

Komunitní psychiatrie jako neziskové podnikání: Studie vznikajícího centra duševního zdraví

MARTIN NOVÁK✉

Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Brno

Community Psychiatry as a Not-for-Profit Business: A Study of an Emerging Mental Health Centre

Abstract: The article deals with the study of community psychiatry in the Czech Republic and aims to connect the historical and political context of the establishment of this discipline with the changes in its practice arising from the reform of the psychiatric care currently underway. Community psychiatry can be understood as psychiatry's attempt to maintain its position as the hegemon of social control through biological and psychological means in an era of rising neoliberal governments. In the Czech Republic, community psychiatry did not emerge as part of medicine but took shape as part of civic activism for the rights of people with psychiatric diagnoses, which took the form of non-governmental non-profit organisations that later provided social services. It is only with the reform that it is becoming part of medicine. The article is based on ethnographic research in one of the first mental health centres, a new type of psychiatric facility set up as part of the reform in collaboration between the public and non-profit sectors. The practices at the newly forming centre reveal that the neoliberal order is entering psychiatry, paradoxically, through the non-profit sector. The new services are funded based on the quantity of medical and social work interventions delivered by these services and recognised by the country's health insurance companies and local authorities administering the public budget for social services. The staff of the centre are required to carry out as many social work and medical interventions as possible in the shortest possible time frame with the least possible use of public resources. Work at the centre is thus characterised by a high demand for flexibility and pressure to perform. Service providers are forced to compete with each other for resources and have limited ability to reverse this situation.

Keywords: psychiatric care reform, community psychiatry, neoliberalism, civic sector, professionalisation

Sociologický časopis / Czech Sociological Review, 2026, Vol. 62, No. 1: 33–56

Zveřejněno online: 17. července 2024, <https://doi.org/10.13060/csr.2024.023>

✉ Martin Novák: ma.novak@zoho.com

Úvod

Součástí probíhající reformy psychiatrie v České republice je restrukturalizace péče o duševní zdraví a vznik udržitelného modelu financování této oblasti. Řada studií a odborných vyjádření o politice duševního zdraví v zemích střední a východní Evropy totiž považuje psychiatrii obecně (Dlouhy, 2014; Dobiášová et al., 2016; Tušková et al., 2020) a zejména komunitní péči za podfinancovanou (Dlouhy, 2011; Pěč, 2018) ve srovnání s jinými zeměmi EU. V tomto textu se věnuji centřům duševního zdraví (CDZ), jejichž vznik je jednou z klíčových aktivit reformy. Zavedení center má vést k propojení zdravotní a sociální péče o osoby s vážnými duševními potížemi¹ a posunu těžiště péče mimo lůžková zařízení, tzv. „do komunity“ – proto se v této souvislosti mluví o tzv. komunitní psychiatrii (Ministerstvo zdravotnictví [MZ], 2013, 2017). Během reformy vzniklo 30 center, kterým bylo poskytnuto financování ze zdrojů Evropské unie po dobu 18 měsíců v projektech CDZ I-III.² Podle Strategie reformy (MZ, 2013) by takových center v ČR mělo být okolo stovky, resp. jedno na spádovou oblast čítající přibližně 100 tisíc obyvatel. Po skončení evropských projektů mají být stávající i nově vznikající centra financována ze zdrojů zdravotních pojišťoven, Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) a samospráv – tedy kombinací postupů známých pro financování zdravotních a sociálních služeb (MZ, 2022). Zastánci³ reformy se přitom opakovaně snaží prokazovat její legitimitu mimo jiné skrze ekonomické argumenty, které dávají deinstitucionalizaci a komunitní péči do souvislosti s úsporami v systému veřejných financí (Duškov, 2019; Dvořáčková a Kondráťová, 2020; Winkler et al., 2018). Je tak možné uvažovat nad reformou jako nad součástí procesu, ve kterém se psychiatrie přizpůsobuje neoliberálnímu ekonomicko-politickému uspořádání, podobně jako k tomu docházelo v mnoha zemích v poslední třetině minulého století (Cohen, 2016). Česká psychiatrie po roce 1989 totiž jednoduše nepřejala západní modely a dlouho vzdorovala deinstitucionalizaci, stejně jako rozsáhlejší

¹ V dokumentech definujících politiku péče o duševní zdraví se častěji píše o duševních onemocněních. Rozlišením „potíží“ a „onemocnění“ sleduji možnost odstupu od medicínského diskursu v kontextu péče o duševní zdraví, kterou nepovažuji za výsostně medicínskou oblast. Tam, kde se budu k problematice vztahovat ve světle medicínského diskursu, budu dále odkazovat k pojmu závažného duševního onemocnění (severe mental illness, zkráceně „SMI“), který označuje skupinu psychiatrických diagnóz zahrnující schizofrenii a jiné formy psychotických onemocnění, bipolární afektivní poruchu a jiné formy afektivních poruch, závažné případy obsedantně kompulzivní poruchy a závažné případy poruch osobnosti. Předpokládá se, že prevalence onemocnění SMI je 4–5 % (např. Kott et al., 2013).

² Bližší informace o centrech duševního zdraví, včetně informací o projektech zaměřených na jejich vznik, jsou dostupné na informačním portálu reformy psychiatrie: <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/centra-dusevniho-zdravi-cdz>.

³ Čeština nenabízí jednoduchý způsob, jak se vyhnout reprodukci patriarchálních a cis-normativních sociálních struktur v jazyce. Proto v názvech profesí nebo označeních jiných typů obecných charakteristik osob budu někdy využívat oba rodové tvary, případně střídavě ženský a mužský tvar. Nemluvím-li právě o konkrétní osobě, mám vždy na mysli jakoukoli osobu reprezentující danou charakteristiku.

privatizaci péče. Polem pro započetí výraznějších změn se stává až probíhající reforma, která je místem střetu, ale i spolupráce organizací zakotvených ve veřejné, soukromé a neziskové sféře.

Cílem tohoto článku je uvést do souvislosti historicko-politický kontext ustavení komunitní psychiatrie v Česku s proměnami její praxe během nynější reformy. Nejprve proto navážu na debatu o psychiatrické praxi v době prvních neoliberálních vlád v USA či Velké Británii a ukážu, že situace v postsocialistickém prostoru byla značně odlišná. Komunitní psychiatrii ustavující se zde po roce 1989 budu nahlížet jako pole mocensko-politického střetu různých aktérů. Ukážu, že se tato disciplína u nás formovala v neziskovém sektoru, de facto mimo medicínu. V návaznosti na to přiblížím debatu týkající se profesionalizace neziskového sektoru a zde poskytovaných sociálních služeb. Text je výsledkem výzkumu, jehož cílem bylo zachytit dopady reformy psychiatrie coby veřejné politiky na organizační fungování vybraného CDZ. Zajímalo mě, jak se na úrovni centra odehrává spolupráce veřejného a neziskového sektoru a jaké jsou důsledky reformy pro poskytování služby komunitní psychiatrie v centru. V empirické části textu se tedy budu na základě etnografických dat blíže věnovat jednomu z prvních CDZ, které vzniklo v rámci probíhající reformy a funguje ve spolupráci veřejné a neziskové sféry.

Ustavení komunitní psychiatrie jako pole mocensko-politického střetu

Tradiční psychiatrické ústavy reprezentují mocenskou technologii založenou na dohledu a disciplíně. Jsou to internační instituce, které nutí jednotlivé osoby uvnitř přijmout určitý řád a skrze systém omezení a trestů produkují poslušný subjekt (Foucault, 2000). Uzavíráním těchto institucí a/nebo přesunem psychiatrické péče za jejich zdi se otevírá prostor pro posun psychiatrické praxe k mocenské technologii governmentality, jako to v českém kontextu sleduje například Radek Carboch (2020). Governmentalita staví do svého středu populaci jako novou politickou osobu namísto individuálního těla a k němu přináležející duše. Technologie governmentality konstruuje autonomní subjekt, jehož pole možného jednání zůstává do určité míry otevřené – je vymezeno tzv. aparátem bezpečí, což je heterogenní soubor nejrůznějších praktik, dokumentů, analýz, zákonů, nařízení apod., které vymezují pole pro volný pohyb a svobodné rozhodování. Foucault spojuje toto uspořádání mocenských vztahů s neoliberální politikou, kterou zde chápe jako formu vládnutí nad životem populace skrze udržování bezpečnosti a zdraví společenského tělesa (Foucault, 2009, 2023).

Kritičtí autoři a autorky jako sociolog Bruce Cohen (2016), publicista Robert Whitaker (2010) či psychiatřička Joanna Moncrieff (2008, 2022) zachycují komplexní proměnu psychiatrie v osmdesátých letech 20. století a také ji dávají do souvislosti s nástupem neoliberálních vlád v USA, Velké Británii a později dalších státech. Ve zmíněných zemích právě tehdy vrcholila deinstitucionalizace péče o lidi s diagnózami SMI, došlo ke značnému rozšíření spektra psychiatrických diagnóz také do oblastí lidského života, které dříve nebyly tematizovány skrze medicínu, došlo k masivnímu nárůstu výroby a prodeje psychiatrických léčiv.

Psychiatrie jako snaha léčit závažná duševní onemocnění před deinstitucionalizací zasahovala ve větší míře lidi z pracujících tříd a obecně chudších vrstev společnosti – ti tvořili větší část osazenstva psychiatrických ústavů a byli podrobováni často drastickým a invazivním metodám léčby. Ti bohatší využívali spíše péče soukromých psychiatrických klinik a psychoterapie. S deinstitucionalizací se ale do zorného pole psychiatrie dostává rozšiřující se střední třída, které je hojně nabízena jak psychofarmakologická léčba, tak psychoterapie.

