

British psychiatry and its discontents

[Brian Cooper](#)

► [Author information](#) ► [Copyright and License information](#) ► [PMC Disclaimer](#)

Shrnutí

Psychiatrie ve Velké Británii se v současné době potýká s vážnými obtížemi vyplývajícími z neúspěchu při náboru britských lékařů a vysoké míry předčasného odchodu do důchodu z oboru. Při diagnostice základních příčin je třeba vzít v úvahu vládní politiky ovlivňující NHS obecně a služby duševního zdraví zvláště. Ty zahrnují nadměrný nedostatek akutních nemocničních lůžek, stejně jako projekty zaměřené na změnu klinické role psychiatrů a podporu masové léčby mírnějších duševních poruch nelékařským personálem.

Psychiatři reagovali na tento vývoj s hněvem a zděšením, ale dosud nedosáhli konsensu, pokud jde o příčinné faktory nebo vhodnou reakci. Jejich nejistota odráží potřebu pevnějšího uchopení historického pozadí. Moderní britská psychiatrie byla efektivně vytvořena a formována jako nedílná součást NHS. Vzkvétala tak dlouho, dokud zůstával nedotčen rámec veřejné služby, ale od té doby, co se celá struktura začala hroutit pod tlakem vytrvalých politických útoků, utrpěla úpadek. Jasnější pochopení tohoto životně důležitého spojení by pomohlo zvýšit morálku psychiatrů a povzbudit je, aby si vytvořili společnou řeč s lékařskými kolegy a dalšími zdravotnickými pracovníky.

S britskou psychiatrií není všechno v pořádku. Podle děkana Royal College of Psychiatrists se tato specializace v současné době potýká s "katastrofálním" nedostatkem britských lékařů a je příliš závislá na zahraničních lékařích, zatímco v Národní zdravotní službě (NHS) jsou místa pro plně vyškolené a kvalifikované specialisty (v Británii nazývané "konzultanti") určena kandidátům, z nichž mnohé College považuje za sotva uspokojivé.¹ V devadesátých letech se počet absolventů medicíny ve Velké Británii, kteří skládali členské zkoušky, pohyboval v průměru kolem 200 ročně, přičemž přírůstek nově vyškolených specialistů byl každoročně doplňován asi o třetinu tohoto počtu zahraničních absolventů.² Za posledních deset let se počet zavedených pracovních míst v této specializaci zvýšil o více než 50 %, ale nabídka absolventů ve Velké Británii, kteří dokončili odbornou přípravu, nedokázala držet krok. Počet těch, kteří skládali zkoušku RCPsych, klesl z 338 v roce 2005 na 315 v roce 2006; odtud do roku 257; na 230 v roce 2008 a na 64 (tj. pouze 1 z 8 všech kandidátů) v první polovině roku 2009.¹ Navzdory tomu, že ve Velké Británii každoročně studuje v průměru 1000 zahraničních absolventů, přibližně 1 ze 7 specializovaných míst zůstává neobsazeno nebo je obsazeno lokusy. Tento pokles nábory se časově shoduje s řadou publikovaných článků a dopisů od britských psychiatrů, kteří vyjadřují svou nespokojenost se stavem této specializace.

Situaci v Británii lze do jisté míry považovat za součást globálního trendu. Katschnig³ V nedávném mezinárodním průzkumu zaznamenal pokles nábory v dalších zemích s vysokými příjmy, doprovázený "odlivem mozků" psychiatrů z rozvojového světa. Úpadek psychiatrie jako volby lékařské kariéry připisoval na jedné straně výzvám vznikajícím v rámci samotné specializace (ztráta důvěry ve znalostní základnu a nedostatek jednotného teoretického základu); na druhé straně těm, které přicházejí zvenčí (nespokojenost klientů, negativní obraz na veřejnosti a konkurence ze strany jiných profesních skupin).

Katschnigův průzkum vyloučil tlak způsobený zásahy státu nebo jiných nositelů nákladů s odůvodněním, že ty většinou ovlivňují zdravotnické služby jako celek. Abychom však pochopili příčiny britského problému, musíme vzít v úvahu státní intervence, protože za posledních 60 let byla psychiatrie v této zemi z velké části vytvářena a

formována státem kontrolovanou NHS a péče o duševní zdraví byla stále více vyčleňována vládními intervencemi.

