

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut Sociologických studií

Katedra Veřejné a sociální politiky

Bakalářská práce

2019

Filip Pluhař

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut Sociologických studií

Katedra Veřejná a sociální politika

Tvorba a prosazování reformy psychiatrické péče v ČR

Bakalářská práce

Autor práce: Filip Pluhař

Studijní program: Politologie a veřejná politika

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2019

Prohlášení

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

V Praze dne 4.5. 2019

Filip Pluhař

Bibliografický záznam

PLUHAŘ, Filip. *Tvorba a prosazování reformy psychiatrické péče v ČR*. Praha, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí práce PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

Rozsah práce: 82 080

Anotace

Práce si klade za cíl najít a popsat důležité momenty, které vedly k prosazení reformy psychiatrické péče. Tato reforma byla přijata 24 let od pádu komunismu. Do té doby byly všechny pokusy o změnu nastavení systému psychiatrické péče neúspěšné. Tento lékařský segment je dlouhodobě podfinancovaný a převládá v něm hlavně institucionální péče. Následná péče často není zajištěna, je tedy pro člověka, který je propuštěn z péče institucionální, velmi těžké zapojit se do normálního života. Taktéž převládá stigmatizace lidí s psychickým onemocněním. Reforma zde představuje řešení těchto i mnoha dalších problémů, které nynější psychiatrie má. Tato práce by měla odpovědět na otázku, proč zrovna tato strategie byla úspěšně prosazena a co za tím stálo. Pomocí teorie tří proudů a pomocí rozhovoru s důležitými aktéry rozebírá jednotlivé události a okolnosti, které byli prosazovateli této politiky využity k tomu, aby reforma byla úspěšně schválena. Zkoumá jednotlivé motivy aktérů, jejich funkce a role, při tvorbě a prosazování reformy. Příčiny prosazení hledá jak v samotném Ministerstvu zdravotnictví, tak v EU nebo v zájmových organizacích mimo tradiční instituce. Práce může odpovědět na otázku, jestli šlo v tomto případě o obvyklý proces prosazování strategií či o sled náhodných událostí a eventuálně může sloužit i jako inspirace pro další promotéry veřejných politik.

Annotation

The aim of the thesis is to find and describe important moments that led to the enforcement of the psychiatric care reform. This reform was adopted 24 years after the fall of the communism. Until then, all attempts to change the psychiatric care system had failed. This healthcare segment has long been underfinanced and mainly institutional care prevails. Often, aftercare is not ensured, so it is very difficult for a person who is released from care to be involved in normal life. Also, stigmatization of people with mental illness prevails. Here, reform represents a solution to these and many other problems that the current psychiatry has. This research should answer the question why this strategy was successfully enforced and what was behind it. Using the theory of three currents and interviews with important actors, it discusses the various events and circumstances which have been used by the policy promoters to successfully achieve the approval of the reform. It examines the different motives of actors, their function and roles in the creation and promotion of the reform. The causes of enforcement are sought both in the Ministry of

Health itself and in the EU or interest organizations outside the traditional institutions. The thesis can answer the question whether in this case it was the usual process of promoting strategies or a sequence of random events, and can possibly also be used as an inspiration for other public policy promoters.

Klíčová slova

psychiatrie, reforma, strategie, implementace, tvorba politiky, duševní zdraví, prosazování politiky, zdravotní politika, ministerstvo zdravotnictví, psychiatrická péče

Keywords

psychiatry, reform, strategy, implementation, creation of the policy, mental health, enforcement of the policy, health policy, ministry of health, psychiatric care

Title

Creation and enforcement of psychiatric care reform in the Czech republic

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucí mé práce PhDr. Karolíně Dobiášové, Ph.D. za to, jakým způsobem mi pomáhala s přípravou a tvorbou této bakalářské práce, ať už se jednalo o výběr teorie, o výběr respondentů k rozhovorům nebo o podněty či připomínky k její rozpracované verzi. Velmi mi tím ulehčila práci a dala mi směr, kterým jsem se až do konce řídil. Děkuji moc!

Obsah

Úvod.....	1
1 Cíle a výzkumné otázky	2
2 Základní pojmy	3
2.1 Zdravotní politika.....	3
2.2 Zdraví.....	3
2.2.1 Duševní zdraví	4
2.3 Nemoc	4
2.3.1 Duševní onemocnění.....	4
3 Teoretická východiska.....	5
3.1 Nastolování agendy a model odpadkového koše	5
3.1.1 Nastolování agendy.....	5
3.1.2 Model odpadkového koše	5
3.2 Teorie tří proudů	6
3.2.1 Východiska	7
3.2.2 Univerzálnost teorie tří proudů	7
3.2.3 Proud problémů.....	8
3.2.4 Proud politics	9
3.2.5 Proud veřejných politik.....	10
3.2.6 Okno příležitostí a role promotérů	11
4 Metodologie	13
5 Historický kontext.....	16
6 Reforma psychiatrie – stručná charakteristika	18
7 Aplikace teorie tří proudů	20
7.1 Prvky proudu problémů.....	20
7.1.1 Indikátory a jejich význam v procesu prosazení politiky duševního zdraví	20
7.1.2 Zpětná vazba a její význam v procesu prosazení politiky duševního zdraví	21
7.1.3 Politici zatížení problémy	23
7.2 Prvky proudu „politics“.....	24
7.2.1 Nálady ve společnosti	24
7.2.2 Vliv nátlakových skupin	25
7.3 Síť veřejných politik a ideje z nich vycházející	26
8 Dynamika prosazování reformy psychiatrické péče	28
8.1 Evropské dotace a jejich úloha v prosazování reformy psychiatrie	28
8.2 Politické změny a ustanovení Strategické projektové kanceláře.....	29
8.3 Událost zaměřující pozornost a příchod Martina Hollého na ministerstvo	30
8.4 Konečné schválení reformy.....	30
8.5 Udržitelnost reformy a manipulační strategie	31
Použitá literatura	33
Zdroje	Chyba! Záložka není definována.
Teze bakalářské práce	39
Seznam příloh.....	43
Přílohy	44

Úvod

Ve své práci se budu zabývat tvorbou a prosazováním reformy psychiatrické péče. Nebudu však popisovat celý proces. Namísto toho se zaměřím na konkrétní momenty, které byly mými respondenty, kteří se na tvorbě a prosazování reformy přímo podíleli, popsány jako nejdůležitější k úspěšnému prosazení reformy psychiatrické péče.

Od Sametové revoluce neprošla česká psychiatrie komplexní reformou, ačkoliv určité pokusy a tlak na politickou reprezentaci ze strany odborné veřejnosti byly vyvíjeny už od roku 1992, kdy Česká psychiatrická společnost ČLS JEP ustanovila neformální skupinu, která měla připravit koncepci psychiatrické péče. Tato koncepce byla schválena v roce 2000 (Dobiášová a kol 2016, s. 39). Nikdy se však nedočkala implementace, ani po své revizi v roce 2007.

Ve srovnání se zeměmi západní a jižní Evropy má psychiatrická péče v ČR mnoho deficitů. V českém prostředí jsou ústředními prvky psychiatrie psychiatrické léčebny, které slouží jak k poskytování akutní péče, tak ale také k institucionalizované péči. Další data ukazují, že psychiatrická péče je u nás dlouhodobě podfinancovaná, komunitní a terénní služby nejsou dostatečně ukotvené a pacienti trpící psychickou nemocí jsou svým okolím stigmatizováni nebo sami sebe ve velké míře stigmatizují (Dobiášová a kol, 2016).

Reforma si tedy klade za cíl přenést co nejvíce práce a kompetencí na úroveň Center duševního zdraví, na ambulantní psychiatry a na psychiatrická oddělení v nemocnicích. Taktéž navrhuje posílení komunitní a terénní péče, tak aby pokud možno byl pacient stále ve svém domácím prostředí (Strategie reformy psychiatrické péče, s. 31).

Pokud nepočítáme Chartu základních práv a svobod, přidala se ČR ještě k dalším třem mezinárodním dokumentům OSN a EU, které se sledovanou problematikou úzce souvisejí. Jedná se o Deklaraci o duševním zdraví, o Akční plán duševního zdraví pro Evropu a o Zelenou knihu komise evropských společenství. Všechny tyto dokumenty přijala Česká republika v roce 2005 v Helsinkách (Dobiášová a kol. 2016, s. 38-39).

Vrátím-li se zpět k obsahu mé bakalářské práce, je třeba říci, že jde o analýzu všech možných momentů, které se při tvorbě a schvalování psychiatrické reformy jeví jako momenty kruciólní. Všechny důležité události budu hledat a analyzovat pomocí teorie tří proudů (Zachariadis, 2007), kterou rozvedu později.

1 Cíle a výzkumné otázky

Hlavní cíl mé bakalářské práce je identifikovat a vysvětlit klíčové okamžiky, které byly podstatné pro nastolení agendy reformy psychiatrické péče a její prosazování z pohledu samotných tvůrců a prosazovatelů reformy. Tento cíl si kladu i z toho důvodu, že implementace reformy psychiatrické péče právě probíhá dle strategie, která byla schválena Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2013 (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). Tedy předpokládá se, že dle teorie tří proudů (Zahariadis, 2003, 2007) byla otevřená okna příležitostí využita k tomu, aby se prosadila tato politika, a aby následně byla implementována.

Jako hlavní výzkumnou otázku si kladu, jaké všechny momenty či události zapříčinily úspěšné prosazení reformy psychiatrické péče?

K této otázce se váží další dílčí podotázky:

- Jak vypadal proud řešení, proud problémů a proud politics ještě před prosazením reformy psychiatrie do politické agendy?
- Jaké situace vedly k otevření oken příležitostí a v jakém proudu se tato okna otevřela?
- Jaké události vedly k prosazení reformy psychiatrické péče?
- Jakým způsobem využili promotéři reformy psychiatrické péče otevřených oken příležitostí? Popřípadě jaké manipulační strategie využili k tomu, aby prosadili svou kýženou politiku a jak probíhalo spojování tří proudů?

2 Základní pojmy

V této kapitole si vysvětlíme základní pojmy, které se váží k tématu mé bakalářské práce.

2.1 Zdravotní politika

Zdravotní politika je jedna ze sektorových politik, které spadají do studia veřejných politik. Garantem zdravotní politiky je v České republice Ministerstvo zdravotnictví. Zdravotní politika zahrnuje všechny rozhodovací procesy, které jsou uskutečňovány relevantními aktéry na různých úrovních zdravotnického sektoru. To však není vše. Kromě tvorby právních norem řadíme do zdravotní politiky i jejich realizaci (Potůček, 2005, s. 312-313). Vnímání významu zdravotní politiky se liší podle aktérů. Každá skupina aktérů vnímá pouze určité partikularity zdravotní politiky. Zatímco pacienti zajímá hlavně respekt a dodržování jejich vlastních práv při kontaktu se zdravotníky, zdravotnický servis a kvalita péče, zdravotní pojišťovny jako soukromé podniky zase kladou větší důraz na profit (obrat-zisk) nebo řeší balanc mezi regulací a liberalizací (Potůček, 2005, s. 312). I mezi poskytovateli služeb můžeme najít skupiny s odlišnými zájmy. Např. zájmy soukromých lékařů se mohou lišit od těch, které mají lékaři jako zaměstnanci (Darmopilová, 2010, s. 40).

2.2 Zdraví

Zdraví definuje Potůček dle WHO jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody“ (WHO, 2006). Potůček zdůrazňuje, že nelze pojem zdraví redukovat pouze na to, že člověk není nemocný. Tato definice by opomíjela potenciál zdraví, tzn. do jaké míry by byl jedinec schopen ubránit se zdravotním problémům (Potůček, 2005, s. 324). Například porovnejme stav, když onemocní chřipkou člověk, který má dostatek zdrojů na uspokojení svých každodenních potřeb a člověk, který nemá peníze ani na vytopení svého bytu, kde žije. Potenciál člověka na vyrovnání se s nemocí s touto sociální realitou je o něco nižší než potenciál člověka, který má dostatek zdrojů alespoň na uspokojení svých základních potřeb. Tato definice by nezahrnovala ani determinanty zdraví – tedy faktory, které se zdravím také souvisí, ač nepřímě. Jedná se například o životní styl nebo zdravotnické služby (Potůček, 2005, s. 324).

Eva Křížová zase uvádí, že zdraví lze definovat různými způsoby, tedy neexistuje jednoznačné vysvětlení. Kromě definice zdraví z biomedicínské perspektivy a z perspektivy OSN, někteří autoři uvažují o zdraví i ve spirituální rovině. „*Spirituální zdraví se projevuje vědomím smyslu života, úctou, vděčností a respektem k projevům života, jež jedince*

přesahují...“ (Křížová, 2018, s. 15). Křížová pokračuje, že tyto prvky sice nejde empiricky prozkoumat, a i přesto hrají v životě velkou roli.

2.2.1 Duševní zdraví

Duševní zdraví definuji podle světové zdravotnické organizace WHO jako stav duševní pohody, kdy daný jedinec je schopen plně využívat svého potenciálu, pracovat tak, aby jeho práce měla smysl, a aby mu přinášela užitek, být plnohodnotnou součástí své komunity, a hlavně být schopný vyrovnat se se stresovými situacemi, které život obnáší (WHO, 2014).

2.3 Nemoc

Pro mojí práci je také důležité charakterizovat koncept nemoci. Nemoc je podle Potůčka porucha zdraví, kterou je možné diagnostikovat, která má nějaké příčiny a podmínky, a jejíž průběh můžeme ovlivnit. Naše prostředky jsou ovšem limitované. Nemoc je často vnímaná jako příčina nesnází. V průběhu lidského života se nemoc vyvíjí. Její vývoj závisí mimo jiné na determinantech. Determinanty jsou faktory, které mají vliv na lidské zdraví. 20. století znamenalo velký progres v poznání, jaká je kauzalita mezi těmito determinanty a lidským zdravím, a také do jaké míry mají determinanty vliv na výskyt nemocí v populaci. Dnes se ve velké míře objevují zejména chronická onemocnění, která je třeba vnímat v jejich komplexnosti. Vznik takového onemocnění můžeme považovat za výsledek souhry mnoha faktorů. Může jít například o samotné vlastnosti člověka jako jsou genetické vlohy, jedná se ale také o životní prostředí, styl života, politiku zdraví atd. (Potůček, 2005, s. 326-327).

2.3.1 Duševní onemocnění

Duševní onemocnění jsou v dnešní době považovány za jeden z největších problémů. Světová zdravotní organizace WHO je charakterizuje jako širokou škálu problémů s odlišnými příznaky a symptomy. Ale ve většině případech způsobují změny v emotivním vyjadřování postiženého člověka změnu v jeho normálním chování a problémy ve vztazích mezi ním a jeho okolím. To všechno je způsobeno psychickým onemocněním, kterým může být například deprese, schizofrenie, úzkostná porucha či celé spektrum poruch osobnosti (WHO, 2019).