Cohen (2016) navrhuje interpretovat masivní růst psychofarmakologického průmyslu korespondující s deinstitucionalizací jako snahu psychiatrie udržet si roli klíčového aktéra sociální kontroly biologickými prostředky. Zároveň poukazuje na to, že ve svém přiblížení běžné životní zkušenosti se psychiatrie stala jaksi přístupnější: naučili jsme se na svou zkušenost nahlížet prizmatem psychiatrických diagnóz. Psychologická terminologie se stala součástí běžné jazykové výbavy. Cohen v tomto ohledu navazuje na analýzy Nikolase Rose (1985, 1999) sledující roli psychologických praktik a diskursů ve formování mocenské technologie governmentality. V kontextu neoliberálních forem vládnutí se psychologická rovina sociální kontroly realizovaná v psychoterapii či třeba sociální práci zdá být stejně důležitá jako ta biologická. Komunitní psychiatrie kombinuje psychoterapii a farmakoterapii s intenzivní sociální prací a podle Cohena je rozvoj tohoto typu psychiatrické praxe součástí stejné snahy o udržení hegemonní pozice v oblasti sociální kontroly. Přináší nástroje k vyhledávání a disciplinaci osob se sklonem k problematickému jednání, které se může vymykat možnosti trestního postihu, což se opět mnohdy týká lidí na chudším okraji společnosti.

V České republice však podobný proces zatím plně neproběhl díky historicko-politickým souvislostem. Do roku 1989 zde fungovala centrálně plánovaná ekonomika a zdravotnictví zůstává stále do velké míry veřejným statkem. V socialistickém Československu byl o komunitní praxi v psychiatrii malý zájem (Hejzlar, 2010), jakkoli se na druhou stranu dokázala rozvíjet sféra psychoterapie (Gjuričová, 2019), která je pro komunitní psychiatrii důležitým teoretickým zdrojem i její praktickou součástí (MPSV, 2021). Se společenskými a politickými změnami v devadesátých letech 20. století však komunitní psychiatrie začala být některými odborníky vnímána jako potřebná alternativa či doplněk tradiční psychiatrické péče (Bouček, 2002). Psychiatrie jako obor ale byla hluboce podfinancována a v již tak náročných podmínkách byl omezený prostor pro budování alternativ (Pěč, 2018). Část odborníků i širší veřejnosti tak pojala za svou *občanskou povinnost* pomáhat rozvoji komunitní psychiatrie. Postupně vzniklo vícero občanských sdružení s cílem „zlepšit život lidem s duševní nemocí“. Tyto organizace následně začaly poskytovat sociální služby (Hejzlar, 2010). Komunitní psychiatrie v Česku tedy nevznikla v rámci medicíny, ale spíše jako součást sociální práce, a byla zakotvena v aktivitách občanského sektoru.

Je přitom třeba vzít v potaz specifikum neziskového sektoru v regionu střední a východní Evropy, jímž je ideologická blízkost ekonomickému liberalismu. Přechod k liberální demokracii zde zahrnoval také přechod k tržnímu hospodářství (Offe a Adler, 1991), které se stalo téměř synonymem demokracie. Za důležitou součást demokratické společnosti však byly považovány také občanské

aktivity (Marada, 2003). Participace na činnosti nestátních neziskových organizací (NNO) totiž přináší možnost rozpoznatelné občanské identity – mohou být rozpoznáni jako člověk, který se s danou organizací spojuje, a skrze to také jako aktivní občan zastávající určité hodnoty. Jak Marada dále ukazuje, NNO se brzy staly hlavním představitelem občanské společnosti a aktivismu, třebaže v českém prostředí existovala a existují i sociální hnutí vzpírající se formalizaci a přijetí legální identity NNO (Císař et al., 2011). Ětos NNO tedy vycházel mimo jiné z potřeby realizovat dobré občanství (péče o druhé, zájem o práva slabších), nicméně tato představa občanství zůstala spjata s představou volného trhu jako nedílné součásti demokratické společnosti (Marada, 2003). Neziskový sektor tak netvořil protiváhu volnému trhu a do jisté míry je dokonce domovem antikomunistického diskursu, který ve veřejném prostoru dodnes slouží k delegitimizaci kritik kapitalismu (Hauser, 2019) a naopak pomáhá legitimizovat neoliberální reformy (Chelcea a Druță, 2016).

Z této specifické situace plynou ekonomické konsekvence pro různé aktéry podílející se na reformě, kteří mají odlišný přístup k finančním zdrojům. Tak může být zpětně ovlivňováno směřování reformy v důsledku ekonomického soupeření mezi těmito aktéry. Vezmeme-li v potaz celkové podfinancování psychiatrie v ČR, je zřejmé, že se tato péče nedostává zdaleka všem lidem, kteří by mohli být rozpoznáni jako potřební – tato situace od zkušenosti s pandemií onemocnění covid-19 nejednou zaplnila stránky novin. Podle průzkumu na reprezentativním vzorku české populace za využití dotazníku mapujícího psychiatrické symptomy se např. s příznaky psychózy potýká cca 1,5 % dospělé populace, ale v psychiatrické péči je s diagnózou psychotického spektra pouze necelých 0,5 % dospělých (Kondráťová et al., 2018). Závažný nedostatek kapacit dokládají také čekací doby v psychiatrických ambulancích⁴ nebo zvýšená dojezdová vzdálenost do zařízení ambulantní i lůžkové péče pro velké množství obyvatel (ÚZIS, 2022). Z takové perspektivy je v zájmu české psychiatrie jako součásti systému *zdravotní* péče získat co nejvíce finančních prostředků pro sebe.

Je také v zájmu lůžkových zdravotnických zařízení, spoluzřizujících nové služby, udržet nad financováním co největší kontrolu. Do přidružených psychiatrií, realizujících sociální kontrolu psychologickými prostředky, lze totiž zahrnout také sociální práci, tedy druhý pilíř komunitní psychiatrie (Cohen, 2016). Podobně jako psychiatrie (Bankovská Motlová et al., 2021) ani sociální práce není v ČR považována za prestižní povolání (Vojtíšek, 2017), sociální služby jsou poskytovány v mnohdy překérných podmínkách, na neadekvátní ohodnocení lidí pracujících v této oblasti v posledních letech upozornilo několik kampaní⁵. Refor-

⁴ Čekací doby v ambulancích nejsou zahrnovány do statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), podle častých vyjádření v médiích i zkušeností autora se v závislosti na regionu čeká na psychiatrické vyšetření 1–6 měsíců.

⁵ Jde například o kampaň *Stejná odměna* (více na webu: <https://www.stejnaodmena.cz/>) nebo podpisovou výzvu ALICE odborové organizace zaměstnankyň a zaměstnanců v sociálních službách (více na webu: <https://aliceuzo.cz/cs/petition/show/podpisova-vyzva-za-kvalitni-peci-a-ferove-mzdy-v-alzheimer-home-1/>).

ma péče o duševní zdraví (jak se o ní mluví v kontextu sociálních služeb) tak pro část lidí pracujících v této oblasti znamenala možnost jakési rehabilitace, zajištění větší jistoty a uznání pro jejich práci. Protože týmy CDZ vznikaly alespoň v počátcích obvykle ve spolupráci sociální služby a lůžkového zdravotnického zařízení, překrývá se boj o financování částečně také s bojem o to, které organizace budou mít větší slovo v utváření podoby nových služeb a jejich praxe.

Dvojí profesionalizace péče v občanském sektoru

Neziskových organizací působících v oblasti sociální péče se v posledních desetiletích dotkl dvojí proces profesionalizace. Bez ohledu na oblast činnosti docházelo v neziskových organizacích k profesionalizaci ve smyslu diferencovanější dělby práce, řada organizací také přestala fungovat na čistě dobrovolnické bázi (Jantulová Šťovíčková, 2005). Organizací poskytujících sociální služby se pak dotkla také (stále probíhající) profesionalizace ve smyslu ustavování sociální práce jako svěbytné profese (Janebová, 2021).

V dnešních NNO poskytujících sociální služby jsou přítomné jak nároky na poskytování profesionální a kvalitní služby, tak nároky na to, aby tuto práci lidé vykonávali z přesvědčení a „dobrého srdce“ – tedy aby byla vykonávána profesionální práce za relativně nízkou odměnu (v porovnání s veřejným sektorem) v nejistých podmínkách. Podle Evans et al. (2005) se s nástupem neoliberalních institucí v angloamerických zemích změnil vztah státu a neziskových organizací, který se formoval v keynesiánském poválečném období. Veřejná podpora neziskového sektoru byla původně založena spíše na vzájemné důvěře, již nahrazuje důraz na soutěž, časové omezení podpory, právní kontrola a odpovědnost. Tuto situaci lze také nahlížet jako paradox institucionalizace. Ten podle Marady „spočívá v tom, že rozsáhlá institucionalizace občanské společnosti může erodovat a často skutečně eroduje zkušenostní půdu občanského angažmá. Jednoduše řečeno: institucionální vítězství občanské společnosti ohrožuje její vlastní étos. Přitom je to právě tento étos, jenž působí jako mobilizační nástroj vedoucí k občanské participaci.“ (Marada, 2005a, s. 11)

Profesionalizace mimo jiné znamená, že „v organizaci už ‚nedělají všichni vše‘ jako dříve, ale práce je rozdělována na základě přesných pravidel, a to hlavně na základě specializovaného vědění. Dělbá práce se tak povětšinou pojí se specializací práce.“ (Jantulová Šťovíčková, 2005, s. 136) V oblasti komunitní psychiatrie hráli od počátku důležitou a aktivní roli také lidé s vlastní zkušeností s psychiatrickou diagnózou a léčbou – sami obvykle byli členkami a členy sdružení, nejen jejich klientkami a klienty (Pfeiffer, 2010). V organizacích, které se profesionalizují, však může docházet ke tvorbě diferencí mezi nimi a lidmi s odborným vzděláním a zkušeností. Podobně uvažuje nad možnostmi a riziky profesionalizace také Radka Janebová (2021), když upozorňuje na to, že profesionalizace může vést ke vzdalování sociálních pracovníků a lidí spadajících svou zkušeností do cílové skupiny sociální práce.

