdraví.

Odborná gestorka projektu PodUP:

RNDr. Dana Chrtková, CSc.

Autoři tohoto doplňkového studijního materiálu:

Mgr. Olga Jenovéfa Kapounová

RNDr. Dana Chrtková, CSc.

Mgr. Hana Štěpánková

Mgr. Zuzana Durajová

OBSAH

1. Principy, typy a důsledky stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním	1
1.1 Vymezení pojmu stigma	1
1.2 Stigmatizace jako sociální proces	1
1.3 Stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním	1
1.4 Společenská (veřejná) stigmatizace	2
1.5 Sebestigmatizace	3
1.6 Přidružená stigmatizace	4
1.7 Strukturální stigmatizace	5
1.8 Jazyk a terminologie	5
1.9 Firemní kultura zdravotnického pracoviště a její vliv na stigma	6
1.10 Stigma jako filtr, zotavení jako odpověď	7
2. Zotavení, zplnomocnění, jejich překážky a přínosy	8
2.1 Zotavení jako klíčový koncept současné péče o duševní zdraví	8
2.2 Bio-psycho-socio-spirituální rozměr zotavení duševního zdraví	8
2.3 Kontinuum duševního zdraví	9
2.4 Podmínky a předpoklady pro cestu zotavení	9
2.5 Role nadějeplného a partnerského rozhovoru	9
2.6 Překážky zotavení v klinické a sociální realitě	9
2.7 Služby orientované na zotavení a jejich přínosy	11
2.8 Zplnomocnění v oblasti duševního zdraví	12
2.9 Zplnomocnění a lidskoprávní problematika	13
3. Základy lidskoprávní problematiky v péči o duševní zdraví	14
3.1 Proč mluvit o lidských právech v péči o duševní zdraví	14
3.2 Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD)	14
3.3 Základní principy Úmluvy (článek 3)	16
3.4 Klíčové články Úmluvy relevantní pro osoby se zkušeností s duševním onemocněním	16
3.5 Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením	16
3.6 Opční protokol a možnost domáhání se práv	17
3.7 Využití Úmluvy v praxi péče o duševní zdraví	17
3.8 Lidská práva jako základ systémových změn	18
4. Principy Deinstitutionalizace, multidisciplinarita a individuální a partnerský přístup	20
4.1 Deinstitutionalizace v kontextu reformy péče o duševní zdraví	20
4.2 Deinstitutionalizace – význam a dopad na život člověka	21
4.3 Deinstitutionalizace a role hospitalizace	22
4.4 Deinstitutionalizace jako předpoklad multidisciplinární spolupráce	23
4.5 Individuální a partnerský přístup	25
4.6 Potřeby a zájmy lidí se zkušeností s duševním onemocněním v průběhu deinstitutionalizace ..	27
4.7 Rizika procesu deinstitutionalizace	31

5. Zapojování peer pracovníků do rozhodování o systému péče o duševní zdraví	33
5.1 Kontext a nový model péče	33
5.2 Úrovně zapojování peer pracovníků do struktury rozhodování	35
5.3 Zkušenosti a přínos peer pracovníků do systému péče o duševní zdraví	35
5.4 Nebezpečí tokenismu v zapojování peer pracovníků	37
5.5 Spolutvorba (Co-creation) jako základní mechanismus participace	38
6. Práce s rodinou, proč a jak zapojovat neformální pečující do péče o duševní zdraví jejich blízkých, u nichž bylo diagnostikováno duševní onemocnění	39
6.1 Důvody pro zapojení neformálních pečujících	39
6.2 Zásady efektivní komunikace s rodinou a blízkými přáteli člověka s duševním onemocněním ..	40
6.3 Příklady komunikačních problémů s nepříznivým dopadem na zotavovací a léčebný proces.	41
6.4 Potřeby pečujících, jejichž blízký onemocněl duševním onemocněním poprvé.	42
6.5 Zapojování peer pečujících do rozhodování o systému péče o duševní zdraví	43
Závěr.....	46
Seznam použité literatury.....	47

1. PRINCIPY, TYPY A DŮSLEDKY STIGMATIZACE LIDÍ SE ZKUŠENOSTÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Stigma můžeme chápat jako neviditelný filtr – soubor představ, stereotypů a očekávání, které ovlivňují způsob, jakým přemýšlíme o lidech se zkušeností s duševním onemocněním, jak s nimi jednáme a jak nastavujeme celý systém péče.

Pokud tento filtr nepojmenujeme, může zásadně ovlivnit interpretaci dalších konceptů. Zotavení může být vnímáno jako nerealistický idealismus. Důraz na lidská práva může působit jako omezení odbornosti či kompetencí zdravotníků. Deinstitutionalizace může být chápána primárně jako riziko, nikoli jako příležitost k posílení kvality a lidskosti péče. Proto považujeme za důležité otevřít téma stigmatizace hned na začátku – jako předpoklad porozumění všem dalším kapitolám v tomto studijním materiálu.

1.1 Vymezení pojmu stigma

Pojem **stigma** pochází z řečtiny a znamená znak nebo stopu, která nese svědectví. V historickém kontextu bylo stigma nejčastěji spojované s viditelnými tělesnými znaky, jež poukazovaly na něco „podivného“, „odlišného“ či „morálně špatného“.

V období křesťanství byl pojem stigma spojován s Kristovými ranami. V době honu na čarodějnice byla stigmata přisuzována zlu – bradavice či znaménka byly považovány za důkaz spolčení s ďáblem. Stigma se používalo také k označení tělesných znaků způsobených onemocněním, například u lepry. Vždy existovalo „něco“, na základě čeho bylo možné člověka označit, oddělit a ze společnosti vyloučit.

Extrémním příkladem institucionální stigmatizace bylo označování Židů během 2. světové války šesticípou hvězdou s nápisem Jude.

Společným jmenovatelem historických a současných podob stigmatu je oddělení „nás“ a „jich“, připsání negativního významu určitého znaku a následné sociální vyloučení.

1.2 Stigmatizace jako sociální proces

Stigmatizace je proces označování, které souvisí se společenským vylučováním a odmítáním stigmatizovaného jedince i s jeho vlastními pocity studu, které vznikají na základě nepříznivého sociálního úsudku o určité společenské skupině či vlastní osobě (Janoušková, M., & Winkler, P., 2015).

Americký sociolog Erving Goffman popsal stigma jako atribut, který „diskredituje“ svého nositele (Goffman, E., 2009). Důležité je, že stigma nemusí být ve své podstatě pozitivní ani negativní, jeho význam je vždy určen sociálním a kulturním kontextem.

1.3 Stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním

Stigmatizace osob se zkušeností s duševním onemocněním je proces značkování, nálepkování a představuje přidělování negativních stereotypů a předsudků osobě, která nese odlišné, společensky netolerované atributy (Ocisková, M., & Praško, J., 2014).

Stigmatizace pramení zejména z:

- nevědomosti (znalost/neznalost),
- strachu,
- předsudků (postoje),
- diskriminace (jednání) (Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N., 2007).

Postoj společnosti vůči člověku majícímu duševní onemocnění se skládá z několika složek:

- kognitivní (co si myslíme),
- afektivní (co cítíme),
- hodnotící (jak posuzujeme),
- konativní (jak jednáme).

1.3.1 Stereotypy a předsudky

Mezi nejčastější stereotypy o lidech se zkušeností s duševním onemocněním patří představy o jejich:

- agresivitě,
- nebezpečnosti,
- neschopnosti,
- slabosti či nevyzpytatelnosti.

Předsudky se vyvíjejí ze stereotypů, které přerostou v negativní pejorativní označení. Jde o bezdůvodné, zobecněné a negativně zabarvené postoje k sociální skupině, které nejsou opodstatněné. Jsou charakterizovány předpojatostí a názorovou strnulostí s emoční složkou. Předsudky jsou nekriticky přejaté úsudky a z něj plynoucí postoje (Hartl a Hartlová, 2010).

1.4 Společenská (veřejná) stigmatizace

Duševní onemocnění přináší člověku v různé míře omezení v každodenním životě. K tomu se přidává zátěž sociálního hodnocení nemoci. Často není rozhodující vlastní zkušenost s konkrétním jedincem, ale nahromaděné, výjimečné, zejména společensky „pamětihodné“ zkušenosti, které jsou přeneseny do obecného očekávání.

Na tzv. metafory nemoci mají vliv i kulturní prostředky – umělecká díla, literatura, média, film (např. Přelet nad kukaččím hnízdem), které je v každodenním životě upevňují a stávají se součástí běžné řeči. Člověk s duševním onemocněním je těmito předsudky zasažen bez vlastního přičinění, stávají se součástí jeho údělu a nemůže se jim jednoduše vyhnout (Baudiš, P., & Libiger, J., 2002).

Společenská stigmatizace se projevuje:

- odmítavými postoji k lidem se zkušeností s duševním onemocněním (odmítáním v mezilidských vztazích, strach, odpor, vylučování),
- znevýhodněním v oblasti bydlení a zaměstnání,
- omezeným přístupem ke kvalitním službám,
- vyloučením z rozhodování, ignorováním názorů lidí se zkušeností s duševním onemocněním,
- právními a institucionálními bariérami (segregace – chráněné dílny, některé typy chráněného bydlení, omezující pravidla/vyhlášky),
- sociální izolací (vyloučení z přátelství, rodiny), člověk se zkušeností s duševním onemocněním zůstává sám se svými problémy, které mohou narůstat,
- ekonomickými dopady (chudoba v důsledku diskriminace, ztráta příjmů).

Důsledkem jsou zvýšený stres, strach, snížená sebedůvěra člověka se zkušeností s duševním onemocněním a jeho vyhýbavé sociální chování.

1.4.1 Stigmatizace v rodinném kontextu

Rodina je často prvním místem, kde se stigma projevuje. Může mít podobu:

- odrazování od psychiatrického vyšetření,
- obav z „cejchu“ a „hanby“,
- tlaku na blízkého, aby se „dal dohromady“,
- popírání či zakrývání potíží,
- hyperprotektivity (člověka se zkušeností s duševním onemocněním je potřeba ochraňovat, vše za něj zařizovat, kontrolovat, např. zda užil medikaci).

Odmítavé nebo přehnaně kritické reakce rodiny mohou vést ke zhoršení příznaků a psychického stavu, pozdní diagnóze, přerušování procesu léčby nebo nesouhlasu s hospitalizací.

Stejně stigmatizující může být i přílišná péče a lítost, která může vést ke snižování kompetencí člověka a jeho možnosti rozhodovat o vlastním životě. Stigmatizace v rodinné oblasti je odrazem širší stigmatizace společenské.

1.5 Sebestigmatizace

Sebestigma (též jako self-stigma) vzniká zvnitřněním (internalizací) společenské stigmatizace. Jde o proces, ve kterém člověk přejímá negativní postoje společnosti a vztahuje je sám na sebe (Livingston, J. D. & Boyd, J. E., 2010). Někteří autoři uvádějí, že self-stigma je nejškodlivějším typem stigma pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním (Rodrigues, J. M., Cruz, A. S., & Queirós, C., 2025).

Tento proces má tři fáze:

1. zkušenost odmítnutí a nepřijetí,
2. souhlas se stereotypními postoji ve společnosti,
3. aplikace těchto postojů na svoji osobnost a na vlastní život.

Sebestigmatizační jednání je posilováno jak stigmatizujícím sociálním okolím, tak negativními zkušenostmi člověka se zkušeností s duševním onemocněním v sociálním prostředí. Takový jedinec následně automaticky očekává odmítnutí ze strany druhých, pociťuje stud vůči sobě i své nemoci a propadá větší sebekritice a tendenci k sociální izolaci. Do pozadí postupně ustupují jeho individuální osobnostní rysy, zatímco se prosazují stereotypní charakteristiky, které mu byly okolím připisovány na základě duševního onemocnění. Tento proces významně ovlivňuje sebepojetí i chování – sebestigmatizovaný člověk se začíná prezentovat způsobem, který odpovídá společenským stereotypům o lidech s duševním onemocněním.

Sebestigmatizovaní lidé často trpí depresivními symptomy, sníženým sebevědomím, zhoršeným sociálním fungováním. Zároveň mají nižší kvalitu života, obtížnější proces zotavování se a horší spolupráci při léčbě, stejně jako menší míru naděje a dostupné podpory (Rodrigues, J. M., Cruz, A. S., & Queirós, C., 2025). Postupně se vzdávají aktivního přebírání odpovědnosti za vlastní život, osobních ambicí a snů a méně se otevírají životním výzvám, jako jsou pracovní příležitosti, cestování či hledání vlastní životní cesty. Tento efekt sebestigmatizace popsal P. W. Corrigan jako „why try effect“ čili „proč se snažit, proč to zkoušet“. Lidé se zkušeností s duševním onemocněním tak často prožívají pocity osamělosti a odcizení, mohou rezignovat na život jako takový.

1.6 Přidružená stigmatizace

Přidružené stigma (anglicky affiliate stigma) vzniká, když lidé úzce spjatí s člověkem se zkušeností s duševním onemocněním začnou internalizovat negativní postoje a předsudky společnosti vůči tomuto onemocnění a přenášejí je na sebe. Vyznačuje se tím, že negativní společenské postoje se neprojevují jen vůči člověku s duševním onemocněním, ale zasahují i jeho okolí, které je s ním v blízkém vztahu. Tito lidé mohou zažívat stejné negativní reakce jako samotný člověk, který je pro duševní onemocnění stigmatizován.

Tyto projevy mohou mít vážné důsledky pro kvalitu života pečujících, včetně sebestigmatizace pečujících, která vede k nižší sebedůvěře, snížené sebehodnotě, vyšší úrovni stresu a obtížnější schopnosti poskytovat kvalitní podporu. Přidružená stigmatizace může vést k omezenému vyhledání podpory, sociální izolaci či vyhýbání se profesionální pomoci.

Přidružená stigmatizace tedy posouvá perspektivu stigmatizace za hranice člověka „s psychiatrickou diagnózou“ a ukazuje, jak hluboce stigma může zasáhnout celé sociální okolí – rodinné příslušníky, přátele i profesionály, kteří se o osoby s duševním onemocněním během jejich léčebného procesu starají.

Negativní dopady přidružené stigmatizace zasahují i celý obor psychiatrie. Zdravotníci a další odborníci pracující v psychiatrii mohou čelit:

- zlehčování své odbornosti „to není skutečná medicína“,
- zpochybňování prestiže oboru,
- bagatelizaci náročnosti jejich práce „vy si jen povídáte“,
- implicitnímu očekávání nižší odborné úrovně ve srovnání s jinými specialisty.

Tyto postoje nejsou vždy vyjadřovány otevřeně, ale často se projevují:

- v ironických poznámkách,
- v hierarchickém podceňování,
- v institucionálních rozhodnutích (např. financování, personální kapacity). Tímto psychiatrie jako lékařský obor nese historickou zátěž, zejména ve spojení s ústavní péčí, represivními postupy minulosti a nepochopením povahy duševních onemocnění. Tyto historické obrazy přetrvávají ve společnosti i ve zdravotnickém prostředí a přispívají k tomu, že psychiatrie bývá vnímána jako méně exaktní, méně prestižní, méně „skutečně“ lékařská. Tento obraz posiluje přidruženou stigmatizaci samotných profesionálů a institucí, které péči poskytují.

Zvláště citlivou oblastí je dopad přidružené stigmatizace na studenty medicíny. Medici se během studia:

- seznamují s profesními rolmi,
- vytvářejí si obraz jednotlivých specializací,
- silně se orientují podle postojů svých učitelů a klinických vzorů.

Pokud se v průběhu studia setkávají se zlehčujícím jazykem vůči psychiatrii, stereotypy o pacientech s duševním onemocněním a implicitními sděleními, že psychiatrie není ten opravdový lékařský obor, často si vytvářejí shovívavý nebo distancovaný postoj k psychiatrii, i když nemají osobní negativní zkušenost.

To může mít za následek:

- nižší zájem studentů o obor psychiatrie,
- předčasné odmítnutí psychiatrie jako profesní dráhy,
- přejímání stigmatizujícího jazyka a postojů, které se později přenášejí do jiné specializace.

Tento proces je zpravidla neuvědomovaný a je výsledkem tlaku prostředí, nikoliv individuálním nastavením medika.

1.7 Strukturální stigmatizace

Strukturální stigmatizace představuje formu stigmatizace zakotvenou na systémové úrovni, a tedy v politických, institucionálních a společenských strukturách. Nejde o postoje jednotlivců, ale o dlouhodobě nastavené mechanismy, které znevýhodňují určité skupiny obyvatel. V kontextu duševního zdraví se může strukturální stigmatizace projevovat v několika klíčových rovinách:

- **nerovnoměrné financování zdravotní péče** – podfinancování systému péče o duševní zdraví. Celosvětově představují výdaje na duševní zdraví ze zdravotnických rozpočtů v průměru jen 2 % celkových zdravotnických rozpočtů (WHO, 2025). Tento stav se promítá nejen do dostupnosti služeb, ale také do materiálních podmínek péče. Podfinancování má za následek vznik nedůstojného prostředí způsobené technicky nevyhovujícím stavem budov psychiatrických nemocnic a oddělení (zastaralé budovy s vícelůžkovými pokoji, společná sociální zařízení na chodbách, oprýskané fasády, znečištěné stěny a opotřebovaný nábytek). Nedostatek soukromí, nevhodné hygienické podmínky, omezené zázemí pro smysluplné trávení času a celkové nehostinné prostředí nepřispívají k procesu zotavení a mohou negativně ovlivňovat psychickou pohodu hospitalizovaných lidí.
- **nedostatečná legislativní ochrana a omezená podpora sociální integrace** lidí se zkušeností s duševním onemocněním – například v oblasti bydlení, zaměstnání či přístupu ke vzdělání. Tyto systémové bariéry mohou vést k sociálnímu vyloučení a ke zhoršování socioekonomické situace této skupiny.
- **omezený přístup ke kvalitní péči** – psychiatrické služby nejsou časově a místně dostupné, lidé i s akutním problémem často čelí dlouhým čekacím dobám, nedostatku specializovaných služeb.
- **společensky zakořeněné hodnoty a normy**, které neviditelně ovlivňují tvorbu politik a nastavování priorit ve zdravotnictví, sociálním systému i veřejné správě (*Psychiatrie Int.* 2025, 6 (1), 21).

Strukturální stigma navíc často působí nenápadně a dlouhodobě, čímž se stává obtížně rozpoznatelným. Právě tato neviditelnost přispívá k jeho přetrvávání a legitimizaci nerovností, které negativně ovlivňují kvalitu péče, životní podmínky i společenské postavení lidí se zkušeností s duševním onemocněním.

