

7. ZÁKLADNÍ REALIZAČNÍ METODY PROGRAMU

Hlavní komponentou programu Zdraví 21 jsou lidé a jejich schopnost starat se o sebe a pomáhat druhým, zlepšovat své životní prostředí, dávat svému životu smysl obhajobou i uplatňováním základních humánních i sociálních hodnot. Realizační metody programu zahrnují širokou škálu postupů a opatření směřujících ke zdraví.

Historická zkušenost věrohodně dokládá, že resortní systém zdravotnictví přes jeho nesporný a nezastupitelný přínos při zvládnání zdravotních problémů nedokáže sám o sobě zajistit lidem zdraví.

Po II. světové válce bylo ve většině zemí Evropy zdravotnictví vážně narušeno. Chybělo úplně všechno. Lékaři, nemocnice, přístroje, léky a hlavně peníze. Hlavní prostředky byly vynakládány na investice. Výstavba nových zdravotnických zařízení byla provázána nadějí, že nastane doba, kdy o všechny nemocné bude řádně postaráno a kdy zdravotnický resort zvládne významné zdravotní problémy, např. nemoci infekční, kardiovaskulární a zhoubné nádory.

Postupně se ukázalo, že extenzivní rozvoj zdravotnictví sice významně přispívá ke zvládnutí mnoha zdravotních nesnází, že se tak však děje za prudkého nárůstu výdajů na zdravotnictví. Bylo zřejmé, že pouhým zvýšením počtu zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků se nejzávažnější zdravotní problémy zvládnout nedají.

V řadě zemí Evropy došlo v 60. a 70. letech 20. století k obratu v názoru na orientaci péče o zdraví. Stále více lidí si začalo uvědomovat význam zdravotní výchovy, prevence, širokého zapojení občanské veřejnosti do péče o zdraví a nezbytnost rozvoje meziresortní spolupráce směřující ke zdraví.

7.1. *Health promotion* (podpora zdraví)

Zmíněné názory se začaly uplatňovat v oblasti posilování a rozvoje zdraví, nazvané *Health promotion*. Doslovný překlad by asi vedl k poněkud nezvyklému „povznesení zdraví“. V České republice se dává přednost termínu „podpora zdraví“. Termín „podpora“ však nevystihuje celou šíři pojmu „*promotion*“.

V tom ale nespočívá hlavní problém. Dá se očekávat, že s pojmem *Health promotion* (HP) se bude postupně seznamovat rostoucí počet občanů a možná, že mu budou rozumět i v jeho anglickém názvu.

HP bylo původně součástí zdravotní výchovy. Později se s ním začalo explicitně počítat ve společenských zdravotních programech. Zahrnovalo celou škálu preventivně orientovaných zdravotnických činností, u nichž byla žádoucí spolupráce se širokou veřejností, např. plánování rodičovství, hypertenze, těhotenství a péče o kojence, imunizace, pohlavní nemoci, boj proti úrazům, kouření, alkoholismus a toxikomanie, tělesná výchova, duševní hygiena apod.

Celosvětovou základnu získalo HP uspořádáním mezinárodní konference v kanadské Ottawě v roce 1986, na níž byla přijata tzv. Ottawská charta (viz přílohu 2).

Poněkud zjednodušeně se dá uvést, že zmíněnou konferencí HP překročilo hranice tradiční zdravotní výchovy a svým pojetím se začlenilo do široce pojímané sociálně medicínské, politické i občanské aktivity a stalo se cenným nástrojem změn systému péče o zdraví a v tomto směru i východiskem a metodou zdravotní politiky.

K tomuto tématu byla svolána další konference, která se konala v roce 1988 v australském městě Adelaide (viz přílohu 3). Další rozšíření svého působení doznalo HP na konferenci orientované na problematiku zdravotně příznivého prostředí (viz přílohu 5), konané ve švédském Sundsvallu v roce 1991.

HP představuje neustále doplňovaný souhrn myšlenek, prostředků a metod, který bychom mohli stručně nazvat: posilování, upevňování, podpora, ochrana a rozvoj zdraví za aktivní účasti jednotlivých občanů, skupin, organizací i společnosti jako celku. Smyslem HP je rozšířit možnosti lidí podílet se na ochraně a posilování svého zdraví, realizovat a rozvíjet zdravý životní styl. Mělo by cílevědomě napomáhat uspokojování zdravotních potřeb lidí.

HP není chápáno jako resortní záležitost zdravotnictví. Je pojímáno spíše jako nástroj mnohotvárné společenské praxe a mělo by příznivě ovlivňovat politická, ekonomická, sociální a další opatření, přispívat k ochraně a tvorbě zdravého životního prostředí, podílet se na zvládnutí konfliktních situací vyvolaných mnohdy protichůdnými zájmy různých sociálních skupin a posilovat aktivitu jedinců i společnosti jako celku orientované na řešení zdravotních problémů.

HP vychází z těchto pěti základních principů:

1. HP je více zaměřeno na celou populaci a na podmínky její existence než na vymezené populační skupiny vystavené vyššímu riziku určitého onemocnění.

2. HP se věnuje zejména takovým opatřením, která postihují determinanty zdraví i nemocí.
3. HP využívá sice různé, ale především komplementární (tj. doplňkové, zejména ke spolupráci vedoucí) metody a postupy.
4. HP usiluje o účast a konkrétní podíl veřejnosti.
5. Zdravotničtí pracovníci, zejména v základní zdravotní péči, hrají důležitou roli v dalším rozvoji a plném uplatnění HP.

V popředí zájmu HP jsou zejména tyto aktivity: pomáhat lidem správně si zvolit životní styl vedoucí ke zdraví, přispívat k ochraně a tvorbě zdravého životního prostředí, posilovat sociální vazby, potřebnou spolupráci a šíření informací majících vztah ke zdraví.

HP však nepředstavuje jen souhrn principů, metod nebo občanských aktivit. Jde o nový přístup jak ke zdraví a jeho determinantám, tak ke zdravotní péči a v neposlední řadě jde i o nový přístup k sobě samému, svým nejbližším i celé společnosti. Je známou skutečností, že jen ten člověk, který si váží sám sebe, dovede si vážit i svého zdraví. A právě ten, který si zdraví skutečně váží, si najde cestu, jak pro zdraví něco užitečného udělat.

V oblasti HP je nezbytné průběžně zvládat celou řadu etických problémů. Je nezbytné citlivě hledat a znovu nastolovat obtížnou rovnováhu mezi právem jedince na svobodnou volbu a povinností společnosti dbát o zdraví lidí a vhodnými metodami zlepšovat celkovou zdravotní situaci (1).

HP vychází z nesporné společenské potřeby, kterou si uvědomuje rostoucí počet lidí, je koncipováno v nadresortním a systémovém pojetí, staví na ověřených zkušenostech sociální psychologie, využívá epidemiologických metod umožňujících nalézat determinanty nemocí a průběžně sledovat účinnost realizovaných opatření. Ve společnosti je většinou kladně přijímáno a je respektováno zdravotnickými pracovníky. Prokazatelně napomáhá ke zlepšení zdravotní situace a je systematicky rozvíjeno rozsáhlým a poměrně dobře mezinárodně koordinovaným kolektivem tvůrčích pracovníků. Lze ovšem připustit, že (a to zejména u nás) dosud zdaleka nevyčerpalo své možnosti.

Zdá se, že jedním z rozhodujících faktorů úspěšnosti HP bude snaha přispět k rozvoji osobnosti jedince a zlepšit schopnost lidí navazovat spolupráci a tvůrčí spojení v těch případech, kdy zvládnutí problému přesahuje možnosti jednotlivce. V tomto směru lze HP označit za určitý nástroj demokracie, sice volnější než jsou běžné demokratické instituce, např. parlament, avšak i při své

obecnosti mnohem konkrétnější a usnadňující občanům přímý, bezprostřední a osobní podíl na rozvoji tak významné humánní hodnoty, jako je zdraví.

Z uvedeného výkladu mimo jiné vyplývá, že HP je těžké dělit a „škatulkovat“, a to zřejmě i proto, že pro HP je charakteristický celostní, systémový přístup.

V mnoha evropských zemích není proto HP chápáno jako ucelený vědní obor, ale spíše jako jakési místo, třeba „náměstí“, kde se lidé různých oborů scházejí, hledají společnou řeč, formulují společné zájmy, snaží se jeden druhého pochopit, najít formy vzájemné pomoci a možnosti společné cesty. I když tedy nejrozličnější medicínské obory mají k HP blízko (sociální lékařství a veřejné zdravotnictví, preventivní lékařství a hygiena, zdravotní výchova, medicínská psychologie apod.), skutečný smysl HP spočívá v integraci celé řady dalších oborů a zejména v osobní účasti občanů. Nepředpokládá se tedy, že vedoucími osobnostmi v této oblasti musejí být zdravotničtí pracovníci; neměli by však v HP chybět jako konzultanti a „průvodci“.

Důležitá role v HP připadá ženám. Zkušenosti ze všech zemí potvrzují, že zdravotní úroveň rodiny v rozhodující míře formují ženy, a to jak co se týče péče o děti, jejich výchovy a výživy, ale i pokud jde o hodnotový systém rodiny a o volbu priorit. I když by byla chyba podcenit význam základních hygienických návyků, rozhodující význam pro další zdravotní osudy jedince bude mít zřejmě jeho celková životní orientace. Nejde tedy jen o běžnou výchovu dětí (to dělej, to nedělej), ale o relativně samostatný rozvoj osobnosti každého jednotlivce. V tomto smyslu je v našich podmínkách role rodiny dosud nedoceněna.

Významné místo patří v HP vzdělaným a obecně kultivovaným lidem s přirozenou autoritou a tedy i s výrazným vlivem na své okolí. Na nich do značné míry záleží, kterým směrem bude rozvíjena činnost nejrozličnějších skupin, organizací a institucí. Při rozvoji demokratických mechanismů vliv takových osobností roste. Je proto důležité, aby jim byl usnadněn přístup k potřebným informacím o zdravotní situaci, zdravotních problémech a o možnostech jejich zvládnutí.

Může se zdát, že to všechno jsou spíše sny a dobře míněná přání než konkrétní výčet reálných opatření. Životnost a reálné možnosti rozvoje HP dokládají např. programy „Zdravá města“ a „Zdraví podporující škola“. Nejde o to něco někomu „nalinkovat“, ale spíše ukázat cestu. Rámcovou představu o rozvoji HP ve 21. století obsahuje Jakartská deklarace (viz přílohu 7).

7.2. Prevence

Na HP úzce navazuje prevence. Odlišnost obou zmíněných pojmů je patrna více v teorii než v praxi. Prevence je ve své podstatě proti nemocem a je vedena snahou nemocem předcházet. HP je koncipováno jako aktivita ne „proti něčemu“, ale „pro něco“ – pro zdraví. V určitém pojetí lze HP označit za obecnější pojem než prevence. HP zahrnuje jak prevenci, tak i zdravotní výchovu. Při jiném pohledu můžeme HP označit jako činnost sannogenní (ozdravující) nebo jako primární prevenci, tedy v podstatě jako část prevence. V programu Zdraví 21 není podstatné, zda jde o prevenci nebo HP, co je obecnější nebo co je důležitější. Hlavní je, zda a do jaké míry určité činnosti napomáhají zdraví lidí.

Není však pochyb o tom, že prevence patří k nesmírně důležitým metodám programu Zdraví 21 a je jistě žádoucí, aby byl tento pojem blíže vysvětlen.

Nejběžnější dělení prevence je **podle času**, kdy rozeznáváme prevenci primární, sekundární a terciální.

Primární prevence se týká údobí, kdy nemoc ještě nevznikla. Jde o aktivity posilující zdraví (sannogenní činnost), působící proti rizikovým faktorům (primordiální prevence), popřípadě to jsou činnosti zaměřené proti konkrétním nemocem (např. očkování).