Janebová spolu s Barborou Celou se zabývají situací kritické sociální práce v českém prostředí (Janebová a Celá, 2016). Za kritickou sociální práci považují

jí proud sociální práce, který se nevěnuje pouze individuální práci, ale pracuje i se širší komunitou. Příčiny potíží hledá na strukturální spíše než individuální úrovni a za své metody považuje i postupy, které se mohou označovat jako aktivistické. V českém prostředí identifikují čtyři organizace vycházející z principů kritické sociální práce, mezi něž nepatří žádný z poskytovatelů sociálních služeb pro cílovou skupinu definovanou jako lidé s duševním onemocněním. Přitom lze uvažovat nad tím, že aktivity lidí zakládajících v devadesátých a nultých letech organizace dnes poskytující tyto služby nejspíše měly charakter kritické sociální práce. Je možné, že o kritickou perspektivu přišly právě spolu s profesionalizací. Je také možné, že se jako profesionalizované organizace vzdálily některým zájmům lidí s psychiatrickou zkušeností. Když například zaměstnanec jedné z velkých organizací v oblasti duševního zdraví vytvořil virtuální prostor⁶ pro kritiku psychiatrických nemocnic z pozic uživatelů a přeživších,⁷ vyvolalo to ostrý spor nejen s lidmi na zdravotnických pozicích, ale také neshody uvnitř zmíněné organizace. Podle autora webu tak kritičtější pohledy uživatelů a přeživších nemají zastání nakonec ani v občanském sektoru (Faltýnová a Štingl, 2019).

Podobně mluví právník a transgender aktivista Dean Spade o rozporu mezi solidaritou a charitou (Spade, 2013, 2020). V knize *Vzájemná pomoc* přináší řadu praktických postřehů užitečných pro budování alternativních struktur péče (Spade, 2022). Jako příklady uvádí řadu kolektivů a organizací vytvářejících platformy pro vzájemnou péči, které obvykle fungují mimo registrované sociální služby a nutně nezahrnují lidi se vzděláním v pomáhajících profesích, avšak jejich praxe naplňuje rysy kritické sociální práce. Spade vystupuje z anarchistické pozice, která je bližší aktivistické než formalizované praxi. Nicméně stejně jako autorky a autoři hlásící se ke kritické sociální práci varuje před kooptací péče, vzájemnosti a solidarity takovými formami organizování se a praxe, které spíše stvrzují, než podřývají stávající ekonomické a politické uspořádání. Příčiny problémů zakládajících potřebnost sociální práce přitom shodně nacházejí právě v neoliberálním ekonomickém a politickém uspořádání. Organizace postrádající kritický vztah k politickému prostoru Spade označuje jako charitu, jejíž funkci vidí spíše v tom, že umožňuje části obyvatel vyjádřit jejich morální převahu.

Pokud jde o profesionalizaci sociální práce jako konkrétního oboru, Janebová (2021) přináší přehledovou studii perspektiv kritické sociální práce na profesionalizaci. Konstatuje, že dosud profesionalizace proběhla v české sociální práci jen v omezené míře. Vysvětluje to tak, že profesionalizace by mohla vést k posílení profesní autority oboru, který je v ideologickém rozporu s převládající politikou reprezentací posledních desetiletí. Janebová si klade otázku, proč by vlastně měl stát podporovat profesi usilující o zplnomocnění obyvatel, které považuje za bezcenné, protože se nedokážou dost dobře uplatnit na trhu? Zároveň upo-

⁶ Mám na mysli web Neklid, spravovaný Michalem Štinglem, dostupný na adrese: <https://neklid.net/>.

⁷ V českém prostředí bylo donedávna považováno za projev snad až příliš radikální kritiky, pokud se někdo identifikoval jako přeživší psychiatrické péče. V zemích s delší tradicí sociálních hnutí kritických vůči psychiatrii (např. Velká Británie) je běžné označovat se za „users/survivors“ (viz např. <https://www.asylummagazine.org>).

zorní na řadu problematických dopadů profesionalizace, ke kterým již došlo nebo by mohlo dojít. Podobně jako tvrdí Cohen (2016) o psychiatrii, může podle Janebové (2021) profesionalizace přinést sociální práci moc a hierarchii, které se stanou zázemím pro vykonávání sociální kontroly nahrazující snahu o emancipaci (Janebová, 2017, 2019).

Výzkum v centru duševního zdraví

David Pilgrim upozorňuje, že stejná slova používaná na různých úrovních veřejné politiky mohou znamenat různé věci, a třeba emancipačně vyznívající koncepce péče tak mohou mít v praxi opačný dopad (Pilgrim, 2009). Pilgrim proto považuje kvalitativní výzkum za klíčový pro pochopení vztahu mezi koncepcemi a politikami péče o duševní zdraví a její praxí. V tomto duchu jsem zkoumal implementaci reformy psychiatrie prostřednictvím etnografického terénního výzkumu ve vznikajícím CDZ se záměrem sledovat dopady reformy jakožto nové koncepce na praxi komunitní psychiatrie. V tomto textu se nevěnuji práci centra s klientkami a klienty, ale zaměřuji se na organizační rovinu jeho fungování. Zajímalo mě, jak se v rámci centra odehrává spolupráce aktérů zakotvených ve veřejném a neziskovém sektoru a jaké jsou s tím související (nezamýšlené) dopady reformy na služby komunitní psychiatrie.

Zkoumané centrum vzniklo v roce 2017 na základě smlouvy o spolupráci mezi neziskovou organizací zaštiťující jeho sociální část a státním zdravotnickým zařízením zaštiťujícím tu zdravotnickou. Nejprve bylo financováno ze zdrojů zřizujících organizací, v polovině roku 2018 však byla schválena jeho účast v reformním projektu zaměřeném na vznik CDZ a došlo k přechodu na projektové financování. Počet členek a členů týmu se postupně přibližoval personálním nárokům projektu a tehdejšímu standardu upravujícímu fungování center (MZČR, 2016). Jádrem týmu bylo sedm osob na pozici sociálního pracovníka a sedm osob zaměstnaných jako zdravotní sestry. Dále byly součástí týmu dvě klinické psychologičky, dva psychiatři a peer konzultantka⁸. Já sám jsem v době výzkumu v centru pracoval jako psycholog na poloviční úvazek. Zdravotnická část týmu byla zaměstnána zdravotnickým zařízením a ostatní členky a členové týmu organizací poskytující sociální službu.

Můj výzkum probíhal od poloviny roku 2017 do začátku roku 2019. Tehdy jsem kromě zúčastněného pozorování vedl mnoho neformálních rozhovorů s bývalými kolegyněmi a kolegy. Měl jsem také možnost účastnit se řady koncepčních a metodických porad, kde se plánoval vznik centra. Dále jsem vedl 13 polostrukturovaných výzkumných rozhovorů s peer pracovníci, klinickou psychologičkou, psychiatrickou, pěti zdravotními sestrami, čtyřmi sociálními pracovníci a sociálním pracovníkem. Tyto rozhovory byly nahrány na diktafon a následně přepsány. V rozhovorech jsem se ptal na zkušenost práce v CDZ a vnímání spolupráce personálu s různým profesním zázemím. Zajímalo mě, jak rozumíme naší

⁸ Člověk s vlastní zkušeností s psychiatrickou diagnózou a systémem psychiatrické péče.

práci ve vztahu ke klientkám a klientům centra, ale také jak vnímáme vztahy v rámci týmu a co vše má dopad na jejich kvalitu. Témata týkající se pracovních podmínek se do rozhovorů dostala až během výzkumu, nešlo o můj původní zájem. V tomto textu pak pracuji také s dokumenty, které upravují praxi péče o duševní zdraví na celostátní a regionální úrovni. Všechna data jsem zpracovával v programu Atlas.ti, analyzoval jsem je v několika kolech kódování a pomocí tvorby síťových náhledů. Práce se síťovými náhledy umožňuje vizualizovat vztahy mezi jednotlivými dokumenty nebo jejich úryvky, kódy či analytickými poznámkami a je tak možné nahlédnout souvislosti mezi jednotlivými uzly, které jsou v samotném textu těžko postřehnutelné.

Protože jsem během výzkumu v centru také pracoval, moje týmová role a identita byla mnohočetná. Byl jsem vnímán především jako člen týmu, kolegyně a kolegové si ale uvědomovali i mou identitu a roli výzkumníka. Studium a reflexe naší praxe a jejích proměn v souvislosti s reformou bylo mou iniciativou, i když většina kolegyně a kolegů to označila za užitečné pro tým nebo se vyjadřovali neutrálně. V týmu byl můj výzkum přítomný hlavně tím, že jsem si často zapisoval (terénní) poznámky, zaznamenával reflexe vlastních pracovních zkušeností, nahrával některé týmové porady a organizoval výzkumné rozhovory/dialogy. To vše podléhá informovanému souhlasu – ústnímu v případě záznamů z porad a neformálních rozhovorů, které v tomto textu přímo nepoužívám, a písemnému v případě formálních rozhovorů. Lze namítnout, že jako přímá součást zkoumaného pole jsem mohl některé jeho aspekty přehlížet nebo jim naopak přikládat přílišnou váhu. Proto jsem se snažil své postoje ve vztahu ke komunitní psychiatrii a jejich původ během výzkumu i psaní reflektovat. Usiloval jsem o reflexivní výzkum, který produktivně pracuje se subjektivitou zkoumající osoby skrze překračování jejího pohledu i snahy o domnělou objektivitu (Etherington, 2004). Vycházel jsem z předpokladu, že zkoumající osoba je vždy angažována ve vytváření a zpracování dat přinejmenším stejně jako osoby účastnící se výzkumu (Davies a Gannon, 2006). Podle autorek zabývajících se biografickým výzkumem se právě skrze stírání hranice mezi zkoumajícím a zkoumaným otevírá prostor pro produktivní setkávání teorie a žité zkušenosti (Onyx a Small, 2001).