1.8 Jazyk a terminologie

Jazyk, který používáme, není neutrální. V oblasti duševního zdraví existuje mnoho způsobů, jak pojmenováváme lidi, jejich prožívání i diagnostické kategorie. Tyto jazykové volby odrážejí nejen odborný kontext, ale také vztah mluvčích k lidem se zkušeností s duševním onemocněním a širší společenské postoje k duševnímu zdraví. Používaná terminologie často nese negativní asociace vycházející z biomedicínského modelu duševního onemocnění, který klade důraz na poruchu, symptomy, deficit či dysfunkci člověka. Zároveň tento model vidí pouze biologickou složku duševního onemocnění, které je výsledkem nesprávných biochemických procesů v mozku. Tento model také marginalizuje ostatní složky bio-psycho-socio-spirituálního modelu duševního zdraví.

Jazyk a pojmosloví užívané bez dostatečné reflexe může být pro člověka se zkušeností s duševním onemocněním zraňující a stigmatizační. Způsob, jakým je člověk označován, může ovlivnit jeho sebevnímání, pocit vlastní hodnoty i vztah k léčbě. Jazyk má moc. Může podporovat důstojnost, partnerství a proces zotavení, ale také přispívat k dehumanizaci, k posilování bezmoci, strachu a v některých případech i k prožívání traumatizující zkušenosti.

Tabulka č. 1 uvádí příklady běžně používané medicínské terminologie v oblasti duševního zdraví a popisuje její možný stigmatizační dopad na pacienta, včetně alternativních formulací, které by byly citlivější a více respektující potřeby člověka:

Nevhodná sdělení	Vnímáno jako	Popis a důsledek	Vhodné sdělení
„Jste chronický pacient.“	Pocit beznaděje, ztráta motivace	Označení redukuje člověka na dlouhodobý stav a naznačuje neměnnost a bezvýchodnost situace.	„Máte dlouhodobé obtíže, se kterými lze pracovat a hledat způsoby, jak zlepšit kvalitu života.“
„Nespolupracující pacient.“	Pocit viny, vzdoru	Termín přenáší odpovědnost výhradně na pacienta a ignoruje kontext, strach nebo nedostatečné vysvětlení procesu léčby.	„Zdá se, že je pro vás současná léčba náročná. Pojďme si říct, co by vám pomohlo.“
„Pacient s poruchou osobnosti.“	Pocit, že „jsem ta porucha“, že „jsem rozbitý, porouchaný“.	Diagnóza převažuje nad osobou a podporuje identifikaci člověka s onemocněním.	„Člověk se zkušeností s...“ - nová terminologie
„To je typické pro tyto pacienty.“	Pocit zobecnění a ztráty individuality.	Generalizace potlačuje jedinečnost prožívání a zkušeností jednotlivce.	„Každý člověk to prožívá jinak, zajímá mě vaše konkrétní zkušenost.“
„Psychiatrický pacient.“	Pocit stigmatizace a odlišnosti	Zdůraznění institucionální role místo lidské identity.	„Člověk, který využívá psychiatrickou péči.“
„Relaps je vaše selhání.“	Stud, strach z další léčby	Implikuje osobní vinu za zhoršení stavu.	„Zhoršení obtíží je součástí procesu zotavení, pojďme se podívat, co ho mohlo ovlivnit / co to mohlo způsobit.“

1.9 Firemní kultura zdravotnického pracoviště a její vliv na stigma

Používaný jazyk a terminologie nejsou pouze individuální volbou jednotlivých zdravotníků, ale jsou výrazně ovlivněny firemní kulturou zdravotnického pracoviště. Ta vytváří rámec, v němž se určité způsoby komunikace a chování stávají normou a jsou dále reprodukovány jako „běžná praxe“. Firemní kultura tak může stigma nejen odrážet, ale i aktivně posilovat.

Firemní kultura se projevuje zejména ve způsobu, jakým se hovoří o pacientech (v jejich přítomnosti i nepřítomnosti), jaké formy komunikace jsou tolerovány či přehlíženy a jaké postoje jsou předávány novým zaměstnancům a studentům. Stigmatizující jazyk často není výsledkem vědomého úmyslu ublížovat, ale spíše automatizovaných vzorců chování, které zůstávají nereflektované.

Zvlášť významný je vliv firemní kultury na studenty a nově nastupující pracovníky, kteří si teprve vytvářejí profesní identitu a orientují se podle implicitních pravidel pracoviště. Pokud se setkávají se zlehčujícím jazykem, generalizacemi nebo dehumanizujícími označeními pacientů, mohou tyto postoje přejímat, a to i v rozporu s hodnotami, které byly zdůrazňovány během jejich vzdělávání.

Stigmatizující firemní kultura nepředstavuje selhání jednotlivce, ale systémový problém, který vzniká v prostředí bez jasně vymezených hranic profesionální komunikace. Dlouhodobě tak může oslabovat důvěru pacientů v péči, podporovat sebestigmatizaci a narušovat terapeutický vztah.

Reflexe jazyka a kultury pracoviště proto představuje důležitý krok k vytváření prostředí, které podporuje důstojnost, partnerství a aktivní zapojení člověka do procesu léčby.

1.10 Stigma jako filtr, zotavení jako odpověď

Popsané formy stigmatizace – společenská, v rodině, přidružená, strukturální a sebestigmatizace – zásadně ovlivňují způsob, jakým lidé se zkušeností s duševním onemocněním vnímají sami sebe, své možnosti a svou budoucnost. Stigma nepůsobí pouze jako vnější sociální tlak, ale postupně se internalizuje a stává se součástí sebepojetí člověka. Právě zde vzniká zásadní překážka procesu zotavení: člověk může přestat věřit, že změna je možná, že má právo volby, právo se rozhodovat a aktivně utvářet svůj život.

Bez pojmenování stigmatizace by bylo obtížné porozumět tomu, proč se někteří lidé nechtějí zapojovat do léčby, proč rezignují na osobní cíle, proč se vyhýbají odpovědnosti nebo proč partnerský přístup v péči naráží na nedůvěru. Zotavení by pak mohlo být mylně interpretováno jako idealistický koncept, který nerespektuje „realitu“ duševního onemocnění, a zplnomocnění jako ohrožení odborné autority.

Následující kapitola proto navazuje na téma stigmatizace a představuje přístup zotavení a zplnomocnění jako odpověď na důsledky stigmatu, nikoli jako jeho popření. Zaměřuje se na posun od deficitu k možnostem, od pasivity k aktivnímu zapojení člověka do vlastní cesty a od jednostranně odborného rozhodování k partnerství. Právě pochopení mechanismů stigmatizace vytváří nezbytný základ pro porozumění tomu, proč jsou zotavení, naděje, autonomie a smysluplná role člověka v centru moderní péče o duševní zdraví.

2. ZOTAVENÍ, ZPLNOMOCNĚNÍ, JEJICH PŘEKÁŽKY A PŘÍNOSY

2.1 Zotavení jako klíčový koncept současné péče o duševní zdraví

Zotavení (recovery) v oblasti duševního zdraví se vztahuje k prožitým a žitým zkušenostem lidí, kteří se učí přijímat, zvládat a překonávat obtíže spojené s duševním onemocněním. Na rozdíl od tradičního pojetí uzdravení není zotavení chápáno jako návrat do „původního stavu“ nebo jako úplné odstranění symptomů, ale jako proces, v němž člověk nachází nové způsoby, jak vést smysluplný, hodnotný a autonomní život navzdory přetrvávajícím obtížím. Zotavení lze zároveň chápat i jako stav, v němž člověk se zkušeností s duševním onemocněním dokáže vést naplněný a smysluplný život a realizovat své cíle a potřeby i přes obtíže, které mohou s onemocněním přetrvávat.

Dle W. A. Anthonyho je zotavení: „Recovery is a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with the limitations caused by illness“ (Anthony, W. A., 1993).

Zotavení je ze své podstaty individuální, nelineární a dynamický proces, který může mít pro každého člověka odlišný význam. Zahrnuje rozvoj naděje, posilování identity, obnovu sebedůvěry, hledání smyslu a přijetí aktivní role v životě i léčbě. Klíčové je, že člověk sám definuje, co pro něj zotavení znamená, jaké cíle sleduje a v jakých oblastech svého života chce dosáhnout změny.

Jak uvádí Slade, přístup orientovaný na zotavení se zaměřuje na celou škálu sociálních faktorů, které mají vliv na duševní zdraví lidí, včetně vztahů, vzdělání, zaměstnání, životních podmínek, sociálního začlenění, spirituality, uměleckých a intelektuálních aktivit. Zdůrazňuje potřebu klást do centra pozornosti otázku, jako jsou vztahy, porozumění a hodnoty, a holisticky řešit a zpochybňovat představu, že péče o duševní zdraví je pouze o diagnóze a léčbě (Slade, M., 2009). Přístup zotavení představuje odklon od biomedicínského přístupu zaměřeného na odstraňování příznaků nemoci směrem k posílení postavení lidí s prožitou zkušeností, aby mohli zvládat svůj život, dosáhnout svého potenciálu, být sociálně začleněni a žít plnohodnotný život v komunitě (WHO Quality Rights).

2.2 Bio-psycho-socio-spirituální rozměr zotavení duševního zdraví

Současné pojetí zotavení vychází z holistického chápání duševního zdraví jako výsledku vzájemného působení biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů (Engel, G. L., 1977).

- **Biologická rovina** zahrnuje neurobiologické procesy, farmakologickou léčbu a práci s tělesnými symptomy. Medikamentózní léčba může sehrávat důležitou roli při stabilizaci stavu, avšak sama o sobě není dostačující k dosažení zotavení.
- **Psychologická rovina** se zaměřuje na zpracování traumat, nevyřešených zranění, maladaptivních vzorců prožívání a chování, včetně transgeneračních přenosů. Psychoterapeutická péče podporuje sebepoznání, emoční regulaci a rozvoj vyrovnávacích (copingových) strategií.
- **Sociální rovina** zdůrazňuje význam mezilidských vztahů, sociální podpory, zaměstnání, bydlení a začlenění do komunity. Duševní onemocnění často narušuje sociální role a ekonomickou stabilitu, což může vést k izolaci a zhoršení celkového fungování. Možnost pracovat, studovat, navazovat a udržovat vztahy je proto zásadní součástí zotavení.
- **Spirituální rovina** se vztahuje k hledání smyslu, hodnot a identity. Neomezuje se na náboženské přesvědčení, ale zahrnuje širší otázky vztahu k sobě samému, k druhým lidem, přírodě či transcendentnímu rozměru života. Tato složka bývá v klinické praxi často opomíjena, přesto může hrát klíčovou roli při obnově naděje a životní orientace (Sulmasy, D. P., 2006).

2.3 Kontinuum duševního zdraví

Duševní zdraví nelze chápat jako statický stav ani jako jednoduchou dichotomii „zdraví – nemoc“. Současné přístupy pracují s konceptem kontinua duševního zdraví, které se v průběhu života mění v závislosti na vnitřních i vnějších podmínkách. Tento pohled umožňuje normalizovat kolísání duševní pohody a snižovat patologizaci běžných lidských prožitků (Keyes, C. L. M., 2002).

Znamená to tedy, že člověk, kterému bylo diagnostikováno duševní onemocnění, může zažívat dlouhou bezpříznakovou epizodu a mít vysoký wellbeing, a naopak člověk bez diagnostikovaného duševního onemocnění může zažívat různé obtíže v oblasti duševního zdraví a jeho wellbeing bude tedy nízký.

Pro klinickou praxi to znamená posun od hodnocení „zda je člověk nemocný“ k otázce „jak aktuálně funguje, co potřebuje a jakou podporu mu lze nabídnout“.

2.4 Podmínky a předpoklady pro cestu zotavení

Aby se každý mohl vydat na vlastní cestu zotavení, je nezbytné, aby měl možnost:

- získat od ošetřujícího lékaře a týmu důvěru ve vlastní schopnosti a potenciál zotavení,
- rozvíjet dovednosti pro zvládání životních obtíží a stresových situací,
- znovu získat kontrolu nad svým životem a rozhodnutími,
- zlepšovat kvalitu života prostřednictvím rozvoje silných stránek, zájmů a smysluplných aktivit,
- reflektovat otázky sociálního začlenění, lidských práv a občanství,
- posilovat schopnost navazovat a udržovat zdravé mezilidské vztahy,
- rozvíjet sebestěči a pozitivní vztah k sobě samému.

V těchto oblastech je zapotřebí podpory, edukace a citlivého vedení, které respektuje individuální tempo a potřeby.

2.5 Role nadějeplného a partnerského rozhovoru

Rozhovor mezi zdravotníkem a pacientem je klíčovým nástrojem podpory zotavení. Ať už se jedná o první kontakt, diagnostiku, sdělení diagnózy, nebo nastavování léčby, komunikace by měla obsahovat prvky naděje, respektu a partnerství.

Nadějeplný rozhovor se vyznačuje aktivním nasloucháním, srozumitelným jazykem, zapojením pacienta do rozhodování, transparentností ohledně možností a rizik léčby a oceňováním jeho kroků na cestě zotavení. Takový přístup podporuje důvěru, motivaci a léčebnou adherenci.

2.6 Překážky zotavení v klinické a sociální realitě

Na cestě zotavení je nutné identifikovat a společně s člověkem se zkušeností zmapovat překážky, které mohou proces brzdit. Pojmenování rizik, které nepodporují zotavení a léčebný proces, může pomoci zorientovat se v krizových situacích, vyhnout se rizikovému chování a neúčinným copingovým strategiím.

Patří sem zejména stigmatizace a sebestigmatizace, nedostatek sociální podpory, finanční a pracovní nejistota, omezený přístup ke službám, komorbidní fyzická onemocnění, problém s léčebnou adherencí, kognitivní bariéry či rodinné a mezilidské konflikty.

Tyto překážky je třeba chápat jako reálné bariéry vyplývající z životního kontextu člověka, jeho zdravotního stavu a fungování systému péče, nikoli jako osobní selhání. Jejich pojmenování a společná práce na jejich zvládnutí jsou klíčovými součástí péče orientované na zotavení.

2.6.1 Překážky v procesu zotavení

- **Stigmatizace a společenské předsudky.** Stigmatizace patří mezi nejvýznamnější překážky zotavení. Thornicroft et al. ve své zprávě pro Lancet Commission zmiňuje šetření mezi 391 lidmi se zkušeností z celkem 45 zemí, kdy většina respondentů souhlasila s tvrzením, že stigma a diskriminace negativně ovlivňují život lidí se zkušeností s duševním onemocněním a že stigma a diskriminace mohou být horší svými důsledky než dopady vlastního duševního onemocnění (Thornicroft, G. et al., 2022). Negativní společenské postoje mohou vést k sociálnímu vyloučení, omezení životních příležitostí a narušení identity člověka. Zvlášť závažná je sebestigmatizace, kdy člověk přejímá stigmatizující pohled okolí a vztahuje jej na sebe. To může vést ke snížení sebevědomí (Livingston, J. D., Boyd, J. E., 2010), sebehodnoty, sebeúcty, ke ztrátě naděje, pasivitě a rezignaci na vlastní cíle (Corrigan, P. W., Larson J. E., et Rüsche, N., 2009). V rámci léčebného a zotavovacího procesu je proto důležité systematicky pracovat na snižování sebestigmatu, posilování sebeúcty, rozvoji identity mimo diagnózu a získávání dovedností k vyrovnání se se stigmatizací. Patří sem otevřená práce s významem diagnózy, normalizace obtíží, podpora pozitivních zkušeností a kontakt s lidmi s vlastní zkušeností se zotavením se z duševního onemocnění.
- **Nedostatek sociální podpory.** Sociální podpora je jedním ze základních ochranných faktorů duševního zdraví a významným prediktorem zotavení. Absence podpůrných vztahů nebo setrvávání v nebezpečných či zraňujících vztazích může proces zotavení výrazně brzdit. Člověk se zkušeností s duševním onemocněním by měl být podporován v postupném budování sociální sítě složené z lidí, se kterými má bezpečný a důvěryhodný vztah. Tato síť může zahrnovat rodinu, přátele, komunitní zdroje, peer pracovníky i profesionály. Funkční sociální síť umožňuje čerpání emocionální podpory, sdílení zkušeností, získávání motivace a snižuje riziko izolace. Důležitá je její rozmanitost – různí lidé plní různé role a přinášejí odlišné formy podpory.
- **Finanční a pracovní nejistota.** Ekonomická nestabilita, ztráta zaměstnání nebo nejistota v oblasti bydlení představují významnou zátěž pro duševní zdraví a mohou negativně ovlivnit průběh zotavení. Finanční stres může vést ke zhoršení symptomů, zvýšení úzkosti a v krajních případech k rizikovému chování, zadlužení, bezdomovectví, sociálnímu propadu. Součástí péče orientované na zotavení by proto mělo být mapování pracovní a finanční situace člověka se zkušeností a dle potřeby jeho nasměrování na podpůrné služby – sociální pracovníky, poradny v oblasti financí, podporu zaměstnávání na otevřeném trhu práce či chráněné pracovní programy. Smysluplná pracovní role může výrazně přispívat k obnově identity, pocitu užitečnosti a sociálního začlenění.
- **Nedostatečný přístup k péči.** Geografická vzdálenost služeb, nedostatek odborníků, dlouhé čekací doby nebo finanční bariéry mohou znemožňovat včasný přístup ke kvalitní péči. Tyto faktory mohou vést k přerušení léčby, zhoršení stavu a ztrátě důvěry v systém. Zdravotníci mají v tomto ohledu důležitou roli v poskytování přehledných informací o dostupných službách, možnostech návazné péče, komunitních a sociálních službách, patientských organizacích a online formách podpory. Dostupnost informací posiluje orientaci člověka se zkušeností v systému a jeho schopnost aktivně se podílet na své péči.
- **Komorbidní fyzické zdraví.** Chronická somatická onemocnění a celkové zdravotní obtíže mohou výrazně ovlivňovat psychickou pohodu a schopnost zotavení. Lidé s duševním onemocněním jsou navíc často vystaveni riziku zanedbávání vlastního fyzického zdraví. Integrace péče o fyzické zdraví do léčebného plánu je proto zásadní. Lidé se zkušeností by měli být srozumitelně informováni o souvislostech mezi fyzickým a duševním zdravím, o důsledcích rizikového chování a významu prevence. Informování by mělo probíhat bez zastrasování, s důrazem na zplnomocnění a podporu informovaného rozhodování. Stává se, že v praxi dochází k diagnostickému zastínění (overshadowing) symptomů somatického onemocnění ze strany zdravotníků a k přisouvání těchto symptomů duševnímu onemocnění (Jones, S., Howard, L., et Thornicroft, G., 2008). Takové přehlížení symptomů může velmi ovlivnit dobu dožití člověka se zkušeností s duševním onemocněním (De Hert M., Correll C. U., Bobes J. et al., 2011). Ze strany zdravotníků v oblasti somatické medicíny je důležité vnímat somatické symptomy u lidí se zkušeností s duševním onemocněním stejně vážně jako u běžné populace.

