

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Diplomová práce

2022

Marek Stodola

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Problematika nedostupnosti psychiatrické péče o děti
v České republice**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Marek Stodola

Studijní program: Veřejná a sociální politika

Vedoucí práce: Mgr. Ing. Olga Angelovská, Ph.D.

Rok obhajoby: 2022

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 Poličce dne 29.4.2022

Marek Stodola

Bibliografický záznam

STODOLA, Marek. *Problematika nedostupnosti psychiatrické péče o děti v České republice*. Praha, 2022. 119 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut Sociologických studií, katedra Veřejné a sociální politiky. Vedoucí práce Mgr. Ing. Olga Angelovská, Ph.D.

Rozsah práce: 235 707 znaků včetně mezer/130 normostran

Anotace

Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku nedostatečnosti psychiatrické péče o děti v ČR. I přes rostoucí veřejněpolitický zájem o stav duševního zdraví dětí se tato oblast péče potýká se značnými strukturálními problémy (zejména nedostatečné personální kapacity, nízká kvalita a nedostupnost péče), které se stále prohlubují. Tyto trendy ohrožují celý systém dětské psychiatrické péče a jejich přetrvávání nese riziko negativních makrospolečenských dopadů. I přes tento velmi negativní trend stále neexistuje ucelená veřejněpolitická koncepce, která by adresně, systematicky a koncepčně problémy dětské psychiatrie řešila. Cílem práce je nejdříve zmapovat a hloubkově popsat jednotlivé problémy dětské psychiatrie a následně pomocí veřejněpolitické teorie tří proudů (Multiple Streams Framework – MSF) rozšířenou o koncept aktérů veřejné politiky vysvětlit, co bránilo procesu nastolení agendy v oblasti dětské psychiatrie. V rámci práce bude využit kvalitativní design orientovaný především na sběr primárních dat v podobě expertních rozhovorů, která budou doplněna o studium veřejněpolitických dokumentů. Práce bude mapovat zejména období od roku 2013, kdy vznikl první koncepční dokument Strategie reformy psychiatrické péče 2013, ve které byla poprvé explicitně zachycena snaha psychiatrickou péči reformovat. Dětská psychiatrie se ale coby agenda začal výrazněji prosazovat až po roce 2017, a to díky souběžnému působení různých vlivů, které odhalovaly či otevíraly okna příležitostí (pandemická situace, politické uspořádání...). V současné době ale tyto vlivy způsobují postupný opačný efekt, který ohrožuje existenci oken příležitostí a zpomalují proces nastolení agendy.

Annotation

This diploma thesis deals with the issue of inaccessibility of child mental health services in the Czech Republic. Despite the growth of public interest in child mental health the child mental health services face significant structural problems, such as a lack of medical staff, low quality and inaccessibility. On top of that, these problems are getting constantly worse and potentially endanger the entire system of child mental health services with immense negative impact on society. Despite these trends, there is no coherent and systematic policy precisely dealing with the problems in child mental health care in the Czech Republic. The aim of the thesis is to describe particular problems of child mental health services in depth and then explain what caused fact the agenda has not been set yet. Kingdon's Multiple Streams Framework (MSF), together with the concept of public policy actors were applied. The thesis is based on the qualitative research design using the semi-structured expert interviews complemented with the public policy documents study. The thesis focuses on the period beginning with the passing the Strategy of Mental Health Care Reform in 2013 where the first effort to reform mental health care services was established in an explicit and systematic way. However, the agenda focusing on child mental health got wider public attention later, especially after 2017 due to coincidence, such as the pandemic crisis, governmental arrangements etc., that helped the windows of opportunity to be opened and revealed by policy entrepreneurs. However, these days (spring 2022) the similar influences and new unpredictable problems made the agenda to stagnate again, and the process has not been ended successfully.

Klíčová slova

Děti, duševní zdraví, dostupnost, pedopsychiatrie, psychiatrická péče, nastolování agendy
proces tvorby politik, teorie tří proudů (MSF), veřejněpolitictí aktéři, veřejná politika

Keywords

Children, Mental Health, Accessibility, Pedopsychiatry, Mental Health Services, Public Policy,
Agenda Setting, Public Policy Process, Multiple Streams Framework (MSF), Public Policy
Actors

Title

The Problem of Inaccessibility of the Child Mental Health Services in the Czech Republic

Poděkování

Chtěl bych zejména poděkovat své vedoucí práce, paní doktorce Olze Angelovské, za cennou zpětnou vazbu, ochotu konzultovat a poskytovat mi důležité materiály, kontakty a další cenné rady. Můj velký dík patří všem účastníkům výzkumu, kteří byli ochotni udělat si na mě čas, kterého sami neměli na rozdávání. Jmenovitě děkuji p. doktorce Uhlíkové, p. doktorce Veškrnové, p. magistře Flemrové, p. magistře Laurenčíkové, p. doktoru Havelkovi, p. doktoru Hollému, p. náměstkovi Duškovi, p. Plecháčkovi a ochotné úřednici z Ministerstva zdravotnictví za cenné informace, kontakty a materiály, bez kterých by práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě děkuji Zlatě za jazykovou korekturu a své rodině za trpělivost a podporu.

Obsah

Úvod	3
1 Výzkumné cíle a otázky	4
2 Duševní zdraví a duševní onemocnění	6
2.1 Duševní zdraví jako agenda veřejné politiky	7
2.1.1 Mezinárodní veřejněpolitické dokumenty	8
2.1.2 České veřejněpolitické dokumenty	9
3 Děti jako specifická cílová skupiny	12
4 Dětská psychiatrie a její organizace v ČR	15
4.1 Psychiatrické ambulance pro děti a dorost = dlouhodobý pomocník	15
4.2 Dětská lůžková psychiatrická péče = hasič požárů	17
4.3 Komunitní péče o děti = péče budoucnosti	18
5 Teoretická východiska	21
5.1 Dostupnost zdravotní péče jako teoretický rámec	21
5.1.1 Problematika měření dostupnosti péče	22
5.1.2 Model pěti dimenzí dostupnosti	23
5.1.3 Vzažení rámce k problému dětské psychiatrie	24
5.2 Teorie tří proudů	26
5.3 Aktéři ve veřejné politice	37
6 Metodologie zkoumání problému nedostatečnosti v dětské psychiatrii v ČR	41
6.1 Základní metodologická rozhodnutí	41
6.2 Metody sběru dat a podoba dat	42
6.3 Analýza získaných dat	46
6.4 Limity výzkumu	48
7 Analýza aktérů	49
8 Problém nedostupnosti psychiatrické péče o děti: identifikace hlavních problémů	52
8.1 Stav duševního zdraví dětí	53
8.2 Problémy dětské psychiatrie v poskytování psychiatrické péče	54
8.2.1 Finanční situace aneb „nejsou peníze“	55
8.2.2 Personální situace aneb „nejsou lidi“	57
8.2.3 Problémy v jednotlivých složkách péče aneb „bude hůř“	58
8.2.4 Konkurence mezi složkami péče aneb „kdo má prioritu“	64
8.3 Vzdělávání personálu jako mechanismus změny	67
8.4 Shrnutí	69
9 Problematika nedostatečnosti psychiatrické péče o děti optikou teorie tří proudů	70

9.1 Vývoj třech proudů v procesu nastolování agendy	70
9.1.1 Proud problémů	71
9.1.2 Proud veřejných politik	75
9.1.3 Proud politics.....	79
9.2 Dynamika agendy dětského duševního zdraví a psychiatrické péče	82
9.2.1 (Ne)připravenost proudů: období vakua do roku 2017	82
9.2.2 Krize jako příležitost: okno příležitostí a role promotérů	83
9.2.3 Příležitost jako krize: křehkost okna příležitostí	85
Diskuse výsledků.....	86
Závěr.....	94
Summary	98
Zdroje	99
Seznam použitých zkratk.....	107
Seznam příloh.....	108
Příloha č. 1: Příklad scénářů rozhovorů.....	108
Příloha č. 2: Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem	109
Příloha č. 3: Příklad kódování	110
Příloha č. 4: Ukázka kategorií, konceptů a kódů.....	111
Teze diplomové práce	112

Úvod

„Svět si stále více začíná uvědomovat potenciál, který je skryt v aktivním řešení problémů spojených s duševním zdravím“ (Jong-wook 2003: 3).

Tento citát bývalého generálního ředitele Světové zdravotnické organizace velmi dobře popisuje měnící se pohled na problematiku duševního zdraví. Tato dříve opomíjená a stigmatem zatížená oblast se v důsledku měnící se společnosti postupně stává tématem stále více diskutovaným v celém společenském diskursu. Stav duševního zdraví jedinců se dynamicky mění s tím, jak se vyvíjí naše společnost a jaké nové výzvy nám přináší do všech fází našeho života. To, v jakém stavu naše duševní zdraví je, se podepisuje na tom, jak prožíváme každodenní realitu. Současně ovlivňuje běžné společenské aktivit a procesy, které podmiňují přirozený vývoj společnosti. Duševní zdraví se tak stává významným ukazatelem pro hodnocení celkové úrovně života světové populace a potřeba zlepšovat jeho kvalitu se stává celospolečenskou i veřejněpolitickou hodnotou na všech úrovních vládnutí (Votruba et al. 2020: 3).

I přes tento značný progres ve vnímání důležitosti stavu duševního zdraví OECD poukazuje na fakt, že v mnoha zemích je systém péče o duševní zdraví velmi neefektivní a selhává především v oblasti dostupnosti a financování (OECD 2021).

V této práci se zaměřím na to, co tíží zejména dětskou psychiatrickou péči (DPP) o duševní zdraví dětí v České republice. Děti a dospívající jsou velmi rozsáhlou rizikovou skupinou, která se stále více potýká s problémy duševního zdraví. Pokud neproběhne včasná intervence, roste riziko negativních dopadů na well-being dětí i v jejich dalších životních drahách s významnými dopady na fungování společnosti jako celku. Tím roste čím dál větší potřebnost kvalitního systému dětské psychiatrické péče, která je v Česku silně nedostatečná s řadou vážných problémů a rezerv (Stagman et al. 2010: 3).

Tuto práci budu koncipovat jako vhled do prostředí péče o dětské duševní zdraví v ČR. Budu vymezovat základní koncepty týkající se této oblasti, tzn. děti jako cílová skupina, organizace psychiatrické péče a další relevantní koncepty. Zaměřím se i na hloubkové problémy nedostatečnosti psychiatrické péče o děti v ČR z pohledu konceptu dostupnosti péče. Současně se budu zaměřovat i na veřejněpolitickou stránku problému, neboť, i přes vážné a prohlubující se problémy dětského duševního zdraví a péče o něj, neexistuje žádná systematická a adresná veřejná politika řešící tuto oblast. Budu tedy identifikovat hlavní příčiny, proč dosud tato politika či koncepce nebyla vytvořena.

1 Výzkumné cíle a otázky

Tato práce je postavena na základní premise: problém – tedy nedostatečnost v DPP – zde objektivně existuje, nicméně stále neexistuje systematický přístup k jeho řešení. Tento fakt poměrně trefně dokládá vyjádření K. Hoagwoodové k problémům v dostupnosti DPP: „*Víme, co dělat, ale nevíme, jak toho dosáhnout*“ (Hoagwood in Kelleher et al. 2009: 8).

Jaké jsou tedy cíle práce? Pro práci jsem vytyčil dva dílčí výzkumné cíle, které jsou vzájemně propojené. První cíl je deskriptivního charakteru, neboť chci **identifikovat hlavní problémy**, se kterými se dětská psychiatrie potýká, jejich vzájemný vztah a příčiny. K tomu budu využívat teoreticko-hodnotový koncept dostupnosti zdravotní péče. Druhým cílem je **identifikovat příčiny, které brání v řešení problému dostupnosti DPP**. Tento cíl je deskriptivně explanační, neboť budu identifikovat a popisovat vztahy a problémy nedostupnosti DPP (deskripce) a zároveň se budu snažit tomuto problému porozumět a „*stanovit jeho příčiny*“ (explanace) (Veselý in Nekola et al. 2011: 26-28; Miller et al. 2008: 35). Budu se zaměřovat na role zúčastněných aktérů v rámci tohoto procesu, na události, bariéry a interakce, které mi pomohou vysvětlit, proč dochází k brždění nastolení agendy. K tomu mi poslouží dva teoretické rámce – aktéři veřejné politiky (Colebatch 2005, Howlett et al. 2009) a Kingdonova teorie tří proudů (Multiple Streams Framework – dále MSF) (Kingdon 1984, dále Zahariadis 2003, Herweg et al. 2017).

Výzkumné otázky:

Výzkumné cíle jsou následně strukturovány do výzkumných otázek, které na cíle navazují a rozpracovávají je. Pro práci jsou stanoveny dvě hlavní otázky obecnějšího charakteru. První se týká identifikací problémů:

- Jaké jsou hlavní problémy péče o dětské duševní zdraví v ČR?

Tato první otázka je následně rozšířena o vedlejší otázky, které se detailněji zaměřují na možné souvislosti a vztahy mezi problémy. Zní následovně:

- Jaké vzájemné vztahy existují mezi jednotlivými problémy?
- Jaké jsou hloubkové příčiny existence problémů?

Druhá výzkumná otázka se již zaměřuje na fakt, že agenda doposud nebyla nastolena. Ve své obecnější podobě zní následovně:

- Jaké jsou příčiny (události, interakce...) toho, že problém není systematicky řešen, tedy proč nebyla do současnosti (do jara 2022) nastolena agenda?

Jelikož bude práce vycházet z teoretických rámců aktérů veřejné politiky a MSF, která bude relevantní zejména pro druhou otázku, rozpracovávám ji do otázek vedlejších, které budou vycházet ze základních konceptů stanovených východisek.¹

Teorie MSF

- Jak se ve sledovaném období vyvíjely jednotlivé proudy, respektive jejich klíčové prvky?
 - *Proud problémů* = indikátory, kritické události, zpětné vazby
 - *Proud politics* = nálada ve společnosti, změna administrativy, kampaně nátlakových skupin
 - *Proud veřejných politik* = finanční, technická a hodnotová průchodnost
- Jak vývoj v proudech ovlivňoval proces nastolování agendy?
- Ve kterých proudech se otevírala okna příležitostí? Co způsobovalo možné otevírání či i zavírání oken?
- Jací aktéři vstupovali do procesu nastolování agendy (problem brokers, promotéři veřejných politik, političtí promotéři...)? Jak se jejich role promítala do procesu nastolování agendy?

¹ Zde budu rámec aktérů spojovat s teorií třech proudů, neboť aspekt aktérů je v této teorii obsažen

2 Duševní zdraví a duševní onemocnění

Duševní zdraví

Duševní zdraví (dále DZ) patří, společně se zdravím fyzickým či sociálním, mezi základní předpoklady naší existence a kvality našeho života. Tyto složky jsou na sebe navzájem úzce napojeny a jejich vzájemná synergie ovlivňuje to, do jaké míry jsou jedinci schopni aktivně a plnohodnotně participovat na společenském životě (Abdullah 2017: 1). Dle Winklera (2020) je DZ škálou stavů, která na jednom vrcholu představuje potenciál absolutního naplnění, na vrcholu opačném naopak stav, při kterém jedinec téměř nedokáže ani základně naplňovat své primární potřeby (Winkler et al. 2020: 11). Rovněž Abdullah (2017) popisuje duševní zdraví jakožto „*multidimenzionální konstrukt*“ ovlivňující vše, „*co člověk dělá*“ (Abdullah 2017: 2).

Základní definici pojmu DZ představila Světová zdravotnická organizace (WHO) v klíčové zprávě *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* z roku 2004. Duševní zdraví je v ní definováno jako „*stav, ve kterém si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vypořádat s běžnými stresory každodenního života, může efektivně pracovat a celkově je přínosem pro svou komunitu*“ (WHO 2004: 12). Tato definice je považována za průlomovou právě v tom, že změnila přístup k DZ, které bylo dříve redukováno pouze jako binární stav přítomnosti/nepřítomnosti nemoci. WHO si stanovením této definice kladla za cíl zdůraznit, že DZ nelze oddělit od tělesné a behaviorální stránky zdraví. Onen důraz na přínos jedince pro komunitu také jasně dokazuje, že DZ není hodnotou čistě soukromou, ale i celospolečenskou a veřejnou, neboť ovlivňuje existenci a fungování společnosti jako takové (WHO 2004: 21). I přes nesporný posun ve vnímání duševního zdraví je definice WHO mnohdy považována za příliš plytkou, statickou a plnou nejednoznačných pojmů, což vedlo ke sporům o definici DZ a častým reformulacím, které rozšiřovaly definici WHO např. o „*schopnost souladu s hodnotami společnosti*“ (Heinz et al. 2015: 232).

Nehledě na to, k jaké definici DZ se přikloníme, je nepochybné, že jde o komplexní a klíčový indikátor, který se týká všech jedinců tvořících komunitu, bez ohledu na věk, pohlaví či sociálně-ekonomický status. Dle jedné z autorek klíčové zprávy WHO je třeba věnovat se nejen těm, kteří trpí duševní chorobou, ale i „*těm, kterým je dobře*“ (Le Galcs-Camus in WHO 2004: 4). I Winkler (2020) zdůrazňuje, že je potřeba se v oblasti duševního zdraví zaměřovat ne „*pouze na léčení duševních onemocnění, ale také na jejich prevenci a na rozvoj duševního zdraví obecně*“ (Winkler et al. 2020: 11).

Duševní onemocnění

Stejně jak můžeme dělit zdraví na fyzické, duševní a sociální, tak obdobně pohlížíme i na koncept onemocnění či nemoci, jakožto odchýlení se od ideálního stavu zdraví. Pokud uvažujeme o duševním zdraví jakožto o škále, je duševní onemocnění stavem vychýlení na oné škále do bodu, ve kterém jedinec stráví určitou dobu, po kterou zažívá stavy charakteristické pro konkrétní duševní onemocnění. Tyto stavy omezují jedince, aby plně využíval své schopnosti pro svůj i společenský rozvoj (Winkler 2020: 11).

Duševní onemocnění nejčastěji vzniká v důsledku vystavení jedince nejrozličnějším stresorům, které ho mohou oslabit a vychýlit stav rovnováhy. Stresory mohou mít vnitřní (genetické dispozice, či náchylnost k duševní poruše) i vnější příčiny (patologické rodinné zázemí, tlak na výkon, vliv nečekané tíživé události). Pokud je stresor natolik silný, či dostatečně nefungují ochranné mechanismy chránící DZ, dochází k rozvoji duševního onemocnění, které se projeví různými způsoby a v různých oblastech (Funk et al. 2005: 7). Duševní onemocnění tedy vyžaduje svůj specifický přístup k jeho odhalování, klasifikaci a měření, než nemoci tělesné, neboť jednotlivé mechanismy diagnostiky a léčby jsou diametrálně odlišné. Duševní onemocnění jsou tedy již explicitně formulovány, systematicky klasifikovány a měřeny pomocí různých metodik a nástrojů² (Winkler et al. 2020)

2.1 Duševní zdraví jako agenda veřejné politiky

Výskyt duševních poruch není nikterak výjimečný, neboť tento problém se netýká pouze „vybrané“ skupiny obyvatel, nýbrž celé populace. Prevalence duševních chorob se naopak zvyšuje a zasahuje stále širší spektrum populace. DZ se tedy postupně stává významnou veřejněpolitickou agendou téměř všech dílčích veřejných politik. (WHO 2004: 13-14). Ty ve vzájemné synergické spolupráci mají budovat dostatečně široké a propojené struktury mechanismů ve snaze chránit DZ. Tyto struktury musí být správně řízeny, musejí být udržitelné, dostatečně financované, a hlavně robustní, aby dokázaly pojmut dynamickou povahu duševních nemocí, které se v populaci objevují. Z toho důvodu je nutné, aby se péčí o duševní zdraví zabývali vrcholní tvůrci politiky ve spolupráci s dalšími legitimními aktéry napříč společenského spektra a aby pomocí nástrojů veřejné politiky mohli k tomuto cíli dojít (Buffoli 2013: et al. 411-412).

² Například americká klasifikace Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), či evropská klasifikace International Classification of Diseases, využívaná i v ČR jako Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)

K plnění této povinnosti se, kromě roku 2004 politici zavázali např. v roce 2015, ve kterém došlo na úrovni OSN k explicitnímu uznání zátěže duševních chorob, které představují výzvy pro udržitelný rozvoj společnosti. DZ se stalo prioritou „*globálního rozvoje pro dalších 15 let*“ a bylo zařazeno mezi 17 cílů udržitelného rozvoje OSN (Thornicroft et al. 2016: 1; WHO 2017).

Průběžně tedy začaly vznikat dokumenty, které explicitně zachycují snahu, vize a strategie jednotlivých veřejných politik v oblasti péče o DZ, čímž se tvůrci politik zavazují k jasně daným cílům a záměrům, kterých chtějí dosáhnout. Hlavními cíli je pomocí dostupných zdrojů a nástrojů odstranit deficity poskytovaných služeb a vybudovat stabilní a dostupný systém péče o DZ napříč veřejnými politikami. Jde o řadu koncepcí, zpráv, strategií, akčních plánů a deklarací, které se snaží na různých úrovních zakotvit péči o duševní zdraví do cílů rozvoje jednotlivých států či regionů, ale i analýz a evaluací, které vyhodnocují naplňování těchto deklarací a jejich efektivitu. Jsou vytvářeny jak na úrovni mezinárodních organizací a institucí (EU, WHO), tak i na úrovních států a menších územních celků.

2.1.1 Mezinárodní veřejněpolitické dokumenty

Od doby, co se změnil globální pohled na duševní zdraví a potřeba chránit ho se stávala součástí veřejných politik, vznikla řada veřejněpolitických dokumentů na mezinárodní úrovni, které představovaly obecné vize a cíle v oblasti duševního zdraví. Prvním dokumentem byla **Evropská deklarace psychického zdraví (2005)**. Tato deklarace iniciovaná WHO apeluje na jednotlivé státy, aby přijaly ochranu duševního zdraví jako součást veřejných politik. Státy by tak měly věnovat pozornost systematickému zlepšování duševního stavu populace a hledat „*cesty a prostředky vývoje, implementace a posílení politiky duševního zdraví*“ (Evropská deklarace psychického zdraví 2005: 3).

V reakci na Evropskou deklaraci vznikl v tom samém roce dokument Evropské komise **Zelená kniha: Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva (2005)**. Tento dokument již explicitně stanovuje společné úsilí a spolupráci všech členských států EU k podpoře DZ svých občanů a započít širokou mezinárodní diskusi o problematice DZ. Stanovuje spíše obecné rámce a závazky bez konkrétních systematických kroků. V ohledu na podporu dětského DZ je tento dokument velmi vágní, neboť této cílové skupině nevěnuje v podstatě pozornost, pouze ji zmiňuje jako „*investici do budoucna*“, nicméně nestanovuje žádné bližší kroky a cíle (Zelená kniha 2005: 8).

Na mezinárodní úrovni vznikl i **Komplexní akční plán pro duševní zdraví 2013–2030**³. Jde se o aktualizovaný a prodloužený Evropský akční plán pro duševní zdraví 2013–2020. Na rozdíl od předešlých, spíše rámcových a obecných, dokumentů, již tento dokument stanovuje bližší a konkrétnější cíle, závazky a vize a současně i doporučení, jak těchto cílů dosáhnout (např. budování komunitních služeb). Tento plán přesněji diferencuje jednotlivé cílové skupiny, kdy děti jsou v něm označeny za „*vulnerabilní skupinu*“ (Comprehensive Mental Health Action Plan 2013: 2), na kterou by měla podpora DZ adresně cílit a respektovat její specifika. I přes tento posun zde žádnou konkrétní koncepci nenajdeme.

2.1.2 České veřejněpolitické dokumenty

Česká republika se rovněž přidala ke společnému závazku systematicky chránit a podporovat DZ. Nejdříve vznikaly koncepce tvořené zejména odbornými asociacemi s prvními návrhy na změny v systému péče o duševní zdraví, nicméně bez širšího mezíresortního zapojení se zástupci úřednického aparátu a tvůrců politik.⁴ V těchto odborných dokumentech se vůbec poprvé na národní úrovni začalo hovořit o deinstitucionalizaci a modernizace péče, která směřuje k zakládání komunitních služeb.

Prvním dokumentem, ve kterém byl „*poprvé shrnutý i vládou vytyčený cíl reformy psychiatrické péče*“, se stala **Strategie reformy psychiatrické péče 2013** (dále jako Strategie, popř. jako SRPP) s účinností do roku 2023 (rozhovor s Š. Plecháčkem). Strategie vznikla ve spolupráci odborných i politických aktérů a má být ze své podstaty „*zastřešující dokument pro směřování veřejných politik*“ v oblasti duševního zdraví, který spojuje jednotlivé relevantní resorty i odbornou veřejnost ve snaze poskytnout středně až dlouhodobý plán pro systematickou podporu péče o duševní zdraví (Strategie reformy psychiatrické péče 2013: 11). Tato strategie si vyčlenila následující strategické cíle (ibid):

1. Systematicky změnit organizaci psychiatrické péče tak, aby byla co nejkvalitnější a efektivní
2. Snížit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně
3. Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí
4. Efektivně a rychle diagnostikovat přítomnost duševní choroby

³ Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030

⁴ Např. Koncept psychiatrie (2002), Národní psychiatrický program (2007)

5. Zlepšit začleňování jedinců s duševní poruchou do běžného života
6. Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
7. Humanizovat psychiatrickou péči.

Snahou této Strategie je směřovat péči o duševní zdraví směrem k moderním službám, které poskytnou efektivní a dostatečnou péči, a to zejména v přirozeném prostředí pacienta. Tím se sníží stigma a další negativní dopady duševní choroby alepší se efektivita péče jako celku, což má přispívat ke globálnímu zlepšování duševního zdraví populace (ibid: 30).

V oblasti dětského DZ Strategie blíže reflektuje mezery a problémy v péči o dětské DZ v ČR a lépe rozlišuje mezi jednotlivými skupinami než dokumenty mezinárodní. I přes to není podpora dětského DZ dostatečná, neboť i dle jednoho z tvůrců Strategie Ivana Duškova je prioritně utvářena pro cílovou skupinu vážně duševně nemocných dospělých, a až následně se zaměřením na děti (rozhovor s I. Duškovem). Tato skutečnost je viditelná třeba na teprve se rozvíjejících pilotních projektech komunitních služeb o děti, rovněž také v úhradách a financování, ve kterém jsou značné rezervy a nesrovnalosti. Strategie dále dostatečně neřeší nutnou úpravu vzdělávání a odborné přípravy dětských psychiatrů a klinických psychologů v péči o děti. Dle dvou na sobě nezávislých evaluačních analýz je velkou rezervou ve Strategii nedostatečná propojenost zdravotních a sociálních složek, které jsou zejména pro dětské komunitní týmy stěžejní (zdroj viz. poznámka pod čarou)⁵. Navíc dle mnohých je reforma psychiatrické péče pozadu, než bylo plánováno, neboť dle Plecháčka se začala reálně v praxi provádět až v roce 2018 s příchodem evropských fondů (Š. Plecháček; I. Duškov).

Jelikož je Strategie reformy psychiatrické péče dokumentem poměrně obecným, navíc s platností pouze do roku 2023, byl vypracován **Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030** (dále **NAPDZ**), jehož snahou je odstranit „*zjevné implementační deficit*“ Strategie reformy (NAPDZ 2020: 9). Tento plán má detailněji rozpracovat a jasně vymezit cíle, nástroje a metody hodnocení implementace daných opatření, a to na menší úrovni obecnosti, než tomu bylo v rámci Strategie. Za klíčové je jasné stanovování finančních nároků na dosažení těchto cílů a stanovení indikátorů měření (Veselý et al. 2007: 53-54).

Podle Ivana Duškova znamenalo vytvoření NAPDZ velký posun v oblasti péče o dětské duševní zdraví, neboť byl stanoven specifický cíl „*Zajistit podporu dětského duševního zdraví ve vzdělávacím systému*“, který byl následně rozpracován do dílčích podcílů. Ty se zaměřují především na prevenci duševních rizik u dětí ve spolupráci se vzdělávacím systémem (edukace

⁵ Analýza vlivu reformy psychiatrické péče na oblast sociálních služeb v ČR 2015, SWOT analýza a hodnocení Reformy péče o duševní zdraví z pohledu poskytovatelů a uživatelů služeb (2021)

dětí, pedagogů, rozvoj poradenských pracovišť, edukační programy...) (Ivan Duškov; NAPDZ 2020: 37-39). I v tomto dokumentu však existují rezervy, neboť stále nejde o koncepci cílenou pouze na děti. Chybí zde například podpora vzdělávání pedopsychiatrů ve smyslu zvyšování atraktivity oboru (rozhovor s úřednicí MZ).

Shrnutí:

V této kapitole byly představeny vybrané veřejněpolitické dokumenty, které podávají více či méně detailní a ucelené cíle, vize a záměry v oblasti duševního zdraví. Dosud nejpropracovanějším dokumentem je Národní akční plán pro duševní zdraví, který stanovuje cíle a způsoby k jejich dosažení. Vzhledem k tématu této práce se však vracíme k jádru problému, neboť ani dosavadně existující politiky nedokázaly zatím dostatečně adresně a efektivně řešit problémy v dětské psychiatrické péči, ve které poskytovatelé služeb neustále narážejí na bariéry plynoucí z této koncepční neukotvenosti. Dle mého názoru si agenda dětského duševního zdraví dosud nenašla cestu, jak se stát dostatečně palčivou pro tvůrce politiky, kteří by vytvořili ucelenou koncepci mířící adresně na zlepšování kvality a dostupnosti psychiatrické péče o děti. Přitom, jak bude představeno v další kapitole, děti hrají klíčovou roli pro budoucí vývoj naší civilizace a fungování společnosti.

3 Děti jako specifická cílová skupiny

Velmi dobře známý výrok „*děti jsou naše budoucnost*“ je více než legitimní, neboť děti představují novou nadcházející generaci, která bude svými aktivitami zodpovědná za to, jak bude naše společnost fungovat, na jakých hodnotách bude postavena, a jak bude prosperovat ve všech oblastech, ať kulturních, ekonomických, tak i společenských.

Samotná skupina dětí je skupinou velmi specifickou a vysoce zranitelnou, neboť v této fázi života se mnohdy rozhoduje o tom, zdali se z dítěte stane plnohodnotný člen společnosti, který svou participací na společenském životě přispěje k rozvoji civilizace jako celku (Selamawit 2016: 2). Proces socializace u dětí je především primárního charakteru, během kterého si děti již od narození vytvářejí vlastní pojetí světa a společnosti, navazují první vztahy a vzorce chování, rozvíjí se jejich sociální a mentální dovednosti, budují si své role, pozice, identitu a osobnost. Tyto kompetence následně reprodukují i do dalších fází svého života a dále je rozvíjejí a využívají pro svůj i celospolečenský rozvoj (Vágnerová et al. 2021: 472).

Podmínky a prostředí, ve kterých dítě vyrůstá a socializuje se, je naprosto klíčové. Dítě musí vyrůstat v prostředí, které ho stimuluje k přijímání kýžených společenských a kulturních hodnot, které neustálou reprodukcí podporují sociální stabilitu. V rámci tohoto procesu je potřeba současně uspokojovat veškeré potřeby, které determinují celkový vývoj dítěte, ať již hovoříme o zajištění biologických potřeb, potřeb vzdělávacích, ekonomických či bezpečnostních. Příznivé podmínky pro rozvoj dítěte je třeba pěstovat zejména v rodinách a vzdělávacím systému. (Selamawit 2016: 2).

Rodinné zázemí je naprosto klíčové, neboť rodina představuje primární socializační skupinu, která pomáhá utvářet celou vývojovou základnu života dítěte, neboť hodnoty a způsob života rodiny dítě přijímá za své. Vliv rodinného prostředí na DZ dětí dokládají i statistická data, neboť dle Rabocha (2012) významnou část dětí s duševním onemocněním tvoří děti z neúplných sociálně znevýhodněných rodin (Raboch et al. 2012: 121). Duševní choroby jsou současně často generačně reprodukovány, neboť až 70 % dětí s duševní chorobou se narodilo rodičům, kteří rovněž duševní chorobou trpěli. (NAPDZ – Příloha. č. 2 2020: 2). Seběmenší dysbalance či patologie v podobě stresoru v rodinném prostředí tak může mít hluboké dopady na život a rozvoj dítěte (Thompson 2014: 42). Může se jednat o nedostatečnou péči, o konflikty v rodině, či o jiné zatěžující rodinné situace (smrt blízkého atp).

To dobře shrnují slova M. Flemrové, ředitelky multidisciplinárního komunitního týmu pro děti:

„Děti mají potíže, protože obvykle v rodinném systému jsou nějaké obtíže, které zatěžují dítě (...) – rodiče jsou rozvedení, nebo jsou v konfliktu, či jsou výkonově zaměřeni, citově chladní, a to dítě necítí podporu, nebo by potřebovalo daleko více podpory, než kterou dostává.“

Další významnou složkou, která je nedílnou součástí dětství, je vzdělávací systém, ve kterém si dítě buduje další sekundární vztahy s vrstevníky, učí se přijímat zodpovědnost, respektovat autority a rozvíjet své znalosti a praktické dovednosti, které může nadále využívat jak v běžném životě, tak například na trhu práce. Zároveň dobře nastavený vzdělávací systém může velmi dobře pomáhat při primární diagnostice a při odhalování prvních příznaků duševní choroby, čímž může pomoci při odhalování skryté nemoci dítěte (rozhovor s K. Laurenčíkovou). Na druhou stranu, i prostředí vzdělávání může být často dysfunkční a plné potenciálních rizik (vysoký tlak na výsledky dítěte, neschopnost školy poskytnout adekvátní prostředí pro vzdělávání, nefunkčnost psychologické podpory atp.) (Funk 2005: 12). Dle P. Uhlíkové je mnoho dětských diagnóz a problémů (neurózy, školní fobie...) „je vázáno na školní rok“, což je další „specifiku dětských pacientů, jejichž psychické potíže kopírují školní rok“ (rozhovor s P. Uhlíkovou).

Kombinací těchto stresorů, které pocházejí (nejen) z těchto dvou prostředí, tak vzniká „koktejl vedoucí k psychickým potížím“ (rozhovor s M. Flemrovou), které znemožňují dítěti plně participovat na společenském životě, neboť „dítě musí být zdravé, aby se dokázalo učit, růst a vést produktivní život“ (Stagman et al. 2010: 3). Děti se tedy stávají cílovou skupinou napříč veřejnými politikami, neboť jejich rozvoj musí být podporován na všech úrovních, aby se snížilo riziko vzniku tohoto pomyslného „koktejlu“ (Skuse et al. 2017: 109-113). Důležitou roli hraje především prevence duševního onemocnění, včasná diagnostika rizik a stresorů a systém posilování mechanismů chránících dítě před propuknutím duševní nemoci. Je žádoucí, aby tak činily všechny dílčí veřejné politiky, které zasahují do života dítěte (Funk 2005: 2).

Rodinná a sociální politika má podpořit vytváření co nejpříznivějšího rodinného zázemí, posilovat účast rodiny a popřípadě se zaměřit i na intervenci tam, kde je odhalena patologie či jiná dysfunkce (Funk 2005: 12). Vzdělávací politika musí podporovat přístup dítěte ke kvalitnímu vzdělávání, stimulovat ho v rozvoji základních dovedností a nastolit takové podmínky, které dítěti zaručí kvalitní vzdělávání. Tím bude moci dítě plně rozvíjet své znalosti a zvyšovat své šance uplatnit se na trhu práce a přinášet benefity nejen sobě, ale i komunitám,

ve kterých působí (ibid). Zároveň pokud má škola spolehlivě fungovat jako diagnostický mechanismus, měla by být dostatečně personálně zajištěna spolupráce se specializovanými pracovníky, kteří jsou zaměřeni na prevenci a diagnostiku duševních obtíží u žáků (metodik prevence, etoped...)

V této práci je však ve středu zájmu především politika zdravotní, neboť nastavení péče o duševní zdraví je významným determinantem zdraví, který ovlivňuje celkový zdravotní stav až z 15 % (Malý et al. 2015: 18). Zdravotní péče (nejen) o děti by měla být postavena zejména na prevenci, včasné diagnostice a efektivních službách, které v součinnosti pomáhají předcházet vzniku duševní choroby, snížit riziko relapsu a zmírňují dopady duševního onemocnění na rodiny, komunity i zdravotní systém (Funk 2005: 2, Skokauskas et al. 2019: 2)

Z pohledu zdravotní politiky je tedy potřeba vytvářet takový systém péče o duševní zdraví dětí, který bude natolik robustní, efektivní a především dostupný, aby dokázal včas identifikovat riziko a poskytnout péči „šitou na míru“ každému dítěti, a to ideálně mimo velké nemocnice v komunitních intimnějším prostředí, které bude dostatečně personálně zabezpečeno širokým spektrem pečujících, čímž se zabrání izolaci dítěte a vzniku potenciálního stigmatu (Belfer et al. 2005: 148)

Zde se ale dostáváme k jádru věci, neboť tato představa často neodpovídá reálné situaci. Dle Skokauskase (2019) je dětská psychiatrická péče ve srovnání s dalšími (nejen) pediatrickými oblastmi stále mimo zájem tvůrců politiky péče o DZ, což dokazuje např. rostoucí prevalence dětských duševních chorob. Ta sice může být částečně způsobena i kvalitnější diagnostikou nemocí, díky které se daří zachytávat více případů, nicméně na zvyšující se výskyt duševních chorob u dětí má nesporný vliv i vnější prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Ekonomická prosperita a zrychlující se doba vyvíjí tlak na výkon jedince už v jeho brzkém věku a ve všech komunitách, ve kterých dítě působí (rodiny, vzdělávací systém...). Zásadním problémem tohoto částečně přirozeného trendu je, že není proporčně doprovázen rozvojem kvalitní a dostupné péče o dětské duševní zdraví (Skokauskas et al. 2019: 2). Jak bude představeno v dalších částech práce, Česko není bohužel výjimkou.

4 Dětská psychiatrie a její organizace v ČR

V návaznosti na závěry předchozí kapitoly o zajištění kvalitní a dostupné péče o duševní zdraví dětí, coby jednoho z determinantů zdravotního stavu, popíšu situaci a možnosti péče v ČR. Dle Winklera (2013) jsou služby péče dělené podle celkového účelu na služby prevence, léčby symptomů, a na služby následné péče zahrnující rehabilitaci a následnou podporu pacientů. Tyto složky se mají navzájem propojovat, aby poskytovaly skutečně komplexní péči (Winkler et al. 2013).

Při zaměření se na vybranou cílovou skupinu dětí se podoba péče velmi odlišuje od péče o dospělé, seniory a další skupiny. Historický vývoj dětských psychiatrických diagnóz, rostoucí počet dětských psychiatrických pacientů a celkově kontext doby, která zvyšuje tlak na děti coby cílovou skupinu, způsobil, že se dětská a dorostová psychiatrie v ČR etablovala jako samostatný obor psychiatrie se svými specifickými metodami podpory, financováním a nabídkou péče, aby byla pomoc dětem co nejadresnější a efektivnější (Funk 2005: 8).

V následných částech kapitoly představím jednotlivé složky psychiatrické péče v ČR v obecné perspektivě i v zaměření na cílovou skupinu dětí. V České republice jde zejména o tři úrovně psychiatrické péče, které na sebe navazují (či by minimálně měly), ale jejich primární cíl a přístup k léčbě se v mnoha ohledech liší. Hovoříme o sítích **psychiatrických ambulancí, lůžkovou péči a péči komunitního charakteru**⁶ (Winkler et al. 2013: 18).

4.1 Psychiatrické ambulance pro děti a dorost = dlouhodobý pomocník

Psychiatrické ambulance pro děti a dorost jsou specializovaná ambulantní pracoviště, která zajišťují komplexní a kontinuální psychiatrickou péči o děti a dospívající do 19 let. Jde o velmi důležitou službu, neboť skrze ni dochází ke vstupu dítěte do systému psychiatrické péče a k prvnímu kontaktu s poskytovatelem péče. Na této úrovni probíhá první diagnostika potenciální duševní poruchy a dochází k prvotní „filtraci“ pacientů. Včasná diagnostika je velmi důležitá, neboť nastavení správné cílené léčby je stěžejní pro udržitelnost systému péče jako celku a pomáhá odhalovat celkovou nemocnost populace. Na základě diagnostiky se vytváří zpravidla dlouhodobý a kontinuální kontakt mezi pacientem a psychiatrem, který nastavuje systematickou intervenci, která zahrnuje jak léčbu symptomů, prevenci i následnou péči, a to na úrovni biologické (psychofarmaka), psychologické (psychoterapie) a sociální (rehabilitační programy). Stručně řečeno, ambulantní péče je první a současně i poslední fází

⁶ Tento typ péče platí pro psychiatrické pacienty obecně, nicméně se zaměřují právě především na dětskou cílovou skupinu

péče, která často kontinuálně doprovází pacienta po celý jeho život ve snaze předcházet relapsům a podporovat v návratu do běžného života. Její výhodou je tedy velmi úzký kontakt mezi dítětem a psychiatrem, komplexnost péče i způsob jejího poskytování, neboť neizoluje jedince mimo mainstreamovou společnost (Strategie reformy psychiatrické péče 2013: 17).