Sekundární prevence spočívá v časně diagnostice a účinné léčbě. Bývají sem zařazovány ty preventivní prohlídky, jejichž smyslem je zjistit nemoc již v počátečním stadiu. Jde o snahu předejít nežádoucímu průběhu nemoci a zabránit komplikacím.

Terciální prevence se zaměřuje na prevenci následků nemocí, např. vad, dysfunkcí a handicapů. Jejím záměrem je omezit na nejnižší míru následky nemocí a jejich pracovní i sociální důsledky.

Někdy se dělí prevence podle toho, kdo ji poskytuje, na prevenci zdravotnickou, společenskou nebo osobní, popřípadě podle toho, kdo ji dostává, např. prevence hromadná, selektivní a indikativní (2).

Důležitost prevence se všeobecně zdůrazňuje a většina lidí chápe, že je lepší nemocem předcházet, než jimi trpět. Je ovšem skutečností, že dobře míněná preventivní opatření lidé přijímají mnohdy s nechutí, zatímco i třeba nepříjemnou léčbu vítají. Do určité míry to souvisí s tím, že zdraví lidé se obvykle nechtějí příliš zabývat svým zdravím, pokud nemají potíže, zatímco nemocní lidé mnohem aktivněji vyhledávají pomoc.

Problém může spočívat i v tom, že se lidé domnívají, že právě jim určitá nemoc nehrozí a že je tedy zbytečné, aby se čímkoli v tomto směru zabývali. Zdá se, že nejlépe jsou přijímána taková preventivní opatření, která si lidé osvojí i z jiných důvodů než zdravotních. Tak např. většina děvčat i chlapců preferuje štíhlost před obezitou, mnozí lidé dávají přednost nezakouřeným restauracím, ke kulturním zvyklostem patří pravidelná osobní hygiena apod.

Nejde o to, aby se lidé „obětovali“ a celý život si znepříjemnili „řeholí“ nejrůznějších preventivních „rituálů“. Spíše jde o to, aby pochopili, že řada preventivních opatření vede ve svém důsledku ke zvýšení kvality života i k jeho prodloužení, a pokud je to i jejich zájmem, stojí za to se o některé preventivní aktivity blíže osobně zajímat.

V tomto směru program Zdraví 21 neposkytuje nějaké konkrétní návody, co má každý dělat. Informačních materiálů je v tomto ohledu čím dál tím víc. Důležité je, aby studium takových materiálů bylo motivováno vlastním zájmem a na něj navazující odpovědností za své vlastní zdraví.

7.3. Základní zdravotní péče

I když lze samozřejmě vítat rozvoj náročných klinických metod, které svým způsobem představují vrchol medicíny (např. transplantace srdce), lze připustit, že k celkové úrovni zdraví populace přispívají poměrně málo.

Pro zvládání konkrétních zdravotních nesnází lidí v regionálním i místním měřítku je velmi důležitá tzv. základní zdravotní péče (*primary health care*).

Základní zdravotní péče (ZZP) by měla být dostupná, kulturně přijatelná, poskytovaná za únosných ekonomických podmínek a profesionálně i vědecky důvěryhodná.

ZZP vychází sice ze zdravotních potřeb a požadavků jednotlivých lidí, současně ovšem předpokládá, že bude územně koordinována a hodnocena v návaznosti na celkovou zdravotní situaci. Je například nezbytné, aby se průběžně zvažovalo, zda běžně poskytované preventivní, diagnostické, léčebné i rehabilitační zdravotnické služby jsou účinné, efektivní a kvalitní a zda skutečně pomáhají zvládat hlavní zdravotní problémy.

Základy ZZP byly položeny již v roce 1978 na konferenci v Alma-Atě. V deklaraci zmíněné konference (viz přílohu 1) je ZZP definována jak pokud jde o její zaměření, tak obsah i funkci.

Po zařazení ZZP do programu Zdraví pro všechny, v němž byla označena za jeden z hlavních nástrojů jeho realizace, bylo akcentováno pět jejích základních principů (3):

1. Všeobecná dostupnost ZZP pro celou populaci a její poskytování podle potřeb.

Východiskem by měla být zásada spravedlnosti. Nikdo by neměl být opomenut, ani ten nejchudší nebo ten, kdo bydlí daleko. Jestliže by ZZP nemohla být poskytována všem, přednost by měli mít ti nejpotřebnější. Základem by měla být populace žijící v daném územním celku. Její velikost a struktura by měla být východiskem pro rozbor zdravotní situace a pro odhad zdravotních potřeb a požadavků. Princip všeobecné dostupnosti se přitom někdy dostává do rozporu s požadavkem maximální úspornosti, neboť poskytování zdravotnických služeb těm nejpotřebnějším může být velmi nákladné.

2. ZZP by měla obyvatelstvu pomáhat a posilovat jeho samostatnost, měla by být orientována na prevenci, diagnostiku, léčení a rehabilitaci.

ZZP by měla vést občany k pochopení vztahu zdraví a životního stylu a měla by postihovat základní příčiny zdravotních nesnází. Poskytování léčebných služeb by mělo posilovat zájem o ZZP jako celek. Rehabilitace by měla být zaměřena na rozvoj funkční soběstačnosti a na posílení důstojnosti nemocného.

3. ZZP by měla být účinná, efektivní, kulturně a ekonomicky přijatelná a vhodně organizovaná.

Aby ZZP měla uvedené vlastnosti, je nezbytné zavést odpovídající informační systém, znát ekonomické souvislosti, včetně finančních zdrojů a možností místní správy zajistit odpovídající péči. Dosahované výsledky jsou do značné míry podmíněny uplatňovaným systémem řízení.

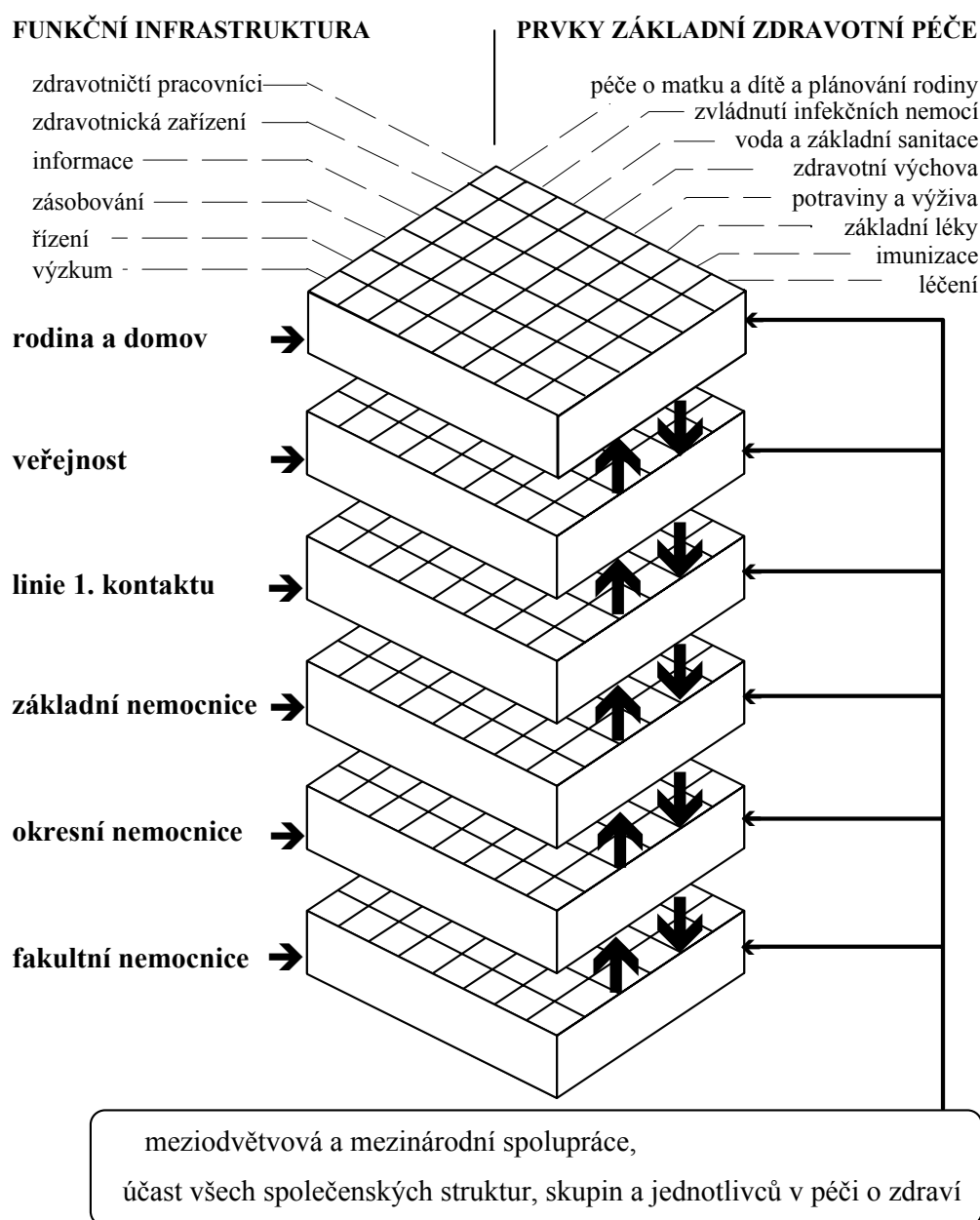
4. Místní obyvatelstvo by se mělo podílet na rozvoji ZZP a tím se naučit posilovat vlastní soběstačnost.

Občané by se měli podílet na rozvoji ZZP od definování zdravotních problémů a potřeb, přes vlastní zdravotní činnost až po zavádění a hodnocení úspěšnosti zdravotních programů. Formy zapojení obyvatel musí odpovídat stupni sociálního rozvoje a respektovat základní zdravotní potřeby a požadavky.

5. Výsledná úroveň zdraví je podmíněna i činností ostatních resortů podílejících se na společenském rozvoji.

Je-li cílem zajistit co nejvyšší úroveň zdraví, pak se nelze omezit jen na resortní zdravotnická opatření. V tomto směru je důležitá např. gramotnost, výše příjmů, zajištění vody a sanitační, úroveň bydlení a stav životního prostředí, forma dopravy, postavení žen apod. V důsledku omezených zdrojů se někdy potřeby ekonomického rozvoje dostávají do konfliktu s požadavky v oblasti zdravotní péče a ochrany i tvorby životního prostředí.

Z uvedených principů je patrné, že ZZP není dílčí zdravotnickou službou, ale že se jedná o vnitřně strukturovaný systém, který je důležitou součástí zdravotnické soustavy a počítá jak s meziresortní spoluprací, tak s všeobecnou a aktivní účastí občanů. Schematicky je skladba základní zdravotní péče znázorněna na obr. 6.



Obr. 6. Základní zdravotní péče (*primary health care*) v systému péče o zdraví

Základem ZZP je rodina, kontakt s příbuznými, přáteli a známými (veřejnost), následuje první kontakt se zdravotnickými pracovníky (sestry, lékaři, farmaceuti, psychologové apod.) a dále nemocniční služby (od základních až po vysoce specializované). Každý uvedený prvek v návaznosti na ostatní přispívá svým podílem za pomoci jiných resortů a za účasti veřejnosti k obsahovému i organizačnímu zajištění ZZP. Takto pojatá představa se široce uplatnila zejména v rozvojových zemích (4 , 5) a přispěla k adekvátnímu stanovení priorit, cílů a úkolů, k přípravě plánů a programů, účinné realizaci, monitorování a kontrole, k výstižnému hodnocení společné práce a v neposlední řadě i k výchově, zejména členů zdravotnických týmů. Spolu s celkovým sociálním a ekonomickým rozvojem jednotlivých zemí pomáhá systém ZZP poskytovat pokud možno všemu obyvatelstvu základní zdravotní podporu a pomoc, a tím poměrně jednoduchými prostředky účinně a efektivně přispívat ke zlepšení úrovně zdraví populace jako celku.