- **Léková adherence.** Obtíže s užíváním medikace patří mezi časté překážky zotavení. Mohou souviset s vedlejšími účinky, nedostatečným porozuměním léčbě, obavami nebo negativními zkušenostmi z minulosti. Partnerský přístup, otevřená komunikace o účincích i limitech farmakoterapie a zapojení člověka se zkušeností do rozhodování o léčbě jsou klíčové pro podporu adherence. Pravidelné přehodnocování léčby a respekt k preferencím pacienta posilují jeho pocit kontroly a důvěru v léčebný proces. Je nutné si uvědomit, že léky řeší převážně biologickou doménu bio-psycho-socio-spirituálního modelu duševního zdraví. Pokud člověku s duševním onemocněním zůstávají problémy ve zbývajících oblastech, bude jeho zotavení zpomaleno nebo vyloučeno.
- **Kognitivní bariéry.** Poruchy paměti, pozornosti nebo exekutivních funkcí mohou omezovat schopnost člověka se zkušeností porozumět informacím, plánovat a aktivně se zapojovat do léčby. Tyto obtíže nejsou projevem nezájmu, ale součástí zdravotního stavu. Vhodnou strategií je přizpůsobení komunikace, strukturování informací, opakování klíčových sdělení a zapojení pečujících osob. Tím lze snížit riziko nedorozumění a podpořit kontinuitu péče.
- **Zvládání stresu a krizových situací.** Nedostatečné dovednosti zvládání stresu a krizí mohou vést k opakovaným relapsům a hospitalizacím. Edukace v oblasti zvládacích (copingových) strategií, práce s varovnými signály a dostupnost krizových kontaktů jsou důležitou součástí léčebného plánu. Člověk se zkušeností by měl být podporován v tvorbě individuálního self-care a krizového plánu, který zohledňuje jeho specifické potřeby, zdroje a preference. Takový plán posiluje pocit bezpečí a připravenosti.
- **Rodinné a mezilidské konflikty.** Narušené vztahy, konflikty a zraňující interakce mohou být každodenním zdrojem stresu, frustrace a pocitů neúspěchů. Patří sem zkušenosti s manipulací, agresivitou, ignorací, znevažováním či porušováním osobních hranic. Podpora v oblasti sebepečce, práce s hranicemi a rozvoj komunikačních dovedností pomáhá člověku se zkušeností lépe chránit jeho duševní zdraví a budovat zdravější vztahy. V některých případech je vhodné zapojení rodinné terapie anebo práce s blízkými osobami.

2.7 Služby orientované na zotavení a jejich přínosy

Služby orientované na zotavení představují odpověď na bariéry, které lidem se zkušeností brání v plnohodnotném životě. Nezaměřují se primárně na odstranění symptomů, ale na podporu člověka v jeho schopnosti žít smysluplný život podle vlastních hodnot, cílů a představ – a to i v přítomnosti přetrvávajících obtíží.

Koncept zotavení, jak jej shrnuli Leamy et al. (Leamy, M. et al., 2011), vychází z narativů lidí s vlastní zkušeností a je strukturován do pěti vzájemně propojených principů známých pod akronymem CHIME: propojenost (connectedness), naděje (hope and optimism), identita (identity), smysl života a jeho účel (meaning of life) a zplnomocnění (empowerment). Tyto principy představují nejen hodnotový rámec, ale i praktické vodítko pro podobu a fungování služeb duševního zdraví.

- **Propojenost (Connectedness).** Propojenost vyjadřuje základní lidskou potřebu patřit, být součástí vztahů a komunity. Služby orientované na zotavení vytvářejí podmínky pro sociální začlenění lidí se zkušeností s duševním onemocněním na stejném základě jako ostatních členů společnosti. V praxi to znamená podporu v navazování a obnovování vztahů s rodinou, přáteli, kolegy či sousedy, ale také propojení s komunitními a svépomocnými iniciativami, patientskými spolky, školami zotavení, centry duševního zdraví nebo peer pracovníky. Propojenost snižuje sociální izolaci, posiluje pocit přijetí a normalizuje zkušenost duševního onemocnění jako součást lidské rozmanitosti, nikoli jako důvod k vyloučení.
- **Naděje a optimismus (Hope).** Naděje je považována za ústřední prvek zotavení. Neznamená popírání obtíží, ale víru v možnost změny, růstu a zvládnutí života navzdory přítomnosti symptomů. Služby orientované na zotavení aktivně pracují s nadějí tím, že zdůrazňují silné stránky člověka, oceňují jeho úsilí a podporují jeho sny a aspirace. Naděje je často zprostředkovávána prostřednictvím vztahů, například sdílením zkušeností lidí, kteří prošli

vlastní cestou zotavení (např. peer konzultanti, peer lektoři, členové svépomocných skupin), nebo postojem odborníků, kteří vyjadřují důvěru v pacientovy schopnosti. Nadějeplný přístup je přímým protipólem stigmatizujících sdělení, která sugerují chroničnost, bezvýhodnost nebo pasivní roli pacienta.

- **Identita** (Identity). Přístup orientovaný na zotavení podporuje člověka v obnovení a posílení identity, která není redukována na diagnózu. Duševní onemocnění často narušuje sebepojetí a vede k tomu, že se člověk začne vnímat primárně skrze nemoc. Služby orientované na zotavení vytvářejí prostor pro znovuoživení toho, kým člověk je – jeho hodnot, rolí, zájmů, kulturní a etnické identity. Podpora identity je klíčová pro překonávání sebestigmatizace a posilování pocitu vlastní hodnoty. Přístup je založen na respektu k člověku a jeho jedinečné identitě a schopnosti sebeurčení a uznává, že člověk je expertem na svůj vlastní život a že jeho zkušenost má legitimní místo v rozhodování o péči.
- **Smysl života a jeho účel** (Meaning). Smysl a účel jsou zásadními motivátory lidského jednání. Zotavení podporuje lidi v hledání a znovunacházení smyslu života podle jejich vlastních preferencí, ať už prostřednictvím práce, studia, péče o druhé, kreativity, spirituality, nebo zapojením do občanského života. Služby orientované na zotavení respektují, že cesty ke smyslu života mohou přesahovat rámec tradičních medicínských nebo psychologických intervencí. Uznávají význam subjektivního prožívání a individuálních hodnot a podporují člověka v aktivním utváření života, který považuje za hodnotný.
- **Zplnomocnění** (Empowerment). Zplnomocnění představuje proces posilování kontroly, volby a odpovědnosti člověka za vlastní život a léčbu. Je neoddělitelně spjato s respektem k autonomii a právní způsobilosti. Služby orientované na zotavení podporují aktivní zapojení člověka se zkušeností do rozhodování, poskytují srozumitelné informace a vytvářejí příležitosti k učení se prostřednictvím zkušeností. Zplnomocnění se neodehrává skokově, ale prostřednictvím každodenních drobných rozhodnutí, která postupně posilují sebedůvěru a pocit kompetence.

2.8 Zplnomocnění v oblasti duševního zdraví

„Empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health.“ (WHO Regional Office for Europe, 2010)

Jak je výše uvedeno, zplnomocnění v oblasti duševního zdraví představuje proces, jehož cílem je posílit člověka se zkušeností s duševním onemocněním tak, aby mohl převzít aktivní roli ve správě svého duševního zdraví i v rozhodování o vlastním životě. Tento přístup zdůrazňuje význam osobní odpovědnosti, sebeurčení a partnerského zapojení do rozhodovacích procesů týkajících se péče, léčby a dalších životních oblastí.

V praxi podpora zplnomocnění zahrnuje poskytování srozumitelných informací a nástrojů, které jednotlivci umožňují lépe porozumět jeho potřebám, možnostem a právům v oblasti duševního zdraví. Díky tomu může činit informovaná rozhodnutí, aktivně se podílet na léčbě a procesu zotavení a postupně přebírat odpovědnost za vlastní duševní zdraví. Zásadní je přitom respekt k jedinečné zkušenosti člověka a důsledné vyhýbání se paternalistickému anebo hyperprotektivnímu přístupu. Oba typy přístupů mohou posilovat bezmoc nebo závislost na systému péče.

Zplnomocnění je proces postupný a často se odehrává prostřednictvím zdánlivě drobných každodenních rozhodnutí, za která se člověk se zkušeností učí přebírat odpovědnost. Posilování schopnosti rozhodovat, pocitu vlastní hodnoty a důvěry ve vlastní schopnosti se z malých voleb mohou postupně stávat rozhodnutí zásadní a životní. Příkladem mohou být volby týkající se běžného denního režimu (oblečení, strava, trávení volného času), ale také informované rozhodování o jednotlivých aspektech léčby či širších životních otázkách, jako jsou vztahy, pracovní uplatnění, bydlení nebo způsob života.

Významnou roli v procesu zplnomocnění hraje postoj zdravotníků a celého multidisciplinárního týmu. Respektující, partnerský a otevřený přístup lékařů, sester a dalších odborníků může zásadně podpořit důvěru, motivaci a pocit bezpečí člověka se zkušeností. Zdravotník zde nevystupuje jako autorita, která rozhoduje „za pacienta“, ale jako průvodce a odborný partner, který podporuje autonomii a sdílené rozhodování.

2.8.1 Dopady zplnomocnění na jedince

- **Zvyšuje autonomii a sebevědomí.** Možnost podílet se na rozhodování o vlastním životě a léčbě posiluje pocit kontroly, vlastní hodnoty a sebeúcty.
- **Zlepšuje kvalitu života.** Aktivní zapojení do rozhodovacích procesů vede k větší spokojenosti a pocitu smysluplnosti, subjektivní životní pohody.
- **Podporuje proces zotavení.** Zplnomocnění je úzce propojeno se zotavením, neboť člověk získává dovednosti, zdroje a podporu potřebné k překonání výzev spojených s duševním onemocněním.
- **Snižuje stigmatizaci a sebestigmatizaci.** Aktivní role ve společnosti, možnost sdílení zkušeností a posílení identity mimo diagnózu přispívají ke změně negativních stereotypů a k oslabení vnitřně přijatých stigmatizujících postojů.

2.9 Zplnomocnění a lidskoprávní problematika

Zplnomocnění tak nepředstavuje pouze terapeutický nástroj, ale zásadní hodnotový rámec moderní péče o duševní zdraví, který je v souladu s principy zotavení, respektu k lidské důstojnosti a ochraně základních lidských práv. Respekt k autonomii, sebeurčení, důstojnosti a právu podílet se na rozhodování nejen o vlastním životě není jen otázkou profesionální etiky, ale také otázkou právního a společenského závazku.

Právě v této souvislosti nabývá na významu lidskoprávní perspektiva v oblasti duševního zdraví, která klade důraz na rovnost, nediskriminaci a podporu rozhodovacích schopností osob se zkušeností s duševním onemocněním. Tyto principy jsou explicitně zakotveny v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením, jež poskytuje mezinárodní rámec pro ochranu práv, podporu zplnomocnění a rozvoj služeb orientovaných na zotavení.

Následující kapitola se proto zaměřuje na lidskoprávní aspekty péče o duševní zdraví a na jejich význam pro každodenní praxi zdravotnických a sociálních služeb.

3. ZÁKLADY LIDSKOPRÁVNÍ PROBLEMATIKY V PÉČI O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

- ÚMLUVA OSN O PRÁVECH OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM, OBHAJOBA PRÁV A ZÁJMŮ LIDÍ SE ZKUŠENOSTÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

3.1 Proč mluvit o lidských právech v péči o duševní zdraví

Lidskoprávní perspektiva v oblasti péče o duševní zdraví tvoří základní etický a hodnotový rámec, který je v současnosti chápán jako nedílná součást kvalitní, moderní a účinné péče.

Jak ukázaly předchozí kapitoly, stigmatizace a sebestigmatizace zásadně ovlivňují sebepojetí lidí se zkušeností s duševním onemocněním, jejich ochotu zapojovat se do léčby i jejich schopnost prosazovat, naplňovat a uspokojovat vlastní potřeby a hájit svá práva. Lidská práva v tomto kontextu nelze chápat jako „omezení odbornosti“, ale jako ochranu před škodlivými dopady paternalistických přístupů, které byly v historii péče o duševní zdraví zcela běžné.

Znalost lidskoprávního rámce je zvláště důležitá v situacích, kdy:

- dochází k zásahům do osobní svobody, soukromí a autonomie (např. nedobrovolná hospitalizace),
- se rozhoduje o léčbě, podpoře a životních volbách člověka (např. informovaný souhlas s ambulantní léčbou, využití komunitních sociálních služeb),
- existuje riziko diskriminace či nerovného zacházení (např. různý přístup k pacientům z důvodu příslušnosti k národnostním nebo sexuálním menšinám nebo kvůli sociálnímu původu).

3.2 Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD)

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením¹ (UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD) je mezinárodní lidskoprávní smlouva přijatá Valným shromážděním OSN v roce 2006 (United Nations, 2006). Jejím cílem je zajistit, aby osoby se zdravotním postižením – včetně osob se zkušeností s duševním onemocněním, mohly plně uplatňovat všechna lidská práva a základní svobody na rovnoprávném základě s ostatními.

Úmluva vychází z předpokladu, že zdravotní postižení nevzniká pouze v důsledku zdravotního stavu jednotlivce, ale také v interakci s bariérami v prostředí, postojích společnosti a fungování systému (CRPD, Preamble). Je založena na principu rovnoprávnosti, důstojnosti a plného občanství a zaručuje osobám se zdravotním postižením plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich aktivní zapojení do života společnosti.

¹ [Microsoft Word - Úmluva o právech osob se ZP](#)

Proč Úmluva vznikla?

Navzdory tomu, že už po druhé světové válce vznikly obecné lidskoprávní dokumenty, lidé se zdravotním postižením zůstávali dlouhodobě na okraji ochrany a v praxi byli často vystaveni:

- diskriminaci,
- segregaci (byli oddělováni od společnosti, zavírání do ústavů mimo běžnou zástavbu a infrastrukturu měst),
- institucionálnímu vylučování (neměli rovný přístup ke vzdělání, zaměstnání, dopravě či zdravotní péči),
- zbavování právní způsobilosti a možnosti rozhodovat o vlastním životě.

Zvláště osoby se zkušeností s duševním onemocněním byly historicky častěji umísťovány do ústavních zařízení, izolovány od společnosti, stigmatizovány a systémově zbavovány základních občanských práv.

Úmluva vznikla jako odpověď na tyto systémové nerovnosti a usiluje o posun od ochranného a paternalistického modelu k modelu založeného na lidských právech, autonomii, podpoře a participaci.

Navazuje na základní ideu, že všichni lidé se rodí svobodní a sobě rovní co do důstojnosti a práv, která je spojována už s poválečnou prací OSN a přijetím Všeobecné deklarace lidských práv (1948). CRPD však jde dál: rozpracovává obecné principy do konkrétních závazků a výslovně je vztahuje na situace, v nichž byli lidé s postižením tradičně vylučováni.

Mezi důležitá mezinárodní východiska, na která CRPD navazuje (vedle Všeobecné deklarace), patří zejména:

- **Mezinárodní pakty OSN:** Mezinárodní pakt o občanských a politických právech (1966) a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (1966),
- **Antidiskriminační úmluvy OSN**, zejména Úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace (1965), Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen (1979) a Úmluva o právech dítěte (1989),
- **Soft law dokumenty OSN** zaměřené na práva lidí s postižením, např. Deklarace o právech osob se zdravotním postižením (1975), Světový akční program pro osoby se zdravotním postižením (1982) a Standardní pravidla OSN pro vyrovnávání příležitostí (1993) či Principy OSN pro ochranu osob s duševním onemocněním a zlepšení péče (1991).

Participace: „Nic o nás bez nás“

Jedním ze základních principů Úmluvy je participace osob se zdravotním postižením na rozhodování o otázkách, které se jich týkají. Tento princip, shrnutý heslem „Nic o nás bez nás“, byl klíčový již při samotném vzniku Úmluvy. Sami lidé se zdravotním postižením se podíleli na tvorbě článků Úmluvy, vznášeli připomínky a zajišťovali, že formulace článků Úmluvy bude odpovídat skutečným potřebám lidí s postižením.

3.3 Základní principy Úmluvy (článek 3)

Článek 3 Úmluvy vymezuje obecné zásady, které prostupují celý dokument a slouží jako interpretační rámec jednotlivých článků (CRPD, čl. 3). Patří mezi ně:

- respekt k přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby, a samostatnosti osob,
- nediskriminace,
- plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti,
- respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součásti lidské různorodosti a přirozenosti,
- rovnost příležitostí,
- přístupnost,
- rovnost mužů a žen,
- respekt k rozvíjejícím se schopnostem dětí se zdravotním postižením a jejich právu na zachování identity.

Úmluva nestanovuje žádná nová práva, pouze deklaruje ochranu všech lidských práv pro osoby se zdravotním postižením, tedy práv občanských, ekonomických, kulturních, sociálních i politických.

3.4 Klíčové články Úmluvy relevantní pro osoby se zkušeností s duševním onemocněním

Přestože Úmluva upravuje široké spektrum lidských práv, některé články mají pro oblast duševního zdraví zásadní význam. Jejich výklad je dále rozpracován v tzv. obecných komentářích Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením, které jsou považovány za autoritativní interpretační zdroj (Committee on the Rights of Persons with Disabilities).

Mezi klíčové články patří zejména:

- Článek 12 – Rovnost před zákonem,
- Článek 14 – Svoboda a osobní bezpečnost,
- Článek 17 – Ochrana osobní integrity,
- Článek 19 – Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti,
- Článek 25 – Zdraví.

3.5 Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením

Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením je orgánem, který dohlíží na naplňování Úmluvy. Jeho hlavní činnost zahrnuje zejména:

- přezkum pravidelných zpráv jednotlivých smluvních států,
- vydávání obecných komentářů k jednotlivým článkům Úmluvy,
- šetření závažného nebo systematického porušování práv,
- projednávání individuálních stížností podle Opčního protokolu.

Obecné komentáře Výboru (např. č. 1 (2014) – Článek 12: Rovnost před zákonem a č. 5 (2017) o nezávislém způsobu života a zapojení do komunity²) jsou klíčovým zdrojem pro interpretaci práv lidí se zkušeností s duševním onemocněním a jsou často využívány v odborné i advokační praxi.