Vznik krize

K současné situaci přispěly zejména tři oficiální politiky. Prvním z nich bylo pokračující snižování počtu psychiatrických lůžek za hranici, kdy by tento pokles mohl být kompenzován kratším pobytem v nemocnici a větší komunitní péčí. Pokles z maximální úrovně 150 000 lůžek začal v polovině 50. let 20. století po zavedení neuroleptik a zlepšení rehabilitace pro dlouhodobě nemocné pacienty a poté pokračoval stabilně. Od konce 80. let 20. století však bylo toto snížení účinně začleněno do vládní politiky, když začalo postupné zavírání velkých psychiatrických léčeben.⁴ Počet psychiatrických lůžek NHS v Anglii postupně klesal na přibližně 47 000 v roce 1996 a 34 000 o deset let později.⁵ Míra hospitalizace pro duševní poruchy jako celek dosáhla vrcholu v roce 1998 a poté začala také klesat. Počet pacientů s psychotickými poruchami však zůstal stabilní, zatímco počet pacientů s problémy s drogami a alkoholem se ve skutečnosti zvýšil. Mezitím rostl podíl nedobrovolných hospitalizací a s nimi i obsazenost lůžek, což způsobilo přeplněnost některých nemocnic.⁶ Tyto trendy odrážejí rostoucí nedostatek lůžek v NHS a z toho vyplývající posun v charakteru lůžkové populace: obě změny kladou zvýšený tlak na nemocniční psychiatry a stážisty.

Za druhé, zpráva národní pracovní skupiny pro reformu služeb byla zveřejněna v roce 2005 pod názvem *Nové způsoby práce psychiatrů (NWWP)*.⁷ Tento dokument, spolusponzorovaný Royal College of Psychiatrists a publikovaný ministerstvem zdravotnictví, navrhuje, aby se psychiatři vzdali osobní kontroly nad předáváním případů, diagnostikou, léčbou a kontinuitou péče o pacienty ve prospěch systému založeného na širěji rozdělené odpovědnosti napříč multidisciplinárním týmem. Jak je uvedeno v úvodním shrnutí, "bude to velká kulturní změna ... Nejde jen o to, že se budeme šťourat v hranách zlepšování služeb".

Proč byla reforma považována za nezbytnou, lze vyčíst z prvních zpráv o pilotním projektu v řadě místních oblastí, které jsou součástí

dokumentu. Z nich by se zdálo, že psychiatři v dotčených oblastech zjistili, že jsou přetížení mezi lůžkovou a komunitní péčí a nejsou schopni zajistit úroveň dohledu a klinického vedení potřebnou pro optimální fungování svých týmů. Tradiční model "sektorových psychiatrů" byl proto pod vedením místních zdravotnických trustů nahrazen specializovanějším systémem, v němž by jednotliví kliničtí lékaři měli být určeni buď pro lůžkovou péči, nebo pro komunitní týmy duševního zdraví, ale ne pro obojí.

Podle nové politiky by lůžkoví konzultanti byli omezeni na nemocniční zařízení, kde by si ponechali klinickou odpovědnost bez ohledu na místo bydliště pacientů. Kontinuita péče o pacienty by byla zachována, ale koordinátorem programu péče, nikoli individuálním konzultantem. Naproti tomu komunitní konzultanti by pracovali v multidisciplinárním týmu s definovanou spádovou oblastí. Měli by méně přímých kontaktů s pacienty a nenesli by žádné individuální případy, ale místo toho by poskytovali poradenské služby na podporu dalších odborníků na duševní zdraví při jejich úkolech v první linii. Epizody péče by byly definovány spíše týmem než jednotlivými specialisty a trusty primární péče by již neobjednávaly přímé doporučení praktického lékaře ke specialistovi.

Zamýšleným rysem tohoto nového přístupu měla být zvýšená spolupráce a propojení se soukromou zdravotní péčí. "Poskytování nezávislého sektoru", uvádí se v dokumentu² (s. 24), "se bude v budoucnu pravděpodobně dále zvyšovat, stejně jako rostoucí pohyb zaměstnanců mezi odvětvími. Je proto důležité, aby toto odvětví bylo partnerem (*sic*) v procesu rozvoje moderní pracovní síly v oblasti duševního zdraví."