Ambulantní služby jsou často zřizovány jako soukromé praxe, popřípadě jsou součástí psychiatrických nemocnic a oddělení, ve kterých je rovnou napojena na služby lůžkové, či komunitní, a pacienti mohou snáze fluktuovat mezi nimi navzájem. Ve snaze naplnit cíl dostupnosti ambulantní péče pro všechny, uzavírají ambulance smlouvy se zdravotními pojišťovnami – jejich služby jsou tedy hrazeny převážně z veřejného zdravotního pojištění. Ambulance nejsou zároveň striktně omezeny spádovou oblastí a mohou přijímat pacienty z jiných regionů (Strategie reformy psychiatrické péče 2013: 18).

Páteří ambulantní péče je dětský psychiatr či pedopsychiatr, který „*poskytuje nejsofistikovanější a nejdražší péči*“ (rozhovor s M. Flemrovou). Jeho úkol není vůbec jednoduchý. Musí se velmi důkladně obeznámit s životními podmínkami a kontextem pacienta. Vztah je zde tedy intimnější a intenzivnější. Jelikož je včasná diagnostika a vhodný léčebný postup u dětí obzvláště důležitý i pro další vývoj duševního zdraví dítěte, psychiatři využívají specifické metody diagnostiky, terapie a léčby cílené na specifické potřeby dětí.

Hlavním rozdílem ve fungování dětských ambulancí a ambulancemi pro dospělé je nutná provázanost péče s dalšími sektory a institucemi, které jsou klíčové pro rozvoj dítěte, aby v nich dokázal odhalit potenciální stresory vedoucí k rozvoji duševní nemoci. Dětský psychiatr musí navázat velmi pevný kontakt nejen s dítětem, ale i s celou jeho rodinou, aby získal celkový kontext života rodiny, ve které dítě vyrůstá, musí spolupracovat s rodiči, či poručníky. Pokud je diagnóza dítěte úzce spjata s jeho rodinným zázemím a životními podmínkami, musí psychiatr problém dítěte řešit na úrovni celé rodiny pomocí rodinných terapií. Pokud je odhalena patologie či rizika patologie ve funkci rodiny směrem k dítěti, navazuje psychiatr spolupráci i s příslušnými orgány zajišťující sociálně právní ochranu dětí (Raboch et al. 2012: 121-123)

Dále je nezbytné navázat kontakt a spolupráci psychiatrické péče se vzdělávacími institucemi v zastoupení pedagogicko-psychologických poraden a specializovaných pracovníků školy, neboť v segmentu školství „*lze zachytit znaky dlouhodobého strádání dětí*“ (rozhovor s K. Laurenčíkovou). Vzdělávací systém tedy může sloužit jako pomocný diagnostik, čímž se může podílet na odhalování skryté nemocnosti ve skupině dětí a značně tím urychlit vyhledávání dětí ohrožených duševní chorobou. Současně ve spolupráci se vzdělávacím

systémem psychiatr může nastavit vhodný systém vzdělávání dětí ve všech typech vzdělávacích institucí.

Kromě rodiny a škol je nutné napojení psychiatra i na náhradní výchovné instituce, jako jsou dětské domovy, výchovné ústavy atp. Ve spolupráci s těmito institucemi se psychiatr snaží o co nejkomplexnější péči na všech úrovních. Dle Rabocha (2012) „*není komplexní terapie v ambulantní pedopsychiatrii možná bez úzké spolupráce s těmito institucemi a pracovníky*“ neboť nedostatečná provázanost těchto dvou sektorů může způsobovat vysoké riziko relapsů, vznik nových poruch a celkové zhoršení zdravotního stavu dítěte (Raboch et al. 2012: 123).

4.2 Dětská lůžková psychiatrická péče = hasič požárů

Druhý klíčový pilíř v oblasti psychiatrické péče v ČR představuje lůžková péče (dále LP). Tento typ péče je spíše zaměřen na stabilizaci a zaléčení akutních stavů a symptomů choroby – lidově řečeno, hasí už vzniklý požár v situacích, kdy pacient je ve stavu tak závažném, že vyžaduje nepřetržitou péči, kterou komunitní či ambulantní péče nedokáže poskytnout. LP je tedy více orientovaná na okamžitou terapii a farmakologickou léčbu než na složku prevence, která by na ni měla následně navazovat, aby se zabránilo relapsu a rehospitalizaci. Na rozdíl od ambulantních služeb nevzniká v průběhu hospitalizace dlouhodobý vztah mezi personálem a pacientem, neboť hospitalizace „*zachycují významnou, ale krátkou část onemocnění*“ (Strategie reformy psychiatrické péče 2013: 17).

LP může být akutní, kde se léčí zejména pacienti v kritických stavech, kteří mohou být nebezpeční sami sobě, či svému okolí a vyžadují okamžité zaléčení stavu a včasnou terapii. Na lůžcích následné péče jsou léčeni pacienti, jejichž akutní stav byl stabilizován patřičnými terapeutickými a farmakologickými intervencemi. Stále však není možné pacientův stav kompenzovat pouze ambulantní či komunitní péčí (Melicharová 2021: 21; Psychoportál.cz).

LP se v ČR odehrává buď v samostatných psychiatrických nemocnicích (PN), nebo na psychiatrických odděleních nemocnic (PON). PN představují majoritního poskytovatele psychiatrické péče, ve kterém se koncentruje většina zdravotnického personálu a financí. I dětské pacienty mohou využívat lůžkovou péči, a to ve specializovaných v dětských psychiatrických nemocnicích (DPN), či na dětských psychiatrických odděleních nemocnic (DPON). Celková lůžková kapacita pro dětské psychiatrické pacienty je 576 lůžek. V ČR fungují samostatně pouze tři DPN – DPN Opařany (Jihočeský kraj), DPN Louny (Ústecký kraj) a DPN Velká Bíteš (kraj Vysočina) (Melicharová 2021: 23, 39).

Již v této kapitole je třeba nastínit problematické fungování lůžkové péče v ČR. Problémem je, že lůžková péče na odděleních je koncentrována do velkých nemocničních komplexů ve větších městech, tudíž možnosti pro děti z regionů jsou značně limitovány. Navíc i tyto kapacity poměrně rychle mizí, kdy v posledním desetiletí jejich počet klesl až o 20 % (Hosák et al. 2015: 30). Z celkového počtu lůžek v DPN a DPON jsou všechna pouze následná, akutní zcela chybějí (Melicharová 2020). Prostředí, ve kterém se děti na lůžkách léčí, je často neefektivní se zastaralým přístupem, který působí značně kontraproduktivně, neboť izoluje dítě mimo jeho přirozené prostředí a zvyšuje riziko stigmatizace (rozhovor s I. Duškovem, Š. Plecháčkem, M. Flemrovou). I z toho důvodu jsou DPN součástí projektu Transformace psychiatrických nemocnic v rámci deinstitucionalizace péče, kdy se má péče postupně přenášet do komunitního prostředí, které dítěti poskytne léčbu v jeho přirozených podmínkách. Tímto procesem se má měnit postavení nemocnic v celkovém systému péče. Obecně vzato je však proces transformace PN, respektive DPN, velmi problematickým, kontroverzním a rozporuplně přijímaným, neboť ona „změna role (D)PN“ je často nejasná a rozdílně vnímána.

4.3 Komunitní péče o děti = péče budoucnosti

Komunitní složka je v současném paradigmatu deinstitucionalizace považována za „pilíř budoucnosti“ psychiatrické péče vyspělého světa. Jde o na pacienta orientovanou péči (patient-centered care), která utváří intimnější komunitní prostředí, ve kterém jsou respektována veškerá lidská práva a potřeby jedince (Choon et al 2017: 1).

Základem komunitní péče je vyvážený model péče (balanced care model). Služby fungující na tomto modelu umožňují pacientům s duševní poruchou podstoupit efektivní a dlouhodobou léčbu v přirozených životních podmínkách pacienta, která není přesně dělená podle jednotlivých služeb. Jde o komplexní propojený systém na sebe navazujících složek, které umožňují léčbu pacienta ve vlastním sociálním prostředí. Pacient není dlouhodobě izolován a stále může participovat na klíčových složkách společenského života, což snižuje riziko vzniku stigmatu. I z toho důvodu je tento typ péče preferován i samotnými uživateli (Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030; Pěč 2008; Winkler et al. 2013: 18).

V ČR jsou v rámci komunitní péče zakládána tzv. centra duševního zdraví (CZD), která jsou založena na sestavení multidisciplinárního týmu. Dimenze multidisciplinarity naznačuje zapojení širokého spektra služeb a odborníků, kteří společně poskytují komplexní intervenci a péči pacientu v oblasti vzdělávání, výchovy, právní ochrany i terapie. V ČR nicméně CDZ fungují zejména pro dospělé pacienty. Komunitní péče o děti s psychickými poruchami je ve

srovnání s ambulantní a lůžkovou péčí „*ještě v plenkách*“, neboť v celé ČR fungují pouze tři čistě multidisciplinární týmy, a to pouze v pilotním projektu (rozhovor s M. Flemrovou).

Jelikož jsou děti velmi specifickou cílovou skupinou, je do procesu léčby nutné zapojit blízké okolí dítěte, zejména rodinu a přátele ve snaze podporovat socializace dítěte a pomáhat mu znovu utvářet sociální role důležité pro jejich působení v běžném společenském životě a (White et al. 1997: 1817). V oblasti duševního zdraví se týmy zaměřují zejména na prevenci a následnou péči v úzké spolupráci s ambulantními ordinacemi a lůžkovou péčí. Týmy vždy musí poskytovat služby psychiatra, zdravotní sestry, sociálního pracovníka, klinického psychologa a tzv. peer-pracovníka⁷.

To, jak tým funguje v praxi, popsala ředitelka jednoho tohoto týmu Miroslava Flemrová. Jedná se o dočasnou službu, která je dítěti poskytována přibližně šest měsíců. Služba může plnit rehabilitační účel dětem po hospitalizaci, které potřebují doléčení a navazující systém podpory k návratu do běžného života. Komunitní týmy ale plní i roli preventivní, kdy mají nastavit takový systém péče, aby se dítě nedostalo do stavu nutného pro hospitalizaci.

Dítě může být do týmu přijato na základě žádosti rodiče, či příslušných-sociálně zdravotních orgánů (lékař, OSPOD...). Po přijetí dítěte do péče probíhá důkladný diagnostický proces a na jeho základě je vytvořen plán terapeutické péče, který obsahuje vhodnou kombinaci aktivit a intervencí. Po dobu péče dítě využívá na základě vhodně sestaveného plánu zdravotnické služby poskytované dětským psychiatrem, klinickým psychologem, psychologem ve zdravotnictví a psychiatrickou sestrou, které se zaměřují na zdravotní stav a kompenzaci dítěte. Zdravotnické služby jsou navázány i na služby sociální, které jsou poskytovány sociálním pracovníkem, speciálním pedagogem a rodinným poradcem. Dohromady tyto složky poskytují kompenzaci na všech úrovních života dítěte dle stanovené terapie. Veškeré tyto kroky se průběžně vyhodnocují a popřípadě upravují (rozhovor s M. Flemrovou)

Důležitou složkou komunitní péče jsou terénní týmy, které mají na starosti samotnou diagnostiku pacientů a koordinaci péče. Terénní týmy dále zajišťují další potřebné kontakty, jak s dalšími složkami péče (např. zprostředkování hospitalizací), tak i třeba se vzdělávacím systémem. Kromě terénních služeb jsou v rámci CDZ poskytovány služby krizových center, služby denní péče (nejčastěji v rámci denních stacionářů), psychiatrickou a psychologickou ambulantní péči, dále také poradenské služby, programy pro celé rodiny (SRPP 2013: 41-43).

⁷ Pracovník s vlastní zkušeností s duševním onemocněním splňující kvalifikaci nutnou pro pracovníka v sociálních službách či sociálního pracovníka (Malý průvodce CDZ 2020: 12).

Komunitní služby jsou tedy v současné době považovány za velmi efektivní s vysokým potenciálem zlepšit kvalitu duševního zdraví populace. Ve své kýžené podobě, ve které funguje dobře finančně i personálně zajištěná komunitní péče v pevném spojení s dalšími složkami, probíhá pouze ve vyspělejších státech EU (např. Belgie či Německo). Státy zpravidla méně vyspělé se i přes postupnou snahu budovat komunitní péči potýkají s nedostatkem těchto služeb, které jsou navíc velmi často zřizovány méně stabilním neziskovým sektorem a péče je tak stále primárně koncentrována ve velkých nemocničních areálech (Winkler et al. 2013: 18).

Shrnutí:

Tato kapitola byla zejména popisná, a měla představit strukturu a podobu systému dětské psychiatrické péče v ČR. Ta se skládá ze třech klíčových složek – z péče ambulantní, lůžkové a komunitní. Ambulantní péče je založena na dlouhodobé preventivní a následné péči o dítě, ve které se vytvářejí těsné vztahy s dítětem a prostředím, ve kterém jeho život ovlivňuje (prostředí rodinné, vzdělávací...). Péče lůžková je poskytována zejména dětem, jejichž stav vyžaduje nepřetržitou péči, kterou ambulantní psychiatr nemůže poskytnout. V ČR je koncentrována ve třech psychiatrických nemocnicích, popřípadě na psychiatrických odděleních nemocnic.

Současné snahy reformy psychiatrické péče je postupně vytvářet systém nových komunitních služeb v podobě center duševního zdraví, a to i v případě dětských pacientů. Tato centra pečují o děti v jejich přirozeném prostředí pomocí komplexních komunitních týmů, které propojují veškeré dimenze života dítěte. V současnosti existují pouze tři pilotní projekty, které jsou ve fázi testování a z logiky věci nemohou efektivně fungovat.

Zde se již okrajově dostávám k jádru své práce, neboť dětská psychiatrická péče se potýká z řadou vážných problémů. V následujících kapitolách představím teoretická východiska, o které budu opírat svůj výzkum, který bude mimo jiné popisovat jednotlivé problémy a poukazovat na jejich příčiny a dopady.

5 Teoretická východiska

V této práci budu vycházet celkově ze tří teoretických konceptů. V praktické rovině zdravotní politiky budu vycházet z rámce **hodnocení dostupnosti péče**. Ve veřejněpolitické rovině se budu opírat zejména o **teorii tří proudů** (Multiple Streams framework, dále jako MSF), kterou doplním rámcem **aktérů veřejné politiky**. Rád bych upozornil, že nebudu pojímat aktéry veřejné politiky za robustní teoretický rámec, neboť i samotná MSF rozměr aktérů a jejich role v procesu tvorby politiky zahrnuje, nicméně bych chtěl tento rozměr rozšířit o další charakteristiky a klíčové pojmy než jen ty, které nabízí MSF.

5.1 Dostupnost zdravotní péče jako teoretický rámec

Jelikož zdraví jedince představuje determinant, který v širokém důsledku ovlivňuje chod společnosti, mění se z čistě soukromé záležitosti na záležitost veřejnou, neboť je v zájmu celé společnosti podporovat zdraví jedinců prostřednictvím *“organizovaného úsilí”*, v praxi reprezentovaného systémem zdravotní péče (Zdraví 2020). Tato péče musí být udržitelná, kvalitní a efektivní, ale především dostupná všem jedincům, kteří péči budou moci využít vždy, když bude potřeba, což podmiňuje skutečně efektivní ochranu zdravotního stavu (Levesque et al. 2013: 2; Buffoli et al. 2013: 411).

Cenová a kapacitní dostupnost zdravotní péče je společně s **kvalitou** považována za tzv. zlatý trojúhelník udržitelné zdravotní péče všech zdravotnických systémů (Moopen 2020: 36). Tento trojúhelník vychází z normativních konceptů tzv. ekvity a equality, které představují hodnotový rozměr dostupnosti zdravotní péče. Každý jedinec má právo na to být zdravý a měl by mít rovný přístup ke kvalitní a efektivní zdravotní péči nehledě na podmínky, ze kterých pochází, a jaký sociálně ekonomický status je mu připsán. Z toho důvodu je nutné hledat způsoby, kterými je možné dojít k požadované synergii všech třech vrcholů onoho pomyslného trojúhelníku (Levesque et al. 2013: 1; Malý et al. 2015: 25).

I přes rostoucí tendence států posilovat financování zdravotnického systému i zřetelný pokrok v oblasti zdravotnictví, dostupnost zdravotnických služeb je stále metou poměrně těžko dosažitelnou. Dle Moopena (2020) téměř polovina světové populace nemá přístup k takové péči, kterou aktuálně potřebuje. Když pomyslíme na to, že každý člověk v určité fázi života zdravotní péči potřebuje, jedná se o údaj značně alarmující (Moopen 2020: 37). Z toho důvodu se dostupnost zdravotní péče dostává do řady mezinárodních i lokálních strategických konceptů, ve kterých jsou deklarovány cíle k dosažení co nejlepší dostupnosti kvalitní a

udržitelné péče. Současně již dlouhodobě vznikají snahy zasadit dostupnost péče do teoretických rámců.

5.1.1 Problematika měření dostupnosti péče

Jelikož zdravotní péče není záležitostí čistě medicínskou, ale vstupuje do ní řada dalších determinantů, stává se tak dostupnost zdravotnické péče konceptem velmi širokým, obtížně konceptualizovatelným a měřitelným. Někteří autoři pohlíží na dostupnost především z pohledu poskytovatelů, popřípadě na proces léčby či cenu za služby. Jiní zastávají přístup více zaměřený na pacienta, který hledí na to, za jak dlouho se pacient k péči dostane (časová dostupnost), kam až musí pacient cestovat za potřebnou péčí (prostorová či místní dostupnost), jak je hrazená a jak drahá je (ekonomická dostupnost). Ačkoliv se mnozí autoři neshodnou, je požadované, aby byla dostupnost péče hodnocena co nejkomplexněji, ideálně z obou těchto pohledů. Levesque (2013) dává příklad, že např. samotná cena služeb sama o sobě nemusí být dostatečně relevantním ukazatelem dostupnosti péče, musí být hodnocena v kontextu s tím, jaké množství pacientů si může službu za danou cenu dovolit (Levesque 2013: 6,7).

Dostupnost péče je tedy velmi komplexní ukazatel, na který můžeme nahlížet z různých perspektiv, které se mohou vzájemně kombinovat. Dle Šídla (2017) je proto velmi obtížné kvantitativně zachytit dostupnost zdravotní péče, neboť neexistují přesné a univerzálně dané metodologické přístupy. Dále poukazuje na to, že je legitimnější hodnotit dostupnost zdravotní péče ne obecně, ale jednotlivě podle dílčích segmentů zdravotní péče, neboť každá oblast zdravotnictví má svá vlastní specifika, jsou využívána mnohdy odlišnými cílovými skupinami a strukturálně se odlišují (Šídlo et al. 2017)

Šídlo (2017) i Levesque (2013) se shodují na tom, že i při sebe důkladnější konceptualizaci a standardizaci nemusí být výsledky měření dostupnosti péče naprosto nezpochybnitelné, neboť zejména na pacienty orientovaný, přístup pracuje s notně subjektivním a normativním pohledem. Čistě technické kvantitativní analýzy naopak často nezahrnují dynamický aspekt řady konceptů, které se do výsledků měření prolínají. Z řad výzkumů dostupnosti zdravotní péče vyplývají často příliš nadhodnocené výsledky, které popisují dostupnost péče jako v podstatě ideální (Šídlo et al. 2017: 43,44).

5.1.2 Model pěti dimenzí dostupnosti⁸

Jelikož je možné dostupnost hodnotit velmi různě, vybral jsem si model pěti dimenzí dostupnosti původně vytvořený Penchanským a Thomasem (1981), se kterým dále pracuje např. Levesque (2013), Saurmanová (2015), Araya (2018), či Shengelia (2005). Jedná se o základní koncepty, které vycházejí z teoretického rámce dostupnosti a autoři s nimi pracují jak s měřitelnými, tak i normativními koncepty.

První dimenze je **místní dostupnost** (accessability), která objektivně hodnotí podmínky, za kterých se pacient musí k péči dostat. V této dimenzi může být jako měřitelná proměnná využita celková vzdálenost, čas a finance investované do cesty za péčí, možnosti dopravy a infrastruktury atp. (Lan Ma 2018: 2, Saurman 2015: 37, Shengelia 2005: 102).

Druhou dimenzi nazývám jako **kapacitní dostupnost** (availability), která hodnotí hustotu sítě poskytovaných služeb a zdali je natolik hustá, aby dokázala dostatečně a kvalitně pokrýt poptávku po péči. V této oblasti se dá hodnotit počet jednotlivých zařízení péče, rovnoměrnost rozmístění služeb, personální kapacity, ale také čekací doby, dostatek specialistů atp. (Levesque 2013: 6).

Následuje koncept **cenové dostupnosti** (affordability), který představuje přímé náklady pro pacienta i poskytovatele služby ve smyslu přímé ceny za péči s dalšími náklady, které jsou s dostupností péče spojeny. Tato dimenze zahrnuje způsob platby za péči, ale třeba i míru celkové finanční zátěže pro pacienta péči uhradit. Cenová dostupnost se týká i poskytovatelů a zdali se jim vyplatí investovat do inovace péče (Saurman 2015: 37). Do této dimenze se často promítají normativní koncepty jako chudoba, sociální vyloučení atp. (Levesque 2013: 6).

Navazující dimenzí je **kvalita**, či **vybavenost** (Adequacy), která posuzuje nabídku služeb, jejich kvalitu a efektivitu z hlediska organizace péče. Posuzuje se například možnost pohotovostních služeb, objednávkové systémy, či dostupnost moderního vybavení (kolečková křesla, přístup pro vozíčkáře atd) (Saurman 2015: 37).

Tyto základní dimenze Penchanského a Thomase (1981) Saurmanová (2015) rozšiřuje o koncept **informovanosti** (awareness), který se zaměřuje na to, jak ve zdravotnickém systému

⁸ Původní model pracuje ještě se šestou dimenzí tzv. přijatelnosti (acceptability), která ukazuje dostupnost péče základě kulturních a společenských konstruktů, či zvyků (např. ochota nechat se ošetřit lékařem opačného pohlaví, schopnost ošetřit pacienta jiné kultury). Dle Dillipa (2012) ale jde o velmi těžko konceptualizovatelnou dimenzi, která se navíc výhradně posuzuje u bio-medicínských procesů péče očištěných o psycho-sociální složku (Dilip 2012). Z těchto důvodů s touto dimenzí nebudu pracovat.

funguje vzájemná komunikace, jak jsou informace dostupné jak pacientům, tak i poskytovatelům o potřebných aspektech péče a dostupné nabídce péče. Tento koncept se mimo jiné využívá k posuzování vzdělanosti a znalosti jedince v oblasti zdravotnické péče, kdy zkoumá, nakolik pacient ví, jakou konkrétní službu má využít na jeden konkrétní problém atp. (Saurman 2015: 38).

5.1.3 Vztažení rámce k problému dětské psychiatrie

Tento model pěti dimenzí je jeden z mnoha a je důležité upozornit, že neexistuje jeden správný postup, či model. Pro tento konkrétní model jsem se rozhodl i z toho důvodu, že má poměrně silné zakotvení v odborných pracích, byl průběžně aktualizován a opírá se o vhodnou kombinaci měřitelných proměnných s normativními konstrukcemi hodnocení péče. Jeho využití je legitimní i pro oblast hodnocení psychiatrické péče, kdy byl např. využit v práci Arayi (2018) při mapování dostupnosti péče o pacienty s depresí ve 49 státech (Araya et al. 2018).

Tento rámec má i svá úskalí, například u měřitelných konceptů (vzdálenost, čas...) je obtížné přesně určit, co je myšleno údajem přiměřená vzdálenost/čas atd. V rámci své práce se tedy budu o tento teoretický rámec opírat a budu ho spojovat s výsledky analýzy primárních a sekundárních dat. Tím budu demonstrovat, jak stav dětské psychiatrie v Česku naplňuje jednotlivé dimenze, a na základě toho posoudím, jaká je celková dostupnost dětské psychiatrie. Je nutno upozornit, že i tyto mé závěry budou často založeny na normativních a subjektivních soudech.

Na další stránce je shrnující tabulka, kde jsou okomentovány jednotlivé dimenze, jejich klíčová kritéria, konceptuální definice dimenzí, a nakonec příklad z oblasti dětské psychiatrie, na kterém je dimenze převedena do praxe.

Tabulka č. 2: Dimenze dostupnosti péče			
Dimenze ^a	Koncepty ^a	Konceptuální definice ^a	Příklad z oblasti psychiatrie ^b
Místní dostupnost (accessability)	Umístění péče	Dostupná péče je v přiměřené vzdálenosti od místa bydliště pacienta v ohledu na vzdálenost a čas, který pacient věnuje dopravě do místa péče.	Dětský pacient ne/musí urazit příliš velkou vzdálenost, či investovat velké množství času, aby se dopravil do místa péče
Kapacitní dostupnost (availability)	Soulad nabídky a poptávky	Nabídka péče ve smyslu dostatečných kapacit dokáže uspokojivě pokrýt poptávku po péči.	Existuje dostatek ambulantních psychiatrů/lůžek/komunitních služeb, které se o všechny dětské pacienty postarají v přiměřeném časovém horizontu a odpovídající kvalitě
Přijatelnost (acceptability)	Kulturní zvyklosti Přijatelnost systému	Služba je dostatečně flexibilní, aby respektovala požadavky pacienta na ošetření.	Pokud dětský pacient nedůvěřuje např. lékařům opačného pohlaví, hodnotí se, zdali je služba schopna tuto potřebu saturovat.
Cenová dostupnost (affordability)	Celkové finanční náklady	Dostupnost je hodnocena na základě celkových finančních nákladů jak na poskytovatele, tak na pacienta	Služba je nastavena tak, že nemá tíživé finanční dopady na dítě, či jeho rodinu. Současně poskytovatelům se vyplatí investovat do specializovaných diagnostických metod, které jsou finančně nákladné (diagnostické testy a sady, výcviky a kurzy...)
Kvalita/vybavenost (adequacy)	Organizace péče	Služba je adekvátně organizovaná tak, aby bylo možné péči poskytnout) a současně je pro pacienta možné bez překážek se ke službě dostat (přízpůsobení zařízení pro vozíčkáře, imobilní pacienty...)	Ambulantní psychiatrii mají vhodně organizovanou pracovní dobu tak, aby službu mohlo využívat co nejvíce dětí a zároveň takovým způsobem, aby byl dostatečný čas na důkladné poskytnutí terapie.
Informovanost (awareness)	Komunikace Informace	O službě je dobře informováno; pacient ví, že má určitou službu k dispozici...	Dítě, či rodina dítěte má povědomí o tom, kde a jakou službu mohou využít.

^a Zdroj: Saurman 2015: 37

^b Příklad: vlastní

5.2 Teorie tří proudů

Hlavním teoretickým rámcem, který budu ve své práci využívat, je Multiple Streams Framework (MSF), do češtiny překládán jako teorie tří proudů. V práci budu používat pro označení této teorie zkratku originálního názvu MSF. Jedná se o robustní syntetickou veřejně politickou teorii, která zahrnuje jak hledisko aktérů veřejné politiky, tak i nutné propojení podmínek v procesu nastolování agendy, později i následného procesu rozhodování a implementace.

MSF považuji za vhodnou pro zkoumání příčin nedostatečnosti psychiatrické péče o děti, neboť se zaměřuje na to, „*proč jsou některé body agendy prominentní a jiné jsou opomíjeny*“ (Novotný et al. 2012: 25). Jedná se navíc o rámec průběžně aktualizovaný na nová témata a prostředí, která jsou typická rostoucí mírou nejasnosti a nejednoznačnosti (Herweg et al. 2017: 17). Díky aktualizacím a celkové robustnosti v použití MSF jej lze využít i v současné době v různých oblastech veřejné politiky, včetně politiky zdravotní⁹ (Rawat et al. 2016: 628; Weible et al. 2007: 6).

Ve vztahení ke kontextu mé práce budu využívat klíčové prvky MSF, abych identifikoval hlavní příčiny toho, proč přes očividný problém v systému dětské psychiatrické péče, je tato agenda opomíjena a není nastolena takovým způsobem, aby byla aktivně řešena.

Kontext vývoje MSF

MSF byla explicitně formulována jakožto etablovaný rámec pro zkoumání procesů rozhodování a nastolování agendy ve veřejné politice Johnem Kingdonem v publikaci *Agendas, Alternatives and Public Policies* (1984 a 1995). Touto teorií se snažil Kingdon popsat průběh rozhodování v moderních komplexních organizacích, jako politické strany, university atp. MSF se stala rámcem poměrně populárním a využívaným, což přimělo řadu autorů na Kingdona navázat a rámec průběžně aktualizovat. Vlivnou aktualizaci MSF přinesl například Nikolaos Zaharadis (2007), který zkoumal aplikovatelnost MSF v evropském prostředí a rozšířil ho i na další fáze veřejně politického procesu (Novotný et al. 2012: 23, Zahariadis 2007).

Základním teoretickým modelem, na kterém Kingdon vystavěl MSF, je reformulovaná podoba modelu tzv. *odpadkového koše* (garbage can model) od Cohena, Marche a Olsena (1972). Jedná se o imaginární konstrukt, do kterého účastníci politického procesu

⁹ Např. Policy responses to COVID-19 present a window of opportunity for a paradigm shift in global health policy: An application of the Multiple Streams Framework as a heuristic (Amri, Logan 2021)

nekoordinovaně vstupují, „vhazují“ do něj mix vzájemně nesouvisejících problémů a řešení, která se tak mísí v koši. Tento proces není nikým koordinován ani regulován, což dává procesu nastolování agendy velmi dynamický a nepřehledný rozměr (Cohen et al. 1972). Problém se stane veřejně politickou agendou v případě, kdy je „rozpoznán problém, je k dispozici řešení a politické prostředí vytvoří podmínky vhodné pro změnu“ (Mucciaroni 2013: 320).

Kingdon převzal tento model a využil ho pro popis procesu nastolování agendy v moderních komplexních organizacích, které fungují na principu tzv. *organizované anarchie*. V těchto organizacích je proces nastolování agendy na jednu stranu organizovaný strukturou organizace, na stranu druhou je velmi chaotický, komplexní, proměnlivý až tekutý, a často řízen pouze šťastnou okolností a náhodou (Zahariadis 2003: 16).

Hlavní předpoklady MSF

Hlavními předpoklady, se kterými MSF pracuje, a které utvářejí organizovaně anarchickou podobu moderních organizací, jsou **nejednoznačnost** a **nejistota** (ambiguity and uncertainty), **fluktuace aktérů** či **nejasná účast** (fluid participation), **časová omezení** (time constraints), **problematické preference** (problematic preferences), **nejasná technologie** (unclear technology), a **nezávislost proudů** (stream independence) (Herweg et al. 2017: 29, Novotný et al. 2012: 24-35).

Tvorba politiky je procesem, který není systematicky strukturován s přesně danými mechanismy, které by generovaly jedno padnoucí řešení na jeden konkrétní problém. Hlavní premisa MSF naopak předpokládá, že politický proces je zatížen vysokou mírou **nejistoty** a **nejednoznačnosti**, neboť paralelně existuje mnoho různě definovaných problémů a návrhů řešení. Nejistota může být snižována sběrem nových informací o daném problému, nicméně ani lepší znalost problému nemůže snížit nejednoznačnost. Na konkrétním příkladu popsáno, více informací nám může vysvětlit příčiny rostoucího počtu dětských psychiatrických pacientů, což snižuje nejistotu. Problém bude ale stále nejednoznačný, neboť není přesně definováno, na jaké úrovni má být řešen, popřípadě jaký typ veřejné politiky mobilizovat, aby navrhla řešení (Herweg et al. 2017: 29)

Nejistotu a nejednoznačnost považují za koncept rámující i další předpoklady MSF. Jedním z nich je **nejistá účast** uvnitř moderní organizace, ve kterých dochází často k personálním změnám, fluktuaci a cirkulaci aktérů, kteří průběžně do organizace vstupují, či ji naopak opouštějí. Každý nově přicházející aktér vyznává jiné hodnoty a přístupy k danému problému, vynakládá rozdílné úsilí, čas a námahu na jejich řešení, čímž přispívá k hodnotové

nestabilitě, nejistotě a nejednoznačnosti. Příkladem může být častá změna ministrů zdravotnictví, či dalších úředníků, jejichž přístup k řešení nedostatku dětské psychiatrické se značně liší a generují tak nejednoznačnost této potenciální agendy.

Moderní organizace jsou dále typické **nejasnými preferencemi tvůrců politik**, kteří bojují s **časovým omezením**. Problémy, které musejí tvůrci politik řešit, se objevují nečekaně, mnohdy se jich objeví více najednou a mohou se týkat naprosto odlišných oblastí veřejné politiky. Tvůrci politik mnohdy nemají naprosto jasně utříbené preference a znalosti problému, nicméně dynamika problémů je často nutí činit rozhodnutí navzdory této nejistotě a neznalosti. Tvůrci politik také mají velmi omezený čas, který mohou problému věnovat. Tyto dynamické okolnosti tlačí na tvůrce politik, aby rozhodovaly selektivně, zaměřili se pouze na určitý problém, který vyhodnotí jako nejpalčivější, a ten co nejdříve vyřešili pomocí nejschůdnějšího řešení, které ale nedokáží mnohdy včas posoudit a vyhodnotit (Herweg et al. 2017: 30; Novotný et al. 2012: 29)

Komplexnost moderních organizací s velkým množstvím cirkulujících aktérů dále produkuje nejistotu v přesném dělení funkcí, kompetencí a odpovědnosti, což Kingdon nazývá jako **nejasnou technologii organizace**. Jednotlivci uvnitř organizace neznají přesnou hierarchii moci a dělby práce v organizaci. Jsou si vědomi pouze svých vlastních kompetencí, ale nevidí dále „za horizont“ své vlastní práce a její celkový přínos pro organizaci jako celek. Tato nepropojenost jednotlivých dílčích struktur organizace může přinášet konflikty a spory mezi jednotlivými aktéry v dělení funkcí a provádění úkolů (Kingdon 1995: 84; Novotný et al. 2012: 24, Zahariadis 2003: 3,4).

V tomto momentu Kingdon aplikuje do organizované anarchie model odpadkového koše. Nejasnost technologií a neurčité preference ovlivňují volbu neustále se měnící účastníků, kteří do pomyslného odpadkového koše nekoordinovaně vhazují různé problémy a řešení problémů, která však spolu nemusejí nutně souviset. Jednotlivé „*problémy čekají na vhodný moment, který je dostane do popředí*“ (Kingdon 1995: 85). Jednotlivá řešení zase čekají, až se objeví problém, který by mohla řešit a současně na aktéry, kteří jsou ochotni řešení využít (ibid).

V organizované anarchii tedy vedle sebe existují tři proudy – **proud problémů** (témata a problémy odhozené do koše), **proud veřejných politik** (odpovědi či řešení problémů) a **proud politik** (aspekt aktérů vstupujících do procesu). Klíčovým předpokladem je **vzájemná nezávislost** těchto třech proudů. Nezávislost proudů není sice úplná, ale z principu logiky odpadkového koše se proudy vyvíjejí každý individuálně, řídí svými vlastními pravidly a „*žije si vlastním životem*“ (Novotný et al. 2012: 30; Zahariadis 2003: 6). Proud problémů se rozvíjí

zcela nahodile, neboť problémy se mohou objevit nečekaně bez ohledu na to, zdali jsou v daný moment řešitelné či nikoliv (problémy plynoucí z přírodních katastrof, ekonomického kolapsu). Stejně funguje i proud veřejných politik či řešení, která jsou generována bez ohledu na to, zdali byl již definován problém řešitelný již existující alternativou. Proud politik či aktérů má také vlastní dynamickou povahu, neboť aktéři v něm jednají na základě změn vnějších podmínek, a to mnohdy nezávisle na výskyt problému. Mezi proudem politik a veřejných politik je nezávislost proudů méně očividná, nicméně oba proudy se liší v podobě hledání konsensu mezi relevantními aktéry. V proudu politik je klíčovým prvkem vyjednávání, či obchodování za účelem zisku a vlastního prospěchu nehledě na výsledné dopady vzájemné dohody. Naopak v proudu veřejných politik se aktéři snaží dojít ke konsensu především přesvědčováním ostatních aktérů o výběru vhodného opatření (Mouralová 2019: 87; Kingdon 1995: 159-160, Herweg et al. 2017: 20).

V procesu nastolování agendy však dochází k momentu, kdy se z odpadkového koše vynoří problém, který se stává prioritním, a je třeba najít řešení. V tuto chvíli je žádoucí, aby došlo k propojení těchto tří proudů – existuje problém, z proudu veřejných politiky je vygenerováno řešení, které bude uznáno tvůrci politiky. Proudů jsou tedy připraveny k propojení, ale jejich propojení není automatické a vyžaduje aktivitu tzv. **promotérů veřejných politik** kteří se aktivně snaží v ten správný moment proudy propojit s vynaložením svých zdrojů a pomocí manipulačních strategií svého jednání (Mouralová 2019: 87). Promotéři tedy odhalují více či méně viditelná tzv. **okna příležitostí** (agenda window), která představují ideální podmínky pro propojení proudů. Pokud tedy dojde k vzájemné synergii všech strukturálních prvků (propojení proudů s pomocí působení promotéra veřejné politiky, který objeví okno příležitosti a úspěšně propojí proudy), zvyšuje se pravděpodobnost, bude agenda nastolena (Novotný et al. 2012: 34).

Jednotlivé strukturální prvky

V této podkapitole se blíže zaměřím na klíčové strukturální prvky MSF, které již byly zmíněny výše. Jedná se především o jednotlivé proudy (proud problémů, proud politik a proud veřejných politik), které mají svá vlastní pravidla a jejich „chování“ je ovlivněno mnoha dalšími faktory. Dále se zaměřím na roli a působení tzv. promotérů veřejných politik jakožto specifických aktérů hrajících klíčovou roli při propojování proudů. Neopomenu ani blíže rozebrat koncept okna příležitostí, jeho možné podoby a charakteristiky.

Proud problémů

Proud problémů (problem stream) obsahuje směsici různě definovaných problémů, které mezi sebou soutěží o tom, který se stane prioritní agendou. Problém je tradičně chápán jako „rozpor mezi současným a požadovaným stavem, tedy mezi tím, kde jsme a kde bychom chtěli být“ (Veselý et al. 2007: 193). Jelikož však každý jedinec vyznává odlišné hodnoty a jinak problémy definuje, stává se problém sociálním konstruktem. Problémy jsou tedy často vzájemně provázané, subjektivní a umělé, s nejasnou definicí a interpretací. Jsou také výrazně dynamické, neboť se neustále vyvíjejí, generují se problémy nové, či naopak problémy mizí v návaznosti na tom, jak jsou definovány a popisovány (ibid: 194)

Rozličnost a komplexnost problémů však vytváří mnohdy nedostatečný konsensus na tom, jak na daný problém pohlížet. Často se stává, že určitá skupina aktérů ani daný problém za relevantní nepovažuje. Tato skutečnost pomáhá problémy filtrovat, neboť okolo nás existuje řada problematických situací, nicméně pouze některé zaujmou pozornost tvůrců politik. Vznikne tedy veřejný zájem na řešení problému a problém se stane veřejně politickým, tedy řešitelným „*zásahy státních a veřejných institucí*“ (ibid).

Je nasnadě klást si otázku, jaké faktory způsobí, že se jeden problém stane prioritním pro tvůrce politiky. Kingdon (1995) definuje následující faktory – změny v indikátorech (indicators), kritické události (focusing event) a zpětná vazba (feedback) (Angelovská 2021: 22; Kingdon 1995: 90-115, Herweg et al. 2017; Novotný et al. 2012: 37).

Indikátory jsou poměrně standardizované ukazatele, které tvůrci politik často používají k „*měření existence a rozsahu problému*“ (Zahariadis 2003: 28). Velmi často se jedná o přesné číselné údaje hodnotící trendy či vývoj problému, které tvůrci politik pravidelně sledují, aby mohli případně reagovat (např. rostoucí počet dětských psychiatrických pacientů, počet pedopsychiatrických ambulancí, či průměrný věk dětských psychiatrů). Některé indikátory jsou monitorovány na pravidelné bázi (vývoj inflace či nezaměstnanosti) či jednou za určité období

v podobě rozsáhlejších studií (studie WHO o dostupnosti psychiatrické péče ve světě atp). Herwegová (2017) upozorňuje, že indikátory jsou statické a pouze informují o měnících se trendech. Ne každá změna v indikátoru tedy vyvolá akci tvůrce politiky. U indikátorů můžeme neformálně říct: „*čím hůře, tím lépe*“, neboť zejména výrazné negativní změny v indikátorech zpravidla vyvolají akci tvůrců politik (např. prudký nárůst sebevraždnosti u dětí a adolescentů) (Herweg et al. 2017: 32).

Na rozdíl od indikátorů se **kritické události** objevují nahodile a bez varování a v jednom okamžiku zaujmou pozornost jak tvůrců politik, tak i široké veřejnosti. Jsou poměrně jedinečné, ale často intenzivní s negativním důsledky a vyvolají téměř okamžitou reakci v procesu nastolování agendy (např. násilný útok žáka s duševními problémy na učitele...). Mezi tyto události můžeme ale řadit i méně intenzivní události, jako symboly. Symboly odkazují k trendu či jevu, který je dlouhodobě známý a zakořeněný (např. problematika nerovnosti „ras“), nicméně až určitá situace tento problém zvýrazní a stane se symbolem změny.