3 Teoretická východiska

Zásadní teorie, o kterou se bude opírat má práce, a která mi pomůže lépe pochopit a popsat, jakým způsobem si určité problémy získávají pozornost politiků, či jak promotéři veřejných politik využívají různých událostí, které jim umožňují vystoupit se „svým“ problémem, upozornit na něj a popřípadě ovlivnit politiky tak, aby přijali jejich řešení, je teorie tří proudů (Zahariadis, 2007). Tato teorie má však své základy v modelu odpadkového koše (Kingdon, 2003). Jako doplňkovou teorii jsem zvolil teorii nastolování agendy (Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2012).

3.1 Nastolování agendy a model odpadkového koše

V této kapitole si stručně charakterizujeme nejdříve teorii, která mi slouží spíše doplňkově, a to je nastolování agendy (Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2012) a posléze teorii odpadkového koše (Kingdon, 2003), která je považovaná za základ mé hlavní teorie, a to teorie tří proudů (Zahariadis, 2003, 2007).

3.1.1 Nastolování agendy

Nastolování agendy je důležité sledovat především, neboť jde o proces, kdy společnost diskutuje o tom, jaké problémy by měly být prioritní, to znamená, jaké problémy se musí řešit jako první a kam se budou alokovat zdroje a prostředky nejdříve (Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2012, s. 4). Ve společnosti existuje řada konfliktů. Většina se týká sporů, zda je ta či ona otázka problém či nikoliv, a jestli je třeba vynakládat tímto směrem prostředky, tak aby se změnil status quo. Každý tento konflikt má tři roviny, ve kterých si klade tyto otázky. Existuje vůbec tento konflikt? A pokud ano, má být vůbec tento problém řešen? A pokud ano, jakým způsobem? (Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2012, s. 5).

Pokud se budeme dál pohybovat v mezích teorie nastolování agendy, je třeba zdůraznit, že tato teorie označuje jako klíčové tři subsystémy, a to média, politiku a veřejnost. Všechny tři mají své vlastní agendy a je v jejich zájmu, aby je co nejlépe prosazovali. Teorie se snaží fragmentovat jednotlivé subsystémy, tak aby zjistila, jak se jednotlivé fragmenty ovlivňují, a jak pomocí konsensu vzniká ucelená agenda celého subsystému (Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2012, s. 5).

3.1.2 Model odpadkového koše

Model odpadkového koše se zabývá fungováním a rozhodovacími procesy uvnitř organizací. Jako příklad uvádí Kingdon (2003) organizaci uvnitř vysokých škol, kterou označuje jako

organizovanou anarchií. Kingdon tento model využil pro analýzu nastolování agendy na úrovni federální vlády USA (Novotný, 2012, s. 25).

Organizace pojímaná jako organizovaná anarchie musí splňovat tři důležité podmínky, aby se za ní dala považovat. První podmínkou jsou nejasné preference rozhodovatelů. Dalo by se říci, že nevědí, co chtějí. Jejich cíle jsou nejasné, není zcela zřejmé, čeho chtějí dosáhnout (Kingdon, 2003, s. 84). Zúčastnění ale i tak rozhodují, neboť jsou pod časovým tlakem, a aniž by věděli předem definovaný cíl, jsou nuceni rozhodovat. V politice se těmito rozhodovateli myslí vláda složená z představitelů vládnoucích stran, kteří ne vždy mají přesnou představu o tom, co chtějí činit (Novotný, 2012, s. 24).

Druhou podmínkou je nejasná participace jednotlivých aktérů, kteří se účastní rozhodovacího procesu. Tito jedinci svým způsobem plují od jednoho procesu k druhému a není úplně jasné, do jaké míry se těchto procesů účastní. Jejich participace je tedy velmi proměnlivá. Navíc musíme brát v potaz i aktéry, kteří přicházejí z vnějšího prostředí, a kteří do organizace přicházejí pouze na limitovanou dobu (Kingdon, 2003, s. 84–85).

V poslední řadě musíme uvést jako třetí podmínku neznalost technologie fungování organizace. Kingdon popisuje stav, kdy jednotliví zúčastnění dělají určitou jim přidělenou práci, ale vědí jen částečně, proč ji dělají. Vědí, co mají dělat, nevědí ale už, kde v hierarchii celé organizace se jejich práce nachází. Kingdon charakterizuje tento stav pomocí hyperboly, kdy levá ruka neví, co dělá ta pravá (Kingdon, 2003, s. 85). Hlavním důvodem tohoto jevu bývá nejasné vymezení kompetencí, a to má za následek kompetenční rozbroje, kdy každý aktér má jiné představy o tom, jaký rozsah práce by měl vykonávat (Novotný, 2012, s. 25).

V takto definovaných organizovaných anarchiích se nachází podle Kingdona čtyři nezávislé proudy, a to proud problémů, proud řešení, proud participantů a proud příležitostí k výběru. Tím se konečně dostáváme k modelu odpadkové koše, kde aktéři zahazují problémy či řešení nezávisle na sobě a to, jak budou vypadat výstupy takto pojímané organizace, závisí mimo jiné na mixu, který se v koši nachází a na tom, jak jsou tyto jednotlivé a na sebe nezávislé proudy propojeny (Kingdon, 2003, s. 85-86). Stejný model Kingdon využil i při analýze americké politiky a dal tím základ pro teorii tří proudů.

3.2 Teorie tří proudů

Aplikovatelnost teorie tří proudů v evropských parlamentních režimech zkoumal Nikolaos Zahariadis (2003, 2007). Při tom se soustředil na tři důležité aspekty, které byly výše charakterizovány. Za prvé usoudil, že participace ve veřejných politikách není tak fluidní

jako v americkém prezidentském systému. Dále míra neurčitosti cílů a preferencí není tak vysoká jako v USA, neboť na ministerské pozice jsou často nominováni již dlouhodobě působící straníci, kteří měli dostatek času (např. v opozici) na promyšlení jasných ucelených cílů. Nakonec Zahariadis předpokládá, že parlamentní systémy v Evropě nejsou tak anarchistické jako systém americký. Role a kompetence jsou jednoznačně dány a přístup zájmových skupin k výkonu politiky je značně omezen. Technologie procesu tvorby politiky je tedy značně jasnější (Novotný, 2012, s. 26–27).

3.2.1 Východiska

Při práci s touto teorií vycházíme z toho, že jedinci nemají tak velkou kapacitu na to, aby se zabývali více problémy najednou. To znamená, že jsou schopni řešit pouze omezené množství problémů. Proto mají politické systémy mnoho podsystémů, kde se v každém řeší určité množství problémů a tyto problémy se řeší paralelně. Tato struktura vytváří prostředí, kde hledání řešení či problémů může být značně neuspořádané (Novotný, 2012, s. 29-30).

Politici jsou taktéž často v politické tísní. Aktuální politická situace se může každou chvíli změnit. Politika je dynamický proces, kde každá příležitost rychle pomíjí, proto je třeba, aby rozhodnutí padlo v určitém časovém období, které je pro to vhodné. Pokud nebudou v tomto období aktivní, je možné, že už nebudou schopni nikdy svůj záměr prosadit (Novotný, 2012, s. 30).

Poslední důležitý znak jsme zmiňovali v kapitole zabývající se modelem odpadkového koše. Jedná se o nezávislost (v Kingdonově modelu čtyřech) zde ale tři proudů. Zde je třeba také zmínit Kingdonovu charakteristiku vztahů mezi těmito proudy. Ve světě organizované anarchie existují otázky, které čekají na odpověď ve smyslu řešení, dále zde máme řešení, která chtějí odpovědět na potencionální otázky a problémy, poté jsou tu nějaké varianty řešení, které čekají na potencionální problémy, a nakonec aktéři, kteří hledají pořád novou a novou práci. Z toho mimo jiné vyplývá, že lidé v organizaci nevymýšlí řešení proto, že zde existuje určitý problém, který chtějí vyřešit, ale proto, že na tom mají svůj vlastní zájem (Kingdon, 2003, s. 30).

3.2.2 Univerzálnost teorie tří proudů

Univerzálnost teorie tří proudů tkví v tom, že každý systém ať už parlamentní či prezidentský obsahuje stejné tři elementy, které jsou zároveň podmínkami k tomu, aby mohla být tato teorie na ně aplikována. Prvními elementy jsou nejednoznačnost a nejistota. Nejednoznačnost v tomto případě znamená, že tvůrci politiky mohou řešit jednotlivé

problémy různými způsoby. Dále mají rozhodovatelé nedostatečné množství relevantních informací a odtud se bere již zmiňovaná nejistota (Cairney, Zahariadis, 2016, s. 2).

Dalším elementem je časové uspořádání. Čas hraje důležitou roli, neboť politici rozhodovatelé se velmi zajímají o práci s časem a o jeho využití, tak aby práce byla efektivní. Na druhou stranu už se o to méně zabývají řízením úkolů. Proto je pro ně těžké řešit opravdu problémová a palčivá témata a namísto toho řeší velké množství často i méně důležitých problémů a jsou jimi zahlceni (Novotný, 2012, s. 33). Proces výběru je tedy velmi nedokonalý, čehož využívají promotéři určitých politik k tomu, aby prosadili svá oblíbená řešení za pomoci politické manipulace (Cairney, Zahariadis, 2016, s. 9). To je element, který je taktéž univerzální pro analýzu politik jak parlamentních, tak prezidentských režimů. Pro tuto analýzu jsou důležité tři hlavní proudy. Jako první si charakterizujeme proud problémů.

3.2.3 Proud problémů

V tomto proudu se nachází řada stavů, které mohou, ale nemusí vzbuzovat pozornost tvůrců politiky. To, jestli zhodnotí určitý stav jako problém, závisí na různých faktorech. Například si musíme klást otázku, jestli je tento stav v souladu s jejich názorovým a hodnotovým přesvědčením. Dále mohou porovnat, jak situace vypadala před určitým obdobím a jak teď. Podle toho usoudí, do jaké míry je změna pozitivní či negativní a s tím dále pracují (Novotný, 2012, s. 37). Často ale nevnímají situaci objektivně dle důležitosti problémů, rozhodují se naopak na základě emocí a zájmů příznivců. A to je příležitost pro promotéry politik – ty, kteří mají zájem na tom, aby prosadili svoji prioritní politiku. Promotéři využívají svých manipulačních metod, například hrají na city, tak aby tvůrce politik vyhodnotil určitý stav jako problém a měl motivaci a zájem tento problém řešit. Důležité také je, aby promotér navrhl řešení tohoto problému. Rozhodování politika je snadnější, poněvadž nemusí vynakládat prostředky na hledání řešení a cesta k prosazení toho či onoho opatření se stává jednodušší (Cairney, Zahariadis, 2016, s. 5).

Pro lepší pochopení tohoto proudu bude dobré, abychom se krátce zmínili o jeho jednotlivých složkách. První složkou jsou tzv. indikátory. Indikátory ukazují a sledují stav v různých sociálních sférách. Například kolik procent psychicky nemocných lidí je trvale hospitalizováno v psychiatrických léčebnách. Tento stav je možné srovnat se situací v zahraničních zemích nebo se stavem v té samé zemi, ale například před 30 lety. Jde tedy o sledování vývoje či určitého trendu (Novotný, 2012, s. 37). Cairney se Zahariadisem uvádí, že indikátory pomáhají ze stavu vytvořit problém tím, že měří a hodnotí tento stav a pokud

hodnotí stav, který se týká velkého množství lidí, šance na změnu se zvyšují (Cairney, Zahariadis, 2016, s.14).

Dalším prvkem proudu problémů je zpětná vazba. Zde se bavíme o dlouhodobém selhávání určité politiky. Toto selhávání je využito promotéry politik a interpretováno tak, aby nastolili svoji prioritní agendu, kterou by se tvůrci politik byli ochotni zabývat (Cairney, Zahariadis, 2016, s.15).

Tvůrci politik jsou také velmi často zatíženi jinými problémy takovým způsobem, že je těžké je přesvědčit o správnosti nastolení té agendy, kterou promotér preferuje. Souvisí to také s faktorem času, který byl vysvětlen výše. Tvůrce má problém vstřebat a využít všechny důležité informace, neboť řeší mnoho problémů najednou (Novotný, 2012, s. 38).

Poslední prvek, který si uvedeme, je nečekaná událost či krize, která velmi silně upozorní na určitý problém, který se pak snadněji stane součástí agendy tvůrce politiky. Čím je událost emočně silnější, tím je agenda akcentovanější ve vyšších politických kruzích (Cairney, Zahariadis, 2016, s. 15). Pozornost, která se zaměřuje na takovéto situace, ale není dána jen tak. Jsou to média, která z těchto událostí umí vytvořit problém nutný k řešení. Mohou takto spolupracovat s promotéry, kdy jeden nastolí téma, druhý tuto agendu rozšíří a ten první reaguje na tutéž agendu již rozvinutou (Novotný, 2012, s. 37).

3.2.4 Proud politics

V tomto proudu narážejí tvůrci politik na potencionální překážky, které mohou nakonec změnit i jejich samotné záměry (Cairney, Zahariadis, 2016, s. 7). Dotýká se totiž hlavně politiků, politických stran či hnutí, zákonodárné moci, státní správy a jiných dalších aktérů. Obsahuje také interakce mezi těmito státními orgány a organizacemi, např. mezi politickými stranami, které svádí mezi sebou boj o moc, a tedy i o vliv na nastolování agendy a na rozhodovací proces (Novotný, 2012, s. 39).

Proud politics obsahuje podle Novotného čerpajícího ze Zahariada (2003, 2007) tři prvky, a to náladu ve společnosti, kampaně nátlakových skupin a personální výměnu v administrativě či v zákonodárné moci. Personálními změnami v českém prostředí se myslí hlavně změna složení a sil politických stran v parlamentu a z toho vyplývá změna složení vlády (Novotný, 2012, s. 40). Noví lidé mohou mít jiné preference, je tedy větší šance, že se

taktéž změni agenda, kterou se budou zabývat, a to je příležitost pro promotéry politik, aby prosadili svoje preferované politiky.

Změna nálady ve společnosti může taktéž znamenat změnu v záměrech tvůrců politiky. U těchto tvůrců se předpokládá, že chtějí být znovuzvoleni, tedy prosazují agendu, která je pro jejich voliče nejvíce zajímavá a populární, a kde nevidí konflikt s nátlakovými skupinami. To je pro ně ideální agenda (Cairney, Zahariadis, 2016, s. 17). Jak nálada ve společnosti, tak kampaně nátlakových skupin mají vliv na obsah politické agendy.