Může se to zdát paradoxní, ale ve vyspělých zemích, ve srovnání s rozvojovými státy, provází plné uplatnění metod ZZP celá řada těžkostí podmíněných ekonomicky, politicky, sociálně i kulturně. Jde většinou o tradiční a značně složité zdravotnické systémy, do kterých se jen obtížně zasahuje v celé šíři.

Určité komplikace v tomto směru přináší v mnoha státech vliv některých pojišťovacích systémů jak pokud jde o financování, tak co se týče rozsahu a forem poskytování zdravotnických služeb. Celkový výsledek je podmíněn i velikostí územních správních jednotek a rozsahem kompetencí místní správy, odborným zaměřením zdravotnických pracovníků podílejících se na zajištění prvního kontaktu s pacienty, návazností na nemocnice a způsobem jejich práce, kulturně a sociálně podmíněnými zdravotními požadavky občanů, mírou spokojenosti se zdravotnickými službami apod.

I když se tedy připouští, že realizovat široce pojatou ZZP by přineslo nesporný užitek, je současně zřejmé, že za stávajících podmínek se ZZP nedá zavést nějakým relativně jednoduchým zdravotně organizačním opatřením. Potřeba ZZP je ovšem nesporná, jak co se týče jejího teoretického zvládnutí, tak i pokud jde o její realizaci v praxi. Soustavu ZZP nemůže nahradit simplifikující kategorizace zdravotnických služeb na služby hrazené pojišťovnou úplně, částečně nebo vůbec ne. Lze soudit, že ZZP si dříve nebo později najde cestu do všech zdravotnických systémů.

Zkušenosti řady vyspělých zemí dokládají, že ty zdravotnické soustavy, které nerespektují některé ze zásad ZZP, jsou finančně velmi náročné a mohou existovat jen díky výkonné ekonomice a poměrně vysokému životnímu standardu obyvatel.

Důležitým úkolem ZZP je dosáhnout kontaktu s každým, kdo potřebuje pomoc ve zdravotních nesnázích, působit v rodinách a domácnostech (nejen ve zdravotnických zařízeních) a rozvíjet kontakty s veřejností, se všemi lidmi a rodinami.

Nosným východiskem by se měla stát důsledná orientace ZZP na potřeby a požadavky obyvatel a na zvýšení účinnosti, efektivity a kvality zdravotnických služeb i systému zdravotní péče jako celku.

Zatím je těžké odhadnout tempo a rozsah změn v této oblasti. Je však nepochybné, že medicína budoucnosti nebude izolována ve velkých nemocnicích vybavených extrémně komplikovanou a nákladnou technikou, ale že její těžiště bude mezi lidmi, kde bude usilovat o zvládnutí zdravotních problémů v celé šíři a bude se snažit pomoci lidem najít společnou i svou vlastní cestu ke zdraví.

Pokud by se nepodařilo prostřednictvím silné sociální a zdravotní politiky zavést systém ZZP jako celek, lze určité řešení spatřovat v posílení jednotlivých složek ZZP a ve zlepšení jejich návaznosti. Důležitá je zejména:

- péče, na níž se v převážné míře podílejí sami občané (laická péče a sebepéče),
- primární péče (linie prvního kontaktu, činnost praktického lékaře),
- domácí péče doplněná některými nemocničními zdravotnickými službami, které jsou poskytovány v domácím prostředí.

7.3.1. Laická péče (*lay care*)

Laická péče se úzce prolíná jak s HP, tak s primární péčí. Je to oblast zdravotní péče, na které se podílejí sami občané. Tento typ péče nabývá na významu souběžně s růstem vzdělanosti a kultury a s rozvojem demokratických mechanismů ve společnosti.

Pojem „laická“ neznamena zde něco méněcenného, ale důležitý doplněk profesionální zdravotní péče. Byla by chyba, pokud by laická péče byla pojímána jako problematická aktivita ve smyslu „udělej si sám“ nebo pokud by laická snaha byla motivem pro oddálení potřebného vyšetření a léčby. Je velmi důležité, aby laická péče byla vhodně odborně usměřňována zdravotní výchovou, publikováním užitečných návodů, popřípadě aby byla občas kontrolována zdravotnickými pracovníky. Ve svém souhrnu představuje laická péče obrovský potenciál, jehož rozvinutí a využití si zaslouhuje pozornost všech, kteří přijímají svou část odpovědnosti za zdraví lidí.

V souvislosti s nárůstem nákladů na zdravotnické služby je zřejmé, že cesta k lepšímu zdraví je z převážné části podmíněna aktivitou občanů. I když se její důležitost všeobecně uznává, dosud se nedaří ji rozvíjet v potřebném rozsahu a struktuře.

Obvykle se v této oblasti rozeznává sebedpěče, péče dobrovolníků, vzájemná pomoc a činnost organizací vzájemné pomoci (6):

a. Sebedpěče (*self-care*); týká se veškeré zdravotní péče, kterou občané-nezdravotníci poskytují sami sobě, popřípadě vzájemně. Týká se povětšinou neorganizovaných zdravotních aktivit (včetně rozhodování) jednotlivců, rodin, sousedů, přátel, kolegů v zaměstnání apod. Zahrnuje podávání léků, první pomoc v domácím nebo pracovním prostředí a vzájemnou sociální péči během nemoci.

Zkušenost řady zemí dokládá, že podíl občanů na péči o sebe a o své blízké je velmi užitečný. Odhaduje se, že 90% zdravotních nesnází se dá vyřešit v rodině, že ze zbývajících 10% se dá 9% zvládnout v rámci primární péče a že jen zbývajících 1% všech zdravotních nesnází si vyžaduje nemocniční léčbu. Je přitom všeobecně známo, že náklady na nemocniční léčení dominují v celkových výdajích na zdravotní péči.

Lze samozřejmě připustit, že se jedná jen o velmi hrubý odhad. Není však pochyb, že velmi záleží na tom, co pro řešení svých zdravotních problémů mohou udělat sami lidé. A nadto je vhodné připomenout, že lidé mohou podstatně ovlivňovat svůj životní styl, který je významnou determinantou jejich zdraví.

b. Péče dobrovolníků (*volunteer care*); bývá tak obvykle nazývána laická pomoc poskytovaná občany organizovanými v dobrovolných zájmových, charitativních a dalších organizacích. V některých zemích se jedná o doplňkovou péči úzce navazující na poskytované zdravotnické služby, jinde zmíněné organizace působí zcela samostatně.

c. Vzájemná pomoc (*self help*); nazývá se tak činnost různých skupin využívajících nové sociální a organizační formy zvládnání zdravotních problémů a usilujících o humanizaci zdravotní péče (*self help groups*). Jsou to dobrovolné, poměrně malé skupiny, jejichž smyslem je vzájemná pomoc a překonávání společných zdravotních problémů. Jedním z motivů vytvoření takové skupiny může být např. pocit bezmocnosti jedince vyrovnat se s konkrétní zdravotní nesnází. Určitým motivem pro vznik takových skupin může být i názor, že stávající sociální a zdravotnický systém není s to v potřebné míře zvládnout všechny individuální zdravotní problémy. Členové svépomocných skupin si

vzájemně poskytují užitečné informace, předávají si dosavadní zkušenosti, jak zdravotní problémy vyřešit nebo se s nimi naučit žít. Ve svépomocných skupinách mnohdy působí i zdravotničtí pracovníci, např. jako konzultanti.

Práce ve skupině posiluje zájem svých členů o dosahované výsledky a motivuje je k dosažení společného cíle. Skupiny poskytují morální, emocionální, sociální, popřípadě i materiální podporu. Pocitem soudržnosti a vzájemnou pomocí skupiny přispívají ke zvýšení kvality života svých členů. Jednoduše řečeno, jde o skupiny lidí, kteří poznali, že mají společné, resp. obdobné zdravotní problémy a spojili se proto, aby s tím něco udělali.

Skupiny mohou sdružovat občany usilující o udržení a rozvoj zdraví (např. kluby orientované na správnou výživu, snížení nadváhy, tělesnou aktivitu, relaxaci apod.), popřípadě jsou tvořeny pacienty s některou chronickou nemocí (hypertenze, diabetes), vadami nebo následky úrazu. Takových svépomocných skupin působí zejména v rozvinutých zemích velký počet. Souhrnně se jejich činnost označuje jako svépomocné hnutí (*Self-Help-Movement*).

d. Organizace vzájemné pomoci a nátlakové skupiny; takové organizace bývají poměrně početné a často zaměřené velmi široce, např. ženské zdravotní organizace, zdravotně ekologická hnutí apod. Usilují o změny v rozsáhlých zdravotnických a sociálních systémech. Mohou pomáhat vedoucím svépomocných skupin (*La Leche League*) nebo sdružovat svépomocné skupiny (*Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen*).

Zapojení občanů do péče o zdraví je velmi důležité. Zkušenost dokládá, že nestačí, aby se lidé péče o zdraví zúčastnili (*public participation*). Je nezbytné, aby se podle svých možností a v návaznosti na sociální situaci lidé přímo podíleli na péči o zdraví (*public involvement*).

V tomto směru je jistě důležitá zdravotní výchova. Ukazuje se však, že situaci je vhodné pojímat mnohem šířeji v návaznosti na okolnosti sociální, kulturní, zdravotní, politické i historické. (viz přílohy 2, 3 a 7).

7.3.2. Domácí péče

Domácí péče byla založena a rozvíjela se zejména v návaznosti na nemocniční služby (*Hospital-Based Home Care Model*). Představuje slibnou možnost jak doplnit ZZP, zvýšit její kvalitu a účinnost a příliš nezvyšovat celkové náklady na zdravotnické služby.

Tento přístup byl ověřován a úspěšně rozvíjen ve Spojených státech. Motivy jeho uplatnění byly zejména tyto:

- prudce rostoucí náklady na nemocniční péči a snaha pokud možno zkrátit délku hospitalizace;
- zvýšení intenzity nemocniční péče, která sice vedla ke zkrácení nezbytně nutné doby hospitalizace, současně však vyžadovala domácí doléčení provázené kvalitní následnou péčí;
- požadavky nemocných; většina pacientů vyjádřila přání, aby byla raději léčena doma, než v nemocnici;
- stárnutí populace a vysoká potřeba kvalitní domácí péče u vyšších věkových skupin.

Potřeba rozšíření domácí péče vyvstala i u mladších pacientů. Týkalo se to např. dětí s respiračními potížemi, duševně nemocných, pooperačních stavů, nekomplikovaných porodů a poporodní péče, nemocných AIDS apod.

Zkušenosti získané ve Spojených státech jsou po odstranění řady byrokratických bariér cenné i pro současný rozvoj domácí péče v České republice. Velmi silným motivem pro další rozvoj domácí péče bude postupující ekonomizace zdravotnických služeb, rostoucí požadavky i potřeby nemocných a hledání i využívání všech forem péče, které budou vyhovovat přáním občanů.

7.3.3. Primární péče (*primary care*) (PP)

Tato péče se někdy označuje, i když ne zcela výstižně, jako linie prvního kontaktu. Je vhodné připomenout, že obsahem PP není převážně jednorázový první kontakt. Ve většině případů jde o přijetí odpovědnosti za trvalou, integrovanou, individuálně orientovanou zdravotní péči poskytovanou ambulantně, popřípadě v domácím prostředí.

PP poskytují profesionálně kompetentní zdravotničtí pracovníci přiměřeně technicky vybavení. Probíhá za úzké spolupráce s pacienty, rodinami, ev. s dalšími občanskými skupinami.

PP zahrnuje hlavní objem prvních kontaktů občanů se zdravotnickým systémem, naléhavá ošetření i soustavnou odbornou péči u těch stavů a událostí, které nevyžadují specializovanější zdravotnickou péči. Je úzce navázána na systém odesílání pacientů ke specializovaným zdravotnickým službám, popřípadě k hospitalizaci.