Zpětná vazba coby prvek pomáhající formulovat problém, je již blíže navázán na konkrétní řešení daného problému. Zpětná vazba se velmi často zaměřuje na již existující programy, které mohou být vyhodnoceny jako problematické s výraznými nezamýšlenými důsledky a dopady. V takovém případě je takový program rámován jako problém, který je nutné řešit (ibid). Zpětná vazba se promítá zejména v náladě veřejnosti, která vidí problém nefunkční politiky, a začne výrazněji proti tomuto stavu vystupovat (Angelovská 2021: 22).

Klíčovými aktéry, kteří mnohdy ovlivňují efekt vývoje těchto tří prvků jsou média a promotéři, kteří mohou využívat své zdroje k manipulaci s danou událostí. Mnohdy tyto dva aktéři fungují synergicky, kdy „*jeden nastolí agendu, druhý ji rozvine a první na ni opět naváže*“ (Novotný et al. 2012: 37). Z pohledu aktérů veřejné politiky hrají důležitou roli pro proces nastolování agendy v proudu problémů tzv. **problem brokers**. Jedná se o aktéry, jejichž úlohou je aktivně na problémy upozorňovat, zviditelnit je a tlačit je do povědomí tvůrců politik právě díky zhoršujícím se indikátorům a kritickým událostem. Na rozdíl od výše zmíněných promotérů politiky problem brokers pouze „*definují problém, ale nenavrhují k němu řešení*“ (Knaggard 2015: 451).

Tato aktivita aktérů je v rámci MSF označována jako tzv. proces **rámování**, kterým se aktéři snaží konstruovat problém tak, aby zvýšili šanci na jeho přijetí tvůrci politik jakožto prioritní agendy. Proces a techniky rámování jsou velmi důležité, neboť tvůrci politik mají **omezenou kapacitu řešit více problémů najednou**, musí problémy filtrovat podle toho, jak

možné je problém řešit, a zdali jim řešení přinese hmatatelné užitky, či politické body. Rámovat problém mohou nejen problem brokers, ale i již zmínění promotéři veřejných politik, kteří kromě rámování problému nabízejí i jeho možné řešení (Herweg et al. 2017: 22, Novotný et al. 2012: 38-39, Zahariadis 2007: 35).

Proud politics:

Druhý proud je nazýván jako **proud politics (politics stream)**. Jedná se o proud, který „*odkazuje k širšímu politickému diskursu, v jehož rámci je veřejná politika tvořena*“ (Novotný et al. 2012: 39). Jedná se zejména o politické komunity, které jsou složeny z aktérů různých hodnot, ideologií a zájmů (tvůrci politik, státní zaměstnanci, politické strany, zájmové skupiny, výzkumné komunity) a kteří mají určitý zájem na řešení určitého problému, nicméně volné vztahy v rámci komunity způsobují často odlišné představy o podobě problému a jeho řešení (Herweg et al. 2017: 22). Tento proud je tedy typický dynamickými a často konfliktními interakcemi mezi jednotlivými aktéry, kteří mezi sebou soupeří o výsledné podobě veřejné politiky. V tomto proudu interakcí mezi aktéry je tedy problém opakovaně rámován, reformulován a „obrušován“, vznikají první návrhy, kompromisy a kombinace, z čehož se postupně filtrují taková řešení, která jsou dále detailněji diskutována. Vývoj politické diskuse tohoto proudu je ovlivňován třemi základními prvky – **náladou ve společnosti** (national mood), **tlakem zájmových skupin** (interest groups) a **významnými změnami v administrativě či vládě** (Kingdon 1995: 20, český překlad z Novotný et al. 2012: 39).

Nálada ve společnosti souvisí se skutečností, že majoritní část společnosti přemýšlí o určitém problému či fenoménu podobným způsobem, který se ale v čase může měnit na základě vnějších vlivů. Zájemem tvůrců politik je tyto změny v náladách a společenském klimatu sledovat a rámovat problém tak, aby co nejvíce korespondoval s aktuální náladou společnosti. K tomu mohou využívat např. výzkumy veřejného mínění, aby měli pravidelný přehled o tom, co společnost aktuálně nejvíce trápí a podle toho pružně reagovat. Snaží se o to, aby bylo jejich rozhodování co nejblíže v souladu se společenským klimatem, což zvyšuje šanci na politické body a znovuzvolení. Společenské klima tedy často podmiňuje to, zdali se určitý problém stane součástí politické soutěže (Herweg et al. 2017: 24-25, Novotný et al. 2012: 39).

Interakce uvnitř proudu politiky jsou mnohdy ovlivňovány i dalšími aktéry, a to zejména **zájmovými a nátlakovými skupinami**, které mají vlastní zájem na řešení problému. Vliv zájmových skupin na to, zdali se problém stane agendou, závisí na síle zájmové skupiny a postoji skupiny k danému návrhu. Pokud je zájmová skupina v politickém diskursu velmi vlivná a ostře se vymezuje proti určitému návrhu, tím spíše bude komplikovat nastolení agendy,

což nutí tvůrce politiky hledat kompromisy. Pro tvůrce politiky je tedy podpora či odpor nátlakových skupin indikátorem míry konsensu na podobě problému a navrhovaného řešení v širší politické aréně (Herweg et al. 2017: 25, Zahariadis 2007: 73).

Posledním prvkem ovlivňujícím proud politik je **změna ve struktuře a složení vlády či administrativě**. Například pokud se po volbách změní hodnotová a ideologická základna vlády, nastoupí do vrcholných rozhodovacích pozic jedinci, kteří zaujmají k určité problematice jiné přístupy a vyznávají jiné způsoby hledání alternativ (Zahariadis 2007: 73).

U proud politik je dle Herwegové (2017) poměrně problematické najít moment, kdy je tento proud připraven na propojení s ostatními proudy. Důvodem je častý nesoulad v působení třech výše zmíněných prvků, které mohou působit proti sobě a komplikovat tak „připravenost“ proudu. Současně se diskutuje, zdali má jeden prvek, či kombinace prvků, větší vliv na formování agendy. Někteří považují za prioritní změny ve vládě jakožto klíčového aktéra rozhodování (Herweg et al. 2015), dle Zahariadise (2007) je nejefektivnější synergie vládních změn a změn v náladě společnosti (Zahariadis 2007: 73).

Proud veřejných politik

Posledním proudem je **proud veřejných politik** (policy stream), který *„zahrnuje polévku návrhů, které mezi sebou soutěží o to, jaký z nich bude přijat v sítích veřejné politiky“* (Zahariadis 2007: 72). V tomto proudu tedy cirkulují jednotlivá řešení, která jsou vytvářena v tzv. veřejně politických komunitách či sítích (policy communities). Tyto komunity jsou složeny zejména z byrokratického aparátu, z akademických a vědeckých komunit. Každá komunita je spojena zájmem o určitou oblast v jejímž rámci je problém definován. Tito aktéři navrhuji alternativy řešení a ty následně mezi sebou navzájem diskutují. V tomto procesu mohou návrhy řešení upravovat, zachovat jejich status-quo, či určitá řešení opouštět. V rámci těchto komunit tedy dochází k filtraci a výběru těch nejvhodnějších alternativ. Kritérii pro rozhodnutí o tom, jak bude s danou alternativou naloženo, je technická proveditelnost a hodnotová průchodnost. Technická proveditelnost znamená úsilí, které je potřeba vynaložit v procesu implementace alternativy. Pokud je řešení příliš implementačně náročné, tím spíše nebude přijato. Hodnotová průchodnost souvisí s faktem, že pokud návrh řešení není v souladu s hodnotami či ideologií tvůrců politik, klesá šance na jeho přijetí. Zároveň pokud není opatření přijímáno veřejností (public acquiescence), šance na prosazení klesají (Herweg et al. 2017: 24, Zahariadis 2007: 72). Současně je na návrhy řešení nahlíženo i z finanční perspektivy, neboť tvůrci politik hledají takové řešení, které bude efektivní, ale co nejméně nákladné (ibid).

Kromě těchto kritérií pro výběr návrhů je důležitá i samostatná podoba veřejně politické komunity, která návrhy generuje. Dle MSF si komunity nejsou rovné – liší se svou strukturou, velikostí, mírou interakce, či otevřeností. Konfigurace těchto vlastností daných komunit (tzv. integrace) se v každé zemi velmi liší (Novotný et al. 2012: 43).

Propojení proudů: okna příležitostí a role promotérů veřejných politik

Nezávislost proudů je jedním z hlavních předpokladů MSF, nicméně pro nastolení agendy je klíčové, aby se proudy ve vhodném momentu propojily. Dle MSF je klíčové propojit navzájem zejména proud problémů s proudem veřejných politik, tedy najít řešení k danému problému, či naopak. Toto propojení je pak následně prezentováno tvůrcům politik, čímž dojde k vzájemnému propojení všech tří proudů. Tři proudy se však nepropojují automaticky. K jejich propojení je klíčová role tzv. promotérů veřejné politiky (policy entrepreneurs) a okna příležitostí (agenda window) (Herweg et al. 2017: 20).

Okno příležitostí:

Okno příležitostí je dle Kingdona (1995) definováno jako „*možnost protlačit preferovaný návrh řešení problému*“ (Kingdom 1995: 20). Jedná se o okamžik v čase, který vytvoří takové konstelace podmínek umožňující propojení všech proudů, a tím vznikne šance na přijetí veřejné politiky tvůrci politiky. Problémem okna příležitostí je jeho pomíjivost a nepředvídatelnost, neboť se otevírá zpravidla nečekaně a na omezenou dobu. V procesu tvorby politiky se mohou otevírat i okna předvídatelná, která se pravidelně otvírají v různých časových sekvencích (pravidelné volby, tvorba rozpočtu...).

Okna příležitostí se otevírají zpravidla buď v proudu problémů, nebo proudy politics. V proudy problémů se okno otevírá, pokud se objeví tak závažný problém, na který je potřeba hledat řešení. V politickém proudy se mnohdy okno otevře právě při změně v systému vládnutí, kdy nová politická elita může jeden problém rámovat naprosto odlišně než elita odcházející. Agendy jsou tedy nastoleny problémy, či změnami v politickém proudy a následně jsou generována řešení v proudy veřejných politik (Kingdom 1995: 20, Zahariadis 2007: 74).

Promotéři veřejných politik

Okno příležitostí je strukturou, která utváří vhodnou konstelaci podmínek, nicméně musí být včas odhaleno **promotéry veřejných politik (policy entrepreneurs)**. Na rozdíl od problem brokers jsou promotéři veřejných politik znalí problému (mohou tedy působit i jako problém brokers), ale současně k tomu navrhuji i konkrétní řešení problému, které se snaží to s vynaložením všech svých dostupných zdrojů, času a úsilí protlačit ke tvůrcům politik a následně z něj profitovat. Promotér tedy jedná tak, aby snížil problematičnost preferencí a vyjasnil dříve nejasné technologie. Propojení proudů v okně příležitosti tedy závisí na schopnostech promotéra okno odhalit a následně propojit proudy „před zraky“ patřičné politické elity. Promotér má větší šanci prosadit svůj návrh, pokud má blízké kontakty v nejvyšších patrech příslušných tvůrců politik, k jejich hodnotám a preferencím. Větší šanci na prosazení politiky mají promotéři, kteří disponují většími časovými či finančními kapacitami a zdroji, které jsou ochotni investovat ve snaze prosadit navrhované řešení (Novotný et al. 2012: 45).

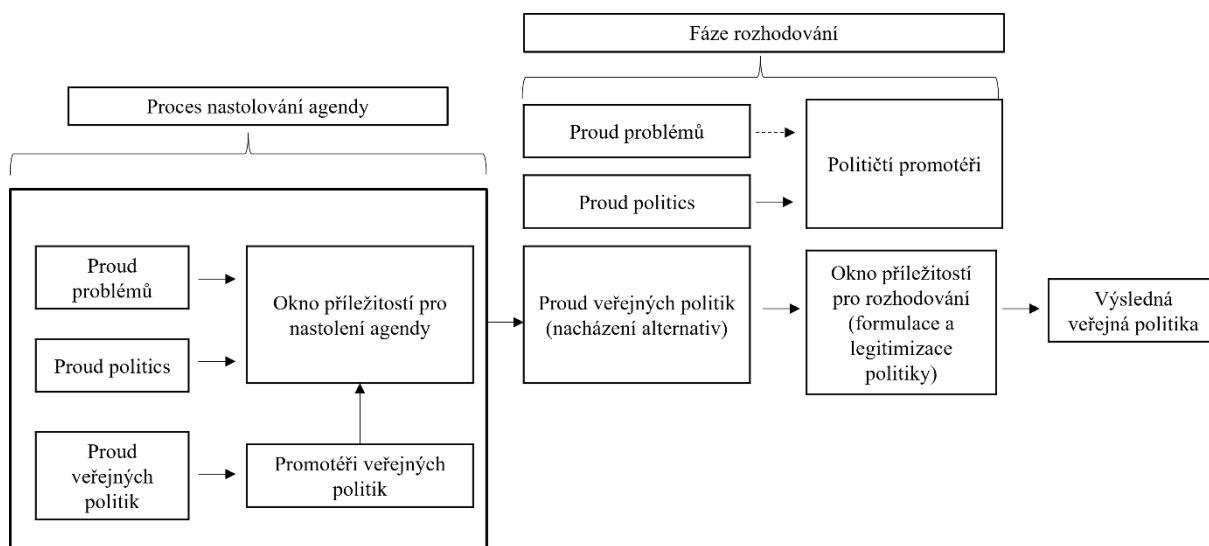
Klíčovým prvkem jednání promotéra jsou nicméně **manipulační strategie**, tedy způsoby, kterými promotér jedná, aby přesvědčil tvůrce politik o vhodnosti svého návrhu. Promotér využívá toho, že lidé mají tendenci přehlížet či ignorovat nové informace. Tuto slabinu tedy využívá, aby manipuloval tvůrce politiky a dosáhl svého cíle (Zahariadis 2007: 77).

Promotér může využívat metodu rámování, kdy promotér poukazuje na potenciální ztráty, které vzniknou v případě, že problém nebude řešen daným návrhem. Promotér tedy tlačí na zachování statu-quo, kterého lze dosáhnout pouze využitím jeho alternativy. Druhou metodou může být využívání symbolů, kterými nabízí jednoduché konstrukce problému a řešení, což je pro zaneprázdněné tvůrce politik přijatelnější a přehlednější. Rovněž využívat hraní na city, kdy velmi závažnou situaci podají tak, aby v emocích tvůrců politik rezonovala co nejvíce. Poslední manipulační strategií je „salámová taktika“. Tato taktika představuje postupné vrstvení jednotlivých kroků, které ale vedou k naplnění promotérova velmi ambiciózního cíle. Zde se promotér řídí tím, že spíše bude jeho návrh přijat, když ho bude dávkovat postupně, než když ho představí celý najednou se všemi jeho riziky a hrozbami (Hinterleitner 2018: 3; Novotný et al. 2012: 47-49; Zahariadis 77-78).

Celkově vzato, promotéři veřejných politik využívají tyto techniky, aby co nejvíce oslovili tvůrce politik, kteří jsou v terminologii MSF označováni jako **političtí promotéři (political entrepreneurs)**. Tito promotéři často stojí mimo komunitu, která vytváří jednotlivé návrhy k danému problému, ale jejich slovo je ve finále rozhodující pro připravenost proudů

politics, neboť stojí na vrcholku hierarchie autority a jejichž souhlas s návrhy promotérů veřejné politiky je tedy tím minimem, které stačí k tomu, aby byl proud politics připraven k propojení (King et al. 1991: 153). Promotéři veřejných politiky tedy jednají tak, aby jejich řešení získalo zájem politických promotérů, kteří svým finálním rozhodnutím ovlivní, zdali je proud politics připraven k propojení a zdali agenda bude nastolena (Herweg et al. 2017: 32).

Obrázek č. 1: Modifikovaný model MSF



Zdroj: Herweg et al. In Weible 2017: 31

Překlad: Angelovská 2021: 32

Úprava: vlastní

Obrázek č. 1 ukazuje modifikované schéma MSF, které rozšiřuje a upravuje schéma původní o další fáze veřejněpolitického procesu. Jedná se o vzájemné vztahy mezi jednotlivými prvky MSF. Jelikož se v práci zaměřuji na proces nastolování agendy, ohraničil jsem tu část schématu, která je pro mou práci relevantní, neboť mnou zkoumaný proces ještě nedospěl do další fáze rozhodování.

Limity MSF

I přes to, že je MSF velmi vlivnou a robustní veřejněpolitickou teorií, která byla mnohokrát aktualizována, přináší řadu rizik. Vycházím zejména z nejaktuálnější verze MSF popsanou Herwegovou a kolektivem (2017), kteří popisují následující rizika. Prvním z nich je diskutabilní tvrzení, že proudy jsou na sobě nezávislé. Hlavní kritici tohoto tvrzení poukazují na to, že změny v jednom proudu mohou ovlivnit vývoj proudu jiného, tudíž úplná nezávislost není možná (Mucciaroni in Weible et al. 2017). Toto může být viditelné i v případě mé práce, neboť eskalace indikátorů v proudu problémů ovlivnila náladu ve společnosti v proudu politics.

Tato teorie je současně považována za příliš nejasnou. Kritici vyčítají nejasné definice a koncepty, které jsou velmi obtížně měřitelné. Z toho vyplývá problematika definic, které MSF využívá, neboť neměřitelnost konceptů činí hypotézy nevyvratitelnými. Problémy MSF můžeme vidět i v rámci aktérů, kteří se procesu účastní. V aktérské rovině je současně MSF vytýkána přílišně „zbrklé“ rozložení kompetencí mezi promotéry veřejných politik a tvůrců politik. Prvně jmenovaní jsou považováni za čistě racionální aktéry, kdežto tvůrci politik působí dojemem nedostatečně znalých, racionálních a kompetentních. Tento přístup je mnohdy kritizován, neboť promotéři veřejných politik ne vždy jednají naprosto racionálně s jasnými preferencemi. Velmi zjednodušeně řečeno, promotéři veřejné politiky nejsou „dokonalí“, a tvůrci politiky na druhou stranu nejsou vždy „mimo realitu“ (Herweg et al. 2017: 41).

I když je MSF velmi robustní, nebere mnohdy v potaz vliv dalších prvků, které mohou proces významně ovlivnit. První se týká opět aktérů. Knaggardová (2015) upozorňuje, že především původní Kingdonovo uchopení MSF nereflektuje roli problem brokers, kteří ale mohou hrát klíčovou roli pro mobilizaci dalších promotérů (Knaggard 2015). MSF by i v kontextu dnešní doby měla brát více v potaz roli médií, která se mohou významně podílet na rámování problému a posouvat proces nastolování agendy. Toto tvrzení mohu potvrdit v kontextu mé práce, kdy zejména problem brokers, ale i promotéři veřejné politiky, využívali práci médií, která jim pomohla problém velmi výrazně zviditelnit (Herweg et al. 2017: 41)

5.3 Aktéři ve veřejné politice

Jelikož jedna je veřejná politika mimo jiné definována i jako „*proud záměrných činností realizovaných jedním či více aktéry při řešení nějakého problému či určitého zájmu*“ (Anderson in Veselý et al. 2007: 20), hrají aktéři velmi důležitou roli v procesech tvorby politiky. Jedná se o „*jednotlivce, skupiny, či organizace, kteří mohou ovlivnit nebo mohou být ovlivněni připravovanou nebo realizovanou politikou*“ (Veselý et al. 2007: 225). Klíčovým vstupem aktérů jsou jejich rozdílné zájmy o podobě určité politiky, informace a zkušenosti které „*motivují jednání aktérů*“ (Potůček et al. 2016: 56). Vstupují tedy do procesu s jasně stanoveným a reflektovaným záměrem ovlivnit podobu politiky s využitím všech dostupných zdrojů (Mouralová 2019: 42; Weible 2007: 95).

V procesu tvorby politiky aktéři jednají (využívají své zdroje) v ohledu na institucionální prostředí a pravidla, která musí respektovat, a dle nich jednat. Jelikož každý aktér jedná na základě svých vlastních hodnot a zájmů, často vstupuje do kolize se zájmy dalších aktérů, čímž společně přispívají k dynamické podobě procesu nastolování agendy. Tyto interakce velmi významně ovlivňují průběh procesu tvorby politiky, neboť dochází k různým

formacím aktérů, dohodám, konfliktům, či kompromisům o podobě dané politiky ve snaze dojít ke konsensu tak, aby byly naplněny zájmy všech zúčastněných. Heterogenita aktérů a jejich zájmů však často bývá důvodem, proč jsou určité politiky považovány za tříštěné, nepřehledné a problematicky formulovatelné (Mouralová 2019: 44, Veselý et al. 2007: 35).

V každém veřejněpolitickém procesu figuruje široké spektrum heterogenních aktérů, napříč veřejněpolitickými arénami. Aktéři mohou vystupovat jako jednotlivci snažící se prosadit svůj individuální zájem (političtí zástupci, zástupci expertů či analytiků politiky, o názoroví vůdci atp.), či se mohou shlukovat do skupin či komunit, a společně vyžívají výhody plynoucí z tohoto spojení k prosazení svého zájmu (např. zájmové a nátlakové skupiny, think-tankové organizace, politické strany, veřejnost...). Skupinovým aktérem však mohou být i aktéři tržního systému jako firmy, či naopak organizace občanského sektoru. I v rámci MSF se velmi důležitým aktérem stávají masová média, která tím, jak rámuji problém, znatelně ovlivňují podobu a postavení agendy (Herweg et al. 2017: 42; Howlett et al. 2009: 75)

Vstupní podmínky pro účast aktérů do procesu tvorby politiky:

Přítomnost konkrétního aktéra v procesu tvorby politiky není čistě náhodná, ale musí být legitimizována charakteristikami, které otevírají aktéru přístup do konkrétního procesu. Tím dochází k regulaci počtu aktérů, kteří se na tvorbě politiky podílejí. Colebatch (2005) vymezuje jako základní podmínky pro účast **autoritu** a **odbornost** (Colebatch 2005: 32-36).

Autorita

Mény a Thoenig (1989) definují veřejnou politiku jako „*produkt činnosti určité autority, které byla svěřena veřejná moc a vládní legitimita*“ (Mény, Thoenig in Knoepfel et al. 2011: 19). Jinak řečeno, pokud nebude politika shledána jako legitimní aktérem, který má autoritu rozhodovat, daná politika či problém mizí. Autoritu může držet jak jedinec, tak i kolektivní aktér, nejčastěji se však jedná o vrcholné politické vůdce či subjekty, kterým byla svěřena legitimní moc rozhodovat (Howlett et al. 2009: 61). Na nejvyšší úrovni národního vládnutí hovoříme například o exekutivě s mocí rozhodovat o implementaci politik na úrovni celého státu. Autorita je však přenášena i na nižší úrovně vládnutí (zastupitelstva na úrovních krajů; vedoucí pracovníci na úrovni podniků a organizací...). I autorita tedy podléhá určité hierarchii rozložení legitimní moci. Jak Colebatch shrnuje, autorita stanovuje základní podmínky, kterými se bude proces tvorby politiky řídit, a ohraničuje prostředí, kterému jednotliví aktéři přizpůsobují své jednání. Tyto podmínky jsou „*pro někoho snadnější, pro někoho obtížnější*“ (Colebatch 2005: 33,34).

Odbornost

Další podmínkou, která umožňuje vstup aktérů do veřejně politického procesu, je odbornost. Aby se politika stala legitimní a především funkční, musí být navázána na určitou oblast společenské praxe, která vyžaduje jistou míru odborného poznání či kritického posouzení dané problematiky. Žádná politika tedy nemůže být čistě hodnotově založena, ale musí obsahovat i exaktní a odbornou stránku, která posiluje legitimitu dané politiky a „*pomáhá organizovat politickou aktivitu*“ (Colebatch 2005: 19).

Jelikož odbornost není univerzální ani statickou vlastností, rozpadá se do konkrétních oblastí podle dané specializace a tím se podílí na utváření dílčích veřejných politiky (odbornost zdravotní, ekonomická...). Kategorie odbornosti nejsou od sebe izolované, ale naopak se mohou velmi často propojovat, neboť konkrétní problém může vyžadovat odbornou znalost z více sektorů. Tlak na různorodost odborné znalosti způsobuje, že do veřejně politických procesů vstupuje řada rozličných aktérů splňujících atribut odbornosti. Konkrétně hovoříme například o poradcích, vědcích, vědeckých komunitách, think-tankových organizací atp. Tito aktéři se snaží svými odbornými znalostmi analyzovat řešené problémy a poskytovat tak autoritě kritické a na faktech založené poznání, které z odborného hlediska zvyšuje funkčnost a důvěryhodnost dané politiky. Odborníci k vytváření těchto expertíz využívají kombinace mnoha odborných metod, jako monitoring, sběr empirických dat, evaluace, popřípadě tvorbu doporučení, či strategií (Veselý et al. 2007: 14).

Aktéři veřejné politiky v propojení s MSF

I MSF klade velký důraz na působení aktérů v procesu tvorby politiky a přikládá působení aktérů velký význam, neboť s nimi operuje napříč všemi klíčovými prvky, koncepty a faktory celé teorie. Aktéři významně vystupují již v samém základu MSF, neboť svou heterogenitou, neustálou fluktuací v rámci organizace, nejasnými a rozdílnými zájmy, kompetencemi a pravomocemi přispívají k organizovaně anarchické podobě organizace. Navíc spoluutvářejí pomyslný odpadkový koš, do něhož „*odhazují různé problémy a řešení (politiky), které spolu nemusí vůbec souviset*“ (Mouralová 2020: 87, Cohen et al. 1972).

Aktéři současně zaujímají specifické místo v každém ze tří proudů. V proudu problémů aktéři vystupují jako nositelé témat, neboť indikátory, zpětné vazby a kritické události se snaží problém protlačit k relevantní skupině aktérů. V proudu problémů se jedná o již zmíněné problem brokers, kteří se snaží problém rámovat a dostávat ho do středu zájmu politiků. Aktéři jsou významným prvkem proudu politiky, který je dle Muralové (2019) aktéry přímo definován, neboť

se jedná o proud, v jehož rámci dochází ke konkrétním interakcím mezi aktéry navzájem – příkladem může být nátlak zájmových skupin jakožto skupinového organizovaného aktéra, či stav nálady ve společnosti, který je dán celkovým nastavením jedinců vůči určité problematice (Mouralová 2019: 87). V proudu veřejných politik je kritérium aktérů rovněž nezpochybnitelné, neboť interakce mezi aktéry a působení promotérů veřejné politiky i politických promotérů ovlivňují propojení proudů v okně příležitostí (Herweg et al. 2017: 28).

Koncepty odbornosti a autority, coby klíčových vstupů, je možné poměrně dobře propojit s terminologií aktérů MSF. V proudu problémů figurují **problem brokers**, kteří na problém upozorňují. Velmi často se jedná o aktéry, kteří mají hloubkový vhled do problému a jejich klíčovým vstupem je **odborná znalost**, kterou využívají pro rámování problému. **Promotér veřejné politiky** se pohybuje na pomezí odbornosti a autority, neboť je znalý problému (odbornost), ale má vazby i k politickým promotérům, coby zástupcům autority. **Politiciální promotéři** zastupování vrcholnou politickou elitou, jsou často vně odborný diskurs, ale jejich podíl na autoritě je natolik silný, že mají ve finále poslední slovo. Jejich vstup do procesu je tedy legitimizován právě autoritou.

6 Metodologie zkoumání problému nedostatečnosti v dětské psychiatrii v ČR

Po vymezení problematiky a teoretického ukotvení práce se zaměřím na analytickou část práce, která vyžaduje důkladné seznámení s metodologickým postupem. V návaznosti na cíle a výzkumné otázky je potřeba učinit „*sérii metodologických rozhodnutí*“, která systematizují přístup výzkumníka, udávají směr a řád celému výzkumu, a tím ho zjednodušují a zpřehledňují (Veselý et al. 2007: 142, MacDonald et al. 2009: 3). Jedná se zejména o práci s hodnotami, volbu analytického přístupu, nástroje sběru dat a analýzy, které jsou vhodné v kontextu tématu, cílů a výzkumných otázek (Mouralová 2019: 15).

6.1 Základní metodologická rozhodnutí

Před představením konkrétní metodologie, tedy postupu při shromažďování dat a práci s nimi, je potřeba stanovit základní axiologické uchopení práce, tedy způsob, jakým výzkumník zachází s hodnotovým rámováním problému a jakou optikou na problém jako celek nahlíží. Rozhodl jsem se pro normativní metodologický rámec respektující význam hodnot ve společenských procesech, neboť i veřejné politiky jsou utvářeny aktéry, kteří odlišně vnímají problémy okolo sebe, svými hodnotami rámuje celý proces a vnáší je do podoby politiky (Veselý et al. 2007: 141, Raadschelders 2018: 4). Hodnotově zabarvené je i téma této práce, neboť nedostatečnost a problémy psychiatrické péče o děti je na základě sdíleného hodnotového rámce vnímám jako nežádoucí stav, který brání k dosažení požadovaného stavu dětské psychiatrické péče. Současně chci ke své práci přistupovat reflexivně a kriticky, uvědomovat si svá subjektivní rozhodnutí, která jsou zatížena mými hodnotami. Mou snahou bude v celém procesu práce vysvětlovat svá rozhodnutí a zdůvodňovat své kroky s tím, že se nejedná o jediný a dogmaticky správný přístup a perspektivu (Mouralová 2019: 16,17).

Co se týče druhého metodologického rozhodnutí, jedná se o stanovení metodologického přístupu. Pro potřeby této práce jsem se rozhodl zvolit přístup kvalitativní, neboť mě zajímá, jak jedinci vnímají určitý problém a jaké významy mu připisují opět na základě svých vlastních hodnot, zkušeností, přístupů a vztahů, které navazují (Hancock et al. 2009: 5). Kvalitativní přístup ve veřejněpolitickém výzkumu je volen, když se snažíme „*pochopit fenomény, jako jsou chování a instituce, na základě toho, jak tyto fenomény vnímají a prožívají jednotliví lidé, popř. skupiny, ve svém přirozeném prostředí a v různých situacích*“ (Veselý et al. 2007: 150), čímž dokážeme zachytit „*myšlenky a pocity účastníků výzkumu*“ (Sutton et al. 2015: 226), skryté vztahy, důsledky a příčiny, a tím odhalit „*podstatu (sledovaných) jevů*“ (Corbin, Strauss 1999: 11).

Výhodou kvalitativního přístupu je možnost pružně přizpůsobovat design výzkumu nově se vynořujícím okolnostem. Tato flexibilita pomáhá hledat co nejlepší cesty k dosažení takových výsledků, které hloubkově rozkryjí jádro problém. Kvalitativní výzkum dále není striktně vázán na předem stanovené hypotézy. Základem je správně stanovená obecnější výzkumná otázka s následným sběrem detailních a hutných a dat od menšího vzorku relevantních participantů (Hendl 2016: 46; Veselý et al. 2007: 150)

V rámci kvalitativního výzkumu se však musí výzkumník oprostit od jakékoliv tendence data kvantifikovat a zobecňovat, neboť se často zaměřuje na izolované hodnotově zabarvené jevy, popřípadě na specifické cílové skupiny či fenomény, které mohou být jedinečné a tudíž nezobecnitelné. Tuto skutečnost musíme zohlednit jak ve fázi sběru dat, tak následně v procesu analýzy a interpretace. Kvalitativní přístup je současně silně normativní a je mnohem citlivější na roli výzkumníka, který musí o to více kriticky reflektovat svoji vlastní roli a roli svých hodnot. Jelikož v kvalitativním výzkumu vzniká intimnější vztah mezi výzkumníkem a účastníkem výzkumu, musí výzkumník k tématu přistupovat citlivě a pečlivě dbát na ochranu účastníků výzkumu (Sutton et al. 2015: 227).

6.2 Metody sběru dat a podoba dat

Důležitost výběru metody sběru dat dobře popisuje Kabir (2016), dle něhož může mít výzkumník „*ten nejlepší výzkumný design na světě, ale pokud není schopen nasbírat data, nebude nikdy schopen projekt dokončit*“ (Kabir 2016: 202). Jedná se o proces systematického sběru informací, jehož hlavním cílem je dojít ke spolehlivé odpovědi na stanovené výzkumné otázky, a naplnit tak cíle práce. Tato fáze výzkumu vyžaduje pečlivé plánování a selekci mezi jednotlivými metodami sběru dat na základě přesného určení podoby dat či zkoumaného vzorku (ibid).

Ve veřejněpolitickém výzkumu mnohdy výzkumník využívá data jak primární, tedy aktivně sebraná v terénu přímo výzkumníkem, tak i data sekundární, tedy již dříve vytvořená. Kombinované využití obou typů dat umožňuje získat komplexní rámec problému a proniknout tak ke skrytým příčinám a důsledkům (Veselý et al. 2007: 157). Primární data mají tu výhodu, že výzkumník zná kontext sběru, navíc se jedná o data čerstvá a aktuální, která vyplňují mezeru v poznání daného problému. Jejich sběr je ale časově náročný a kvalita dat může být mnohdy sporná. Sekundární data jsou ve veřejné politice nejčastěji využívána v podobě veřejněpolitických dokumentů (VPD), které jsou považovány za „*stavební kámen většiny analýz*“ (Veselý et. al 2007: 159), neboť věcně a explicitně zachytávají proces tvorby politiky v různých fázích a vnáší politiku do závazné a psané podoby. VPD mohou na politiku nahlížet

z různých perspektiv, podle kterých jsou VPD děleny např. na dokumenty výzkumné, strategické, legislativní atp (ibid).

I v případě mé práce bude tato kombinace potřebná, neboť bude třeba reflektovat postoje a názory aktérů k určité politice, která je více či méně explicitně zachycena ve VPD. Páteří výzkumu však budou zejména data primární doplněná o poznatky VPD. Toto rozhodnutí použít VPD jako doplňková data pro doplnění kontextu vychází již ze samotné formulace výzkumného problému, který se zaměřuje mj. i na neexistenci explicitní politiky, která by v podobě explicitního dokumentu by zachytávala adresně problematiku dětské psychiatrické péče (např. ve formě zákona, či cílené strategie/koncepce). V rámci dětské psychiatrie tedy soudím, že by podrobnější a systematické studium VPD nepřineslo dostatečně hutné informace, neboť neexistuje žádný dokument, který by se týkal výhradně této oblasti.

Pro veřejnou politiku je dle Veselého a Nekoly klíčová zejména metoda založená na polostrukturovaných rozhovorech, které dokáží efektivně zachytit jednotlivé přístupy a zkušenosti tázaných (Veselý et al: 2007). V policy analysis jsou velmi často využívány rozhovory s experty na určitou oblast, jejichž znalost, kterou se snažíme analyzovat, je klíčová pro pochopení a popis problému. Velmi často se jedná o úředníky, kteří se pohybují v procesu tvorby dané politiky a mohou poskytnout skryté zákulisní informace, které ve VPD nenajdeme (Hendl 2016: 193; Döringer 2021: 266). Nespornou výhodou této metody při analýze veřejných politiky je získ relevantních a na faktech založených dat, neboť expert reprezentuje svými znalostmi celou vědní oblast. Zároveň můžeme získat další směr výzkumu, či další kontakty uvnitř dané odborné komunity (Veselý et al. 2007: 175). Současně je možné identifikovat rozdílnosti či shody v postojích expertů k dané problematice, což může pomoci zodpovědět základní otázku toho, proč daná agenda nebyla nastolena a problém nebyl řešen, neboť nedošlo ke konsensu na podobě řešení, či na závažnosti problému (Döringer 2021: 276).

Ani rozhovory s odborníky nejsou hodnotově neutrální, neboť se stále jedná o jeden individuální pohled jedince, byť je postaven na odborné znalosti. I v tomto případě je třeba reflektovat hodnotový rámec, který je v pozadí znalostí účastníka rozhovoru, a to po celou dobu práce s těmito daty – od jejich sběru až po jejich vyhodnocení. Již samotná volba experta vychází z předpokladů výzkumníka a jeho přesvědčení o relevanci dané znalosti pro výzkumný problém (Döringer 2021: 269).

V reflexi výše zmíněných bodů jsem postupoval následovně. Návazně na předem prostudovanou problematiku a teoretická východiska jsem úsudkem vybíral aktéry, kteří byli z mého pohledu relevantní pro provedení rozhovoru. Jednalo se zaprvé o zástupce odborných

skupin aktivně působících v péči o duševní zdraví dětí (pedopsychiatrii, zástupci komunitních složek) a zadruhé o úřednickou oblast (úředníci, spoluvůdci reformy). Obě tyto skupiny se mnohdy protínaly, neboť zejména u odborníků bylo žádoucí, aby se alespoň částečně vyznali v procesu tvorby politiky duševního zdraví. Jednalo se např. o členy úřednicko-odborných orgánů z řad odborných asociací (např. odborníci v Radě vlády pro duševní zdraví atd). V průběhu provádění rozhovorů jsem kontaktoval další aktéry v návaznosti na nabyté informace a kontakty, které jsem získal od dotazovaných (tzv. metoda nabalování). Pro každý rozhovor jsem vytvořil scénář se základními body či tématy, kterými jsem se chtěl zabývat.¹⁰ Každý scénář jsem vždy modifikoval podle charakteru a zařazení aktéra a byl sestaven natolik flexibilně, abych měl prostor klást doplňující otázky a získávat tak detailnější vhled do problému (Adams 2015: 492).

Čtyři rozhovory proběhly na základě osobního setkání. V rámci garance ochrany dat jsem nejdříve vysvětlil způsob zacházení s daty a oba jsme podepsali informovaný souhlas.¹¹ Pět rozhovorů proběhlo distančně. V tomto případě jsem po tázaných chtěl, aby se explicitně vyjádřili na nahrávku, že nemají s nahráváním problém. Pouze v jednom případě jsme se předem domluvili s tázaným, že nebude nahráván, nicméně souhlasit s účastí asistenta, který měl za úkol simultánně přepisovat klíčové informace. Všechny další rozhovory jsem tedy nahrával, abych měl zálohu pro další práci s daty.

Kontaktování a proces dotazování jsem ukončil, když se informace začaly ve větší míře opakovat. Celkově se mi podařilo získat devět rozhovorů s relevantními aktéry. Jelikož je komunita týkající se dětského duševního zdraví a psychiatrické péče poměrně úzká, považuji tento počet za dostatečný. Navíc s přibývajícím počtem provedených rozhovorů se již jména opakovala, což bylo signálem o adekvátní nasycenosti vzorku. Seznam účastníků rozhovorů a jejich specifikace je popsán v tabulce níže.

¹⁰ Příklad scénáře je k nahlédnutí v příloze č. 1

¹¹ Vzor informovaného souhlasu je k nahlédnutí v příloze č. 2

Tabulka č. 1: Přehled dotazovaných expertů

Jméno dotazovaného	Zařazení	Forma rozhovoru	Délka rozhovoru	Datum rozhovoru
MUDr. Tomáš Havelka	Primář dětského psychiatrického oddělení PN Havlíčkův Brod Předseda Asociace dětské a dorostové psychiatrie	Distanční	0:34:01	10.2.2022
Úřednice Ministerstva zdravotnictví (anonymizována)	Zaměstnankyně Ministerstva zdravotnictví	Osobní	0:47:03	17.2.2022
PaeDr. Blanka Veškrnová	Předsedkyně Asociace komunitních služeb	Distanční	0:53:30	21.2.2022
MUDr. Petra Uhlíková	Předsedkyně Sekce dětské a dorostové psychiatrie Vedoucí denního stacionáře pro adolescenty VFN Praha Členka Pracovní skupiny pro dětské duševní zdraví	Osobní	0:39:50	23.2.2022
PhDr. Ivan Duškov	Bývalý předseda Výkonného výboru strategie reformy psychiatrické péče	Osobní	0:53:13	28.2.2022
Mgr. Miroslava Flemrová	Ředitelka n. o. Dům tří přání, který obsahuje multidisciplinární tým pro děti	Distanční	0:56:51	4.3.2022
Bc. Štěpán Plecháček	Bývalý gestor projektu Transformace psychiatrických nemocnic	Osobní	1:03:47	7.3.2022
Mgr. Klára Laurenčíková	Předsedkyně Meziřesortní koordinační skupiny pro dětské duševní zdraví	Distanční	0:34:28	24.3.2022
MUDr. Martin Hollý	Ředitel PN Bohnice Bývalý předseda České psychiatrické společnosti Člen Strategické kanceláře MZ	Distanční	0:59:30	24.3.2022

Zdroj:

Tabulka: vlastní

Co se týče využitých dokumentů, využil jsem dva stěžejní strategické dokumenty **Strategie reformy psychiatrické péče 2013 (dále SRPP)** a **Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 (dále NAPDZ)**. Tyto dokumenty okrajově zachytávají agendu dětského duševního zdraví a navrhují prvotní a spíše vágní řešení. Dále jsem využíval VPD, které spíše popisovaly kontext (např. Zpráva ze zasedání Rady vlády pro duševní zdraví atp.), a následně dokumenty výzkumné, evaluační i dokumenty se statistickými údaji (např. Aktuální stav reformy péče o duševní zdraví, Připomínky Sekce dětské a dorostové psychiatrie ČLS JEP a Asociace dětské a dorostové psychiatrie, Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky; Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučen; ročenky ÚZIS).