3.2.5 Proud veřejných politik

Tento proud sebou nese řešení, tedy spoustu veřejných politik, které by mohly být či měly být prosazeny. Pokud budeme vycházet z modelu odpadkového koše, musíme si uvědomit, že řešení mohou být generovány bez toho, aby existovaly problémy, které by měly řešit. Promotéři daných politik mohou pouze čekat na problém, pro který mají přichystané řešení. Tvorbou řešení má za účel legitimizovat práci ve veřejné organizaci nebo pomoci politickým stranám, aby byly znovuzvoleny do zákonodárných složek moci (Cairney, Zahariadis, 2016, s. 6).

Tento proud lze také popsat jako polévku idejí, které mezi sebou zápasí o to, aby se dostaly na vrchol v politickém procesu. Takto ji popisuje například Novotný. Tyto ideje vycházejí z širokých sítí veřejných politik, kde se sdružují a spolu komunikují specialisté jako úředníci, vědečtí pracovníci, akademici, členové vlády, členové parlamentu, zástupci odborů či zaměstnavatelů atd., kteří sdílejí stejný společný zájem (Novotný, 2012, s. 42). Aby bylo možné tento zájem prosadit, je třeba, aby navrhované řešení splňovalo dvě podmínky, které pokud splňuje, šance na úspěch toho či onoho návrhu se zvyšují. Jedná se o technickou proveditelnost a hodnotovou přijatelnost (Novotný, 2012, s. 42). První faktor odkazuje na to, jak je technicky obtížné inkorporovat určitý návrh do místního zákonného rámce. Pokud dobře zapadá do místního práva, šance na úspěch je mnohem větší, než pokud je třeba obsáhlejších legislativních změn (Cairney, Zahariadis, 2016, s. 16). Dále pokud navrhovaná řešení jsou v rozporu s hodnotami, které zastávají specialisté v politických sítích, není velká šance, že toto řešení bude přijato. Posledním kritériem se stává zatížení rozpočtu,

kdy Novotný dle Zahariada (2003) předpokládá, že „méně nákladná řešení budou pravděpodobně osvojena specialisty v proudu veřejných politik.“ (Novotný, 2012, s. 42).

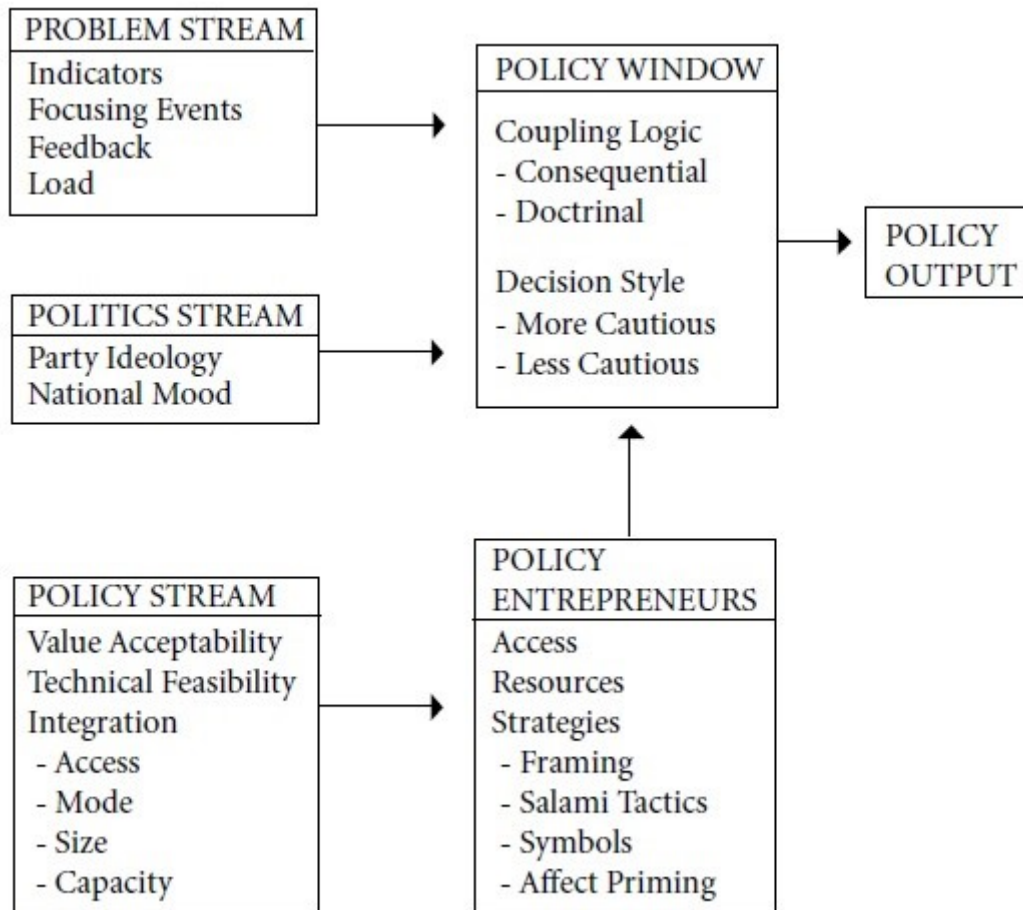
3.2.6 Okno příležitostí a role promotérů

Tři výše charakterizované proudy existují nezávisle na sobě, žijí si každý vlastním životem. To není ale trvalý stav. Vše se může změnit, pokud se otevře okno příležitostí. Okno příležitostí charakterizuje Zahariadis s Cairneyem jako událost v čase, která signalizuje potencionální změny (Cairney, Zahariadis, 2016, s. 18) a promotéři politik dostávají příležitost k tomu, aby prosadili do politické agendy svůj kýžený návrh. Okno příležitostí se ovšem otevírá na limitovanou dobu a čím kratší je, tím aktivnější musí být promotéři politik. Nabízí se otázka, jak poznáme, že se okno otevřelo a jaká situace či událost okno otevírá? Jedná se buďto o situaci předvídatelnou, kdy víme dopředu, že se stane něco důležitého, co dává možnost prosadit novou agendu, nebo nepředvídatelnou, což mohou být například přírodní katastrofy, náhlá smrt politika atd. (Cairney, Zahariadis, 2016). Okno příležitostí se může otevřít ve dvou proudech – v proudu problémů a v proudu politics (Novotný, 2012, s. 44).

Nejdříve se budu věnovat otevřenému oknu v proudu problémů. Jako příklad si můžeme uvést nenadálé povodně, které mohou ukázat na problém nedostatečného zajištění protipovodňových opatření. Toto řešení má v šuplíku promotér politiky, který čeká, kdy bude nejvhodnější chvíle s ním přijít. Povodněmi se mu otvírá okno příležitosti a jeho úkolem je spojit všechny tři proudy dohromady. Jak to udělá? Představme si hypoteticky, že přijde za tvůrcem politiky a bude ho přesvědčovat o správnosti svých návrhů. K tomu, aby tvůrce přesvědčil, mu budou sloužit různé manipulační metody, o kterých se zmíním ještě později. Spojení tří proudů může vypadat asi takto: Jsou tu velké povodně (problém), které je třeba řešit, neboť lidé toho mají už dost (nálada ve společnosti, politics) a já navrhuji řešení, které tkví v protipovodňových opatření (řešení problémů), které zajistí, že už se to nikdy nebude opakovat. Proudů jsou spojené a šance na úspěch dané politiky se rapidně zvyšují. Ta samá situace nastává, pokud se otevře okno v proudu politics. Jde například o velkou personální změnu na ministerských pozicích, o změnu nálad ve společnosti či

o sílící kampaně nátlakových skupin (Novotný, 2012). Zde se zase naskýtá příležitost pro promotéry politik.

Obrázek č. 1: Schéma teorie tří proudů



Zdroj: Zahariadis, 2007, s. 71

4 Metodologie

Za účelem zodpovědět mnou položené výzkumné otázky jsem si zvolil kvalitativní metodologický přístup. Jde o proces zkoumání jevů a problémů. Celý tento přístup je založen na vztahu mezi participantem a výzkumníkem. Výzkumník si zde klade za cíl za pomoci různých perspektiv a metod rozkrýt a pochopit vnímání reality aktéry výzkumu (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 17). V mém případě je danou realitou konkrétní úsek veřejné politiky.

Svoji bakalářskou práci pojmám jako případovou studii, která se zabývá určitými událostmi v procesu tvorby a prosazování veřejné politiky. Pokud bychom přijali Stakeovu kategorizaci (1995), kterou ve své knize využívá taktéž Hendl, jedná se o intrinsitní případovou studii, kdy se zaměřím pouze na jeden případ. Jde mi o pochopení daného případu a vztahů jednotlivých jeho částí mezi sebou (Hendl, 2005, s. 107). Výběr této metody je podepřen i podmínkami, za kterých má být dle Yina tato metoda využita. První podmínkou je otázka, kterou se v našem výzkumu ptáme. Zde se ptáme jak a proč. Tyto otázky navádějí spíše k vysvětlování, a tak se k nim vážou metody jako případová studie či experiment (Yin, 2009, s. 8–9). Další podmínkou je dle Yina, aby se studie zabývala současnými událostmi. V našem případě jde o události, které se odehrály na území České republiky a většina se jich odehrála mezi lety 2012 a 2013. Ačkoliv se zabývám událostmi, které jsou dnes minulostí, nejedná se o dávnou dobu, jejich aktéři stále žijí a jsou schopni o nich vyprávět. A nakonec případová studie se zabývá událostmi, jejichž povahu není výzkumník schopen nějak ovlivnit a nemá nad ní tedy žádnou kontrolu (Yin, 2009, s. 11).

Data pro mou bakalářskou práci mi přineslo studium veřejně politických materiálů, tzn. strategií, koncepcí či vizí jako je Strategie reformy psychiatrické péče a k ní úvodní zpráva, dále dokumenty, které mapují stav psychiatrické péče před reformou (Raboch, Wenigová, 2012), dále jsem studoval data a statistiky Národního ústavu duševního zdraví či publikace srovnávající systém péče o duševní zdraví v ČR s ostatními zeměmi, např. Dlouhý, 2012. Další data jsem získával ze studia odborné literatury a z výsledků výzkumů, které byly provedeny odbornými týmy z Národního ústavu duševního zdraví. Jedná se tedy o sekundární data, která mi poskytla background k tvorbě rozhovorů a materiál k analýze politiky reformy psychiatrické péče. Vycházel jsem také z doporučení, které ve své knize „Introduction in qualitative research“ uvádí Flick. S ohledem na to, že se jedná o aplikaci teorie na konkrétní daný případ, využil jsem teoretickou literaturu, zaměřenou na teoretickou

perspektivu, o kterou se má práce opírá, a v neposlední řadě metodologickou literaturu a literaturu, která zachycuje, co bylo o mém tématu doposud napsáno (Flick, 2009, s. 48).

Zásadním zdrojem primárních dat mi byly polostrukturované rozhovory. Tento typ rozhovoru se dle Hendla vyznačuje „*definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací*“ (Hendl, 2005, s. 164). Jednalo se o tři expertní šetření, kterého se účastnili tři zainteresovaní aktéři. Pomocí metody sněhové koule jsem získal kontakt ještě na dalšího důležitého aktéra, který byl ale příliš zaneprázdněn na to, aby se mnou udělal face – to face rozhovor. Proto jsem zvolil cestu elektronicky zasláných otázek, na které mi respondent odpověděl. Jednalo se tedy o tři expertní rozhovory a jeden výzkum postojů aktéra elektronickou formou. To se týkalo respondenta Marka Ženíška. Identifikace a informace o proběhnutých rozhovorech s aktéry mapuje následující tabulka.

Tabulka 1: Seznam respondentů

Respondenti	Role	Délka rozhovoru	Datum (měsíc/rok)
Anonymizován	Výzkumnice v NUDZ	59 minut	Listopad/2018
Jan Bodnár	Tehdejší ředitel Odboru evropských fondů na MZd	52 minut 52 vteřin	Březen/2019
Ivan Duškov	Tehdejší vedoucí Strategické projektové kanceláře na MZd	1 hodina 8 minut 4 vteřiny	Březen/2019
Marek Ženíšek	Tehdejší 1. náměstek na MZd za TOP09	*Forma elektronicky zaslaných otázek	Duben, 2019

Zdroj: autor

Tento přístup sebou samozřejmě nese také určitá rizika. Za největší riziko považuji nepředvídatelnost respondentů při rozhovorech. Výsledky bádání závisí ve velké míře na otevřenosti a míře spolupráce vybraných respondentů. Pokud nebudou mít zájem

spolupracovat, není možné zajistit data, která jsou pro mě důležitá, a která nejsem schopen zachytit v dokumentech. Jistá pojistka může být výběr respondentů, tzn. vybrat respondenty tak, abych měl alespoň minimální jistotu, že budou svolní mluvit pravdivě a otevřeně. Tento výběr mi ulehčila skutečnost, že moje vedoucí práce se v tématu dobře orientuje a mohla mi tak doporučit vhodné respondenty. Výběr byl také ulehčen mými zkušenostmi, které jsem nabyl na stáži v Národním ústavu duševního zdraví, který je jednou ze stěžejních institucí v tvorbě a v implementaci reformy psychiatrické péče (Národní ústav duševního zdraví, 2019).

Co se týče analýzy získaných primárních dat z rozhovorů a z elektronicky zasláných odpovědí, doslovně jsem přepsal pro mě důležité momenty rozhovorů, které jsem dále kódoval. Kategorie, které jsem si určil, kopírovaly důležité události, které jsem z rozhovorů identifikoval. Jedná se zde o tematickou analýzu a deduktivní přístup. Švaříček a Šed'ová rozlišující dva základní přístupy k analýze rozhovorů – realistický a narativistický. Výzkumník, který volí první zmíněný přístup, vnímá odpovědi svých respondentů jako realistický popis situací a událostí. Zde je ale riziko, že badatel bude přijímat vše nekriticky (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 208). Jde o mnou zvolený přístup v tomto výzkumu. Riziko, které jsem již předeslal, jsem se snažil eliminovat větším počtem respondentů, kdy jsem získal více pohledů na stejnou situaci s kombinací se studiem dokumentů.

Nakonec bych rád uvedl, že cíle mé bakalářská práce se odchýlily od prvotního záměru, který je popsán v tezích téže práce. Hlavním důvodem byla přílišná rozsáhlost původního záměru a původních cílů.

5 Historický kontext

Psychiatrická péče v kontextu českého prostředí je dlouhodobě opomíjená součást medicíny. Od 90. let (po pádu komunismu) až k současnosti nebyly v tomto oboru uskutečněny žádné větší změny. České republice chybí ucelená koncepce politiky duševního zdraví, která by byla zaštitěna vládou (Dobiášová a kol., 2016, s. 35–46). Práce v oboru psychiatrie je dlouhodobě podceňována, i proto se tam nedostává tolik peněz, kolik by bylo třeba. Je to zapříčiněno mimo jiné i tím, že při léčbě duševních onemocnění se nevyužívá v takové míře instrumentálních výkonů, tak jako v jiných medicínských oborech (Raboch, Wenigová, 2012, s. 15).