Obsahem PP jsou základní zdravotnické služby orientované na zdravotní výchovu a rozvoj zdraví, prevenci, diagnostiku, terapii, ošetřování i rehabilitaci.

Dostupnost PP by měla být všeobecná a měla by být srozumitelná pro širokou občanskou veřejnost, která by měla mít představu o přiměřeném využívání PP i o možnostech dalších odborných služeb, včetně hospitalizace.

V některých zemích, jako např. v Holandsku, jsou základní zdravotnické služby poskytovány na územním principu všeobecnými zdravotními sestrami, sociálními pracovníky a domácími pracovníky (pečovatelská služba). Tento tým, spolu s praktickým (rodinným) lékařem pracujícím na základě smlouvy s pojišťovnou, poskytuje příslušnou PP.

Do PP mohou být začleněny i služby některých specialistů (např. pediatrů, gynekologů, stomatologů apod.), pokud se na ně občané mohou obracet přímo. Důležitým úkolem je zvážit vhodné formy týmové práce všech zdravotnických pracovníků, kteří se na PP podílejí. Nezbytné je rovněž věnovat pozornost řešení psychologických problémů pacientů a zejména návaznosti sociální péče.

7.4. Integrace zdravotnických služeb

Na primární zdravotní péči organicky navazuje sekundární (služby ambulantních specialistů a základních nemocnic) a terciální péče (poskytovaná specialisty působícími ve fakultních nemocnicích a v některých dalších zdravotnických zařízeních). Jako užitečné se jeví, pokud pacient koordinovaně postupuje po jednotlivých etážích zdravotní péče a pokud jednotlivé služby na sebe plynule navazují.

V mnoha evropských zemích se integrace zdravotní péče dostává na přední místo ve zdravotní politice regionů. Ukázalo se, že tzv. samostatnost zdravotnických zařízení je přinejmenším problematická.

Mnoho zkušeností dokládá, že práce zdravotnických organizací jako sehraného orchestru je hospodárnější než „konkurenční“ neshody nekomunikujících „solistů“.

Proces zdravotní péče sestává z velkého počtu plynule na sebe navazujících činností, které vytvářejí síť kontinuální komplexní péče v jejím systémovém pojetí. Z metodologického hlediska můžeme proces péče o zdraví členit na jednotlivé, navzájem propojené fáze:

- ochrana, posilování a rozvoj zdraví;
- péče o zdraví nově se rodící generace;
- prevence nemocí a redukce (eliminace) rizikových faktorů;
- včasná detekce časných příznaků nemoci;
- diagnóza, terapie, prognóza a doléčování nemoci;

- rehabilitace (návratná péče a prevence následků nemoci);
- soustavné sledování a dispenzarizace obyvatelstva;
- terminální péče o umírající.

Zatím se nepodařilo uskutečnit jejich plynulé a funkční propojení mezi jednotlivými zdravotnickými institucemi. Dosud přetrvává značná asymetrie v jejich společenském vnímání i ocenění. „Pozitivním zdravím“ se zabývají pouze tři první aktivity. Všechny ostatní činnosti lze zahrnout pod pojem „obnova zdraví a zvládnání nemocí“. Jeho obsahem je slabá prevence a naprosto převažující terapie. Je žádoucí stále připomínat, že prevence není protikladem terapie. Obě by měly tvořit vzájemně se doplňující komplex aktivit směřujících ke zdraví. O mnohých zdravotnických službách se ani nelze jednoznačně vyjádřit, zda jsou více léčebné nebo preventivní. Typické je to zejména v péči o děti a starší občany.

Jistě by bylo ideální, kdyby se podařilo odvrátit všechny poruchy zdraví. Pokud nemoc přes všechno preventivní úsilí vypukne, pak její vývoj může postupovat dvěma cestami. Buď se daří nemoc zvládnout a hojivé procesy jako adaptace a reparace posilované vhodnou terapií vedou k vyléčení či alespoň k podstatnému zlepšení zdravotního stavu nemocného, nebo onemocnění přes všechno úsilí probíhá nepříznivě a úkolem léčby je zamezit nepříznivým komplikacím nebo alespoň oddálit smrt.

Obdobně to platí i pro rehabilitaci, která bezprostředně navazuje na léčbu. Buď se podaří zcela odstranit následky nemoci, nebo dojde k trvalým vadám, dysfunkcím a handicapům.

Žádoucí je, aby onemocnění nebylo chápáno jako izolovaná epizoda v životě jedince, ale aby péče o zdraví jednotlivce byla předmětem práce sehraného týmu zdravotnických pracovníků, kteří úspěšně spolupracují nejen mezi sebou, ale dovedou dobře komunikovat i s nemocnými a jejich rodinami.

V řadě evropských zemí si občané volí pouze praktické lékaře, kteří jsou spojeni s určitými spádovými nemocnicemi. Pokud v důsledku podcenění základní zdravotní péče a zejména primární péče přicházejí pacienti se svými problémy přímo do nemocnice, pak takový systém je nákladnější než při docenění role praktických lékařů.

Jde o to, aby se co nejvíce zdravotních problémů vyřešilo co nejdříve, na co nejnižší úrovni a co nejehospodárněji při zachování bezpečnosti i dobré kvality zdravotní péče.

Pokud místo spolupráce zdravotnických zařízení a návaznosti jejich služeb začnou převažovat konkurenční tendence nebo dokonce „boj o pacienta“, pak to sice může vést k lepším hospodářským výsledkům některých „šikovnějších“ zdravotnických zařízení, ale ve svém celku znamená desintegrace zdravotnické soustavy její nižší hospodárnost.

Po některých nepříznivých zkušenostech s dřívějšími okresními a krajskými Ústavy národního zdraví bude jistě obtížné najít co nejpříjemnější formu integrace zdravotnických služeb.

Vyžádá si to náročnou teoretickou přípravu vyústující v demokraticky pojímanou spolupráci, která bude ve svém důsledku výhodná jak medicínsky, tak i ekonomicky pro všechny zúčastněné. Naději lze vkládat i do dílčích praktických pokusů, které ověří vhodnost možných postupů.

Smyslem takové spolupráce nebude řídit zdravotnictví z jednoho centra, ale vytvořit společná a respektovaná pravidla vzájemně výhodné součinnosti jednotlivých forem zdravotní péče, zdravotnických zařízení i všech zdravotnických pracovníků působících v jednotlivých oblastech.

Literatura:

1. Wld Hlth Org.: Health for All Targets. The Health policy for Europe. Updated edition, September 1991, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1993, 58 s.
2. Žáček A.: Prevence nemocí a zdravotních rizik. In: Žáček A., Holčík J.: Sociální lékařství II. MU, Brno 1992, 130 s..
3. Wld Hlth Org.: From Alma-Ata to the year 2000. Reflections at the midpoint. WHO, Geneva 1988, 158 s.
4. Wld Hlth Org.: Towards a Health District. WHO, Geneva 1991, 105 s.
5. Wld Hlth Org.: Primary Health Care Reviews. WHO, Geneva 1992, 226 s.
6. Žáček A., Holčík J.: Sociální lékařství II. MU, Brno 1992, 130 s.

8. METODICKÁ A HISTORICKÁ VÝCHODISKA ZDRAVÍ 21

Program Zdraví 21 je výsledkem mnohaleté činnosti SZO. Metodickým východiskem byly postupy připravené pro cílové plánování. Historickým a obsahovým základem se staly práce poukazující na omezený dopad zdravotnických služeb, pokud není věnována odpovídající pozornost sociálnímu a přírodnímu prostředí, chování lidí a hodnotám, které jednotlivá společenství hájí a rozvíjejí.

8.1. Cílově orientované programy

Od samého začátku existence SZO bylo zřejmé, že má-li se zlepšit zdraví lidí, nestačí navrhnout, zvolit a realizovat dílčí izolovaná opatření. Významným přínosem bylo rostoucí uplatňování systémového přístupu, které vedlo k soustavnému zvažování zdrojů, procesů, výstupů, regulačních mechanismů i okolí systému. Postupně se ukázalo, že je nezbytné uvažovat o celé sérii na sebe navazujících vzájemně provázaných aktivit. To vedlo k vytvoření metodiky cílově orientovaných programů.

Příprava cílově orientovaných programů probíhá v několika relativně ustálených etapách. Jsou to (1):

- zdravotně politická východiska,
- situační analýza,
- definování problémů a stanovení cílů,
- anticipace a analýza potíží,
- volba strategie a rozpis úkolů,
- sepsání a schválení projektu.

Pro cílově orientované programy je charakteristické, že jejich realizace, monitorování, kontrola i závěrečné zhodnocení se opírá o konkrétní ukazatele. Dobré metodické zvládnutí programů (organizační a ekonomické, informační, statistické a epidemiologické) vede k omezení rétorického a administrativního pojetí a posiluje věcný přínos realizace jednotlivých programů.

Nejprve byly zahajovány programy orientované na jednotlivé nemoci nebo skupiny nemocí (programy nozologicko kategoriální). Nejznámějším takovým programem byl úspěšný program eradikace černých neštovic. V období 1958-1966 probíhal globální program eradikace neštovic a v letech 1967-1980 byla realizována jeho intenzivní forma. Poslední endemický případ neštovic byl zaznamenán v Somálsku v říjnu 1977. 9. prosince roku 1979 bylo oficiálně prohlášeno, že černé neštovice jsou eradikovány.

Známým se stal program zahájený ve Finsku v oblasti Severní Karélie v roce 1972 a orientovaný na hlavní rizikové faktory kardiovaskulárních nemocí. Po 10 letech průběhu programu bylo prokázáno, že počet kuřáků klesl o 40%, hladina sérového cholesterolu se snížila o 12%, úmrtnost mužů středního věku na kardiovaskulární choroby klesla o 27% a u žen dokonce o 42%.

Později byly připraveny programy zaměřené na vymezené populační skupiny, např. děti, matky, tělesně postižené (programy populačně skupinové). Vyvrcholením programové metodiky byla příprava programů globálně komplexních, které se snažily postihnout určitou skupinu zdravotních problémů v širších souvislostech.

8.2. Historické a obsahové kořeny programu Zdraví 21

Když v 70. letech Thomas McKeown (2) konstatoval, že zaměření medicíny i zdravotnických služeb je chybné a že společenské investice do zdraví nejsou dobře využívány, vycházel z podkladů a nálezů shromažďovaných mnoha vědeckými pracovníky téměř padesát let. Poukázal na skutečnost, že vliv zdravotnických služeb na zdraví lidí se běžně přeceňuje a že se naopak nedoceňuje vliv životního prostředí a chování lidí.

Rychlý rozvoj medicínských technologií a překotný růst cen nových přístrojů vede k závěru, že žádná země na světě, jakkoli ekonomicky výkonná, si nemůže dovolit věnovat na zdravotní péči tolik prostředků, kolik by lékaři v nemocnicích dokázali utratit v dobře míněné snaze pomoci svým pacientům.

Jak ukazují zejména mezinárodní zkušenosti, řešení tohoto problému není snadné. Naděje vkládané do mechanismů tržní regulace se v oblasti péče o zdraví nesplnily. Uspokojivé řešení nepřinesly ani zdravotnické pojišťovací systémy, které postihují jen relativně malý úsek široce chápané zdravotní péče. Skutečný přínos lze očekávat jednak od změny přístupu ke zdraví a zdravotním problémům a jednak od přípravy a realizace programů orientovaných na zlepšení zdraví lidí.