6.3 Analýza získaných dat

Již během procesu sběru dat jsem zahájil i postupnou analytickou fázi informací z rozhovorů. Nahrávané rozhovory jsem v první fázi přepsal, abych měl datový korpus i v písemné podobě, která umožňuje přehlednější a jednodušší kódování. Přepis rozhovoru je klíčový pro podrobné vyhodnocení, neboť data jsou více „hmatatelná“, je možné s nimi lépe pracovat a uspořádat je tak, aby byla analýza co nejprehlednější (Hendl 2016: 212).

Přepsané rozhovory jsem se rozhodl analyzovat pomocí tematické analýzy. Jedná se o pružný analytický přístup, který není striktně vázán na teorii a umožňuje „*bohatou, detailní a komplexní zprávu o datech*“ (ibid: 264). Tematická analýza spočívá na detailním rozboru dat, První fází rozboru je tzv. otevřené kódování, během kterého jsou datům přidělovány kódy, které redukuje datový korpus za účelem první lokalizace témat. Během práce s daty jsem přepisy pečlivě pročítal a vyhledával společná témata, která se pravidelně opakovala. Každou tuto jednotku jsem stručně okomentoval podle její vypovídající hodnoty. Tyto stručné komentáře jsou označovány jako kódy. Kódy jsem následně redukoval do konceptů, které shlukovaly kódy se stejnou informací/tématem do obecnějších celků. Koncepty jsem konstruoval na základě využitých teoretických pojmů a celkového zaměření práce. Celý přepis jsem se snažil redukovat co nejmenším počtem konceptů, aby nebyl příliš tříštěný.

Po první fázi otevřeného kódování jsem se snažil koncepty a kódy významově propojit a sledoval jaké kombinace se objevují a opakují. Tímto přístupem se začaly postupně odkrývat na první pohled skryté souvislosti mezi jednotlivými výroky a potenciální vztahy mezi tématy navzájem. Všiml jsem si, jak například navzájem souvisí jednotlivé problémy psychiatrické péče, jak je definována cílová skupina dětí atp. V kontextu teoretického zakotvení jsem si všiml prvků MSF a aktérů ve veřejné politice, jejich souvislostí a propojením.

V dalším procesu analýzy jsem začal shlukovat koncepty do kategorií, které jsou založeny na ještě vyšší míře obecnosti (ukázka v příloze č. 4). Některé koncepty jsem spojil do kategorií, některé zůstaly samostatně, neboť významově nemělo smysl je dále zobecňovat. Ve finální fázi, kdy byly přepisy řádně okódované a dále redukované do konceptů a kategorií jsem začal kategorie, koncepty a kódy navzájem porovnávat, propojovat. Díky tomu se začala objevovat témata. Témata jsem v nejdříve posuzoval izolovaně, abych porozuměl informaci, kterou nesly. Následně jsem témata vztahoval k práci jako celku, tedy jakou informaci témata přinášejí, jaký význam vzhledem k výzkumnému problému nesou a jakým způsobem mi dané téma pomůže zodpovědět výzkumné otázky a naplnit cíle práce. Ve výsledku je možné tedy

získat detailní vhled do zkoumaného problému, vyselektovat z rozhovorů informace a porozumět a vysvětlit danou problematiku.¹²

Jelikož jsem jako doplňková data využíval i VPD (strategie, koncepce, analýzy, záznamy z jednání...) je třeba zmínit i můj výzkumný přístup k této podobě dat. Jelikož jsem se primárně opíral o informace z rozhovorů a současně i vzhledem k tomu, že problémy dětské psychiatrie nemají pevnou základnu ve VPD, neprováděl jsem detailní rozbor podobně, jako v případě rozhovorů. Jednalo se tedy spíše o studium dokumentů než o jejich důkladnou systematickou analýzu. Pomocí desk research jsem vyhledával dokumenty, které se více či méně explicitně zaměřovaly na problematiku dětské psychiatrické péče. Mým cílem bylo vyhledat strategické dokumenty, analýzy a evaluace, zápisy z jednání atp. Vybrané dokumenty jsem pročítal a všímal si témat na základě předem stanovených klíčových slov, které odkazovaly k problému dětského duševního zdraví (např. děti, pedopsychiatrie, adolescenti, dospívající, dětská psychiatrie atp.). Pomocí zadávání klíčových slov jsem vyhledával pasáže v dokumentech, které přímo odkazovaly k danému tématu a tato témata jsem následně komparoval s tématy z rozhovorů, propojoval jsem je atd. Velmi často témata získaná z dokumentů fungovala jako ověření tvrzení informace z rozhovoru.

Data jsem v následné fázi kombinoval, všímal jsem si skrytých souvislostí, a postupně skládal mozaiku informací, která odpovídala stanoveným cílům a otázkám. Tímto jsem tedy získal komplexní obraz a poznatky, které budou představeny v následujících kapitolách. Samostatně jsem nicméně provedl ještě analýzu aktérů, která má svůj vlastní specifický postup. Proto je jí vyčleněna kapitola č. 7.

¹² Ukázka kódování je k dispozici v příloze č. 3

6.4 Limity výzkumu

V rámci reflexivního přístupu, který jsem deklaroval na počátku práce, je důležité upozornit i na limity takto designovaného výzkumu. První omezení vyplývá z charakteristik kvalitativního designu jako takového, neboť závěry vycházející z dat jsou aplikovatelné pouze pro tento konkrétní příklad a v žádném případě nemohou být dále generalizovány.

Výzkum je současně velmi významně postaven na hodnotách a předpokladech, které provázejí celý můj analytický přístup, ať již hovořím o výběru dotazovaných aktérů na základě svých úsudků, či o perspektivách a pohledech, kterými jsem na problém nahlížel. Z toho vyplývá závěr, že mnou zvolený přístup není jediný správný, neboť je možné na tuto problematiku nahlížet jinými pohledy, teoretickými rámci, či činit jiný metodologická rozhodnutí a jejich kombinace.

Dalším limitem je fokus na období, které není stále ukončeno, neboť proces nastolování agendy nebyl ještě ukončen. Z toho plyne, že závěry mé práce nemusí při čtení v budoucnu odpovídat reálné situaci.

7 Analýza aktérů

Jelikož jsou aktéři hybateli veřejněpolitických procesů, je třeba v průběhu analýzy veřejné politiky definovat důležité aktéry, kteří se svými interakcemi podílejí na procesu tvorby konkrétní politiky. (Bryson 2003: 6). Systematické sbírání informací o tom, či zájmy a perspektivy by měl výzkumník brát v potaz v procesu nastolování agendy a následné tvorby konkrétní politiky, se nazývá stakeholder analysis (dále SA). Účelem SA je identifikovat „*klíčové aktéry, jejich znalosti, zájmy, role a vztah k důležitosti dané politiky*“ (Schmeer 1999: 4). SA prováděnou v průběhu politického procesu využívají zejména promotéři veřejných politik za účelem zvýšit šanci pro přijetí svých řešení tím, že budou mít podrobný přehled o přítomných aktérech a jejich zájmech. Retrospektivní využití SA naopak popisuje průběh procesu zpětně, vyhodnocuje případné problémy, bariéry a kontext, proč určitá politika selhala, či v našem případě, nebyla nastolena (ibid). Výhodou SA je, že nebývá náročná ani na čas, ani na zdroje, je univerzální a nabízí řadu technik. Dokáže velmi dobře definovat relevantní aktéry, popř. koalice a poskytuje dobrý pohled na to, jak jsou politiky průchozí, což je v perspektivě MSF velmi důležitým prvkem při výběru alternativ (Bryson 2003: 11)

Postup analýzy:

V případě této práce budu využívat retrospektivní SA, neboť mě zajímá, jaké příčiny, události a interakce, zpomalují nastolení agendy týkající se problémů dětské psychiatrie. Rozhodl jsem se využít základní techniku SA, která nabízí „*rychlou identifikaci aktérů, jejich zájmů, rolí a vztahů*“ (Bryson 2003: 14,15) pomocí rychlého monitoringu potenciálních aktérů. Ti jsou analyzováni na základě kritérií, pomocí kterých lze popsat místo aktérů v konkrétním procesu.

Jelikož pracuji s koncepty autority a odbornosti, které jsou nutné pro vstup do procesu, doplňuji tuto základní techniku SA i další redukovanou technikou, která se nazývá Power/Interest Grid (dále PIG), a definuje aktéry podle toho, zdali jsou obdařeni mocí, či určitou mírou zájmu. Tato technika se zaměřuje na rozložení těchto dvou prvků mezi jednotlivými aktéry. Ve spojení s Colebatchovými koncepty odbornosti a autority coby vstupních podmínek do procesu, budu moc a autoritu považovat za synonymum. Jelikož zájem aktéra nemusí vždy pramenit z autority, či odbornosti, budu ho považovat za třetí podmínku vstupu do procesu, neboť zájem může splňovat i aktér, jehož jednání je pro proces relevantní, ale nepochází ani ze sféry odborné, ani politické (např. rodiče, veřejnost...). Ve výsledku získáme dělení aktérů, kdy na vrcholku hierarchie stojí ti, kteří disponují velkou autoritou a i odborností, až po tu skupinu aktérů, kteří mají velmi malý podíl na autoritě i malý zájem, či

odbornost. V mezipatrech hierarchie jsou pak kombinace velké/malé autority/odbornosti (Bryson 2003: 15,16).

Na základě doporučeného postupu základní techniky SA jsem využil data sebraná z rozhovorů, informace z relevantních veřejněpolitických dokumentů i z médií a snažil se vytvořit přehled aktérů, kteří se významně podílejí na vývoji agendy dětského duševního zdraví. Jelikož se tohoto procesu účastní velká skupina aktérů, rozhodl jsem se zmínit pouze vybrané, a to na základě subjektivního úsudku založeného na zkušenosti. Do tohoto seznamu jsem zahrnul všechny dotazované, neboť již samotný rozhovor legitimizuje zařazení aktéra na základě autority či odbornosti.

Jako další aktéry jsem vybíral ty, jejichž jméno se opakovaně objevilo buď v průběhu rozhovoru, tak např. v médiích či dokumentech, a jejichž působení mohlo ovlivnit podobu dané agendy. Tohoto opakovaně zmíněného aktéra jsem zařadil pokud:

- 1) se aktivně podílel v rámci pracovních skupin a odborných týmů na rozvoji agendy dětské psychiatrie
- 2) působil potenciálně jako problem broker – aktivně se vyjadřoval k existenci problému ve veřejném prostoru s využitím relevantních indikátorů/zpětných vazeb a využíval k tomu odbornost/zájem jako vstupní podmínku
- 3) plnil roli spojovatele mezi odborností a mocí a fungoval jako promotér veřejných politik (aktivní komunikace s tvůrci politik, vysoký podíl jak na autoritě, tak odbornosti)

Následně jsem vytvořil tabulku, do které jsem vepsal aktéry splňující stanovené podmínky. Do prvního sloupce jsem zapisoval obecnější identifikaci aktérů, do druhého pak konkrétní jména. Do třetího sloupce jsem vpisoval klasifikaci aktérů podle Howletta a Rameshe (2009).

V návaznosti na PIG jsem do sloupce čtvrtého zaznamenával, na kolik aktér disponuje autoritou, či odborností. Na základě rozhovorů jsem původní koncepty PIG reformuloval a každé skupině aktérů jsem rozdělil míru zastoupení autority a odbornosti. Vysoká autorita se týkala zejména těch, kteří mají „poslední slovo“, tedy političtí promotéři (ministři a premiér). Částečnou autoritu drželi zejména ti aktéři, kteří nebyli těmi, kdo rozhodují, ale mají významné kontakty a blízký vztah k nejvyšším tvůrcům politiky. Omezená autorita se týká zejména příjemců politiky (např. poskytovatelé péče) s omezeným přístupem do procesu tvorby politiky, byť mohou být nadáni vysokou odborností. Odbornost je dělena obdobně. Rozdíl mezi omezenou a částečnou odborností není zcela zřetelný a u role ministra poměrně sporný, neboť

se předpokládá, že ministr zdravotnictví bude mít ze své funkce alespoň částečnou znalost problematiky, která ho legitimizuje k tomu, aby v této oblasti rozhodoval.

V posledním sloupci jsem si stanovil kritéria, která jsou v rámci SA často využívána jsou legitimní i pro MSF – zájmy, role a zdroje. V tomto sloupci jsem stručně shrnul, jaké role jednotliví aktéři mají v procesu tvorby politiky, jakými zdroji disponují a jak mohou do procesu zasahovat.

Ve výsledku jsem vytvořil následující tabulku (viz. tabulka č. 2). Červeně jsou označena jména těch, se kterými byl prováděn rozhovor. Současně se jména aktérů opakují, neboť splňují řazení do vícero oblastí. Především se jedná o poskytovatele péče, kteří ve snaze zvýšit svůj podíl na autoritě participují buď v rámci kolektivního orgánu, či expertní poradní skupiny. Závěrem chci upozornit, že nebudu provádět separátní analýzu aktérů, ale budu ji propojovat v následujících kapitolách s teorií MSF. Takto definované aktéry budu používat v následné části práce, kdy budu s pomocí MSF zjišťovat příčiny dosavadního neprosazení agendy. Výstupy SA budu propojovat s dalšími koncepty aktérů, které vycházejí z MSF, kdy budu podle naplnění výše vytyčených kritérií a podílu na autoritě/odbornosti určovat politické promotéry, promotéry veřejných politiky a problem brokers.

Tabulka č. 2: Přehled a zařazení aktérů

	Zahrnutí aktéři	Konkrétní jedinci	Klasifikace aktérů	Autorita	Odbornost	Zájmy, role, zdroje
JEDNOTLIVCI	Ministr zdravotnictví	Vlastimil Válek; Adam Vojtěch	Volení tvůrci politiky Vlády ČR	Vysoká	Omezená/ částečná	Nastolení agendy
	Premiér	Andrej Babiš	Volení tvůrci politiky Vlády ČR	Vysoká	Omezená	Nastolení agendy
	Úředníci/zaměstnanci veřejné správy	Ivan Duškov; Marek Ženíšek; Dita Protopopová; Štěpán Plecháček; Úřednice MZ	Byrokracie	Vysoká/ částečná	Částečná	Praktická realizace rozhodnutí, manipulace se zdroji
	Poskytovatelé péče	Miroslava Flemrová; Michal Hollý; Tomáš Havelka; Petra Uhlíková; Blanka Veškrnová	Veřejnost/příjemci politiky	Omezená	Vysoká	Znalost problému
KOLEKTIVNÍ AKTÉŘI	Rada vlády pro DZ	Vlastimil Válek; Adam Vojtěch; Andrej Babiš; Blanka Veškrnová	Poradní orgán vlády	Částečná	Vysoká	Propojení odbornosti a autority na poradní úrovni
	Meziresortní koordinační skupina pro DDZ	Klára Laurenčíková	Expertní skupina	Částečná	Vysoká	Analýza problému, výběr a specifikace politiky
	Pracovní skupina pro DDP	Petra Uhlíková; Michal Goetz	Expertní skupina	Částečná	Vysoká	Analýza problému, výběr a specifikace politiky
	Asociace DDP	Tomáš Havelka	Zájmová skupina	Částečná	Vysoká	Znalost problému, návrhy řešení
	Sekce DDP	Petra Uhlíková	Zájmová skupina	Omezená	Vysoká	Znalost problému, návrhy řešení
	Asociace komunitních služeb	Blanka Veškrnová	Zájmová skupina	Částečná	Vysoká	Znalost problému, návrhy řešení

Klasifikace aktérů: Howlett et al. (2009: 61-75); Autorita, odbornost, zájmy: Bryson (2003), Colebatch (2005: 32-26)

Tabulka: vlastní

8 Problém nedostupnosti psychiatrické péče o děti: identifikace hlavních problémů

Skokauskas (2019) velmi dobře popisuje celý zkoumaný problém – proč, i když se zhoršuje stav duševního zdraví dětí a roste prevalence duševních chorob u této skupiny, nevěnují tvůrci politiky péče o dětské duševní zdraví dostatečnou pozornost? (Skokauskas 2019: 1,2). Nedostatečná pozornost politiků k psychiatrické péči o děti je demonstrována tím, že neexistuje ucelená a systematická koncepce řešení, která by vznikla na základě konsensu mezi relevantními aktéry, kteří splňují vstupní podmínky odbornosti či autority do procesu tvorby politiky psychiatrické péče o děti.

Tímto úvodem se dostáváme k analytické části práce, kdy budu, s pomocí teorie tří proudů (MSF), a teoretických rámců dostupnosti péče a aktérů veřejné politiky analyzovat sebraná primární a sekundární data. Tato kapitola je první částí analytického výstupu, ve které se chci zaměřit na hlavní problémy DDP v Česku. Jedná se o problémy ovlivňující systém péče z vnějšku (rostoucí počet pacientů), tak i o problémy systematické uvnitř psychiatrické péče. Jak bude popsáno dále, tyto dvě skupiny problémů na sebe úzce navazují (čekací doby, nedostatek personálu, kvalita péče...). Popisu problémů věnuji významnou část práce z toho důvodu, neboť jejich rozměr a vývoj o to více potvrzuje, že je dětská psychiatrie opomíjenou a dosud neřešenou agendou veřejné politiky, neboť neexistuje ucelená koncepce, která by tyto problémy komplexně a systematicky řešila. Tento předpoklad legitimizuje využití MSF v kombinaci s modifikovaným modelem dostupnosti péče podle Penchanskeho.

Pro identifikaci problémů jsem se rozhodl využít zejména jeden ze strukturálních prvků MSF, a sice **proud problémů**, který je založen na znepokojivém vývoji určité oblasti, který může ohrožovat určitou skupinu jedinců a vyvolává „*obavy do budoucna a pocit krize*“ (Polášek in Novotný 2012: 149). V našem případě si představme soubor všech problémů dětské psychiatrie, které poukazují na vážnost situace, a která je řešitelná pouze na úrovni cílené adresné koncepce řešení, na kterém vznikl konsensus mezi tvůrci politiky i na vládní úrovni (Amri et al. 2021: 1189). Využiji zde prvky zpětné vazby, kritických událostí a indikátorů, jejichž vývoj umožňuje posunout problém blíže k tvůrcům politiky. Je třeba upozornit, že využití MSF bude v této části spíše okrajové, neboť využiji pouze jednu její část pro demonstraci problémů. Tento redukovaný přístup budu doplňovat hodnocením kritérií dostupnosti péče (viz. kapitola 5.1.2).

8.1 Stav duševního zdraví dětí

Při zaměření se na oblast dětského duševního zdraví se může jednat zejména o kombinaci **indikátorů**, které naznačují znepokojivý vývoj v oblasti duševního zdraví dětí. Prvním indikátorem je **rostoucí prevalence duševních chorob**, která představuje „*počet případů trpících danou nemocí v populaci v jednom časovém okamžiku*“ (Malý et al. 2015: 14). Prevalence je sama o sobě považována za významný indikátor, který je často posuzován tvůrci politiky při rozhodování o struktuře a podobě zdravotnické péče (ibid).

Dle analytické části NAPDZ vykazuje prevalence duševních chorob u dětí významný růst, kdy celosvětově se týká až 13 % dětí (NAPDZ – Příloha č. 2 2020: 2). Dle Rabocha (2012) i Goetze (2018) se však může jednat o interval mezi 14-20 %, nicméně přesnější data dosud o skupině dětí neexistují a je současně potřeba zdůraznit, že toto procento může být z důvodu skryté nemoci ještě vyšší (Goetz et al. 2018, Raboch et al. 2012: 120). Existují nicméně data, která na rostoucí prevalenci ukazují. Pravidelné statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistik (ÚZIS) mapující počty pacientů léčených s duševní chorobou ukazují, že u dětí dlouhodobě roste prevalence zejména poruch psychotického vývoje, (poruchy autistického spektra, chování...). Pro srovnání, v roce 2015 bylo v ambulancích léčeno s touto diagnózou přibližně 31 tisíc dětí a adolescentů. V roce 2019 se jednalo už o více než 37 tisíc takto diagnostikovaných pacientů této cílové skupiny (srov. Nechanská et al. 2016: 43 a Melicharová 2020: 15; Raboch et al. 2012: 121).

Dalším významným indikátorem, který úzce s prevalencí souvisí, je rostoucí výskyt dříve typicky „dospěláckých“ diagnóz u dětí. Hovoříme zejména o depresivních poruchách a závislosti na návykových látkách. V roce 2019 bylo například léčeno v psychiatrických ambulancích téměř 10 tisíc dětí trpících úzkostnými chorobami (Melicharová 2020: 15). S rostoucím věkem dítěte navíc dochází k růstu rizika současného výskytu dvou různých psychiatrických diagnóz, tzv. komorbidit, kdy téměř 28 % dětí v USA ve věku od 13 do 17 let splňuje příznaky dvou a více diagnóz (Elia 2021).

Naprosto alarmujícím indikátorem poslední doby je prevalence a raketový růst sebevražedného chování u dětí. Předseda Asociace dětské a dorostové psychiatrie (ADDP) Tomáš Havelka tento trend popisuje jako „*do očí bijící*“, neboť „*narůstají počty sebevražd, a hlavně dokonané sebevraždy*“ (rozhovor s T. Havelkou). To potvrzují i statistiky WHO z roku 2019, dle kterých je v ČR nejčastější příčinou úmrtí dětí ve věku 10-19 let smrt v důsledku sebepoškození. Opět pro detailnější srovnání, v roce 2010 ve věkové kategorii 10-14 let bylo evidováno v přepočtu na 100 tisíc obyvatel 0,22 případů úmrtí následkem sebepoškození.

V roce 2019 se ve stejné kategorii vyskytlo již 1,22 případů tohoto úmrtí na 100 tis. obyvatel (WHO 2019). Dle rozhovoru s M. Flemrovou, ředitelkou multidisciplinárního týmu pro děti, se tento tragický trend projevuje i v praktické péči, neboť v péči tohoto týmu bylo v jednu chvíli „40 holek, které všechny měly sebevražedné myšlenky, nebo pokusy za sebou“ (rozhovor s M. Flemrovou)

Shrnutí:

Prvními indikátory, které poukazují na palčivost problému dětské psychiatrie, se týkají zejména rostoucí prevalence psychiatrických diagnóz. Pokud bych si mohl dovolit přirovnání psychiatrických chorob k chování virů, i psychiatrické nemoci v podstatě mutují – množí se čím dál rychleji, zasahují stále větší počet lidí včetně dětí coby velmi citlivé skupiny. Dokážou se velmi dobře skrývat a využívají příležitosti a nástrahy společnosti, která je dle modelu odpadkového koše stále více zatěžována nejistotou, nejednoznačností a tekutostí. Tyto koncepty doprovázené rostoucími nároky společnosti na výkon dopadají i na psychické zdraví dětí, a to stále s větším důrazem. Zde je tedy nezpochybnitelné, že vývoj indikátorů v proudu problémů volá po státním zásahu, už jen na základě rozvoje psychiatrických diagnóz a jejich určité mutace.

8.2 Problémy dětské psychiatrie v poskytování psychiatrické péče

Rostoucí prevalence duševních chorob u dětí představovala významný indikátor pocházející především z vnějšího prostředí a představuje kontext a výzvu pro poskytování psychiatrické péče. Služby péče o duševní zdraví by se daly přirovnat k nárazníku, jehož úkolem je mírnit individuální i celospolečenské dopady psychických poruch právě díky včasné, kvalitní a dostupné péči o duševní zdraví (Mental Health First Aid 2021). Realita je (nejen) v ČR odlišná od požadovaného stavu služeb, což předem nastiňuje problematické stavy proudu problémů. Jedná se především o **problém financování** a množství problémů, se kterými bojuje systém jako takový (nedostatečné počty zdravotnického personálu, prodlužující se čekající doby...). Zde budu hojněji využívat modifikovaný model pěti dimenzí/kritérií dostupnosti zdravotní péče podle Penchanskiho (1981).

8.2.1 Finanční situace aneb „nejsou peníze“

V tomto odstavci nechci příliš detailně rozebírat financování psychiatrické péče, nicméně i tyto mechanismy významně ovlivňují způsob a podobu fungování dětské psychiatrie a mohou do určité míry ovlivňovat kritéria dostupnosti péče. V perspektivě MSF se jedná o jednu ze složek průchodnosti řešení, která se posuzuje při výběru a schvalování politiky. Pokud jsou „náklady vysoké, je méně pravděpodobné, že návrh projde procesem výběru“ (Herweg et al. 2017: 24). Trefně to dokládá I. Duškov, který poukazuje na to, že i když je dosažen konsensus na změnách a řešení, politika může ztroskotat se na finančních bariérách.

„Některé ty změny, které se navrhuji, jsou náročné na zdroje, které prostě nejsou. A to je zásadní problém. Takže my třeba musíme vyškolit XY odborníků a bude to stát XY peněz, bude to trvat nějaký čas. A toto tam není. My jsme říkali, že toto je potřeba, ale neměli jsme ty prachy a uvnitř toho resortu každý řekne, že ty peníze nemá. I když se rezistence v praxi překoná, narazí to na problém nedostatečných zdrojů“ (rozhovor s I. Duškovem)

Jedním z indikátorů stavu proudu problémů v oblastí financování je podíl z celkového HDP na zdravotnictví, který jde do systému péče o duševní zdraví. V ČR se jedná o přibližně 3 % HDP. Ve srovnání se zeměmi s podobným historickým vývojem, se jedná o jeden z nejnižších podílů (v Polsku 5 %, ve Slovinsku dokonce 8 %). Ve srovnání se západními zeměmi je propsat ještě větší (Francie např. 13 %). Péče o duševní zdraví je tedy v Česku silně podfinancovaná, což se velmi negativně podepisuje zejména na kvalitě a rozvoje služeb a atraktivitě oboru dětské psychiatrie (Winkler et al. 2013: 20, SRPP 2013: 10).

V dětské psychiatrii jde problém ještě dál, neboť v této skupině je podfinancování ještě závažnější s až absurdním úhradovým systémem za ošetření dětského pacienta. Ve financování dětské psychiatrie není „zohledněna náročnost pedopsychiatrické péče“ ve srovnání s péčí o dospělé (Raboch et al. 2012: 136). Hlavním problémem, který plyne z „neideálního financování“ (rozhovor s T. Havelkou) je, že dětského psychiatra tento způsob úhrad nutí ošetřit pacienta za co nejkratší dobu. Ta je nastavením úhrady za výkon omezena na dvě hodiny, což ohrožuje kvalitu ošetření dítěte, které zpravidla potřebuje více času na správnou diagnostiku (rozhovor s P. Uhlíkovou)

Raboch (2012) dále uvádí, že historicky podfinancovány jsou současně psychiatrické nemocnice, což velmi ztěžuje možnost modernizace, rozvoje kvality a celkové úrovně péče v nemocnicích, neboť nemocnice jakožto personálně a finančně nákladná služba logicky vyžaduje větší finanční prostředky než malé ambulance (Raboch et al. 2012: 122, Hosák et al.

2015). Financování a nedostatek peněz v oblasti péče o duševní zdraví nutí v první řadě selektovat, jaká oblast či cílová skupina psychiatrické péče bude upřednostněna. V případě financování komunitních týmů se nedostatek financí podepsal na velmi opožděném rozvoji týmů pro cílovou skupinu dětí, neboť peníze alokované na komunitní péči šly nejdříve na budování týmů pro dospělé a na dětské týmy zpočátku finance nebyly. To popisuje např. I. Duškov, neboť *„třeba z finančních kapacitních důvodů nešlo řešit úplně všechny duševně nemocné;“* a i dle B. Veškrnové brzdí v rozvoji komunitních týmů *„nalezení finančních prostředků.“* U komunitních týmů je současně i problém bariéry financování sociálních a zdravotních složek, ze kterých se komunitní péče skládá (o tom více v dalších částech práce). Problém financování je částečně příčinou nedostatečných kapacit personálních. Dětská psychiatrie je sama o sobě náročná, potýká se se stigmatizací a není tím pádem finančně atraktivní. Kombinace těchto příčin tedy přispívá k nízkému zájmu o studium psychiatrie a problémy se tedy dále rozvíjejí a reprodukují.

Na výše zmíněných indikátorech (podíl HDP) a zpětných vazbách (nekvalita péče, omezování péče) je dobře pozorovatelné, že financování velmi ovlivňuje kritéria dostupnosti, (dostupnost kapacitní, místní, cenová, kvalita). Nedostatek financí omezuje personální kapacity, zabraňuje možnosti růstu kvality péče a rozvoje nových služeb.

Pokud se podíváme na veřejněpolitický význam v pohledu na financování, finance se ukazují i jako jednou z příčin velmi pomalého postupu reformy. Strategie reformy psychiatrické péče byla sice schválena v roce 2013, ale jednalo se spíše o deklaratorní vyjádření cílů a snah, neboť opět nebyly finance k praktické implementaci reformy. Ta dle Plecháčka *„přišla v roce 2018 spolu s EU projekty, když jsme na to dostali peníze. V tuto dobu se začala reforma hýbat mnohem více“* (rozhovor se Š. Plecháčkem). V oblasti financování se navíc podařilo po dlouhém vyjednávání zvýšit úhrady pro lůžkovou a ambulantní péči. Jednalo se ale o *krok, který je nezbytný, ale stále není dostatečný, neboť „navýšení není takové, jaký jsme my (pedopsychiatrické asociace) požadovali, ale rozhodně je to víc, než nic“* (rozhovor s T. Havelkou).

8.2.2 Personální situace aneb „nejsou lidi“

Personální zajištění služeb je klíčovým strukturálním elementem zdravotnického systému jako celku, na kterém stojí v podstatě celá politika péče o duševní zdraví a reálný stav služeb poskytující péči (dostupnost, efektivita, kvalita péče). Štěpán Plecháček explicitně zmiňuje, že personální dimenze péče „*má obrovský vliv na to, zdali politika může fungovat podle toho, jak je naplánovaná, nebo ne.*“ Personální otázka se tak stává jedním z cílů veřejněpolitických dokumentů, jak v mezinárodním¹³ i tak i českém prostředí¹⁴. Hovoříme v první řadě o dětských psychiatrech, nedostatkové jsou ale i další profese, jako psychiatrické sestry, či kliničtí psychologové.

Dle provedených rozhovorů docházejí experti ke shodě, že nedostatek dětských psychiatrů se stává samotným jádrem všech dalších dílčích problémů, které se dětské psychiatrie týkají, neboť v dětské psychiatrii je lékařů ve srovnání s dalšími obory „*extrémně málo*“ (rozhovor s P. Uhlíkovou).

Základní indikátor problému je rozpor mezi kýženým počtem dětských psychiatrů a reálným stavem. Již v roce 2008 byl v Koncepci pedopsychiatrické péče vznesen požadavek na minimálně 200 ambulantních psychiatrických pracovišť, tedy zhruba 2 ambulance na okres. V ČR by tedy jen v ambulantních ordinacích mělo působit 200 dětských psychiatrů, bez započítání těch, kteří působí v dalších složkách péče. Je také na místě říct, že tento odborný odhad vznikl v době, kdy počty dětí, které potřebovaly psychiatrickou intervenci, nebyly tak alarmující, tudíž reálný odhad by byl v tuto chvíli vyšší. Realita je ale taková, že v roce 2019 v ČR působilo celkem 140 dětských psychiatrů napříč všemi třemi složkami, kdy čistě v ambulanci působilo pouze 70 dětských psychiatrů. Je zde tedy viditelný jasný indikátor toho, že se nejen nedaří dostatečně rychle navyšovat počty ambulantních pedopsychiatrů, ale naopak se jejich počet dále snižuje (Koubková 2019, Raboch 2012: 125). Důvody jsou dle tázaných odborníků jasné – „*obor stárne, kolegové odcházejí do důchodu a noví nepřibývají*“ (rozhovor s P. Uhlíkovou)

Věk tedy můžeme použít jako další indikátor stavu problému. Poměrně vysoký průměrný věk lékařů se týká všech oblastí medicínských oborů, neboť se pohybuje okolo 55 let (Maláková et al. 2020: 18). Nicméně v oborech obecně pediatrických je problém ještě

¹³ Cíle zformulované WHO ve spolupráci např. se Sekcí dětské a dorostové psychiatrie Světové psychiatrické asociace, s Mezinárodní asociací pro dětskou a dorostovou psychiatrii atp. (Skokauskas 2019: 2) obsahují mj. i potřebu „*zvýšit pracovní sílu nutnou k poskytnutí péče pro děti a adolescenty, kteří čelí duševní chorobě*“ (Skokauskas 2019: 2).

¹⁴ Národní akční plán duševního zdraví, Strategie reformy psychiatrické péče

závažnější. Až 35 % ze všech praktických lékařů pro děti a dorost tvoří věková skupina 60 let a více. Navíc šance tuto mezeru zaplnit je v tuto chvíli nízká, neboť dětských lékařů do 40 let tvoří pouhá 4 % (Šídlo 2015: 25). Dle Martina Hollého je situace u dětských psychiatrů ještě horší, neboť průměrný věk pedopsychiatra je 60 let a šance generační výměny je v současné době velmi nízká (Hollý in Gabriel 2018).

Dětská psychiatrie je v situaci, kdy je v jejích službách „obrovská nálož lidí, kteří odejdou do důchodu a nejsou jejich nástupci“, což činí systém značně nestabilním (rozhovor s P. Uhlíkovou, I. Duškovem a Š. Plecháčkem). Jedná se tedy o jasnou zpětnou vazbu pramenící z proudu problémů v oblasti dětské psychiatrie směrem k tvůrcům politik, neboť bez dostatku pracovních sil hrozí kolaps systému péče o duševní zdraví dětí jako celku.

8.2.3 Problémy v jednotlivých složkách péče aneb „bude hůř“

Nedostatek personálu má v kombinaci s celkovým podfinancováním dětské psychiatrické péče nezpochybnitelný dopad na to, jak služby v realitě fungují, jak jsou efektivní a kvalitní. Jak již bylo zmíněno dříve, dětská psychiatrie je organizovaná na péči **ambulantní, lůžkovou a komunitní**. Na každou z těchto složek dopadá nedostatek personálu a nedostatečné financování trochu jiným způsobem, nicméně ke snižování efektivity služby dochází napříč pedopsychiatrií bez rozdílu. Pro „*dětskou psychiatrii je typické, že každý má víc funkcí, protože prostě víc lidí není a z toho vyplývá výsledná efektivita práce*“ (rozhovor s Petrou Uhlíkovou). Pojdme postupně popsat situaci v jednotlivých složkách.

Ambulantní péče:

Co se ambulantní péče (dále jako AP) týká, jedná se o personálně nejméně náročnou službu, neboť vyžaduje „pouze“ jednoho pedopsychiatra a popřípadě psychiatrickou sestru. O to více je ale problém nedostatečných kapacit viditelný, neboť není kapacitně „*zajištěná ani péče, která vyžaduje nejméně personálu*“ (rozhovor s T. Havelkou)

Největším problémem je právě nedostatek dětských psychiatrů coby páteřních aktérů AP. Zvyšující se poptávka po péči vyvolaná rostoucím počtem dětských pacientů způsobuje zahlcení ambulancí, které nedokáží poptávku pokrýt. Na to odkazuje např. T. Havelka s tím, že denně musejí psychiatrické ambulance odmítat velké množství pacientů, kteří by nutně péči potřebovali. Havelka tvrdí, že nedostatek dětských psychiatrů zahuje i všeobecné pediatrické ambulance, kdy „*třetina jejich (praktických pediatriů) pacientů je psychiatrická*“ (rozhovor s T. Havelkou). Vytváří se tedy pomyslná zátka uzavírající přístup dítěte k péči, která je naprosto

zásadní i v rovině prevence. Dochází tedy k zakonzervování péče v ambulancích, neboť počet pedopsychiatrů neroste úměrně růstu poptávky a současně se problém přelévá i do dalších pediatrických oborů.

Dle predikcí zformulovaných již ve Strategii psychiatrické péče z roku 2013 vyplývá, že pokud dojde k „zakonzervování aktuálního stavu (rok 2012/2013) v psychiatrických ambulancích, v ambulancích dětské klinické psychologie a dětské a dorostové psychiatrie“, následky se projeví zejména v „prodlužujících se čekacích dobách, snižování úrovně péče, možném prohlubování potíží a jejich intenzity, eventuálně zvyšování komorbidit s dalšími poruchami“ (SRPP 2013: 22). V současné době máme rok 2022 – téměř 10 let od první formulace této predikce. Byť od roku 2013 počet ambulaní pomalu přibýval, v posledních letech se jejich počet vrátil na stejnou hodnotu, která byla v roce 2013 (Raboch et al. 2012: 124, Melicharová 2020 a 2021). Dle statistických indikátorů z ročenek ÚZIS počet ambulaní dokonce postupně klesá (např. mezi roky 2019 a 2020 zaniklo 5 dětských psychiatrických ambulaní). Situace v AP tedy přechází ze scénáře stagnace do scénáře pesimistického pesimistickém. Ten zní následovně:

„Při stop stavu na nové úvazky psychiatrů, dětských a dorostových psychiatrů, klinických psychologů a dětských klinických psychologů bude docházet k dalšímu prodlužování délky objednání v ambulantních pracovištích. Tím bude docházet často k chronifikaci problému a k zvyšování nákladů na následnou léčbu, jelikož bude čerpána nákladnější péče poskytovaná v lůžkových zařízeních“ (SRPP 2013: 22).

Tím se vracíme i ke kritériím dostupnosti péče. V černém scénáři se zejména pohybuje kritérium kapacitní dostupnosti. Pravděpodobně nejvýznamnějším ukazatelem tohoto kritéria jsou čekací doby, které zachycují včasnost a rychlost přístupu k diagnostice a péči. Čekací doby jsou v současnosti v ambulancích „neúnosně dlouhé“ a děti tak na péči „čekají týdny až měsíce, někdy to je až mnoho měsíců“ (rozhovor s T. Havelkou, NAPDZ 2020: 14). Dle Tomáše Havelky nejsou čekací doby pouze extrémně dlouhé, ale nadále se prodlužují. To dokládá jeho následující výrok:

„Když jste měl před půl rokem čekací lhůtu na ambulanci 4 týdny, tak za chvíli jste měl 3 měsíce (...) a eskaluje to dál. Pokud to bylo v tom květnu nebo červnu (2021) špatné, tak teď to je ještě horší“ (rozhovor s T. Havelkou).

Problém kapacitní dostupnosti nemusí být měřitelný pouze pomocí čekacích dob. Již samotné malé množství ambulančí nám poskytuje zpětnou vazbu na to, jak daná služba funguje. Ambulančí je kvůli nízkému počtu dětských psychiatrů málo, a tak jsou často nuceni ošetřit více pacientů za kratší čas, než jakému odpovídá doba intervence. Kvantita je tedy upřednostňována před kvalitou, coby dalšího kritéria. To je mnohdy v kolizi s dalším kritériem cenové dostupnosti. Byť je péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění, tak Uhlíková vysvětluje, že *„dětské vyšetření je pojišťovnou limitováno na 2 hodiny, což často nestačí na vyšetření dítěte s rodičem, když máte zjistit podrobnou anamnézu (...) a často to rodiče doplácí.“* Zde tedy vzniká otázka, zdali rodič upřednostní kvalitní vyšetření za vyšší cenu, nebo redukované vyšetření bez finančních nákladů.

AP mnohdy naráží i na místní dostupnost, neboť síť ambulančí je nerovnoměrně rozprostřena, a dochází k situacím, ve kterých *„máte v kraji dva ambulantní psychiatry“* (rozhovor se Š. Plecháčkem). V Praze v přepočtu na 100 tisíc obyvatel fungují přibližně 2 ordinace, v kraji Středočeském to pak v přepočtu není ani jedna ambulance (Melicharová 2021: 15, Strategie reformy psychiatrické péče 2013). S nerovnoměrným rozložením ambulančí souvisí i nesplněné kritérium časové dostupnosti, neboť péče není *„dosažitelná pro všechny děti v čase a místě“* a děti musí za péčí často jezdit *„přes půl republiky“* (rozhovor s úřednicí MZ ČR).

Lůžková péče

Zaměřme se nyní na péči lůžkovou (dále LP), která v systému psychiatrické péče zaujímá velmi specifické, až kontroverzní místo, neboť se odborná ani politická veřejnost nedokáže shodnout na pozici psychiatrických nemocnic v budoucnosti. Důvodem je čistě institucionální podoba LP, která je často spojována s velkými nemocničními komplexy, stigmatizací, izolací pacientů, neefektivitou, rigiditou a zaostalostí.

Z deklarované snahy reformy psychiatrie *„deinstitucionalizovat“* péči a *„transformovat psychiatrické nemocnice“* mohou vyvstávat nejasné konotace, které kritikům transformace mohou evokovat úplnou likvidaci tohoto typu péče. Obhájci transformace zase argumentují, že se jedná pouze o *„změnu role psychiatrických nemocnic v systému“* (rozhovor se Š. Plecháčkem a I. Duškovem; SRPP 2013; NAPDZ 2020).