Mou praxi v oblasti duševního zdraví, ale i výzkumu orientuje tzv. dialogický přístup coby způsob, jakým jsem se snažil být přítomen u klientů (Putman a Martindale, 2021), i způsob, jakým jsem se snažil být přítomen v terénu a později zacházet s daty (Frank, 2005). Etnografický pohyb v neznámém terénu bývá někdy přirovnáván k psychotherapeutické praxi, a to jak ze strany etnografie (Ellis, 2007; Ellis a Bochner, 2000), tak psychotherapie (Anderson, 2009). Obě oblasti kladou nárok na neustálé učení, jak se bezpečně pohybovat v neznámém prostoru. Obě lze popsat jako tvorbu a rozvíjení nového jazyka pro zatím neznámé. V obou oblastech je možné k druhým přistupovat reifikujícím a objektivizujícím nebo naopak respektujícím způsobem. Dialogická praxe v pomáhajících profesích (Bøe et al., 2013) i ve výzkumu (Frank, 2005) usiluje o to, být na straně radikálního respektu vůči jinakosti druhého (Lévinas, 1997).

Také v návaznosti na Paula Rabinowa (1977) předpokládám, že terénní výzkum by měl být založen na respektování jinakosti těch, s nimiž se v terénu setká-

váme, a na vytváření společného porozumění, které umožňuje překládat kousky něčí zkušenosti do nového jazyka srozumitelného i lidem, jejichž každodenní zkušenost může být velmi odlišná. V kontextu dialogické praxe se uvažuje o rozdílu mezi *mluvením o* a *bytí s* – první má sklon k objektivizaci a reprezentaci, druhé má potenciál pro společné tvoření (Shotter, 2010, 2011). Jako výzkumník se tak snažím vstoupit do dialogu s druhými, nikoli je pouze reprezentovat (St.Pierre, 1999). Výzkumný rozhovor jsem považoval spíše za společné bytí v dialogu: snažím se zapojit co nejvíce hlasů (i v rámci jedné osoby) a rozvíjet společné porozumění (Seikkula, 2008). Dokumenty a osoby účastníci se výzkumu jsem se pak snažil nechat mluvit za ně samé a vlastní analytické porozumění nabídnout jako příspěvek do pokračujícího dialogu. Po dokončení první seriózní verze tohoto textu jsem oslovil osoby, jejichž hlasy se zde objevují, abychom společně uvažovali nad jejich rolí v textu.

Fungování centra duševního zdraví

Nyní se pokusím přiblížit z pohledu pracovníků a pracovníků zkoumaného centra, v jakých podmínkách se komunitní psychiatrie během reformy vykonává. Oproti zdravotnickým zařízením je v centru volnější profesní hierarchie, zato je zde větší nárok na flexibilitu. Centrum je nuceno neustále sledovat a vyhodnocovat efektivitu svých členek a členů, kteří zažívají silný tlak na výkon. To na úrovni vedení centra koresponduje s nutností soutěžit o finanční zdroje s ostatními poskytovateli zdravotních a sociálních služeb. Financování služeb ani pracovní podmínky přitom nebyly v centru primárně vnímány jako politické téma a potenciální předmět politického boje, ale spíše jako stav věcí, kterému je třeba se přizpůsobit.

Hierarchie a flexibilita

Na zavádění CDZ jsem nejdříve nahlížel jako na setkání světů zdravotnictví a sociální práce, zajímalo mě, jak se bude formovat praxe nových služeb při spolupráci lidí s takto odlišným zázemím. Jistý zlom pro mě přinesl rozhovor s dvojicí sociálních pracovníků o kultuře a hodnotách vznikajícího centra. Tom i Nina vycházeli z toho, že hlavním nositelem týmové kultury je původní tým spadající do světa sociální práce. K němu se postupně přidávali kolegyně a kolegové se zázemím ve zdravotnictví, povětšinou psychiatrické a všeobecné zdravotní sestry. Zarazilo mě, že Nina nespojila kulturu původního týmu se sociální službou, což by odpovídalo mému porozumění i diskursu „zdravotně-sociálního pomezí“, kterým reforma bývá rámována (Balková, 2018; Duškov, 2019). Místo toho Nina mluvila o neziskovce:

Možná je to hrozně jakože nespravedlivé, nebo takový deformovaný pohled. Ale mně se vyloženě zdá, že tuhle atmosféru tam prostě vnášejí lidé... já bych neřekla, že ze sociálních služeb. Mně se zdá, že spíš jako z neziskového prostoru, z neziskovek.

Uvědomil jsem si pak, že v podobném duchu se vyjadřovaly také kolegyně na zdravotnických pozicích. Například všeobecná zdravotní sestra Monika popisuje sociální pracovnice a pracovníky výrazem „sluníčkáři“, který se v češtině ustálil v období migrační krize v roce 2015 jako pejorativní označení těch, kdo sympatizují s lidmi na útěku. Monika přímo nezmiňuje vztah sociální práce a NNO, nicméně právě označení „sluníčkáři“ je ve veřejných diskusích obvykle připisováno lidem údajně či prakticky spojeným s neziskovým sektorem.

Řekla bych, že právě zdravotník je ten, kdo je tak nějak racionálnější. Sociální pracovníci jsou naproti tomu otevřenější, více... tak nějak... Jo [naše organizace] byla vždy známá... v tom lepším slova smyslu... sluníčkáři. Těmi, kdo pro [klienty] udělají cokoli, i když to pro [klienty] z lékařského hlediska může znamenat něco nedobrého.

Sociální práci, ale také lidi z NNO vnímá Monika jako ty, kdo vystupují proti vůli lékařů. Skrze to tematizuje konflikt mezi autoritou lékaře, k jejímuž dodržování je sama vyškolená, a tím, co považuje za slepé plnění přání pacienta. Ze zdravotnické perspektivy je v některých situacích vhodné dělat určité věci, které mohou být z jiné pozice vnímány jako ponižující a pokorující. Monika se tím dotýká také otázky hierarchie. Níže identifikuje rozdíl ve výkonu hierarchie v terénním týmu ve srovnání s tím, co zná ze svých předchozích zaměstnání.

[V nemocnici] musíš jako sestra vždycky pracovat pod dohledem lékaře. Ten předepisuje léky a pověřuje tě podáváním léčby. Nepředpokládá se, že bys nějak moc přemýšlel sám za sebe. Tak se to dělá už odedávna a vlastně není potřeba to měnit.

Vůči takovému nastavení Monika vyjadřuje porozumění, ale zároveň mluví o tom, že se v něm necítila vždy dobře. Jako zdravotní sestra na různých somatických odděleních si připadala jako kolečko ve stroji, které musí dělat jen to, co je technicky nutné, a to pod velkým časovým tlakem. Lékaři rozhodují o léčebných postupech, které ona byla zvyklá pouze uvádět do praxe. Oproti tomu v týmu vznikajícího centra má pocit, že se může pohybovat volněji, může přinášet vlastní nápady a cítí, že ji kolegové včetně psychiatrů berou vážně. Neplatí zde tedy stejná zdravotnická hierarchie, jakou zná z nemocnice. Je možné diskutovat i o rozhodnutích, která by ji dříve nenapadlo zpochybňovat.

Rozdíly mezi zdravotnickým a „sociálním“ (jak se někdy hovorově označuje kontext sociálních služeb, resp. NNO poskytujících služby) prostředím z hlediska hierarchie pojmenovávali i sociální pracovnice a pracovníci. Alena, vedoucí sociální pracovnice centra, uvádí jako příklad, že může snadno zavolat ředitelce organizace, kdykoli potřebuje něco probrat. Může to být dáno tím, že Alena je po šesti letech jednou ze „starších“ zaměstnankyň a pamatuje si organizaci ještě jako mnohem menší a jaksí rodinnější. Nicméně přednostu psychiatrické kliniky, který ve vedení CDZ představuje stejnou úroveň jako ředitelka NNO, stále patří k mnohem větší instituci s tisíci zaměstnanci, má nad sebou další vrstvy managementu a sám je vzdálenější i vůči svým podřízeným. Já sám

jsem také nastoupil do organizace v době, kdy bylo možné se v relativně krátké době seznámit s drtivou většinou kolegů a kolegyně, vnímal jsem organizaci jako přátelské a spíše neformální prostředí.

Stejně jako Nina a nepřímě i Monika také Alena spojuje kulturu centra s neziskovým sektorem. Podle ní je to prostředí přímo spojené s nejistotou a nárokem na flexibilitu, což může určitý typ lidí přitahovat a jiný odrazovat. Sama o sobě říká, že ji to spíše přitahuje, a považuje to za výhodu ve srovnání se zdravotníky, které vnímá jako rigidnější. Její pohled je jistě zabarven vedoucí rolí, kterou v týmu zastává – předkládá organizační kulturu jako veskrze pozitivní, v rozhovoru nemluví o rozdílných mzdových/platových podmínkách, rozdílném přístupu k profesní podpoře (např. podíl zaměstnavatele na financování odborného vzdělávání zaměstnanců). Zdá se, že i tak její porozumění odráží výše představené úvahy o realizaci hodnot občanské společnosti skrze působení v neziskovém sektoru (Marada, 2003, 2005b).

Projekt, v jehož rámci vznikalo zkoumané CDZ, byl spojen s velkými personálními nároky (bylo potřeba zaměstnat v krátkém čase větší množství zdravotnického personálu) a také s nejasnými pracovními procesy, protože šlo o zavádění nového typu služby. Velká míra nejistoty byla často důvodem odchodu zdravotních sester ve zkušební době (popř. návratu do práce na lůžkovém oddělení nemocnice spoluzřizující centrum) nebo souvisela s tím, že vůbec nenastoupily. Téma jistoty a nejistoty ilustruje následující úryvek rozhovoru.