Tak byla potřeba změny zdravotní strategie vnímána zejména ve vyspělých průmyslových zemích, v těch státech, kde úsilí o demokracii a respektování základních lidských práv bylo běžnou realitou. Dosavadní analýzy zdravotní situace v zemích střední a východní Evropy upozorňují na skutečnost, že byrokraticky a centralisticky zaměřené soustavy zdravotní péče jsou neúčinné, ať je jejich orientace jakákoli. Jestliže se zúží možnosti rozhodování jednotlivců a sociálních skupin, když se ve snaze dosáhnout jakési „jednoty myšlení“ omezí schopnost občanů rozpoznávat, hájit a naplňovat základní lidské hodnoty, sníží se hodnota vzdělání a omezí se možnosti projevu vlastního názoru, pak

výsledkem je u většiny občanů rezignace, pasivita a snížení zájmu o svou vlastní perspektivu a ve svém důsledku i o vlastní zdraví.

Právě tyto zkušenosti dokládají, že bez určité míry osobní svobody, úrovně kultury a vzdělanosti je snaha zapojit občany do péče o své vlastní zdraví nepřiliš účinná, ne-li zcela marná. Ke zdraví může směřovat jen svobodná osobnost. A nejde přitom jen o politické klima. Svůj nesporný význam má i stupeň hospodářského rozvoje a svoboda ekonomická. Pokud za svízelné ekonomické situace nemá jedinec žádnou možnost volby, pak musí všechny své síly soustředit jen na úsilí o zachování své základní existence. Velkou roli hrají i hodnoty, ze kterých osoby při svém rozhodování a jednání vycházejí, výchova a tradice, kterými byly formovány.

Základy evropské zdravotní strategie byly kladeny koncem 70. let. Hlavním iniciátorem byla SZO a rozhodujícím aktérem byla široká mezinárodní zdravotnická i občanská veřejnost. Představa cesty ke zdraví vznikala relativně pomalu. Jejím východiskem byly výsledky mnoha porad a konferencí, na kterých byl postupně konkretizován cílový záměr, metody realizace i kritéria hodnocení. Jen ve stručnosti uvedeme dominantní teoreticko-metodické podklady celého procesu.

Za východisko programu Zdraví 21 lze označit široký faktický i metodický materiál, ze kterého vyplývaly v podstatě čtyři teze:

- lidé jsou do značné míry spolutvůrci svého zdraví;
- rozvoji dílčích aktivit směřujících ke zdraví je možné a žádoucí cílevědomě pomáhat;
- cesta ke zdraví je pro lidi, musí s lidmi počítat a může být uskutečněna jen prostřednictvím jejich zájmu, odpovědnosti a aktivity;
- zkušenosti SZO umožňují tento proces vyvolat a účinně usměrňovat.

V mezinárodním měřítku byla velmi důležitým podnětem tzv. Lalondova zpráva „Nová perspektiva zdraví Kanadčanů“ z roku 1974 obsahující základní principy (3) vyjadřující potřebu širokého přístupu ke zdraví a současně i nezbytnost vytvoření demokraticky pojímané zdravotní péče rozvíjené za účasti pokud možno všech občanů. Je vhodné připomenout alespoň výchozí zásady:

1. Zdraví není dílčí medicínskou specializací, ale vyžaduje společné úsilí lékařů, psychologů, specialistů na životní prostředí a dalších osob spolupracujících při zásadě rovnosti.
2. Lze prokázat, že preventivní úsilí orientované na udržení zdraví je ekonomicky výhodné.

3. Chránit a rozvíjet své vlastní zdraví je možností i výsadou každé osoby, která volbou svého životního stylu může své zdraví ovlivnit více než medicína jako taková. Výchova hraje v tomto směru větší úlohu než diagnostika a léčba.
4. Psychosociální a biochemické faktory se na vzniku nemocí podílejí zhruba stejnou mírou.
5. Znalost zdravotního stavu (tělesného a duševního) a faktorů, které jej ovlivňují, je nezbytná pro posuzování vztahu a rovnováhy mezi zdravím a nemocí, mezi životem a smrtí.
6. Optimální zdraví je založeno na zvládnutí stresu, vhodné výživě, pravidelné tělesné aktivitě a zdravém přírodním i psychosociálním prostředí.
7. Pokud se podaří zvládnout všechny nemoci, lidský život se prodlouží přibližně o deset let. Lze očekávat, a na to je nezbytné orientovat další výzkum, že biologický potenciál člověka je mnohem delší.
8. Zdraví záleží přibližně z 90% na výše zmíněných faktorech, které leží mimo tradiční oblast biomedicínské technologie, jak prokázali McKeown, Illich, Palmer a mnozí další.

Zkušenost rovněž doložila, že mají-li mít občanské aktivity smysl a mají-li být skutečně účinné, je nezbytné, aby činnost, pravomoc a odpovědnost nejrůznějších sociálních a správních institucí nebyla přenesena na občany, ale právě naopak, aby byla posílena z hlediska vyvolávání, usměrňování i hodnocení občanských aktivit, aby představovala skutečnou pomoc lidem a ve svém důsledku posílila autoritu státní správy i samosprávy.

Znamená to, že představa společné cesty ke zdraví nemůže být jen proklamativním apelem vyzývajícím občany k větší odpovědnosti a aktivitě, ale že se musí jednat o skutečnou cílevědomou pomoc jako součást poslání i povinností stávajících a nově zakládaných institucí. Je rovněž nezbytné, aby v tomto směru byla měněna a rozvíjena péče o životní prostředí, celý výchovný systém včetně výchovy občanů, a v neposlední řadě i zdravotnická soustava (základní zdravotní péče, domácí péče, soustavné hodnocení účinnosti, efektivity a přínosu jednotlivých zdravotnických služeb, jejich dostupnost, kvalita apod.).

Z náročnosti zmíněného úkolu je zřejmé, že metodickým východiskem společné cesty ke zdraví se musel stát dlouhodobě pojímaný programový proces, založený na seriózním informačním i výzkumném základu a plně respektující

známý řídicí (manažerský) cyklus: od posouzení problému přes stanovení plánu a realizaci až k všestrannému hodnocení odpovídajícímu mimo jiné na otázku, zda a do jaké míry se podařilo výchozí problém zvládnout.

Výše uvedený poznatkový a metodický základ se stal nástrojem posouzení vývoje zdravotní situace ve světě i v Evropě ve druhé polovině sedmdesátých let. SZO vyšla ze svých dosavadních zkušeností s přípravou, realizací i hodnocením zdravotních programů. Jako dominantní zdravotní problémy byly označeny tyto nesnáze:

1. rychlý růst výdajů na zdravotní péči;
2. stagnace zdravotní úrovně populace;
3. obtíže při kontrole a redukci zdravotně rizikových faktorů, neboť většina z nich působí mimo tradiční resortní hranice zdravotnictví.

Takto formulované problémy se staly nosným východiskem rozsáhlého celosvětového hnutí, které předznamenalo na několik desítek let zdravotní a v určitém směru i sociální vývoj velkých populačních celků.

Literatura:

1. Holčík J., Žáček A.: Sociální lékařství I, MU, Brno 1991, 240 s.
2. McKeown T.: The Role of Medicine. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London 1976, 180 s.
3. Anderson R., Kickbush I.: Health Promotion. A resource book. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1990, 398 s.

9. PROGRAM ZDRAVÍ PRO VŠECHNY – PŘEDCHŮDCE ZDRAVÍ 21

Stále naléhavěji se prosazující zdravotní problémy na jedné straně a metodická i organizační připravenost na straně druhé vedly již v 70. letech 20. století k názorům, že je čas připravit zásadní a dlouhodobě orientovaný program, který by byl zaměřený na zdraví v celé jeho šíři a týkal by se všeho obyvatelstva.

Mnoha odborníkům připadal takový přístup příliš ambiciózní, ne-li nereálný. Bylo zřejmé, že SZO nemá tolik prostředků, aby program mohl být ve svém celku realizován a že jednotlivé státy nemají dostatek odborníků, kteří by realizaci programu mohli metodicky zvládnout. Ani politická situace v řadě zemí nebyla pro realizaci programu příznivá. Totalitní centralistické režimy nemohly připustit všeobecnou demokratizaci veřejného života v té míře, kterou program předpokládal.

Další vývoj ukázal, že příprava souhrnného programu byla nesporným přínosem, a to nejen pro zdraví lidí. Bylo nutné zavést nový styl práce SZO a zejména lepší formy spolupráce s vládami jednotlivých členských zemí. Bylo rovněž nezbytné zdokonalit informační systém a podstatně zlepšit odbornou přípravu mnoha organizačních pracovníků ve zdravotnictví, v péči o zdraví i v řadě dalších odvětví.

Překonané nesnáze a získané zkušenosti vedly k dalším modifikacím souhrnného programu, k podstatnému zlepšení práce SZO jako celku a ve svém důsledku i k pozitivním trendům vývoje zdraví lidí v celé řadě zemí.

9.1. Příprava programu Zdraví pro všechny do roku 2000

Za základní podnět pro přípravu programu SZO Zdraví pro všechny do roku 2000 (ZPV) lze označit jednání a zejména rezoluci třicátého Světového zdravotního shromáždění (květen 1977), v níž byl stanoven základní cíl SZO na příští dvě desetiletí: „Všichni lidé na světě by měli dosáhnout do roku 2000 takové úrovně zdraví, která by jim umožnila vést společensky a ekonomicky produktivní život.“ (rezoluce SZO 30.43) (1).

Orientaci programu příznivě ovlivnila konference v Alma-Atě v roce 1978, zaměřená na nové pojetí základní zdravotní péče (ZZP) (*primary health care*) (1), která byla označena za jeden z nejdůležitějších prostředků realizace programu ZPV. Závěrečná deklarace konference (viz přílohu 1) vyzvala všechny vlády, aby vytvořily národní zdravotní politiku, strategii a úkoly s cílem ustanovit, rozvinout a upevnit ZZP jako součást národní péče o zdraví ve spojení s ostatními resorty.

Zkušenost však ukázala, že výzvy členským zemím, aby sladily svou zdravotní politiku s programem ZPV, musí být provázeny intenzívní metodickou prací SZO na programu jako celku. Žádoucí různorodost přístupů jednotlivých členských zemí podmíněná jejich různými sociálními a ekonomickými podmínkami by neměla být směřována s rozdílnostmi způsobovanými metodickou bezradností, popřípadě chybnou interpretací některých základních pojmů programu ZPV. SZO proto začala vydávat řadu dokumentů umožňujících hlubší pochopení záměrů, principů a cílů programu ZPV. Nejprve byly vypracovány zásady pro přípravu programových dokumentů na národní, regionální i globální úrovni (2).

V roce 1980 označilo třicáté třetí Světové zdravotní shromáždění program ZPV za hlavní prioritu a připomnělo nutnost respektovat zásady, cíle i metody realizace programu ve všech oblastech činnosti SZO. Program ZPV se tak postupně stal základní osou práce SZO a nosnou perspektivní směrnicí rozvoje zdravotní péče pro všechny členské země. Program tak začal plnit funkci celosvětové zdravotní strategie.

Během počáteční fáze konkretizace programu ZPV věnovala SZO prvořadou pozornost především globální úrovni (3). Třicáté čtvrté Světové zdravotní shromáždění v roce 1981 přijalo dokument „Globální strategie pro zdraví pro všechny do roku 2000“.

Aby SZO pomohla členským zemím rozšířit jejich účast jak na přípravě a konkretizaci programu, tak na jeho postupné realizaci, pokračovala ve vydávání pomocných metodických materiálů zaměřených na přípravu ukazatelů umožňujících průběžné sledování a kontrolu dílčích výsledků programu (4), na otázky řízení rozvoje péče o zdraví v jednotlivých zemích (5) a na základní principy hodnocení zdravotních programů (6).

Globální program byl dále doplněn seznamem opatření přijatých třicátým pátým Světovým zdravotním shromážděním v roce 1982, jejichž smyslem bylo přispět k široké aplikaci globálního programu (7), a to jak v jednotlivých zemích, tak v práci SZO jako celku (8). Série obecných metodických materiálů byla doplněna stručným slovníčkem vysvětlujícím základní používané pojmy (9).