První Koncepce oboru psychiatrie byla schválena na sjezdu České psychiatrické společnosti v roce 2000 (Raboch, Wenigová, 2012, s. 20). V témže roce byla taktéž přijata vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví (Dobiášová a kol., 2016, s. 39). Autoři téhož článku dále uvádějí, že se od té doby sice snižoval počet lůžek, ale bez toho, aby vznikala nová lůžka akutní, a aby se nějakým způsobem vyvíjela komunitní péče, která by měla pobyt v psychiatrických zařízeních nahradit.

Česká republika se v roce 2005 připojila ke třem dokumentům, které měly za úkol zlepšit péči o duševně nemocné v zemích, které tyto dokumenty spolupodepsali. Jedná se o Deklaraci o duševním zdraví, o Akční plán duševního zdraví pro Evropu a o Zelenou knihu Komise evropských společenství (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). Zelená kniha nevidí řešení pouze v lepší lékařské péči, ale hlavně v přístupu k psychiatrii komplexně. Vybízí také k tomu, aby se státy EU učily od sebe vzájemně, neboť přístupy jednotlivých států k psychiatrické péči jsou dost rozdílné (Raboch, Wenigová, 2012, s. 13).

Zelená kniha například uvádí, že jako hlavní cíle prevence mají být děti a mladiství, neboť právě první roky života ovlivňují další vývoj psychiky. Investice do prevence těch nejmladších je tak i investicí do budoucna (Green paper, Evropská komise, 2005).

Špidlova vláda v roce 2002 bere na vědomí dokument vydaný WHO – Zdraví 21. Kromě jiného vláda se zavazuje zřídit výbor Zdraví 21: „(4) Rada zřizuje Výbor ZDRAVÍ 21. Výbor zejména připravuje návrhy a stanoviska pro Radu k řízení, koordinaci a kontrole úkolů vyplývajících z programu ZDRAVÍ 21.“ (Usnesení vlády České republiky, 2002). Tento nástroj, jak zlepši kvalitu péče, se ukázal jen málo efektivní a evaluace probíhala pouze formálně (Dobiášová a spol., 2016, s. 39). Plnění úkolů, které byly spojeny s tímto dokumentem bylo taktéž jen formální (rozhovor s Janem Bodnárem, 2019).

V roce 2005 byl vydán dokument *Mental Health Care Policy – Roads to*

Implementation. Tento dokument se ale k implementaci žádné politiky týkající se duševního zdraví nevyužil. Ředitel odboru Evropských fondů v době přípravy a prosazování reformy psychiatrie Jan Bodnár uvádí, že dokumentů, které se věnovaly koncepci psychiatrie, bylo asi sedm. Všechny měly pouze deklaratorní formu (rozhovor s Janem Bodnárem, 2019).

Psychiatrická společnost ČLS JEP v roce 2007 vydala Národní psychiatrický program, který se opíral o již dříve zmíněné mezinárodní dokumenty. Klade důraz na rozvoj komunitní péče a redukci lůžek v psychiatrických klinikách (Raboch, Wenigová, 2012, s. 21–22). Můžeme tedy říci, že jde stejným směrem jako i reforma psychiatrické péče.

Dle Bodnára byl problém u všech dokumentů právě v implementační fázi. „*Problém všech (dokumentů), nulová implementační fáze.*“ (rozhovor s Janem Bodnárem, 2019).

6 Reforma psychiatrie – stručná charakteristika

Cílem mé bakalářské práce je zanalyzovat prosazení reformy psychiatrické péče a nalézt odpověď na otázku, co stálo za úspěchem, že tato reforma byla v roce 2013 schválena a dnes se nacházíme už v implementační fázi. V minulé kapitole jsme si ukázali, že až do tohoto momentu všechny předchozí programy a plány selhávaly. Než se ale dostaneme k samotné dynamice procesu prosazování této agendy, rád bych na začátek krátce charakterizoval obsah reformy jako takový.

Reforma psychiatrie si klade více hlavních cílů. To, co je ale nejzásadnější je systémová změna péče o duševní zdraví. Péče o duševní zdraví stojí na třech základních pilířích. Jsou to ambulantní psychiatři, psychiatrické nemocnice a akutní oddělení všeobecných nemocnic. Psychiatrická reforma do systému inkorporuje čtvrtý pilíř, a to pilíř komunitní péče. Myšlenka reformy je postupně snižovat počet lůžek v psychiatrických klinikách a tyto kapacity recipročně nahrazovat komunitní péčí, která by měla být provozována v Centrech duševního zdraví, kterých by tento rok mělo vzniknout až 30. V Centrech duševního zdraví (dále jen CDZ) by měl pracovat multidisciplinární tým složený z psychiatrů, psychologů či psychoterapeutů a sociálních pracovníků (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). Ivan Duškov, tehdejší vedoucí strategické projektové kanceláře na Ministerstvu zdravotnictví v mnou provedeném rozhovoru uvádí, že to bylo konsensuální řešení, se kterým nakonec všichni souhlasili (rozhovor s Ivanem Duškovem, 2019). Multidisciplinární tým z CDZ má za úkol docházet za pacientem, který je ještě hospitalizovaný a pracovat s ním tak, aby byl pro něj přechod z institucionální péče do té komunitní co nejlepší a nejplynulejší (rozhovor s Ivanem Duškovem, 2019).

Dalšími neméně důležitými cíli jsou destigmatizace a humanizace psychiatrické péče. Cíl destigmatizace psychicky nemocných vychází z mapování, které ukazuje, že lidé s duševním onemocněním jsou často stigmatizováni nejen laickou veřejností, ale i odborníky ve zdravotnictví. Tento fakt zesložituje psychicky nemocným začlenit se do společnosti. Jako řešení strategie uvádí edukační programy pro jak laickou, tak i odbornou veřejnost a pro zaměstnance státní správy. Jako druhý pilíř by měl sloužit ucelený systém kontroly (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). Stigmatizací se zabývá ve své práci i Bodnár, kde vysvětluje, že systémová stigmatizace je u nás daná kulturním vývojem a vývojem lékařských prostředků (Bodnár, 2009, s. 27).

Velkou výzvou je potom zapojení tzv. „peer konzultantů“. Jedná se o lidi, kteří již mají zkušenosti s duševním onemocněním a jsou edukováni a školeni k tomu, aby uměli

o svých zkušenostech vyprávět, jak před odborníky, tak před pacienty, a tím se snažit ukázat boj s duševním onemocněním v pozitivním světle (X. sjezd Psychiatrické společnosti ČLS JEP, 2014, s. 126–127).

K humanizaci se potom váže problematika úrovně podmínek v psychiatrických nemocnicích, ve kterých pacienti žijí. Zde se jako hlavní nástroj jeví CDZ a optimalizace a modernizace lůžkového fondu (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). Tento cíl je také kompatibilní s celosvětovými trendy, které kladou důraz na dehumanizaci, dodržování lidských práv a pokud možno na léčbu v prostředí, které by co nejméně omezovalo pacienta (Strategie reformy psychiatrické péče – vstupní zpráva, 2012).

Kromě těchto cílů si reforma klade i další. Zde jsem charakterizoval pouze vybrané. Reforma tak reaguje na aktuální problémy v české psychiatrii, ať už se jedná o nedostatečné kapacity v některých psychiatrických službách, nedostatečnou kooperaci mezi jednotlivými službami či o nedostatečné kapacity v gerontopsychiatrii a pedopsychiatrii (Dlouhý, 2012, s. 51).

7 Aplikace teorie tří proudů

K tomu, abychom mohli lépe pochopit, jaké všechny události stály za prosazením psychiatrické reformy, a jakým způsobem se podařilo promotérům politik spojit tři proudy politiky (problémů, politics a řešení), musíme si nejprve charakterizovat stav těchto proudů ještě předtím, než byly propojeny. Prvky, které v této kapitole budou rozebrány, nebyly dle výpovědí mých respondentů v prosazení agendy psychiatrické reformy příliš podstatné nebo hrály ve prospěch zachování statusu quo [rozhovor s Janem Bodnárem (2019), výzkumníci Národního ústavu duševního zdraví a Ivanem Duškovem (2019), odpovědi Marka Ženíška (2019)].

7.1 Prvky proudu problémů

V této kapitole se budu zabývat pouze indikátory, zpětnou vazbou a budu se ptát, do jaké míry byli politici zatíženi jinými problémy, které jim neumožňovali soustředit se na politiku duševního zdraví. Prvek událostí, které zaměřují pozornost budu podrobně rozebírat v kapitole týkající se dynamiky procesu prosazování reformy.

7.1.1 Indikátory a jejich význam v procesu prosazení politiky duševního zdraví

Indikátory dle Zahariadise mohou být politicky využity k zachycení nějaké změny v určitém vývoji či k poukázání na problém pomocí určitých ukazatelů (Zahariadis, 2007, s. 71). Tyto ukazatele se ale nestávají problémem okamžitě. Problémem se stávají až tehdy, když se dotknou, a když jdou zejména proti hodnotovému vnímání tvůrců politik. V tu chvíli se může stát, že ačkoliv existuje více ukazatelů ukazujících na různé problémy, jen pár z nich bude vyhodnoceno problematickými právě tvůrci politik (tamtéž).

Mezinárodní organizace WHO ve své zprávě kritizovala nedostatečnou péči o stabilizované pacienty. Konkrétně poukazovala na problémy v rehabilitaci a v následné integraci psychicky nemocných do normálního života (WHO, 2005, s. 106). To je jeden z problémů, na který má také strategie cílit a jeden z ukazatelů, který by měl teoreticky zajímat odbornou veřejnost i politiky.

V České republice bylo trendem přibývání počtu psychicky nemocných. Nebyl to ale pouze případ České republiky, jednalo se o celoevropský problém. Více než jedna třetina obyvatel EU měla někdy v životě zkušenost s psychickým onemocněním. Tato data jsou z roku 2011. I v Česku se počet takto nemocných osob zvyšuje. Duševní onemocnění byl druhý nejčastější důvod přiznání invalidity (Vstupní zpráva, Strategie reformy psychiatrické péče, 2012). Zde je dobré si nadefinovat pojem prevalence, který uvádí výskyt onemocnění

v dané populaci, s tím, že se budeme pro tuto chvíli věnovat pouze prevalenci léčených pacientů. Zatímco v roce 1995 to bylo průměrně více než 273 pacientů na 10 000 obyvatel, v roce 2015 už 617 (Winkler – prezentace pro NUDZ, 2018).

Z mapování situace a trendů v oblasti psychiatrie z roku 2011 vyplývá, že se během let zvyšovalo množství pacientů léčících se jak v ambulantní péči, tak využívajících léčbu ústavní. Zatímco v roce 2008 bylo hospitalizováno přes 57 tisíc nemocných, v roce 2011 už to bylo přes 59 tisíc (Raboch, Wenigová, 2012, s. 15–16). Dalším negativním ukazatelem je taktéž počet sebevražd, který se zvýšil od roku 2006 k roku 2011 skoro až o 200 případů (Raboch, Wenigová, s. 16).

A nakonec se podíváme na trendy ve stigmatizaci psychicky nemocných. Dle výzkumu agentury CVVM by až 61 procent respondentů nechtělo bydlet vedle psychicky nemocných sousedů. V průzkumu, který srovnával postoje Čechů a Britů najdeme velké rozdíly právě ve vnímání psychicky nemocných. S výrokem „Do budoucna by mi nevadilo žít s někým, kdo má psychické onemocnění“ odpovědělo zcela kladně 60 % Britů, zatímco Čechů jen 31,5 % (Winkler – prezentace pro NUDZ, 2018).

Dle rozhovorů s mými respondenty ale nebyly tyto indikátory vnímány politiky jako problematické a důležité a ukázaly se tak bezvýznamnými pro prosazení této agendy promotéry politik. Dle Bodnára jsou to ale důležité argumenty, proč tento problém řešit a debata na odborné úrovni by se bez nich neobešla (rozhovor s Janem Bodnárem, 2019). Ivan Duškov zase akcentoval osobu Marka Ženíška (tehdejšího 1. náměstka ministra zdravotnictví), který jako jediný na podobné pozici tyto argumenty vnímal (rozhovor s Ivanem Duškovem, 2019). Sám Marek Ženíšek nepovažuje indikátory za něco, co by změnilo směřování Ministerstva zdravotnictví (dále jako MZd): „*Žádný konkrétní indikátor nebyl natolik důležitý, že by mohl ovlivnit agendu MZd. Byly to spíš zkušenosti ze zahraničí, stejně tak skutečnost, že psychiatrie nepatřila dlouhodobě ze strany MZd k hlavním prioritám.*“ (odpovědi Marka Ženíška formou e-mailu, 2019).

7.1.2 Zpětná vazba a její význam v procesu prosazení politiky duševního zdraví

V kapitole o indikátorech jsme se věnovali vybraným trendům, které poukázaly na problémy, které by měla řešit reforma psychiatrické péče. V této části se ale už budeme zabývat některými typy řešení neboli dobré praxe ze zahraničí, která mohla být inspirativní i pro naši reformu.

Jako první si rozebereme situaci v Dánsku. V Dánsku jako kdekoliv jinde byl

v minulosti segment psychiatrie ve srovnání s jinými ve zdravotnictví podhodnocen. Situace se však začala měnit od 70. let, kdy se začal snižovat počet lůžek v psychiatrických nemocnicích. Počet lůžek byl k roku 2012 zredukován o 60–70 %. Základní psychiatrická péče je v Dánsku poskytována všemi nemocnicemi a služby pro duševně nemocné jsou hrazeny zdravotním pojištěním, neboť tyto služby patří pod veřejné zdravotnictví, které je celé takto hrazeno. Dánský systém je založený na třech pilířích – praktičtí lékaři, ambulantní péče zajišťována komunitními centry či specializovanými klinikami a sociální služby (sociální rehabilitace, domy na půl cesty atd.). Za úspěchy reformních snah můžeme považovat fakt, že 90 % lůžek zahrnuje pouze akutní příjem, a ačkoliv se počet hospitalizovaných do roku 2012 nesnížil, oproti roku 2020 se snížila doba hospitalizace o 35 %. Psychiatrická péče v Dánsku měla i své limity. Jedná se o dlouhé čekací doby, než se nemocný člověk dostane poprvé k psychiatrovi nebo třeba nízká kapacita komunitních služeb (Winkler a kol., 2013 s. 41).