Dosud nebyl zveřejněn žádný systematický audit ani hodnocení programu NWWP. Dvě třetiny psychiatrů v Anglii a Walesu a jedna třetina ve Skotsku údajně potvrdily, že jejich místní zdravotnické trusty zavádějí její široké principy;⁸ ale plány na podrobný průzkum členů kolegia na toto téma musely být zrušeny kvůli nedostatku financí a nevyřešeným metodologickým problémům.⁹

Za třetí, další projekt v oblasti duševního zdraví byl zahájen ministerstvem zdravotnictví pod názvem *Zlepšení přístupu k*

*psychologickým terapiím (IAPT).*¹⁰ Částečně na základě utilitaristických myšlenek ekonoma Richarda Layarda,¹¹ program je navržen tak, aby vyškolil přibližně 3600 nelékařských odborníků v kognitivně behaviorální terapii (KBT) a rozmístil je v komunitních léčebných centrech po celé Anglii, odkud budou léčit osoby doporučené praktickými lékaři nebo pracovními agenturami, které trpí depresí, chronickou úzkostí nebo souvisejícími neurotickými poruchami. I zde je zdůrazněn přínos nezávislého sektoru. Pokyny pro uvádění do provozu jasně stanoví, že zakázky na nová centra budou zadávány na základě nabídkového řízení na základě "vedení do provozu světové úrovně", což v praxi znamená, že nabídky budou moci předkládat soukromé společnosti, ať už se sídlem v Británii nebo jinde.¹²

Oficiální prohlášení tvrdí, že nová politika bude znamenat zlepšení péče: pro pacienty se závažnými a "komplexními" duševními poruchami, protože lůžkoví konzultanti budou mít více času soustředit se na jejich léčbu, a také pro pacienty s mírnějšími stavy (z nichž jen zlomek je odeslán k psychiatrům), protože KBT je nákladově nejefektivnější terapií jejich stavů. Je však třeba poznamenat, že oba výše uvedené projekty nejsou vzájemně koordinovány na úrovni praxe; Oba soubory pilotních studií se totiž netýkaly stejných služeb nebo obyvatelstva v téže oblasti.

Odpověď britských konzultantů

Mnoho psychiatrů reagovalo na tento vývoj s hněvem a zděšením, ale trvalo nějakou dobu, než se něco podobného názorového konsensu zformovalo a našlo vyjádření. V roce 2008 bylo zveřejněno prohlášení 37 britských klinických specialistů:¹³ což pravděpodobně reprezentuje názory mnohem více lidí.

"Britská psychiatrie," prohlásila, "čelí krizi identity. Hlavním faktorem, který k tomu přispěl, je nedávný trend snižování důležitosti základních aspektů lékařské péče. V mnoha případech to vedlo ke službám, které jsou vhodnější pro poskytování nespecifické psychosociální podpory, než ... důkladné, široce založené diagnostické vyšetření s formulací etiologie, diagnostiky a prognózy ... Pro osoby se závažným duševním onemocněním je vyhýbání se medikalizaci v nejlepším případě

matoucí a v nejhorším případě škodlivé, nebo dokonce život ohrožující." V rámci nového modelu rozdělené odpovědnosti a vedení se může stát, že odeslaní pacienti nikdy nenavštíví psychiatra nebo ho navštíví pouze na základě uvážení ostatních členů týmu, což znamená, že mnozí z nich nezískají kvalifikované diagnostické vyšetření před zahájením léčby.

Toto prohlášení jasně identifikuje hrozbu pro klinickou autonomii, a tím i pro kvalitu péče o pacienty, ale neprovádí bližší analýzu základního problému. Zpátečnický krok k rozdělení specialistů na nemocniční, lůžkové a komunitní konzultanty není zpochybňován. Postuluje se falešný protiklad mezi biomedicínskými a psychosociálními aspekty péče. Odpovědnost za krizi je navíc zčásti připisována "aktivní tajné dohodě a pasivnímu souhlasu samotných psychiatrů", což naznačuje hluboký rozkol uvnitř britské specializace, pro nějž neexistují žádné důkazy.

Přesvědčivější vysvětlení od té doby nabídla druhá skupina.¹⁴ Od devadesátých let píše: "... NHS je ve stavu neustálých reforem. Důraz se přesunul od uspokojování potřeb pacientů podle hodnocení klinickými lékaři k dosažení centrálně stanovených cílů... Obchodní modely ... a bylo zavedeno zvláštní zaměření na poskytovatele ze soukromého sektoru... Nová tržní ekonomika vyžaduje společnou měnu pro porovnávání zcela odlišných služeb. Zavádějí se nová 'opatření' k usnadnění auditu, která však často narušují klinickou praxi a destabilizují služby."