Ukázalo se však, že se globálně orientovaný program neseťkal s odpovídající odezvou ve všech zemích. Zejména pro průmyslově vyspělé státy neměly úkoly programu ZPV dostatečně mobilizující charakter. Bylo nezbytné připravit variantu „šitou na míru“ rozvinutým zemím. Tohoto úkolu se ujala Evropská úřadovna SZO se sídlem v Kodani. Navázala na své dlouholeté zkušenosti s přípravou a realizací vlastních zdravotních programů.

První program Evropské úřadovny SZO byl zahájen v roce 1952 a byl zaměřen na studium stavu a rozvoje zdravotnických služeb v Evropě. Získané zkušenosti byly využity při přípravě dalších tří dlouhodobých programů orientovaných na kardiovaskulární nemoci, rizika zevního prostředí (znečištění) a na duševní zdraví (včetně alkoholismu a zneužívání drog).

V roce 1980 byl na 30. zasedání Evropského regionálního výboru (ve Fezu - Maroko) přijat návrh na zpracování „Evropské strategie programu ZPV“ zaměřený na čtyři hlavní oblasti:

- životní styl a zdraví,
- rizikové faktory,
- změny v soustavě zdravotní péče,
- získání politické, manažerské a technologické podpory pro realizaci změn.

Návrh poukazoval na nezbytnost posilování a rozvoje zdraví i prevence nemocí a na potřebu pozitivních opatření ve všech oblastech společenské praxe, která by mohla příznivě ovlivnit zdraví a zdůraznit roli jednotlivců, rodin i dalších sociálních skupin. Za jeden z hlavních prostředků dosažení zamýšlených změn byla označována základní zdravotní péče.

Členské státy Evropského regionu vyslovily v roce 1982 souhlas se stanovením evropských zdravotních cílů, které by měly být (10):

- zaměřené na hlavní zdravotní problémy;
- věrohodné (usilující o konkrétní stupeň zvládnutí vymezeného problému);
- realistické;
- jednoduše a jasně formulované;
- vyjádřené pokud možno kvantitativně (umožňující měřit a hodnotit průběžné výsledky);
- odpovídající zdravotní strategii Zdraví pro všechny do roku 2000;
- politicky přijatelné;
- smysluplné a atraktivní pro veřejnost, politiky, řídicí i zdravotnické pracovníky.

V listopadu 1983 se ve Francii (Bordeaux) konala konference zaměřená na otázky základní zdravotní péče v průmyslově rozvinutých zemích. Jednání úzce navázalo na závěry konference v Alma-Atě a plně respektovalo ekonomické a sociální charakteristiky rozvinutých zemí i dosažený stupeň rozvoje zdravotnických služeb. Důraz byl kladen na rozvoj zdraví a prevenci nemocí a na aktivní podíl veřejnosti na péči o zdraví.

Výsledkem byl návrh 38 regionálních cílů, který byl schválen Evropským regionálním výborem v roce 1984. Na témže zasedání byl schválen prozatímní seznam ukazatelů a akční plán (harmonogram opatření). Podrobný výklad regionálních cílů byl publikován v roce 1985 (11) a ve druhém vydání v roce 1986.

Zmíněný materiál přinesl významnou změnu ve zdravotním rozvoji evropských zemí. Poprvé v historii přijaly členské státy společné zásady zdravotní politiky jako východisko samostatné i společné práce. Důležité bylo přijetí společných kritérií pro hodnocení zdravotní situace, společných zásad řešení zdravotních problémů a rozvoj systematické spolupráce ve všech oblastech souvisejících se zdravím lidí.

Slibné dílčí výsledky i přetrvávající problémy se stávaly motivem pro celou řadu akcí pořádaných v jednotlivých zemích z iniciativy nejrůznějších organizací za podpory SZO (12).

Tak např. již v roce 1984 byla uspořádána Evropská konference o plánování a řízení pro zdraví, zabývající se reformami zdravotnických soustav. Přinesla řadu podnětů zejména pro pluralisticky pojímané systémy vyspělých evropských zemí.

V roce 1986 proběhla I. mezinárodní konference o podpoře zdraví (*health promotion*) konaná v Ottawě. Byla zaměřena na zdravý životní styl, chování a jeho význam pro zdraví. Jejím cenným výsledkem se stala „Ottawská charta posilování a rozvoje zdraví“ (viz přílohu 2). Charta obsahuje souhrnně pojatou strategii podpory zdraví v pěti oblastech: zdravotní politika, příznivé životní prostředí, rozvoj osobních schopností a dovedností, široká společenská aktivita a nová orientace zdravotnických služeb. V mezinárodním měřítku byl tak poprvé položen hlavní důraz na zdraví (místo na nemoci) a na nejdůležitější podmínky jeho rozvoje.

Druhá takto orientovaná konference se konala v Adelaide (Austrálie) v roce 1988. Zdůraznila význam zdravotní politiky a potřebu jejího systematického rozvoje (viz přílohu 3). Třetí mezinárodní konference tohoto typu proběhla v roce 1991 v Sundsvallu (Švédsko) a jejím základním tématem byla ochrana a tvorba zdravotně příznivého životního prostředí (viz přílohu 5).

I. evropská konference o prevenci a zvládnání chronických neinfekčních nemocí pořádaná ve Varně v roce 1987 stanovila nové úkoly zejména pro výzkum, prevenci i léčbu a rehabilitaci chronicky nemocných.

Rozvojem adekvátních zdravotnických služeb se v roce 1988 zabývala ve Vídni I. evropská konference věnovaná práci zdravotních sester, a to zejména v základní zdravotní péči.

I. evropská konference orientovaná na problematiku kouření a tabáku se konala v Madridu v roce 1988. Projednala a schválila plán akcí, které se staly základem podpory nekuřáctví v Evropě.

V oblasti přípravy zdravotnických pracovníků byla velkým přínosem tzv. Edinburská deklarace přijatá Světovou konferencí o medicínské výchově v roce 1988 (viz přílohu 4). Na ni navázala další konference o medicínské výchově pořádaná v roce 1993 opět v Edinburghu.

S velkým zájmem se setkala konference uspořádaná v roce 1989 ve Frankfurtu n/M, jejímž výsledkem byla Charta zdravého životního prostředí přijatá jednomyslně 29 členskými státy. V chartě je zdůrazněna nezbytnost preventivních strategií, kterými by se mělo podařit zvrátit negativní trendy kvality životního prostředí. Charta poukázala rovněž na odpovědnost jednotlivců, institucí a organizací, veřejnosti i státu, pokud jde o ochranu a tvorbu zdravého životního prostředí.

I. evropská konference o potravinách a výživě se konala v Budapešti v roce 1990. Pomohla zahájit spolupráci jednotlivých zemí v této oblasti a koordinovat jejich potravinovou politiku.

Konference v Tbilisi analyzovala v roce 1990 vztah mezi nevhodnými službami v oblasti plánování rodiny a vysokou incidencí potratů. Jako určité východisko byla přijata tzv. Tbiliská deklarace.

Souběžně s realizací evropské zdravotní strategie probíhalo její monitorování a navazující periodické rozbory. První souhrnné hodnocení realizace programu proběhlo v roce 1985 (13), a to jednak v celé SZO a jednak v jednotlivých členských státech a regionech, včetně Evropy.

Závěrečná zpráva hodnotící dosažené výsledky poukázala na velké rozdíly mezi jednotlivými zeměmi a zdůraznila nezbytnost plné politické podpory, koordinované účasti zdravotnických pracovníků a širokého aktivního podílu celé veřejnosti. Zpráva rovněž upozornila na potřebu upravit soustavu ukazatelů sloužících k monitorování celého programu.

Revidovaný seznam ukazatelů byl schválen na 37. zasedání Evropského regionálního výboru v roce 1987 (14). Účinnost ukazatelů je průběžně

ověřována a na základě zkušeností jednotlivých zemí jsou podávány návrhy na jejich postupnou úpravu (15).

Další bilanci plnění programu ZPV představovala konference v Rize, uspořádaná SZO v roce 1988 (deset let po konferenci v Alma-Atě) (16). Konference mimo jiné zdůraznila nutnost věnovat soustavnou pozornost překážkám, které znesnadňují plné využití programu ZPV ve všech evropských zemích.

Cenným přínosem pro adekvátní aplikaci programu ZPV bylo vydání dvou publikací (17 , 18) věnovaných rozvoji výzkumu zaměřeného k podpoře programu ZPV.

Významným impulsem pro další konkretizaci a rozvoj evropské zdravotní strategie byly zásadní změny, ke kterým došlo v zemích střední a východní Evropy v letech 1989-1990.

J. E. Asvall, regionální ředitel SZO, ve své předmluvě k evropské ročence z roku 1989 mimo jiné napsal (19): „Rok 1989 byl rokem, v němž se víchř politických změn přehnal Evropou. I když zatím nedovedeme postihnout detaily tohoto celého mnohotvárného procesu, jedno je už dnes jisté. Je to právě Evropa, kde stará dogmata ustupují realismu, kde mechanismy moci a rozhodování se mění jak uvnitř zemí, tak mezi nimi a kde staré předsudky spočívající na strachu a rovnováze síly jsou překonávány spoluprací a skutečným zájmem o životní prostředí a kvalitu života. Jedna věc se však nezměnila. Základní evropské zdravotní problémy formulované v minulém desetiletí přetrvávají a do roku 2000 zřejmě nebudou vyřešeny.“

Další vývoj však ukázal, že spolu se změnou politické a ekonomické situace v zemích střední a východní Evropy se začaly podstatně měnit zdravotnické systémy a objevily se i nové úvahy o zdravotní politice, o zdraví jako hodnotě i o úloze veřejnosti v péči o zdraví.

K významným společenským změnám ovšem nedošlo jen v zemích střední a východní Evropy. Celá Evropa se od začátku osmdesátých let, kdy se evropská zdravotní strategie vytvářela, podstatně změnila. Rychlý hospodářský i myšlenkový rozvoj, spolupráce, pokračující diskuse a nové problémy, to vše se stalo podnětem pro změny v samotném programu Zdraví pro všechny.

Příručka SZO z roku 1985 obsahující původní cíle programu uložila prostřednictvím schváleného harmonogramu splnit některé z uvedených úkolů do konce roku 1990. Na zasedání konzultativní programové skupiny v roce 1989 bylo navrženo (a Evropský regionální výbor to na bezprostředně následujícím

zasedání schválil), aby byl harmonogram plnění úkolů evropské strategie upraven a současně, aby byly znovu projednány základní cíle programu a podle potřeb jak celého regionu, tak jednotlivých zemí změněny, doplněny, a popřípadě i vypuštěny.

Určitým vodítkem pro zvažované změny se staly údaje uvedené v dotazníku, který byl členským zemím zaslán v roce 1989. Návrhy zpracovával Poradní výbor pro regionální zdravotní rozvoj a dílčí záměry schválilo 40. zasedání Evropského regionálního výboru. Po intenzivních jednáních a rozsáhlé práci byl zpracován návrh na novelizaci souboru cílů evropské zdravotní strategie, který byl schválen 41. zasedáním Evropského regionálního výboru SZO.

Na zmíněném zasedání byl rovněž schválen nový harmonogram dalšího postupu a soubor ukazatelů, kterým bude plnění úkolů kontrolováno i hodnoceno. Navržené kvantitativní cíle nejsou výsledkem matematického modelování, ale spočívají spíše na hodnocení dosavadních historických trendů, rozborech širokého komplexu měnících se podmínek a na odhadu jejich budoucích změn.

Nové cíle z roku 1991, publikované v roce 1993 (12), reagují rovněž na zlepšení, které již bylo dosaženo a jsou odhadem výsledků, jež lze očekávat, pokud se spojí dobrá vůle, znalosti, dostupné zdroje a vhodné metody a pokud se společně orientují správným směrem. Souhrnné evropské cíle jsou odhadem možností regionu jako celku.