Alena: A je to o tom, že ten projekt právě dává hodně nejistot a taky hodně flexibility. Takže my teďka v podstatě občas narážíme... a už jsem se s tím fakt setkala, že sestry mají tu potřebu i na výběrkách. Potřebujou vědět, co bude. Potřebujou mít jasno a jistotu. A potřebujou mít na všechno návod.

Tazatel: Na všechno návod? Jako v té praxi?

Alena: Tak. Nejlépe na všechno návod. A je to častější než u sociálních pracovníků. Sociální pracovníci jsou dost takoví jako „nó, tak jako nějak bude, no“. Taky chtějí mít jistotu, to chceme všichni. Ale je to takové markantnější u té druhé strany.

Míra zažívané jistoty v obou prostředích se ukazuje jako důležité téma. Centrum má být vybudováno v souladu s reformou a reforma je spravována Ministerstvem zdravotnictví, což by mohlo vést k předpokladu, že zdravotnická kultura postupně vytlačí tu sociální. V centru jsem také mnohokrát slyšel o obavách, že s příchodem většího množství zdravotnického personálu budou původní kultura a hodnoty týmu „převálcovány“. Nicméně, jak říká Alena, projektová výzva i řada materiálů upravujících práci CDZ vypadají, jako by je vytvořili lidé z NNO, což může být ve výsledku znejišťující především pro zdravotnický personál. Alena říká:

Když se spojí státní zdravotnické zařízení a neziskovka, tak ta nejistota v té neziskovce je taková... Jde sem pracovat víc lidí, kteří jsou víc alternativní, jsou otevření více možnostem, jsou flexibilnější, a počítají právě víc s tou nejistotou. Ne všichni, ale většina z nich. Filozofie neziskovky je daná tím, že chceme dělat správnou věc,

kterou stát nedělá, a seženou se na to prostě peníze. A když nebudou, tak to prostě nějak vymyslíme. Nějak bude. A do poslední chvíle nikdo neví, jak bude. Zdravotníci mají svoje teplé místo, svoji nějakou jistotu, že jsou v zařízení, kde mají určitou smlouvu, všechno je systémově nějak pořešeno, na všechno je dokumentace, všechno je prostě pevně daný a nic se nemění. A to si myslím, že je dost velké rozdíly, a mezi tím jsou třecí plochy. Protože projekt sice napsalo Ministerstvo zdravotnictví, který by mělo teda představovat to, co jsem říkala, jako je ta jistota a systém. Ale ten projekt je (smích), ten projekt je prostě, jako by ho napsal nějaký... jako ta sociální část. (smích)

Zdravotnickému personálu státních lůžkových zařízení je tedy v rámci reformy mimoděk nabízen přechod k organizační kultuře bližší neziskovému sektoru. Projekt CDZ I spolu se standardy (MZ, 2016) a principy péče CDZ (MZ, 2017) totiž formulovali do značné míry právě lidé z neziskového sektoru, jakkoli zde vystupovali jako zaměstnanci Ministerstva zdravotnictví, Národního ústavu duševního zdraví nebo jiných státních či státem zřizovaných institucí. Právě oni totiž byli v dané době hlavními odborníky a odborníky na komunitní psychiatrii v ČR. Ve více případech šlo o lékaře a lékařky, kteří po léta pracovali na pomezí obou světů a podíleli se na zakládání NNO v oblasti duševního zdraví. Mainstreamová psychiatrie přitom na rozdíl od nich nenavrhovala transformaci směrem ke komunitní psychiatrii. Spolu s reformou a na první pohled překvapivě skrze neziskový sektor tak přichází do psychiatrie pojetí flexibility pracovníků a částečné rozvolnění hierarchie, jaké bychom mohli spojit s nároky neoliberálního pracovního trhu v komerčním sektoru. Vyplácí se otevřenost vůči nejistým pracovním procesům a nižší finanční ohodnocení je kompenzováno pocitem větší svobody.

Efektivita a tlak na výkon

V době, kdy jsem prováděl terénní výzkum ve vznikajícím CDZ, jsem neměl záměr zabývat se širším politickým kontextem reformy. V rozhovorech jsme se nicméně vícekrát dostali k otázce toho, jak se pracuje ve vznikajícím centru. Kromě zmíněné ne/jistoty a vyjednávání o hierarchii jsme často mluvili o vysokém nároku na efektivitu, která může jít na úkor kvality. V následujících odstavcích se budu věnovat tomuto příkladu.

Neustálé vyhodnocování „efektivity“ je pevně spjato s fungováním sociální služby, resp. také sociální části CDZ. Efektivitou se v centru rozumí poměr tzv. přímé a nepřímé práce, kterou člověk odvádí⁹ – nehodnotí se úspěšnost či kvalita intervence, ale pouze množství intervencí. Když jsem v organizaci působil, vyhodnocovala se efektivita každého zaměstnance dvakrát ročně na zákla-

⁹ Vymezení přímé a nepřímé práce jsou předmětem kontinuálního vyjednávání poskytovatelů služeb s donory. Toto vymezení je tedy značně zjednodušené. Níže se dotkneme některých posunů ve vymezení přímé práce.

dě informací vykázaných v databázi evidující veškerou práci týkající se klientek a klientů: zápisy ze setkání, telefonátů a e-mailové komunikace s klientkami a klienty, zápisy o komunikaci s jinými odborníky, úřady apod. Někdy se do databáze zapisovaly také výstupy z týmových porad, intervizí nebo supervizí, kde se mluví o konkrétních momentech spolupráce s klientkami a klienty. Kromě databáze museli všichni vyplňovat tzv. tabulku mimořádných aktivit, kde se evidovaly porady nad rámec těch pravidelných, různé přednášky a prezentace, setkání na úřadech atd. Donorské instituce, v našem případě především příslušný krajský úřad, který disponuje svými prostředky a spravuje dotace MPSV na sociální služby, mají hlavní slovo v určování toho, jaké činnosti lze počítat do přímé práce. Krajský úřad také stanovuje poměr přímé práce na úvazek financovaný z dotací MPSV a krajského rozpočtu – v době výzkumu to bylo 55%.

Sama organizace kromě toho stanovuje interní kritérium pro poměr přímé práce, podle kterého jsou pracovníce a pracovníci hodnoceni svými nadřízenými. Tento poměr byl nastaven na 65 %, tedy ještě přísněji než krajské kritérium. Kraj totiž do přímé práce nepočítá například čas strávený dopravou na místo setkání s klientkami a klienty, což je samozřejmě podstatné, protože od terénních služeb (tedy i CDZ) se očekává vysoká míra práce v terénu, mimo budovy organizace (MZ, 2017). Dlouho se do přímé práce nepočítaly ani konzultace s blízkými lidmi klientek a klientů, což lze také považovat za důležitou součást práce CDZ (MZ, 2017), v tomto případě došlo ke změně po dlouhodobém tlaku poskytovatelů terénních sociálních služeb v kraji. Vedení organizace tak v interním kritériu vytváří jakousi rezervu, do které by se měly vejít důležité aktivity nespádající do přímé práce podle kraje. Do nepřímé práce oficiálně spadají především porady a povinné vzdělávání v sociálních službách (zákonem je stanoveno na 24 hodin ročně).¹⁰

Ještě v době mého nástupu do terénní sociální služby v roce 2015 přitom bylo interní kritérium stanoveno na 60 % přímé práce. Lze tedy sledovat zvyšování nároku na to, co vše je potřeba v běžné pracovní době stihnout a patřičně vykázat. Komu se to nepodaří, tomu každého půl roku hrozí snížení osobního ohodnocení. Byl jsem opakovaně svědkem a také se účastnil diskusí ohledně toho, zda je vzorec pro interní výpočet efektivity dostatečně transparentní, srozumitelný a spravedlivý. Téma efektivity se opakovaně objevovalo na týmových poradách ve spojení s hrozbou snížení osobního ohodnocení. Tehdy se vedoucí týmu obvykle snažila podpořit kolegyně a kolegy vystavené takové hrozbě, společně se zamyslet nad tím, jestli někde „neutíkají“ špatně vykázané hodiny apod. Sama ale musela vykonávat také kontrolní manažerskou roli a nejednou někoho informovala o snížení osobního ohodnocení. Během mého působení v organizaci navíc došlo ke změně interních pravidel, která učinila vedoucí týmů přímo zodpovědné a vlastním osobním ohodnocením ručící za své podřízené, kteří nevykážou stanovenou míru přímé práce. V souvislosti s vykazováním práce občas

¹⁰ § 111 zákona č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, dostupný online zde: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

na provozních poradách zaznělo, že v některých týmech asi mají neformální domluvu o „přidávání“ minut navíc ke klientským setkáním. Pravděpodobně šlo o pouhou domněnku, v centru jsem nebyl svědkem takové domluvy.

Psychiatrická sestra Emma (zaměstnaná původně sociální službou, po vzniku centra pak nemocnicí) spojuje nárok na efektivitu s komplikacemi při zaučování nových kolegů a kolegyň. Přehnané zaměření na výkon a hodnocení efektivity podle ní může vést ke zhoršení kvality přímé práce.

A další věc, která mě napadla, je samozřejmě i logicky, že... narážíme časově. Já bych na jednu stranu strašně ráda si chtěla vzít nějakýho novýho pracovníka a pokusila se mu předat to nejlepší, co si myslím já, že mu můžu předat. Ale při tom, jak tenhle tým teďka funguje, jak narážíme na tlak ze strany efektivity, tak vlastně na to není čas. Akorát že si říkám, že v tento okamžik bychom se měli zastavit jako tým, protože bysme pro sebe udělali něco dobrýho. Přestat si, v uvozovkách, hrát na efektivitu a na výkon a zaměřit se na tu kvalitu.

Alena jako vedoucí mluví o efektivitě a administrativních tlacích z opačné pozice, ale vlastně v podobném smyslu. Na mou otázku, kde vidí překážky spojené se vznikem centra, odpovídá úvahou o ideálním vedení týmu. Mimo jiné zmiňuje podobné věci jako Emma, na které není čas.