3.6 Opční protokol a možnost domáhání se práv

Opční protokol³ k Úmluvě umožňuje jednotlivcům nebo skupinám osob podávat stížnost k Výboru OSN v případě, že se domnívají, že jejich práva plynoucí z Úmluvy byla porušena (Optional Protocol to CRPD, 2006). Pro možnost využití Opčního protokolu a podání stížnosti Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením musí jednotlivec nebo skupina osob se zdravotním postižením nejdříve využít všechny dostupné vnitrostátní opravné prostředky a stížnost se musí týkat konkrétního porušení práv zakotvených v Úmluvě.

V praxi má tento mechanismus význam nejen jako nástroj poslední instance, ale také jako posilující prvek pro obhajobu práv na národní úrovni, zejména v kombinaci s odbornými stanovisky WHO a Výboru OSN.

3.6.1 Lidskoprávní rámec v kontextu České republiky – Úmluva a Opční protokol

Česká republika je smluvním státem Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením od roku 2009⁴. Úmluva je součástí českého právního řádu a představuje závazný rámec pro ochranu práv osob se zdravotním postižením, včetně osob se zkušeností s duševním onemocněním. Opční protokol Česká republika ratifikovala až v roce 2021⁵, tedy s výrazným časovým odstupem oproti samotné Úmluvě.

Odborné reflexe poukazují na to, že dlouhé váhání s ratifikací Opčního protokolu souviselo zejména s obavami státu z mezinárodního přezkumu a z poukazování na přetrvávající systémové nedostatky v oblasti ochrany práv osob se zdravotním postižením, včetně oblasti duševního zdraví⁶ (Iurium.cz, 2022). Přijetí Opčního protokolu lze proto chápat jako důležitý krok směrem k větší transparentnosti, odpovědnosti státu a posílení postavení lidí se zkušeností při obhajobě jejich práv.

3.7 Využití Úmluvy v praxi péče o duševní zdraví

Znalost Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením má v péči o duševní zdraví konkrétní a praktické uplatnění, které přesahuje čistě právní rovinu. Úmluva poskytuje odborníkům i lidem se zkušeností společný jazyk, jenž umožňuje pojmenovávat situace, v nichž může docházet k porušování práv, a hledat způsoby jejich nápravy v souladu s principy zotavení a partnerského přístupu.

² [Monitorování práv lidí s postižením | Ombudsman](#) Rozkliknout „Výbor OSN“

³ [Opční-protokol-k-Umluve-OSN-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim.pdf](#)

⁴ Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením schválilo Valné shromáždění OSN 13. prosince 2006, v ČR vstoupila v platnost 3. května 2008 (podepsána jménem České republiky v New Yorku dne 30. března 2007 společně s dalšími členskými státy), ratifikována byla 2009

⁵ 22. dubna 2021 Poslaneckou sněmovnou, poté tehdejší prezidentem republiky Milošem Zemanem, Opční protokol nabyl platnosti 23. září 2021.

⁶ <https://www.iurium.cz/denik/denik-odborne-clanky/ratifikace-zdravotni-postizeni>

V praxi je Úmluva využívána například:

- **Při ochraně práv pacientů v psychiatrické nemocnici:** V roce 2021 vydal veřejný ochránce práv doporučení pro psychiatrické nemocnice k zapojování dětí do rozhodování o jejich hospitalizaci. S odkazem na články 7 a 12 Úmluvy doporučuje, aby nemocnice vždy u konkrétního dítěte posoudila, zda rozumí situaci a je schopné vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s hospitalizací a léčbou. Pokud toho dítě schopné je, má nemocnice jeho názor a vůli brát vážně a respektovat je.⁷
- **Při přístupu k sociálním službám v přirozeném prostředí:** V roce 2018 se obrátil na Ústavní soud člověk se zdravotním postižením, který se domáhal toho, aby mu kraj zajistil vhodnou sociální službu. Tvrdil, že bez ní nemůže důstojně žít a že stát neplní svou povinnost mu potřebnou podporu zajistit. Ústavní soud mu dal za pravdu a zdůraznil, že pokud člověk kvůli zdravotnímu postižení potřebuje konkrétní sociální službu, kraj musí podniknout kroky k tomu, aby byla skutečně dostupná. Poukázal na to, že z článku 19 Úmluvy plyne právo lidí s postižením žít nezávisle a být součástí společnosti, což není jen obecná proklamace, ale závazek státu vytvořit podmínky, aby to bylo v praxi možné.⁸
- **Při podpoře v přístupu k zaměstnání na otevřeném trhu práce:** Veřejný ochránce práv vycházel z čl. 27 Úmluvy, když doporučil, aby zaměstnavatelé aktivně zajišťovali přiměřená opatření, odstraňovali administrativní a komunikační bariéry a vytvářeli podmínky pro skutečně rovný přístup k zaměstnání všem lidem s postižením, včetně lidí s duševním onemocněním.⁹
- **Při komunikaci se státní správou a participaci v rozhodovacích procesech:** Metodika participace nestátních neziskových organizací v poradních a pracovních orgánech a při tvorbě dokumentů státní správy schválená vládou ČR v r. 2025 odkazuje na článek 4, odst. 3 Úmluvy, když zdůrazňuje povinnost zapojení lidí s postižením a jejich zastupujících organizací do tvorby vládních politik a dalších dokumentů.¹⁰

3.8 Lidská práva jako základ systémových změn

Lidskoprávní rámec představuje most mezi individuální zkušeností člověka a systémovou rovinou péče o duševní zdraví. Zatímco předchozí kapitoly se zaměřovaly na stigma, zotavení a zplnomocnění na úrovni jednotlivce a vztahů mezi člověkem a odborníkem, lidská práva umožňují tyto hodnoty promítnout do fungování celého systému.

Z tohoto pohledu nejsou procesy, jako je deinstitucionalizace, rozvoj komunitních služeb, multidisciplinární spolupráce a partnerský přístup v péči, pouze organizačními nebo ekonomickými reformami. Jsou především praktickou aplikací lidských práv, zejména práva na nezávislý způsob života, zapojení do společnosti, rovnost příležitostí a respekt k důstojnosti každého člověka (WHO, 2012).

⁷ <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/9522>

⁸ Nález Ústavního soudu ze dne 23. 1. 2018, spis. zn. I.ÚS 2637/17

⁹ Výzkum veřejného ochránce práv: Zaměstnávání lidí s postižením ve veřejném sektoru – pohled lidí s postižením. https://www.ochrance.cz/dokument/vyzkum_crp/zamestnavani_ozp_-_vyzkum_-_pohled_lidi_s_postizenim.pdf

¹⁰ [Metodika participace nestátních neziskových organizací v poradních a pracovních orgánech a při tvorbě dokumentů státní správy.](#)

Lidskoprávní přístup zdůrazňuje, že:

- segregace a dlouhodobá institucionalizace je nepřipustným zásahem do lidských práv a důstojnosti,
- každý člověk má právo rozhodovat se ohledně své léčby, místa pobytu a způsobu života a má právo na podporu, kterou k tomuto rozhodování potřebuje,
- lidé se zkušeností jsou rovnocennými partnery při vytváření a změně systému péče a stát musí vytvářet podmínky pro jejich aktivní a účinné zapojení.

Právě z tohoto rámce vychází následující kapitola, která se zaměřuje na deinstitucionalizaci, multidisciplinaritu a individuální a partnerský přístup jako konkrétní projevy lidskoprávní a recovery-oriented transformace péče o duševní zdraví. Tato kapitola ukáže, jak se hodnoty a principy popsané v předchozích částech studijního materiálu promítají do každodenní praxe služeb, týmové spolupráce i role jednotlivých profesí.

4. PRINCIPY DEINSTITUCIONALIZACE, MULTIDISCIPLINARITA A INDIVIDUÁLNÍ A PARTNERSKÝ PŘÍSTUP

4.1 Deinstitutionalizace v kontextu reformy péče o duševní zdraví

Deinstitutionalizace představuje proces transformace péče od velkých, segregovaných institucí směrem k podpoře poskytované v komunitě. Je zakotvena v mezinárodních lidskoprávních dokumentech, zejména v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením, která garantuje právo na nezávislý život a začlenění do společnosti (Článek 19). V oblasti duševního zdraví je deinstitutionalizace chápána jako přechod od dlouhodobé ústavní péče k síti komunitních služeb, které podporují zotavení, posilují autonomii člověka a respektují jeho lidská práva. WHO i Evropská komise zdůrazňují, že úspěšná transformace vyžaduje nejen rozvoj služeb v komunitě, ale také aktivní zapojení lidí se zkušeností, mezioborní spolupráci a změnu pojetí postižení od medicínského modelu k modelu sociálnímu a lidskoprávnímu (WHO, Regional Office for Europe, 2013).

Medicínský model vnímá postižení jako problém jednotlivce, způsobený zdravotním stavem, diagnózou nebo funkčním omezením. Postižení je vnímáno jako deficit, „porucha“ nebo „odchylka“ od normy. Zaměřuje se tak na léčbu jednotlivce, hlavní rozhodnutí činí odborníci, člověk s postižením sám je jen pasivním příjemcem péče. Péče a podpora je poskytována především v institucích nebo ve specializovaných službách. Tento model přináší velmi často stigma vůči lidem s daným postižením a jejich segregaci, je zaměřen na diagnózu, nikoliv na člověka (Degener, T., 2016).

Sociální model chápe postižení jako problém společnosti, která tvoří nejrůznější překážky. Ty mohou být fyzické (budovy), sociální (předsudky), institucionální (segregované služby a ústavy) a právní (omezení svéprávnosti). Cílem tohoto modelu je odstraňování bariér, podpora rovnosti a plné účasti na rozhodování. Klíčovou charakteristikou sociálního modelu je důraz na autonomii jednotlivce a na jeho volby a vlastní kontrolu nad svým životem. Dle tohoto modelu se služby mají přizpůsobovat člověku, ne člověk službám. Lidskoprávní model postižení je zcela založen na Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením. V tomto pojetí jsou lidská práva základními právy člověka. Tato práva jednotlivce nabývá při narození a pozbývá až po skončení života. V lidskoprávním modelu postižení jsou překážky společnosti, které společnost dává lidem s postižením, projevem společenské diskriminace lidí s postižením. Přejít od sociálního modelu postižení k lidskoprávnímu modelu je ilustrován větou mnohých aktivistů z řad lidí s postižením: „Chceme práva, ne charitu.“ Vedle vnímání překážek jako diskriminace je zásadní pojetí člověka s postižením jako běžného občana, se všemi právy, které ke skutečnému občanství patří. Tedy vedle antidiskriminačních opatření lidé s postižením potřebují naplnění svých sociálních, ekonomických a kulturních práv stejně jako lidé bez postižení (Degener, T., 2016). Deinstitutionalizace představuje strategický a hodnotově ukotvený proces přechodu od medicínského pojetí postižení k pojetí lidskoprávnímu a proces změny systému péče o duševní zdraví. Péče vycházející z lidskoprávního modelu postižení posouvá těžiště podpory osob z ústavního prostředí do komunitního a přirozeného sociálního kontextu, za významného důrazu na lidskou důstojnost. V ČR tento proces významně podpořil projekt Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné, realizovaný v rámci Operačního programu Zaměstnanost, a jako klíčový nástroj byla použita implementace Strategie reformy psychiatrické péče.¹¹

Cílem deinstitutionalizace není pouhé uzavření ústavů nebo jejich nahrazení jinými zařízeními, ale transformace celého systému péče tak, aby lidé se zkušeností s duševním onemocněním mohli žít své životy plnohodnotně, autonomně a začlenění v komunitě, ve které běžně žijí. Tento přístup reflektuje hodnoty lidských práv, důstojnosti, autonomie a rovnosti příležitostí a je v souladu se současnými mezinárodními doporučeními pro reformu duševního zdraví.

¹¹ [Deinstitutionalizace | Reforma psychiatrie](#)

Proces deinstitucionalizace tak znamená:

- posun od převážně ústavního modelu péče k modelu založenému na komunitních službách a podpoře v běžném životě,
- individualizaci péče, která respektuje jedinečné potřeby, přání a cíle každého člověka,
- provázanost zdravotních i sociálních služeb, aby péče o duševní zdraví zahrnovala více než jen zdravotnické intervence,
- rozvoj komunitních služeb a struktur, které lidem umožní žít smysluplný život mimo ústavní zařízení,
- aktivní zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním do plánování, rozhodování i evaluace péče a služeb,
- důraz na lidská práva,
- důraz na důstojnost lidí se zkušeností s duševním onemocněním.

V praxi to znamená, že se terapeutická pozornost přesouvá z prostředí, které odděluje člověka od jeho každodenního života, do prostředí, které umožňuje člověku uplatňovat jeho schopnosti, identitu, role a vztahy ve společnosti – od bydlení, vzdělávání a zaměstnání až po volnočasové aktivity a rodinné vazby.

Taková změna je klíčová nejen pro zlepšení zdravotních výsledků, ale i pro kvalitu života, společenské začlenění, minimalizaci následků dlouhodobého vyloučení způsobeného ústavní péčí a pro nabývání všech lidských práv.

4.2 Deinstitucionalizace – význam a dopad na život člověka

Z pohledu člověka deinstitucionalizace znamená především odklon od dlouhodobého pobytu v uzavřených institucích, které často oddělují člověka od jeho sociálních rolí, vztahů a běžného života. Místo toho je důraz kladen na podporu v prostředí, kde člověk skutečně žije – tedy doma, v rodině, v práci, ve škole a v komunitě.

Tento přístup vychází z přesvědčení, že zotavení neprobíhá primárně v izolaci, ale v každodenních situacích, ve kterých člověk:

- navazuje a udržuje vztahy,
- rozhoduje o svém životě,
- nese odpovědnosti i zažívá úspěchy a selhání,
- uplatňuje své schopnosti a role,
- může uplatňovat svá práva stejně jako kterýkoli jiný člen společnosti.

Deinstitucionalizace tedy neznamená „méně péče“, ale jiný typ péče – péče, která se přizpůsobuje životu člověka, nikoli člověk instituci. Přejít od sociálního modelu postižení k lidskoprávnímu modelu pak říká, že deinstitucionalizace má vést také k důstojnému životu člověka se zkušeností s duševním onemocněním, ve kterém může naplňovat svoje práva.

Podmínkou pro skutečnou deinstitucionalizaci je tak mimo jiné odstranění diskriminace lidí s postižením ve společnosti tvorbou zákonů, které tuto diskriminaci mohou odstraňovat.

4.2.1 Co deinstitucionalizace znamená pro člověka se zkušeností s duševním onemocněním

Z perspektivy jednotlivce přináší deinstitucionalizace zejména:

- větší míru autonomie a kontroly nad vlastním životem, včetně zapojení do rozhodování o léčbě a podpoře,
- zachování a rozvoj každodenních dovedností, které jsou při dlouhodobých hospitalizacích často oslabovány,
- možnost udržovat a budovat vztahy s rodinou, blízkými a komunitou,
- lepší kontinuita života, kdy léčba není vytržením z běžného fungování, ale jeho součástí,
- posílení identity člověka mimo roli pacienta, tedy možnost být zaměstnancem, studentem, rodičem, partnerem, sousedem,
- snížení rizika stigmatizace, která je často spojena s dlouhodobým pobytem v ústavních zařízeních,
- možnost skutečného naplňování lidských práv daných Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením.

4.3 Deinstitucionalizace a role hospitalizace

Deinstitucionalizace neznamená odmítnutí hospitalizace jako takové. Lůžková péče zůstává nezastupitelnou součástí systému, zejména v akutních krizových situacích. Mění se však její role a délka trvání.

Důležitým aspektem je také to, že péče poskytovaná v komunitě umožňuje včasnější zachycení obtíží, flexibilnější reakci na změny stavu a prevenci relapsu, aniž by bylo nutné opakovaně využívat dlouhodobé hospitalizace.

Hospitalizace je v tomto pojetí:

- časově omezeným a cíleným zásahem zaměřeným na stabilizaci zdravotního stavu a zároveň na přípravu návratu do přirozeného prostředí,
- nesmí porušovat důstojnost hospitalizovaného člověka,
- musí být založena na dodržování lidských práv.

Součástí hospitalizační péče by proto mělo být nejen zvládnutí symptomů, ale také:

- posilování dovedností potřebných pro běžný život,
- plánování další podpory po propuštění,
- spolupráce s návaznými službami v komunitě.

Hospitalizace má být vždy založena na partnerském a individuálním přístupu k pacientovi, který zohledňuje jeho potřeby.

4.4 Deinstitutionalizace jako předpoklad multidisciplinární spolupráce

Přesun péče z institucí do komunity přirozeně zvyšuje nároky na spolupráci různých profesí a služeb. Zatímco v ústavním prostředí je většina podpory soustředěna na jednom místě a pod jednou autoritou, komunitní péče vyžaduje koordinaci zdravotních, sociálních a dalších podpůrných složek.¹²

Deinstitutionalizace tak vytváří prostor pro:

- multidisciplinární týmy,
- propojení zdravotní a sociální péče,
- zapojení peer pracovníků,
- spolupráci s rodinou a neformálními pečujícími.

Právě multidisciplinarita se stává klíčovým nástrojem deinstitutionalizace v podpoře člověka v jeho zotavování v přirozeném životě.

4.4.1 Multidisciplinární spolupráce jako základ moderní psychiatrické péče

Deinstitutionalizace zásadně proměňuje způsob, jakým je péče o duševní zdraví organizována a poskytována. Péče se přesouvá z jednoho místa a „jedné profese“ do přirozeného prostředí člověka a vyžaduje spolupráci více odborností, které společně reagují na komplexní potřeby jednotlivce.

Duševní onemocnění neovlivňuje pouze psychický stav, ale zasahuje do všech oblastí života – zdraví, vztahů, bydlení, práce, vzdělávání, financí i identity. Žádná profese proto nemůže tyto potřeby pokrýt samostatně.

Multidisciplinární spolupráce není nadstandardem, ale nezbytným předpokladem kvalitní a udržitelné péče (Ramanuj, P. P., & Pincus, H. A., 2019).

Multidisciplinární tým umožňuje:

- nahlížet na situaci člověka z různých profesních úhlů,
- propojit léčbu se skutečným životem pacienta,
- předcházet opakovaným krizím a hospitalizacím,
- podporovat zotavení a zplnomocnění v dlouhodobém horizontu.

4.4.2 Proč je multidisciplinarita v psychiatrii nezbytná

Zatímco tradiční model péče se soustředil především na symptomy a jejich farmakologické zvládnání, moderní přístup vychází z poznání, že psychická stabilita je úzce spojena se životními podmínkami člověka a odráží bio-psycho-socio-spirituální model duševního zdraví.