Nezisková organizace Fokus ČR vydala k roku 2017 publikaci, která prezentuje příklady dobré praxe v zahraničí. Referuje o různých případech taktéž z italského prostředí. Při této příležitosti je třeba zmínit jméno Franca Basaglia, který se zasloužil o reformu psychiatrie v Itálii. Franco Basaglio byl po druhé světové válce už jako student medicíny spojován s protifašistickým hnutím. Poté se stal v roce 1961 ředitelem malého psychiatrického ústavu v Gorizii, kde poprvé odmítl podepsat seznam pacientů, kteří měli být na noc upoutáni na lůžko. Tento postoj se nakonec rozšířil do celé kolektivity v Gorizii, a ačkoliv se původní tým v roce 1969 rozpadl, začali se tvořit další skupiny v ostatních zařízeních v Itálii, které uplatňovaly metody, které nebyly v souladu s praktikami dobové psychiatrie (Černý, A2, 08/2017). To byl začátek reformy, jejímž cílem bylo dle Basaglia dostat psychicky nemocné zpátky do ulic a do veřejného života. Basaglio zákonem ukončil státní psychiatrický systém v Itálii.¹ Místo institucionální péče se politika duševního zdraví obracela k péči komunitní. Dle studií, které byly v tomto období provedeny se lidé lépe cítili v komunitách než v psychiatrických nemocnicích. Vznikaly ale nové problémy. Do potíží se dostali například pacienti, kteří se neměli ze zrušených psychiatrických nemocnic kam vrátit (ČT24, 2018). Výsledek této reformy ale skýtal mnoho pozitiv. Giovanna del Giudice uvádí,

¹ Velkou roli zde hrálo Hnutí za deinstitucionalizaci, které vedl právě Basaglio. Toto Hnutí bylo schopné najít podporu jak u zdravotnických pracovníků, tak u veřejnosti či progresivních intelektuálů. Ale co bylo nejdůležitější, získalo si i politickou podporu, a to zejména u levicových stran. V roce 1978 tehdejší vláda, z důvodu, aby nedošlo k referendu o zrušení tehdejšího psychiatrického zákona, ustanovila komisi, která měla za úkol vytvořit nový zákon o psychiatrii. Ten byl schválen 13. května 1978 (Burti, 2001, s. 42).

že pacienti získali nazpátek svoje občanská práva, komunitní péče je rovnoměrně rozptýlena po celé zemi a rodiny se staly důležitými a plnohodnotnými aktéry v procesu léčby o svého nemocného příbuzného (Mezzina, Toresini, 2017).

Již jsme zmínili i negativa italského modelu, a ty byly využity konzervativci v Česku, kteří reformě nebyli nakloněni. Ti dle Bodnára využili tyto zkušenosti jako negativní příklad, jako příklad toho, jak se to dělat nemá (rozhovor s Janem Bodnárem, 2019). Dále uvádí, že celkově mezinárodní zkušenosti měly relativně malý vliv na prosazení reformy jako takové. Dle Duškova měli promotéři dobré vztahy s šéfem části WHO, která měla na starost Evropu v oblasti Mental Health a neurodegenerativních onemocnění. Se strategií reformy v ČR byl spokojený a například uspořádal i řadu ministáží ve Velké Británii a dalších zemích. Duškov dále pokračuje tím, že ani EK ani OECD neměla tolik expertíz jako WHO (rozhovor s Ivanem Duškovem, 2019). Tato zpětná vazba ale podle obou respondentů nesloužila k přesvědčování politiků či vyšších úředníků k tomu, aby byla reforma přijata.

7.1.3 Politici zatíženi problémy

V této kapitole se budeme zabývat kapacitami, které mají tvůrci veřejných politik k řešení problémů. Komplikace nastávají, pokud je tvůrce politiky zavalen velkým množstvím problémů. V takovém případě oslabuje jeho schopnost efektivně zužitkovat informace, které jsou mu předkládány. Míra zatížení problémy taktéž determinuje místo určité problematiky v hierarchii problémů (Novotný, 2012, s. 38).

Při svých expertních rozhovorech s aktéry procesu prosazování reformy psychiatrické péče mě zajímalo, jaký byl důvod faktu, že všechny předchozí plány a strategie nebyly realizovány, a jestli to souviselo s kapacitami tehdejších ministrů. Bodnár tvrdí, že ačkoliv všichni ministři před rokem 2012 říkali, že reformu podporují, vše zůstalo pouze v deklaratorní rovině. Bodnár vidí problém v tom, že většina ministrů pracovala pouze s typickou lůžkovou zdravotní péčí. Dále pokračuje, že problém většiny ministrů byl, že problematika psychiatrie byla pod jejich rozlišovací schopnosti. Dalším důvodem, který podle Bodnára stojí za tím, že agenda reformy nebyla prioritní, je vítězství konzervativních skupin, například lékařů, kteří věří klasickému fungování psychiatrie, v pomyslné bitvě s reformátory, kteří se snažili o změnu nastavení psychiatrické péče. Každý ministr se přiklonil ke stanovisku konzervativců (rozhovor s Janem Bodnárem, 2019).

Duškov připomíná, že jak pravicové, tak levicové vlády měly vždy jiné priority ve zdravotnictví. Problém vidí taktéž v rychlém střídání ministrů. Každý ministr, dříve, než

byl zcela poučen o problematice odbornou veřejností, odešel nebo „byl odejit“. Psychiatrie nemá podle Duškova takový hlas, jako je hlas jiných lékařských profesí, neboť je stigmatizovaná i odbornou veřejností:

„Politická podpora nebyla nikdy vlastně a s velkou dávkou opatrnosti bych chtěl říct, že není ani teď.“ (Ivan Duškov, 2019)

K tomuto výroku Duškov dodává, že ačkoliv nynější ministr reformu podporuje, jeho hlavní priority jsou jinde.

Dalšími důvody, proč politici nechtěli řešit tuto problematiku, jsou těžká komunikovatelnost tohoto tématu se společností a mediální nevděčnost tohoto tématu, neboť média ve většině případů referují o psychicky nemocných v negativním světle, což posiluje stigmatizaci ve společnosti. To také mimo jiné zapříčinilo to, že se politici o toto téma nezajímali (rozhovor s Ivanem Duškovem, 2019).

Marek Ženíšek reagoval na otázku týkající se reformy jako priority takto:

„Pokud mohu mluvit ze své zkušenosti, tak byla vždy až ta poslední v řadě.“ (Marek Ženíšek, 2019)

Ze všech rozhovorů vyplývá, že vysocí politici nepojímali změnu v systému psychiatrické péče jako svou prioritu. Příčin může být hned několik – tlak konzervativních skupin, stigmatizace oboru psychiatrie, politická neatraktivita, rychlé a časté výměny ministrů, anebo malé povědomí o této problematice.

7.2 Prvky proudu „politics“

V následující kapitole si rozebereme prvky proudu „politics“. Úmyslně bude vynechán prvek týkající se změny na vysokých úřednických či politických pozicích, neboť tento prvek bude podrobněji rozebrán v kapitole týkající se dynamiky procesu tvorby a prosazování politiky reformy psychiatrické péče.

7.2.1 Nálady ve společnosti

Dle teorie tří proudů politici monitorují nálady ve společnosti, a podle nich se dále chovají. Agendy, které veřejnost vidí jako důležité, politici akcentují a prosazují, v opačném případě jiné upozadují. Změny nálad ve společnosti mohou znamenat i změnu priorit politiků (Novotný, 2012, s. 39).

Všichni mí respondenti se shodují na tom, že obor psychiatrie a samotní psychicky nemocní jsou stále veřejností poměrně stigmatizováni. Výzkumnice z Národního ústavu duševního zdraví ze své zkušenosti uvádí, že jde zejména o vybrané diagnózy jako je např.

schizofrenie. Také uvedla, že společnost nemá o psychiatrické reformě velké povědomí, nemůže se tedy proti ní nějak vymezit či k ní afilovat. Stigmatizace se často projevuje na lokální úrovni, kdy jsou lidé pod jejím vlivem nespokojeni s tím, že v jejich blízkém okolí vzniká instituce, kde se budou vyskytovat a pohybovat psychicky nemocní (rozhovor s výzkumníci NUDZ, 2018).

„Tohle je nejvíc stigmatizující obor obecně (myšleno psychiatrie) a stigmatizovaný zároveň.“ (Jan Bodnár, 2019)

Takto si vysvětluje negativní nálady ve společnosti vůči psychiatrii a psychicky nemocným Jan Bodnár s tím, že dodává, že ve společnosti je takové naladění přirozené, neboť vše odlišné vyvolává ostražitost majority. Jedná se tedy o primárně ochrannou funkci.

Závěrem tedy můžeme říci, že nálady ve společnosti určitě nepřispívaly k tomu, aby byla priorita psychiatrické reformy v žebříčku agendy politiků nějak vysoko.

7.2.2 Vliv nátlakových skupin

Z rozhovoru jak s Bodnárem, tak s Duškovem vyplývá, že v tomto případě existovaly dvě zájmové skupiny s dvěma myšlenkovými proudy. Jednalo se na jedné straně o konzervativce, což byli hlavně lékaři, kteří věřili své práci, tak jak ji dělali doposud. Jejich hlavní prioritou bylo zlepšit a modernizovat již existující psychiatrické nemocnice. K reformě se stavěl například negativně bývalý ministr zdravotnictví a zároveň psychiatr Ivan David. Ten kritizoval dle něj skutečnost, že stát se již dávno vzdal odpovědnosti za psychicky nemocné a dodává: *„Situaci podstatně zhoršily lavinovitě světem se šířící tzv. "reformy psychiatrie" masově rušící psychiatrická lůžková zařízení a vytvářející vzrůstající bezdomovectví duševně nemocných.“ (Ivan David, 2014).* Budoucnost stále viděli v zavedeném systému. Tito konzervatisti až do doby prosazování reformy psychiatrie měli vždy navrch před progresivisty, z nichž ti nejvyhraněnější dle Duškova tvrdili, že je třeba instituce zrušit a namísto toho využívat hlavně komunitní péči. I proto reforma neměla podporu, neboť konzervativci využívali svých kontaktů na ministerstvu a lobovali za své řešení problému (rozhovor s Janem Bodnárem, 2019). Naopak podle Bodnára měli progresivisti kontakty na Evropskou komisi a mimo tradiční struktury komunikovali a prosazovali svůj pohled tak, aby institucím šlo co nejméně financí (totéž).

Kormě lékařů, kteří své dosavadní práci věřili a zástupců psychiatrických léčen se mezi kritiky reformy řadili zástupci zdravotních pojišťoven, neboť to od nich vyžaduje další finanční prostředky. Vykazovaly tedy velkou dávku rezistence. Dále šlo o MPSV, které sice

bylo vždy pro změny v této oblasti, ale také vždy ustoupilo, když byly od něho vyžadovány finanční zdroje (rozhovor s Ivanem Duškovem).

Rozpor zde byl ale i mezi nemocnými a jejich příbuznými. Nemocní by spíše rádi měli volnost, naopak rodiče či příbuzní psychicky nemocných by uvítali dle Duškova nějaké odlehčovací služby a do budoucna řešení pro své nemocné blízké po tom, až oni nebudou moci pečovat (rozhovor s Ivanem Duškovem, 2019).

Nakonec je třeba ještě zmínit nátlakové skupiny, které se zasazovali o reformu, a které spíše patřili k progresivistům, a to je hlavně Platforma pro transformaci², FOCUS ČR, někteří zástupci rodičů – organizace KOLOMBUS, osvícení psychiatři a další (rozhovor s výzkumníci z NUDZ, 2018). Mezi osvícené psychiatry patří například i ředitel Psychiatrické nemocnice v Bohnicích Martin Hollý, podle něhož je obor psychiatrie v ČR skoro nejvíce podfinancován ze všech evropských zemí. Hůře je na tom pouze Slovensko (rozhovor s Martinem Hollým, Česká pozice, 2014).

Tedy z mého šetření v tomto případě vyplývá, že konzervativci byli vždy silnější a hlasitější skupina s vazbami na ministry, a to je také jeden z důvodů, proč až do změn, které započaly rokem 2012 nebyla motivace ministrů a vlád reformovat systém psychiatrické péče. Dle Bodnára tlaky a lobbying této skupiny pokračovaly i po vydání reformy. Jejich vliv zeslábl až dnes za ministra Vojtěcha, kdy je již Reforma implementována.

7.3 Sítě veřejných politik a ideje z nich vycházející

Z rozhovoru jak s Ivanem Duškovem, tak výzkumníci NUDZu vyplývá, že na reformě se podíleli tři hlavní sítě veřejných politik. V této kapitole bych chtěl pouze stručně charakterizovat každou z nich a popsat s jakým typem idejí přicházely.

První z nich je Strategická projektová kancelář na MZ, která dostala za úkol připravit reformu psychiatrické péče. Zde byli mimo jiné hlavními aktéry Ivan Duškov (tehdejší vedoucí kanceláře), Jan Bodnár (tehdejší ředitel Odboru evropských fondů na MZ) a Martin Hollý (ředitel psychiatrické nemocnice Bohnice). Více o této síti bude uvedeno v příští kapitole.

Další sítí byla Psychiatrická společnost ČLS JEP a její výbor, který byl podle Ivana Duškova v názorech na reformu nejednotný a spíše zastávala konzervativnější přístup. To se

² Platforma pro transformaci je podle vlastních slov „*seskupením zástupců odborných společností, poskytovatelů služeb, patientských a rodičovských organizací jakož i jednotlivců, kteří jsou přesvědčeni, že jediným řešením neutěšené situace v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním v České republice je transformace celého systému.*“ (www.platformaprotransformaci.cz, 2019)

dále podle Duškova změnilo, když se Martin Hollý stal předsedou výboru Psychiatrické společnosti (rozhovor s Ivanem Duškovem 2019).

A nakonec poslední důležitá síť veřejných politik byla již výše zmíněná Platforma pro transformaci. Podle Duškova byla jejich prioritou rychlá transformace a kladli důraz hlavně na komunitní péči. Spíš jde tedy o opozici ke konzervativcům.

Jak Duškov, tak Bodnár uvádějí, že postoje obou dvou skupin aktérů, kteří přicházeli s hraničními idejemi (konzervativci a progresivisti) se postupně přibližovali až nakonec vznikl kýžený konsensus. Důležitým kritériem pro to, aby se ideje staly úspěšnou politikou, tedy politikou, která je úspěšně prosazena, jsou mimo jiné rozpočtové dopady (Novotný, 2012, s.42), které jsou v tomto případě nemalé. Proto jako zásadní moment zlomu v reformě byla možnost čerpání dotací z EU, o čemž bude mimo jiné pojednávat další kapitola.

8 Dynamika prosazování reformy psychiatrické péče

V následující kapitole budu vycházet pouze z rozhovorů s tehdejšími aktéry tvorby a prosazování reformy psychiatrické péče. Tedy budu vycházet z rozhovorů s tehdejším ředitelem evropských fondů na MZd a nyníjším ředitelem pražské VZP Janem Bodnárem, tehdejším vedoucím Strategické projektové kanceláře na MZd a nyníším poradcem náměstka MZd Romana Primuly Ivanem Duškovem a z odpovědí na elektronicky zaslané otázky tehdejšího prvního náměstka ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP09) – Marka Ženíška (TOP09).