[K]dybych se necítila být tlačena projektem a efektivitou a zákonem o sociálních službách a donátory tak, že musím něco vykazovat, tak já bych se s týmem právě déle, mnohem delší dobu, věnovala povídání o klientech, probírání našich metod a víc bych zařadila nějaké týmové aktivity, abychom se líp poznali.

Také na příkladu efektivity lze sledovat, jak je praxe komunitní psychiatrie organizována v souladu s tržní logikou. Tereza Stöckelová chápe efektivitu jako poměr kvantifikovaného výkonu k vynaloženým finančním prostředkům (Stöckelová, 2010). V tomto smyslu jde z hlediska donorů o zajištění co nejefektivnější služby. Poskytovatelé se ve svém fungování musí této logice více či méně přizpůsobit, aby mohli nabízet práci, kterou považují za smysluplnou (jinak zbývá hledat jiné a možná ještě nejistější zdroje financí). Podle Stöckelové je však neustálé monitorování a vyhodnocování součástí kultury auditu, která vede k formování určitého typu subjektivity, neumožňujícímu budování alternativ. Výše zmíněná kritická sociální práce by se naopak spíše snažila formulovat a praktikovat alternativy.

Soutěž o zdroje

Před oficiálním vznikem CDZ i po dobu trvání projektu došlo k několika setkáním celého týmu s vedením organizací zřizujících centrum. Kromě toho nepravdělně probíhaly „koncepční porady“ zaměřené na definici pracovních postupů z oblasti přímé i nepřímé práce. Při těchto příležitostech se řešila i témata spojená s popsánými pracovními zkušenostmi, často tematizovaná jako obavy z toho, jak

bude tým fungovat v ostrém provozu centra po skončení projektu. Když bylo vedení centra konfrontováno s problematickými pracovními podmínkami, nedostatečnou péčí o personál apod., odkazovalo obvykle na systém financování sociálních a zdravotních služeb, který nás nutí být levní a soutěžit o zdroje.

Vedení NNO se opakovaně nachází ve složitých situacích spojených s ekonomickou nejistotou. Například je zde všudypřítomná otázka, jak zajistit chod organizace a poskytování služeb, když ještě v březnu obvykle není jasné, s jakým rozpočtem bude organizace moci v daném roce disponovat. Nebo jak se vypořádat s tím, že kraj předpokládá pouze 0,2 úvazku na vedení sociální služby, zcela bez ohledu na její velikost – pokud jde o CDZ, jeho sociální část spadala pod registrovanou službu „sociální rehabilitace“ zahrnující desítky úvazků rozmístěných v několika týmech fungujících samostatně napříč krajem. Je tedy zjevné, že na praktické i metodické vedení týmů je nutné alokovat mnohem více úvazků. Na druhou stranu jsem často slyšel názor, že prezentace tohoto typu informací je pouhou obhajobou personálních postupů, které vyvolávají pocit, že „na nás vedení nezáleží“. Oblast přímé práce a provozního zázemí od sebe zůstávaly odděleny a mezi mými kolegyněmi a kolegy často vznikal pocit, že obě části organizace sledují odlišné zájmy nebo že zázemí je pouze vykonavatelem kontroly.

Počítalo se s tím, že po skončení projektu bude sociální část centra financována podobně jako před projektem. Oproti tomu psychiatrická zdravotní péče poskytovaná v terénu v takové komplexitě jako v CDZ, byla do roku 2018 pro zdravotní pojišťovny neznámá. Existovalo pouze minimum kódů pro výkony psychiatrické zdravotní sestry v terénu. Projekt byl proto na celostátní úrovni spojen s procesem vytváření nových kódů na základě zkušeností z praxe prvních center. Zdravotnický personál měl vykazovat péči v předběžném režimu pomocí tzv. signálních kódů. Všeobecná zdravotní pojišťovna měla následně vyhodnotit data a mělo dojít k dohodě o kódech pro vykazování alespoň na rok provozu prvních CDZ mimo projektové financování. Byla zde snaha co nejvíce aktivit centra vykonávaných zdravotnickým personálem zakotvit jako budoucí výkony, protože se předpokládalo, že pojišťovny budou chtít platit co nejméně.

V případě zdravotnických výkonů i intervencí sociální služby musí centrum vykazovat značné množství přímé práce, aby se „uživilo“. V obou případech je nuceno chovat se jako firma, tj. jako by bylo orientováno především na zisk, jakkoli o zisku zde nemůže být řeč. Musí organizovat práci tak, aby poskytlo co nejvíce výkonů a intervencí, které budou proplaceny ze zdravotního pojištění nebo rozpočtu na sociální služby. Pokud jde o NNO poskytující sociální služby, je zde navíc poněkud překvapivý aspekt konkurence. Kraj je ze zákona povinen zajistit fungování sociálních služeb pro konkrétní cílové skupiny.¹¹ V našem kraji za tím účelem existují dvě roviny financování, tzv. dočasná a základní síť sociálních služeb. Pracovní úvazky v dočasné síti mohou být financovány z různých projektových zdrojů obvykle mimo správu kraje. Umístění úvazků v dočasné síti

¹¹ § 95 zákona č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, dostupný online zde: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

je ale potenciální vstupenkou do základní sítě, kde by mělo být garantováno financování z prostředků MPSV (distribuovaných krajem) se spolufinancováním samotného kraje a jednotlivých obcí. Poskytovatelé tak mezi sebou musí soutěžit o projektové zdroje, což souvisí se zařazením úvazků do dočasné sítě služeb, a především pak o zařazení úvazků do základní sítě služeb. Poskytovatelé tedy zajišťují dostupnost sociálních služeb namísto kraje, sami se však musí pohybovat v prostředí, které je v principu tržní, orientované na efektivitu, zisk a boj s konkurencí.

V terénních poznámkách jsem zachytil následující moment z pravidelné porady, kde se setkávají vedoucí jednotlivých týmů NNO poskytujících sociální služby (včetně CDZ):

Na včerejší poradě vedoucích komunitních týmů jeden z vedoucích mluvil o tom, jak podával žádosti na jednotlivých [obcích s rozšířenou působností] v jednom z okresů [kraje] o navýšení počtu úvazků. Vzpomněl si při tom na situaci z komunitního plánování: Přišel za ním někdo z jiné organizace a naštvaně se ptal, proč jenom naše organizace by měla růst a navýšovat počet úvazků v základní síti. Kolega mu na to odpověděl, že přece každý [každá organizace] může podat žádost o navýšení úvazků. Na poradě to komentuje slovy „je to přece volná soutěž“.

Zdá se tedy, že jako organizace v zásadě přistupujeme na to, že je potřeba s ostatními soutěžit, jako by šlo o politicky neutrální a nezpochybnitelnou realitu. Podobné oddělení organizace od politiky jsem vnímal opakovaně a s obavami, že v takové situaci není možné zaujmout kritický postoj k oblasti, které se jinak na profesionální úrovni věnujeme. Vzhledem k výše zachyceným zkušenostem se pak, spolu se zmíněnou Joannou Moncrieff (2008, 2022) či Markem Fisherem (2010), lze obávat, že systém péče o duševní zdraví nekritický vůči politickému a ekonomickému uspořádání paradoxně reprodukuje sociální procesy vedoucí řadu lidí ke zkušenostem rozpoznatelným jako duševní onemocnění. Je třeba vzít také v potaz, že profesionalizovaná organizace zaměřená na poskytování služeb, zaměstnávající velké množství lidí, má velmi omezenou možnost vytvářet radikálnější politický tlak. Právě taková situace je ale výhodná pro představitele kraje, kteří tak mohou zajistit poskytování služeb a zároveň díky prvku soutěže přimět poskytovatele k co nejmenším nárokům na finance. Reforma v tomto ohledu nepřináší nic nového.

Diskuse a závěry

Pokusil jsem se načrtnout historický kontext vzniku komunitní psychiatrie v Česku a sledovat jeho odrazy v období implementace reformy psychiatrické péče. Praxe komunitní psychiatrie se zde formovala jako občansky angažovaná odezva na absenci alternativních forem péče a podpory pro lidi s diagnózou vážného duševního onemocnění. Vzhledem k převládající formě občanské participace v devadesátých letech tyto aktivity brzy nabyly formu občanských sdružení, kte-

rá následně začala poskytovat sociální služby pro lidi s vážnými psychickými potížemi. Liberální občanský étos šel ruku v ruce s představou demokracie neoddělitelné od volnotržní ekonomiky. Organizace se i díky tomuto spojení dostaly do těžko narušitelného sepetí se státem, staly se součástí struktury sociálního státu. Ve zkoumané organizaci lze dodnes cítit rezidua původního étosu v očekávání, že vykonávaná práce bude vedena nadšením pro dobrou věc. Někdy se však dostává do konfliktu s představou profesionální, a tedy také dobře zajištěné a dobře ohodnocené práce.

Jakkoli NNO představovaly zázemí pro progresivní rozvoj určité praxe, v současnosti se zdá, že neumožňují zásadnější vybočení z kurzu. U „služebně starších“ členek a členů organizace lze stále sledovat důležitost organizační identity – sounáležitost s organizací – pro osobní identitu, jako o tom píše Marada (2003). *Je důležité zde pracovat, protože děláme správnou věc.* Marada hovoří o morálně-politické identitě, která skrze působení v organizaci může být naplněna (s. 160–163). Spolu s profesionalizací a v našem případě také s relativně rychlým a výrazným rozšířením však zaměstnání v organizaci znamená pro nově nastupující kolegyně a kolegy na prvním místě práci, tedy zdroj profesní spíše než občanské identity. Ve velké profesionalizované organizaci už neplatí, že všechny členky a členové se podílejí na rozhodování o jejím fungování, financování apod. Tato pozice je nyní vrcholem hierarchie a zůstala v rukou těch, kdo jsou v organizaci nejdéle.