Samotná medikace či hospitalizace neřeší například:

- nejisté nebo nevyhovující bydlení,
- sociální izolaci a osamělost,
- ztrátu zaměstnání nebo studijní role,
- dluhy a finanční stres,
- oslabené sociální a komunikační dovednosti,
- ztrátu smyslu života a naděje na vyléčení se.

¹² [Multidisciplinarita | Reforma psychiatrie](#)

Tyto faktory však mají přímý vliv na průběh onemocnění, motivaci k léčbě a riziko relapsu. Multidisciplinární přístup umožňuje integrovat zdravotní, sociální a psychosociální podporu tak, aby odpovídala skutečné životní situaci člověka.

4.4.3 Složení multidisciplinárního týmu, role jednotlivých pracovníků

Složení multidisciplinárního týmu se může lišit podle typu služby, regionu i individuálních potřeb člověka se zkušeností. Základním principem však je, že každá profese přináší jedinečnou expertizu, která je pro celek nenahraditelná.

Typickými členy multidisciplinárního týmu jsou:

- psychiatr / lékař – zodpovídá za diagnostiku, farmakoterapii a medicínské vedení léčby,
- psychiatrická sestra – má klíčovou roli v každodenním kontaktu, edukaci, monitorování zdravotního stavu a podpoře adherence,
- klinický psycholog / psychoterapeut – pracuje s prožíváním, zvládáním obtíží, změnou vzorců chování a podporou zotavení,
- sociální pracovník – pomáhá stabilizovat sociální situaci – bydlení, dávky, zaměstnání, právní otázky,
- peer pracovník – přináší zkušenost zotavení, naději a porozumění založené na sdílené zkušenosti,
- klíčový pracovník / case manager – podporuje člověka přímo v komunitě, pomáhá s orientací v systému a s koordinací služeb.

Smyslem multidisciplinárního týmu není nahrazovat člověka v rozhodování, ale společně s ním hledat cesty, které mu umožní žít kvalitní a smysluplný život v souladu s jeho potřebami, přáními a cíli a životními hodnotami.

V multidisciplinárním přístupu se mění role zdravotníka. Zdravotník už není jediným nositelem rozhodování ani „správcem“ života pacienta. Stává se partnerem a průvodcem, který přispívá svou odborností do společného procesu.

To znamená:

- spolupracovat s dalšími profesemi a službami,
- sdílet odpovědnost a důvěru v tým,
- respektovat cíle a přání pacienta / klienta / člověka se zkušeností s duševním onemocněním,
- orientovat se v komunitních zdrojích podpory.

Tento posun přináší vyšší efektivitu péče, lepší výsledky léčby a zároveň vyšší profesní spokojenost zdravotníků, kteří nejsou na péči o komplexní situace sami.

Navzdory jasným přínosům se multidisciplinární spolupráce potýká s řadou překážek, mezi které patří zejména (Pinheiro, E. et al., 2025):

- profesní hierarchie a nedostatek respektu mezi obory (ve skutečnosti každý přináší unikátní odborný vhled či žitou zkušenost),
- nejasně vymezené role a kompetence,
- nedostatečná komunikace a předávání informací,
- obavy ze zapojení sociálních služeb do zdravotnictví,
- podceňování role peer pracovníků (některé multidisciplinární týmy nevyužívají žité expertízy člověka se zkušeností s duševním onemocněním vůbec).

Překonávání těchto bariér vyžaduje změnu myšlení, vzdělávání a podporu spolupráce na všech úrovních systému.

4.5 Individuální a partnerský přístup

Individuální a partnerský přístup představují klíčové principy, které propojují deinstitucionalizaci, multidisciplinaritu a péči zaměřenou na zotavení.

Jak již bylo uvedeno, cílem tohoto přístupu je, aby člověk se zkušeností s duševním onemocněním nebyl vnímán jako pasivní příjemce péče, ale jako aktivní partner, který se podílí na rozhodování o své léčbě, plánování podpory a utváření vlastního života. Tento posun zásadně mění roli zdravotníků i charakter terapeutického vztahu.

Pozn. V praktických částech této kapitoly místy používáme pojmy „pacient“ a „klient“, které odrážejí běžnou terminologii jednotlivých typů služeb. Vždy jimi však rozumíme téhož člověka se zkušeností s duševním onemocněním, jehož role se může v průběhu péče měnit podle souvislosti.

4.5.1 Individuální přístup

Individuální přístup vychází z respektu k jedinečnosti každého člověka a jeho životnímu kontextu. Péče se nepřizpůsobuje diagnóze, ale konkrétním potřebám, schopnostem a možnostem jednotlivce.

V praxi to znamená, že:

- lékařská péče a podpora nemají jednotnou podobu pro všechny,
- zohledňuje nejen zdravotní stav, ale i bydlení, práci, studium, volný čas a sociální prostředí,
- plán péče vychází z hodnocení silných stránek, možností a přání pacienta/klienta, nikoli pouze z omezení a symptomů.

Individuální přístup podporuje zachování identity člověka a posiluje jeho kompetence k samostatnému fungování v běžném životě.

Tipy pro praxi:

- Sledujte, čeho chce pacient/klient dosáhnout, nejen co je medicínsky vhodné.
- Pomáhejte pacientovi/klientovi rozpoznat a rozvíjet jeho silné stránky a kompetence.
- Přizpůsobte komunikaci, tempo i formu podpory jeho schopnostem a aktuálnímu zdravotnímu stavu.
- Zmapujte dostupné komunitní a terénní služby a zapojte je do individuálního plánu péče.

Praktický příklad:

Pacient/klient chce pokračovat ve studiu. Individuální přístup znamená nejen stabilizaci jeho zdravotního stavu, ale také podporu při komunikaci se školou, plánování zátěže, hledání vhodných úprav studia a návazných podpůrných služeb.

4.5.2 Partnerský přístup

Partnerský přístup staví na rovnocenném a respektujícím vztahu mezi pacientem/klientem a pracovníkem poskytované služby či péče (Pinheiro, E. et al., 2025). Pacient/klient je aktivním členem týmu poskytované služby či péče a jeho názor, zkušenost a preference jsou považovány za důležitý zdroj informací. Partnerský přístup zahrnuje:

- otevřenou a srozumitelnou komunikaci,
- sdílení informací o možnostech léčby,
- zapojení pacienta/klienta do rozhodování (např. sdílené nebo podporované rozhodování),
- respekt k jeho přáním, hodnotám a hranicím.

Výsledkem partnerského přístupu je podporované (Supported Decision Making) nebo sdílené rozhodování (Shared Decision Making). Jde o procesy, při kterých pracovník přináší odborné znalosti, informace o možnostech a přínosech a rizicích a pacient/klient své hodnoty, zkušenosti, obavy, cíle a preference. Při podporovaném rozhodování pacient/klient činí svá rozhodnutí na základě všech dostupných informací a za podpory pracovníka, při sdíleném rozhodování rozhodnutí vzniká společně. Podporované a sdílené rozhodování podporuje autonomii pacienta/klienta, zvyšuje jeho motivaci a posiluje odpovědnost za vlastní léčbu. Zároveň přispívá k vyšší adherenci a důvěře v systém péče.

Sdílené rozhodování je možné i pro většinu pacientů se závažným duševním onemocněním (Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., & Patel, V., 2020; Huang, C., Plummer, V., Lam, L., & Cross, W., 2020; Hamann, J. et al., 2006), přičemž tento způsob rozhodování nezabere lékařům více času. Pacienti se vedle zvýšené adherence k léčbě cítí více vtaženi do rozhodování, získávají hlubší znalosti o svém onemocnění a jeho léčbě, jsou více motivováni k psychoedukaci.

Sdílené rozhodování v oblasti duševního zdraví využívá různé modely pro jeho praktické využití. Jednotlivé modely se liší mírou struktury i důrazem na autonomii člověka. Nejčastěji používaný Three-Talk Model (Elwyn, G. et al., 2017) popisuje proces rozhodování ve třech krocích – vytvoření prostoru pro volbu, sdílení možností a společné rozhodnutí. Klasický model (Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T., 1997) zdůrazňuje interaktivní povahu rozhodování a rovné zapojení obou stran. Recovery-oriented model staví do centra osobní cíle, naději a identitu člověka, zatímco model společného plánování péče se zaměřuje na dlouhodobou spolupráci a společné stanovování cílů.

Lidskoprávní model **podporovaného rozhodování** vychází z Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením a klade důraz na podporu autonomie i u lidí s omezenou rozhodovací kapacitou. V posledních letech se prosazují také digitální modely podporovaného rozhodování, které využívají rozhodovací nástroje a aplikace k podpoře informovaného a partnerského rozhodování.

Tipy pro praxi:

- Vysvětlujte možnosti léčby srozumitelně a otevřeně, jazykem nezátíženým odborným žargonem.
- Vnímejte a validujte pocity, obavy a cíle pacienta/klienta.
- Nabízejte alternativy a dávejte prostor k otázkám.
- Zahrňte peer pracovníky nebo komunitní podporu jako zdroj motivace a naděje.

Praktický příklad:

Pacientka/klientka se chce osamostatnit a bydlet mimo rodinu. Partnerský přístup znamená společné hledání cesty, která zohlední její přání, bezpečnost, dostupné bydlení a podpůrné služby, nikoli automatické odmítnutí z obavy o riziko.

4.5.3 Souvislost s péčí zaměřenou na zotavení – přínosy individuálního a partnerského přístupu

Péče zaměřená na zotavení (recovery-oriented care) staví do centra člověka, jeho hodnoty, cíle a práva. Podporuje naději, autonomii, smysluplný život, sociální začlenění a respekt. Nejde o léčbu zaměřenou na symptomy, ale o celostní přístup, který umožňuje lidem žít život podle vlastních představ (Australian Health Ministers' Advisory Council. (2013).

Péče zaměřená na zotavení je koncept, který podporuje smysluplný život, naději a osobní cíle člověka a je úzce propojen s individuálním a partnerským přístupem. Moderní psychiatrie integruje principy zaměřené na zotavení do každodenní péče: pacient/klient je respektován, viděn jako člověk s možnostmi, a nikoli jen jako nositel diagnózy. Individuální a partnerský přístup je praktickým nástrojem, jak myšlenku zotavení přenést do každodenní praxe. Péče zaměřená na zotavení podporuje i respekt k lidskoprávním tématům, včetně podpory lidí se zkušeností s duševním onemocněním v jejich zapojení do změn systému péče o duševní zdraví.

Přínosy pro pacienty/klienty:

- vyšší míra autonomie a kontrola nad vlastním životem,
- lepší orientace v krizových situacích a hledání vlastní cesty zotavení,
- vyšší motivace k účasti na léčbě a běžném životě,
- lepší udržení a rozvoj sociálních vztahů, práce, studia,
- snížení rizika opakovaných hospitalizací.

Přínosy pro zdravotníky a týmy:

- efektivnější spolupráce s pacientem/klientem,
- lepší výsledky léčby díky využití pacientových/klientových silných stránek,
- možnost plně využít multidisciplinární a komunitní zdroje,
- vyšší spokojenost s moderními přístupy k léčbě díky jejich vyšší efektivitě,
- menší individuální zátěž díky sdílené odpovědnosti v týmu.

Klíčová otázka pro praxi

„Jak mohu podpořit tohoto člověka, aby žil život podle svých možností a cílů a zároveň bezpečně a efektivně využíval dostupné služby?“

Odpověď spočívá v kombinaci individualizace péče, partnerské komunikace, zapojení komunitní podpory a respektu k principům zotavení.

4.6 Potřeby a zájmy lidí se zkušeností s duševním onemocněním v průběhu deinstitucionalizace

Lidé se zkušeností s duševním onemocněním nejsou pouze pacienti hospitalizovanými na psychiatrickém oddělení. Jsou především členy společnosti a komunity, kteří mají své vztahy, role, sny, odpovědnosti, ambice i obavy. Deinstitucionalizace vytváří prostor pro to, aby tyto aspekty běžného života nebyly léčbou potlačovány, ale naopak podporovány a rozvíjeny.

Pro zdravotnický personál je porozumění potřebám a zájmům lidí v průběhu deinstitucionalizace klíčové. Tyto faktory totiž zásadně ovlivňují úspěšnost procesu deinstitucionalizace, úspěšnost léčby, míru spolupráce, adherenci k doporučením i prevenci relapsu. Péče, která nereflektuje reálný život člověka, ztrácí svou účinnost.

4.6.1 Proč je důležité znát potřeby a zájmy lidí v procesu deinstitucionalizace

- Péče se přesouvá z institucí do komunity – život mimo nemocnici je nedílnou součástí léčebného procesu. Je třeba si uvědomit, že člověk se zkušeností s duševním onemocněním nemění pouze adresu, tedy místo pobytu, ale i své prostředí: vztahy, sociální kontakty i socioekonomický statut, proměňuje se celé jeho okolí. Při přechodu od institucionální péče ke komunitní péči je proto nezbytné znát také rizika tohoto procesu, zejména u lidí, kteří byli

hospitalizování dlouhodobě. Role zdravotníka se mění – již není pouze odborníkem na symptomy, ale také partner na cestě k zvládnání každodenního života.

- Pokud péče nezohledňuje skutečné potřeby a priority člověka, zvyšuje se riziko relapsů, opakovaných hospitalizací a ztráty motivace.
- Individuální a partnerský přístup je účinný pouze tehdy, pokud zdravotník rozumí tomu, co člověk skutečně řeší, potřebuje a považuje za důležité (v souladu s životními hodnotami).

4.6.2 Základní potřeby lidí se zkušeností s duševním onemocněním, které jsou během deinstitutionalizace často opomíjené

1. Bezpečí – fyzické i emoční

Pocit bezpečí je základní podmínkou spolupráce, zotavení i důvěry v systém péče. Bezpečí nevzniká pouze zabráněním fyzickému ohrožení, ale také tehdy, když se člověk cítí respektován, vyslyšen a rozumí tomu, co se kolem něj děje.

- Fyzické bezpečí zahrnuje jasná pravidla, strukturu, předvídatelnost a odbornou podporu.
- Emoční bezpečí znamená možnost vyjadřovat obavy a nejistoty bez pocitu strachu z ponížení, zesměšnění či trestu.
- Prostředí, které je srozumitelné, předvídatelné, otevřené a respektující, umožňuje snížení napětí a aktivní zapojení do péče.

2. Informovanost – potřeba porozumění a orientace

Informace jsou nedílnou součástí léčby, nikoli jejím doplňkem. Člověk potřebuje vědět, co se děje, proč se to děje, jak dlouho to může trvat a co bude následovat.

Informovanost snižuje úzkost, paniku a nejistotu. Neznámé situace vyvolávají strach, zejména u lidí v psychické krizi. Člen multidisciplinárního týmu, který může v tomto ohledu velmi týmu pomoci, je peer konzultant. Ten může seznamovat pacienta/klienta např. s průběhem hospitalizace, s pravidly spolupráce, a zároveň mu dávat naději, že současný stav není definitivní. Prostředí, kde léčba probíhá se tak pro pacienta/klienta stává přijatelnějším a pochopitelnějším. Informovanost:

- snižuje úzkost, paniku a nejistotu,
- posiluje pocit kontroly,
- buduje důvěru v odborníka a posiluje partnerský vztah,
- podporuje motivaci a adherenci,
- umožňuje skutečnou autonomii.

3. Respekt a důstojnost – potřeba být vnímán jako osoba

Člověk se zkušeností s duševním onemocněním chce být vnímán jako člověk – se svými životními zkušenostmi, hodnotami a vztahy. Ne jako diagnóza, ne jako problém, ne jako případ. Ztráta důstojnosti patří k nejbolestivějším zkušenostem spojeným s duševním onemocněním a hospitalizací. Přístup odborníků zásadním způsobem ovlivňuje, zda pacient zakusí respekt, nebo naopak ponížení.

- Respekt se projevuje jazykem, tónem, způsobem komunikace i přístupem.
- I nutná režimová opatření lze realizovat s vysvětlením, porozuměním a úctou. Způsob, jakým jsou opatření prezentována, rozhoduje o tom, zda je pacient/klient vnímá jako ochranu, nebo jako trest či nesmyslné omezení.
- Stigmatizace (Kågström, A. et al., 2025; Rüşch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W., 2005; Edward, M., 2025), bagatelizace, nerespektující komunikace či neosobní přístup mají negativní dopad na psychický stav, motivaci i důvěru v léčbu. Mluvení o lidech pouze skrze jejich diagnózu posiluje pocit méněcennosti a může zvyšovat odpor k systému.

4. Autonomie a spolupráce – potřeba kontroly a zapojení

Touha mít vliv na vlastní život, moci se seberealizovat je základní lidskou potřebou (Maslow, A. H., 1943). Rozhodovat, volit a chápat své možnosti je přirozená součást lidské důstojnosti. Hospitalizace nemusí znamenat oslabení autonomie – naopak může být příležitostí k jejímu posílení.

- Rozhodování je dovednost, kterou je možné se naučit, rozvíjet. Pokud je během hospitalizace odebírána, oslabuje se také sebevědomí, motivace a schopnost samostatně fungovat v běžném životě. Naopak malé volby – jak trávit čas, co si dát ke svačině, co preferovat v rámci léčby – posilují pocit kompetence a sebeúčinnosti.

5. Stabilita v běžném životě – potřeba kvalitního a nadějeplného života

Duševní zdraví tvoří především kvalita každodenního života. Stabilní bydlení, finanční jistota, práce, studium, vztahy, volnočasové aktivity a prostředí, ve kterém člověk žije, vědomí smyslu svého života. Toto vše zásadně ovlivňuje jeho duševní zdraví a celkovou psychickou pohodu, zároveň tvoří ochranné faktory.

- Hospitalizace zpravidla řeší akutní stav, ale po propuštění se člověk vrací do prostředí, kde jeho potíže často vznikly nebo se udržují. Pokud nemá dostatečné stabilní podmínky nebo kompetence k jejich zvládnutí, riziko relapsu výrazně roste.
- Sociální opora a přijetí jsou ochrannými faktory před zhoršením potíží.
- Práce, struktura a smysluplné činnosti podporují motivaci, sebevědomí i dlouhodobou adherenci.
- Dovednosti pro běžný život (hospodaření, plánování, komunikace, řešení konfliktů) pomáhají člověku zvládat situace, které ho dříve destabilizovaly.
- Člověk se zkušeností s duševním onemocněním potřebuje nejen zvládnout akutní symptomy, ale také být připraven žít běžný život s jeho nároky a výzvami.

6. Partnerský přístup, zplnomocnění, motivace a odpovědnost

Člověk potřebuje věřit, že jeho hlas má váhu a že jeho rozhodnutí skutečně ovlivňují jeho život. Vnitřní motivace nevzniká tlakem ani autoritativním přístupem, ale právě možností volby, důvěrou a partnerským vztahem.