Nové způsoby práce, pokračuje článek, jsou nyní používány jako záminka ke snížení počtu zdravotnického personálu a snížení psychiatrické složky ve službách: politika, která se pravděpodobně ukáže jako kontraproduktivní pro péči o duševní zdraví. Je dobré mít na paměti, že to byli psychiatři, nikoli manažeři, kdo stál v čele snah o vyprázdňování blázinců a vyvažování konkurenčních biologických a sociálních teorií schizofrenie; a že v posledních letech sehráli psychiatři významnou roli v boji proti hrozbě, kterou pro občanské svobody představuje neliberální legislativa v oblasti duševního zdraví. Toto prohlášení,¹⁴ Stručně řečeno, svaluje vinu za současnou svízelnou situaci psychiatrie přímo na politické tlaky, kterým byla v posledních dvou desetiletích vystavena NHS jako celek a zejména služby

duševního zdraví. Zdůrazňuje tak potřebu jasnějšího přehledu o nedávné historii britské psychiatrie.

Péče o duševní zdraví v NHS

Prvních 30 let

Úzká vazba mezi psychiatrickou péčí a infrastrukturou zdravotnických služeb je zřejmá, jakmile člověk přijme takovou perspektivu. Od svého založení v roce 1948 byla NHS, slovy Charlese Webstera,¹⁵ "Enormní zlepšení oproti zchátralému souboru zdravotnických služeb, který nahradila". Zdravotní péče se stala občanským právem, které bylo v místě poskytnutí bezplatné. Navzdory dědictví zastaralých nemocničních budov, nedostatečnému financování, nedostatku personálu a nahromadění nenaplněných zdravotnických potřeb bylo dosaženo spravedlivějšího rozdělení zdrojů a byla zachována základní zásada všeobecné péče. Zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva je navíc ve srovnání s jinými průmyslovými zeměmi velmi dobré. Například pokles kojenecké úmrtnosti a vzestup křivek střední délky života ve Velké Británii byly příznivější než v USA, v Evropě jako celku nebo ve všech zemích OECD dohromady, i když roční výdaje na zdravotnictví na obyvatele byly výrazně nižší.¹⁶

Vliv NHS na britskou psychiatrii za posledních 60 let byl Freemanem dobře zhodnocen¹⁷ a Boardman.¹⁸ Zlepšování péče o duševní zdraví postupovalo zpočátku pomalu kvůli finančním omezením a nízké prioritě, která byla této části služby přisouzena. Na počátku bylo velké množství odborné práce vykonáváno nedostatečně kvalifikovanými a vyškolenými pracovníky a bylo mnoho volných míst, na která se nenašli žádní vhodní kandidáti. Platy psychiatrických sester byly směšné v době, kdy se lepší plat dal vydělat téměř kdekoli jinde. V prvních letech navíc příliv pacientů do psychiatrických léčeben vyvolal vážné problémy s přeplněností a nedostatkem personálu.

V polovině 50. let 20. století však zlepšení kvality personálu a struktury služeb v kombinaci s terapeutickým pokrokem změnilo situaci. Oficiální zprávy nyní začaly zdůrazňovat alternativní přístupy k péči a předpovídat, že v budoucnu bude zapotřebí méně

psychiatrických léčeb. Objevil se pojem "komunitní péče" a začal označovat realitu. Inovace a vývoj v těchto letech zahrnovaly otevřená oddělení, skupinovou terapii a rehabilitační jednotky v psychiatrických léčebnách; psychiatrická oddělení všeobecné nemocnice; denní stacionáře a denní centra; domácí návštěvy odborníků na duševní zdraví; ubytovny na půli cesty a chráněné zaměstnání pro chronicky duševně nemocné. Z velké části se jednalo o vývoj "zdola nahoru", který vyrostl z inovací provedených klinickými lékaři v jejich vlastních nemocnicích a místních komunitách.^{14,17} Zpráva Královské komise z roku 1957 byla z velké části vtělena do nového zákona o duševním zdraví o dva roky později. Od roku 1962 se ztělesňovala koncepce Okresní všeobecné nemocnice (DGH), jejíž hlavní specializací je psychiatrie.

V synergickém vývoji se rozvíjela psychiatrie jako pedagogická specializace. Na lékařských fakultách po celé zemi byly zakládány akademické katedry, zaváděly vzdělávací kurzy a přitahovaly schopné mladé lékaře. Výzkumné jednotky v klinické, sociální a epidemiologické psychiatrii byly zřízeny Radou pro lékařský výzkum. V roce 1971, po dlouhém těhotenství, se zrodila Royal College of Psychiatrists. Během těchto let britští psychiatři, pracující hlavně v NHS, zůstali jednotnou profesí a zapojili se do několika ideologických sporů. Různé "antipsychiatrické" frakce spojené se jmény Szasz, Foucault, RD Laing a další získaly široké mediální pokrytí a podnítily debatu v rámci specializace, ale měly jen malý vliv na struktury služeb nebo léčbu pacientů.¹⁹

V roce 1975 byla ve vládní Bílé knize *Lepší služby pro duševně nemocné* navržena integrovaná struktura zdravotní a sociální péče, přičemž hlavními složkami byly poskytování zařízení na místní úrovni, rozšíření komunitní ošetrovatelské péče, užší koordinace mezi lékařskými a sociálními agenturami a zvýšení poměru personálu a pacientů. Psychiatrické léčebny měly být sektorově nahrazeny psychiatrickými jednotkami DGH, které by se staly novou základnou pro specializované týmy, poskytující jak lůžkovou, tak komunitní léčbu. Ironií osudu však bylo, že tyto plány byly oznámeny těsně předtím, než Velkou Británii v letech 1975–1976 zasáhla hospodářská recese, takže mnoho navrhovaných změn bylo zpožděno nebo nebyly nikdy plně realizovány.

Osmdesátá léta a po nich

Navzdory jistým politickým škrtkům tak NHS přežila prvních 30 let své existence v podstatě nedotčena. Od roku 1979 se však její základní hodnoty dostávaly stále více do ohrožení, protože vládní politika se přesunula k podpoře vnitřního trhu zdravotní péče. V oblasti duševního zdraví kladou nové právní předpisy stále větší důraz na vyhýbání se rizikům prostřednictvím restriktivních opatření. Zákon o duševním zdraví z roku 1983 se soustředil na zadržování hospitalizovaných pacientů a věnoval jen malou pozornost otázkám komunitní péče. O několik let později začalo postupné zavírání velkých psychiatrických léčeben v souladu s vládní politikou.¹⁸ a počet lůžek pro dlouhodobé pobyty v NHS začal obecněji klesat, protože rezidenční péče o chronicky postižené byla přesunuta do nezávislých, většinou ziskových pečovatelských domů.

V roce 1991 byl zaveden program péče (CPA), který systematizuje priority specializované péče v komunitě. CPA měla zajistit, aby každý pacient měl plán péče zahrnující posouzení potřeb léčby, sociálního zázemí a možných rizik, spolu se jmenovaným koordinátorem péče, který by program dotáhl do konce. Publikace ministerstva zdravotnictví z roku 1998 posunula byrokracii ještě o stupeň dále, když tvrdila, že "komunitní péče selhala" a předložila nové návrhy na zvýšení investic do komunitního poskytování služeb a zároveň zvýšení manažerské kontroly jak nad pacienty, tak nad službami, "aby bylo zajištěno dodržování vhodné léčby".²⁰ Tyto návrhy se setkaly se silným odporem, především proto, že nedokázaly vyřešit nepoměr mezi nedostatkem vyškoleného personálu a rostoucími vládními požadavky na službu. Od počátku devadesátých let, slovy jednoho kritika:²¹ Psychiatrické týmy se ocitly v pasti mezi požadavky NHS vedené primární péčí na otevřený přístup a požadavky ministerstva na soustředění se na těžce duševně nemocné. Nová strategie tento problém nevyřešila, ale naopak ho ještě zhoršila.

Navzdory oficiální politice nebo kvůli ní se mezitím zvýšil tlak na psychiatrická akutní lůžka a vedl k nárůstu poskytování služeb v soukromém sektoru, zejména forenzních zařízení. Tento trend směrem k reinstitucionalizaci, který je přítomen v řadě evropských

zemí, je připisován kultuře řízení rizik, zaujetí veřejnou bezpečností a obtížím při zvládnutí psychotických pacientů s "otáčivými dveřmi".⁴

S nárůstem klinického personálu s rozšiřováním služeb v oblasti duševního zdraví se problémy s náborem a udržení lékařů, které pro psychiatrii nikdy nebyly snadné, staly akutnějšími. Statistiky od roku 1990 ukazují rostoucí nedostatek britských absolventů a silnou závislost na zahraničních lékařích. Vzhledem k tomu, že neobsazenost vedoucích pozic dosahuje 14 % nebo více, služby jsou přetíženy a v některých oblastech závislé na místních schůzkách. Aby toho nebylo málo, kvalifikovaní a zkušení specialisté se vzdávají příliš brzy. Pouze menšina psychiatrů dnes pokračuje do 65 let a mnozí se rozhodnou odejít do důchodu dříve, než dosáhnou 60 let. Hlavními důvody pro předčasný odchod do důchodu jsou vysoký počet případů, nadměrná byrokracie, nedostatek zdrojů a problémy s managementem – včetně existence "kultury obviňování".²²

Diskuse

Ještě před 10 lety mohli dva profesori psychiatrie v Anglii tvrdit, že "komplexní přístup sektorové péče ve Spojeném království (se stejným týmem odpovědným za lůžkovou a ambulantní péči) poskytuje pozoruhodně pružnou odpověď na potřeby [těžce duševně nemocných] [...] Bereme to jako samozřejmost a zdá se, že si neuvědomujeme, jaké je to aktivum ... Na mezinárodní poměry jsou naše služby mimořádně přímočaré a dobře koordinované."²³ Kontrast s nedávnými hodnoceními (viz výše) odráží, jak moc se situace za posledních deset let zhoršila.

Těm, kdo jsou dost staří na to, aby byli svědky jeho raného dopadu na zdravotní – a zejména na psychiatrickou – péči, se zdá být otřepanou pravdou, že NHS poskytla základní podmínky, na nichž bylo možné vybudovat moderní, spravedlivou a jednostupňovou zdravotní službu. Na tomto základě bylo dosaženo významných zlepšení v poskytování péče o duševní zdraví: zčásti přímou vládní akcí, ale přinejmenším stejně tak zásadním účinkem na nábor odborníků, odbornou přípravu a podmínky služby. Eroze národního konsensu o zdravotní péči začala v 80. letech 20. století jako součást omezování sociálního státu a

odklonu od kolektivistických myšlenek. Vládní politika se začala stále více spoléhat na tržní řešení a pověření soukromých agentur poskytováním veřejných služeb.¹⁶

I když je hodnocení jakékoli vnitrostátní služby ze své podstaty obtížné,²³ Z tohoto příběhu lze vyvodit některé obecné závěry. Zdá se, že britská psychiatrie vzkvétala tak dlouho, dokud NHS zůstávala v bezpečí a v dobrých rukou, ale pak, navzdory pokračujícímu vědeckému pokroku, začala upadat, protože infrastruktura národních služeb se začala rozpadat pod trvalým politickým tlakem. Tatáž pomýlená politika, která vedla k reinstitucionalizaci, nedostatku akutních lůžek a útoku na občanské svobody pacientů, nyní podkopává odbornou praxi a nábor do psychiatrie. Jasně pochopení tohoto spojení a základní dynamiky by mohlo velmi prospět morálce klinických psychiatrů, povzbudit je k tomu, aby se semkli a vytvořili společnou řeč s lékařskými kolegy i s ostatními zdravotnickými pracovníky. Zlepšení morálky by zároveň mohlo uvolnit čerstvou energii, a proto, jako v prvních letech NHS, generovat nové způsoby práce, které by odpovídaly potřebám klinického a veřejného zdraví mnohem efektivněji než scénáře "shora dolů" v podobě příliš centralizovaného manažerského systému.

Jaké změny by takové vzednutí názorů přineslo v místní praxi, nelze přesně předpovědět, ale pravděpodobné trendy zahrnují snahu o lepší podmínky na mnoha akutních odděleních duševního zdraví; užší integrace namísto oddělení lůžkových a komunitních týmů; obnovení a posílení styčné psychiatrie a psychiatrie primární péče a intenzivnější spolupráce se seriózními skupinami kampaně, které pracují ve prospěch duševně nemocných a jejich rodinných pečovatелů.