V devadesátých a nultých letech byla reflexe občanské společnosti důležitým tématem české sociologie. Marada například píše o vztahu neziskového sektoru, státu a trhu:

Alternativnost zůstává součástí identity občanských aktivit. Postupující profesionalizace občanského sektoru však zdůrazňuje jinou, symbiotickou rovinu vztahu mezi institucemi různého sektorového zařazení. Na jedné straně je potřeba profesionalizace vyvolána proměnou ve způsobech získávání prostředků, o níž mluví McCarthy a Zald [1973]: státní a místní správa je dnes zejména v evropských zemích významným grantovým zdrojem a smluvním partnerem neziskových organizací. Na druhé straně sama profesionalizace podporuje možnosti praktické spolupráce mezi sektory: ke spolupráci je totiž nejen třeba sjednotit například způsoby účetnictví, nýbrž také vzájemně přiblížit kritéria předmětné činnosti. (Marada, 2005b, s. 158)

Zachycuje tak moment profesionalizace ve chvíli jeho relativní novosti v českém kontextu. O téměř 20 let později sledujeme pokračování tohoto procesu, který ve zkoumaném případě přináší mimo jiné bolestnou nemožnost výrazněji změnit podobu spolupráce se státem.

Centrum duševního zdraví vzniká ve sledovaném případě deklarací spolupráce mezi NNO a státním zdravotnickým zařízením. Prolínají se zde odlišné modely financování obou typů péče a různá přesvědčení o tom, jak má reformovaná psychiatrie vypadat. Na jedné straně prosvítá nedůvěra představitelů zdravotnické organizace v komunitní psychiatrickou péči jako takovou. Na druhé straně požadavek na co nejprogresivnější změnu (lokálního) systému péče

navzdory potenciálně náročným pracovním podmínkám. Aby organizace měla možnost spoluutvářet systém péče o duševní zdraví, potřebuje spolupracovat s krajskou samosprávou a místními psychiatrickými zařízeními. Aby získala finanční prostředky na svou práci, musí se řídit pravidly dárcovských institucí, přijmout stejný jazyk apod. Zároveň platí, že samosprávy jsou otevřeny spolupráci s NNO poskytujícími služby, protože ty ve skutečnosti vykonávají sociální péči zadanou státem, což je odlišuje od protestních nebo advokačních organizací bojujících za práva LGBTQ+, klimatickou spravedlnost, právo na město atd.

V ČR se jinak řada političek a politiků staví odmítavě ke všem druhům protestních hnutí, včetně advokačně orientovaných NNO a neformálních aktivistických skupin (Durnová, 2019). Některé NNO tak zřejmě dobrovolně přijímají profesní identitu poskytovatelů služeb, protože jim umožňuje vykonávat prospěšnou práci. V kontextu psychiatrické péče je však tato identita zřejmě spojena s vlažným postojem vůči kritice uživatelů a přeživších, kteří jsou tak blokováni v diskusi i svými nejpřirozenějšími partnery, pokud se zdají být příliš kritičti, nebo praktickou nemožností radikálně se vymezit vůči donorským institucím. Nemožnost věnovat se advokačním aktivitám je někdy přímo spojována s importováním neoliberální administrace do neziskového sektoru (Evans et al., 2005). Podle Harveyho se přitom neoliberalismus stal hegemonním diskursem skrze „mocné ideologické vlivy, které se šíří prostřednictvím korporací, médií a četných institucí tvořících občanskou společnost, jako jsou univerzity, školy, církve a profesní sdružení“ (Harvey, 2005, s. 40). Spolu s Cohenem sem můžeme „samozřejmě započíst psy-profese jakožto součást občanské společnosti“ (Cohen, 2016, s. 84).

Na příkladech týkajících se hierarchie, flexibility, tlaku na výkon a stále přítomného hodnocení efektivity lze pozorovat příklon profesionalizované neziskové organizace k postupům replikujícím mainstreamovou představu úspěšného korporátního managementu. Kopeček a Rameš upozorňují, že už v osmdesátých letech došlo v Československu ke změně fokusu řízení od strany či státu na řízení individuálního subjektu. Je to jeden z historických předpokladů pro rychlou transformaci na tržní typ ekonomiky v následující dekádě, kdy podle nich dochází k „vítězství manažerského kapitalismu nad demokracií, lidskou důstojností a svobodou“ (Kopeček a Rameš, 2019, s. 157). Zdá se, že s profesionalizací neziskového sektoru přichází nepozorovaně také způsoby vedení známé spíše z korporátní sféry. Organizace se dále dostávají do situace, ve které musí vést konkurenční boj s ostatními poskytovateli služeb, musí se chovat jako podnik, přestože se nepohybují na volném trhu. Systém financování sociálních služeb tlačí organizace do zápasu o dotace s ostatními poskytovateli. Systém financování zdravotní péče je zase založený na přesně definovaných „výkonech“ uznaných zdravotními pojišťovnami, což vede ke snaze rozčlenit pracovní den na maximum uznatelných výkonů.

Propojení sociální práce a zdravotnictví skrze složitý administrativní projekt vedlo k větší byrokratizaci a manualizaci práce a prolnutí různých pojetí hierarchie v obou prostředích. To se dotýká míry autonomie pracovníků a pracovníků: oproti zdravotnictví se mohou pohybovat volněji, z hlediska sociální práce se však

pracovní postupy přibližují k více svazujícímu biomedicínskému modelu (Brown et al., 2019). Zůstává nárok na flexibilitu, pocházející z kultury NNO, ale vytrácí se to pozitivní, co s touto flexibilitou mohlo být spojeno – svoboda k přímé práci se sociálními příčinami problémů. V obsáhlém rozhovoru, nedávno publikovaném na A2larm.cz, se v podobném duchu vyjadřuje uznávaný sociální pracovník Pavel Veleman (Šplíchal a Veleman, 2023). Podobně jako Janebová (2017, 2019, 2021) se zamýšlí nad nemožností sociální práce adekvátně reagovat na příčiny problémů, protože postrádá vhodné prostředky, které by měl sociálním pracovnícům a pracovníkům garantovat stát. Místo toho jsme spíše svědky zápasu o zdroje mezi různými typy poskytovatelů péče, ve kterém snadno zapadne zájem o blaho zranitelných osob i osob pečujících. Alternativní variantou péče a podpory by mohl být návrat k aktivistickému a neformálnímu pojetí pomoci, ke kterému vybízí třeba zmíněný Spade (2020, 2022). Takový přístup však znamená do jisté míry rezignovat na důvěru ve schopnost státu postarat se o ohrožené obyvatele a namísto toho budovat autonomní struktury vzájemné pomoci.

Podpora

Vznik článku byl podpořen v rámci projektu Society in times of crisis: Rationalization and its social effects (MUNI/ A/1567/2021).

MARTIN NOVÁK je původním vzděláním a profesí psycholog, absolvoval doktorské studium na katedře sociologie Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity. Dlouhodobě se zabývá oblastí komunitní péče o duševní zdraví, v disertační práci se věnoval etnografickému výzkumu probíhající reformy psychiatrické péče.

ORCID: 0000-0001-8524-4909

Literatura

- Anderson, H. (2009). *Konverzace, jazyk a jejich možnosti: postmoderní přístup k terapii*. NC Publishing.
- Balková, M. (2018). Zdravotně sociální pomezí – proč se vzájemně potřebujeme? *Psychiatrie pro praxi*, 19(2e), e14–e20.
- Bankovská Motlová, L., Mechúrová, B., Cieslarová, K., Vítková, M., Poláková, K. a Janoušková, M. (2021). *Česká a slovenská psychiatrie*, 117(4), 177–184.
- Bøe, T. D., Kristoffersen, K., Lidbom, P. A., Lindvig, G. R., Seikkula, J., Ulland, D. a Zachariassen, K. (2013). Change is an ongoing ethical event: Levinas, Bakhtin and the dialogical dynamics of becoming. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 34(1), 18–31. <https://doi.org/10.1002/anzf.1003>
- Bouček, J. (2002). Vývoj psychiatrické péče – od stacionární ke komunitní – 2. část. *Psychiatrie pro praxi*, (2), 77–80.