7. Podpora v krizích – potřeba opory v obtížných situacích (dle individuálního přání a zájmu, zmapování vlastních zdrojů, mechanismů řešení)

Jasný krizový plán posiluje pocit bezpečí, snižuje paniku a podporuje samostatnost.

- Lidé potřebují vědět, na koho se mohou obrátit, když se jejich psychický stav zhorší. Krizová situace často přichází náhle a je spojena s intenzivními emocemi – strachem, panikou, zmatením nebo bezradností. Bez jasného plánu se člověk může cítit ohrožen, sám a bez možnosti pomoci či řešení.
- Jasný, konkrétní a realistický krizový plán snižuje úzkost, posiluje pocit kontroly a bezpečí, snižuje míru či předchází unáhlenému nebo chaotickému jednání a snižuje pravděpodobnost opakovaných hospitalizací. Posiluje samostatnost, protože pacient/klient zná své zdroje podpory, možnosti a hranice.
- Krizový plán není pouze seznam kontaktů – je to nástroj, který pomáhá člověku zorientovat se v těžké chvíli a využít pomoc, která je pro něj skutečně dostupná.

8. Naděje a smysl – potřeba vidět budoucnost, potřeba zotavení se

Naděje je jedním z nejdůležitějších ochranných faktorů duševního zdraví a dává životu směr a smysl. Člověk potřebuje vědět, že jeho nemoc je zvládnutelná, že život s nemocí může pokračovat a že se může rozvíjet i navzdory obtížím. K nalezení naděje, že zotavení z nemoci je možné, výrazně napomáhá sdílení zkušeností lidí, kteří si podobnou nemocí prošli a zotavili se z ní (peer konzultanti).

Spiritualita je přirozenou součástí lidského prožívání. Představuje hodnoty, přesah lidského života, identitu a vnitřní integritu. Nemusí být spojena s konkrétním náboženstvím, ale je důležitým pilířem při zvládání nemoci. Respekt k duchovnímu prožívání proto tvoří důležitou součást komplexní péče.

Jak jsme již říkali, péče, která nereflexuje reálný život člověka, ztrácí svou účinnost. Praktická doporučení, jak zohledňovat základní potřeby lidí se zkušeností s duševním onemocněním v každodenní praxi, shrnuje samostatný dokument Jak vytvářet respektující a partnerský přístup k lidem se zkušeností s duševním onemocněním.¹³

4.6.3 Zájmy lidí se zkušeností s duševním onemocněním v procesu deinstitucionalizace

1. Chtějí žít doma, ne v nemocnici

- hospitalizace má být přiměřeně dlouhá, založená na individuálním přístupu k potřebám pacienta, má být cílená a bezpečná.

2. Chtějí být slyšeni – za nejproblematictější momenty péče uvádějí, kdy:

- měli dotazy, různé obavy a pochybnosti, ale nebyla pro ně osoba, prostor a čas, která by se jim věnovala / který by jim byl věnován,
- říkali, co potřebují a pomáhá jim, a naopak, co jim nepomáhá a jejich stav zhoršuje, a nebylo jim nasloucháno. Často necítili ze strany zdravotníků respekt a skutečný zájem.

3. Chtějí zvládat svůj život a k tomu potřebují:

- podporu při zvládání stresu a zátěže. Pobyt v psychiatrické nemocnici / na psychiatrickém oddělení může být pro člověka se zkušeností stresující záležitostí. Podporující komunikace pomáhá se zorientovat v daných situacích.

¹³ Jak vytvářet respektující a partnerský přístup k lidem se zkušeností s duševním onemocněním. [Praktická doporučení](https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/podup-podpora-zapojovani-uzivatelu-pecujicich-spolecne-vzdelavani-v-projektu-podup)
<https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/podup-podpora-zapojovani-uzivatelu-pecujicich-spolecne-vzdelavani-v-projektu-podup>

4. **Chtějí smysluplně trávit volný čas**, někteří k tomu potřebují:
 - podporu s plánováním dne,
 - mít nabídku smysluplných volnočasových aktivit a příležitosti k zabavení se (vyváženost, edukace),
 - získávat a prohlubovat potřebné kompetence pro zvládání běžného života,
 - udržovat kontakt s komunitou, svojí rodinou, dětmi, přáteli.
5. **Chtějí zachovat svoje životní role**: rodič, partner, student, kolega...
 - a být tím, kým před onemocněním byli,
 - zachování životních rolí výrazně posiluje léčbu a prevenci relapsu.
6. **Chtějí si zachovat důstojnost a vlastní hodnotu** a cítit se jako plnohodnotní lidé:
 - důstojnost není benefit ani odměna za spolupráci, ale základní lidskoprávní minimum,
 - její absence vede k prožívání studu, bezmoci a ponížení a vytváří prostor pro internalizaci stigmatizujícího obrazu sebe sama,
 - zachování důstojnosti je zásadní podmínkou pro udržení sebeúcty, naděje a smysluplného života.

4.7 Rizika procesu deinstitutionalizace

Proces deinstitutionalizace je zásadní společenskou změnou v oblasti poskytování pobytových sociálních služeb a v oblasti poskytování psychiatrické péče ve velkých psychiatrických nemocnicích. Nelze ho tudíž redukovat pouze na zavírání ústavů. Pro úspěšný průběh deinstitutionalizace je tak potřeba vnímat i rizika takové společenské změny.

Mezi nejzásadnější rizika řadíme:

1. Nedostatečné komunitní služby a podpora (Sá-Fernandes, L. et al., 2025)

Pokud nejsou vytvořeny nebo jsou regionálně málo dostupné kvalitní komunitní služby, lidé se závažným duševním onemocněním mohou zůstat bez potřebné péče.

2. Transinstitucionalizace (Sá-Fernandes, L. et al., 2025)

Je jev, kdy jsou lidé se zkušeností s duševním onemocněním sice propuštěni z psychiatrické nemocnice, nicméně z mnoha důvodů jsou přemístěni do jiné instituce (např. domovů se zvláštním režimem, ubytoven, věznic). Tento jev je opakovaně identifikován jako zásadní problém.

3. Sociální izolace a diskriminace (Sá-Fernandes, L. et al., 2025)

Pokud není na deinstitutionalizaci připravena společnost, poskytované služby i nejbližší okolí člověka se zkušeností s duševním onemocněním, mohou lidé propuštěni z velkých psychiatrických nemocnic žít v komunitě, ale díky např. vysoké stigmatizaci mohou být osamělí, možná až sociálně izolovaní. Důsledkem takové sociální izolace je mimo jiné i zhoršená kvalita života.

4. Nedostatečné financování a špatná alokace zdrojů (Sá-Fernandes, L. et al., 2025)

Stává se, že díky problematické alokaci finančních i lidských zdrojů, která bývá často založena na zvyklostních pravidlech, je většina těchto zdrojů stále směřována do velkých institucí. Tato skutečnost pak samozřejmě brání rozvoji dostupných a kvalitních komunitních služeb. Ekonomické pobídky mohou dokonce podporovat udržování institucí.

5. Slabé plánování, koordinace a vedení (Montenegro, C. et al., 2023)

Pokud není proces deinstitutionalizace dostatečně naplánován, neexistuje strategie/plán tohoto procesu, vedení procesu deinstitutionalizace je slabé a implementace je nekoordinovaná, je velmi obtížné tento hluboký společenský proces dovést ke zdárnému konci.

6. Odpor pracovníků, rodin a komunity a setrvačnost systému (Sá-Fernandes et al., 2025)

Změny mohou vyvolat odpor u personálu, rodin i širší veřejnosti, zejména pokud chybí komunikace a vzdělávání. Část odborníků preferuje tradiční institucionální model a brání změnám. Silná dominance medicínského modelu může bránit rozvoji komunitních, na zotavení orientovaných a psychosociálních služeb.

7. Nedostatek dostupného bydlení (Sá-Fernandes et al., 2025)

Dostatek nezávislého bydlení je vnímán jako jeden z klíčových principů, který zásadním způsobem umožňuje proces deinstitutionalizace. Nedostatek nezávislého bydlení v komunitě je tedy velkým rizikem celého procesu. Bez dostupného a podporovaného bydlení hrozí bezdomovectví nebo návrat do institucí. Bez stabilního bydlení není možné skutečné začlenění do komunity.

8. Riziko kriminalizace

Pokud lidé nedostanou adekvátní podporu, mohou se dostat do konfliktu se zákonem a končit ve věznicích.

9. Nedostatečně vyškolená pracovní síla (Montenegro, C. et al., 2023)

Pokud pracovníci komunitních služeb nemají potřebné kompetence, mohou komunitní služby selhávat. Proto je potřebné pracovníky komunitních služeb velmi dobře proškolit.

10. Slabá governance, nedostatečná advokacie a participace lidí se zkušeností s duševním onemocněním (Sá-Fernandes et al., 2025)

Chybějící politická vůle, slabé řízení a nedostatek hlasu lidí s vlastní zkušeností mohou proces zpomalit nebo deformovat. Bez zapojení uživatelů vznikají služby, které nereflktují jejich potřeby.

5. ZAPOJOVÁNÍ PEER PRACOVNÍKŮ DO ROZHODOVÁNÍ O SYSTÉMU PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

5.1 Kontext a nový model péče

Jak již bylo v předchozích kapitolách uvedeno, současné systémy péče o duševní zdraví procházejí v evropském i globálním kontextu zásadní transformací směrem k péči orientované na zotavení. Tento přístup klade důraz na autonomii, lidská práva, participaci, naději a smysluplný život člověka i přes přítomnost duševního onemocnění. Nejde pouze o klinickou remisi symptomů, ale o podporu osobní obnovy, identity, sociálních rolí a začlenění do komunity.

Světová zdravotnická organizace (WHO) dlouhodobě zdůrazňuje, že jedním z klíčových pilířů této transformace je systematické zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním přímo do rozhodovacích struktur – tedy do tvorby politik, plánování služeb, hodnocení kvality péče o duševní zdraví i komunitních iniciativ. V rámci spolupráce Regionální kanceláře WHO pro Evropu s Evropskou komisí na projektu „Řešení problémů duševního zdraví v Evropské unii, na Islandu a v Norsku“ vznikl dokument *Transforming mental health through lived experience: roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community*¹⁴ (2025). Tento strategický plán představuje praktický rámec, jak přejít od formální účasti lidí se zkušeností k jejich skutečnému zapojení do změn systémů péče o duševní zdraví založeného na principech spolupřevorby (co-creation) politik, strategií, služeb (včetně designu jednotlivých intervencí).

Dokument reflektuje i systémové překážky, které zapojování peer pracovníků provázejí, například odpor části odborníků, nedostatečné financování, nejasné vymezení rolí nebo politické limity. Zdůrazňuje však, že bez integrace žité zkušenosti nelze dosáhnout systému péče o duševní zdraví skutečně orientovaného na zotavení.

Rámec je strukturován do šesti opatření:

1. **Posilování politik** zakotvením participace lidí a odborníků s žitou zkušeností do tvorby a implementace národních strategií a legislativy v oblasti péče o duševní zdraví s důrazem na soulad s principy péče orientované na zotavení.
2. **Budování připravenosti organizací** posilováním systémů a kultury, organizací, které podporují efektivní zapojování peer pracovníků do multidisciplinárních týmů a širších systémů v oblasti péče o duševní zdraví při zajištění souladu s principy péče orientované na zotavení.
3. **Podpora spolupřevorby, spolupráce a zapojování** zakotvením principů spolupřevorby do navrhování, poskytování a hodnocení služeb péče o duševní zdraví tak, aby lidé se zkušeností spolu s dalšími odborníky informovali o možnostech systémových změn (fáze návrhu, realizace i evaluace služeb).
4. **Standardizace vzdělávání a certifikace** spolupřevorbou a zaváděním standardizovaných vzdělávacích a certifikačních programů pro peer pracovníky a lidi se zkušeností. Takové programy zajišťují konzistentnost, profesionalitu, věrnost principům žité zkušenosti a praxe orientované na zotavení.
5. **Posílení supervize a podpory** zavedením reflektivních a na silných stránkách založených klinických/praktických supervizních modelů, které peer pracovníkům poskytnou podporu při zvládání emočních nároků (ochrana jejich duševního zdraví) a orientaci v profesních očekáváních a zároveň zajišťují dodržování dobré praxe a věrnost principům profesionálních rolí založených na žité zkušenosti.

¹⁴ Transforming mental health through lived experience: roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community

- 6. Rozšiřování dostupnosti** využíváním přístupných digitálních nástrojů a komunikačních platform pro širší dosah peerské podpory, zejména v odlehlejších a nedostatečně obsluhovaných oblastech.

Porozumění potenciálu peer pracovníků měnit systém při tvorbě a rozvoji služeb je zásadní pro směřování k takovým systémům péče o duševní zdraví, které jsou inkluzivní, respektující lidská práva a dostupné co největšímu počtu lidí, kteří tento systém využívají nebo budou v budoucnosti využívat.

5.1.1 Proč je zkušenost lidí s duševním onemocněním důležitá v rozhodovacích procesech?

Lidé s prožitou zkušeností přinášejí specifickou expertní znalost – tzv. zkušenostní poznání/znalost (experiential knowledge). Tento typ poznání je založen na každodenním prožívání/zvládání symptomů duševního onemocnění, interakci se službami, zvládání stigmatizace a hledání osobní cesty zotavení.

Peer pracovník tuto zkušenost reflektuje, aktivně s ní pracuje a propojuje s odbornými kompetencemi získanými vzděláváním v oblasti péče o duševní zdraví a peerským výcvikem. Tato zkušenost je zatím nedoceněná. Může ale efektivně podporovat jednotlivce (Cooper, R. E. et al., 2024) nebo skupiny jednotlivců, služby i systémové změny. Tím vzniká jedinečná kombinace autenticity a profesionality.

Zapojení peer pracovníků do rozhodování je důležité zejména proto, že:

- Přinášejí **autentické poznatky o potřebách lidí** se zkušeností s duševním onemocněním, které nejsou vždy zachytitelné indikátory, které používají zdravotní nebo sociální služby (např. každodenní realita, bariéry a dopady služeb). Peer pracovníci mohou své zkušenosti využít v procesu spolupráce konkrétních návrhů ke zlepšení systému péče o duševní zdraví.
- **Podporují kulturu respektu, důstojnosti a lidských práv**, kdy pomáhají prosazovat zásady péče orientované na zotavení jako normu, nikoli jako bonus. Jejich účast v rozhodování podporuje respekt k lidským právům, autonomii a důstojnost lidí se zkušeností s duševním onemocněním.
- Modelují **naděje a zotavení jako reálný proces**, kdy ukazují svým příkladem, že zotavení se z nemoci je možné a reálné.
- Poskytují **zpětnou vazbu**, která má potenciál měnit praxi, nikoliv ji pouze hodnotit – peer pracovníci reflektují již existující služby, modelují zotavení a perspektivu, která pomáhá redesignu služeb tak, aby byly inkluzivnější a efektivnější.

5.1.2 Žitá zkušenost jako expertíza

Plán WHO „Proměna duševního zdraví prostřednictvím prožitých zkušeností“ staví žitou zkušenost s duševním onemocněním na stejnou úroveň odbornosti, jako je zdravotní či sociální, a to za současného uvědomění si specifik, která vycházejí z vlastních prožitků při průchodu systémem péče o duševní zdraví. Peer pracovník tak svou zkušenost transformuje do odborných přínosů:

- rozumí procesu zotavení osobně, existenciálně,
- zná bariéry systému „ zevnitř“,
- dokáže identifikovat faktory, které podporují naděje, i ty, které ji naopak oslabují,
- přispívá k proměně služeb tak, aby nebyly pouze symptomaticky orientované, ale skutečně podporovaly kvalitu života lidí se zkušeností s duševním onemocněním.

Tento druh odbornosti je nepřenositelný a nelze jej získat pouze prostřednictvím akademického vzdělání. Každá peerská expertíza je autentická a unikátní – právě v této rozmanitosti spočívá její síla. Přestože se zkušenosti jednotlivých lidí liší, jako uživatelé systému péče se shodují na klíčových prioritách, které považují za nezbytné pro jeho další rozvoj. Za zásadní považují zejména důsledné respektování lidských práv během celého průchodu systémem péče, kontinuální zvyšování kvality poskytovaných služeb a posilování přechodu od velkých institucionálních zařízení ke komunitní péči.

Zároveň upozorňují na faktory, které významně brání procesu zotavení, jako jsou nedostatek příležitostí na otevřeném trhu práce, nedostatek a finanční nedostupnost bydlení, sociální izolace, stigmatizace a sebestigmatizace, nedostatečná dostupnost služeb v některých regionech a mnohé další.

5.2 Úrovně zapojování peer pracovníků do struktury rozhodování

Rozhodování v oblasti péče o duševní zdraví se zabývá otázkami:

- jak bude péče o duševní zdraví vypadat,
- pro koho bude dostupná,
- jakými hodnotami se bude řídit,
- jaké zdroje budou využity,
- kdo bude mít hlas a vliv.

Zapojení peer pracovníků do struktury rozhodování probíhá na třech úrovních:

1. **Makro úroveň – politická a strategická.** Zde se rozhoduje o směřování systému jako celku. Zahnuje národní a regionální strategie, legislativu, financování a poradní orgány. Skutečné zapojení peer pracovníků znamená spolurozhodování a spolupráci strategických dokumentů a politik v oblasti duševního zdraví, nikoli pouze připomínkování hotových materiálů.
2. **Meso úroveň – organizace a služby.** Tvorba metodik, standardů, plánování rozvoje služeb, komunitní plánování, hodnocení kvality péče. Peer pracovníci zde vystupují jako rovnocenní členové struktury, nikoli pouze jako „zástupci pacientů/klientů“.
3. **Mikro úroveň – každodenní praxe.** Plánování péče, individuální zotavovací plány, sdílené rozhodování v týmu. Zde se principy participace promítají do konkrétního života jednotlivce. Zapojení znamená partnerský přístup, sdílené rozhodování a respekt k autonomii.

5.3 Zkušenosti a přínos peer pracovníků do systému péče o duševní zdraví

1. Podpora lidí v různých fázích duševního onemocnění

Peer pracovníci v přímé podpoře jako konzultanti představují naplňování partnerského přístupu a přinášejí tyto hodnoty:

- podpora pacientů/klientů na jejich cestě zotavení a v orientaci sítě služeb o duševní zdraví,
- dávají naději, že zotavení je možné pro všechny,
- úplnější obraz o fungování péče – jejich přítomnost v multidisciplinárních týmech umožňuje zachytit aspekty fungování služeb, které by jinak mohly zůstat neviditelné,
- zlepšení komunikace – peer pracovníci často fungují jako most mezi pacienty/klienty a odborníky, což vede k hlubší, autentičtější komunikaci,
- zvýšení zplnomocnění (empowerment) pacientů/klientů – přispívají k tomu, že pacienti/klienti věří, že zotavení je možné a že jejich hlas má hodnotu.

Role peer konzultanta představuje klíčový prvek přímé podpory v systému péče o duševní zdraví, neboť do něj vnáší perspektivu žité zkušenosti a principy partnerského přístupu. Přispívá k posilování porozumění, důvěry a otevřenosti pacientů/klientů v procesu péče a zároveň napomáhá identifikovat jejich potřeby, které mohou v rámci tradičně pojaté odborné péče zůstat přehlíženy. Tím se podílí na celkovém zkvalitňování a humanizaci poskytovaných služeb. Význam této role rovněž spočívá v jejím širším systémovém dopadu, kdy podporuje rozvoj přístupu orientovaného na zotavení a přispívá ke snižování stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním.

2. Vzdělávání odborné a laické veřejnosti

Peer pracovníci mohou jako lektori a školitelé:

- sdílet své zkušenosti se zotavením a praxi založenou na zkušenosti,
- modelovat, jak zotavení vypadá, a být jeho příkladem,
- být součástí výcviku, proškolení pracovníků v tématech týkajících se duševního zdraví,
- radit organizacím, týmům, jak zapojit člověka se zkušeností do své služby,
- připravovat multidisciplinární týmy na příchod peer pracovníka,
- vysvětlovat, jaký dopad má služba na pacienty/klienty ve skutečnosti,
- snižovat stigmatizaci a rozšiřovat povědomí o duševním zdraví,
- zpřehledňovat široké veřejnosti služby stále se vyvíjejícího systému péče o duševní zdraví a ukázat cesty, kde hledat dostupnou pomoc.

Taková role, role peer lektorů, zásadně posiluje profesionalizaci systému péče, protože rozšiřuje perspektivu odborných týmů o zkušenostní expertízu.

3. Hodnocení kvality péče a systémové reflexe

Peer pracovníci se mohou podílet na hodnocení kvality péče a dodržování lidských práv v jednotlivých zařízeních poskytujících péči v oblasti duševního zdraví. Tato role znamená:

- poskytování nezávislé zpětné vazby o reálném fungování služeb přímo z perspektivy pacientů/klientů,
- identifikaci silných a slabých stránek v systému péče, které mohou být jinak přehlédnuty,
- přispívání k systematickému zlepšování kvality služeb na základě žité zkušenosti. Tato role peer pracovníka se nazývá peer hodnotitel a jeho zkušenostní expertíza se stává součástí interních i externích hodnotitelských týmů, týmu ombudsmana a dalších struktur zaměřených na dohled nad kvalitou péče a ochranou práv klientů.

4. Prosazování práv a zájmů uživatelů

Peer pracovníci mohou také působit v různých pracovních skupinách, být členy rozhodovacích uskupení na národní, krajské či regionální úrovni. Mohou být zaměstnáni na krajských úřadech, úřadech obcí s rozšířenou působností a podílet se na tvorbě strategií poskytování zdravotních a sociálních služeb. Tato role znamená:

- zajištění, aby hlas lidí se zkušeností byl součástí formulování politik a strategií péče,
- posílení povědomí o lidských právech a principech deinstitucionalizace,
- spolupráce a připomínkování strategických dokumentů týkajících se oblastí duševního zdraví,
- obhajoba práva na volbu a důstojnou péči, která reflektuje potřeby lidí se zkušeností s duševním onemocněním (nastavování služeb, komunitní plánování služeb, kvalita a dostupnost služeb).

Peer pracovník v roli obhájkovské zajišťuje kritické hodnocení, prosazování práv občanů a reflexi skutečných dopadů péče o duševní zdraví. Tyto kompetence přispívají k tomu, že rozhodování o systému péče je více inkluzivní, relevantní a respektující lidská práva a potřeby lidí, kterých se péče skutečně dotýká.

5.4 Nebezpečí tokenismu v zapojování peer pracovníků

Tokenismus představuje významné riziko při zapojování osob se zkušeností s duševním onemocněním do tvorby politik, služeb a hodnotících procesů. Nastává v situacích, kdy jsou tito lidé formálně přizváni k účasti, avšak bez skutečného vlivu na rozhodování, bez adekvátního uznání jejich expertízy a bez reálné integrace jejich perspektivy do výsledné praxe.

Formální účast se může projevovat například nerovnoměrným zastoupením v týmech, marginalizací jejich hlasu, symbolickým přidělením prostoru bez možnosti ovlivnit výstupy nebo snižováním významu jejich žité zkušenosti ve srovnání s tradičně chápanou odborností. Takové zapojení vytváří zdání inkluze, aniž by docházelo ke skutečné redistribuci moci či změně rozhodovacích procesů.

5.4.1 Důsledky tokenismu

Tokenismus má jak individuální, tak systémové dopady:

- Frustrace a demotivace peer pracovníků – opakovaná zkušenost s nedostatečným uznáním jejich přínosu vede k pocitům bezmoci, ztrátě důvěry v participativní procesy a k omezení jejich dalšího zapojení.
- Devalvace zkušenostní expertízy – pokud není žitá zkušenost uznávána jako legitimní zdroj poznání, dochází k jejímu systematickému zneviditelňování.
- Udržování statu quo v politice a praxi – systémy mohou působit navenek participativně a inkluzivně, avšak bez reálné změny svých mocenských struktur, rozhodovacích mechanismů a hodnotových východisek.
- Snížená kvalita služeb – absence skutečné integrace perspektivy uživatelů služeb vede k tomu, že služby nereflktují jejich reálné potřeby, zkušenosti a priority.
- Ztráta důvěry – tokenistické zapojení může oslabovat důvěru mezi jednotlivými aktéry systému péče, včetně vztahu mezi uživateli služeb a institucemi.

5.4.2 Prevence tokenismu

Prevence tokenismu vyžaduje systematický a strukturální přístup k zapojování peer pracovníků, který přesahuje pouhou deklarativní inkluzi. Klíčovým předpokladem je uznání žité zkušenosti nikoli jako doplňku, ale jako plnohodnotné formy expertízy – tzv. zkušenostní expertízy. Právě posun ve vnímání žité zkušenosti směrem k její legitimizaci jako odborného přínosu představuje jeden ze základních preventivních mechanismů proti tokenismu.

Mezi další důležité prvky prevence patří:

- Rovnocenné postavení v rozhodovacích procesech – zajištění reálné rozhodovací pravomoci peer pracovníků, nikoli pouze konzultativní role.
- Vyvážené zastoupení – adekvátní počet peer pracovníků v různých uskupeních tak, aby jejich hlas nebyl marginalizován.
- Jasně definované role a kompetence – ukotvení role peer pracovníků včetně odpovědností a očekávaných výstupů.
- Odpovídající finanční ohodnocení a podpora – uznání jejich práce jako odborné činnosti.
- Integrace výstupů do praxe – aktivní práce s doporučeními peer pracovníků a jejich promítání do konkrétních změn služeb a politik.

Bez smysluplného zapojení lidí s prožitou či právě prožívanou zkušeností s duševním onemocněním do rozhodování o systému péče dochází k reprodukci mocenských nerovností. Systém se vzdaluje reálným potřebám uživatelů služeb a ochrana lidských práv zůstává na úrovni deklarací, nikoli každodenní praxe. Zapojení zkušenostní expertízy proto nepředstavuje doplňkový prvek, ale zásadní strukturální změnu směřující k inkluzivnějšímu, efektivnějšímu systému péče o duševní zdraví.

5.5 Spolutvorba (Co-creation) jako základní mechanismus participace

Spolutvorba označuje proces společného vytváření služeb, strategií a programů všemi relevantními aktéry – zejména těmi, kdo služby využívají, a těmi, kdo je poskytují nebo řídí.

Efektivní spolutvorba zahrnuje:

- Zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním již v raných fázích návrhu strategií, nikoli až jako dodatečné konzultace či připomínkování dokumentů.
- Vzájemný respekt a uznání různých druhů odborností – zkušenostní expertíza, zdravotnická expertíza, politická expertíza, sociální expertíza jsou považovány za rovnocenné a doplňují se.
- Sdílení pravomocí v rozhodovacích procesech – lidi se zkušeností a peer pracovníci by měli mít možnost ovlivnit výsledné rozhodnutí, nikoli pouze upozornit na problém.
- Zajištění podpory, školení, financování a institucionální infrastruktury – bez toho je zapojení pouze formální.

Zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním a peer pracovníků do rozhodovacích procesů není výlučně otázkou sociální spravedlnosti, ale zásadní prioritou pro transformaci systému směrem k péči orientované na zotavení, respektu a lidským právům. Integrace jejich zkušenostní expertízy do struktury politiky a praxe:

- posiluje systémovou reflexi a inovaci,
- zvyšuje relevanci služeb pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním,
- podporuje partnerskou spolupráci mezi různými odbornými i zkušenostními perspektivami,
- napomáhá překonávat strukturální bariéry stigmatizace a pasivity.

Pokud je zapojení lidí s žitou zkušeností klíčové pro systémovou transformaci péče, obdobně zásadní je zapojení jejich nejbližšího sociálního okolí. Zotavení se totiž neodehrává ve vakuu, probíhá v kontextu rodinných vztahů, přátelství a komunitních vazeb.

Stejně jako peer pracovníci přinášejí zkušenostní expertízu do systému, přinášejí rodiny a neformální pečující každodenní, vztahovou a dlouhodobou perspektivu péče. Bez jejich podpory může být proces zotavení oslaben, zatímco jejich systematické zapojení může významně zvýšit stabilitu, kontinuitu a efektivitu péče.

6. PRÁCE S RODINOU, PROČ A JAK ZAPOJOVAT NEFORMÁLNÍ PEČUJÍCÍ DO PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ JEJICH BLÍZKÝCH, U NICHŽ BYLO DIAGNOSTIKOVÁNO DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Zapojování neformálních pečujících představuje jeden ze základních pilířů komunitně a na zotavení orientované péče. Rodina a blízcí často poskytují dlouhodobou podporu, která přesahuje možnosti systému péče o duševní zdraví.

6.1 Důvody pro zapojení neformálních pečujících

- **Podpora kontinuity péče** – neformální pečující, tedy rodinní příslušníci nebo přátelé, jsou významnou součástí každodenní podpory člověka se zkušeností s duševním onemocněním, což umožňuje podporu, udržení a kontinuitu péče mezi jednotlivými terapeutickými sezeními a návštěvami odborníků. Pečující mohou pomoci sledovat pokrok, rozpoznávat příznaky zhoršení stavu a informovat odborníky o změnách.
- **Zajištění motivace a emocionální podpory** – lidé se zkušeností s duševním onemocněním často zažívají pocity izolace, úzkosti nebo deprese. Neformální pečující mohou nabídnout emocionální podporu, posílit motivaci k léčbě a pomoci při vyrovnávání se s náročnými emocemi, což zlepšuje šance na úspěšné zotavení.
- **Snížení stigmatizace a vnímání léčby jako běžné součásti péče o zdraví** – v mnoha případech je duševní onemocnění spojeno se stigmatem. Pokud se neformální pečující otevřeně podílejí na péči o blízkého, mohou pomoci odbourávat předsudky a podpořit přístup k léčbě jako k běžné zdravotní péči.
- **Zvýšení efektivity léčby** – když pečující rozumějí specifikům duševního onemocnění, jeho symptomům a dostupným léčebným postupům, jsou schopni účinněji podporovat své blízké se zkušeností s duševním onemocněním v každodenním fungování a napomáhat dodržování terapeutických doporučení. Tím mohou významně přispět k rychlejšímu, stabilnějšímu a dlouhodobě udržitelnému zlepšení zdravotního stavu člověka s duševním onemocněním.

6.1.1 Jak zapojit neformální pečující do péče o duševní zdraví.

- **Poskytování informací a vzdělávání** – je důležité, aby pečující byli informováni o principech duševního zdraví, povaze duševního onemocnění, symptomech, léčebných možnostech a způsobech, jak mohou podporovat své blízké. Vzdělávací programy, skupiny pro pečující a poradenství mohou poskytnout cenné nástroje a znalosti, které pomohou pečujícím lépe pochopit situaci.
- **Zajištění podpory pro pečující osoby** – vytvoření podpůrných sítí pro pečující, včetně skupinových terapeutických sezení, svépomocných skupin pečujících rodičů nebo poradenství. Takové zapojení může pomoci pečujícím zvládat stres a zátěž. Mnoho pečujících se může cítit osaměle nebo přehlíženo, a proto je důležité, aby měli přístup k podpoře a sdílení zkušeností.
- **Zahrnutí pečujících do terapeutických sezení** – pokud je to vhodné, je užitečné zapojit pečující do rodinné terapie nebo sezení, kde se mohou naučit, jak lépe komunikovat se svým blízkým, který si prochází duševním onemocněním, jak reagovat na krizové situace a jak podporovat proces zotavení.
- **Rozvíjení komunikačních dovedností** – pečující by měli být školeni v technikách aktivního naslouchání a efektivní komunikace a rozvíjení empatie, což může zlepšit jejich vztah jak s blízkým, o kterého pečují, tak s profesionály. Zároveň jim tyto dovednosti pomohou lépe reagovat na obtížné situace.

- **Flexibilní přístup a respektování hranic** – je důležité, aby zdravotníci respektovali osobní hranice pečujících a nevyžadovali jejich plnou angažovanost, pokud nejsou připraveni. Je nutné zajistit, aby pečující měli možnost kdykoli požádat o přehodnocení svého zapojení do péče.

6.2 Zásady efektivní komunikace s rodinou a blízkými přáteli člověka s duševním onemocněním

- **Empatie a naslouchání** – ošetřující lékařský a nelékařský personál při komunikaci s rodinnými příslušníky a přáteli podporujícími člověka se zkušeností s duševním onemocněním aktivně naslouchá a projevuje porozumění pocitům a obavám, které sdílají členové rodiny a pečující. Je tím podpořen vzájemný pozitivní vztah, budování důvěry a ujištění členů rodiny, že péče o nemocného člena rodiny se ubírá správným směrem. Sama rodina po onemocnění člena rodiny duševním onemocněním si prochází duševní krizí, velkou zkouškou a silnou zátěží. Má rozporuplné pocity, otázky, co se děje a co se bude dít dál. Sama se v této náročné životní situaci potřebuje zorientovat a s pomocí odborné anebo i svépomocné pomoci ji překlenout a zotavit se z ní. Necitlivost v komunikaci, lhostejnost k pocitům a situacím druhých, ale i neznalost či neuvědomění si následků nevhodných (bagatelizujících, stigmatizujících, obviňujících) slov může emočně zraňovat, způsobit nedůvěru k ošetřujícímu lékaři, léčbě, medikaci a brzdit či znemožnit jak účast na celém procesu, tak zotavení rodiny i člověka se zkušeností s duševním onemocněním.
- **Otevřená a jasná komunikace** – používání otevřených otázek a jasných srozumitelných informací pomáhá členům rodiny a pečujícím lépe porozumět situaci a zorientovat se v ní. Členové rodiny a pečující hledají odpovědi na otázky, jak mohou pomoci, jak být oporou pro svého blízkého, co dělat a nedělat, aby neublížili či neztížili proces léčby a zotavení se z onemocnění jejich blízkého.
- **Podpora a povzbuzení** – emoční a informační podpora rodiny, blízkých přátel a dalších neformálních pečujících dává naději a posiluje důvěru ve vlastní schopnosti a dovednosti zvládnout a překonat zátěž spojenou s onemocněním blízkého člena rodiny.
- **Spolupráce a zapojení** – zapojení rodiny, přátel a dalších neformálních pečujících do participace na rozhodování o léčebném procesu zvyšuje jejich informovanost a porozumění průběhu péče. Tím přispívá k lepší orientaci v léčebném procesu a snižuje nejistotu, stres či úzkost. Zároveň zplnomocňuje jednotlivé účastníky a podporuje je v jejich rolích.
- **Respekt a důstojnost** – zachování respektu a důstojnosti v komunikaci a využívání partnerského přístupu je zásadní pro budování důvěry a pozitivního vztahu mezi lékařem, rodinou, blízkými a pacientem.
- **Pravidelná komunikace** – pravidelná a konzistentní komunikace mezi lékařem, rodinou, blízkými a dalšími neformálními pečujícími pomáhá udržovat všechny strany informované a zapojené do léčebného procesu (mapování stavu, situace, potřeb, hledání cesty zotavení, vyhovujícího léčebného plánu, vhodné terapie, udržování motivace).

Rodina, její přátelé a další neformální pečující o člověka se zkušeností s duševním onemocněním by měli mít hned od počátku vztahu s ošetřujícím lékařem dojem, že se ocitli v chápavém a pomoc zajišťujícím prostředí. Mělo by být zřejmé, že pro zvládnutí závažné situace a péče o svého nemocného blízkého musí neformální pečující také udělat něco sami. Vhodnou komunikací, poskytnutím minimálně základních informací a nasměrování na podpůrné a pomáhající organizace může ošetřující lékař být rodině v zotavovacím procesu velmi nápomocen.

6.3 Příklady komunikačních problémů s nepříznivým dopadem na zotavovací a léčebný proces.

- **Stigmatizace a moralizování** – projevující se výčitkami, odsuzováním, uplatňováním osobních předsudků či stereotypů v komunikaci s pacienty, pečujícími a rodinnými příslušníky. Obviňující nebo negativně hodnotící výroky mohou u příjemců vyvolávat pocity vlastního selhání, sebeobviňování a nedostatečnosti a vést ke ztrátě sebedůvěry. Typickými příklady jsou výroky jako „To jste to nepoznali dříve?“, „To děláte špatně“, „Jak vypadá pacient, taková je rodina“ nebo „Sama jste zralá na terapii“.
- **Nedostatečná empatie a porozumění** – v komunikaci s rodinou a dalšími neformálními pečujícími vede ke zvýšené frustraci a zklamání. Neempatický přístup a nerefektování jejich potřeb, zejména neposkytnutí odpovědí na otázky typu: „Co se děje s mou dcerou?“, „Co můžeme očekávat dál?“, „Co můžeme pro její uzdravení udělat?“, oslabuje schopnost neformálních pečujících aktivně a vhodně zapojit se do podpory a péče o blízkého.
- **Zahlcení informacemi** – příliš mnoho odborných termínů nebo složitých vysvětlení může být pro neformální pečující matoucí a demotivující. Pokud jsou informace sdělovány formou, ve které se neformální pečující dobře neorientují, mohou se potom cítit bezmocně a ztraceně.
- **Chybějící srozumitelnost v komunikaci** – nepřehledné nebo nejednoznačné pokyny ohledně léčby, medikace nebo terapie mohou vést k nedorozuměním, pocitu ztráty kontroly u pacientů, neformálních pečujících i rodinných příslušníků. Pokud neví, co mají dělat nebo jaký je další krok, mohou zažívat stres, úzkost a nejistotu, což nepříznivě ovlivňuje jejich schopnost účinně se podílet na léčebném procesu a zotavení.
- **Nezohlednění kulturního a jazykového kontextu** – v multikulturním prostředí může dojít k problémům, pokud ošetřující personál nebere v úvahu kulturní odlišnosti pacientů a jejich rodin a neformálních pečujících. Například lidé z různých kulturních prostředí mohou mít jiné představy o tom, co znamená „pomoc“ nebo „léčba, medikace“. Respekt ke kulturnímu a jazykovému kontextu může předejít závažným nedorozuměním.
- **Různost v očekávání odborníků a neformálních pečujících** – odborníci mohou mít realistická očekávání ohledně průběhu a tempa zlepšování stavu, zatímco neformální pečující mohou očekávat rychlejší nebo odlišný vývoj. Tato nesouladná očekávání mohou vést k frustraci a rozčarování, zejména pokud se pokrok neodehrává podle jejich představ (např. nástup účinku antidepresiv není srovnatelný s rychlým účinkem antipyretik). Nedostatečná komunikace o těchto rozdílech může posilovat mylné představy o průběhu léčby. Proto je důležité, aby odborníci poskytovali srozumitelné a pravdivé informace s respektem k neformálním pečujícím a zároveň s nimi aktivně pracovali na vyjasňování jejich očekávání a přání.
- **Tlak na rychlá rozhodnutí, řešení** – neformální pečující potřebují dostatek času a prostoru pro promyšlení svých rozhodnutí a pro formulaci vlastních postupů v situacích souvisejících s léčebným procesem a zotavením jejich blízkého. Vztah mezi odborníkem a neformálními pečujícími může být zatížen mocenskou nerovnováhou, kdy neformální pečující mohou vnímat odborníka jako autoritu a mít obavu vyjádřit vlastní názor či pochybnosti. Tento tlak může vést k přijetí navrhovaných řešení bez skutečného porozumění nebo souhlasu. Proto je nezbytné vytvářet prostor pro otevřenou komunikaci, podporovat aktivní zapojení pečujících a umožnit jim klást otázky, sdílet obavy a spolupodílet se na hledání vhodných řešení.

6.4 Potřeby pečujících, jejichž blízký onemocněl duševním onemocněním poprvé.

Stejně jako na člověka, který onemocněl duševním onemocněním a ocitl se tím v nové, neznámé a těžké životní situaci, má toto onemocnění závažný dopad i na jeho rodinu, přátele a okolí. Přítomnost duševního onemocnění v rodině představuje pro neformální pečující významnou emocionální zátěž, přináší finanční náklady spojené s péčí a léčbou blízkého, narušuje rodinnou dynamiku a může vést k sociální izolaci či zkušenosti se stigmatizací. Zároveň dochází k neplánované životní změně, na kterou je nutné se postupně adaptovat.

Rodinní příslušníci a přátelé jsou často postaveni do nové role neformálních pečujících, na kterou nejsou připraveni a pro jejíž naplňování jim chybí potřebné znalosti, dovednosti, kompetence. V této nově vzniklé roli mají specifické potřeby, které je důležité nejen ze strany odborníků, ale i jimi samotnými vnímat, rozpoznat, pojmenovat a přijmout. Proto je zásadní systematicky pracovat s neformálními pečujícími, podporovat jejich orientaci v situaci, posilovat jejich naději v zotavení blízkého a napomáhat jejich adaptaci na novou, náročnou životní situaci spojenou s duševním onemocněním v rodině.

6.4.1 Konkrétní potřeby neformálních pečujících

- **Podpora a vzdělávání** – neformální pečující často potřebují informace o příznacích a projevech duševního onemocnění a o možnostech léčby. Psychoedukace a školení neformálních pečujících mohou pomoci lépe porozumět a přijmout situaci jejich nemocného blízkého, efektivněji ho podporovat a snadněji se zaměřit na proces zotavení se z duševního onemocnění.
- **Emocionální podpora** – péče o člověka se zkušeností s duševním onemocněním je emocionálně náročná a vyčerpávající. Podpůrné skupiny, terapie nebo poradenství pomáhá neformálním pečujícím najít pevnou půdu pod nohama, zvládat stres a vyrovnávat se s náročnými situacemi.
- **Zapojení do léčebného procesu** – pečující často věnují mnoho času a energie péči o své blízké. Aby jejich snažení o zotavení jejich blízkého s duševním onemocněním šlo správným směrem a blízkému pomáhalo, potřebují neformální pečující rady, pravidelné konzultace, informace o aktuálním stavu jejich blízkého a o podstatě a charakteristice jeho duševního onemocnění. Neformální pečující potřebují, aby jejich zkušenostem a názorům bylo ze strany odborníků nasloucháno.
- **Praktická pomoc** – pečující často potřebují faktickou pomoc, jako je asistence s každodenními úkoly, finanční podporu nebo přístup k sociálním, zdravotním a dalším službám. To může zahrnovat i dočasnou úlevu od péče například v podobě odlehčovacích služeb, aby si mohli odpočinout a načerpat síly.
- **Komunikace s odborníky** – je důležité, aby pečující měli možnost konzultovat s lékaři a dalšími odborníky svoje obavy a nejasnosti a najít na své otázky spojené s péčí o blízkého kýžené odpovědi. Cenné rady, podpora a nasměrování mohou zefektivnit péči, získat a posílit potřebné dovednosti, snížit stres a nejistotu a zkvalitnit životy jak pečujících, tak lidí s duševním onemocněním, o které pečují.

- **Podpora v obtížné finanční situaci** – péče o člověka se zkušeností s duševním onemocněním může být finančně náročná. V důsledku této situace může docházet ke změnám v pracovním uplatnění neformálních pečujících – mohou snižovat pracovní úvazek, měnit zaměstnání nebo zcela opouštět pracovní trh, což vede ke snížení jejich příjmů a může negativně ovlivňovat stabilitu a klima v rodině. Neformální pečující jsou zároveň často vystaveni dlouhodobé ekonomické zátěži spojené s nutností finančně podporovat svého blízkého, jehož příjem, invalidní důchod jako jediný finanční zdroj, nemusí postačovat k pokrytí základních životních nákladů. Tato podpora může mít podobu jednorázových i pravidelných výdajů, což dále zvyšuje jejich finanční zatížení. V některých případech mohou být nepřímo konfrontováni i s důsledky zadlužení svého blízkého, které vzniklo v průběhu jeho onemocnění. To na ně může klást další nároky v oblasti orientace ve finanční situaci, hledání řešení a zajištění odpovídající podpory, včetně zprostředkování finančního poradenství.
- **Respekt a uznání** – pečující potřebují pocítit, že jejich role a úsilí jsou uznávány a respektovány jak ze strany zdravotnických pracovníků, tak i širší společnosti. To zahrnuje i respektování jejich potřeb a hranic, aby se předešlo ztrátě motivace, rezignaci či vyhoření.
- **Podpora v odolnosti vůči stresu a zátěži, sebepéči a nalézání duševní pohody** – duševní pohoda je nedílnou součástí celkového zdraví každého člověka. Neformální pečující často pro nemoc svého blízkého zapomínají na vlastní život, role, které v něm doposud zastávali, a svůj volný čas. Vlivem příchodu duševního onemocnění a role pečujícího dochází k nechtěné změně v jejich životě, k velké zátěži na jejich psychickou a fyzickou odolnost, a dotýká se všech oblastí jejich života.

Zapojení rodiny a neformálních pečujících do péče o duševní zdraví je nejen etickým imperativem. Stejně jako zapojení peer pracovníků přispívá k demokratizaci a humanizaci systému, zapojení rodiny posiluje kontinuitu péče, stabilitu zotavení a kvalitu života všech zúčastněných. Efektivní spolupráce s rodinou vyžaduje respekt, otevřenou komunikaci, jasné vymezení rolí a systematickou podporu neformálních pečujících. Pouze tehdy je zotavování se z duševního onemocnění komplexní.

6.5 Zapojování peer pečujících do rozhodování o systému péče o duševní zdraví

Analogicky k zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním do rozhodování je třeba reflektovat i zkušenost druhé klíčové skupiny – neformálních pečujících, kteří dlouhodobě podporují své blízké.

Peer pečující, tedy osoby, které mají vlastní zkušenost s péčí o člověka s duševním onemocněním a tuto zkušenost veřejně reflektují a profesionalizují, představují specifickou zkušenostní expertízu. Jejich pohled zahrnuje:

- dlouhodobou perspektivu péče,
- zkušenost s komunikací se zdravotním a sociálním systémem,
- zkušenost s krizemi, relapsy a jejich zvládáním,
- dopady péče na rodinný systém, pracovní život a ekonomickou stabilitu,
- zkušenost se stigmatizací rodiny a dalších neformálních pečujících.

Zatímco peer pracovník přináší zkušenostní expertízu vycházející z vlastní zkušenosti s duševním onemocněním, peer pečující přináší expertízu ukotvenou ve vztahu a procesu péče o blízkého. Obě skupiny zároveň sdílejí zkušenostní expertízu se systémem péče o duševní zdraví, jak jím samy procházely. Tyto perspektivy se vzájemně doplňují a společně vytvářejí komplexnější obraz potřeb systému.

6.5.1 Úrovně zapojení peer pečujících

Zapojování peer pečujících do rozhodování může probíhat obdobně jako u peer pracovníků na třech úrovních.

Makro úroveň – politika a strategie

- účast v pracovních skupinách při tvorbě národních a regionálních strategií,
- připomínkování legislativy týkající se péče v oblasti duševního zdraví,
- prosazování dostupnosti odlehčovacích služeb a podpory pečujících,
- advokační činnost v oblasti lidských práv.

Meso úroveň – organizace a služby

- účast v poradních orgánech zdravotnických a sociálních služeb,
- spolupráce při tvorbě metodik práce,
- zapojení do evaluace kvality péče,
- spoluvytváření edukačních programů pro rodiny a neformální pečující,
- podpora dalších neformálních pečujících.

Peer pečující mohou významně přispět ke zlepšení komunikace mezi službami a rodinami a k identifikaci systémových bariér (např. nedostatek informací, chybějící podpora rodin a jejich psychoedukace, nedostupnost podpůrných služeb).

Mikro úroveň – individuální péče (vždy se souhlasem pacienta)

- účast na plánování péče,
- sdílené rozhodování o léčebném plánu,
- zapojení do krizových plánů,
- spolupráce při nastavování podpůrných opatření v domácím prostředí.

Zde je zásadní respektování autonomie pacienta a pravidel ochrany citlivých údajů. Participace pečujících nesmí narušit právo člověka na sebeurčení.

Na evropské úrovni organizace EUFAMI (European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness: Evropská federace sdružení rodin osob s duševními nemocemi) například systematicky zastupuje rodiny lidí se zkušeností s duševním onemocněním při jednáních s institucemi Evropské unie a podporuje zapojení organizací neformálních pečujících do tvorby politik.

6.5.2 Přínosy zapojení peer pečujících

Systematické zapojení peer pečujících do rozhodování přináší několik zásadních přínosů:

- **realističtější nastavení služeb** – služby více reflektují každodenní realitu neformálních pečujících,
- **zvýšení kvality komunikace** – systém lépe rozumí potřebám rodin a dalších neformálních pečujících a předchází konfliktům,
- **prevence přetížení neformálních pečujících** – důraz na podporu a odlehčovací služby se stává součástí strategického plánování,
- **snížení relapsů a rehospitalizací** – neformální pečující vybavení informacemi a podporou jsou schopni včas reagovat na varovné signály duševního onemocnění,

- **destigmatizace** – veřejná přítomnost hlasů neformálních pečujících ruší tabu, které je kolem tématu duševního onemocnění,
- **advokační činnost** – peer pečující hájí lidská práva a potřeby svého blízkého, o kterého pečuje, a zesiluje a podporuje jeho hlas v zotavovacím procesu. Zároveň však hájí lidská práva a potřeby neformálních pečujících. Je důležité zmínit, že ne vždy jsou potřeby neformálního pečujícího v souladu s potřebami člověka se zkušeností. Proto je důležité, aby jak na úrovni individuální péče, tak na úrovni tvorby a vedení organizací a služeb i úrovni tvorby politik a strategií byly zastoupeny obě strany – peer pečující a peer pracovníci. Společné zapojení těchto dvou skupin umožňuje komplexnější pochopení potřeb systému péče a podporuje kulturu dialogu místo polarizace.

Organizace jako EUFAMI a její výcvikové programy (např. Prospect Training Programmes, Involte) upozorňují, že zdravotní systémy často neúmyslně nebo zvyklostně vyřazují členy rodiny, přátele nebo jiné partnery péče z rozhodovacích procesů a zaměřují se pouze na člověka s duševní nemocí, a to i přesto, že jejich perspektiva a perspektiva neformálních pečujících přináší hodnotné informace o sociálním kontextu a potřebách péče.¹⁵ Posilování prosazování práv a hlasu neformálních pečujících přispívá k tvorbě efektivnějších služeb, které jsou více orientované na sociální a praktické aspekty života lidí se zkušeností s duševním onemocněním.

¹⁵ Zapojte se – rodinné přátelské služby duševního zdraví | EUFAMI

ZÁVĚR

Předložený studijní materiál si klade za cíl přispět k rozvoji přístupu k péči o duševní zdraví, který je odborně kvalitní, zároveň však respektující, partnerský a orientovaný na zotavení člověka. Studijní materiál vznikl spoluprací odborníků a lidí se zkušeností s duševním onemocněním, což umožnilo propojit odborné poznatky s perspektivou žité zkušenosti a posílit praktickou využitelnost. Studijní materiál nabízí společný rámec pro porozumění základním principům a hodnotám, na nichž může být postavena spolupráce napříč profesemi i zkušenostmi.

Věříme, že text může sloužit nejen jako studijní opora, ale i jako podnět k reflexi vlastní praxe a k dalšímu profesnímu rozvoji. Smyslem není předkládat uzavřený soubor poznatků, ale otevřít prostor pro dialog, sdílení zkušeností a hledání cest, jak poskytovat péči, která podporuje autonomii, důstojnost a aktivní zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním i jejich blízkých.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Antonovičová, B. (2022). Ratifikace Opčního protokolu k Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením v České republice – dlouhá cesta pozitivním směrem? IURUM.
- Australian Health Ministers' Advisory Council. (2013). A national framework for recovery-oriented mental health services: Guide for practitioners and providers. *A national framework for recovery-oriented mental health services: guide for practitioners and providers*.
- Baudiš, P., & Libiger, J. (2002). *Psychiatrie a etika*. Galén.
- Cooper, R. E., Saunders, K. R., Greenburgh, A., Shah, P., Appleton, R., Machin, K., ... & Johnson, S. (2024). The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: a systematic umbrella review. *BMC medicine*, 22(1), 72.
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsch, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of Mental Health*, 25(1), 10-15.
- Corrigan PW, Larson JE, & Rüsch N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81.
- De Hert M, Correll CU, Bobes J, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations. *World Psychiatry*. 2011;10(2):138-151. PMID: PMC3151279.
- Degener, T. (2016). Disability in a human rights context. *Laws*, 5(3), 35.
- Edward, M. (2025). Breaking the silence: addressing stigma in mental health. *Discover Public Health*, 22(1), 441.
- Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., ... & Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *bmj*, 359.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and schuster.
- Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S., & Kissling, W. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 265-273.
- Huang, C., Plummer, V., Lam, L., & Cross, W. (2020). Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: an integrative review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 27(2), 103-127.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, 44(5), 681-692.
- Janoušková, M., & Winkler, P. (2015). Stigma a psychiatrie. *Psychiatrie*, (1).
- Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). ‘Diagnostic overshadowing’: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169-171. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x

Kågström, A., Guerrero, Z., Aliev, A. A., Tomášková, H., Rüsch, N., Ouali, U., ... & Winkler, P. (2025). Mental health stigma and its consequences: a systematic scoping review of pathways to discrimination and adverse outcomes. *EClinicalMedicine*, 89.

Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.

Leamy M., Bird V., Le Boutillier C., Williams J., Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199:445-52.

Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, 71(12), 2150-2161.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.

Montenegro, C., Dominguez, M. I., Moller, J. G., Thomas, F., & Ortiz, J. U. (2023). Moving psychiatric deinstitutionalization forward: A scoping review of barriers and facilitators. *Cambridge Prisms: Global Mental Health*, 10, e29.

Ocisková, M., & Praško, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015

Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Látalová, K., ... & Ticháčková, A. (2014). Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Ceská a Slovenská Psychiatrie*, 110(5).

Pinheiro, E., Laranjeira, C., Harmuch, C., Graça, J. M. B., Ali, A. M., Fekih-Romdhane, F., ... & Franco, E. (2025, August). Collaborative practices in mental health care: a concept analysis. In *Healthcare* (Vol. 13, No. 15, p. 1891). MDPI.

Ramanuj, P. P., & Pincus, H. A. (2019). Collaborative care: enough of the why; what about the how?. *The British Journal of Psychiatry*, 215(4), 573-576.

Rodrigues, J. M., Cruz, A. S., & Queirós, C. (2025). Understanding stigma in mental illness: A novel literature-based model of development. *Psychiatry International*, 6(1), 21.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20(8), 529-539.

Sá-Fernandes, L., Sacchetto, B., Pires, J., Ornelas, J. H., & Vargas-Moniz, M. J. (2025). Putting mental health deinstitutionalisation back on track: a scoping review of what empirically hinders and drives deinstitutionalisation of adults who experience mental illness. *BMC Public Health*, 25(1), 4152.

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., & Patel, V. (2020). An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 52.

Sulmasy, D. P. (2006). Spirituality, medicine, and health. *The Hastings Center Report*, 36 (3), 2006).

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192-193.

Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health, *The Lancet*, 2022; 400, 1438-1480

Transforming mental health through lived experience: roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2010). "User empowerment in mental health" – a statement by the WHO Regional Office for Europe WHO.

WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva, World Health Organization, 2012.

World Health Organization. (2013). Mental Health Action Plan 2013–2020 Spirituální část citace: Sulmasy, D. P. (2006). Spirituality, medicine, and health. The Lancet, 367(9508), 898-900

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2013). The European Mental Health Action Plan. WHO.

World mental health today: latest data. Geneva: World Health Organization; 2025.