Je nutné poznamenat, že situace v dětských psychiatrických nemocnicích (DPN) je značně alarmující, neboť dětská LP naráží na téměř všechna stanovená kritéria dostupnosti péče. Například kvalita LP, která je dle Š. Plecháčka, coby bývalého gestora projektu

Transformace PN, „až zoufalá“. LP se potýká se se značnou rigiditou, silným podfinancováním, která dle Hosáka (2015) zabraňuje rozvoji a modernizaci. Dle Duškova je kritérium kvality a vybavenosti naprosto nedodrženo, neboť prostředí PN, ve kterém se děti léčí, je často „materiálně a technicky zanedbané“, a systém poskytování péče „nevyhovuje změně dynamických ukazatelů“ (rozhovor s I. Duškovem, Hosák et al. 2015, Raboch et al. 2012: 136). Dle Plecháčka to je způsobeno právě masivně institucionálním charakterem LP, ve které veškeré změny probíhají ještě mnohonásobně pomaleji než v dalších složkách. Příkladem může být fakt, kdy se nedaří dostatečně propojit LP s ambulantní a komunitní službou.

Dětská LP mnohdy nesplňuje ani místní a kapacitní dostupnost péče. I když je počet lůžek dle Rabocha „přiměřený ve srovnání se zahraničím“ (Raboch et al. 2012: 130), je stejně jako AP nerovnoměrně regionálně rozvrstvena. Ve srovnání s ambulancemi je problém ještě značnější, neboť ve třech českých krajích (Pardubickém, Karlovarském a Královéhradeckém) nefunguje ani DPN, ani psychiatrické oddělení nemocnic pro děti. Dětská lůžka jsou dále více nedostatečná na Moravě. Navíc v ČR existují pouze tři dětské psychiatrické nemocnice – DPN Opařany (Jihočeský kraj), DPN Louny (Ústecký kraj) a DPN Velká Bíteš (kraj Vysočina). Kapacitně je problém i s lůžky, jejichž počet průběžně klesá. Celková kapacita lůžek v těchto třech DPN je v současné době 190 a jejich počet opět vykazuje klesající trend – např. v roce 2020 se jednalo o 210 lůžek (Melicharová 2020: 21; Asociace dětské a dorostové psychiatrie). Snižování počtu lůžek souvisí se snahou přenést těžiště péče z nemocničních komplexů do menších komunitních služeb, nicméně rušení lůžek není kapacitně kompenzováno právě rozvojem jiných typů služeb. P. Uhlíková tvrdí, že zejména od roku 2010 „ubývalo pedopsychiatrických akutních lůžek s tím, že se rozvíjí nový typ péče – ambulantní stacionáře“. P. Uhlíková je přitom vedoucí jediného stacionáře pro adolescenty, který v ČR vznikl v roce 1999 a od té doby obdobná služba vytvořena nebyla. Navíc preferovaný typ komunitní péče, který má propojovat všechny jednotlivé složky včetně lůžek, v oblasti dětského duševního zdraví v podstatě nefunguje, neboť od počátku reformy vznikly pouze tři dětské komunitní týmy, které jsou pouze v pilotní fázi (rozhovor s P. Uhlíkovou).

Podobně jako v případě AP, jsou velmi bolavým místem opět čekací doby. Zde je dle Uhlíkové problém velmi alarmující, neboť LP je určena zejména akutním a těžkým případům, které je nutné zaléčit co nejrychleji. To ovšem není často možné. Dle Uhlíkové mají „lůžková zařízení úplně plno, tam čekací lhůty i pro akutní pacienty jsou poměrně dlouhé. Včera jsem řešila případ pacientky, ta dostala termín na úterý, pak se to zrušilo, posunulo se to na čtvrtek

a je to pacientka, která leží s těžkou depresí na pediatrii, a čeká, až se uvolní místo na lůžku, což je absolutně nepříjemná situace, aby akutní pacient, ohrožen sebevražedným jednáním neměl dostupné akutní pedopsychiatrické lůžko, ale takto to prostě v reálu funguje.“

Dopadem dlouhých čekacích dob v lůžkových zařízeních má za důsledek to, že dochází k propouštění ještě nedolčených dětí, „protože za těmi dveřmi stojí 5 další, co jsou na tom ještě hůř než to jedno, které by za normálních okolností tam (v nemocnici) mělo ještě týden být“ (rozhovor s M. Flemrovou). U těchto brzy propuštěných dětí hrozí vysoké riziko relapsu, vznik komorbidit s dalšími poruchami, či eskalace problémů v dospělosti kvůli „nedostatečně poskytované péči osobám s duševními poruchami v dětství“ (SRPP 2013: 22).

Komunitní služby:

Poměrně specifický stav proudu problémů se týká služeb komunitních týmů, neboť se jedná o službu novou a z logiky věci nebude splňovat řadu kritérií dostupnosti péče. Bude tedy problematické sledovat vývoj indikátorů uvnitř tohoto modelu, neboť se nejedná o dosud etablovanou službu. Hledět ale můžeme na vývoj indikátorů v ostatních typech péče, neboť idea komunitních týmů je postavena na těsném propojení služeb navzájem. Indikátory a vývoj stavu proudu problémů v LP a AP se tedy promítají do komunitních služeb a dochází k přelévání problémů mezi službami navzájem.

Hlavním kritériem, které komunitní týmy v podstatě vůbec nesplňují, je kapacitní a místní dostupnost péče, a to v mnoha ukazatelích. V ČR fungují pouze tři zařízení, která nabízejí služby komunitních týmů. Jedná se o týmy v Praze, Berouně a Ostravě. Problém sestavit tým souvisí s tím, že se nedaří rychle vytvářet sítě a vytvořit všechny složky služeb, které mají týmy poskytovat.

Jelikož dle Strategie a NAPDZ jsou týmy službou budoucnosti, do nichž se má postupně přelévat těžiště péče o duševní zdraví, jedná se o počet naprosto nedostačující. Navíc všechny týmy jsou ve fázi pilotního testování, které je dotováno ministerstvem zdravotnictví z projektu Evropské unie po dobu 18 měsíců bez garance dalšího financování. Pražský tým navíc „kvůli financím a personálu“ pozastavil svou činnost a čeká na novou smlouvu s pojišťovnou, aby mohl přejít pod záštitu jiné organizace a pokračovat ve své funkci (rozhovor s P. Uhlíkovou, B. Veškrnovou, M. Flemrovou). Místo aby se tedy tato služba rozvíjela tak, jak je deklarováno ve Strategii a NAPDZ, se děje pravý opak.

Jednou z příčin, proč se nedaří efektivně rozvíjet tento typ péče paradoxně vyplývá ze základního principu komplexní propojenosti tohoto typu péče s dalšími nezbytnými složkami,

což je velmi personálně a manažersky náročné a často dochází ke konfliktním interakcím mezi službami navzájem. Personální nedostatky vedou často k odmítavému přístupu v komunitě pedopsychiatrů, kteří argumentují, „že týmy mohou odebírat kapacitu ambulancím.“ Přitom AP, coby služba prvního kontaktu s pacientem, by měla být zajištěna prioritně, a neměla by se na její úkor budovat služba jiná (rozhovor s úřednicí MZ, T. Havelkou a M. Flemrovou). Podobně argumentují i představitelé nemocnic, kteří se obávají úplného uzavření a likvidace nemocnic na úkor vzniku komunitních týmů (rozhovor s I. Duškovem). Náročné je současně „vybavit“ tým jednotlivými službami, které tým poskytuje. Příkladem může být služba denních stacionářů. Dětský denní stacionář, coby samostatný typ komunitní péče, který by se měl stát nedílnou součástí týmu, existuje pouze jeden.

Na příkladu právě tohoto jediného stacionáře se ukazuje, že prodlužující se čekací doby se týkají i komunitní péče. V současné době (únor 2022) má stacionář „30 dětí na pořadníku. Obdobně je na tom většina pracovišť, a to i v Praze, kde je péče relativně nejdostupnější“ (rozhovor s P. Uhlíkovou).

Kromě kapacit je problematická i místní dostupnost týmů, které nabízejí denní formu péče. Formálně nejsou omezeny spádovostí, a tudíž ho mohou využívat děti napříč republikou, ale v praxi jsou dostupné výhradně dětem z blízkého okolí, které si mohou dovolit pravidelně dojíždět.

Jelikož je komunitní péče velmi komplexní a má nabízet široké spektrum služeb, je manažersky obtížné spojit zdravotnickou a sociální oblast, neboť historická neprovázanost mezi těmito dvěma sektory se podepisuje na nejednotném financování těchto složek a celkové stabilitě týmů. Tuto propast mezi sociální a zdravotní oblastí dobře demonstruje „osud“ jednoho komunitního týmu v Jihomoravském kraji (1) a vytváření krizových lůžek v rámci komunitního týmu v Praze (2):

- (1) „Byl to tým, který vznikl na základě projektu Národního ústavu duševního zdraví. Byli tam zdravotní i sociální pracovníci, ale bohužel s koncem projektu skončilo financování. Zdravotníci se rozutekli do zařízení, která je mohla financovat, tzn. zdravotnických zařízení, no a sociální pracovníci nebyli součástí sítě kraje, takže nebyli financováni a podpora skončila“ (rozhovor s B. Veškrnovou)
- (2) „...je potřeba posilovat kapacitu ambulantně terénních služeb, potažmo vytvářet síť krizových lůžek. To je něco, o co se snažíme v Praze a narážíme na to, protože město to nechce hradit, neboť to má být sociální služba a oni mají pocit, že by se to mělo platit ze zdravotnictví“ (rozhovor s M. Flemrovou)

Je tedy nepochybné, že kritérium místní a kapacitní dostupnosti není v případě komunitních týmů zatím naplněno, což je způsobeno jejich pilotní podobou. Rád bych ještě upozornil na kritérium informovanosti, které jde opět ruku v ruce s tím, jak je komunitní péče nová. Informovanost o pozici této služby je zatím velmi nízká, a to jak mezi poskytovateli všech třech složek péče mezi sebou navzájem, tak i směrem k uživatelům péče. Pokud by se podařilo zvýšit informovanost o přínosu komunitních týmů napříč všemi složkami péče, mohlo by dojít ke snadnějšímu hledání konsensu a zmírňování konkurenčních bojů o pozici složek péče v celém systému. Pokud by se díky vzájemnému sdílení informací podařilo „*nakontaktovat školy, školní psychology, speciální pedagogy, pedagogicko-psychologické poradny a třeba nemocnici*“ a navázat tuto síť, mohly by se komunitní týmy lépe „*profilovat jako služba, která budí důvěru a lidé se na ní obracejí sami*“ (rozhovor s M. Flemrovou).

I přes velké problémy dosud nerozvinutých dětských komunitních týmů se očekává zlepšení situace s tím, že se podaří týmy efektivně etablovat. Inspirací může být progres této služby v dospělé psychiatrii, neboť u této cílové populace byly týmy vytvářeny nejdříve. I přes prvotní komplikace je v dospělé komunitní péči viditelný značný pokrok, neboť se „*podařilo navázat spolupráci a komunikaci mezi službami*“ a tu „*službu opravdu vytvořit*“ (rozhovor se Š. Plecháčkem a I. Duškovem). Vývoj „dospěláckých“ komunitních týmů je tedy pozitivní zpětnou vazbou a „*nadějí pro vývoj dětských CDZ*“ (rozhovor s M. Flemrovou). V tomto ohledu můžeme zmínit jeden z konceptů MSF, a to je zpětná vazba pomocí přelévání zkušenosti mezi veřejnými politikami (Herweg et al. 2017: 23).

8.2.4 Konkurence mezi složkami péče aneb „kdo má prioritu“

Určitého vzorce konkurenčního boje jsem si všiml při popisu problému v komunitních službách, kde jejich vytváření naráží na neochotu propojit systémy péče dílčích složek. I přes to, že každá složka má v systému zcela jedinečné postavení a nemůže být zcela eliminována, dochází k tomu, že se služby navzájem často považují za konkurenty, kteří mohou ohrozit pozici služby, či si nárokovat její kompetence. Vzniká tedy kolize hodnot a z toho plynoucí „konkurenční boj“ mezi složkami péče o pozice v systému dětské psychiatrie, který ale ve výsledku ohrožuje funkci složek samotných.

Hovořím zejména o pohledu ambulantních a lůžkových složek, coby tradičních a dlouhodobě etablovaných sektorů poskytování péče. Na základě rozhovorů se tyto složky mnohdy odmítavě staví k rozvoji služby nových komunitních týmů, které často berou jako službu vznikající na jejich úkor a odmítají společné vytvoření sítě. Poskytovatelé AP a LP argumentují, že ony jsou v systému klíčové a komunitní služby považují za službu doplňkovou. Zástupci komunitních služeb nicméně oponují, že komunitní týmy jsou péčí budoucnosti a volají tedy o potřebě velmi těsné spolupráce. Toto volání ale často naráží dle I. Duškova hlavně u ředitelů nemocnic, kteří se obávají zániku lůžkové péče na úkor komunitních týmů a odmítají vzdát se části svých kompetencí (rozhovor s I. Duškovem). Pedopsychoiatrii působící v ambulancích často *„vnímají jako problematické to, že se snižuje počet psychiatrů v ambulancích“*, tím, jak jsou přesouváni do služeb komunitních. Protiargumentem komunitních služeb proti této premise je, že i týmy poskytují ambulantní péči, a to ještě s přidanou hodnotou, neboť je rozšířena o pracovníky sociálních služeb (rozhovor s úřednicí MZ). Tyto argumentační střety tedy brzdí možnost služby propojovat, což je v kontextu doby, ve které roste tlak po kvalitní péči, velmi problematické.

Základními příčinami vzniku těchto konkurenčních bojů, které logicky zbrzdí i nastolení agendy dětské psychiatrické péče, je dle Š. Plecháčka, I. Duškova a B. Veškrnové nedostatečná komunikace, informovanost a nejasné řízení reformy o tom, jaký je kýžený cíl reformy a jakým způsobem k němu dojít, což ústí v krizi hodnot. Jednotliví aktéři (tvůrci politik i poskytovatelé péče) tak vidí cíle a směřování reformy naprosto odlišně, což způsobuje vzájemné kolize, bojkoty a neochotu spolupracovat (rozhovor se Š. Plecháčkem, I Duškovem a B Veškrnovou). Přitom i ve Strategii reformy psychiatrické péče je za jeden z rysů kvalitní strategie *„srozumitelnost a inovativnost“*, které jsou zcela zásadní pro *„řádné vysvětlení ideových záměrů a změn v oblasti psychiatrické péče“* (SRPP 2013: 11). Tím, že se aktéři štěpí na konkurenční *„ideologické tábory, které se ideologicky liší i v tom pohledu, jak se má ta reforma vyvíjet“* a vnímají propojování péče diametrálně odlišným způsobem, dochází k zastavení rozvoje péče, zakonzervování stavu a k neschopnosti reformu posunout dál (rozhovor se Š. Plecháčkem).

Z nejasně stanovených cílů a směru, kterým se má reforma v dětské psychiatrii vyvíjet, pramení neshoda *„na hodnotách mezi všemi odborníky, asociacemi.“* Často tedy probíhají i názorová střetnutí mezi odborníky, kteří nebyli schopni dojít ke konsensu mezi sebou a jasně stanovit cíle a tvůrci reformy často nedostali informace o tom *„jak by to mělo být.“* (rozhovor s Š. Plecháčkem). Konkrétním příkladem je nejasné postavení psychiatrických nemocnic

v systému DPP, neboť „*nikde není řečeno*“, jak bude k nemocnicím přistupováno. V praxi došlo například k bojkotu propojení lůžkové péče v PN Bohnice s komunitním týmem. Dle Š. Plecháčka zde figurovaly dvě radikální strany, kdy jedna tvrdila, že vytvořením sítě dojde ke zrušení lůžek, druhá strana naopak argumentovala, že je potřeba péči postupně přelévat a propojovat tak, aby každá složka měla své „*vlastní místo v systému*“ (rozhovor se Š. Plecháčkem). Tento názorový střet se projevil v praxi tak, že určitá skupina aktérů úmyslně svým nátlakem vyřadila nemocnici ze sítě komunitního týmu.

„V Bohnicích chtěli být součástí týmu. Všechno měli domluvené a připravené (i napojení sociálních a zdravotních služeb), ale vzhledem k tomu, že tam jedni přišli s tím, že když teda psychiatrické nemocnice nemají existovat, tak že nebudou týmy podporovat a nebudou dělat tuto práci v rámci komunitního týmu. Tak zařídili na magistrátu, že se ty nemocnice nedostanou do sítě.“

V dalších případech konkurence se jedná o mírnější kolize hodnot a cílů. Poskytovatelé AP a LP nemusí být nutně apriori proti komunitní službě, ale nesouhlasí s tím, aby se jednalo o službu, která bude odebírat kapacity složkám jiným. Dle T. Havelky jsou AP, LP a komunitní týmy tři nezastupitelné pilíře péče a „*není možné jeden pilíř zbourat a z něj postavit druhý*.“ Stále se ale jedná o kolizi priorit, která blokuje možnost propojení všech složek (rozhovor s T. Havelkou)

Problematická komunikace plynoucí z nejasně nastavených vizí však probíhá i druhým směrem od tvůrců politiků k aktérům odborným. Dle P. Uhlíkové jsou tvůrci politik příliš pasivní a často nemají ochotu dopředu komunikovat (rozhovor s P. Uhlíkovou). V opačném případě se ale objevuje až agresivní rétorika, neboť rozdílné představy o směřování reformy způsobuje zkreslování informací a budování komunikační bariéry. Jednu takovou situaci popisuje opět Š. Plecháček:

„Když začala praktická reforma v roce 2018 tak začaly výjezdy některých ministerských pracovníků do PN. Ti (ministerští pracovníci) to měli ideologicky tak, že nemocnice nemají být, a říkali jim, že vy tady nebudete. Neuvěřitelně je děsili, nepovzbuzovali je v tom, aby se měnily a že se ty věci mají dělat jinak.“

Tento agresivní přístup tvůrců reformy k poskytovatelům péče navíc rozdmýchává a podporuje hodnotový konflikt uvnitř komunit poskytovatelů péče, neboť u nich vzbudí onu obavu o cílené likvidaci té či oné služby.

Chabá komunikace tedy vyvolává otázky, zdali je tedy prioritou „*co nejdříve poskytnout službu*“, a tedy více se věnovat již existujícím a etablovaným složkám péče, či „*zdali je prioritou péči modernizovat a upřednostnit budování péče komunitní*“, a to i částečně na úkor dalších složek (rozhovor s B. Veškrnovou). Navíc rozdílné hodnoty, cíle, postoje a představy budují bariéry mezi klíčovými aktéry navzájem a blokují tak nastolení agendy v dětské psychiatrické péči.

8.3 Vzdělávání personálu jako mechanismus změny

Z analýzy problémů vyplývá, že alfou a omegou existence problémů jsou právě personální kapacity. Nedostatek lidských zdrojů způsobuje nedostupnost a nízkou kvalitu péče, dlouhé čekací doby, nedostatečnou diagnostiku a potažmo i eskalující počet dětských pacientů, neboť personálně zakrnělý a k tomu podfinancovaný systém nedokáže včas a kvalitně zachytávat nemocnost, čímž se duševní choroby reprodukují a prohlubují. Nedostatek kapacit tak dle Martina Hollého způsobuje, že nelze „*dělat systémové změny, když nemáme vůbec žádné lidi*.“ Aby mohla fungovat určitá politika a DPP procházet změnami, je potřeba dle Hollého „*vzdělávat, etablovat, zvýšit počet atestantů a atraktivitu oboru*“ (rozhovor s M. Hollým).

Na absolutně klíčové roli vzdělávání psychiatrického personálu pro budoucnost DPP se shodli všichni tazání aktéři napříč odbornou i úřednickou složkou, nicméně český systém odborné přípravy pedopsychiatrického personálu je zatížen řadou defektů, které se také z části podílejí na nedostatečné péči. Tyto defekty vyplývají ze stále přetrvávajícího stigma psychiatrie, což činí systém vzdělávání, zejména pedopsychiatrů, je velmi neatraktivním. Ve srovnání s jinými medicínskými obory je vzdělávání velmi složité, zdlouhavé a často pro mediky demotivující i z důvodu finančních odměn, které nejsou dostatečné v porovnání s náročností práce, která péče o duševně nemocné děti obnáší.

Proces odborné přípravy pedopsychiatra byl do nedávné doby považován za enormně zdlouhavý a demotivační. Do roku 2015 byla dětská psychiatrie sub oborem psychiatrie, který si medik mohl zvolit až po pěti letech studia společného kmene předmětů. Pokud tak učinil, musel studovat ještě další tři roky, aby se stal samostatným pedopsychiatrem. Z toho důvodu se „*málokdo rozhodl, že půjde na něco, co trvá dýl, protože se vzděláváte do třiceti let a pořád nejste plnohodnotný specialista*“ (rozhovor s P. Uhlíkovou). Navíc pokud medik vystudoval pedopsychiatrii, mohl automaticky přijímat jak dětské, tak dospělé pacienty. Mnohdy dochází k situacím, kdy si pedopsychiatr „zaplní“ ordinaci dětmi, které u něj nicméně po dosažení dospělosti zůstanou a dojde k zablokování celé ambulance pro další vlnu dětských pacientů (rozhovor s P. Uhlíkovou).

Proces vzdělávání pedopsychiatrů se zjednodušil po změně atestačního zákona v roce 2015, kterým se pedopsychiatrie etablovala jako samostatný obor a doba studia se zkrátila. Atraktivita oboru se zvýšila, neboť průměrný počet atestujících se zvýšil z 4,5 atestujících ročně na 6 (Uhlíková 2021: 97). Dle Hollého to ale stále nestačí, neboť by bylo potřeba, „*aby jich ročně atestovalo alespoň 20*“, neboť ani takový přírůstek nedokáže v budoucnu kompenzovat významné odchody pedopsychiatrů do důchodu. Změna atestačního zákona tedy není všespasitelná, a naopak skýtá řadu mezer (např. omezená možnost automatického uznávání předmětů...). Nicméně další úprava by celý vzdělávací proces destabilizovala a nejisté podmínky pro studium tak často odrazují potenciální atestující.

Nízký zájem českých mediků dokazují i výsledky průzkumu z roku 2021. Ani jeden medik nezvažoval volbu dětské psychiatrie, když byl tážán na volbu psychiatrie jako jediné možnosti (Balon 2020: 269). DPP je ve vzdělávacím systému stále značně upozaděná a na fakultách málo podporovaná, kdy medicí mají během studia velmi málo praxe v zařízení DDP. Dle Balona (2021: 271) „*student není vystaven dětské a dorostové psychiatrii, a ani neví, jak a kde ji studovat*.“ Pedopsychiatrie je předmětem studia „*až v 5. ročníku, a to většina mediků je dávno rozhodnutých, co chce dělat*“ (rozhovor s P. Uhlíkovou). Současně existuje pouze 6 akreditovaných pracovišť, kde by mohli studenti dětskou psychiatrii v praxi vykonávat, což nás opět zavádí k nedostatečnému množství zařízení DPP (Balon 2020: 271). Dle Duškova je navíc medik při kontaktu s praxí v DDP mnohdy odrazen nízkou úrovní služeb, což působí i v kombinaci s nízkým finančním ohodnocením značně demotivačně (rozhovor s I. Duškovem).

Byť je vzdělávání pedopsychiatrického personálu stěžejní, veřejná politika, která by pomohla obor ve vzdělávacím systému zatraktivnit, stále neexistuje. Byť se podařilo změnit atestační zákon, nejedná se o řešení, které by výrazně podpořilo zájem mediků. Ve vytvořených reformních koncepcích (Strategie 2013 a NADPZ 2020-2030) je vzdělávání opět značně opomenuto. Byť se tvůrci Strategie shodli na tom, že je třeba vzdělávat pedopsychiatry, konkrétní kroky v tomto dokumentu naprosto chybí. Tuto chybu uznává i jeden ze spoluvůrců Strategie Martin Hollý, který aktivity pro zatraktivnění oboru jednou „*z nejhůře ošetřených dimenzí reformy*.“ Ani v aktuálnějším NAPDZ není dostatečně řešena atraktivita oboru. Pouze popisuje nastavení a obsah vzdělávacího programu, aby „*odpovídal současným trendům*“ (rozhovor s úřednicí MZ). I dle rozhovoru s úřednicí MZ je vytvoření explicitní koncepce pro zvýšení atraktivity oboru očekáváno, není ale jasné, zdali, kdy a kde by se měla objevit.

Problém vzdělávání tedy kopíruje problémy dětské psychiatrie jako celku – je chápáno jako strategické a naprosto klíčové pro řešení nedostupnosti péče, a je třeba „*udělat větší osvětu v mladších ročnících, aby se medici profilovali pro ten obor dřív*“ (rozhovor s P. Uhlíkovou). Současně panuje konsensus na tom, že český systém vzdělávání je nedostatečný a ohrožuje stabilitu systému jako celku. Navzdory tomu neexistuje kromě upraveného atestačního zákona politika, která by dosud atraktivitu oboru zvyšovala. Zde tedy vidíme klíčovou příčinu, proč je dětská psychiatrie v „bludném kruhu“ problémů, které se reprodukují a vzájemně se generují.

8.4 Shrnutí

Předchozí odstavce věnující se hlavním problémům v dětské psychiatrii poměrně výmluvně odkrylo kritickou situaci, ve které se dětská psychiatrická péče nachází. Na péči dopadají velmi závažné příčiny vnější, které se projevují zejména indikátorem rostoucího počtu dětí s psychiatrickými diagnózami. Rostou případy komorbidit i akutních těžkých případů. Tento problém je generován zčásti kvůli charakterem současné společnosti, která i dle modelu odpadkového koše a organizované anarchie vykazuje vysokou míru nejistoty, nejednoznačnosti, nicméně i vysoký tlak na výkon. Tento vnější problém, který je v podstatě přirozený a očekávaný ale odkrývá nepřipravenost systému dětské psychiatrické péče v ČR, který je ve stavu, kdy není schopen těmto trendům čelit. Místo toho, aby se péče rozvíjela v návaznosti na to, jakému tlaku čelí, stává se pravý opak – kapacity klesají, čekací doby jsou neúnosně dlouhé ve všech službách péče, financování je stále neefektivní, kvalita péče je sporná, komunitní služby se nerozvíjejí. V důsledku je péče nedostatečná, často nekvalitní a nedokáže reagovat na současnou situaci. Vývoj dětské psychiatrické péče tak nekopíruje vize reformy psychiatrické péče, která byla deklarována v roce 2013. Tento fakt dokládá, že dětské psychiatrii není věnována dostatečná pozornost tvůrců politik, neboť reforma je příliš plochá a nedostatečná vzhledem k potřebám této skupiny, a která pouze hasila vzniklé požáry salámovými metodami a částečnými řešeními. Je tedy třeba, aby bylo vytvořeno systémové řešení v podobě ucelené koncepce zaměřené výhradně na děti, která bude dostatečně robustní a skutečně situaci v dětské psychiatrii zlepšila.

9 Problematika nedostatečnosti psychiatrické péče o děti optikou teorie tří proudů

V první části analýzy byly definovány hlavní příčiny problémů v oblasti dětského duševního zdraví a dětské psychiatrické péče. Množství problémů, jejich vzájemná propojenost a obtížná řešitelnost poukazuje na to, jak velmi vážná situace v oblasti DPP v ČR dlouhodobě přetrvává a zhoršuje se. To odkrývá hluboké defekty nefunkční a v podstatě neexistující politiky, která by systematicky dlouhodobě DPP řešila na meziresortní úrovni a na problémy tak účinně reagovala. Z deskripční fáze analýzy se přesunu k části převážně explanační, neboť chci s pomocí MSF objasnit, co bránilo nastolení agendy a vytvoření systematické politiky. Na základě hypotéz MSF pro fázi nastolování agendy existují zejména tři důvody, proč agenda nebyla nastolena a) neotevřelo se okno příležitostí, b) jednotlivé proudy nebyly nachystány k propojení c) dosud se neobjevil dostatečně silný promotér veřejné politiky, který by byl schopen najít okno příležitostí a proudy v okně propojit (Herweg et al. 2017: 30).

9.1 Vývoj třech proudů v procesu nastolování agendy

V této části se zaměřím na to, jak se vyvíjel veřejněpolitický diskurs o tématu dětské psychiatrie jako potenciální agendě veřejné politiky. Dle MSF je fáze nastolování agendy procesem, na kterém participuje vysoký počet aktérů, kteří se snaží upozorňovat na problém (problem brokers), či protlačit konkrétní řešení ke konkrétnímu problému (promotéři veřejných politik). Agenda je nastolena, pokud aktér finálního rozhodnutí (politický promotér) „*aktivně podporuje konkrétní návrh*“ (Herweg et al. 2017: 30). Jelikož dosud v oblasti dětské psychiatrie nedošlo k finálnímu rozhodnutí a nebyl vytvořen „*konkrétní zpracovaný návrh řešení*“ (Angelovská 2021: 13), v naší oblasti explicitní politika řešící problémy dětské psychiatrie, budu se zaměřovat pouze na proces nastolování agendy tohoto problému a konkrétní bariéry, které blokují nastolení agendy.

V rámci mapování procesu nastolování agendy se budu zaměřovat na období ohraničené rokem 2013, kdy byla představena vůbec první explicitně formulovaná politika v podobě VPD Strategie reformy psychiatrické péče, do 23. března roku 2022, kdy jsem provedl poslední výzkumný rozhovor, kterým jsem ohraničil konec sledování tohoto procesu. Proces nastolování agendy DPP budu popisovat pomocí klíčových strukturálních prvků MSF – třech proudů, okna příležitosti a promotérů.

9.1.1 Proud problémů

Dle Knaggardové (2015) je pro proces nastolování agendy důležité věnovat bedlivou pozornost vývoji proudu problémů od pouhých podmínek až ke stavům, které jsou rámovány příslušnými aktéry jako problematické a vyžadující systémové řešení na nejvyšších úrovních vládnutí (Knaggard 2015: 451-452). Proud problémů v DPP má v sociologické perspektivě až negativně institucionální charakter, neboť mnoho aktérů, zejména odborníků, „*nepamatuje dobré časy DPP*“ a rámuje situaci v DPP jako „*letitý problém*“ (rozhovor s M. Hollým). Vývoj navíc není konstantní, neboť problém se neustále zhoršuje, což dokazují trendy v **indikátorech** coby ukazatelích stavu proudu problémů. Konkrétní indikátory a jejich vývoj jsou již detailněji popsány v kapitole č. 8, tudíž zde je pouze stručně shrnu. Na problém poukazuje podfinancování DPP ve srovnání se zahraničními zeměmi (viz. kapitola 8.2.1), extrémní nedostatek personálu, zejména pedopsychiatrů (viz. kapitola 8.2.2), který blokuje přístup k péči, konzervuje zejména AP v černém vývojovém scénáři, LP je velmi zastaralá, nekvalitní a nedostatečná a komunitní péči se nedaří dostatečně rozvíjet. U všech složek péče rapidně rostou čekací doby na ošetření. Kvalita poskytované péče klesá, neboť celkové kapacity služeb nejsou schopny čelit setrvalému enormnímu nárůstu dětských pacientů s čím dál závažnějšími duševními poruchami a komorbiditami (viz kapitoly 8.1 a 8.2.3). Jedná se tedy o mix dlouhodobě se zhoršujících indikátorů, které zachycují cyklickou a chronickou reprodukci problémů. Ty se slévají a společně utvářejí obraz komplexního problému DPP, ve které dochází ke snižování kvality a dostupnosti péče o velmi zranitelnou skupinu obyvatel s velkými potenciálními makrospolečenskými dopady.

Již od počátku zkoumaného období v rámci proudu problémů „*bili na poplach*“ **problem brokers**, jako významní aktéři (jak jednotlivci, tak kolektivní aktéři) rámuje problém jako závažný se snahou dostat ho do povědomí veřejnosti a tvůrců politik (rozhovor s T. Havelkou, Knaggard 2015). Jedná se zejména o poskytovatele zdravotní péče, v případě kolektivních aktérů o odborné asociace, ve kterých se tyto odborníci sdružují. Tito problem brokers jsou problémům nejbližší, neboť jim musí v praxi čelit. Dlouhodobě se velmi výrazně snaží problém rámovat jako negativní trend, který do budoucna může způsobit kolaps DPP. Tento rámec se dá označit jako odborně-praktický, a dá se dobře demonstrovat slovy jednoho

z vlivných problem brokers Tomáše Havelky coby předsedy Asociace dětské a dorostové psychiatrie (ADDP):

„Čekací doby jsou takto dlouhé a denně vám volá několik rodičů a musíte dokola odmítat ty zoufalý lidi, se kterými soucítíte. A tohle, když narůstá, tak prostě musíme říct tohle nejde a alarmovat.“ (rozhovor s T. Havelkou)

Proti tomuto rámci vznikala opoziční rámec tvůrců politiky, kteří se podíleli na vytváření reformy psychiatrické péče. I tento rámec, který nazývám jako technicko-finanční, byl také konstruován v reakci na nedostatečné kapacity coby jeden z indikátorů, rámec byl ale postaven na naprosto opačné premise, neboť jakákoliv snaha o reformu v DPP nebyla technicky ani finančně průchozí. Martin Hollý, coby jeden z tvůrců reformy, legitimizoval rámec právě nedostatečnými kapacitami, neboť *„pedopsychiatrů bylo tak málo, že je potřeba nechávat DDP tak, jak je, nešahat jim na lůžkové kapacity, (...) takže spíš jsme to zavřeli do nějaké skříňky, aby je ten reformní proces příliš neohrožoval“* (rozhovor s M. Hollým)

Zde vzniká paradox, neboť indikátor personálních kapacit se stal jedním z hlavních argumentů obou proti sobě jdoucím rámcům. Odborně-praktický rámec prezentoval tento indikátor jako jeden z důvodů, proč není možné zachovat status quo v DPP, neboť by tím došlo ke kolapsu péče. Technicko-finanční rámec naopak personální kapacity rámoval jako důvod pro zachování statu quo, aby se dětská psychiatrie udržela alespoň elementárně. V tomto období se tedy neustále zhoršující se indikátory stále výrazně nedostaly do pozornosti tvůrců politik, byť problem brokers zejména z řad ADDP a SDDP, se snažili intenzivně rámovat problém v DPP jako *„katastrofální situaci“* (rozhovor s T. Havelkou). Jejich rámec se nicméně dostával do kolize s rámcem tvůrců reformy, kteří situaci v DPP rámovali jako problematickou, ale považovali ji za stále neřešitelnou, kdy bezpečnější bude zachovat ji tak, jak je.

Indikátory jsou v rámci tohoto zkoumaného problému sice výrazné, ale vzhledem k tomu, že se negativně vyvíjely velmi dlouhodobě napříč změnami v politické garnituře, domnívám se, že došlo k jisté otupělosti tvůrců politik k tomu, aby se problém stal veřejněpolitickou agendou. Dle pohledu MSF jsou tvůrci politik zahlceni řadou problémů, které musí selektovat a reflektovat ve velmi omezených časových možnostech a primárně řeší akutně se objevující palčivé problémy.

Změny v proudu problémů nabraly na dynamice zejména po roce 2018, kdy začal z více důvodů oslabovat technicko-finanční rámec. Pro akceleraci vývoje proudu problémů byl stěžejním důvodem nečekaný příchod pandemie. Toto období působilo dvojité, neboť

v počátku pandemie v roce 2019 byl problém DPP (stejně jako další oblasti) naprosto zastíněn neznámou situací. Pandemická situace však později pomohla „*nasvítit, jak moc na tématu duševního zdraví dětí záleží a jak moc jsme v nich nespravedlivě dávali pozornost jinam*“ (rozhovor s K. Laurenčíkovou). Dopady pandemie zpětně velmi akcelerovaly negativní trend v jednotlivých indikátorech proudu problémů – (a) „*enormně vzrostl počet dětí (...) s úzkostnými poruchami, se suicidálními pokusy i dokonanými sebevraždami; (b) dříve byla čekací lhůta na ambulanci čtyři týdny, pak to byly tři měsíce, dnes je šesti měsíční čekací lhůta*“ (rozhovor s K. Laurenčíkovou, M. Hollým a T. Havelkou)

Extrémní negativní vývoj v indikátorech zaviněný dopady pandemie vyvolal řadu kritických událostí, které opět navrátily proud problémů do bližšího centra pozornosti. Pravděpodobně nejvýraznější kritickou událostí byla hrozba uzavření DPN Opařany coby „*nejmodernější PN v republice*“ (rozhovor s T. Havelkou). Tato nemocnice dlouhodobě bojovala s nedostatkem personálu, který byl navíc mnohdy v důchodovém věku, kteří nebyli již dále ochotni nést velkou tíhu dopadů této krize a své působení v nemocnici ukončili. Nemocnice tedy přišla o již tak nedostupný personál a nebyla schopna poskytovat péči dál (rozhovor se Š. Plecháčkem, T. Havelkou, P. Uhlíkovou). Vedení nemocnice v pozici problem brokers tuto situaci využilo pro zesílení odborně-praktického rámce, neboť „*museli jít s pravdou ven a říct, že nevědí, jak dál*“ (rozhovor se Š. Plecháčkem). Společně s nátlakem rodičů pacientů se podařilo problém protlačit na Ministerstvo zdravotnictví, které poskytlo „*mimořádný příspěvek na stabilizaci personálu*“ (rozhovor s P. Uhlíkovou). Díky tomuto příspěvku a aktivitě současného ředitele DPN Opařany Michala Goetze se podařilo do nemocnice dostat externí lékaře a „*udržet lůžka v Opařanech*“ a alespoň zachovat status quo, nicméně až po „*soustavné půlroční dřině s hledáním, přemlouváním a vyjednáváním*“ (rozhovor s P. Uhlíkovou).

Tyto kritické události poukázaly na neudržitelnost statu quo v DPP, čímž došlo k posilování odborně-praktického rámce odborníků a poskytovatelů péče na úkor rámce technicko-finančního. Promotéri z řad odborných asociací a poskytovatelů péče zároveň využili výrazného mediálního zájmu o dětské duševní zdraví na jaře 2021, čímž značně svůj rámec problému posílili. Poskytovatelé péče argumentovali tím, že „*když chcete na něco upozornit, tak ta média vždycky potřebujete*“ (rozhovor s T. Havelkou). Spolupráce s médii lépe zdůraznila, „*že situace je tristní*“ a odborně-praktický rámec problému se od jara 2021 „*stabilně drží v zájmovém fokusu (...)*“ neboť se o tématu dětského duševního zdraví „*mluví o na všech fórech a všechny organizace, které se věnují dětem*“ (rozhovor s M. Flemrovou).

Jelikož rámec odborníků se rozšiřoval díky médiím i do širšího diskursu a ovlivnil tak náladu ve společnosti, nebyla „*potřeba tolik vysvětlovat, proč na tom tématu záleží a proč na něm spolupracovat*“ (rozhovor s K. Laurenčíkovou). Tento rámec převzali i tvůrci politik a jejich „*ochota a motivace spolupracovat se zvýšila*“ (rozhovor s K. Laurenčíkovou). Výsledkem tohoto obratu je např. zvýšení úhrad za AP a LP. Poskytovatelé péče ale rámovali tento krok pouze jako stabilizační, který opět zachovává status quo, neboť kdyby tento krok ministerstvo neučinilo, došlo by jenom k dalšímu zhoršení situace. I tedy přes určitou aktivitu tvůrců politik proces nastolování agendy stagnoval (rozhovor s T. Havelkou).

Další společenské změny během roku 2021 ovlivňovaly spíše další dva proudy a proud problémů se držel poměrně stabilně ve fokusu. Změna přišla po parlamentních volbách na podzim roku 2021, které sice více ovlivnily zbylé dva proudy, ale i na viditelnost problému DPP měly značný dopad, neboť „*výměna administrativy ty procesy komplikuje, než aby jim pomáhala*“ (rozhovor s M. Hollým). To je dáno zejména fluktuací aktérů na klíčových místech, kteří nemají takové informace o „*šíři agend, nebo mají jiné priority (...), nejsou příliš motivováni věnovat se otázkám DPP (...) a je obtížné jim to znovu vysvětlovat*“ (rozhovor s M. Hollým a I. Duškovem). Nová administrativa se navíc musí vypořádat s velkým množstvím akutních agend, které jsou jak očekávané (vyjednávání o rozpočtu), tak nečekané (válečná a migrační krize). V perspektivě MSF dochází k zahlcování tvůrců politiky, kteří jsou nuceni jednat v omezeném čase a agendy selektovat. Tuto tendenci aktérů třídit problémy reflektuje úřednice ministerstva zdravotnictví: „*Ted' se řeší pandemický zákon, státní rozpočet a věřím tomu, že brzy dojde i na řešení těch dalších agend, mezi které patří DPP*“ (rozhovor s úřednicí MZ). Viditelnost problému je současně ohrožena technicko-finančním rámcem, který posiloval kvůli plánovanému snížení státního rozpočtu a koncem EU fondů na jaře 2022 bez garance dalšího poskytování. Problém v DDP také současně zastiňuje i nová krize spojená s válečnou situací a přílivem ukrajinských migrantů. I přes palčivost a dosavadní viditelnost tedy mezi problem brokers a promotéry veřejných politik panují obavy, aby nové akutní agendy nepřebily problém situace v DPP a „*problém se nevytratil*“ (rozhovor s B. Veškrnovou).

9.1.2 Proud veřejných politik

V proudu veřejných politik převládala idea postupně aplikovat do oblasti DPP opatření, která byla zakotvena ve Strategii reformy psychiatrické péče z roku 2013 (dále jako Strategie). Tato strategie byla vytvářena Strategickou kanceláří pod Ministerstvem zdravotnictví a jednalo se o první platformu, na které spolupracovala jak komunita odborná (např. Martin Hollý), tak i komunita úředníků (např. Ivan Duškov, Marek Ženíšek). Cílem Strategie bylo reformovat systém jako celek a stál především na deinstitucionalizaci péče, transformaci PN a vytváření center duševního zdraví.