- Brown, C., Johnstone, M., Ross, N. a Doll, K. (2019). Challenging the constraints of neoliberalism and biomedicalism: Repositioning social work in mental health. *Qualitative Health Research*, 2022(5), 771–787. <https://doi.org/10.1177/10497323211069681>
- Carboch, R. (2020). Case management: léčba duševní nemoci a utváření subjektu. *Sociální práce*, 20(3), 24–41.
- Císař, O., Navrátil, J. a Vráblíková, K. (2011). Staří, noví, radikální: politický aktivismus v České republice očima teorie sociálních hnutí. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 47(1), 137–167.
- Cohen, B. M. Z. (2016). Psychiatric hegemony: Mental illness in neoliberal society. In B. M. Z. Cohen, *Psychiatric hegemony: A Marxist theory of mental illness* (s. 69–96). Palgrave Macmillan UK.
- Davies, B. a Gannon, S. (2006). *Doing collective biography*. Open University Press.
- Dlouhy, M. (2011). Mental health services in the health accounts: The Czech Republic. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(6), 447–453. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0210-6>
- Dlouhy, M. (2014). Mental health policy in Eastern Europe: A comparative analysis of seven mental health systems. *BMC Health Services Research*, 14(article no. 42). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-42>
- Dobiášová, K., Tušková, E., Hanušová, P., Angelovská, O. a Ježková, M. (2016). The development of mental health policies in the Czech Republic and Slovak Republic since 1989. *Central European Journal of Public Policy*, 10(1), 35–46. <https://doi.org/10.1515/cejpp-2016-0022>
- Durnová, A. (2019). Spor o aktivismus a efektivitu vládnutí aneb Jak zlepšit kulturu demokracie. In P. Drulák a P. Agha (eds.), *Sametová budoucnost?* (s. 29–44). Masarykova demokratická akademie.
- Duškov, I. (2019). Socioekonomický kontext duševních onemocnění a reforma psychiatrické péče v ČR jako veřejná strategie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 115(1), 32–38.
- Dvořáčková, M. a Kondrátová, L. (2020). Deinstitutionalizace psychiatrické péče: Příležitosti, rizika a předpoklady její úspěšné implementace. *Česká a slovenská psychiatrie*, 116(1), 30–37.
- Ellis, C. S. (2007). Telling secrets, revealing lives: Relational ethics in research with intimate others. *Qualitative Inquiry*, 13(1), 3–29. <https://doi.org/10.1177/1077800406294947>
- Ellis, C. S. a Bochner, A. P. (2000). Autoethnography, personal narrative, reflexivity: Researcher as subject. In N. K. Denzin a Y. S. Lincoln (eds.), *The handbook of qualitative research* (s. 733–768). Sage.
- Evans, B., Richmond, T. a Shields, J. (2005). Structuring neoliberal governance: The nonprofit sector, emerging new modes of control and the marketisation of service delivery. *Policy and Society*, 24(1), 73–97. [https://doi.org/10.1016/S1449-4035\(05\)70050-3](https://doi.org/10.1016/S1449-4035(05)70050-3)
- Etherington, K. (2004). *Becoming a reflexive researcher: Using our selves in research*. Jessica Kingsley Publishers.
- Faltýnová, M. a Štingl, M. (2019, 9. května). S Michalem Štinglem o traumatizující péči v pavilonu 27. A2. <https://www.advojka.cz/archiv/2019/10/ne-verejne-tabu>
- Fisher, M. (2010). *Kapitalistický realismus*. Rybka Publishers.
- Foucault, M. (2000). *Dohlížet a trestat: Kniha o zrodu vězení*. Dauphin.
- Foucault, M. (2009). *Zrození biopolitiky*. Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Foucault, M. (2023). *Bezpečnost, teritorium, populace: Přednášky na Collège de France (1977–1978)*. Karolinum.
- Frank, A. W. (2005). What is dialogical research, and why should we do it? *Qualitative Health Research*, 15(7), 964–974. <https://doi.org/10.1177/1049732305279078>

- Gjuričová, A. (2019). Proměna socialistického člověka v liberální individuum? Psychoterapie v Československu po roce 1968. In M. Kopeček (ed.), *Architekti dlouhé změny. Expertní kořeny postsocialismu v Československu* (s. 185–216). Argo.
- Harvey, D. (2005). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press.
- Hauser, M. (2019). Halucinační demokracie 1989–2019. In P. Drulák a P. Agha (eds.), *Sametová budoucnost?* (s. 13–28). Masarykova demokratická akademie.
- Hejzlar, P. (ed.). (2010). *Na cestě ke komunitní psychiatrii...* Theo & Občanské sdružení Péče o duševní zdraví.
- Chelcea, L. a Druță, O. (2016). Zombie socialism and the rise of neoliberalism in post-socialist Central and Eastern Europe. *Eurasian Geography and Economics*, 57(4–5), 521–544. <https://doi.org/10.1080/15387216.2016.1266273>
- Janebová, R. (2017). Kdy je legitimní vykonávat v sociální práci kontrolu. *Fórum sociální práce*, (2), 24–38.
- Janebová, R. (2019). Sociální práce, nebo sociální policie? Pronikání disciplinárních principů do sociální politiky a sociální práce. *Sociální práce*, 19(3), 5–22.
- Janebová, R. (2021). Otázka profesionalizace sociální práce: Sen o prestiži by měl být nahrazen závazkem k utlačovaným. *Sociální práce*, 21(2), 76–93.
- Janebová, R. a Celá, B. (2016). Kritická praxe mezi „jinou“ sociální prací a aktivismem. *Sociální práce*, 16(2), 22–39.
- Jantulová Štovičková, M. (2005). Analýza procesu profesionalizace v občanském sektoru očima jeho aktérů. *Sociální studia / Social Studies*, 2(1), 131–146. <https://doi.org/10.5817/soc2005-1-131>
- Kondrátová, L., Chrtková, D., Mladá, K., Janoušková, M., Štanglová, A., Roboch, Z., Páv, M. a Winkler, P. (2018). Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*, 114(4), 151–158.
- Kopeček, M. a Rameš, V. (2019). Od socialistické teorie řízení k neoliberálnímu manažerismu. In M. Kopeček (ed.), *Architekti dlouhé změny. Expertní kořeny postsocialismu v československu* (s. 155–184). Argo.
- Kott, P., Hedden, S., Aldworth, J., Bose, J., Chromy, J., Liao, D. a Virag, T. G. (2013). *2012 national survey on drug use and health: A revised strategy for estimating the prevalence of mental illness*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).
- Lévinas, E. (1997). *Totalita a nekonečno (Esej o exterioritě)*. Oikoymenh.
- Marada, R. (2003). Občanský sektor a organizační identita: Utváření občanských identit po roce 1989. In C. Szaló a I. Nosál (eds.), *Mozaika v re-konstrukci. Formování sociálních identit v současné střední Evropě* (s. 157–184). Masarykova univerzita.
- Marada, R. (2005a). Občanská společnost: mezi inkluzí a exkluzí. *Sociální studia*, 2(1), 7–11.
- Marada, R. (2005b). Růstová dilemata občanského sektoru. *Sociální studia*, 2(1), 147–168.
- McCarthy, J. D. a Zald, M. N. (1973). *The trend of social movements in America: Professionalization and resource mobilization*. General Learning Press.
- Moncrieff, J. (2008). Neoliberalism and biopsychiatry: A marriage of convenience. In C. I. Cohen a S. Timimi (eds.), *Liberatory psychiatry: Philosophy, politics and mental health* (s. 235–255). Cambridge University Press. <https://psycnet.apa.org/record/2007-14723-012>
- Moncrieff, J. (2022). The political economy of the mental health system: A marxist analysis. *Frontiers in Sociology*, 6(January), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.771875>
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2021). *Kritéria kvality Center duševního zdraví*.
- Ministerstvo zdravotnictví. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*.
- Ministerstvo zdravotnictví. (2016). Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ). *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, částka 5/2016*, s. 2–16.

- Ministerstvo zdravotnictví. (2017). *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)*.
- Ministerstvo zdravotnictví. (2022). *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ*.
- Offe, C. a Adler, P. (1991). Capitalism by democratic design? Democratic theory facing the triple transition in East Central Europe. *Social Research*, 58(4), 865–892. <https://doi.org/10.2307/40970678>
- Onyx, J. a Small, J. (2001). Memory-work: The method. *Qualitative Inquiry*, 7(6), 773–786. <https://doi.org/10.1177/107780040100700608>
- Pěč, O. (2018). Mental health reforms in the Czech Republic. *BJPsych International*, 16(01), 4–6. <https://doi.org/10.1192/bji.2017.27>
- Pfeiffer, J. (2010). Reflexe. In P. Hejzlar (ed.), *Na cestě ke komunitní psychiatrii...* (s. 8–16). Občanské sdružení Péče o duševní zdraví.
- Pilgrim, D. (2009). Recovery from mental health problems: Scratching the surface without ethnography. *Journal of Social Work Practice*, 23(4), 475–487. <https://doi.org/10.1080/02650530903375033>
- Putman, N. a Martindale, B. (2021). *Open dialogue for psychosis; organising mental health services to prioritise dialogue, relationship and meaning*. Routledge.
- Rabinow, P. (1977). *Reflections on fieldwork in Morocco*. University of California Press.
- Rose, N. (1985). *The psychological complex: Psychology, politics, and society in England, 1869–1939*. Routledge & Kegan Paul.
- Rose, N. (1999). *Governing the soul: The shaping of the private self* (2. vyd.). Free Association Books.
- Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 478–491. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00439.x>
- Shotter, J. (2010). *Social construction on the edge: Withness-thinking and embodiment*. Taos Institute Publications.
- Shotter, J. (2011). Language, joint action, and the ethical domain: The importance of the relations between our living bodies and their surroundings. *III CONGRESO DE PSICOLOGÍA Y RESPONSABILIDAD SOCIAL*.
- Spade, D. (2013). Being together, after nonprofitization. *Women's Studies Quarterly*, 41(3 & 4), 247–252.
- Spade, D. (2020). Solidarity not charity: Mutual aid for mobilization and survival. *Social Text*, 38(1), 131–151. <https://doi.org/10.1215/01642472-7971139>
- Spade, D. (2022). *Vzájemná pomoc*. Nevím.
- Stöckelová, T. (2010). Spočítej a panuj: De/politika kalkulace. In *Kritika depolitizovaného rozumu: úvahy (nejen) o nové normalizaci* (s. 61–76). Grmmus.
- St.Pierre, E. A. (1999). The work of response in ethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, 28(3), 266–287. <https://doi.org/10.1177/089124199129023442>
- Šplíchal, P. a Veleman, P. (2023, 26. dubna). „Začíná další kolo zadlužování a exekucí, sociální práce na současnou realitu nestačí,“ říká sociální pracovník roku. *A2larm*. <https://a2larm.cz/2023/04/zacina-dalsi-kolo-zadluzovani-a-exekuci-socialni-prace-na-soucasnou-realitu-nestaci-rika-socialni-pracovnik-roku/>
- Tušková, E., Dobiášová, K. a Duškov, I. (2020). An overview of mental health in the Czech Republic. In R. M. Scheffler, M. Shumway a R. M. Chereches (ed.), *Mental health in Central and Eastern Europe improving care and reducing stigma — important cases for global study* (s. 77–115). https://doi.org/10.1142/9789811205644_0004
- Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2022). *Systém map a časoprostorových modelů dostupnosti psychiatrické péče*.
- Vojtíšek, P. (2017). Sociální pracovníci o profesionalizaci sociální práce v ČR. *Sociální práce*, 17(6), 152–159.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. Crown.

- Winkler, P., Koeser, L., Kondrátová, L., Broulíková, H. M., Páv, M., Kališová, L., Barrett, B. a McCrone, P. (2018). Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: An economic analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 1023–1031. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30388-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30388-2)