9.2. Zaměření a skladba programu Zdraví pro všechny do roku 2000

Souběžně s úpravami programu pro konec 90. let byla průběžně připravována nová varianta pod názvem Zdraví pro všechny „21 úkolů pro 21. století“ (20).

Aby bylo možné pochopit v plné šíři přínos nové zdravotní strategie, je žádoucí se seznámit, alespoň ve stručnosti, s obsahem programu Zdraví pro všechny do roku 2000, který představoval základnu koncepční, realizační i hodnotící práce SZO v průběhu 80. a 90. let. Jeho principy a získané zkušenosti, slibné výsledky i dílčí nezdary se staly východiskem příprav nové evropské zdravotní strategie pro 21. století.

Dosavadní zkušenosti ukázaly, že pochopit skladbu a orientaci programu není snadné. Některé jeho rysy je užitečně opakovaně vysvětlovat.

Už samotný název může být zdrojem nedorozumění. Někdy se vyskytovaly z nepochopení pramenící námitky upozorňující na to, že do roku 2000 nemohou být všichni zdraví. O tom program skutečně nebyl a ani to nesliboval.

Slovo „zdraví“ v názvu programu znamená, že program je orientován spíše na zdraví než na nemoci a že jde o zdraví jako humánní hodnotu (pro jedince i společnost) i bio-psycho-sociální jev se všemi jeho zdroji, podmínkami, determinantami, projevy i důsledky.

Další část názvu „pro všechny“ znamená, že program není jen pro někoho, pro rizikové, privilegované nebo jinak vymezené skupiny osob. Měl by sloužit skutečně všem. Program však nemá jen populační úroveň. Zájem celku (všech) nemá dogmaticky pojímanou prioritu. To, že je program pro všechny, znamená, že je i pro každého jednotlivce.

Časové určení „do roku 2000“ neinformovalo o tom, že program brzy skončí. Byl to koncepční záměr, pro který je charakteristický dlouhý časový horizont. Když byl program začátkem 80. let vyhlášován, byl pojímán jako ambiciózní představa dlouhodobě koncipované zdravotní strategie.

Jedním z posláních programu bylo přispět k tomu, aby si lidé uvědomili, že mají dost sil na utváření svého života a existence svých rodin a že mohou úspěšně čelit zbytečným nesnázím plynoucím ze zvládnutelných nemocí. Metodika programového přístupu byla zvolena proto, že dílčí izolovaná opatření jsou zpravidla méně účinná než koordinovaný cílevědomý proces, vnitřně diferencovaný a orientovaný ke společnému záměru, průběžně monitorovaný a citlivě upravovaný v návaznosti na měnící se podmínky.

Program ZPV měl vztah k orientaci, kompetenci i odpovědnosti všech společenských struktur, které mohly přispět ke zlepšení zdravotní péče, pomoci při tvorbě a ochraně životního prostředí, při vytváření zdravého životního stylu a v obecném smyslu i při zlepšování kvality života. Tím byli k péči o zdraví zváni spolu se zdravotníky i politikové, pracovníci jiných resortů a celá veřejnost. Důležité posláním měli zejména vedoucí pracovníci, významné osobnosti a všichni vzdělaní lidé s přirozenou autoritou.

Stanovené cíle programu nebyly právně závazné. Tvořily rámec, v němž si jednotlivé státy mohly formulovat svoji vlastní zdravotní politiku, strategii zdravotnictví i obecné zaměření péče o zdraví jako sociálního systému (21 , 22).

Skutečnost, že ty státy, které připravily své národní varianty programu ZPV, se řídily jeho základní strukturou, není projevem jakési povinné poslušnosti, ale jde spíše o důsledek pochopení humánně hodnotových, intelektuálních, informačních i programově organizačních principů evropského přístupu.

V obecné rovině byl program tvořen sedmi základními oblastmi (12):

- **Ekvita (spravedlnost)** je základem a těžištěm programu ZPV. Ekvita ve zdraví představuje spravedlivou příležitost pro všechny lidi realizovat v plném rozsahu svůj zdravotní potenciál. To vyžaduje opatření směřující ke snížení rozdílů v úrovni zdravotního stavu mezi zeměmi i uvnitř územních celků. Opatření rozvíjející ekvitu zahrnují zlepšení životních a pracovních podmínek znevýhodněných skupin osob.

- **Zájem o etiku** jako projev snahy pochopit, formulovat a prosadit principy ekvity. Etické problémy vznikají ve všech oblastech zdravotní péče – ve zdravotní politice, v souvislosti s právy občanů, pacientů a celých sociálních skupin, pokud jde o jednotlivé zdravotnické služby i co se týče meziodvětvových opatření. Evropská zdravotní politika usiluje o vytvoření a prosazení takových mechanismů, které by posilovaly uplatnění etických hledisek ve veškerém rozhodování majícím vztah ke zdraví jednotlivců, skupin a celých populací.

- Lidé mohou dosáhnout zdraví jen prostřednictvím svého vlastního úsilí. Plně informovaná, dobře motivovaná a **aktivně se účastnící společnost** je rozhodujícím předpokladem jak náležitého určení priorit, tak přijetí a realizace potřebných opatření. Spolu s posílením důstojnosti, znalostí a schopností jednotlivců a vhodnou sociální podporou to představuje důležitou podmínku plného využití humánních zdrojů.

- Hlavní důraz programu spočíval v posílení **podpory zdraví a prevence nemoci**. Lidé by měli mít možnost využít svůj tělesný, duševní a sociální potenciál a pokud možno získat i pozitivní pocit zdraví. Toto zaměření by mělo být patrné i z rozvoje zdravého životního stylu, tvorby zdravého životního prostředí i z úsilí o změnu orientace zdravotnických služeb.

- **Základní zdravotní péče (*primary health care*)** by se měla stát ohniskem soustavy zdravotnických služeb. Záměrem je přiblížit zdravotnické služby potřebám občanů a poskytovat je co nejbližší místům, kde lidé žijí a pracují. Základní zdravotnické služby by měly být dostupné a přijatelné a občané by se měli podílet na jejich plánování, rozvoji a v určitém směru i na jejich vlastním poskytování.

- Na dosažení zdraví se musí podílet několik sektorů. **Meziodvětvová spolupráce** je základním předpokladem jak dosažení zdraví, tak ochrany před rizikovými faktory přírodního, ekonomického a sociálního prostředí. Je nezbytné dosáhnout vhodného skloubení práce orgánů státní správy na národní, regionální i lokální úrovni a rozvíjet spolupráci s obchodními a průmyslovými

institucemi i odborovými a profesionálními organizacemi. S tím souvisí i trvalé úsilí o co nejvyšší kvalitu a hospodárnost.

- Rostoucí počet zdravotních problémů přesahuje hranice jednotlivých států. Dobrá **mezinárodní spolupráce** je proto nezbytná při řešení problémů ochrany životního prostředí, pokud jde o přístup k potřebným zdrojům umožňujícím zdravý životní styl a poskytování takových zdravotnických služeb, které v plném rozsahu využívají přínosu vědeckotechnického rozvoje.

Základní osnovu programu Zdraví pro všechny tvořilo 38 cílů (12), z nichž každý vycházel z vymezení problému, posouzení metod a možností jeho zvládnutí a byl provázen navrženými ukazateli, jejichž smyslem bylo jednak vytvářet dobrou informační základnu celého programu a jednak usnadnit a zlepšit hodnocení jeho realizace, umožnit srovnávání, podrobnější analýzy výsledků a v neposlední řadě upravit další postup tak, aby stanovené cíle byly splněny.

38 cílů programu lze přirovnat ke kamenným blokům tvořícím pevnou pyramidu, v níž každý kámen poskytuje oporu druhému (viz obr. 7).



Obr. 7. Skladba cílů programu Zdraví pro všechny

Vrcholem pyramidy je ekvita vycházející z obecné představy sociální spravedlnosti, která v oblasti zdravotní péče nachází svůj výraz ve spravedlivé příležitosti všech lidí rozvinout a využít svůj zdravotní potenciál.

Celá pyramida je rozdělena na tři základní části. Vrcholovou část tvoří konečné cíle, střední část tvoří dílčí cíle orientované na metody a prostředky, základnu tvoří východiska a podpůrné činnosti.

I. Cíle 1-12 zahrnovaly hlavní požadavky, stanovené pokud možno i kvantitativně, jejichž splnění mělo vést ke zlepšení zdraví lidí v rozsahu, který byl na základě zkušeností a rozborů evropských regionálních orgánů SZO reálný.

Cíle byly dále děleny do těchto čtyř podskupin:

- a. zajištění ekvity (spravedlnosti) v péči o zdraví (cíl 1),
- b. přidat život létům (plně využít zdravotní potenciál všech osob) (cíle 2 a 3),
- c. přidat zdraví životu (snížit nemocnost a omezit důsledky nemocí) (cíle 4 a 5),
- d. přidat roky životu (omezením předčasných úmrtí prodloužit střední délku života) (cíle 6-12).

Smyslem zmíněných cílů bylo přispět k posílení, rozvoji a uplatnění zdravotních možností a tělesných i duševních schopností všech lidí, zejména starších věkových skupin a invalidů. Všechny, a to i znevýhodněné sociální skupiny by měly mít možnost vést plný, důstojný a sociálně i ekonomicky hodnotný život.

II. Cíle této skupiny vytvářely tři dílčí celky (životní styl, životní prostředí a vhodná zdravotní péče).

A. Zdravý životní styl

Základním úkolem bylo usnadnit lidem správnou volbu zdravého životního stylu. Jde o tyto skupiny cílů:

- a. zlepšení podmínek života (cíle 13-15),
- b. podpora kladného zdravotního chování (cíle 16 a 17).

Dosažení cílů této skupiny mělo vést ke zlepšení legislativních, administrativních a ekonomických nástrojů posilujících zdravý životní styl. Mělo napomáhat rodinám a všem sociálním skupinám plnit své důležité základní funkce v péči o zdraví. Cílem bylo vhodně motivovat všechny občany, aby dávali přednost zdravému životnímu stylu, poskytovat jim pro to všechny potřebné informace, účinně podporovat chování vedoucí ke zdraví (vyvážená

strava, nekuřáctví, přiměřená tělesná aktivita a zvládání stresu) a omezovat ty formy chování, které zdraví škodí (alkoholismus a zneužívání drog, nebezpečné řízení motorových vozidel a násilnické chování). Hlavní zásady činnosti v této oblasti jsou uvedeny v Ottawské chartě posilování, podpory a rozvoje zdraví (viz přílohu 2).

B. Zdravé životní prostředí

Souhrnným úkolem bylo posílit spravedlivou příležitost pro všechny lidi žít a pracovat ve zdravém prostředí, ve společnosti, která se příznivě vyvíjí zdravotně, ekonomicky, politicky, sociálně i kulturně. Cíle byly děleny do tří podskupin:

- a. zásady péče o zdravé životní prostředí (cíl 18),
- b. sledování, hodnocení a tvorba životního prostředí (cíle 19-23),
- c. zlepšování životního prostředí (cíle 24-25).

Obecným posláním této skupiny cílů byla příprava soustavy meziodvětvových opatření orientovaných na tvorbu a ochranu životního prostředí (sledování, hodnocení a zvládnutí rizik životního prostředí, jako je znečištění vzduchu, vody, půdy a kontaminace potravin), na ochranu lidí před rizikovými faktory v domácnosti, na pracovišti i ve společnosti a na rozvoj a usměrňování aktivity celé veřejnosti, a to jak co se týče zlepšení životního prostředí, tak pokud jde o adekvátní chování jednotlivých občanů vystavených působení rizikových faktorů.

C. Vhodná zdravotní péče

Základním záměrem bylo přesunout těžiště zdravotní péče z nemocnic do základní zdravotní péče navazující na občanské aktivity vedoucí ke zdraví. Patří sem tyto podskupiny úkolů:

- a. priority zdravotnického systému (cíle 26 a 27),
- b. základní zdravotní péče (*primary health care*) a její návaznost na primární, sekundární a terciální péči (činnost nemocnic) (cíle 28, 29 a 30),
- c. kvalita zdravotní péče a vhodné metody (technologie) (cíl 31).