Tato základní opatření měla být aplikovatelná pro všechny diagnostické skupiny, ale ne najednou, neboť *„začít řešit úplně všechny duševně nemocné není z finančních ani kapacitních důvodů možné“* (rozhovor s I. Duškovem). Technická neprůchodnost reformy v oblasti DPP spočívala zejména extrémním nedostatku personálních kapacit, které by nebyly schopny saturovat požadavky reformy zahrnující např. redukci lůžek. V případě DPP by tento reformní proces už tak nedostatkovou péčí spíše ohrožoval. Současně reforma nebyla dostatečně finančně zajištěna na to, aby pokryla požadavky všech diagnostických skupin, neboť finanční podpora z Evropské Unie v podobě projektů začala probíhat až od roku 2018.

Z důvodu finanční a technické neprůchodnosti se rozhodli tvůrci reformy záměrně DPP z této reformní fáze vynechat do doby, dokud nebude možné DPP personálně zabezpečit bez rizika omezení péče, a začít u té diagnostické skupiny, u které reforma *„přinese skutečné a kalkulačně zdůvodnitelné změny efektivity péče“*, jinak řečeno, bude finančně i technicky proveditelná (rozhovor s I. Duškovem a M. Hollým).

Rozhodnutí této sítě *„zavřít DPP do skříňky“* a postupovat *„step by step“* dokud nebudou dostatečné prostředky pro zajištění technické i finanční proveditelnosti (rozhovor s I. Duškovem), však zmobilizovalo další sítě aktérů, a to zejména odborníků z oblasti poskytovatelů psychiatrické péče, pro které bylo zachování statu quo nepřijatelné. V proudu veřejných politik tak začalo docházet ke konfliktním interakcím mezi jednotlivými komunitami, které měly zájem a prostředky podílet se na řešení situace v DPP. Odborné asociace¹⁵ silně protestovaly proti tomu, že ve vytvořené Strategii *„je o DPP jen několik vět (...) a neexistuje v ní ucelená koncepce DPP“* (rozhovor s P. Uhlíkovou). Kampaň těchto zájmových skupin byla velmi intenzivní, *„měly velký tlak“* a přestávaly působit pouze jako

¹⁵ Jednalo se zejména o Asociaci dětské a dorostové psychiatrie, Sekci dětské a dorostové psychiatrie pod Českou psychiatrickou společností, Asociaci komunitních služeb a Asociaci klinických psychologů

problem brokers v proudu problémů. Začaly vystupovat v proudu veřejných politik jako další zúčastněné sítě se svými idejemi a snažily se přesvědčit tvůrce politiky o vytvoření adresného řešení.

Klíčovým problémem, který v období mezi lety 2013-2018 brzdil nastolení agendy, byly „ideologické a názorové rozdíly“ mezi tvůrci politiky a odborníky, tak i uvnitř komunit¹⁶ (rozhovor se Š. Plecháčkem). Mezi komunitami, které se mohly významně podílet na procesu nastolení agendy „nebyla shoda na hodnotách“, o co vlastně reforma v DPP usiluje (rozhovor s B. Veškrnovou), což neplnilo třetí kritérium pro připravenost proudu – hodnotového konsensu.

Jelikož došlo ke shodě alespoň v tom, že „nikdo jiný koncepci DPP nenapíše než pedopsychiatři“, tvůrce politiky vyzývali odborné asociace, aby se podílely na procesu hledání řešení. I přes to však nebylo možné kvůli odlišným hodnotám a idejím mezi komunitami vytvořit efektivní „nadresortní přístup a koordinovanou spolupráci“ (rozhovor s K. Laurenčíkovou).

Z pohledu dotazovaných aktérů z řad tvůrců reformy byla problémem odborné komunity poměrně silná vnitřní dezorganizace, komunikační rigidita a rezistence vůči navázání efektivní spolupráce s tvůrci reformy, na čemž nastolení agendy zcela ztroskotalo.

„Co vím, že ti, co měli na starosti reformu, měli velké starosti s tím, aby dokázali od odborníků dostat informace, jak by to mělo být. Vždycky tam byla velká kritika reformních věcí, ale nebylo tam řešení (...) takže když třeba MZ přišlo s nějakým návrhem, tak ta odborná společnost se okamžitě stavěla do protinávrhu, ale nedala jiné řešení“ (rozhovor se Š. Plecháčkem). Pokud vznikla snaha odborníků řešení formulovat, projevila se i značná vnitřní dezorganizace mezi odborníky, neboť ani mezi sebou nedokázali najít konsensus o tom, co je třeba pro DPP udělat. Výsledkem byly často nekonceptní nejasné alternativy, které neměly „charakter strategického dokumentu říkající, co děláme, jak to budeme dělat, jaké jsou strategické cíle, jak jich dosáhneme. Vždy v tom něco chybělo“ (rozhovor s M. Hollým).

Bezkonceptnost daných návrhů však pramenila i z neaktivního a často odmítavého přístupu strany autority (tvůrce politiky/úředníci), kteří sice vyžadovali koncepční řešení, ale neposkytli odborníkům vhodné podmínky. Odborníci tvořili „konkrétní kroky ve volném čase a zdarma“ bez finanční či technické podpory (rozhovor s T. Havelkou) a požadovali „alokovat personální zdroje a sestavit silný úřednický aparát“ (rozhovor s K. Laurenčíkovou) poskytující

¹⁶ Konflikty mezi poskytovateli péče se více věnuji v kapitole 8.2.4 Konkurence mezi složkami péče...

pracovní platformu, která by byla pevně zakotvena na ministerstvu zdravotnictví a poskytovala by příhodné podmínky pro „dobrou synergickou spolupráci na meziresortní úrovni.“ Tato platforma měla spojovat odborníky zodpovědné za obsahovou stránku politiky, tak i úřednický aparát poskytující dohled na to, zdali je návrh „legislativně, ekonomicky realizovatelný“ (rozhovor s P. Uhlíkovou). I když „v rámci různých projektů vznikaly pracovní skupiny“, jednalo se často o dysfunkční platformy, „ve kterých nebyl žádný dětských psychiatr, ale řešily problémy dětské psychiatrie“ (rozhovor s P. Uhlíkovou) a odborníci z oblasti DPP neměly pevné zakotvení. Současně mnoho návrhů bylo dle odborných komunit „strháno skoro dehonestujícím způsobem“, což demotivovalo odborné komunity v kontinuální a koncepční práci a proud veřejných politik stále stagnoval.

S nástupem proreformního ministra Adama Vojtěcha po volbách v roce 2017 se začala „reforma hýbat mnohem více“ (rozhovor se Š. Plecháčkem). Kromě příznivých politických podmínek se agenda DPP dostala do pohybu i s příchodem financí z evropských projektů, což znatelně snížilo dosavadní finanční neprůchodnost.

V návaznosti na souhru těchto okolností, byl vytvořen a v roce 2019 schválen vládou nový a robustnější Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 (dále jako NAPDZ), ve kterém je zakotven „projekt tzv. nových služeb, které jsou zaměřené na děti“ a DPP se tak stává „plnohodnotnou součástí“ NAPDZ. Navíc dlouhodobější charakter tohoto dokumentu má garantovat kontinuitu a dlouhodobost a zaručit progres na déle, než jen na jedno vládní období (rozhovor s I. Duškovem, B. Veškrnovou a P. Uhlíkovou; Usnesení Vlády ČR 2020).

Politické klima, lepší finanční průchodnost a první explicitně formulované praktické řešení v podobě pilotního testování prvních dětských komunitních týmů tedy změnilo dosavadní trend stagnace v proudu veřejných politik, nicméně proud se stále potýkal se značnými problémy technické průchodnosti z pohledu personálních kapacit a velmi složitého manažerského procesu při sestavování týmů. Ten šel velmi často ruku v ruce s hodnotovým konfliktem, neboť poskytovatelé zejména LP často odmítali spolupracovat a podílet se na vytváření týmů, kterou vnímali jako konkurenční službu odebírající kompetence nemocnicím a způsobující postupnou likvidaci lůžek. Křehkost a pomalé tempo dynamiky proudu veřejných politik způsoboval i samotný NAPDZ, který sice ve srovnání s vágní Strategií poskytoval mnohem lepší zakotvení dětské psychiatrie, ale stále se jednalo „o hodně obecný dokument“ (rozhovor s P. Uhlíkovou), u kterého je problematické efektivně koordinovat naplňování cílů, které stanovuje. NAPDZ navíc mnoho problémů v DPP nereflexuje (např. podpora vzdělávání psychiatrických pracovníků) (rozhovor s K. Laurenčíkovou).

Svého vrcholu rozvoj v proudu veřejných politik dosáhl v roce 2021, neboť problém DPP se i díky pandemické situaci stal ještě palčivějším. Palčivost problému, který se rozrostl do široké veřejnosti, a proreformní politické klima posíleno blížícími se parlamentními volbami přispělo k dlouhodobě požadovanému založení „*samostatné pracovní skupiny pro DDP, (...) ve které je posílená stránka odborníků-pedopsychiatrů*“ (rozhovor s P. Uhlíkovou a úřednicí MZ). Ve výsledku se podařilo vytvořit dvě takovéto platformy fokusované pouze na oblast dětského duševního zdraví – Pracovní skupinu pro dětskou a dorostovou psychiatrii a Meziresortní koordinační skupinu pro dětské duševní zdraví. Hlavním cílem Pracovní skupiny bylo vytvořit a zahrnout do NAPDZ adresnou koncepci dětské psychiatrie, která systémově a meziresortně řeší výhradně problémy dětského duševního zdraví na odborné úrovni, a to takovým způsobem, že bude technicky, finančně i legislativně průchodná (rozhovor s úřednicí MZ a P. Uhlíkovou; Zápis z jednání Pracovní skupiny k dětské a dorostové psychiatrii 2022). Meziresortní skupina vznikla za účelem „*pomáhat při implementaci NAPDZ a řešit i aktuální problémy, které se průběžně objevují v agendě dětského duševního zdraví, má za úkol synergicky podporovat spolupráci resortů, řešit problémy na systémové úrovni a dostávat je ke všem aktérům*“ (rozhovor s K. Laurenčíkovou; Záznam ze VII. jednání Rady Vlády 2021). Jednalo se tedy o dvě skupiny, které efektivně a úzce propojily odborníky i úředníky ve snaze koordinovaně, systematicky a kontinuálně řešit problémy na meziresortní synergické spolupráci.

Tento rozvoj v procesu nastolování agendy se však velmi citelně zbrzdil po volbách na podzim roku 2021, neboť došlo k výrazné změně v administrativě a k nové fluktuaci klíčových aktérů a promotérů, kteří začali být zahlceni problémy, které byly pro ně prioritní (tvorba a schválení rozpočtu, válečná krize...). V proudu veřejných politik se situace komplikuje zejména s nejistou existencí dlouho požadovaných platforem, neboť záleží na stanovisku nové administrativy, zdali bude skupiny podporovat. Obě zatím pracují dále, nicméně dosud nedošlo k přímé komunikaci s klíčovými promotéry, kteří by jasně stanovili směřování obou skupin.

„*Je otázka, co s tou naší pracovní skupinou bude, jestli se všechno, jak se to na úřadech dělá, vyhodí a začne se zase od nuly.*“ (rozhovor s P. Uhlíkovou – členka Pracovní skupiny)

„*(Meziresortní) skupina pracuje, nikdo nám nebrání v tom, aby ty rozběhlé věci běžely dál, ale s každým novým ministrem máte vždy strach, jestli nebude mít jiné priority, nebude chtít zásadně změnit tým a jestli se bude v těch započatých úkolech dál pokračovat*“ “ (rozhovor s K. Laurenčíkovou – předsedkyně Meziresortní skupiny)

V současnosti je proud veřejných politik v poměrně příznivém stavu pro propojení, neboť v únoru 2022 Pracovní skupina schválila vytvoření a zakotvení koncepce dětské psychiatrie do NAPDZ, nicméně agenda stále nebyla nastolena. Jsme svědky dalšího období stagnace a čekání na rozhodnutí tvůrců politik, kteří jsou v důsledku voleb a nových krizových situací přehlcní problémy, které musejí řešit prioritně v omezeném čase. Určitou kontinuitu by mělo garantovat programové prohlášení vlády, které téma dětské psychiatrie obsahuje. Současně je stále diskutabilní technická a finanční průchodnost daných návrhů, neboť poskytnutí dalších EU fondů není zcela jisté a problém kapacit stále není dostatečně řešen.

9.1.3 Proud politics

Proud politics představuje „širší *politický diskurs*, v jehož rámci je daná politika vytvářena“ (Zahariadis 2003: 6) Z pohledu aktérů v tomto proudu vystupují zejména tvůrci politiky či političtí promotéři, kteří mají ve finále rozhodující slovo. To, jak je pro ně daný problém akutní a významný, promítají do podoby politické soutěže (Novotný et. al 2012: 39). Připravenost proudu politics je nejvyšší za předpokladu výrazného tlaku zájmových skupin, které se snaží včlenit své požadavky do vládních aktivit, kdy k tomu využívají příhodného stavu nálady ve společnosti. Zájmové skupiny současně mohou využít pro zefektivnění kampaně i plánovanou změnu ve vládních strukturách. Společná konstelace těchto tří proměnných se stává klíčovou pro „*vysvětlení významnosti agendy*“ (Rozbicka et al. 2016: 59).

Problémy dětské psychiatrie se obecně nestávaly tématem, které by vyvolávalo silnou dynamiku politické soutěže v proudu politics. Zejména se jednalo opět o období mezi lety 2013 a 2018, kdy téma DPP nebylo tématem populárním a vrcholné tvůrce politiky zanechávalo poměrně chladným. Situace společenského klimatu nebyla pro proud politics ideální neboť „ *nálada není ideální*“, což příliš neaktivovalo tvůrce politiky ke změně přístupu k dětské psychiatrii, neboť „*řeší to, co je pálí*“ (rozhovor s T. Havelkou). Statický obraz společenského klimatu v tomto období pramenil z přetrvávajícího stigma psychiatrie obecně a celková situace tedy vypadala „*jako by dětské duševní zdraví neexistovalo a byly to nějaké odlehlé hodnoty a nějakí zvláštní jedinci. I ti kteří, dělají dětskou psychiatrii, jsou považováni za divnolidi. Jako kdyby to společnost vnímala, že to je okrajový problém*“ (rozhovor s M. Flemrovou).

Situaci dětské psychiatrie do roku 2017 neprospělo ani nestabilní prostředí vládní garnitury, neboť od roku 2010 do roku 2017 se vystřídaly tři vlády – pravicová vláda Petra Nečase, úřednická vláda Jiřího Rusnoka a levicová vláda Bohuslava Sobotky v roce 2017

střídaná první vládou Andreje Babiše. Byť byla zachována kontinuita v prosazování reformy psychiatrické péče zakotvené ve Strategii, střídající se ministři zdravotnictví zaujímal k problematice DPP neutrální postoj a „jejich podpora byla vlažná“ (rozhovor s I. Duškovem). Podle Kláry Laurenčíkové bylo hlavním důvodem neochoty politiků se do tohoto tématu pustit, neboť se jedná o téma, které „není jednoduché a může být kontroverzní, a vyžaduje pevný hodnotový rámec.“ Tvůrci politik se tedy v tomto období více věnovali oblastem, které jsou pro „všechny pochopitelné a jsou tahouni vývoje“, je možné je rychleji řešit, a které přinášejí okamžitý užitek, hmatatelné výsledky, či politické body a volební úspěch (Herweg et al. 2017: 22). To v oblasti DPP nebylo možné, neboť „psychiatrie je obor, kde to je jen o lidech“ (rozhovor s M. Hollým), „děti nejsou voliči a nejsou tolik slyšet ve veřejném prostoru“ (rozhovor s K. Laurenčíkovou).

Aktivnější byl ministr úřednické vlády Martin Holcát, který byl ministrem pouhých 6 měsíců, ale Strategii schválil a dal ji pevné zakotvení. Holcát, který měl dlouhodobě zájem o oblast psychiatrie a měl blízké vazby na Sekci dětské a dorostové psychiatrie, podpořil oblast DPP schválením změny atestačního zákona, což zvýšilo zájem mediků o obor a ovlivnilo do budoucna technickou proveditelnost reformy v DPP. Následná fluktuace ministrů zdravotnictví však opět nastavila vlažný postoj k reformě a DPP. Problémem se stala aktivita Svatopluka Němečka, který z pozice ministra zdravotnictví „agendu vybrzdil, neboť to pro něj nebylo téma, a zastavil typy projektů, které měly přinést hodně informací právě pak na nějaké budoucí nastavení toho systému“ (rozhovor s I. Duškovem). Kromě nálady ve společnosti tedy nebyly příznivé podmínky pro připravenost proudu ani v oblasti střídající se legislativy.

Jinak tomu bylo na straně tlaku zájmových společností, které aktivně tlačily na politické lídry a snažily se nejen prezentovat problém, ale postupně i přinášet řešení. Nejaktivnější byla zejména Asociace dětské a dorostové psychiatrie a Sekce dětské a dorostové psychiatrie pod Českou psychiatrickou společností. Tlak těchto skupin byl však oslabován nejen rezistencí politiků a nedostatečným změnám ve společenském klimatu. Zájmové skupiny byly silně dezorganizované a často šly proti sobě (více viz 5.2. Proud veřejných politik).¹⁷ Současně emancipační snahy a boje o snížení stigmatu těchto zájmových skupiny způsobovaly tendence se vymezovat vůči dalším skupinám, což „brání efektivnější spolupráci napříč profesemi. Spousta energie se vyplývala na nějaké vymezování se vůči ostatním oborům, čímž se ta

¹⁷ Příkladem mohou být snahy SDDP aktivně tlačit téma DPP. Jelikož ale SDDP patřila pod Českou psychiatrickou společnost, která se podílela na tvorbě původní reformy, která DPP záměrně vynechávala, docházelo k vnitřním bojům ve vlastních řadách.

skupina hodně uzavírá a hůř spolupracuje i tam, kde by efektivně spolupracovat mohla (...) a dělá si nepřátele než přátele“ (rozhovor s M. Hollým). Zájmové skupiny tedy nedokázaly svůj tlak efektivně zacílit.

Po volbách v roce 2017 došlo k výměně ve vládních strukturách, kdy se stal ministrem zdravotnictví Adam Vojtěch, který ještě před nástupem na svou pozici *„prospektivně jednal“* s původními tvůrci reformy (rozhovor s I. Duškovem). Úředníci a političtí představitelé nové administrativy si byli *„jistí a ta reforma někam směřovala“*, neboť byla *„velká politická vůle ze strany MZ, ministra Vojtěcha i ministerského předsedy“* (rozhovor s M. Flemrovou a Š. Plecháčkem). Jelikož se zájmové skupiny dostaly díky vytvoření meziresortních platforem do systematicky řízeného procesu tvorby koncepce dětské a dorostové psychiatrie, i tento prvek silného tlaku zájmových skupin splňoval připravenost proudu k propojení. K příznivým podmínkám ve vládním aparátu se přidal i významný vývoj ve společenském klimatu, neboť zejména v pozdějším období pandemie (rok 2021) se problémy dětského duševního zdraví dostaly do širokého společenského diskursu. Změna ve společenské náladě se projevila zejména ve skupině rodičů nemocných dětí, kteří *„nemohli sehnat tři měsíce lůžkovou péči pro dítě, které bylo ohroženo na životě.“* Na popud odborníků, zejména dětských psychiatrů, došlo k sérii stížností rodičů přímo na Ministerstvo zdravotnictví, což *„vyvolalo docela velký tlak a trochu víc jsme se dostali do povědomí veřejnosti“* (rozhovor s Petrou Uhlíkovou). Tato akce doprovázena i mediální i odbornou osvětou dala jasný signál, že téma je důležité, což mohlo stimulovat politické vůdce k intenzivnějším interakcím. Změna rámce v přístupu tvůrců politik souvisela i s přicházejícími parlamentními volbami, neboť *„ministr Vojtěch se tomu tématu věnoval do voleb, protože to byla jedna z priorit vládní strany“* (rozhovor s P. Uhlíkovou).

Další změna vládní administrativy na podzim roku 2021 však oslabilu příznivé politické podmínky, neboť úřad ministra Vojtěcha byl vystřídán a dosud není zcela jasné, jaká jsou stanoviska ministra nového a jaká bude jeho ochota DPP se věnovat. Napříč odborníky i zástupci úředníků se objevují náznaky naděje, skepse a očekávání.

9.2 Dynamika agendy dětského duševního zdraví a psychiatrické péče

Ve zkoumaném případě se budu detailněji zabývat dynamikou procesu nastolování agendy zejména po roce 2017, respektive 2018. Jak bylo zmíněno výše, v období před rokem 2017 nemohlo dojít k nastolení agendy, neboť ani jeden proud nesplňoval podmínky pro propojenost. Proudů bylo i v částečné kolizi z důvodu existence konfliktních rámců a nebylo tudíž možné dojít k nastolení agendy. V tomto období tedy vzniklo určité vakuum, ve kterém probíhaly aktivity se záměrem problém řešit a agendu nastolit, nicméně stavy proudů, vnější okolnosti a neexistence schopného promotéra který by propojil konfliktní zájmy aktérů tento proces značně komplikovaly.

9.2.1 (Ne)připravenost proudů: období vakua do roku 2017

Proud problémů byl dle mého názoru nejvíce připraven k propojení, neboť vykazoval dlouhodobě negativní trend v indikátorech. Důkazem této částečné připravenosti proudu problémů byl i jistý fokus na DPP již při formulaci Strategie. Řešení problémů v DPP bylo nicméně ve Strategii pouze deklaratorní, nikoliv praktické a DPP byla považována za agendu druhotnou, na kterou se teprve dostane. Jako důvod této stagnace vidím, že indikátory se nezhoršovaly najednou a akutně, nýbrž chronicky a velmi dlouhodobě. Současně se neobjevila výraznější kritická událost a zpětná vazba, která by téma o to více protlačila. Tento dlouhodobý charakter indikátorů způsobil jistou otupělost tvůrců politik, kteří byli zahlceni množstvím akutních a viditelnějších problémů, které považovali za prioritní a DPP pro ně nebyla tématem.

Proud veřejných politik byl v podstatě v kolizi s proudem problémů, neboť negativní trend v indikátoru personálních kapacit způsoboval technickou neprůchodnost jakéhokoliv praktického řešení na systematické a meziresortní úrovni. Vznikly tedy proti sobě jdoucí rámce, které opačně konstruovaly status quo jako hrozbu, respektive nutnost. K nedostatečným kapacitám se přidaly i problémy financování, kdy navržená reforma finančně nedokázala pojmut všechny diagnostické skupiny. Proud veřejných politik nesplňoval ani kritérium hodnot mezi skupinami aktérů, kteří splňovali vstupní podmínky zájmu, autority a odbornosti. Jednotlivé skupiny se hodnotově odlišovaly v tom, o čem reforma je, jaká řešení mají vznikat a jaké jsou obecné cíle a perspektivy.

Nepřipravenost **proudu politics** byla dána zejména přetrvávajícím stigmatem psychiatrie, které omezovalo dynamiku a změnu ve společenském klimatu, které problém do značné míry ignorovalo. Tlak zájmových skupin byl velmi tříštěný, navzájem nesourodý a ve

výsledku neefektivní. K propojení nepomáhaly ani časté změny vlád, které způsobovaly neustále fluktuace různě hodnotově zaměřených aktérů administrativy.

9.2.2 Krize jako příležitost: okno příležitostí a role promotérů

Po roce 2017 začalo docházet k postupné dynamice ve všech proudech, které postupně směřovaly k propojení a proces nastolování agendy se dal do pohybu. Příchodem evropských dotačních projektů se například zmírnila finanční neprůchodnost blokující připravenost proudu veřejných politik k systematickému a praktickému řešení problémů v DPP. Vývoj v proudu politics se mezi lety 2017-2018 zrychlil zejména díky změně ve vládních strukturách, neboť klíčoví zástupci vládních struktur byli reformě jako celku nakloněni. Pro posun v DPP hrála bezesporu velkou roli zejména osobní zkušenost premiéra s duševním onemocněním dítěte. Zde tedy dochází k tomu, že se u významného tvůrce politiky propojuje stránka autority, částečné odbornosti a zájmu a téma se pro něj stává osobní a důležité a spíše „*otevře dveře nějakým změnám a dává tomu energii*“ Osobní zkušenost politického promotéra způsobuje, že „*téma u něj rezonuje a když se za ním přijde, tak tomu rozumí a není potřeba ho o tom přesvědčovat, že duševní nemoc není sociální konstrukt*“ (rozhovor s M. Hollým). Příznivý vývoj v proudu veřejných politik a politics se projevil například vytvořením robustnějšího Národního akčního plánu pro duševní zdraví, ve kterém je problém DPP již cíleně fokusován s navrhovanými systematickými opatřeními. Zároveň finanční průchodnost umožnila start pilotních multidisciplinárních týmů pro děti.

Aby mohly být proudy propojeny a agenda následně nastolena, muselo se objevit **okno příležitostí**, které by odhalili promotéři veřejných politiky a využili by ho k propojení proudů. Okno příležitostí se otevřelo v proudu problémů na jaře 2021, a to zejména díky pandemické situaci, respektive jejím zpětným dopadům na dětské duševní zdraví a systém DPP. Proud problémů byl již před rokem 2017 na dobré cestě k propojení, neboť problém eskaloval v podobě zhoršujících se indikátorů. Dopady pandemie byly natolik závažné, že došlo k řadě kritických událostí, které narušily dosavadní rezistenci vůči zhoršujícím se indikátorům a téma dětské psychiatrie se začalo šířit mediálním i společensko-politickým diskursem a vyvolala i řadu zpětných vazeb v podobě protestů široké společnosti, která tímto poukazovala na nežádoucí stav. V proudu problémů tedy došlo k otevření **okna problémů**, neboť pandemie způsobila další eskalace růstu psychických problémů u dětí a značně oslabilu i systém psychiatrické péče např. odlivem pedopsychiatrů v důchodovém věku (viz. personální problémy v DPN Opařany). Pandemie ale přispěla k otevření okna příležitostí i v proudu

politics, neboť tím, že se téma dostalo i díky médiím do společenského diskursu, došlo ke změně ve společenském klimatu oslabením stigmatu. Změnu klimatu ve společnosti velmi dobře shrnula jedna z klíčových promotérek Klára Laurenčíková:

„Tlak veřejnosti je více soustředěný, lidé a rodiče se ozývají a píší ministrům. Je vidět, že to téma se netýká jen té zranitelné skupiny, ale nás všech, dětí nás všech ze všech rodinných prostředích. A začíná to být více zřejmé přes konkrétní příběhy dětí, rodin...to téma je víc nasvícené, ty souvislosti jsou víc zjevné a naléhavost je velká. Proto není možné to téma odsouvat na vedlejší kolej a přičku priorit“ (rozhovor s K. Laurenčíkovou)

Současně významným prvkem byla i situace ve vládní administrativě, a to ze dvou důvodů. Zaprvé, tehdejší vládní představitelé byli reformě nakloněni a reflektovali i na základě osobních zkušeností i důležitost věnovat se DPP, která „byla jedna z priorit vládní strany“, a to i z důvodu nadcházejících voleb na podzim 2021, což druhý důvod otevření okna v proudu politics. Okna příležitostí však musela být využita **promotéry veřejných politik**, aby mohlo dojít k propojení proudů. V oblasti DPP se v tomto období pohybovalo značné množství významných aktérů, nicméně jako promotérky veřejných politik figurovaly zejména dvě ženy, které se podílely na vzniku a řízení dvou klíčových mezíresortních platforem Pracovní skupiny pro dětskou s dorostovou psychiatrii (Dita Protopopová) a Mezíresortní koordinační skupiny (Klára Laurenčíková). Obě ženy měly dlouholeté vazby jak na politické promotéry, úředníky ministerstva, ale i na sféru odbornou. Primárním úspěchem tedy bylo dosažení jedné z klíčových podmínek pro zlepšení situace v DPP, a to propojit mezeru mezi odbornou a politickou komunitou skrze vytvoření zakotvené instituce, ve které je posilněna odborná složka reprezentovaná pedopsychiatrií, coby klíčovými odborníky, kteří by měli koncepci dětské psychiatrie vytvářet. Tato sdílená platforma tedy propojuje autoritu a odbornost, přesně vymezuje role, cíle a záměry aktérů, a tím poskytuje vhodné podmínky pro mezíresortní spolupráci a synergii hodnot mezi dříve znesvářenými komunitami.

9.2.3 Příležitost jako krize: křehkost okna příležitostí

Změna administrativního uspořádání, která v perspektivě MSF představuje „příležitost“ pro propojení proudů, v tomto případě zapůsobila spíše jako „krize.“ I přes odhalení a využití oken příležitostí pro vznik synergických institucí v podobě dvou pracovních platforem nedošlo k nastolení agendy, neboť založení těchto skupin mělo pouze vytvořit nezbytné podmínky pro tvorbu politiky v podobě systematické koncepce dětské a dorostové psychiatrie. Jelikož klíčová Meziresortní skupina byla založena až v době po parlamentních volbách v roce 2021, vzniklo riziko uzavření okna příležitosti v proudu politics, neboť se k moci dostala nová vládní administrativa s ne příliš jasným přístupem k oblasti DPP.

Nemůžeme hovořit o úplném uzavření okna v tomto proudu, neboť nové programové prohlášení vlády garantovalo určitý fokus na DPP, ale fluktuace aktérů, jejich zaměření na řešení akutních problémů souvisejících s nástupem nové vlády, i další krizové situace vytvořily vakuum a období čekání na to, zdali bude koncepce dětské a dorostové psychiatrie schválena a agenda bude tedy nastolena. Veškeré procesy a dynamika procesu nastolení agendy v oblasti DDP se v důsledku voleb *„zcela jistě zpozdily a oddálily“*, neboť kdyby nedošlo k volbám *„tak by předchozí politická garnitura už k něčemu dospěla“* (rozhovor s B. Veškrnovou).

V současné době je tedy proces nastolování agendy opět zbrzděn, byť v podstatě chybí poslední krok pro nastolení agendy – rozhodnutí klíčového politického promotéra (ministra zdravotnictví) a jeho souhlas s podobou politiky, aby se mohl dát celý proces do pohybu a přejít do dalších fází veřejněpolitického procesu (Herweg et al. 2017: 26)

Diskuse výsledků

V této kapitole se zaměřím na shrnutí klíčových výsledků, které vyplývají z provedené analýzy. Současně je vztáhnou ke stanovených teoretickým rámcům, výstupům dalších výzkumů a poukážu detailněji na vztahy a souvislosti, které nejsou na první pohled viditelné. V rámci deklarovaného reflexivního přístupu chci práci a svůj postup zhodnotit jako celek, upozornit na případné rezervy a nastínit další možné řezy a perspektivy, kterými je možné k tématu rovněž přistupovat a rozebrat ho ještě detailněji.

Analytická práce byla dělena na dvě části podle dvojího typu výzkumného cíle a převažujících teoretických východisek. První část, týkající se identifikace hlavních problémů dětské psychiatrie, byla více deskriptivní a zaměřená na reálný dopad problémů na postiženou cílovou skupinu. I z toho důvodu jsem v této části používal zejména rámec **hodnocení dostupnosti péče**, který pomocí posuzovaných kritérií zkoumá to, jak nastavení zdravotního systému dokáže efektivně zabezpečit péči.

Model, který jsem zvolil, vycházel z pěti posuzovaných dimenzí či kritérií – **místní, kapacitní a cenová dostupnost, kvalita péče a informovanost**. Tento model se ukázal jako dobře použitelný i pro oblast psychiatrie, což navazuje na práci Arayi (2018), který rovněž úspěšně tento model v oblasti psychiatrie využil (Araya et al. 2018). Dětská psychiatrické péče se v rámci zkoumání projevila jako nedostatečná a obtížně dostupná ve všech posuzovaných dimenzích. Dimenze na sebe navíc pevně navazovaly, prolínaly se a utvářely spojnici na sebe kumulujících se jevů, které společně utvářely obraz závažnosti situace v dětské psychiatrii v Česku. Jedná se o určitý dominový efekt, neboť vývoj v dimenzi jedné je natolik závažný, že podmiňuje vývoj dimenzí dalších.

Původ dominového efektu vzniká v dimenzi **místní dostupnosti**, zejména z důsledku **nedostatku personálních kapacit**. Dětská psychiatrická péče strádá ve všech profesních oblastech, ať se jedná o pedopsychiatry, klinické psychology, psychology ve zdravotnictví a psychiatrické sestry. Počet těchto pracovníků, zejména pedopsychiatrů, se navíc snižuje. Byť došlo díky změně atestačního zákona k jistému zvýšení zájmu o pedopsychiatrii, tento zájem se projeví až za řadu let, a navíc pouze okrajově, neboť počet nových mediků nedokáže ani zdaleka saturovat blížký odliv pedopsychiatrů v důchodovém věku. Tyto trendy v ČR odpovídají i závěrům zahraničních studií, např. Findlinga a Stepanove (2018), kteří poukazují na palčivý nedostatek pedopsychiatrického personálu v USA (Findling et al. 2018).

Nízký počet personálních kapacit produkuje malý počet nerovnoměrně rozmístěných služeb péče o děti, které jsou přetížené a nedokážou pojmout rostoucí počet dětských pacientů. Malý počet ambulancí způsobuje komplikované odkrývání skryté nemocnosti u dětí a pouze tři dětské psychiatrické nemocnice bojují s rizikem uzavření z důvodu nedostatku personálu (viz. DPN Opařany). Kapacitní problémy současně komplikují existenci komunitních služeb, které jsou personálně náročné, a i díky nedostatku kapacit v dalších složkách je není možno rozšiřovat a budovat. Všechny tři složky péče bojují s enormně dlouhými čekacími dobami na péči, které se podepisují na rychlosti poskytnutí péče, popřípadě i na její kvalitě.

Zde tedy vidíme nevyhovující rozměr místní dostupnosti péče, která je způsobena velmi řídkou sítí služeb, které jsou koncentrovány zejména ve velkých městech, což způsobuje nerovné podmínky zejména pro pacienty z regionů, kteří musí za péčí často cestovat na dlouhé vzdálenosti. **Kapacitní i místní** dostupnost se promítají do dostupnosti **cenové**, obě ale různými způsoby. Z pohledu místní dostupnosti je cesta za péčí mnohdy velmi nákladná a řada pacientů si ji nemůže dovolit. To samé platí i pro poskytované služby, zejména v ambulancích. Nedostatek těchto zařízení v kombinaci s nevyhovujícím systémem financování mnohdy způsobuje, že doba vyšetření hrazená z veřejného zdravotního pojištění nestačí ke stanovení řádné diagnózy a rodiny pacienta často musejí volit finanční spoluúčast, nebo kratší vyšetření na úkor **kvality**.

Kvalita péče je další hodnocenou dimenzí, která je obecně v dětské psychiatrii velmi nízká, a to jak v ambulancích, tak i v lůžkové péči. Nízká kvalita péče v ambulancích spočívá v tom, že nedostatečná síť ambulantních služeb nedokáže pojmout a kvalitně diagnostikovat velké množství pacientů, musí ošetřit více pacientů, než jakou má kapacitu, čímž klesá kvalita diagnostiky na úkor kvality. Lůžková péče kritérium kvality nesplňuje o to více, neboť nemocnice a oddělení jsou podfinancované, zastaralé a nedostatek personálu nedokáže poskytnout kvalitní terapii, příjemnější podmínky pro léčbu atp. Navíc nedostatečné kapacity a extrémně dlouhé čekací doby na lůžko mají opět dopad na kvalitu péče, neboť nemocnice a oddělení jsou nucena propouštět děti nedoléčené, u kterých hrozí rizika relapsu či vznik komorbidit. Nekvalita péče v nemocnicích často podporuje stigmatizaci duševně nemocných lidí, což opět produkuje cyklus a reprodukci problémů.

Informovanost je dimenze poměrně nová, která se začala více využívat až v současnosti s rozvojem nové komunitní péče, která není příliš známá, neboť v ČR fungují pouze tři dětské komunitní služby a pouze v pilotním projektu. V tom je hlavní problém informovanosti, neboť pacienti, a dokonce ani další poskytovatelé služeb nejsou příliš

obeznámení s fungováním komunitních týmů, což často způsobuje nedůvěru a neochotu tuto péči využívat, či s ní vytvořit efektivní síť meziresortní spolupráce. Je tedy už z logiky věci zřejmé, že nesplňují dosud ani kapacitní, ani místní dostupnost. Výjimečnost těchto služeb je, že na rozdíl od ambulancí a lůžkové péče vykazují vysokou kvalitu. Podmínkou této kvality je ale dostatečná personální vybavenost a stabilní fungující síť všech klíčových profesí a služeb, které komunitní péči skládají. Tyto podmínky pro kvalitu péče tedy velmi úzce souvisí opět s nedostatečnými kapacitami, ale i právě s nízkou informovaností o komunitní péči jako takové, která znemožňuje její budování.

První část práce tedy na dimenzích dostupnosti poukázala na konkrétní problémy péče a jejich dopady, které vykreslují skutečně závažnou situaci dětské psychiatrie v ČR. Alarmující je skutečnost, že problémy mají dlouhodobý a progresivní charakter, čímž mohou přispívat nejen k riziku kolapsu systému péče ale i ke zhoršování celkového zdravotního stavu a kvality života populace v budoucnu.

První deskriptivní cíl jasně stanovil premisu, že problém nezpochybnitelně existuje a nabývá až chronické podoby. Neustálé zhoršování situace současně jasně dokazuje, že problém není systematicky řešen explicitní a přesně stanovenou politikou s jasnými cíli a záměry, která by byla výsledkem politicko-odborné diskuse vedoucí k nastolení tohoto problému, jako prioritní a koncepčně řešené agendy. Na těchto premisách staví druhá polovina analytické části práce, ve které pomocí MSF a teoretickým rámcem aktérů veřejné politiky vysvětlují a rozkrývám, jaké interakce, okolnosti a události během zkoumaného období vytvořily bariéry pro nastolení agendy a umožnily tak problémům dále se zhoršovat a reprodukovat.

Velmi těsná propojenost obou analytických částí je očividná již v prvních fázích zkoumaného procesu, neboť první systematické cíle reformy deklarované ve Strategii, se pro dětskou psychiatrii ukázaly jako nedosažitelné z důvodu extrémního nedostatku personálních kapacit. Hlavním opatřením, na kterém je reforma postavena, je zakládání komunitních služeb, což vyžaduje velmi vysoký počet poskytovatelů péče, který by umožnil postupně péči přelévat mezi službami směrem ke komunitním službám. Přitom personální kapacity v pedopsychiatrii nestačily ani na základní pokrytí již existujících služeb. V počátcích tedy došlo v podstatě k explicitnímu odmítnutí dětské psychiatrie jakožto agendy, neboť klíčoví tvůrci politik záměrně dětskou psychiatrii z reformy vyřadili, neboť u ní by reforma měla spíše opačný efekt a nepřinesla by viditelné zlepšení. Toto rozhodnutí tvůrců reformy bylo legitimizováno aktéry, kteří splňovali podmínku **authority** pro vstup do veřejněpolitického procesu. **Autorita** dává aktérům, kteří jí disponují, možnost stanovovat podmínky procesu nastolování agendy. V praxi

se tak potvrdilo Colebatchovo (2005) i Howlettovo (2009) pojetí autority, coby stěžejní podmínky legitimizace rozhodnutí (Colebatch 2005: 33,34, Howlett et al. 2009: 61). Na vrcholku hierarchie autority stojí ministr zdravotnictví jakožto **politický promotér**, který svým (ne)souhlasem určuje osud agendy (Herweg et al. 2017). Politický promotér tak schválil podobu reformy bez většího zaměření na dětskou psychiatrii a nemohlo dojít k nastolení agendy.

Od schválení Strategie v roce 2013 až do roku 2017 rozhodnutí autority ovlivnilo vývoj ve všech třech proudech, zejména v proudu politics a veřejných politik. **Proud politics** v tomto sledovaném období nebyl připraven k propojení, neboť nesplňoval ani jednu podmínku, která by zvýšila zájem politických promotérů problém řešit. Stigma duševního onemocnění a tendence mnohých problémy duševního zdraví bagatelizovat způsobovalo statickou náladu ve společnosti, která stavěla duševní zdraví dětí mimo svou hodnotovou základnu. Navíc nestabilita střídajících se vlád způsobovala fluktuaci klíčových úředníků a politických promotérů, kteří přednostně řešili jiná témata, či neměli dostatek času se k agendě dětské psychiatrie dostat.

Proud problémů měl potenciál k propojení díky neustále se zhoršujícím indikátorům, což umožnilo poměrně dlouhodobé otevření okna příležitostí. Zhoršujících se indikátorů využívali aktéři upozorňující na problém – v perspektivě MSF tzv. **problem brokers**. Jednalo se zejména o odborníky a poskytovatele péče, kteří disponovali **odborností či zájmem**, coby druhou podmínkou pro jejich vstup do procesu. Měli přehled o reálných dopadech přetrvávajících problémů a snažili se rámovat problém tak, že status quo je neudržitelný, a vzbuzovat aktéry autority k akci.