Úkolem této kapitoly je najít nejdůležitější momenty (okna příležitostí), které hrály hlavní úlohu v úspěšném prosazování reformy a popsat jejich průběh z pohledu aktérů, kteří se podíleli na tvorbě a prosazování této politiky.

8.1 Evropské dotace a jejich úloha v prosazování reformy psychiatrie

V předchozí kapitole jsme si uvedli, že jedno z důležitých kritérií, které podmiňuje úspěšnost prosazení určitého řešení, jsou rozpočtové dopady (Novotný, 2012, s. 42). Pokud jsou příliš velké, řešení má mnohem menší šanci na úspěch než řešení, které nic nestojí. Hlavním motorem reformy tedy byla možnost čerpání dotací z evropských fondů. Zde panovala shoda u všech mých respondentů. Jedna z priorit Evropské komise byla dle Bodnára deinstitucionalizace psychiatrické péče, a toho bylo využito tak, aby byly dotace z evropských zdrojů získány právě na tyto účely. Politika reformy se však připravovala už od roku 2010. I Ivan Duškov svými výroky potvrzuje, že jako opora k vyjednávání sloužila tehdejší afilace politiky EU k deinstitucionalizaci lékařské péče, a toho bylo využito Janem Bodnárem k započetí vyjednávání ve snaze využít možné finance právě k této reformě. Využití peněz ale muselo být obhajováno jak před Evropskou komisí (dále jen EK), tak na Ministerstvu pro místní rozvoj (dále jen MMR (rozhovor s Ivanem Duškovem, 2019).

Bodnár popisuje začátek nastavení této agendy na ministerských úrovních takto:

„Jasně hmatatelný příklad toho, co to rozpochybovalo, byly dotační zdroje z evropské komise, a ještě z norských fondů“.

V tuto chvíli si ale můžeme klást otázku, jakým způsobem prosadili promotéři využití peněz z EU právě k financování reformy psychiatrické péče, a ne na něco jiného (např. zdravotnické vybavení) na Ministerstvu zdravotnictví MZd a na MMR? Zprvu Bodnár mohl spolupřispět agendu z pozice autority jako šéf evropských fondů na MZd, zadruhé tam hrál roli nadnárodní tlak EK, která preferovala navázat peníze na deinstitucionalizaci (rozhovor

s Janem Bodnárem, 2019) a nakonec v poslední fázi i kvalita připravované strategie, která byla vypracována dle Metodiky pro tvorbu veřejných strategií, nové metodiky vydané MMR (rozhovor s Ivanem Duškovem, 2019).

Obhajovací procesy na ministerstvech trvaly dle Duškova až do schválení reformy ministrem zdravotnictví Martinem Holcátem.³ Zatímco Marek Ženíšek tvrdí, že peníze z fondů byly přísně vázány na reformu a ani na nic jiného nemohly být použity, Bodnár upozorňuje, že existovalo spoustu stakeholderů, kteří měli zájem využít peníze jinak. To, že se tak nestalo, byla zásluha jeho autority a tlaku Evropské komise na deinstitucionalizaci.

8.2 Politické změny a ustanovení Strategické projektové kanceláře

V minulé kapitole jsme rozebrali nástroje nadnárodní politiky, které pomohly k prosazení reformy psychiatrie na státní úrovni. To by se však nemohlo stát bez politické podpory. I tady se po volbách v roce 2010 udála změna. Zatímco předchozí ministři (před rokem 2010) nevěnovali psychiatrii větší pozornost z důvodů, jež jsme si popsali už v minulých kapitolách, situace se změnila po volbách v roce 2010 s příchodem ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP09). Hlavním momentem ale nebyla přímo tato změna. Okno příležitostí se otevřelo až v roce 2012, kdy byl na ministerstvu jmenován jako 1. náměstek Marek Ženíšek (TOP09), který měl dle svých slov plnou podporu svého stranického kolegy a nadřízeného ministra Hegera taktéž za TOP09 (Marek Ženíšek, odpovědi zaslané e-mailem, 2019).

„Reformu garantoval tehdejší 1. náměstek MZd, který byl zároveň místopředsdou strany a druhým jejím místopředsdou byl v té době ministr zdravotnictví.“ (Marek Ženíšek, 2019)

Duškov uvádí, že se s Ženíškem znali už před tím, než nastoupil na MZ a charakterizuje ho jako „*hlavu otevřenou*“, člověka, který si nechá poradit. Ten cítil zodpovědnost za přidělený rezort, ale na druhou stranu nevěděl, co se na ministerstvu děje. Právě proto Duškov poradil tehdejšímu 1. náměstkovi založit Strategickou projektovou kancelář, která se posléze stala hlavní sítí této veřejné politiky (rozhovor s Ivanem Duškovem, 2019). Dle Duškova byl cíl kanceláře řídit ministerstvo strategicky v různých oblastech. Vlivem různých tlaků na MZd však byla agenda kanceláře postupně omezována tak, až jí zbyla pouze práce na reformě

³ Ministr zdravotnictví v úřednické vládě vedenou premiérem Jiřím Rusnokem, který byl pověřen jejím sestavením prezidentem Milošem Zemanem

psychiatrické péče. S tím Ženíšek souhlasí, ale dodává, že primárně byla kancelář založena proto, aby pracovala právě na reformě psychiatrie.

Tedy můžeme shrnout, že změna na funkci 1. náměstka ministra zdravotnictví a podpora tohoto vedení ministrem je okno příležitostí, které bylo využito promotéry k tomu, aby byla nová politika tvořena a dále prosazována. Politicky byla zaštitěna 1. náměstkem, který měl plnou podporu ministra zdravotnictví.

8.3 Událost zaměřující pozornost a příchod Martina Hollého na ministerstvo

Důležitou postavou, kterou nesmíme opomenout, je postava Martina Hollého, tehdejšího ředitele Psychiatrické nemocnice v Bohnicích a poté i předsedy Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Do procesu tvorby reformy zasahuje až po tom, co využije další okno příležitostí, které ale není tentokrát způsobené změnou na vysokých politických či úřednických postech, ale událostí týkající se problematiky duševního onemocnění, která se dotkla blízkého okolí jednoho z úředníků na MZ. Jednalo se ryze o osobní záležitost. Vzhledem k tomu, že Martin Hollý s ním byl kvůli této události následně v kontaktu, mohl využít situace k tomu, aby již zmiňovaného úředníka poučil o problémech týkajících se psychiatrie a indoktrinoval ho s jeho vlastní vizí. Tím se zařadil do sítě této veřejné politiky, která se nacházela okolo Strategické projektové kanceláře a stal se odborným garantem reformy (rozhovor s Ivanem Duškovem, 2019). Bodnár mluví o Hollém jako o nejdůležitějším jménu z odborné veřejnosti.

8.4 Konečné schválení reformy

Konečné schválení reformy proběhlo 7. října v roce 2013 tehdejším ministrem zdravotnictví, nestraníkem Rusnokovy úřednické vlády Martinem Holcátem. Ve svém úvodním slovu uvádí, že reforma byla výsledkem práce všech aktérů, kteří byli členy dvou nejpodstatnějších organizovaných skupin, a to Pracovní skupiny určené k zabezpečení přípravy Strategie reformy psychiatrické péče v ČR a Týmu pro tvorbu Strategie (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013, s. 8).

Toto schválení se jeví v kontextu celé mé práce velmi důležitým, neboť reforma byla stále napadána různými vnitřními aktéry na MZ i během interního připomínkového řízení a není jisté, jak by to s reformou dopadlo, kdyby se ministr Martin Holcát nerozhodl reformu schválit (rozhovor s Ivanem Duškovem, 2019). Dále Duškov uvádí, že kromě toho, že se Holcátovi reforma líbila, tedy byla pro něj hodnotově přijatelná, další jeho motivace byla vnitřní, neboť to byl lékař-specialista na ORL, ale vždy se chtěl věnovat psychiatrii.

Problémem ale mohl být podle Duškova pád vlády v roce 2013, neboť se právě promotéři této politiky obávali nástupu Ivana Davida s velmi konzervativními názory týkající se problematiky psychiatrie. Žádná média ale o takovéto možnosti nereferovala ani s touto domněnkou nepracovala. Domněnka se mohla zakládat na účasti Ivana Davida v bývalé Zemanově vládě, kde byl ministrem zdravotnictví. Tato spekulace se nepotvrdila a reforma byla v roce 2013 schválena Martinem Holcátem.

Tedy v tomto případě je důležitá kontinuita hodnotového přesvědčení na ministerské pozici. Pád vlády v roce 2013 znamenal riziko zavření okna příležitosti (nacházejícího se v proudu „politics), které bylo odvráceno nástupem politika (úředníka) s podobným hodnotovým přesvědčením, což počítá Zahariadis mezi kritéria toho, aby určitý pohled na věc či idea byli prosazeny (Zahariadis, 2007, s. 71).

8.5 Udržitelnost reformy a manipulační strategie

Hlavním zájmem Marka Ženíška bylo dle jeho slov ukotvit projekt reformy tak, aby překonala časté střídání na ministerských pozicích. To se povedlo jejím navázáním na fondy EU a na Strategickou projektovou kancelář (odpovědi Marka Ženíška zaslané e-mailem, 2019).

Jak se ale podaří zajistit kontinuitu, tak, aby někdo další projekt nezastavil či úplně nezrušil? Zde přicházejí na řadu manipulační techniky. Dle Zahariadise si teorie tří proudů klade dvě otázky: Kdo kým manipuluje a čeho se manipulace týká. Ti, kteří manipulují, jsou v tomto případě promotéři veřejných politik. Snaží se zkreslit politikům podávané informace tak, aby se na samý vrchol agendy dostaly právě jejich politiky (ve smyslu policies). Nástroj manipulace ale nemusí být pouze podávání zkreslených či nepravdivých informací. Může také jít pouze o selektivní výběr těch informací, které jsou vybrány samotnými promotéry k jejich prezentaci politikům (Zahariadis, 2003, s. 19). Novotný ve svém přehledu vybral čtyři manipulační strategie, které mohou být promotéry mimo jiné využívány (Novotný, 2012, s. 46).

Strategie, která dle Bodnára pomohla k tomu, aby reforma byla udržitelná i navzdory měnícím se ministrům, bylo **rámování**. Strategie, kdy promotér, v jehož zájmu je prosazení své politiky, která mění momentální nastavení v daném sektoru, definuje situaci popsanou jako status quo jako ztrátu, které může být ale zabráněno, pokud se momentální stav věci změní. Jde tedy zaprvé o „orámování“ momentální situace jako situace, při níž „ztrácíme“ a o „orámování“ stavu, který přijde po změně, jako stavu, který „ztráty“ vyváží. (Novotný,

2012, s. 47).

Otázka tedy je, jak byla tato strategie využita při prosazování reformy psychiatrické péče. Odpověď je, že pouze částečně. Následující slova uvedl respondent Bodnár i s dovětkem, že přesvědčovací diskuse byla vedena v zásadě v duchu následujícího výroku, i když ne takto doslovně:

„Hele, nedostanem peníze nebo dostanem mnohem méně peněz, když si neřeknem o reformu psychiatrie.“ (Jan Bodnár, 2019)

Tento diskurs tedy podle Bodnára provázel reformu. Financování reformy z Evropských fondů bylo nástrojem, jak zajistit udržitelnost reformy i při změně vlád a ministrů, neboť zastavení reformy by znamenalo zastavení dotací. Zároveň by to znamenalo negativní obraz v médiích, že ten a ten ministr nečerpá peníze, což by dále vedlo ke ztrátě politických bodů daného politika u veřejnosti, která je na zprávy týkající se plýtvání peněz poměrně citlivá a vnímá tyto informace negativně. Zastavení změn je zde tedy „orámováno“ jako ztráta (rozhovor s Janem Bodnárem, 2019).

Druhá manipulační taktika, které bylo využito je tzv. **salámová metoda**. Tato metoda využívá toho, že rozhodování probíhá postupně, tedy celý proces určité politiky není jen o jednom rozhodnutí. Všechno se rozhoduje po jednotlivých krocích. Promotéři chtějí na jednu stranu prosadit své kýmžené řešení, na druhou stranu ale vědí, že tak zásadní řešení nemusí být lehce přijato ostatními aktéry. Pro to je pro ně praktičtější rozkouskovat tento svůj záměr do postupných kroků, s tím, že kalkulují tak, že větší počet menších změn bude přijatelnější pro větší počet aktérů (Novotný, s. 49, 2012).

Tuto techniku demonstroval Bodnár na příkladu center duševního zdraví (CDZ). Ministři se stavěli skepticky k tomu, že by mělo vzniknout až 100 CDZ. V dalším jednání tedy bylo řečeno, že do určitého roku jich vznikne pouze pár, a pak se uvidí, a takto se postupně pokračovalo. To také hrálo roli v prosazování reformy psychiatrie (rozhovor s Janem Bodnárem, 2019).

Závěr

Z analýzy nastolování agendy a úspěšného prosazení reformy psychiatrické péče vyplývají dvě důležité skutečnosti. Za prvé jako klíčová role se jeví role promotérů této politiky, kteří ať už z pozice autority či z pozice poradní ovlivňovali politickou agendu i její tvorbu na Ministerstvu zdravotnictví. Za druhé z mého výzkumu vyplývá, že úspěšné prosazení reformy není důsledkem nastavení polity – tedy institucionálních mechanismů, zvyků a zaběhnutých procesů na ministerstvu, naopak je to výsledek několika náhodných momentů a událostí, které byly efektivně využity promotéry reformy psychiatrie tak, aby byla reforma prosazena a mohla přejít do implementační fáze. Moje práce si nejprve kladla za cíl stručně charakterizovat jednotlivé proudy politiky dle teorie tří proudů, a poté sledovat okna příležitostí, tedy události, které mohly být využity k propojení již zmíněných proudů. V mé analýze jsem našel čtyři události, které zásadním způsobem umožnily prosadit reformu psychiatrie. Jedná se za prvé o otevření možnosti čerpání dotací z evropských fondů právě na tuto politiku, což umožnilo prosazení reformy jako agendy na Ministerstvu zdravotnictví, neboť to byla možnost, jak získat zdroje na provedení této politiky. Nejde zde ale o okno příležitostí v souladu s teorií tří proudů, ač měla tato událost zásadní dopad na prosazování reformy. Dalším důležitým momentem byla výměna náměstků na MZd jako důsledek výměny vlád v roce 2010 a následující nástup Marka Ženíška na pozici 1. náměstka na MZ v roce 2012, ve kterém měla reforma důležitou politickou podporu. Toto okno se otevřelo v proudu politics. Nemašly vliv na prosazení reformy měla osobní zkušenost jednoho z ministerských úředníků na MZd s psychiatrickým onemocněním v rodině a měla za následek zaangażování Martina Hollého, ředitele psychiatrické léčebny v Bohnicích, na MZd. Ten se stal velmi důležitým odborným garantem. Toto okno se otevřelo v proudu problémů. A posledním momentem je samotné schválení reformy ministrem zdravotnictví Martinem Holcátem. Zde je ale podstatný moment výměny vlád v roce 2013, který nakonec neohrozil průběh schvalování reformy, okno příležitostí se nezavřelo a reforma byla úspěšně schválena. Kládl-li jsem si tedy na začátku otázku, co všechno vedlo k tomu, aby byla prosazena reforma psychiatrické péče, jsou to právě tyto momenty a události. K nim ale ještě patří objevení manipulační techniky, jejímž prostřednictvím byla zajištěna udržitelnost reformy i během dalších vlád. Tedy techniky rámování, kdy se navázání financí z EU na reformu ukázalo jako klíčové pro přežití reformy až do dnešních dnů. Tento postup může být inspirací i pro další promotéry, kteří chtějí prosadit kýžená řešení i jiných problémů. Závěrem je třeba říci, že reforma nebyla prosazena na základě zaběhnutých standardů tvorby

a schvalování důležitých politik na MZd. Šlo naopak o souhru mnoha náhod, které byly využity promotéry, kteří se zrovna v tu samou chvíli nacházeli na místě, ze kterého mohli ovlivňovat průběh prosazování a schvalování reformy.

Použitá literatura

1. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. 2001, (104) [cit. 2019-05-04]. ISSN 065-1591. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/7860/8a055c9ced1e1c58dc053f2e2818df7af703.pdf>
2. BODNÁR, Jan. *Systémová stigmatizace psychiatricky nemocných*. Praha, 2009. Diplomová. Univerzita Karlova.
3. CAIRNEY, Paul a Nikolaos ZAHARIADIS. Multiple streams analysis : A flexible metaphor presents an opportunity to operationalize agenda setting processes. In: *Paul Cairney: Politics & Public Policy* [online]. Velká Británie, 2013, 2016 [cit. 2018-12-06]. Dostupné z: <https://paulcairney.files.wordpress.com/2013/10/cairney-zahariadis-multiple-streams-2016.pdf>
4. *Constitution of the world health organisation*. In: Geneva: World Health Organisation, 2006, ročník 45. Dostupné také z: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
5. ČERNÝ, Jakub. Člověk, který zavřel blázince. In: A2 [online]. Praha: A2, kulturní čtrnáctideník, 2017 [cit. 2019-05-04]. Dostupné z: <https://www.advojka.cz/archiv/2017/8/clovek-ktery-zavrel-blazince>
6. DARMOPILOVÁ, Zuzana. *Ekonomické zájmy v oblasti poskytování zdravotní péče jako faktor reformy*. Brno, 2010. Disertace. Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta.
7. DAVID, Ivan. Šílenství útočí. In: *Nová republika* [online]. Praha, 2014 [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: <http://www.novarepublika.cz/2014/10/silenstvi-utoci.html>
8. DLOUHÝ, Martin. *Mental health systems in Central and Eastern Europe*. Prague: Professional Publishing, 2012. ISBN 978-80-7431-110-9.
9. DOBIÁŠOVÁ a kol. The Development of Mental Health Policies in the Czech Republic and Slovak Republic since 1989. De Gruyter [online]. 2016, 36-46 [cit. 2018-12-06]. DOI: 0.1515/cejpp-2016-0022. Dostupné z: <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/cejpp.2016.10.issue-1/cejpp-2016-0022/cejpp-2016-0022.pdf>
10. FLICK, Uwe. *An introduction to qualitative research*. 4th ed. Los Angeles: Sage Publications, c2009. ISBN 978-1-84787-323-1.

11. Green Paper: Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. In: *European comission* [online]. Brusel: European Communities, 2005 [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
12. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402
13. KALVAS, František, Jan VÁNĚ, Martina ŠTÍPKOVÁ a Martin KREIDL. Rámcování a nastolování agendy: Dva paralelní procesy v interakci. *Sociologický časopis* [online]. Praha, 2012, 48(1), 3-37 [cit. 2018-12-07]. Dostupné z: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/99442ea63836874d8cc54a132363c58004f94245_R%C3%A1mcov%C3%A1n%C3%AD%20a%20nastolov%C3%A1n%C3%AD%20agendy.pdf
14. KINGDON, John W. *Agendas, alternatives, and public policies*. 2nd ed. New York: Longman, c2003. Longman classics in political science. ISBN 0-321-12185-6.
15. KŘÍŽOVÁ, Eva. *Zdraví - kultura - společnost*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3937-6.
16. Martin Holly: Psychiatrie je na chvostu společenského zájmu. In: *Česká pozice* [online]. Praha, 2014 [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: http://ceskapozice.lidovky.cz/martin-holly-psychiatrie-je-na-chvostu-spolecenskeho-zajmu-pqu-/tema.aspx?c=A140930_183359_pozice-tema_lube
17. Menatl Health Atlas. In: *World Health Organization* [online]. Geneva: WHO, 2005 [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf?ua=1
18. Mental disorders. In: *World Health Organization* [online]. Geneva: WHO [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/management/en/
19. Mental disorders. In: *World Health Organization* [online]. WHO [cit. 2018-12-07]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/management/en/
20. Mental health: a state of well-being. In: *World Health Organization* [online]. WHO, 2014 [cit. 2018-12-07]. Dostupné z: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
21. Národní ústav duševního zdraví. VP2 Sociální psychiatrie [cit. 2019-07-05] Dostupné na: <http://www.nudz.cz/vyzkumne-programy/vp2-socialni-psychiatrie/profil/>

22. Platforma pro transformaci. Co je cílem Platformy? [cit. 2019-04-05] Dostupné na: www.platformaprotransformaci.cz
23. Platforma pro transformaci. Co je cílem Platformy? [cit. 2019-04-05] Dostupné na: www.platformaprotransformaci.cz
24. POLÁŠEK, Martin, Vilém NOVOTNÝ a Michel PEROTTINO. *Mezi masovou a kartelovou stranou: Možnosti teorie při výkladu vývoje ČSSD a KSČM v letech 2000-2010*. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ (SLON), 2012. ISBN 9788074190940.
25. POTŮČEK, Martin, Veronika RUDOLFOVÁ a Kamila VLČKOVÁ. *Veřejná politika*. V Praze: C.H. Beck, 2016. ISBN 978-80-7400-591-6.
26. RABOCH, Jiří a Barbora WENIGOVÁ. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí): Odborná zpráva z projektu* [online]. 2012 [cit. 2019-04-16]. Dostupné z: https://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf
27. *Sjezd psychiatrické společnosti ČLS JEP: BUDOUCNOST PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V SOUVISLOSTECH* [online]. 10. Brno: Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2014 [cit. 2019-04-16]. ISBN 978-80-263-0702-0. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/images/stories/sborniky/2014-sjezd-cps-sbornik-prispevku.pdf>
28. STAKE, Robert E. *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage Publications, c1995. ISBN 080395767X.
29. STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha, 2013 [cit. 2018-06-28]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf
30. *Strategie reformy psychiatrické péče: Vstupní zpráva*. In: Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zahraničí, 2012. Dostupné také z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/12/vstupni-zprava_srpp_final_7_12_2012.pdf
31. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
32. Ten, kdo zrušil léčebny. Basaglia před 40 lety prosadil reformu italské psychiatrie. In: *Česká televize* [online]. Praha, 2018 [cit. 2019-04-16]. Dostupné z:

- <https://ct24.ceskatelevize.cz/svet/2645309-ten-kdo-zrusil-lecebny-basaglia-pred-40-lety-prosadir-reformu-italske-psychiatrie>
33. TORESINI, Lorenzo a Roberto MEZZINA, ed. *Za zdmi: deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe*. Přeložil Kateřina LINTYMEROVÁ. Praha: Fokus, 2017. Marco Cavallo. ISBN 978–80–902741–0–5.
 34. *USNESENÍ VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY ze dne 30. října 2002 č. 1046*. In: Praha: Vláda ČR, 2012, číslo 1046. Dostupné také z: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/zdravi-21-usneseni.pdf
 35. WHO. Mental disorders. [cit. 2019-08-05] Dostupné na: https://www.who.int/mental_health/management/en/
 36. WINKLER, Petr. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení* [online]. Praha: Psychiatrické centrum, 2013 [cit. 2019-04-16]. ISBN 978-80-87142-21-9. Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf
 37. WINKLER, Petr. *Základní data o duševních onemocnění*, Interní seminář pro zaměstnance NUDZ, 2018. (interní materiál NUDZ)
 38. YIN, Robert K. *Case study research: design and methods*. 2nd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, c1994. Applied social research methods series, Volume 5. ISBN 0-8039-5663-0.
 39. ZAHARIADIS, Nikolaos. *Ambiguity and choice in public policy: political decision making in modern democracies*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, c2003. ISBN 0-87840-135-0.
 40. ZAHARIADIS, Nikolaos. The Multiple Streams Framework. SABATIER, Paul A. *Theories of the policy process*. 2nd ed. Boulder, Colo.: Westview Press, c2007, s. 65-92. ISBN 0813343593.

Teze bakalářské práce

1. Vymezení předmětu zkoumání a strukturace výzkumného tématu

Předmětem mé bakalářské práce bude psychiatrická reforma jakožto součást zdravotní politiky České republiky. Moje práce má za svůj cíl zmapovat průběh tvorby a implementace této reformy od počátku 90. let až do současnosti. Bude mě zajímat, kdo se na reformě podílel, jaká úskalí přinášely změny vlád a jejich složení. A také jaká důležitost se tomuto tématu, tedy stavu psychiatrické péče v České republice, přisuzovala během těchto let. Bude mě dále zajímat, jestli síla akcentace potřeby reformy psychiatrie závisela na složení vlád. Například jestli tato problematika byla vnímána jinak pravicovými vládami než levicovými. Rád bych se zaměřil taktéž na celkovou dynamiku procesu tvorby strategie psychiatrické reformy. Ve své práci bych se měl dále dostat k samotnému procesu implementace, která právě probíhá. Rád bych také zmapoval konkrétní problémy, které s implementací souvisí a určil jejich zárodky v minulosti.

Psychiatrickou reformu považuji za jednu z nejdůležitějších změn v moderní historii ČR a také za napravení počátečního zanedbání této problematiky. Česká republika je jedna z mála zemí EU, která nemá ucelený, státem zaštitěný program podpory duševního zdraví. Tento fakt si můžeme doložit v číslech. V rámci našeho zdravotnictví tvoří výdaje na péči o duševní zdraví pouze 2,91 % z celého balíčku peněz, který je do zdravotnictví dáván, tedy 0,26 % HDP. V ostatních zemích EU je to průměrně 5-10 % z celého zdravotnictví. Průměrně je to tak cca 2 % HDP. Toto je jen ukázka podfinancování psychiatrické péče (Strategie reformy psychiatrické péče, MZ, 2013).

2. Teoretická východiska

Úvod do Policy (Colebatch, 2005)

Teorie tří proudů (Kingdon, 1978)

3. Cíle práce

Prvním cílem práce je popsat a vysvětlit vývoj tvorby a průběh vzniku reformy psychiatrie

Druhým cílem je popsat a zanalyzovat implementaci psychiatrické reformy, a to vše dát do kontextu s dynamikou politického vývoje v ČR. Takto můžeme detekovat implementační deficity a odvodit, jaká skutečnost či rozhodnutí za nimi stojí.

4. Výzkumné otázky a hypotézy

Jak vypadal průběh tvorby reformy psychiatrie a jak se vyvíjely s časem šance na její prosazení?

Jak probíhala a probíhá implementace reformy psychiatrie a jaké implementační deficity se při ní objevují?

Jak souvisí změny politických reprezentací v nejvyšších patrech politiky a jejich politická a ideologická orientace s prací na reformě psychiatrie a jaký vliv má tato skutečnost na její podobu?

5. Metody a prameny

Pro mou analýzu budu využívat archivní dokumenty z ministerstev zdravotnictví a práce a sociálních věcí (sekundární data). Dále budu pracovat s vládními strategiemi, koaličními smlouvami a programovými prohlášeními jednotlivých vlád. Jako základní dokument mi bude sloužit Strategie reformy psychiatrické péče. Jako relevantní data mi budou sloužit výsledky výzkumů Národního ústavu duševního zdraví. Během mé práce bych také rád provedl několik expertních šetření se současnými i s bývalými aktéry, kteří byli součástí různých fází procesu tvorby této politiky.

6. Předpokládaná struktura práce

- 1) Úvod
- 2) Teoretická východiska
- 3) Metody
- 4) Deskriptivní část
- 5) Analytická část
- 6) Závěry

7. Základní literatura k tématu

1. Akční plán péče o duševní zdraví na období 2013–2020. [on-line] [cit. 20-09-2013]

2. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-sto-leti_2461_1101_5.htm
3. DLOUHÝ, Martin (ed.). Mental Health Systems in Central and Eastern Europe. Prague: Professional Publishing, 2012
4. Dostupné z: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf European Commission. Green Paper: Improving the Mental Health of the Population: Towards a Strategy on Mental Health for the European Union. Brussels: Health and Consumer Protection Directorate-General, 2005. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
5. FEAM. FEAM Statement on Mental Health Policy Issues. Praha: Psychiatrické centrum, 2010. The Schizophrenia Commission. The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission. London: Rethink Mental Illness, 2012.
6. HOWLETT, Michael, Anthony PERL a M. RAMESH. *Studying public policy: policy cycles & policy subsystems*. 3rd ed. Don Mills, Ont.: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-0-19-542802-5.
7. KINGDON, John W. *Agendas, alternatives and public policies*. New York: Harper Collins, c1984. ISBN 0-673-39455-7.
8. Knapp, Martin, McDaid, David, Mossialos, Elias, Thornicroft, Graham. Mental Health policy and practise across Europe: The future direction of mental health care. Maidenhead: Open University Press, 2007.
9. Koncepce oboru psychiatrie -1. revize. 2008
10. Koncepce oboru psychiatrie. 2000
11. MAŠKOVÁ, Pavla, Karolína DOBLÁŠOVÁ a Eva TUŠKOVÁ. *ZDRAVOTNICKÉ REFORMY V ČESKÉ REPUBLICE A NA SLOVENSKU PO ROCE 2000*. Praha, 2015. Případové studie. Univerzita Karlova.

12. POTŮČEK, Martin, SCHEFFLER, M. Richard (eds.). *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present*. Prague: Karolinum Press, 2008.
13. STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha, 2013 [cit. 2018-06-28]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf
14. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2012, Praha, ÚZIS ČR, 2013. [on-line] [cit. 20-09-2013] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-ambulantnich-psychiatrickych-zarizeni-roce-2012>
15. WINKLER, Petr (ed.). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013.
16. World Health Organization. *Atlas: Country Profiles on Mental Health Resources 2001*. Geneva: WHO, 2001.
17. World Health Organization. *Atlas: Mental Health Resources in the World 2001*. Geneva: WHO, 2001.
18. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2005*. Geneva: WHO, 2005.
19. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
20. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
21. Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.
22. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.
23. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.
24. *Zpráva o zdraví obyvatel ČR* [online]. In: . 2014 [cit. 2018-06-28].

Seznam příloh

Příloha č. 1: Informovaný souhlas o poskytnutí rozhovoru

Příloha č. 2: Struktura rozhovoru s Janem Bodnárem

Příloha č. 3: Struktura rozhovoru s Ivanem Duškovem

Příloha č. 4: Otázky zaslané Markovi Ženíškovi

Přílohy

Příloha č. 1: Informovaný souhlas o poskytnutí rozhovoru

Souhlas se zpracováním osobních údajů

Dnes jsem poskytl/a rozhovor Filipu Pluhařovi, studentovi oboru Politologie a veřejná politika na FSV UK v rámci výzkumu realizovaném v rámci bakalářské práce na téma vzniku a implementace reformy psychiatrické péče.

Pro tento účel smí být tento rozhovor nahráván a zpracováván a moje jméno bude uvedeno v akademické práci pouze s mým souhlasem. Bez mého souhlasu musí být rozhovor anonymizován.

V případě, že úryvky z tohoto rozhovoru budou součástí publikací nebo veřejných prezentací výsledků výzkumu, smí být uvedeny jen v anonymizované podobě bez mého jména a souvislosti s mojí osobou, pokud neuvedu jinak.

Po ukončení výzkumu a prezentování výsledků v rámci kurzu, tento rozhovor smí být archivován a tím zprostředkován pro účely jiných výzkumů, ale pouze v anonymizované podobě, bez spojení s mým jménem a s mojí osobou, pokud neuvedu jinak

Informovaný souhlas s rozhovorem

Byl/a jsem informován/a, že účelem výzkumu realizovaném Filipem Pluhařem je vznik a implementace reformy psychiatrické péče. Souhlasím s tím, že v práci budou uvedena některá má citlivá data, ale nebude uvedené mé pravé jméno nebo nebudou uvedeny žádné skutečnosti, které by mohly vést k identifikaci mojí osoby, pokud s tím nedám souhlas.

Vím, že mohu rozhovor z jakýchkoliv důvodů přerušit a svůj souhlas s rozhovorem vzít zpět. S těmito podmínkami dobrovolně a bez nátlaku souhlasím.

Datum:

Jméno:

Podpis:

Příloha č. 2: Struktura rozhovoru s Janem Bodnárem

A) Historický kontext

- 1) 2002 – Komise pro implementaci, 2005 – Roads to Implementation – jak důležitý?
- 2) 2006-009 – Julínek – rozpouští komisi pro implementaci – proč?
- 3) 2008-2012 – nic se nedělo – opravdu je to tak?
- 4) Role Leoše Hegera – 2011-2013

B) Agenda setting a začátek tvorby reformy

- 1) Jaká byla vaše role při prosazování agendy reformy na ministerskou úroveň?
- 2) Jak se tato agenda dostala na úroveň ministerstva – role Leoše Hegera, role promotérů této politiky...
- 3) 2012/2013 – MMR – metodika pro tvorbu veřejných strategií – univerzální pro všechny – jak důležité pro to, aby byla strategie provedena (podle níž pak bude reforma i implementována)?
- 4) Jakou váhu dáváte možnosti financování této politiky z fondů EU? Jak se změnil v tomto ohledu postoj politiků? – nechtěla dát ale peníze do komunitní péče

C) Impuls k implementaci

- 1) Role Hollého ředitele Bohnic, osvícených psychiatrů...
- 2) Do orku 2015 – nenastaveno implementační plánování (Tušková)...co se stalo v tom roce? Dle Tuškové došla realizace do mrtvého bodu, a pak se něco stalo...okno příležitostí jak to posunout dál
 - a. změna ve vedení (úroveň náměstků – náměstkyně Ptáčková – asi blokovala tuto představu???)
- 3) Role Petr Winkler, Duškova, Protopopové osoba, která měla co do činění s psychickým onemocněním (kdo??)??

D) Prvky teorie tří proudů

- 1) Indikátory
 - Jaké indikátory byly nejvíce závažné, jaký je vývoj?
 - Jak toto bylo důležité pro politiky, jakou váhu tomu přikládali?
- 2) Události – věci zaměřující pozornost
 - Útoky lidí se schizofrenií – naopak téma, které není populární?
 - Bojí se ho pro to politici řešit?
 - Je nějaká událost, která naopak pomohla tomu, aby se tato problematika dostala na ministerskou agendu?
- 3) Zatížení problémy
 - Platy, financování zdravotnictví, poplatky...není čas problematiku psychiatrie?
 - Děkuje, odcházíme...
 - Byli opravdu politici předtím zatíženi tak, že nemohli řešit psychiatrii?

- 4) Zpětná vazba
 - Jaký vliv měly na prosazení reformy příklady ze zahraničí či autority, které přijeli o jejich vizi přednášet?
 - 5) Nálada ve společnosti
 - část lidí antipsychoiatričtí – protesty lidí...raději mají nemocné v léčebnách, jaký vliv na politiky měla tato nálada ve společnosti?
 - 6) Nátlakové skupiny
 - Jak silné vedli kampaně?
 - Do jaké míry ovlivnili úspěšnou tvorbu a implementaci reformy?
 - Jakou měli roli a o které šlo?
 - 7) Sítě veřejných politik
 - Jací všichni aktéři se podíleli na tvorbě psychiatrické reformy?
 - Jaké sítě tvořili?
 - Jaké ideje například neprošli a proč a čím?
 - Čím naopak nakonec prošli a čím to bylo dáno?
 - technickou proveditelnost a hodnotovou přijatelnost
- E) Manipulační techniky
- 1) Rámování
 - 2) Symboly
 - 3) Hraní na city
 - 4) Salámová metoda

Příloha č.3: Struktura rozhovoru s Ivanem Duškovem

F) Historický kontext

- 5) 2002 – Komise pro implementaci, 2005 – Roads to Implementation – jak důležitý?
- 6) 2006-009 – Julínek – rozpouští komisi pro implementaci – proč?
- 7) 2008-2012 – nic se nedělo – opravdu je to tak?
- 8) Role Leoše Hegera – 2011-2013

G) Agenda setting a začátek tvorby reformy

- 5) Jaká byla vaše role při prosazování agendy reformy na ministerskou úroveň?
- 6) Jak se tato agenda dostala na úroveň ministerstva – role Leoše Hegera, role promotérů této politiky...
- 7) 2012/2013 – MMR – metodika pro tvorbu veřejných strategií – univerzální pro všechny – jak důležité pro to, aby byla strategie provedena (podle níž pak bude reforma i implementována)?
- 8) Jakou váhu dáváte možnosti financování této politiky z fondů EU? Jak se změnil v tomto ohledu postoj politiků? – nechtěla dát ale peníze do komunitní péče

H) Impuls k implementaci

- 4) Role Hollého ředitele Bohnic, osvícených psychiatrů..
- 5) Do orku 2015 – nenastaveno implementační plánování (Tušková)...co se stalo v tom roce?...dle Tuškové došla realizace do mrtvého bodu, a pak se něco stalo....okno příležitostí jak to posunout dál
 - a. změna ve vedení (úroveň náměstků – náměstkyně Ptáčková – asi blokovala tuto představu???)
- 6) Role Petr Winkler, Duškova, Protopopové osoba, která měla co do činění s psychickým onemocněním (kdo??)??

I) Prvky teorie tří proudů

- 8) Indikátory
 - Jaké indikátory byly nejvíce závažné, jaký je vývoj?
 - Jak toto bylo důležité pro politiky, jakou váhu tomu přikládali?
- 9) Události – věci zaměřující pozornost
 - Útoky lidí se schizofrenií – naopak téma, které není populární?
 - Bojí se ho pro to politici řešit?
 - Je nějaká událost, která naopak pomohla tomu, aby se tato problematika dostala na ministerskou agendu?
- 10) Zatížení problémy
 - Platy, financování zdravotnictví, poplatky...není čas problematiku psychiatrie?
 - Děkujeme, odcházíme...
 - Byli opravdu politici předtím zatíženi tak, že nemohli řešit psychiatrii?
- 11) Zpětná vazba

- Jaký vliv měly na prosazení reformy příklady ze zahraničí či autority, které přijeli o jejich vizi přednášet?

12) Nálada ve společnosti

- Část lidí antipsychoiatričtí – protesty lidí...raději mají nemocné v léčebnách, jaký vliv na politiky měla tato nálada ve společnosti?

13) Nátlakové skupiny

- Jak silné vedli kampaně?
- Do jaké míry ovlivnili úspěšnou tvorbu a implementaci reformy?
- Jakou měli roli a o které šlo?

14) Síť veřejných politik

- Jací všichni aktéři se podíleli na tvorbě psychiatrické reformy?
- Jaké sítě tvořili?
- Jaké ideje například neprošli a proč a čím?
- Či naopak nakonec prošli a čím to bylo dáno?
- technickou proveditelnost a hodnotovou přijatelnost

J) Manipulační techniky

5) Rámování

6) Symboly

7) Hraní na city

8) Salámová metoda

- Selhání v implementační fázi! (Jan Bodnár)
- Proč je to teď jinak a implementace neselhává?
- Zdraví 21 – jak důležitá koncepce?
- Nezájem o psychiatrii z politické strany....pod jejich rozlišovací schopností..? opravdu??
- Představitelé konzervativních kruhů??
- 2010 – připravovali jste politiku, ale nevím, jestli jste měli jistotu, že politika bude realizovaná?
- Měli už jste pro to podporu?
- EU-možnost zdrojů – využití prostředků na tuto politiku, ne na jinou, proč ne na jinou politiku, kdo o tom rozhodoval??
- 2 scénáře – EU – peníze jen na deinstitucionalizaci – motivace pro politiky – lehce prosaditelné
- - přehled aktérů??

Nenapadlo někoho ulít peníze z EU někam jinam?

Příloha č. 4: Otázky zaslané Markovi Ženíškovi

A) Agenda setting a začátek tvorby reformy

- 1) Jaká byla vaše role při prosazování agendy reformy na ministerstvu zdravotnictví?
- 2) Jak se tato agenda dostala na úroveň ministerstva – role Leoše Hegera – jakým způsobem se ministr Heger k reformě stavěl?
- 3) 2012/2013 – MMR – metodika pro tvorbu veřejných strategií – univerzální pro všechny – jak důležité pro to, aby byla strategie provedena (podle níž pak bude reforma i implementována)?
- 4) Jakou váhu dáváte možnosti financování této politiky z fondů EU? Jak se změnil v tomto ohledu postoj politiků?
- 5) Jak šlo v časové ose získávání peněz z fondů EU? Předpokládaná varianta – obhajoba problematiky u EK, pak na regionální úrovni, a pak na MMR, popřípadě na MZ...
- 6) Jak bylo těžké zabránit tomu, aby se peníze určené na reformu nedostali někam jinam a nebyly využity pro jiné účely?
- 7) Role Kanceláře pro tvorbu strategií – Duškov – tvrdí, že měli zpočátku řešit více témat, nakonec byli z mnoha témat vytlačeni a zůstala jim jen Strategie reformy psychiatrické péče... vnímáte to jako přínos pro reformu a proč?
- 8) Promotéři politik tvrdí – dva ideové proudy konzervativci a reformisté – jak se tyto skupiny mobilizovali a jaké tlaky vyvíjeli na MZ, jestli jste je pocíťoval?
- 9) Jak bylo vnímáno téma psychiatrie ve vašem okolí, tzn. Leošem Hegerem, popř. vašimi kolegy s TOP 09, popřípadě vašimi tehdejšími koaličními partnery (ODS, VV)?
- 10) Jaké sítě vně politiky uměly nejlépe artikulovat a prosazovat svoje myšlenky?
- 11) Jak jste reformu obhajoval před ministrem zdravotnictví a jak to bylo pro vás náročné?
- 12) Pokud by byl na vaší pozici někdo jiný, ne příliš nakloněný reformě, měla by reforma šanci?
- 13) Jaká byla vaše vnitřní motivace věnovat se mimo jiné této problematice?
- 14) Role Petr Winkler, Duškova, Protopopové, Martina Hollého

B) Prvky teorie tří proudů

1) Indikátory

- Jaké indikátory byly nejvíce závažné, jaké vás přesvědčily o tom, že reforma je třeba?
- Jak toto bylo důležité pro politiky, jakou váhu tomu přikládali?

2) Události – věci zaměřující pozornost

- Útoky lidí se schizofrenií – naopak téma, které není populární, jak ovlivnilo prosazování reformy?
- Je nějaká událost, která pomohla tomu, aby se tato problematika dostala na ministerskou agendu?

3) Zatížení problémy

- Platy, financování zdravotnictví, poplatky...není čas řešit problematiku psychiatrie nebo není zájem??
- Byli opravdu politici předtím zatíženi tak, že nemohli řešit psychiatrii?

4) Zpětná vazba

- Jaký vliv měly na prosazení reformy příklady ze zahraničí či authority, které přijeli o jejich vizi přednášet?

5) Nálada ve společnosti

- Část lidí antipsychiatričtí – protesty lidí...raději mají nemocné v léčebnách, jaký vliv na politiku měla tato nálada ve společnosti?

6) Nátlakové skupiny

- Jak silné vedli kampaně?
- Do jaké míry ovlivnili úspěšnou tvorbu a implementaci reformy?
- Jakou měli roli a o které šlo?

7) Síť veřejných politik

- Jací všichni aktéři se podíleli na tvorbě psychiatrické reformy?
- Jaké síť tvořili?
- Jaké ideje například neprošli a proč a cí?
- Čí naopak nakonec prošli a čím to bylo dáno?

C) Manipulační techniky – které manipulační techniky, pokud vůbec jste využil při prosazování reformy a jak?

- 1) Rámování – zarámovat trvání statusu quo jako ztrátu s tím, že odchýlení od tohoto statusu znamená vyhnout se ztrátě
- 2) Symboly – slova, která mají nějaké velké citové zabarvení
- 3) Hraní na city – argumentovat situacemi a příběhy, které vyvolávají velké emoce
- 4) Salámová metoda – postupovat postupně tak, aby změny nepřišly moc rychle, docílit svých zájmů pomalými kroky, postupně.