Uvedené cíle orientovaly nově vytvářený systém zdravotní péče na tyto úkoly:

- zajistit plnou dostupnost a přijatelnost zdravotnických služeb pro všechny občany,

- cílevědomě rozvíjet základní zdravotní péči a zlepšit její návaznost na specializované a ústavní zdravotnické služby,
- poskytovat všechny základní zdravotnické služby co nejbližší místům, kde lidé žijí a pracují,
- při distribuci zdrojů přidělit náležitý podíl prostředků na základní zdravotní péči a věnovat odpovídající pozornost rizikovým a sociálně handicapovaným skupinám osob,
- sladit celé spektrum zdravotnických služeb - od posilování a rozvoje zdraví, přes prevenci nemocí až ke službám poskytovaným ve zdravotnických zařízeních, včetně rehabilitace,
- zaručit přijatelnou kvalitu zdravotnických služeb.

Obecným úkolem bylo usilovat o to, aby dostupné zdroje (peníze, pracovníci, zdravotnická zařízení včetně přístrojové techniky) byly účinně a efektivně využívány k uspokojování zdravotních potřeb i požadavků občanů a v souladu s hodnotovou orientací společnosti.

III. Poslední hlavní skupinu tvořilo sedm cílů (32-38), jejichž posláním bylo poskytnout nezbytnou politickou, organizační i finanční podporu a pomoc při přípravě i realizaci zdravotní politiky na všech úrovních. Smyslem bylo pomoci občanům a nejrůznějším organizacím a institucím najít svou roli při rozvoji zdraví. Důležitou úlohu v této oblasti měl výzkum, informační systém a posílení etických aspektů při rozhodování o zdraví.

Jednalo se o tyto cíle:

- a. zdravotní výzkum (cíl 32),
- b. rozvoj a organizace procesu „Zdraví pro všechny“ (cíle 33 a 34),
- c. zdravotní informační systém (cíl 35),
- d. výchova a odborná příprava (rozvíjení lidského potenciálu) (cíl 36),
- e. partnerství pro zdraví (cíl 37),
- f. zdraví a etika (cíl 38).

Program byl pojat systémově. Vstup tvořily cíle 32-38, kterými program začíná a které by měly být východiskem přípravy národní varianty programu ZPV a nástrojem tvorby nové soustavy zdravotnických služeb. Základní metody a činnosti byly zahrnuty v cílech 13-31, výstup a hlavní smysl celého programu představovaly cíle 1-12.

Pro informační podporu programu poskytovala SZO disketu, obsahující dosud zjištěné hodnoty ukazatelů v jednotlivých zemích, včetně průměrů za Evropu a za vybrané skupiny států. Bylo tak možné porovnat, jak na tom jsou jednotlivé státy ve vztahu k ostatním i k Evropě jako celku.

Program ZPV poukazoval rovněž na základní předpoklady zdravotní péče, kterými jsou mír, sociální spravedlnost a možnost uspokojit základní zdravotní a sociální potřeby, dobrá politická vůle a pomoc, podpora veřejnosti a plodná mezinárodní spolupráce.

Na program ZPV, jako na základní směr péče o zdraví volně navázaly další programy a projekty orientované na dílčí aspekty úsilí o co nejlepší zdraví lidí. Bylo by vhodné velmi stručně poukázat alespoň na čtyři základní projekty, a to program CINDI, Zdravá města, Zdraví podporující škola a lokální projekty rozvoje zdravotnických služeb. Počítá se s tím, že tyto programy a projekty budou i nadále rozvíjeny.

Program CINDI (*Countrywide Integrated Non-communicable Diseases Intervention Programme*) (23) vychází z potřeby pomoci aktivitě veřejnosti v oblasti životního stylu a vytváření zdravých životních podmínek.

Program se týká některých chronických neinfekčních nemocí (kardiovaskulární choroby, nádory, cukrovka, duševní nemoci, chronické nemoci dýchacího systému a úrazy) a zdravotně rizikových faktorů.

Hlavní pozornost je věnována kouření, nezdravé výživě, alkoholismu, sedavému způsobu života a psychosociálnímu stresu. K hlavním oblastem aktivit patří zdravotnické služby, výchova, společenské organizace a zapojení ostatních sektorů.

Program „Zdravá města“ (*Healthy Cities*) (24 , 25 , 26 , 27) je zaměřen na pozitivní motivaci jak politického vedení měst, tak veřejného mínění občanů. V několika desítkách evropských měst zapojených do programu byly formulovány zdravotní priority, přijaty projekty úpravy infrastruktury a získána politická i ekonomická podpora pro řešení lokálních zdravotních problémů.

Program „Zdraví podporující škola“ (*Health Promoting School*) (28 , 29) se zdaleka netýká jen osnov nebo zdravotní výchovy. Vychází ze skutečnosti, že škola hraje významnou roli jak v rozvoji osobnosti, tak pokud jde o formování systému hodnot a v neposlední řadě i při vytváření a volbě životního stylu. Orientaci programu stručně charakterizuje tato část textu (28): „Žáci potřebují dostat příležitost poznávat a volit skutečné hodnoty, zaujímat stanoviska a rozhodovat.“ Jde tedy v podstatě o široce pojímanou výchovu odpovědných a

svébytných občanů, kteří si váží sebe i svého zdraví a chtějí, mohou i dovedou pro to něco udělat.

Lokální projekty rozvoje zdravotnických služeb jsou jednak nástrojem řízení a jednak pomocí při volbě i realizaci užitečných změn ve zdravotnické soustavě (30 , 31). Stavějí na systémovém přístupu. Vycházejí ze situační analýzy, věnují pozornost problémům, zdrojům, dostupným metodám a zejména výsledkům. Ve vyspělých zemích se staly významnou součástí výzkumu zdravotnických systémů (*Health Systems Research*) (32 , 33 , 34).

V souvislosti s novými programovými iniciativami na úseku prevence a hygieny se vytvářejí a zavádějí i další projekty, např. Zdravá rodina, Zdravý podnik, Zdravý region apod. (35).

Program ZPV takové dílčí aktivity a iniciativy vždy vítá. Není jakousi předepsanou doktrínou nebo „souborem návodů a opatření“. Obrazně řečeno, byl a je kompasem i mapou. Ale vlastní rozhodnutí, kdy a kam se vydat, do značné míry nechává na jednotlivých státech, vládách, odbornících i na všech občanech. Proto je tak důležité, aby lidé o programu věděli, aby pochopili jeho principy a aby se stal jejich programem. Je tu pro lidi. To je jeho základní smysl.

Literatura:

1. Wld Hlth Org.: Primary Health Care. Health for all series, No. 1, WHO, Geneva 1978, 49 s.
2. Wld Hlth Org.: Formulating Strategies for Health for All by the Year 2 000. Health for all series, No. 2, WHO, Geneva 1978, 59 s.
3. Wld Hlth Org.: Global Strategy for Health for All by the Year 2000. Health for all series, No. 3, WHO, Geneva 1981, 90 s.
4. Wld Hlth Org.: Development of Indicators for monitoring Progress. Health for all series, No. 4, WHO, Geneva 1981, 92 s.
5. Wld Hlth Org.: Managerial Progress for National Health Development. Health for all series, No. 5, WHO, Geneva 1981, 61 s.
6. Wld Hlth Org.: Health Programme Evaluation, Health for all series, No. 6, WHO, Geneva 1981, 47 s.
7. Wld Hlth Org.: Plan of Action for Implementing the Global Strategy for Health for All. Health for all series, No. 7, WHO, Geneva 1982, 55 s.
8. Wld Hlth Org.: Seventh General Programme of work. Health for all series, No. 8, WHO, Geneva 1982, 153 s.
9. Wld Hlth Org.: Glossary of Terms. Health for all series, No. 8, WHO, Geneva 1982, 36 s.
10. Ritsatakis A. et al. (ed): Exploring Health policy development in Europe. WHO Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy. WHO

- Regional Publications, European Series, No. 86, WHO, Copenhagen 2000, 537 s.
11. Wld Hlth Org.: Targets for Health for All. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1985, 202 s.
 12. Wld Hlth Org.: Health for All Targets. The health policy for Europe. Updated edition September 1991, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1993, 228 s.
 13. Wld Hlth Org.: Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000, Seventh report on the world health situation. Volume 5, European Region, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1986, 242 s.
 14. Wld Hlth Org.: Revised List of Indicators and Procedure for Monitoring Progress towards Health for all in the European Region. WHO Regional Committee for Europe, Copenhagen 1987, 37 s.
 15. Nossikov A. et al: Using Regional Indicators: the experience of Europe. World Health Statistic Quarterly, 43, 1990, č. 1, s. 25-31.
 16. Wld Hlth Org.: From Alma-Ata to the Year 2000: Reflections at the midpoint. WHO, Geneva 1988, 158 s.
 17. Wld Hlth Org.: Research Policies for Health for All. European health for all series, No. 2, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1988, 46 s.
 18. Wld Hlth Org.: Priority Research for Health for All. European health for all series, No. 3, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1988, 164 s.
 19. Wld Hlth Org.: The Work of WHO in the European Region 1989: annual report of the Regional Director. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1990, 174 s.
 20. Wld Hlth Org.: Health 21 - The Health for All Policy for the WHO European Region - 21 Targets for the 21st century. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1993, 171 s.
 21. Holanová M., Holčík, J.: Význam a úloha lokálních projektů. Bulletin MZ ČR, 2, 1991, s. 10-11.
 22. Holčík J.: Evropská zdravotní strategie. Zdrav. Nov., 43, 1994, č. 12, s. 6-7.
 23. Leparski E., Nüssel E.: CINDI - Protocol and Guidelines for Monitoring and Evaluation Procedures, Springer-Verlag, Berlin 1987, 60 s.
 24. Wld Hlth Org.: Promoting Health in the Urban Context. WHO Healthy Cities Papers, No. 1, Publishers FADL, Copenhagen 1988, 54 s.
 25. Wld Hlth Org.: Five-year planning framework. WHO Healthy Cities Papers, No. 2, Publishers FADL, Copenhagen 1988, 48 s.
 26. Wld Hlth Org.: A Guide to Assessing Healthy Cities. WHO Healthy Cities Papers, No. 3, Publishers FADL, Copenhagen 1988, 42 s.
 27. Wld Hlth Org.: Community participation in local health and sustainable development. Approaches and techniques. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2002, 93 s.
 28. Young I., Williams T.: The Healthy School. Scottish Health Education Group, Edinburgh 1989, 36 s.

29. Wld Hlth Org.: Models of Health Promoting Schools in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2002, 64 s.
30. Baris E.: Local Health Services Development Projects: methodological consideration in their design and implementation, and their role in health care policy development. Meeting on „Reforming Health Care Systems in Europe: The Role of Local Health Services Development Projects“, Graz, Austria, 13-17 May 1991.
31. Holčík J.: Společná cesta ke zdraví, úvod do evropské strategie. Avicenum, Praha 1990, 50 s.
32. Holčík J.: Hlavní směry výzkumné práce v oblasti sociálního lékařství. Bulletin MZ ČR, 2, 1991, s. 17-19.
33. Holčík, J.: The Need of Information for People's Health. In: Health Systems - the Challenge of Change. 5th Intern. Conference on System Science in Health Care, Omnipress Publisher, Prague 1992, s. 1498-1500.
34. Holčík J.: Je výzkum soustavy zdravotnických služeb a celého systému péče o zdraví potřebný? Zdrav. Nov., 43, 1994, č. 23, s. 8-9.
35. MZ ČR, NCPZ: Národní program obnovy a podpory zdraví ČR, návrh Projektu střednědobé strategie podpory a obnovy zdraví, MZ ČR a NCPZ, Praha 1992, 36 s.