Z odborných problem brokers se postupně stávali i potenciální promotéři veřejných politiky, neboť postupně začali aktivně do procesu vstupovat a navrhopvat řešení. Zde se dostáváme ke stavu **proudu veřejných politik**, neboť Strategie rámovala dětskou psychiatrii jako agendu, která se bude řešit teprve v budoucnosti, a naopak stanovovala zachování statu quo. Experti a poskytovatelé péče coby odborní aktéři dosáhli změny v tom, že tvůrci politik souhlasili s tím, že reformu dětské psychiatrie musí vytvořit odborníci z dané oblasti a přijali je tedy jako promotéry veřejné politiky. V mé práci se tedy potvrdily závěry Knaggardové (2015) o tom, že problem brokers by měli být bráni v potaz v procesu nastolování agendy, neboť mohou „ovlivňovat práci promotérů“ a zároveň ovlivňovat proces nastolování agendy a současně i skutečnost, že problem broker může následně působit i jako promotér veřejné politiky a naopak (Knaggard 2015: 450-453).

Zde však můžeme identifikovat další příčinu, proč nebyla v tomto období agenda nastolena. Byť odborníci dostali částečný podíl na autoritě, nebyli schopni působit jako dostatečně silní promotéři veřejné politiky. To způsoboval zejména globální hodnotový konflikt, a to jak mezi tvůrci reformy a odborníky (autorita x odbornost), tak i uvnitř přítomných odborných skupin. Odborné skupiny byly příliš heterogenní a měly velmi odlišné představy o hlavních záměrech a cílech reformy dětské psychiatrie vznikala řada velmi nekonceptních návrhů, které byly nedotažené a mnohdy technicky a finančně nerealizovatelné. Tyto hodnotové konfliktní interakce v rámci komunit tak ovlivnily proces nastolování agendy v oblasti psychiatrické péče podobně, jako v práci Heinze (2016) z prostředí německého trhu práce, kdy odborná složka a složka autority velmi lišily v přístupu k hledání alternativ, což bránilo nastolení agendy (Heinz 2006 in Rozbicka et al. 2016).

Druhým problémem, který brzdil nastolení agendy, byla nedostatečná technická, personální, či finanční podpora jejich práce ze strany zástupců autorit. Odborné komunity byly nuceny formulovat řešení ve svém volném čase bez jakékoliv kompenzace a podpory, což se stalo další příčinou často chaotických a dezorganizovaných výstupů. Komunikační bariéry, hodnotový konflikt a obtížná spolupráce jsou tedy reciproční a pro proces nastolení agendy naprosto klíčové. Tyto konflikty v proudu veřejných politiky v kombinaci s nedostatečně připraveným proudem politics nedávaly možnost, aby se vyprofiloval schopný promotér veřejné politiky, který by byl schopen překlenout hodnotovou a komunikační propast, propojit autoritu s odborností a vést proces ke zdárnému nastolení agendy.

Zde se dostáváme k velmi důležitým osobnostním rysům promotéra veřejné politiky nutných pro nastolení problémů v dětské psychiatrii jako agendy. V perspektivě MSF je promotér veřejné politiky definován jako aktér, který je ochoten věnovat čas a zdroje k prosazení návrhu pomocí manipulačních strategií a blízkých vazeb na politické promotéry a úřednický aparát (Herweg et al. 2017). Pokud tuto perspektivu propojíme s konceptem autority a odbornosti, musí být promotér jak součástí autority (blízké vazby na politické promotéry), tak i odbornosti (hlubší znalosti problému, zájem a zápal problém řešit). Promotér veřejné politiky tedy musí plnit roli spojovatele těchto dvou sfér a hledat mezi nimi konsensus a elementární shodu. Jelikož do roku 2017 žádný aktér v oblasti dětské psychiatrie nesplňoval tuto naprosto klíčovou podmínku, nebylo z možné v procesu nastolování agendy pokračit.

Po roce 2017 však došlo ke zrychlení dynamiky vývoje procesu nastolování agendy, neboť řada událostí a změn parametrů ve všech třech proudech vytvořila vhodné podmínky pro nové promotéry veřejné politiky, kteří splňovali důležitou osobnostní kombinaci synergie

složky autority i odbornosti. V tomto období jsem odhalil tři klíčové změny, které dopomohly k postupné krystalizaci situace dětské psychiatrie coby palčivé a prioritní agendy. První takovou událostí byla změna v proudu politics, kdy se změnila vládní administrativa, která zaujímala k problémům psychiatrie mnohem bližší fokus. Až nečekaně významnou, byť na první pohled skrytou, roli pro progres v oblasti dětské psychiatrie, zastával premiér coby jeden z politických promotérů. Byť byl poměrně v pozadí zkoumaného procesu, sehrála klíčovou roli jeho osobní zkušenost s duševním onemocněním dítěte. Kromě moci rozhodovat tedy disponoval určitým odborným rámcem vnímání problému či minimálně zájmem o dětskou psychiatrii na základě oné osobní zkušenosti. Tento závěr odpovídá charakteristikám promotérů, které představil Mintrom (2017, 2019) s tím, že výrazná osobní zkušenost promotéra v dané oblasti má potenciál urychlit proces nastolování agendy (Mintrom et al. 2017, Mintrom 2019). V českém prostředí k podobným závěrům dochází i ve své závěrečné práci Pluhař (2017). Zde se opět objevuje nutnost propojení autority a odbornosti coby klíčového rysu promotérů pro nastolení agendy. Premiér tuto kombinaci delegoval dále k ministru zdravotnictví, který sdílel jeho hodnoty. V oblasti proudu politics se tedy objevili političtí promotéři na rozhraní odbornosti a autority, kteří vytvořili vhodné podmínky pro schválení návrhu.

Patrně nejvýznamnější událostí s velkým dopadem jak na proud problémů, tak na proud politics, představovalo období pandemie, zejména na jaře roku 2021. Nesporný význam pandemie pro připravenost proudů a případné otevírání oken příležitostí mohu opřít i např. o závěry práce Amriho (2019) a Monteblandové (2021), kteří ve svých výzkumech poukazovali na to, jak velký dopad měla pandemie na nově vznikající veřejné politiky v oblasti zdravotnictví po celém světě (Amri et al. 2019, Monteblando 2021). V proudu problémů se v důsledku dopadů pandemie na dětské duševní zdraví objevily kritické události, které upozornily na zoufalou nedostupnost psychiatrické péče o děti. Tyto události se dostaly s pomocí rostoucího mediálního zájmu do široké společnosti, která si začala uvědomovat makrospolečenské dopady tohoto problému. Objevily se zpětné vazby ve formě intenzivních debat a protestů veřejnosti proti nežádoucímu stavu v oblasti DPP, což vyústilo v celkovou změnu společenského klimatu v proudu politics. Situace v dětské psychiatrii se tedy zbavila společenského stigma a postupně se dostávala do blízkého fokusu tvůrců politik, kteří byli kromě osobních zkušeností a ochotě problém řešit. Jejich motivace využít toto téma pro politickou soutěž navíc rostla s blížícími se parlamentními volbami na podzim roku 2021.

V tento moment se otevírají okna příležitostí, a to překvapivě v obou proudech. Tyto příhodné podmínky byly navíc velmi dobrou příležitostí pro dva promotéry veřejné politiky, kteří splňovali charakteristiky silného promotéra s kontakty jak na složku odbornou, tak i složku autority. Úspěšnost těchto promotérů se v praxi projevila tím, že vznikly dvě odborně-politické pracovní platformy, které dříve chyběly a byly zárukou synergické spolupráce autorit a odborníků. Je ale nutné upozornit, že agenda stále nebyla nastolena, neboť vznik pracovních platform nebyl cílem, ale předpokladem pro vytvoření podmínek důležitých pro posun v procesu nastolování agendy. I když tedy došlo významnému konsensu na spolupráci mezi klíčovými aktéry, kteří sdíleli představu o podobě návrhů řešení, stále nebyla koncepce vytvořena a odsouhlasena politickým promotérem.

Tento stav trvá i v současnosti, neboť volby v roce 2021 opět změnily konstelaci aktérů na úrovni politických promotérů, jejichž přístup k dětské psychiatrii jakožto agendě je nejasný a dosud není jisté, zdali funkce pracovních platform bude zachována. Tím dochází k ohrožení stability okna v proudu politics, neboť změna vládní administrativy může narušit příhodnou konstelaci proudu politics. Navíc noví političtí promotéři již tak zahlcení novými problémy, musejí čelit migrační vlně, která svou palčivostí a akutností může zastínit prioritu agendy dětské psychiatrie a oslabit i proud problémů.

Tato práce si tedy kladla za cíl detailněji prozkoumat oblast dětské psychiatrie, její stav a příčiny, které se skrývají za velmi alarmující situací. Metodologicky se osvědčil sběr primárních dat v podobě rozhovorů, které poskytly velmi důležitý datový korpus s detailními informacemi zejména o interakcích mezi aktéry, které by ze sekundárních dat nebyly patrné. Relevantní by bylo zajisté rozšířit během sběru primárních dat spektrum aktérů, aby datový korpus odpovídal velmi širokému rozsahu tématu. Práci by například bylo možné rozšířit ještě o mediální analýzu, kterou mnozí autoři používají i v případě využití MSF (např. Angelovská 2021). Po stránce teoretické vnímám jako správné rozhodnutí využít MSF rozšířenou o koncept autority, odbornosti a zájmu aktérů. Využití modifikovaných verzí MSF (např. Knaggard 2017, Herweg et al. 2017) navíc rozšířily aspekt aktérů i o ty, které Kingdon v původní verzi příliš nezahrnuje (politický promotér, problem broker). MSF se tedy ukázala jako adekvátně robustní pro velmi široké a komplexní téma dětské psychiatrie a nabídla poměrně zajímavý vhled do procesu nastolování agendy.

Je potřeba současně reflektovat úskalí a nedostatky, se kterými se práce potýká, a která je nutno brát v potaz. Na úvod přiznávám, že téma dětské psychiatrie je velmi široké, složité a mnohdy jsem byl nucen selektovat perspektivy a informace, které bylo možné využít. Proto

nabízím i další perspektivy pro další možný řez problémem. Fokus by se mohl přenést například do problematiky vzdělávání pedopsychiatrů, coby klíčovým mechanismem změny, který však silně nefunguje. V této perspektivě by bylo vhodné do skupiny dotazovaných expertů zahrnout např. mladé mediky, či čerstvě atestující pedopsychiatry. Současně by se dal můj pohled rozšířit o rodiny s dětmi, které bojují s duševní chorobou, a na které má nedostatečná péče dopad.

Dalším rizikem výsledků je nevyhnutelná existence hodnot, které je nutné reflektovat a přiznat je. Určité výstupy a soudy tedy vyplývají z mého osobního pohledu na problém a nejedná se tedy o dogmatická a generalizovatelná tvrzení. Zároveň je důležité zopakovat, že mnou zkoumaný proces není ukončený a stále se vyvíjí, tudíž mé výsledky v budoucnosti nemusí zcela odpovídat aktuální situaci.

Závěr

Závěrem práce bych chtěl stručně shrnout hlavní poznatky a výstupy mé práce. Současně zodpovím výzkumné otázky, které jsem si v počátku práce stanovil, a na které jsem hledal odpovědi.

První výzkumná otázka se zaměřovala na to, **jaké jsou hlavní problémy poskytování péče o duševní zdraví dětí**. Celé téma práce již samo o sobě vychází z předpokladu, že problémy existují. Po bližším vstupu do problematiky se ukazuje, že dětská psychiatrie se pohybuje v bludném kruhu závažných problémů, které na sebe navazují a cyklicky se reprodukuje. Reprodukce a provázanost problémů odkrývá hluboké až institucionální příčiny, které není možné pochytit pouhou deskripcí. Pojdme ale od začátku a představme hlavní problémy praktického charakteru, které jsou pro „běžné oko“ lépe viditelné a představitelné.

Problémem, který dotazovaní experti často považují za příčinu dalších dílčích problémů praktického provádění péče, jsou **personální kapacity**. V pedopsychiatrii jde zejména o extrémní nedostatek dětských psychiatrů, kteří představují páteř celého systému, neboť stojí na vrcholku hierarchie odbornosti a náročnosti péče. Je klíčový pro prvotní diagnostiku, čímž odhaluje skrytou nemocnost duševního zdraví dětí a funguje tak jako gate-keeper, který rozhoduje o vstupu dítěte do systému péče. Nedostatek pedopsychiatrů tím pádem nedokáže nemocnost efektivně odkrývat. Ta z toho důsledku kulminuje, čímž roste riziko vzniku komorbidit a eskalace duševní choroby u dítěte do chronického stádia. Nesmíme ale ignorovat významné nedostatky v počtu dalších klíčových profesí, neboť bez psychiatrických sester, kterých je také jako šafránu, by nemohla fungovat zejména péče lůžková. Kritický je i nedostatek klinických psychologů, jejichž role je klíčová hlavně pro následnou a preventivní péči.

Nedostatečné personální kapacity v kombinaci s **nevhodně nastaveným a nedostatečným systémem financování** působí jako zastřešující problém, který se podílí na produkci problémů dalších. Podepisují se zejména na funkci všech jednotlivých složek péče, které není možné v důsledku personálních a finančních problémů vytvářet, rozšiřovat a modernizovat do husté a dostupné sítě kvalitních služeb. Jedním z důsledků jsou velmi dlouhé čekací doby, které se neustále prodlužují. V současné době se napříč všemi složkami péče pohybují v řádech několika měsíců, což je pro akutního pacienta naprosto nežádoucí. Specifické postavení má péče komunitní, která v podstatě neexistuje, popřípadě jen jako pilotní projekt, neboť není možné vytvořit ani elementární tým, který by tuto péči zajišťoval. Psychiatrické péče v ČR tedy hluboce neodpovídá adekvátní **místní ani časové dostupnosti**.

Řídká a nedostupná síť služeb jde ruku v ruce s klesající **kvalitou péče**, neboť ani ambulantní ani lůžková péče nedokáže poskytnout tak kvalitní péči, která by se dostala všem dětem bez rozdílu. Výsledkem je příliš rychlá a nedostatečná diagnostika v ambulancích a předčasné propouštění dětí z lůžkové péče. Lůžková péče se navíc potýká s nekvalitou a technickou zastaralostí, neboť zejména nedostatečné finance zabraňují modernizaci nemocničních zařízení. Děti jsou mnohdy léčeny v nevyhovujících podmínkách, což se opět podepisuje do kvality péče.

Kromě výše popsaných praktických problémů, které jsou poměrně dobře viditelné i pro vnější pozorovatele, jsem definoval problém, který je spíše skrytý, nicméně se ukázal jako velmi významný. Jde se o existenci **konfliktu hodnot mezi jednotlivými složkami péče**. Ten začal být výraznější, když se začaly vytvářet komunitní služby. Jednotlivé složky péče mezi sebou odmítají efektivně spolupracovat a částečně pouštět své kompetence, které by mohly odlehčit přetíženým službám buď redistribucí náročné péče do nižších pater hierarchie odbornosti, nebo přeléváním péče mezi složkami navzájem. Dle mého názoru je konflikt a jeho dopad na dětskou psychiatrii daný unikátními charakteristikami psychiatrie jakožto oboru, kterými se odlišuje od jiných oborů medicíny. Psychiatrie obecně vyžaduje mnohem silnější hodnotový rámec než obory jiné. Podoba, kvalita a efektivita péče je tedy o to více závislá na přístupech a hodnotách těch, kteří péči poskytují a na jejich ochotě synergicky spolupracovat.

Personální kapacity a současně i hodnotový konflikt působí jako problémy, které se podílejí na produkci problémů dalších. Původ těchto zastřešujících problémů však jde ještě hlouběji. Rámující příčinou, která stojí v pozadí dlouhodobě závažného stavu dětské psychiatrie, je **zatíženost oboru stigmatem**. I přes to, že v posledních letech je tendence stigma snižovat, jeho původ je tak hluboký, že nabral až institucionální podoby a silně ovlivnil klíčové mechanismy, které by mohly problémy odstranit. Stigma, spojené s tématem duševních chorob, vytvořilo hluboké defekty v **systému vzdělávání pedopsychiatrů**, ve kterém se stigma zrcadlí. Studium je zdoluhavé, náročné a paradoxně odstřižené od praxe, neboť medicí se k praktické výuce dostanou velmi marginálně. Tento nezáměr pak tvoří onen stěžejní problém nedostatku kapacit, který spouští dominový efekt a generaci výše popsaných praktických problémů. I z toho důvodu jsem do práce zahrnul samostatnou kapitolu vzdělávání a nabízím ji jako jednu z velmi důležitých perspektiv pro další výzkum či i možnou veřejněpolitickou agendu, neboť aby se naplnily personální kapacity, je potřeba řešit problém v jeho úplném počátku, a to právě v systému vzdělávání pedopsychiatrů.

Přejdeme nyní ke druhé výzkumné otázce, která sleduje **proces toho, jak bylo a je s agendou pracováno v posledních letech**. Jelikož není vytvořena cílená adresná koncepce dětské psychiatrie, ptal jsem se, co zapříčinilo to, že **nedošlo k nastolení agendy** – v perspektivě MSF, **proč ještě nedošlo k propojení třech proudů v okně příležitostí**.

První příčiny nenastolení agendy jsou charakteristické pro období mezi lety 2013 a 2017. Agenda dětské psychiatrie byla dlouhodobě agendou velmi marginální, což dokazuje vývoj zejména v proudu politics a veřejných politik, které v tomto období nebylo možné propojit, a dokonce byly často v kolizi. Dle MSF jsou ale proudy původně na sobě nezávislé, čemuž odpovídal vývoj v proudu problémů (Herweg et al. 2017: 20). Ten splňoval podmínky pro propojení, neboť jeho vývoj velmi úzce souvisí s dlouhodobou existencí výše zmíněných problémů, které ovlivňovaly trendy v indikátorech (rostoucí počet pacientů, dlouhé čekací doby...). Okno příležitostí se tedy v tomto proudu otevřelo na překvapivě dlouhou dobu, neboť čím dál více hrozilo ohrožení systému péče jako celku. Indikátory však nebyly „posílněny“ akutními kritickými událostmi, které by téma přiblížilo tvůrcům politik. Nepřipravenost proudu politics daná nepříznivou náladou ve společnosti, fluktuací a nízkým zájmem aktérů v důsledku administrativních změn a tříštěný a neefektivní tlak zájmových skupin tak nedala šanci tyto dva proudy propojit. Vývoj v proudu veřejných politiky byl zatížen hodnotovým konfliktem a komunikační bariérou mezi aktéry odbornosti a autority, a dokonce i uvnitř těchto skupin. Tento konflikt neumožnil synergickou spolupráci založenou na propojení autority a odbornosti, což generovalo technicky, finančně a hodnotově neprůchodné návrhy řešení.

Příčiny, které brzdily nastolení agendy v tomto období, tedy souvisely s naprostou nepřipraveností těchto dvou proudů, neboť jejich stav neumožnil, aby se z aktérů aktivně upozorňujících na problém (problem brokers) stali promotéři veřejné politiky, kteří by propojili proudy v okně příležitostí, které bylo stabilně otevřeno v proudu problémů.

Po roce 2017 došlo k situacím, které dávaly šanci agendu nastolit. Proud problémů byl zvýrazněn o to více vlivem pandemie, která, kromě dalšího zhoršení indikátorů, vyvolala i kritické události, které o to více zvýraznily rozsah problému a jeho potenciální makrospolečenské dopady. To ovlivnilo i celkovou společenskou náladu a širší vnímání problému. Téma se i díky nadcházejícím volbám dostalo k politickým promotérům, kteří i díky svým osobním zkušenostem s duševními chorobami u dětí, byli ochotni aktivně řešit problém dětské psychiatrie. Okno se tedy otevřelo i v proudu politics, čehož využili promotéři veřejných politik k vytvoření synergicky pracujících platform, ve kterých došlo ke klíčovému propojení autority a odbornosti. Tyto platformy měly vytvořit takové podmínky, které by umožnily

ovlivňovat proud veřejných politiky tím, že budou generovat obecně průchodné a konsensuální návrhy řešení, nastolit agendu a přesunout ji do dalších fází procesu. Dalo by se říct, že toto období (jaro až podzim 2021) bylo nejprůhodnější pro nastolení agendy, k čemuž by došlo, pokud by politický promotér (ministr zdravotnictví) schválil koncepci dětské psychiatrie, na které měly pracovní platformy pracovat. Příčinou, proč ale agenda nebyla nastolena, byla zejména změna politické administrativy po parlamentních volbách v roce 2021. Původní administrativa podporující změnu byla vystřídána administrativou novou. Došlo tedy k další fluktuaci a změně klíčových politických promotérů s nejasnými preferencemi, čímž došlo k postupnému uzavírání okna příležitosti v proudu politics. V současné době tento stav trvá a ohroženo je i okno v proudu problémů, neboť problém je v současné době zastiňován bezprecedentní situací migrační krize. Nastolení agendy tedy doposud neproběhlo, nicméně je třeba si uvědomit, že proces není uzavřený, a je otázkou, zdali bude agenda nakonec nastolena, bude stagnovat dále jako doposud, či neuspěje vůbec.

Závěrem bych chtěl pomocí syntézy výsledků shrnout příčiny jako celek. Obecně řečeno, klíčovou příčinou přetrvávajících problémů i popsané dynamiky agendy dětské psychiatrie, je chronické a dlouhodobé stigma tématu duševního zdraví. Stigma se kromě oblasti zdravotní významně podepisuje do vzdělávání skrze nezájem mediků o studium pedopsychiatrie, což se v realitě podepisuje do problémů dostupnosti a kvality péče. Stigma se tedy dále reprodukuje i díky nekvalitě a špatné pověsti psychiatrické péče. Převédeme-li stigma i do diskuse o tom, proč agenda nebyla nastolena, podepisuje se především na rezervovaném postoji a ignoraci tématu uvnitř společnosti. Z pohledu tvůrců politiky dětská psychiatrie představovala neatraktivní a příliš náročnou agendu, která vyžaduje zápal ideálně založený na osobní zkušenosti, nepřináší okamžitý hmotný výsledek a snadné politické body. Pokud tedy není dětská psychiatrie z pohledu aktérů autorit uznána jako legitimní, nemá šanci být uznána jako agenda. Další příčiny leží i uvnitř oboru, neboť aktéři ze spektra odbornosti se historicky potýkají s křivdou stigmatu, proti kterému velmi silně ale mnohdy kontraproduktivně bojují, a podkopávají tak efektivní synergickou meziaktérskou spolupráci. Vzniká tedy mix hloubkových a komplexních příčin, které brání nastolení agendy. Nadějí je však skutečnost, že téma dětského duševního zdraví nevymizelo a stále může být nastoleno jako agenda. Pokud se podaří schválit koncepci dětské psychiatrie, podpořit mediky ve studiu a opravdu synergicky a meziřesortně spolupracovat, může docházet k postupnému zlepšování psychiatrické péče o naši budoucnost, byť to bude cesta na dlouhou trať.

Summary

The diploma thesis described particular problems the child mental health care deals with to get the context for another part of the thesis. The key problem of the services is the lack of medical staff which significantly determines how effectively the system works. This lack of staff causes facilities shortages, low quality, and global insufficiency of the services. However, the research shows there are deeper roots to these problems, mostly speaking of persistence of the mental health stigma. It determines the low interest in studying child psychiatry, thus, the problem of personnel shortage rises. The problem definition provided the context for explaining why there is no explicit policy particularly focusing on child mental health care, thus the agenda has not been set. Beginning in 2013 approximately until 2017, the agenda was basically ignored because the three streams (especially policy and political ones) were not ready for coupling. This was caused by governmental arrangements, social climate, communication barriers among public policy actors and absence of strong policy entrepreneurs. After 2017, the new government held more favourable attitude towards the agenda and later, in 2020/2021, also the pandemic crisis worked as a focusing event changing the social climate and general discourse about child mental health. These factors were used by strong policy entrepreneurs who were able to push the agenda into the public attention and the conditions for agenda settings seemed to be reached. However, after another governmental arrangements in 2021, merging with new burning problems caused the agenda to stagnate again. In conclusion, nowadays the agenda has not been set yet and it is still waiting for the political entrepreneur to make a decision.

Zdroje

Odborná teoretická literatura

ABDULLAH, Mohammad Q. Mental Health and Mental Disorder: Promotion and Prevention. *Psychology and Behavioral Science International Journal* [online]. Department of Counseling Psychology, University of Aleppo, Syria: Juniper Publishers, 2017, 02/2017, 7(2), 1-6 [cit. 2022-01-10]. ISSN 2474-7688. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/345667567_Mental_Health_and_Mental_Disorder_Promotion_and_Prevention

AMRI, Michelle M. a Dilani LOGAN. Policy responses to COVID-19 present a window of opportunity for a paradigm shift in global health policy: An application of the Multiple Streams Framework as a heuristic. *Global Public Health*. 2021, 16(8-9), 1187-1197.

ANGELOVSKÁ, Olga. *(Ne)úspěch změny organizačně právního uspořádání českých nemocnic*. Praha, 2021. Dizertační práce. Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí práce Potůček, Martin.

ARAYA, Ricardo a Pedro ZITKO. Determinants of Access to Health Care for Depression in 49 Countries: A multilevel Analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2018, 2018(234), 80-88.

BELFER, Myron a Helmut REMSCHMIDT. Mental health care for children and adolescents worldwide:: A review. *World Psychiatry* [online]. World Psychiatric Association, 2005, 10/2005, 4(3), 147-153 [cit. 2022-03-12]. Dostupné z: <https://bit.ly/3i3GD7I>

BUFFOLI, Maddalena a Marta BOTTERO. Sustainable Healthcare: How to Assess and Improve Healthcare Structures' Sustainability. *Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunità* [online]. 2013, 25(5), 411-418 [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: <https://bit.ly/36MNqQT>

COHEN, Michael D., James G. MARCH a Johan P. OLSEN. A Garbage Can Model of Organizational Choice. *Administrative science quarterly* [online]. Ithaca, N.Y: Cornell University Graduate School of Business and Public Administration, 1972, 17(1), 1-25 [cit. 2022-04-23]. ISSN 0001-8392. Dostupné z: doi:10.2307/2392088

COLEBATCH, H. K. *Úvod do policy*. Brno: Barrister & Principal, 2005. Studium. ISBN 80-86598-79-9.

DILLIP, Angel a Sandra ALBA. Acceptability – a neglected dimension of access to health care: findings from a study on childhood convulsions in rural Tanzania. *BMC Health Services Research* [online]. BioMed Central, 2012, 2012(113) [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-113>

ELIA, Josephine. Overview of Mental Disorders in Children and Adolescents. *MSD Manual* [online]. USA: Merck Sharp & Dohme, 2021, 08/2021 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://msdmnls.co/35Vm3nJ>

FINDLING, Robert L. a Ekaterina STEPANOVA. The Workforce Shortage of Child and Adolescent Psychiatrists: Is It Time for a Different Approach?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2018, 57(5), 1-2.

FUNK, Michelle. *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans* [online]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005 [cit. 2022-02-20]. ISBN 92-4-154657-3. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf

HEINZ, Andreas a Silvana GALDERISI. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry* [online]. 2015, 14(2), 231-233 [cit. 2022-01-09]. Dostupné z: doi:10.1002/wps.20231

HERWEG, Nicole, Nikolaos ZAHARIADIS a Reimut ZOHLNHÖFER. The Multiple Streams Framework. WEIBLE, Christopher M. a Paul A. SABATIER. *Theories of the policy process*. 4. New York: Routledge, 2017, s. 17-54. ISBN 978-0-8133-5052-3.

HINTERLEITNER, Markus. Salami tactics and the implementation of large-scale public projects. *Journal of European Public Policy* [online]. KPM Center for Public Management, University of Bern, Switzerland, 2018, 26(7), 1-19 [cit. 2022-03-19]. Dostupné z: <https://bit.ly/3wh6z8d>

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOWLETT, Michael, M RAMESH a Anthony PEARL. *Studying Public Policy: Policy Cycles & Policy Subsystems*. Canada: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-0-19-542802-5.

CHOON GUAN, Lim a Hannah LOH. Child Community Mental Health Services in Asia Pacific and Singapore's REACH Model. *Brain Sciences* [online]. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2017, 6.10.2017, 7(126), 1-10 [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5664053/pdf/brainsci-07-00126.pdf>

JONG-WOOK, Lee. *Investing in Mental Health* [online]. Geneva: World Health Organization, 2003 [cit. 2021-12-04]. ISBN 92-4-156257-9. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf

KELLEHER, Kelly J. a Jack STEVENS. Evolution of Child Mental Health Services in Primary Care. *Academic Pediatrics* [online]. 2009, 9(1), 7-14 [cit. 2021-12-04]. ISSN 1876-2859. Dostupné z: https://www.academia.edu/27420825/Evolution_of_Child_Mental_Health_Services_in_Primary_Care

KING, Paula J. a Nancy C. ROBERTS. Policy Entrepreneurs: Their Activity Structure and Function in the Policy Process. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*. Oxford University Press, 1991, 1(2), 147-175.

KINGDON, John W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2. University of Michigan: Harper Collins College Publishers, 1995. ISBN 0-673-52389-6.

KNAGGARD, Asa. The Multiple Streams Framework and the problem broker. *European journal of political research* [online]. HOBOKEN: Blackwell Publishing, 2015, 54(3), 450-465 [cit. 2022-03-18]. ISSN 0304-4130. Dostupné z: <https://www.ippapublicpolicy.org/file/paper/1433956183.pdf>

KNOEPFEL, Peter, Corrine LARRUE, Frédéric VARONE a Michael HILL. *Public policy analysis*. Bristol: Policy Press, 2011, xvii, 327 stran : ilustrace ; 24 cm. ISBN 978-1-84742-904-9.

LAN, Ma a Mingjun PENG. An Improved Healthcare Accessibility Measure Considering the Temporal Dimension and Population Demand of Different Ages. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. Wuhan, 2018, 31.10.2018, 15(2421), 1-19 [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6266999/pdf/ijerph-15-02421.pdf>

LEVESQUE, Jean-Frederic a Mark F. HARRIS. Patient-centred access to health care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Populations. *International Journal for Equity in Health*. Montreal, Canada, 2013, **12**(18), 1-9.

MALÁKOVÁ, Kateřina, Luděk ŠÍDLO a Jan BĚLOBRÁDEK. Region, věk a dostupnost zdravotních služeb: Příklad všeobecného praktického lékařství v Česku. *Demografie* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2020, 2020, **62**(1), 16-26 [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://bit.ly/3Ijgi3Y>

MALÝ, Ivan a Zuzana KOTHEROVÁ. *Zdravotní politika a její ekonomická dimenze* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2015 [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: <https://bit.ly/3M6hC9F>

MINTROM, Michael. So you want to be a policy entrepreneur? *Policy Design and Practice*. 2019, 2(4), 307-323. ISSN 2574-1292.

MINTROM, Michael a Chris SALISBURY. Policy entrepreneurs, creative teamwork, and policy change. DAMON, Alexander a Jenny M. LEWIS. *Making public policy decisions: expertise, skills and experience*. 2. London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2017, s. 17. ISBN 978-1-138-74376-2.

MONTEBLANCO, Adelle Dora. The COVID-19 pandemic: A focusing event to promote community midwifery policies in the United States. *Social Sciences & Humanities Open*. United States: Elsevier, 2021, 1(1), 1-6. ISSN 2590-2911.

MOOPEN, Azad. The Importance of Accessible and Sustainable Healthcare. *Omnia Health Magazine* [online]. 2020, 9.8.2020, 36-37 [cit. 2022-02-26]. Dostupné z: <https://insights.omnia-health.com/digital-magazines/omnia-health-magazine-march-april-2020#36>

MOURALOVÁ, Magdalena. *Učitelé jako aktéři vzdělávací politiky: Konceptualizace aktérů ve veřejné politice a aplikace vybraných přístupů na příklad učitelů* [online]. Praha, 2019 [cit. 2021-12-11]. Dostupné z: <https://bit.ly/31WjvDr>. Dizertační práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce prof. PhDr. Arnošt Veselý, Ph.D.

MUCCIARONI, Gary. The Garbage Can Model and the Study of the Policy-Making Process. ARARAL, Eduardo, Scott FRITZEN a Michael HOWLETT. *Routledge Handbook of Public Policy*. New York: Routledge, 2013, s. 320-328. ISBN 978-0-203-09757-1.

NOVOTNÝ, Vilém, Martin POLÁŠEK, 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. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-094-0.

PĚČ, Ondřej. Komunitní péče. *Psychiatrie.cz* [online]. Praha: Psychiatrická společnosti ČLS JEP, 2008 [cit. 2022-02-17]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/archiv-reforma/200-komunitni-pee>

PENCHANSKY, Roy a J. William THOMAS. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*. 1981, **19**(2), 127-140.

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.

POTŮČEK, Martin. *Veřejná politika*. Praha: C. H. Beck, 2016. ISBN 978-80-7400-591-6.

RAADSCHELDERS, Jos C. N. The State of Theory in the Study of Public Administration in the United States: Balancing Evidence-Based, Usable Knowledge, and Conceptual

Understanding. *Administrative Theory & Praxis* [online]. The Ohio State University/University of Leiden: Public Administration Theory Network, 2018, 25.12.2018, **1**(1), 1-21 [cit. 2021-12-11]. ISSN 1084-1806. Dostupné z: doi:10.1080/10841806.2018.1526517

RAWAT, Pragati a John Ch. MORRIS. Kingdon's "Streams" Model at Thirty: Still Relevant in the 21st Century? *Politics & Policy*. Wiley Periodicals, 2016, **44**(4), 608-638.

ROZBICKA, Patrycja a Florian SPOHR. Interest groups in multiple streams: specifying their involvement in the framework. *Policy sciences* [online]. New York: Springer US, 2015, 49(1), 55-69 [cit. 2022-04-02]. ISSN 0032-2687. Dostupné z: doi:10.1007/s11077-015-9227-8

SAURMAN, Emily. Improving Access: Modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy* [online]. 2015, **21**(1), 36-39 [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://bit.ly/3Iy7jJk>

SELAMAWIT, Tadesse. Early Childhood Development: Basic Concepts. *Catholic Relief Services* [online]. Baltimore: Catholic Relief Services, 2016, **1**(1), 1-80 [cit. 2022-03-12]. Dostupné z: <https://www.crs.org/sites/default/files/crs-files/module-two-resource-guide.pdf>

SHENGELIA, Bakhuti a Ajay TANDON. Access, Utilization, Quality, and Effective Coverage: An Integrated Conceptual Framework and Measurement Strategy. *Social Science & Medicine*. 2005, **61**(2005), 97-109.

SKOKAUSKAS, Norbert a Daniel FUNG. Shaping the Future of Child and Adolescent Psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* [online]. 2019, **13**(19), 1-7 [cit. 2022-03-12]. Dostupné z: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-019-0279-y>

SKUSE, David, Helen BRUCE a Linda DOWDNEY. *Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for Clinical Training and Practice*. 3. USA: John Wiley, 2017. ISBN 9781119170198.

STAGMAN, Shannon a Janice L. COOPER. Children's Mental Health: What Every Policymaker Should Know. *National Center for Children in Poverty* [online]. Columbia University: Mailman School of Public Health at Columbia University, 2010, **1**(1), 1-8 [cit. 2021-12-04]. Dostupné z: <https://www.nccp.org/publication/childrens-mental-health-what-every-policymaker-should-know/>

ŠÍDLO, Luděk a Martin NOVÁK. K otázce hodnocení dostupnosti zdravotní péče v Česku. *Časopis Lékařů Českých* [online]. Praha, 2017, **2017**(156), 43-50 [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://bit.ly/35sAQ8V>

ŠÍDLO, Luděk. Praktičtí lékaři v Česku očima demografa. *Geografické rozhledy* [online]. 2015, 06/2015, **25**(15-16), 22-23 [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://bit.ly/3u3j1FP>

THOMPSON, Ross A. Stress and Child Development. The Future of Children [online]. 2014, 12/2014, 24(1), 41-59 [cit. 2022-03-10]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/269771722_Stress_and_Child_Development

THORNICROFT, Graham a Nicole VOTRUBA. Does the United Nations care about mental health? *The Lancet Psychiatry* [online]. 2016, 3(7), 599-600 [cit. 2022-04-27]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2016-33673-006>

VÁGNEROVÁ, Marie a Lidka LISÁ. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vydání třetí, přepracované a doplněné. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4961-0.

VOTRUBA, Nicole, Jonathan GRANT a Graham THORNICROFT. The EVITA framework for evidence-based mental health policy agenda setting in low – and middle-income countries. *Health Policy and Planning* [online]. Oxford, 2020, 10/02/2020, 35(4), 424–439 [cit. 2022-03-11]. Dostupné z:

<https://academic.oup.com/heapol/article/35/4/424/5732810?login=true>

WEIBLE, Christopher. An Advocacy Coalition Framework Approach to Stakeholder Analysis: Understanding the Political Context of California Marine Protected Area Policy. *Journal of Public Administration Research and Theory*. Oxford University: Oxford University Press, 2007, 17(1), 95-117. ISSN 1053-1858.

WHITE, Karen a Ian HAMILTON. ABC of mental health: Community mental health services. *British Medical Journal* [online]. BMJ Clinical Research, 1997, 314(7097), 1817-1820 [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://bit.ly/3JFOd4k>

ZAHARIADIS, Nikolaos. The Multiple Streams Framework. SABATIER, Paul A. *Theories of the Policy Process*. 2. USA: Westview Press, s. 65-92. ISBN 978-0-8133-4359-4.

ZAHARIADIS, Nikolaos. *Ambiguity and Choice in Public Policy*. Washington, D. C.: Georgetown University Press, 2003. ISBN 0-87840-135-0.

Metodologická literatura:

ADAMS, William C. Conducting Semi-Structured Interviews. NEWCOMER, Kathryn E., Harry P. HATRY a Joseph S. WHOLEY. *Handbook of Practical Program Evaluation*. 4. Washington D.C.: Jossey-Bass A Wiley Imprint, 2015, s. 492-505. ISBN 978-1-118-89360-9.

BRYSON, John M. What to Do When Stakeholders Matter: A Guide to Stakeholder Identification and Analysis Techniques. *Public Management Review*. London School of Economics and Political Science, 2003, 6(1), 1-41.

CORBIN, Juliet a Anselm STRAUSS. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834--60-X.

DÖRINGER, Stefanie. The problem-centred expert interview: Combining qualitative interviewing approaches for investigating implicit expert knowledge. *International Journal of Social Research Methodology*. United Kingdom: Informa UK Limited, 2021, 24(3), 265-278.

HANCOCK Beverly, Elizabeth OCKLEFORD a Kate Windrige. *An Introduction to Qualitative Research* [online]. The NIHR RDS for the East Midlands / Yorkshire & the Humber, 2009. [2021-12-12]. Dostupné z: https://www.rds-yh.nihr.ac.uk/wp-content/uploads/2013/05/5_Introduction-to-qualitative-research-2009.pdf

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

KABIR, Syed M. S. Methods of Data Collection. *Basic Guidelines for Research*. 2016, 1(1), 201-276.

MACDONALD, Stuart a Nicola HEADLAM. *Research Methods Handbook: Introductory guide to research methods for social research* [online]. Manchester, United Kingdom: The Centre for Local Economic Strategies, 2009 [cit. 2021-12-11]. ISBN 1870053656. Dostupné z: <https://www.cles.org.uk/wp-content/uploads/2011/01/Research-Methods-Handbook.pdf>

MILLER, Gerald J. a Kaifen YANG. *Handbook of Research Methods in Public Administration* [online]. Boca Raton, Florida: Taylor & Francis Group, 2008 [cit. 2021-12-11]. ISBN 978-0-8493-5384-0. Dostupné z: <https://bit.ly/3s5rKb0>

SCHMEER, Kammi K. Stakeholder Analysis Guidelines. Health Reform Tools Series. Bethesda, MD: The U.S. Agency for International Development, 2003, 1(1), 1-41.

SUTTON, Jane a Zubin AUSTIN. Qualitative Research: Data Collection, Analysis, and Management. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy* [online]. 2015, **68**(3), 226-231 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4485510/pdf/cjhp-68-226.pdf>

VESELÝ, Arnošt a Martin NEKOLA. *Analýza a tvorba veřejných politik: Přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON, 2007. ISBN 80-86429-75-5.

VESELÝ, Arnošt. Veřejněpolitický a „klasický“ sociálněvědní výzkum. NEKOLA, Martin, Hana GEISLER a Magdalena MOURALOVÁ. *Současné metodologické otázky veřejné politiky*. Praha: Karolinum, 2011, podobnosti a odlišnosti. ISBN 978-80-246-1865-4.

Internetové/mediální zdroje:

GABRIEL, Josef. V republice máme 60 dětských ambulantních psychiatrů. Průměrný věk: 60 let. Bohnicebezhranic.cz [online]. Praha: Bohnice bez hranic, 2018, 16.3.2018 [cit. 2021-6-18].

KOUBOVÁ, Michaela. Problémy dětské psychiatrie: Mýty a stigmatizace, nedostatek lékařů i nedostatečná spolupráce resortů. *Zdravotnický Deník* [online]. Praha: Media Network, 2019, 27/09/2019 [cit. 2022-03-16]. Dostupné z: <https://bit.ly/3tflgp6>

Lůžková psychiatrická péče [online]. Psychoportál, 2020 [cit. 2022-02-17]. Dostupné z: <https://psychoportal.cz/luzkova-psychiatricka-pece/>

Síť pedopsychiatrických lůžek v ČR [online]. ADDP: Asociace dětské a dorostové psychiatrie, 2021 [cit. 2022-02-17]. Dostupné z: <https://www.addp.cz/informujeme/sit-pedopsychiatrickych-luzek-v-cr.html>

Analýzy, statistiky, výzkumné zprávy:

Analýza vlivu reformy psychiatrické péče na oblast sociálních služeb v ČR. *FM solutions* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015, 9/10/2015, **1**(1), 1-171 [cit. 2022-03-11]. Dostupné z: <https://bit.ly/3vXgi7t>

BALON, Richard. Problémy na obzoru: Následky nezájmu o dětskou psychiatrii a nedotaženého postgraduálního výcviku. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2020, **116**(6), 269-271.

Global health estimates 2020: Leading causes of death 2000-2019. *World Health Organization* [online]. Geneva: WHO, 2020, 2020 [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: <https://bit.ly/3MPhfR5>

GOETZ, Michal a Zuzana HRIVÍKOVÁ. Děti a mladí lidé a jejich potřeby v oblasti duševního zdraví. *Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí* [online]. Praha: Systémový projekt MPSV, 2018, 14.12.2018, **1**(1), 1-26 [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: <http://www.pravonadetstvi.cz/files/files/Prezentace-9---Specificke-poteby-dusevni-zdravi.pdf>

MELICHAROVÁ, Hana. *Psychiatrická péče 2019: zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2020. ISBN 978-80-7472-188-5. ISSN 1210-8588. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008348/psych2019.pdf>

MELICHAROVÁ, Hana. *Psychiatrická péče 2020: zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2021. ISBN 978-80-7472-191-5. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008375/psych2020.pdf>

NECHANSKÁ, Blanka a Jan JANN. *Psychiatrická péče 2015* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2016 [cit. 2022-03-14]. ISBN 978-80-7472-151-9. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/psych2015.pdf>

Připomínky Sekce dětské a dorostové psychiatrie ČLS JEP a Asociace dětské a dorostové psychiatrie, z.s. [online]. Ústecký kraj: SDDP ČLS JEP & ADDP, 2020 [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://bit.ly/3Bz6E7O>

RABOCH, Jiří a Irena ZRZAVECKÁ. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. [online]. Praha, 2012 [cit. 2021-06-23]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf. Odborná zpráva z projektu.

SWOT analýza a hodnocení Reformy péče o duševní zdraví z pohledu poskytovatelů a uživatelů služby. *Asociace komunitních služeb*. Praha: Asociace komunitních služeb, 2021, 1(1), 1-23.

UHLÍKOVÁ, Petra. K situaci v dětské a dorostové psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2021, 117(2), 269-271.

WINKLER, Petr, a Martin BROULÍKOVÁ. *Ekonomické hodnocení ve zdravotnictví: Zaměřeno na duševní zdraví* [online]. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2020 [cit. 2022-01-09]. ISBN 978-80-87142-38-7. Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/pdf/monografie_ekonomicke-hodnoceni_final.pdf

WINKLER, Petr. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení* [online]. Praha: Psychiatrické centrum, 2013 [cit. 2022-02-06]. ISBN 978-80-87142-21-9. Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf

Strategické a legislativní veřejněpolitické dokumenty:

Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 [online]. Geneva: World Health Organization, 2021 [cit. 2022-03-11]. ISBN 978-92-4-003102-9. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

ČESKÁ REPUBLIKA. *Rada vlády pro duševní zdraví: Záznam ze VII. jednání*. Úřad Vlády ČR: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2021, ročník 2021, 27.10. Dostupné také z: <https://bit.ly/3wTAEuP>

ČESKÁ REPUBLIKA. *Usnesení Vlády České republiky: o Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020-2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR: Vláda ČR, 2020. Dostupné také z: <https://bit.ly/3Ls0bze>

ČESKÁ REPUBLIKA. *Zápis z jednání Pracovní skupiny k dětské a dorostové psychiatrii: Záznam ze VII. jednání*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022, ročník 2022, číslo 5. Dostupné také z: <https://bit.ly/3u1Gvff>

Evropská deklarace psychického zdraví. *Evropská ministerská konference WHO* [online]. Helsinky: World Health Organization, 2005, 14/01/2005, 1(1), 1-6 [cit. 2022-03-11]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/psycho/Evropska_deklarace.pdf

Malý průvodce CDZ [online]. Praha: ReformaPsychiatrie.cz, 2020 [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/maly-pruvodce-cdz>

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030. *MZČR.cz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2020, 01.2020, s. 1-68 [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://bit.ly/36jTX5b>

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030: Příloha č. 2. *MZČR.cz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2020, 01.2020, s. 1-68 [cit. 2022-02-19]. Dostupné z: <https://bit.ly/361vMsm>

OECD. *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health* [online]. France: Organisation for Economic Cooperation and Development, 2021 [cit. 2022-01-14]. ISBN 9789264569393. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-new-benchmark-for-mental-health-systems_4ed890f6-en

Strategie reformy psychiatrické péče. *MZČR.cz* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013, 8.3.2013, 1-78 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://bit.ly/3gxYHpz>

The Importance of Early Intervention for People Facing Mental Health Challenges. *Mental Health First Aid* [online]. USA: Mental Health First Aid, 2021, 21/06/2021 [cit. 2022-03-15]. Dostupné z: <https://bit.ly/3KH2KwQ>

WHO Quality Rights: Act, unite and empower. *World Health Organization* [online]. Geneva, Switzerland: Mental Health Policy and Service Development Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, 2017, , 1-4 [cit. 2021-6-23]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/QRs_flyer_eng_2017.pdf

WHO. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: World Health Organization, 2004. ISBN 92-4-159159-5.

Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [online]. Praha: Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy, 2014 [cit. 2022-03-02]. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné z: <http://www.szu.cz/zdravi-2020>

Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. *Zelená kniha* [online]. Brusel: Komise evropských společenství, 2005, 14/10/2005, 1(1), 1-25 [cit. 2022-03-11]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_cs.pdf

Seznam použitých zkratk

AP – Ambulantní péče

LP – Lůžková péče

CDZ – centrum duševního zdraví

DPP – Dětská psychiatrická péče

(D)DZ – (Dětské) duševní zdraví

(D)PN – (Dětská) psychiatrická nemocnice

(D)PON – (Dětské) psychiatrické oddělení nemocnic

ADDP – Asociace dětské a dorostové psychiatrie

SDDP – Sekce dětské a dorostové psychiatrie

MSF – Teorie tří proudů

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

VPD – veřejněpolitické dokumenty

NADPZ – Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030

Strategie; SRPP – Strategie reformy psychiatrické péče 2017

ČR – Česká republika

EU – Evropská Unie

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development/Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

OSN – Organizace spojených národů

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

WHO – Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha č. 1: Příklad scénářů rozhovorů

Scénář rozhovoru s Tomášem Havelkou – předseda Asociace dětské a dorostové psychiatrie prim. PN Havlíčkův Brod (předpokládaná délka rozhovoru 20-30 minut, forma distanční)

Úvod

- Seznámení s průběhem rozhovoru, nahráváním, nakládáním s informacemi
- Představení sebe a své pozice
- Představení tématu práce

Problémy dětské psychiatrie v ČR:

- Jak vnímáte současný stav dětské psychiatrické péče v ČR?
- Jaké jsou dle Vás největší problémy dětské psychiatrie?
- Jaké dopady mohou problémy dětské psychiatrie mít do budoucna?
- Myslíte si, že jsou problémy dětské psychiatrie dostatečně řešeny na politické úrovni? Věnují dle Vás politici dostatečnou pozornost dětské psychiatrii?
- Dokázal byste určit nějaké události, které výrazně upozornily či upozorňují na tento problém (statistiky, události, zpětná vazba...)? Pokud ano, jak zareagovali političtí představitelé?
- Jak se vyvíjely problémy dětské psychiatrii v období pandemie? Myslíte si, že pandemie měla vliv na oblast dětské psychiatrie – ať už v ohledu na eskalaci problému, či na to, jak bylo přistupováno ke snaze problémy v dětské psychiatrii řešit?

Reforma psychiatrické péče:

- Dokázal byste zhodnotit, jak je s tématem dětské psychiatrie pracováno v procesu reformy psychiatrické péče v ČR? Jsou dle Vás řešení navrhovaná v rámci reformy dostatečná, dobře formulovaná a efektivní?
- Jaká řešení jsou dle Vás nejvhodnější pro řešení problémů v dětské psychiatrii?
- Co podle Vás nejvíce brání tomu, aby byly jednotlivé problémy dětské psychiatrie řešeny?

Aktéři

- Jací aktéři se snaží aktivně řešit tento problém? Kdo je nejvíce slyšet?
- Jak jednotliví aktéři spolupracují mezi sebou navzájem?
- Jaká je role Asociace dětské a dorostové psychiatrie v této problematice?
- Spolupracuje Asociace na reformě psychiatrické péče?
- Snaží se Asociace výrazně tlačit na politické představitele, aby byly problémy v dětské psychiatrii řešeny? Jaká je komunikace např. s ministerstvem zdravotnictví? Snaží se spolupracovat?

Okno příležitostí

- Dokázal byste definovat nějaké období či situaci, kdy dle Vás bylo vhodné tento problém řešit? Konkrétně kdy byly nejlepší a nejvhodnější podmínky pro to, aby byl problém dětské psychiatrie řešen? Využily se tyto podmínky dle Vašeho názoru?

Příloha č. 2: Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem

Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem

Byl/a jste požádán/a o rozhovor v rámci sběru dat pro diplomovou práci s názvem Problém nedostupnosti psychiatrické péče o děti v České republice, která je zpracovávána na Katedře veřejné a sociální politiky pod Fakultou sociálních věd Univerzity Karlovy studentem Bc. Markem Stodolou.

Důvěrnost informací

Poznatky a citace z provedeného rozhovoru nebudou jako celek zveřejněny, slouží pouze pro doplnění analytické části práce. Nahrávka rozhovoru slouží pouze pro studijní účely a pro účely práce. Nahrávka nebude nikde zveřejňována, alespoň ne bez vědomí a souhlasu nahrávaného.

Vaše rozhodnutí je pro mě závazné. Prosím o Váš souhlas s provedením rozhovoru za výše uvedených podmínek. Vaše účast na rozhovoru je dobrovolná a můžete ji kdykoli v jeho průběhu přerušit.

V..... dne.....

.....

Podpis informanta

Pokud budete mít jakékoli další dotazy ohledně tohoto výzkumu či rozhovoru, kontaktujte prosím tazatele Marka Stodolu pomocí níže uvedených kontaktních informací.

Kontakt na tazatele:

Tel. č.:

Emailová adresa:

V dne.....

.....

Podpis tazatele

Příloha č. 3: Příklad kódování

Rozhovor s Petrou Uhlíkovou (23.2.2022)

Proud problémů

Aktéři VP

Popis služby

Proud politics

Problém dostupnosti

Okno příležitosti

Proud VP

Další problémy/bariéry

Cílová skupina Vzdělávání

Jak vy vnímáte současný stav DPP tady v ČR?

Já jsem 12 let ve výboru dětské a dorostové psychiatrie, takže jsem u zdroje problémů, navíc jsem člen akreditační komise MZ a člen pracovní skupiny pro dětskou a dorostovou psychiatrii, takže já jsem v jádru toho řešení. Od roku 2008 je několik koncepcí DPP, najdete je na webu MZ. Základní problém, je, že je nedostatek dětských psychiatrů. On je obecně nedostatek lékařů, ale tady jich je extrémně málo. Obor stárne, kolegové odcházejí do důchodu, noví nepřibývají. Ten obor je málo atraktivní finančně, je to obor náročný, nemá asi úplně dobrou prestiž. Loni na to vyšel článek, analýza, proč si medicí nevolí obory psychiatrické jako své povolání.

Myslíte si, že ty koncepce, které vznikaly, ať už to je ta velká strategie reformy PP, nebo i ty koncepce před tím, dostatečně ten problém DDZ zachycují?

Já si myslím, že určitě, protože vždy vychází z hřejákých dat. My teď máme data z UZISu, která vám mohu poskytnout. Je to konečná závěrečná analytická zpráva. Ukázalo se, že v době covidu ubylo dětských vyšetření na psychiatrii, ubylo i hospitalizací, což je vždycky v dětské psychiatrii daný tím, že nefunguje škola. Stejně takto kolísá sezónně problematika o prázdninách, o prázdninách není tolik pacientů, protože mnoho problémů je vázáno na školní rok a teď díky tomu, že se školy otevřely narostl i počet pacientů. Data zatím nejsou, takže je to takový odhad z denní praxe, který může být zkreslený, protože takto se říká, že za covidu přibýlo pacientů, ale ta data to neukázala, naopak ukázal se pokles, ale dá se očekávat, že ten nárůst bude teď.

Takže ten pokles není podle vás z toho důvodu, že by se stav dětského duševního zdraví zlepšil, ale že není ta kapacita zachytávat?

No za covidu byla zavřená velká spousta zařízení, navíc děti byly doma s rodiči, nemohly chodit do školy, takže spousta lidí neměla potřebu ty problémy řešit. Ony ty problémy taky nebyly vidět, když děti nechodí do školy, tak nemají školní fobie, nebojí se sociálních kontaktů. U těch, které byly v nějakých takových potížích stabilizovány, tak ty problémy narostou vždy po prázdninách, někdy i po víkendu, když ty děti vypadnou z toho sociálního kontaktu a režimu, na který jsou zvyklé, tak si odvyknou, přestanou ty dovednosti zvládat a vždy se to projeví o prázdninách. Projeví se to o v půlce září. My máme ve stacionáři děti se školní nebo sociální fobií a v září první dva týdny tady nikdo není a od poloviny září, kdy začínou chodit do školy, a začne se něco dít, tak začínou narůstat a pak máme celý rok plno s velkými vrcholy kolem vysvědčení, kdy je ta zátěž na děti velká. To je specifikum DP, že řada těch potíží kopíruje školní rok – neurozy, poruchy nálady – ty všechny jsou závislé na tom, v jakém režimu ty děti jsou. A pokud byly rok a půl s rodiči doma, tak tyto problémy neměly potřebu řešit. Ne že by je neměly, ale nebyla potřeba je řešit. Navíc ambulance byly zavřené, hodně ordinovalo online, takže ty výkazy pro pojišťovnu byly menší a vykazovalo se méně vyšetření a méně hospitalizací, ale určitě to nebylo tím, že to ty děti nepotřebovaly, ale že to nebylo poznat v tu dobu. A čekáme, že ten dramatický nárůst bude teď, když se všechno vrací do normálu a ty děti mají začít fungovat, přestávají mít toleranci absencí a nejsou schopné zvládat denní docházku.

Jaký efekt to může mít na ty služby tato očekávaná vlna?

Efekt to má, že my máme 30 dětí na pořadníku a obdobně je na tom většina pracovišť, a to i v Praze, kde je ta péče relativně nejdostupnější. Lůžková zařízení mají úplně plno, tam čekací lhůty i pro akutní pacienty jsou poměrně dlouhé, to se zeptejte v Motole, nebo v Krči. Včera jsem řešila případ pacientky, ta dostala termín na úterý, pak se to zrušilo, posunulo se to na čtvrtek a je to pacientka, která žije s těžkou depresí na pediatrii, kde jsem jí dala léky a čeká, až se uvolní místo na lůžku, což je absolutně nepřijatelná situace, aby akutní pacient, ohrožený sebevražedným jednáním neměl dostupný akutní pedopsychiatrický lůžko, ale takto to prostě v realu funguje.

Čím myslíte, že je způsobeno to, že i když to je naprosto očividné, že ty koncepce a snahy nebyly schopné to nějak posunout dál?

Já si myslím, že dlouhé roky ubývalo lůžek, a to myslím do roku 2010 i dál s tím, že ubývalo pedopsychiatrických, akutních lůžek s tím, že se rozvíjí nový typ péče – ambulantní stacionáře. No ale my jsme po celou dobu jediným ambulantním denním stacionářem. Jsme od roku 1999, to jsme otevřeli, a jsme pořád jediný psychiatrický stacionář.

Jak to, že není větší aktivita na zakládání těchto nových služeb. Proč se ubírá na něčem, když to není adekvátně saturováno jinou službou?

Já nedokážu posoudit, jestli tam nebyly třeba propady v obloženosti. Často se měnily systémy financování lůžkové péče a hodnocení toho, jak tam jsou pacienti dlouho. Já jsem zažila systém, kdy byl doba hospitalizace dána na 56 dní a byla po celou dobu placena stejně. Teď jsou doby hospitalizace mnohem kratší, ze strany pojišťoven jsou placené sestupnou platbou, takže je nějaká max doba, kdy může být pacient na lůžku a pak ty platby na něj jsou menší, takže tyhle věci také mají vliv na to, jak dlouho pacienti mají možnost čerpat tu péči. Ono to jde ruku v ruce – on ten problém není úplně jednoduchý – třeba s moderní medicí, která dokáže spoustu věcí ovlivnit v řádu několika dnů, takže ty pobyty nemusí být dlouhé, ale mělo by přibýt terapeutických lůžek pro pacienty s PPP, kde není možné tu léčbu urychlit. Já si pamatuju, že pacienti byli v Motole s mentální anorexií půl roku, kde přibrali chybějících 20 kg, teď je tato péče vyloučená. Teď tam jsou 3 týdny, začne se s terapií, převedou se do ambulantní léčby. Moc to není dobrý řešení pro řešení těchto stavů. Ta léčba by měla být dlouhodobá. Tady třeba je kompletní oddělení pro PPP, kde jsou nějakou dobu na oddělení, pak mohou na 3 měsíce na stacionář, mají následnou terapeutickou skupinu, ambulantní péči ale to je oddělení pro dospělé.

Čím myslíte, že je to dané, že pro dospělé taková forma existuje a pro děti ne?

Tohle asi osobou dr. Papežové, která to tady celé roky vede. Je to o tom, že musíte mít odborníka, který musí dát dohromady ten tým a věnuje se tomu řadu let, než vybuduje takové komplexní pracoviště. V rámci reformy PP byly plány na vytvoření na nových ambulantních služeb, jako jsou multidisciplinární týmy, ambulance s rozšířenou působností, terénní služby. Původně reforma neměla vůbec zasahovat do DP, ale aktivity odborných společností, hlavně AADP přispěly k tomu, že jsme prosadily to, aby se reforma vztahovala na všechny pacienty. Pomohlo tomu i to, že se změnil systém atestací vzdělávání, že DP má samostatnou atestaci, není to nástavbový obor. Byla dlouho vnímána jako nějaká součást dospělé psychiatrie a o dětskou psychiatrii se nikdo moc nezajímal. Takže tyto změny přinesly nějaký samostatný program pro rozvoj DP, ale ve financování projektů se ukázalo, že je rozdíl v dotaci na CDZ pro dospělé a CDZ pro děti. Je tam rozdílná sazba na poskytnutou péči, takže to dává pro děti tady v Praze teď lepší. Je to jedno ze tří CDZ, která vznikla za ty tři roky, na které byl vypsán projekt plánovaný, tak to pražské bude zavírat.

Příloha č. 4: Ukázka kategorií, konceptů a kódů

Kategorie	Koncepty	Kódy
Problémy	Problémy péče Problémy vnější Bariéry Dostupnost péče	• Konkrétní systémové problémy péče • Vnější události či fenomény komplikující průběh péče • Vzdělávání • Místní, cenová, časová nedostupnost • Kvalita, informovanost
Aktéři	Aktéři Přístup aktérů Interakce Zdroje	• Jednotliví aktéři vstupující do procesu • Hodnoty, zájmy, jednání aktérů • Vzájemné interakce mezi aktéry • Autorita, odbornost, zájem
Proudy	Proud problémů	• Indikátory • Kritické události • Zpětná vazba
	Proud politics	• Nálada ve společnosti • Změna administrativy • Nátlak zájmových skupin
	Proud veřejných politik	• Finanční, technická a hodnotová průchodnost • Interakce při tvorbě alternativ
Další koncepty MSF	Okna příležitostí Aktéři v optice MSF	• Charakteristika a vývoj oken příležitostí • Promotéři veřejných politik, političtí promotéři • Problem brokers

Teze diplomové práce

***Poznámka:** Jelikož bylo téma později upravováno a více zaměřeno na systém, ne na cílovou skupinu, teze se odlišují od finálního uchopení práce*

Jméno studenta/studentky: Marek Stodola

Název v jazyce práce: Problém nedostupnosti psychiatrické péče o děti v České republice

Název v anglickém jazyce: The Problem of Child Mental Health Services Inaccessibility in The Czech Republic

Klíčová slova: psychiatrická péče, duševní zdraví, děti, pedopsychiatrie, well-being, aktéři, veřejná politika

Klíčová slova anglicky: mental health care services, mental health, children, well-being, policy actors, public policy

Akademický rok vypsání: 2020/2021

Jazyk práce: český

Typ práce: diplomová

Ústav: Katedra veřejné a sociální politiky

Vedoucí / školitel: Ing. Mgr. Olga Angelovská

Obor práce: Veřejná a sociální politika

Teze diplomové práce (výzkumný projekt):

A. Vymezení výzkumného problému,

Téma duševního zdraví populace je v současné době tématem velmi důležitým, neboť dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je duševní zdraví klíčovou podmínkou pro komplexní hodnocení úrovně života světové populace. Z toho důvodu je problematika týkající se stavu psychiatrické péče v mezinárodním měřítku velmi významným tématem, které je intenzivně diskutováno a podrobováno řadou výzkumů, které si stanovují za cíl popsat stav péče o duševní zdraví napříč státy světa. V reakci na to provádí WHO výzkumy, ve kterých pravidelně vyhodnocuje stav psychiatrických služeb ve světě (kvalitu, dostupnost...). WHO upozorňuje na to, že i když je péče o duševní zdraví naprosto klíčová, mnoho zemí v mezinárodních průzkumech hodnotících kvalitu a dostupnost psychiatrické péče vykazuje velmi neuspokojivé výsledky v kvalitě, povaze a dostupnosti poskytovaných služeb péče o duševní zdraví. Obecně jde především o nedostatek psychiatrů, či dalších pracovníků psychiatrické péče, přílišné lpění

na lůžkovou péči, podfinancování atp. Nedostatečná a nekvalitní psychiatrická péče navíc zvyšuje rizika předčasného úmrtí až o 10 let a zvyšuje se prevalence sebevražd (WHO 2017).

V zaměření na český přístup k podpoře duševního zdraví obyvatel, je česká psychiatrická péče ovlivněna především dědictvím socialismu – je zaměřená především na dlouhodobou lůžkovou psychiatrickou péči. V současnosti jsou hlavními problémy české psychiatrické péče podfinancování, péče založená především na dlouhodobé hospitalizaci pacientů, velká nevyrovnanost mezi lůžkovou a ambulantní, nedostatek ambulantních lékařů vzhledem k rostoucímu počtu psychiatrických pacientů, nedostatek dalších ambulantních služeb (denní stacionáře, krizová centra...) a z toho plynoucí velmi dlouhé čekací doby. Veškeré tyto problémy jsou součástí snah reformovat psychiatrickou péči, aby se stala moderní, deinstitucionalizovanou a efektivní, nicméně. Tento proces je však v ČR, a v dalších post-socialistických zemích, velmi pomalý a zdoluhavý (Pěč 2017: 4).

Byť jsou vytvářeny nové koncepce reformy české psychiatrické péče, Pěč tvrdí, že i tyto reformy jsou nedostatečné zejména v pedopsychiatrii, tedy oblasti psychiatrie zaměřené na duševní zdraví dětí. Přitom jde o velmi zranitelnou cílovou skupinu, která vyžaduje co nejdřívější psychiatrickou intervenci, aby se snížilo riziko relapsu v budoucích životních drahách dětí. Nedostatky jsou přitom více než palčivé. Ve srovnání s kapacitami lůžek jsou v ČR pouze tři dětské psychiatrické nemocnice s celkem 250 lůžky oproti 15 nemocnicím s více než 8 tisíci lůžek pro dospělé (ibid). Dle ředitele Psychiatrické nemocnice Bohnice Martina Hollého je v ČR pouze šedesát ambulantních dětských psychiatrů, navíc průměrný věk těchto lékařů se pohybuje okolo šedesáti let. Přitom dle psychiatra Michala Goetze by mělo být v republice minimálně 200 psychiatrických ambulancí. Co se týče denní péče v podobě psychiatrických stacionářů, tak v ČR funguje pouze jeden dětský stacionář, přičemž by bylo žádoucí dle Goetze, aby fungovaly minimálně dva stacionáře v každém kraji. Z této nedostatečnosti pak pramení velmi dlouhé čekací doby, které dosahují až řádu několika měsíců. V kombinaci s rostoucím počtem dětských psychiatrických pacientů vzniká alarmující situace v oblasti péče o duševní zdraví dětí, kdy současný stav pedopsychiatrické péče nedokáže dostatečně saturovat specifické potřeby této cílové skupiny. Dá se tedy předpokládat, že nedostatečná psychiatrická péče pro děti může mít dalekosáhlé dopady na životy dětí a jejich rodin.

Byť jde i dle odborníků o velmi významný problém, reforma psychiatrické péče nedostupnost pedopsychiatrických služeb dostatečně nereflextuje. Dle Peče je naprosto nutné, aby byly v reformách psychiatrické péče přítomny body, které požadují komplexní reformu psychiatrické péče o děti, a to především na úrovni deinstitucionalizované – tedy v podobě zajištění dostatečných lékařských kapacit, většího množství ambulantních služeb (ibid).

Z těchto poznatků tedy vyplývá očividná relevance tohoto tématu, a to jak z pohledu sociologického (vliv kvalitní psychiatrické péče na celospolečenské „blaho“), tak i veřejně politického, neboť jde o veřejně politický problém, který je třeba řešit nástroji veřejné politiky v podobě reformy psychiatrické péče. Tato práce se snaží zvýraznit palčivost a problematičnost problému nedostupných psychiatrických služeb v péči o duševní zdraví dětí a poukázat na to, že je nezbytné reflektovat tento problém v aktuálních dokumentech reforem psychiatrické péče. Je třeba poukázat na to, jak velký dopad má nedostatečná psychiatrická péče na životy rodin s dětmi s psychiatrickou diagnózou a současně se pokusit zviditelnit potenciální systémové příčiny, proč se dlouhodobě nedaří zajistit kvalitní péči o duševní zdraví dětí.

Výzkumný problém by se tedy dal shrnout následující větou: Nedostupnost dětské psychiatrické péče o děti v ČR, která může negativně ovlivnit životy a well-beingu dětí a jejich budoucí životní dráhy.

B. Cíle diplomové práce (jejich přímá souvislost s formulovaným výzkumným problémem)

Hlavním cílem práce bude **identifikovat hlavní nedostatky a problémy v dostupnosti služeb v psychiatrické péči o děti**. Tento cíl bude rozpracováván následujícími dílčími podcíli. Budu se zaměřovat na problémy malého počtu pedopsychiatrů, služeb poskytující psychiatrickou péči dětem s psychiatrickou diagnózou (denní stacionáře, neziskové organizace...), i lůžkové péče.

Mou snahou bude zjistit a identifikovat možné příčiny nedostatečných kapacit pedopsychiatrie a jaké jsou dopady tohoto problému na rodiny s dětmi s psychiatrickou diagnózou. Budu se zaměřovat na reflexi tohoto problému různými aktéry (tvůrci politiky, poskytovatelé psychiatrické péče, příjemci psychiatrické péče) se zaměřením na to, jak rozdílně konstruují danou problematiku. Zároveň součástí práce bude popsat, jak s tématem dětské psychiatrie pracují současné veřejně politické dokumenty a rovněž reformy péče o duševní zdraví.

C. Výzkumné otázky

Na výzkumné cíle navazují tyto výzkumné otázky, které rozvíjejí stanovené podcíle:

- 1) Jak se projevuje nedostatečnost v dostupnosti k psychiatrické péči o děti?
- 2) V jakých institucích péče je tento problém nejpalčivější (nedostatek lékařů, stacionářů, lůžkové péče...)?
- 3) Jaký je vztah v přístupech různých skupin aktérů (rodiny, poskytovatelé péče, tvůrci politik...) k této problematice?
- 4) Jak je problém nedostupnosti psychiatrické péče o děti popisován v reformách psychiatrické péče?

D. Teoretická východiska

V práci budu využívat teoretické koncepty dětského well-beingu a aktérů ve veřejné politice. V práci budu rovněž využívat výstupy z výzkumů především Světové zdravotnické organizace, které byly prováděny ve snaze hodnotit úroveň a podobu psychiatrické péče ve světě i v ČR.

Teoretický koncept well-beingu je v současné době multidisciplinární a poměrně široký pojem, který je v současnosti velmi využíván, a to zejména v psychologii, sociologii, ale i veřejné politice. Well-being označuje „*potenciál osoby žít plnohodnotný život a schopnost vypořádávat se s výzvami reálného života*“ (Fisher et al. 2013: 309). Well-being tedy představuje model poukazující na kvalitu života jedince, podmínky, které život jedince mohou ovlivňovat. Well-being ve veřejné politice je většinou zaměřen na utváření takových podmínek pro život jedince, ve kterých jedinec bude moci využívat příležitosti k tomu, aby co nejvíce zvýšil úroveň vlastního života, a to v oblastech ekonomických, vzdělávacích, psychologických i sociálních. V užším zaměření na well-being dětí (child well-being), se tento koncept zaměřuje na podmínky, které určují kvalitu života dětí, jakožto specifické cílové skupiny. Dětský well-being je konceptem poměrně málo propracovaným, nicméně studie, které s ním pracovaly, se často zaměřovaly na indikátory dětského well-beingu jako například faktory zdraví, rodinného zázemí, ekonomické faktory, či veřejně politické (Humblet et al. 2013: 4). Využití konceptu dětského well-beingu pro téma mé práce mi pomůže identifikovat, jaký dopad má nedostatečná dostupnost k psychiatrické péči o děti na well-being dětí, popřípadě i jejich rodin.

Při zaměření se na postoje a hodnoty různých aktérů ve veřejné politice budu využívat teoretické koncepty týkající se typologií veřejně politických aktérů. Vycházím z teoretického předpokladu, že ve veřejné politice funguje velké množství různých aktérů, kteří se navzájem liší svým postavením v dané politice, svými hodnotami a svou rolí, kterou v dané politice hrají.

Například typologie Howletta a Rameshe (2009) popisuje státní/volené zástupce, dále aktéři apolitici, nicméně pocházející s politicko-ekonomických struktur, a aktéry veřejnosti (Howlett et al. 2009). Potůček (2016) zase dělí aktéry na formalizované a neformalizované (Potůček et al. 2016: 56), Colebatch se věnuje termínům policy-makers a policy-takers, či zdroje aktérů pro vstup do tvorby politiky (Colebatch 2005). Tyto typologie aktérů mi pomohou konceptualizovat, jak se jednotliví aktéři staví k problematice nedostupnosti k psychiatrické péči o děti, jak se liší postoje a hodnoty těchto aktérů atp.

Další teoretické východisko vyplývá z hodnocení kvality psychiatrické péče jako takové (včetně dostupnosti), a jaké dopady má kvalita psychiatrické péče na životy jedinců v daných státech. Zde vycházím především z výstupů Světové zdravotnické organizace (WHO), která mapuje situaci péče o duševní zdraví ve světě. Tento teoretický koncept vychází především ze statistických výstupů, které byly nashromážděny z mezinárodních šetření o kvalitě psychiatrické péče. WHO na základě zjištěných údajů požaduje, aby každá země aktivně zvyšovala kvalitu a dostupnost psychiatrické péče. WHO vytváří nástroje na základě rámce nazvaného Convention on the Rights of Persons with Disabilities, který poskytuje zemím informace a o lidských právech v oblasti duševního zdraví. Tento přístup WHO budu využívat především při analýze dokumentů, které explicitně popisují stav psychiatrické péče v ČR a snahy o její reformu (WHO 2020).

E. Výzkumný plán

V této práci budu využívat kombinaci kvalitativních a kvantitativních dat, a to jak primárních, tak sekundárních. V kvantitativní optice výzkumu budou využívána především sekundární data v podobě statistických údajů, které mapují realitu nedostatku psychiatrické péče v ČR. Budu využívat údaje o množství dostupných služeb, které jsou cílené na dětské pacienty. Jedná se zejména o počty pedopsychiatrů, denních stacionářů a dalších poskytovatelů péče, o kapacity lůžkové péče atp. Data o dostupnosti budu rovněž reflektovat s trendy v počtech dětských psychiatrických pacientů. Tyto údaje budu vztahovat na územní jednotky – území ČR, kraje, okresy. Relevantní bude rovněž komparace situace psychiatrické péče o děti v ČR a ve světě. Díky kvantitativnímu přístupu především poukážu na relevanci problematiky nedostatečnosti psychiatrické péče o děti v ČR.

Pro identifikaci hlavních problémů nedostatku psychiatrické péče, popis dopadů a dalších relevantních proměnných budu využívat data kvalitativní a především primární. Budu provádět polostrukturované rozhovory s různými skupinami aktérů, kterých se toto téma týká, a kteří mohou problém konstruovat různými způsoby a zaujímat k němu odlišné hodnoty a postoje.

První dotazovanou skupinou budou tvůrci politiky, kteří mají prostředky a zdroje utvářet podobu psychiatrické péče v legislativním rámci, a tím přímo ovlivňovat její dostupnost (zástupci ministerstva zdravotnictví...). Dále bych se chtěl zaměřit i na pohled poskytovatelů psychiatrické péče (pedopsychoiatri, další zdravotníci, zástupci neziskových organizací...) – jak problém reflektují, jaké příčiny a následky reflektují atp. V neposlední řadě bych chtěl provést rozhovory s rodinami, které mají dítě či děti s psychiatrickou diagnózou a dotýká se jich nedostupnost psychiatrické péče o děti. Tato specifická skupina aktérů mi poskytne informace o problémech, které plynou z nedostatku psychiatrické péče, či o strategiích, které musejí tito aktéři využívat, aby se k psychiatrické péči dostali. Z těchto dat tedy získám materiál vhodný pro komparaci rozdílných hodnot aktérů, kdy jednotlivé skupiny budou zaujímat k této problematice odlišné postoje v závislosti na jejich rolích. Tato data rovněž poskytnou informace o hlavních problémech a dopadech nedostupné psychiatrické péče. Předpokládanou analýzou dat bude tematická, popřípadě diskursivní analýza.

V rámci kvalitativního přístupu budu rovněž využívat i data sekundární, a to především veřejně politické dokumenty či projekty, které explicitně konceptualizují podobu psychiatrické péče v ČR a snahy o reformu psychiatrické péče. Analýzou relevantních dokumentů získám přehled o tom, zdali je nedostatečnost v dostupnosti k dětské psychiatrické péči dostatečně zakotvena v reformě psychiatrické péče, zdali se s tímto tématem aktivně pracuje či nikoliv.

F. Seznam odborné literatury a zdrojů empirických dat

AMERICKX, Gaelle a Perrine Claire HUMBLET. Child Well-Being: What Does It Mean? *Children and Society* [online]. John Wiley & Sons Ltd and National Children's Bureau, 2013, 1-12 [cit. 2021-6-23]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/236866761_Child_Well-Being_What_Does_It_Mean

BELFER, Myron a Helmut REMSCHMIDT. Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association* [online]. 2005, 4(3), 143-153 [cit. 2021-6-23]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/7146351_Mental_health_care_for_children_and_adolescents_worldwide_A_review

BLATNÝ, Marek, Jaroslava DOSEDLOVÁ, Vladimír KEBZA a Iva ŠOLCOVÁ. Psychosociální souvislosti osobní pohody [online]. Brno: Masarykova univerzita & Nakladatelství MSD Brno, 2005 [cit. 2020-10-29]. ISBN 80-86633-35-7. Dostupné z: http://www.psu.cas.cz/opencms/export/sites/psu/cs/lide/cv/blatny/Psychosocialni-souvislosti_5-2.pdf

COLEBATCH, H. K. *Úvod do policy*. Brno: Barrister & Principal, 2005. Studium. ISBN 80-86598-79-9.

COOPER, Janice L. a Shannon STAGMAN. Children's Mental Health: What Every Policymaker Should Know. *The National Center for Children in Poverty* [online]. Columbia University: Mailman School of Public Health, 2010, 1-8 [cit. 2021-6-23]. Dostupné z: http://www.nccp.org/wp-content/uploads/2010/04/text_929.pdf

DAY, Sarah. *Mental health in children and young people: An RCN toolkit for nurses who are not mental health specialists* [online]. 20 Cavendish Square London: Royal College of Nursing, 2014 [cit. 2021-6-23]. ISBN 978-1-910066-30-0. Dostupné z: <https://www.rcn.org.uk/>

FISHER, Adrian T. a Eddie NG. Understanding Well-Being in Multi-Levels: A Review. *Health, Culture and Society* [online]. University of Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2013, 5(1), 306-323 [cit. 2021-6-23]. ISSN 2161-6590. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/260894839_Understanding_Well-Being_in_Multi-Levels_A_review

FUNK, Michelle. *WHO Quality Rights: Service Standards and Quality in Mental Health Care* [online]. In: Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2020. s. 1-4 [cit. 2021-6-23]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/infosheet_hrs_day.pdf?ua=1

FUNK, Michelle. *WHO Quality Rights: Service Standards and Quality in Mental Health Care* [online]. In: Department of Mental Health and Substance Abuse, Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2020. s. 1-4 [cit. 2021-6-23]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/infosheet_hrs_day.pdf?ua=1

GABRIEL, Josef. V republice máme 60 dětských ambulantních psychiatrů. Průměrný věk: 60 let. [Bohnicebezhranic.cz](http://www.bohnicebezhranic.cz) [online]. Praha: Bohnice bez hranic, 2018, 16.3.2018 [cit. 2021-6-18]. Dostupné z: http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/zajimavosti-z-oboru/V-republice-mame-60-detskych-ambulantnich-psychiatru-Prumerny-vek-60-let_s629x7519.html

HOWLETT, Michael, M RAMESH a Anthony PEARL. *Studying Public Policy: Policy Cycles & Policy Subsystems*. Canada: Oxford University Press, 2009. ISBN 978-0-19-542802-5.

Na dětského psychiatra se čeká i půl roku. Lékařů přibývá, ale nestačí to. [IDnes.cz](https://www.idnes.cz) [online]. Praha: iDnes, 2018, 23.12.2018 [cit. 2021-6-18]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/reforma-psychiatricke-pece-psychiatrie-zdravotnictvi-detsky-psychiatr-deti-pedopsychiatr.A181120_074730_domaci_linv

PĚČ, Ondřej. Mental Health Reforms in the Czech Republic. *BJPsych International* [online]. Prague, Czech Republic: Department of Psychiatry and UHSL, First Faculty of Medicine, Charles University, and ESET Psychotherapeutic and Psychosomatic Clinic, 2018, 16(1), 4-6 [cit. 2021-6-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6357523/pdf/S2056474017000277a.pdf>

PĚČ, Ondřej. Mental Health Reforms in the Czech Republic. *BJPsych International* [online]. Prague, Czech Republic: Department of Psychiatry and UHSL, First Faculty of Medicine, Charles University, and ESET Psychotherapeutic and Psychosomatic Clinic, 2018, 16(1), 4-6 [cit. 2021-6-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6357523/pdf/S2056474017000277a.pdf>

POTUČEK, Martin, Veronika RUDOLFOVÁ a Kamila VLČKOVÁ. *Veřejná politika*. V Praze: C.H. Beck, 2016. ISBN 978-80-7400-591-6.

RABOCH, Jiří a Irena ZRZAVECKÁ. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. [online]. Praha, 2012 [cit. 2021-6-23]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/archiv-reforma/1031-mapovani-stavu-psychiatricke-pee-a-jejeho-smovani-v-souladu-se-strategickymi-dokumenty>. Odborná zpráva z projektu.

STRNADOVÁ, Iva. *Rodiny osob s mentálním postižením: současné směry ve výzkumu a možnosti speciálněpedagogické intervence*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7290-388-7.

TŘEŠŇÁK, Petr. Daleko do klidu. Týdeník Respekt [online]. Praha: Respekt, 2015, 29.3.2015 [cit. 2021-6-18]. Dostupné z: <https://www.respekt.cz/tydenik/2015/14/daleko-do-klidu>

WALKER, Steve. Child and Adolescent Mental Health. THURSTON, Chris. *Edition Essential Nursing Care for Children and Young People: Theory, Policy and Practice* [online]. Hodder, 2013, s. 1-63 [cit. 2021-6-18].

2021-6-23]. ISBN 9780273752394. Dostupné z:
https://www.researchgate.net/publication/332119615_Child_and_Adolescent_Mental_Health

WHO Quality Rights: Act, unite and empower. *World Health Organization* [online]. Geneva, Switzerland: Mental Health Policy and Service Development Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, 2017, , 1-4 [cit. 2021-6-23]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/QRs_flyer_eng_2017.pdf

WHO Quality Rights: Act, unite and empower. *World Health Organization* [online]. Geneva, Switzerland: Mental Health Policy and Service Development Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, 2017, , 1-4 [cit. 2021-6-23]. Dostupné z: https://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/QRs_flyer_eng_2017.pdf

WINKLER, Petr. Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení. *Psychiatrické centrum Praha* [online]. Praha: Národní ústav duševního zdraví, 2013, 1-71 [cit. 2021-6-23]. Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf