

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

Bakalářská práce

2021

Adéla Nouzová

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

**Diskriminace osob s duševním onemocněním na úřadech
ČSSZ**

Bakalářská práce

Autor práce: Adéla Nouzová

Studijní program: Sociologie a sociální politika

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Olga Angelovská

Rok obhajoby: 2021

Prohlášení

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

V Praze dne 4.5.2021

Adéla Nouzová *Nouzová*

Bibliografický záznam

NOUZOVÁ, Adéla. *Diskriminace osob s duševním onemocněním na úřadech ČSSZ*. Praha, 2021. 35 s. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra sociologie. Vedoucí bakalářské práce Ing. Mgr. Olga Anglelovská.

Rozsah práce: 59 100 znaků s mezerami

Abstrakt

Tato práce se zabývá diskriminací osob s duševním onemocněním na úřadech České správy sociálního zabezpečení. Cílem práce je odpovědět na výzkumné otázky, které se ptají na to, jestli se osoby s duševní poruchou s nějakou diskriminací setkávají v průběhu žádání o invalidní důchod. Diskriminační prvky se hledají jak v chování pracovníků, tak v legislativním nastavení přidělování důchodů. Chování pracovníků je vysvětleno pomocí teorie rámování. V teoretické části je popsána přímá a nepřímá diskriminace, teorie rámování a teorie liniových pracovníků se kterými se dále v práci pracuje. Dále je naznačen postup přidělování invalidních důchodů, který se v praktické části porovnává se zkušenostmi respondentů. V praktické části jsou odpovězeny výzkumné otázky pomocí několika rozhovorů s respondenty s duševním onemocněním, kteří si prošli procesem žádosti a invalidní důchod a s respondenty, kteří pracují jako posudkový lékaři na správě sociálního zabezpečení. V této části se nachází i diskuze, která rozebírá schéma průběhu, které se projevilo u všech respondentů s duševním onemocněním. V závěru jsou shrnuty všechny zjištění a odpovědi na výzkumné otázky.

Abstract

This thesis deals with the discrimination of people with mental illness in the offices of the Czech Social Security Administration. The aim of the thesis is to answer the research questions asking whether people with mental disorders experience any form of discrimination when applying for disability pension. They look for elements of discrimination both in the behaviour of workers and in the legislative process of allocating disability pensions. The behaviour of workers is explained by using framing theory. The theoretical part describes direct and indirect discrimination, framing theory and the theory of line workers with whom we continue to work throughout the thesis. Next, the procedure of allocating disability pensions is indicated, which gets compared with the experience of respondents in the practical part. The research questions are answered in the practical part through several interviews with respondents with mental illness, who went through the application process for disability pension and with respondents who work as medical examiners in the social security administration. In this part, there is also a discussion which analyses the flow chart, which appeared with all respondents with mental illness. In the end, all findings and answers to research questions are summarized.

Klíčová slova

Diskriminace, duševní onemocnění, lékařská posudková služba, Česká správa sociálního zabezpečení, invalidní důchod

Keywords

Discrimination, mental illness, medical assessment service, Czech Social Security Administration, disability pension

Title

Discrimination of people with mental illness in the offices of the CSSA

Poděkování

Ráda bych poděkovala Ing. Mgr Olze Angelovské za vedení této práce a všem respondentům, že byli ochotní provádět rozhovory on-line.

Obsah

Úvod	1
1 Cíle a výzkumné otázky	2
2 Diskriminace	3
3 Teoretická východiska.....	5
3.1 Teorie rámování	5
3.2 Teorie liniových pracovníků	7
3.3 Proces stigmatizace	9
4 Legislativní nastavení postupů na úřadech.....	11
4.1 Správy sociálního zabezpečení	11
5 Stav současného poznání.....	14
6 Metodologie	16
7 Analýza dat.....	18
7.1 Výzkum.....	18
7.2 Zjištění	21
7.3 Diskuze	26
Závěr.....	28
Summary.....	29
Zdroje	31
Seznam příloh.....	37

Úvod

Tato bakalářská práce se bude zabývat diskriminací osob s duševním onemocněním na půdě státních úřadů, a to konkrétně úřadů státní správy sociálního zabezpečení. Jedná se o chování úředníků, ale převážně i pracovníků na vyšších pozicích.

V roce 2018 se s duševním onemocněním v ambulantní péči léčilo přes 650 000 pacientů, invalidní důchod prvního, druhého nebo třetího stupně pobíralo přibližně 102 000 osob s duševní poruchou nebo s poruchou chování. Invalidní důchod třetího stupně pobíralo celkově 179 108 osob a z toho přes jednu třetinu a to 64 000 ho pobíralo z důvodu duševní poruchy nebo poruchy chování. Z dvaceti možných kapitol MNK-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů) největší počet osob co pobírají třetí stupeň ID se nachází právě ve skupině duševních poruch a poruch chování. U druhého a prvního stupně je toto číslo podstatně menší, nicméně tyto poruchy se pohybují mezi prvními třemi důvody pobírání invalidního důchodu (ÚZIS ČR, 2018).

Pracovníci na ČSSZ (Česká správa sociálního zabezpečení) se setkávají s osobami s duševním onemocněním poměrně často, proto bych se ráda věnovala tématu diskriminace právě na půdě těchto úřadů. V posledních letech se různá zařízení a organizace zaměřují na destigmatizaci duševních poruch ve společnosti, ráda bych se tedy zabývala tím, jestli se diskriminace projevuje i v rámci státních institucí, a to buď ze strany pracovníků nebo z důvodu nastavené legislativy.

V teoretické části budou vysvětleny teorie, kterými bych se chtěla zabývat a pomocí kterých bych ráda vysvětlila chování pracovníků, jedná se o teorii rámování a teorii liniových pracovníků. Dále shrnu legislativní postupy přidělování invalidních důchodů a práci posudkových lékařů.

V praktické části pomocí rozhovorů se žadateli o invalidní důchod, kteří trpí nějakým duševním onemocněním a s posudkovými lékaři budu identifikovat stopy přímé nebo nepřímé diskriminace. Dále se budu zajímat o rozdíl mezi legislativou a zažívanou praxí a co tyto rozdíly způsobuje, v případě, že se vyskytují. Případné diskriminační chování bude vysvětleno pomocí teorie rámování nebo případně teorie liniových pracovníků.

1 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Jak již bylo zmíněno práce se bude zabývat diskriminací osob s duševním onemocněním na půdě státních úřadů. Cílem této práce je zjistit, zda a jaké chování pracovníků se na úřadech státní správy sociálního zabezpečení vyskytují diskriminační prvky chování k duševně nemocným klientům.

V rámci tohoto tématu jsou předem stanovené tři cíle práce a s nimi související výzkumné otázky na základě kterých se bude práce dále vyvíjet.

1. Zjistit, zda a jaké diskriminační chování se projevuje ze strany úředníků vůči lidem s duševním onemocněním; k tomuto cíli se váží výzkumné otázky:
 - a. Jakým způsobem se stigmatizace projevuje?
 - b. S jakým chováním se klienti setkávají?
 - c. Jakým způsobem se odráží diagnóza klientů na chování úředníků?
2. Zjistit, které teorie vysvětluje chování pracovníků.
 - a. Vysvětluje chování teorie liniových pracovníků?
 - b. Má na chování vliv teorie rámování a jaký?
3. Porovnat legislativní nastavení s reálných postupem pracovníků
 - a. Jaké jsou rozdíly mezi praxí chování pracovníků a stanovenou legislativou?

2 DISKRIMINACE

Pro začátek je důležité si uvědomit co se pod pojmem diskriminace skrývá, co je a co není diskriminace a jak je definovaná směrnicemi EU a českými zákony.

Diskriminace je dle zákona č. 198/2009 Sb. o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon) porušení práva na rovné zacházení. Zákon přejímá předpisy EU, Listinu základních práv a svobod a jiné mezinárodní smlouvy.

Diskriminace obecně představuje nějakým způsobem znevýhodněné zacházení. Dle antidiskriminačního zákona je za diskriminaci považováno obtěžování, sexuální obtěžování, pronásledování, pokyn k diskriminaci a navádění k diskriminaci. Diskriminovat mohou jak jednotlivci, tak větší skupiny a instituce. Diskriminace se rozlišuje na dvě formy, přímou a nepřímou (Zákon č.198/2009).

„Přímou diskriminací se rozumí takové jednání, včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci, a to z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru, a dále v právních vztazích, ve kterých se uplatní přímo použitelný předpis Evropské unie z oblasti volného pohybu pracovníků, i z důvodu státní příslušnosti (Zákon č.198/2009, § 2 odst. 3).“

Přímá diskriminace je ve společnosti mnohem snadněji rozpoznatelná, může se tak zdát, že je častější. Jedná se o znevýhodněné zacházení s jednou nebo více osobami ve srovnání s jinými osobami. Důvodem tohoto bývá většinou nějaký rys, kterým se diskriminovaná osoba (oproti ostatním) vyznačuje. Nejčastější důvody pro diskriminaci jsou etnický původ, rasa, věk, zdravotní postižení, sexuální orientace, pohlaví, náboženství, jazyk, rodinný stav aj. (Štěpánková, 2007).

„Nepřímou diskriminací se rozumí takové jednání nebo opomenutí, kdy na základě zdánlivě neutrálního ustanovení, kritéria nebo praxe je z některého z důvodů uvedených v § 2 odst. 3 osoba znevýhodněna oproti ostatním. Nepřímou diskriminací není, pokud toto ustanovení, kritérium nebo praxe je objektivně odůvodněno legitimním cílem a prostředky k jeho dosažení jsou přiměřené a nezbytné (Zákon č.198/2009, § 3 odst. 1).“

Nepřímá diskriminace se mnohem hůře odhaluje a prokazuje, v některých případech si diskriminovaní nemusí ani uvědomovat znevýhodněné postavení. Může se jednat například o nějaké údajně neutrální kritérium, ustanovení nebo zvyklost (Štěpánková, 2007). V praxi se například jedná o zákaz přítomnosti psů v restauracích, a to i vodících psů, v tomto případě jsou diskriminovanou skupinou nevidomý, kterým je prakticky odepřen vstup do restaurace.

Existují ale výjimky, kdy znevýhodňování nemusí být nutně diskriminace, například v situacích, kdy zaměstnavatel hledá určité zaměstnance (např. pouze ženy nebo muže) podle povahy práce.

3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

3.1 TEORIE RÁMOVÁNÍ

Koncept rámování prvně vysvětlil ve své knize *Analýza rámců* Erving Goffman v druhé polovině 20. století. Rámce označuje jako schémata interpretace, která umožňují lidem označovat události a dávat jim smysl. Rámce v Goffmanově pojetí dávají formu sociální interakci. Analýza rámců se využívá k různým analýzám v ekonomii, sociologii, politologii a především v mediální analýze (Goffman. 1974).

Na konci 20. století analýzu rámců zviditelnil Robert Entman. Ten se věnuje analýze rámců především v médiích (Kalvas et al. 2012). Rámování, dle jeho definice, je proces zvýrazňování určitých aspektů reality, tak aby upřednostňovaly jistou definici problému a tímto způsobem podporovaly určité hodnocení, interpretaci a možné řešení problému (Entman 1993). Jako příklad Entman udává rámec studené války z pohledu amerických médií. Ta zdůrazňovala jako problém občanské války ve světě. Jako původ těchto válek označovala Sovětský svaz. Komentovala a chválila podporu z americké strany a zároveň čtenářům/divákům poskytovala utvořený morální pohled na věc. Rámce tedy definují problém, tak aby co nejvíce vyhovoval hodnotám aktérů nebo hodnotám ve společnosti. Určují příčiny a identifikují aktéra nebo aktéry vytvářející tento problém. Vytváří morální hodnocení, hodnotí aktéry a jejich jednání. Navrhují a ospravedlňují řešení těchto problémů. Dále předpovídají možné efekty těchto řešení (Entman 1993). V souvislosti s příkladem studené války Entman vysvětluje 4 lokace, ve kterých se rámce vyskytují. Těmi jsou „komunikátor, text, příjemce a kultura“ (Entman 1993).

Autoři Rein a Schön se zabývali analýzou rámců ve veřejné politice, která se dá popsat v pár krocích: „(1) pojmenovat tematickou oblast, (2) identifikovat v tematické oblasti jednotlivé soužití rámce, (3) identifikovat sponzory jednotlivých rámců, jako jsou úředníci nebo zájmové skupiny, včetně jejich institucionálních pozic a zájmů, a (4) označit fóra, ve kterých se soutěžení mezi rámci odehrává (Nekola et al., 2011).“. Rein a Schön v jejich díle zároveň definují dva typy rámců, a to rétorický a akční. Politické texty jako jsou zprávy, články nebo proslovy, které hrají roli v politickém diskurzu spadají pod rétorický rámec. Na rozdíl od toho pro akční rámce jsou typické činy politických aktérů a jejich uplatňování moci. Rétorický rámec může tvořit a ovlivňovat jednání a chování v politické aréně, ale i jednání aktérů mimo politickou sféru (Rein and Schön 1996).

Zmiňují také 4 možné pohledy na rámce a jejich funkce ve společnosti. První pohled na rámec má pevnou a stabilní vnitřní strukturu. Je pro něj typická přizpůsobivost se událostem v průběhu času. Druhý možný pohled pracuje s rámci jako s určitou bariérou nebo spíše ohraničením určité strany tématu. Další pohled klade důraz na schéma interpretace. Poslední pohled s rámci pracuje jako se způsoby komunikace, podle které se orientuje jak analýza, tak činnosti ve skutečných situacích. Poslední typ rámce má výhodu v tom, že je schopen se plně přizpůsobit změně a vývoji událostí (Rein & Schön, 1996).

Proces rámcování v médiích může vést k interpretování faktů z určitého pohledu a určování toho, co si má společnost o veřejných problémech myslet. Může také docházet k určování postojů jedinců k dané problematice a jejich jednání. Mimo jiné působí i na politickou socializaci a mobilizuje kolektivní akci (Kalvas et al., 2012).

Je podstatné zmínit, že k procesu vytváření rámců v médiích se novináři často dostávají neúmyslně. Entman ve svém díle zmiňuje, že při snaze novinářů dodržet objektivitu médií se dává větší prostor vyjádřením, která samy za sebe nějaký rámec tvoří. Tím dochází k narušení vyrovnaného poskytování informací, jež slouží k tomu, aby si divák vytvořil vlastní názor na aktuální problém (Entman, 1993).

V souvislosti s rámcováním bych ráda připomněla kauzu z podzimu 2018, kdy došlo v médiích k výrazné stigmatizaci duševně nemocných osob. Konkrétně osob trpících schizofrenií, a to z důvodu zviditelnění kauzy českého premiéra Andreje Babiše a jeho syna Andreje Babiše juniora. V kauze se jednalo o medializování zdravotního stavu premiérova syna. Chování Babiše juniora bylo z úst politiků i některých pracovníků v médiích zpochybňováno na základě jeho diagnózy (schizofrenie). Média v této kauze dávala velký prostor premiérovi, který svým vyjadřováním označil synovu nemoc jako problém. Určil aktéry a naznačil řešení, která spočívala v hospitalizaci syna a jeho zbavení svéprávnosti. V prostředí českých médií to není jediná kauza, která svým vyzněním přispívá ke stigmatizaci duševních onemocnění. Rámce mají tendenci ovlivňovat případné diskriminační chování společnosti. Toto rámcování může negativně ovlivňovat postoje obyvatel k lidem s duševním onemocněním a jejich jednání vůči nim mimo jiné i v prostřední státních institucích.

3.2 TEORIE LINIOVÝCH PRACOVNÍKŮ

Problém diskriminace duševně nemocných osob na vybraných úřadech státní správy bude popsána pomocí teorie liniových pracovníků. Linioví pracovníci jsou ti pracovníci, kteří mají přímý kontakt s klienty. Jeden z prvních, kdo nastínil důležitost úředníků jako aktérů ve veřejněpolitickém procesu, byl na přelomu 19. a 20. století Max Weber. K úředníkům a byrokracii se vyjadřoval již Karl Marx v polovině 19. století. Marx ve svém díle kritizoval institucionalizaci byrokracie a neosobnost úředníků v tzv. „první linii“ (Keller, 2007). Velice zjednodušeně teorie liniových pracovníků pojednává o tom, co Marx kritizoval. Weber Marxovu myšlenku rozšiřuje. Ukazuje na nutnost odborné a přísné byrokracie. Zároveň si je vědom toho, že výše zmíněné vede k vyšší formalitě byrokratů a dehumanizaci systému (Keller, 2007).

Koncept liniových pracovníků a jejich místo ve veřejněpolitických procesech popsal na konci 20. století americký politolog Michael Lipsky. Zabýval se problémem možného selhávání politik, kvůli chybné implementaci za strany liniových pracovníků (Hejzlarová, 2019). Ve své teorii se Lipsky věnuje také problému implementace politik, a to z důvodu snahy rozšíření autonomie liniových pracovníků při jejich kontaktu s klientem. V těchto situacích se úředníci mohou odchylovat od cílů domovské organizace a na základě různých zkušeností ovlivňovat své jednání (Horák & Horáková, 2017).

Různí autoři (Svara, 2006; Page, 2012) se zabývali vlivem úředníků na implementaci politiky, ale také na její tvorbu. Jejich chování je ovlivněno několika na sobě závislými faktory. Jsou to například osobní zkušenosti, míra souhlasu s byrokratickým postupem nebo vztah s nadřízenými (Hejzlarová, 2019).

Horák, Horáková (2009) ve své stati *Role liniových pracovníků ve veřejné politice* rozlišují několik typů jednání úředníků, a to na základě vlivů principů byrokracie, profesionalismu, byroprofesionalismu a manažerismu. Vliv byrokracie spočívá v tom, že se úředník snaží, nezávisle na svém názoru nebo zkušenosti, následovat organizační pravidla a normy při svém jednání. Profesionalismus se vyskytuje u pracovníků ve veřejné a sociální politice. Tito pracovníci mají větší moc a jsou více autonomní. Zároveň disponují nějakým specializovaným výcvikem, nebo vzděláním a zaměřují se pouze na tuto specializovanou oblast. Jejich pravomoci jsou tímto zaměřením omezeny (Horák & Horáková, 2017).

Propojením základních principů těchto dvou výše zmíněných vlivů, tedy profesionální expertízy a byrokratické administrativy, vzniká byroprofesionalismus. Práce liniových

pracovníků je ovlivněna legislativou. Pracovníci ovšem disponují i určitou mírou autonomie a v rámci možností mají prostor na osobní rozhodování. Tento princip se výrazně vyskytoval převážně v poválečných sociálních státech. Postupem času začal čelit kritice ohledně velké autonomie úředníků, která byla ve výsledku velice nákladná. Jako důsledek této kritiky začíná vznikat a pronikat do byrokratické sféry manažerismus, který je typický nepřetržitou kontrolou práce liniových pracovníků. Manažerismus byl zaveden za účelem zvýšení účinnosti systému. Prvky tohoto principu se v praxi vyskytovaly a vyskytují minimálně (Horák & Horáková, 2017).

Ve své práci bych se ráda věnovala tomu, jakým způsobem liniovní pracovníci na úřadech sociálního zabezpečení komunikují s lidmi s duševním onemocněním.

Roli liniových pracovníků ve veřejné politice zkoumali v roce 2008 Pavel Horák a Markéta Horáková. Provedli několik desítek polostrukturovaných rozhovorů ve třech záměrně vybraných regionech a studovali individuální zkušenosti s jednáním zaměstnanců, tj. liniových pracovníků. Předem byly vytypovány určité úřady práce v regionech, které mají nějakou významnou charakteristiku, např. v regionu se nachází ve srovnání s ostatními regiony větší míra nezaměstnanosti a větší podíl nezaměstnaných se základním vzděláním. K porovnání byly vybrány úřady v sociálně neproblémových lokalitách. Z výzkumu bylo zjištěno, že pracovníci na úřadech v sociálně problémových lokalitách jsou více profesionální a ve větší míře poskytují poradenské služby. Klienti hodnotí poradenské služby pracovníků kladně a jsou pro ně více přínosné než pouze zprostředkovatelské služby (Horák & Horáková, 2017). Z tohoto výzkumu vyplývá, že ačkoliv úředníci následují legislativní postupy, mají tendence v některých situacích neposkytovat své služby plně. Takové jednání může být ovlivněno několika různými faktory. Je možné, že se pracovníkům v sociálně nenáročných lokalitách nedostává takového školení k poskytování poradenství jako v náročnějších lokalitách. Dalším faktorem může být nižší motivace pracovat z důvodu nižšího zahlcení systému a nízké nezaměstnanosti (Horák & Horáková, 2017).

I toto je jeden z problémů, kterému bych se v práci chtěla věnovat. Na základě předchozího odstavce je stanovena hypotéza „Liniovní pracovníci mají tendenci ovlivňovat své chování na základě toho, s jakými klienty zrovna komunikují.“. Ráda bych tedy popsala chování úředníků na různých úřadech, se kterým se setkávají duševně nemocní lidé. Jednání úředníků bych chtěla porovnat s oficiálními legislativními postupy a určit, jestli nedošlo k pochybení, které by směřovalo k diskriminaci duševně nemocných, nebo šlo o běžný postup v souladu s legislativou.

3.3 PROCES STIGMATIZACE

Duševní onemocnění bývají ve společnostech považována za stigma. První, kdo nějakým způsobem stigma popsal byl Émile Durkheim v roce 1895. Vysvětluje to na příkladu, kdy se pouhé morální odchylky začínají stávat stejně trestné jako například loupež.

„Představte si společnost svatých, perfektní klášter ukázkových osobností. Zločiny nebo deviace by zde byly neznámé. Ale odchylky, které by se nezasvěceným zdály malé, by zde způsobily stejný skandál jako obyčejný přestupek mezi obyčejnou společností. Pokud pak, tato společnost má moc odsuzovat a trestat, definuje takové akty jako kriminální nebo deviantní bude se k nim stejně tak chovat“ (Durkheim, 1895).

Nicméně, první, kdo popsal sociální stigma jako takové byl, ve 20. století Erving Goffman ve svém díle *Stigma: Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Stigma definuje jako nějaký jev, kdy je jedinec s neobvyklou vlastností odsouzen společností na základě této vlastnosti. Říká, že stigma je velmi zvláštní vztah mezi vlastností a stereotypem, zdůrazňuje, že existují vlastnosti, které všude ve společnosti diskreditují (Goffman, 1963).

V souvislosti se stigmatem popisuje dvě situace, ve kterých se může jedinec nacházet. První je situace zdiskreditovaného, kdy jedinec předpokládá, že se o jeho odlišnosti v kolektivu ví. Druhá je situace diskreditace, kdy o tom kolektiv neví, nebo si toho alespoň ihned nevšimne (Goffman, 1963).

Dále stigma rozdělil na tři typy. První je stigma spojené s tělesným postižením, takže nějakými fyzickými abnormalitami. Další odlišuje vady individuální povahy, které se projevují slabou vůlí, nepoctivostí, nepřirozenou vášní nebo zrádnou vírou, jedná se například o duševní onemocnění, závislosti, homosexualitu, nezaměstnanost, sebevražedné pokusy atd... Jako poslední typ určil kmenové stigma, rasy, náboženství nebo národa, toto je typ stigma, který může být předáván z generace na generaci (Goffman, 1963).

Německý sociolog Gerhard Falk se k tématu vyjádřil takto:

„Všechny společnosti budou vždy stigmatizovat některé podmínky a určité chování, protože dělají pro solidaritu vymezením ‚outsiderů‘ od ‚insiderů‘ (Falk, 2001).“

Rozdělil stigma na dva typy, a to existencionální (*existential*) a dosažené (*achieved*). Existencionální stigma je stigma, který si stigmatizovaný nijak sám nezpůsobil a nemůže ho kontrolovat. Dosažené stigma znamená, že si jedinec stigmatizaci přivodil sám nějakým typem chování (Falk 2001).

V roce 2001 vyšel článek v *Annual Review of Sociology*, kde autoři definovali čtyři složky, které když se prolínají tak vzniká stigma. V první složce se lidé rozlišují a označují na sobě navzájem různé rozdíly. V druhé složce určitá kulturní přesvědčení spojují označené osoby s nežádoucími charakteristikami – negativní stereotypy. Ve třetí jsou označené osoby umístěny do kategorií, aby se dosáhlo oddělení „my“ a „oni“. Ve čtvrté složce označené osoby dochází ke ztrátě postavení a diskriminaci, které vedou k nerovným výsledkům. Konečná stigmatizace je podmíněna přístupem k sociální, ekonomické a politické moci, který umožňuje identifikaci stereotypů, rozdělení označených osob do kategorií a podmiňuje odmítnutí, vyloučení a diskriminaci. Termín stigma tak aplikují, když prvky označování, tj. stereotypizace, separace, ztráta statusu a diskriminace spoluvytvářejí mocenskou situaci, která umožňuje vyvíjet složky stigmatu (Link, Phelan 2001).

4 LEGISLATIVNÍ NASTAVENÍ POSTUPŮ NA ÚŘADECH

Ve své práci budu rozebírat legislativní nastavení a porovnávat je se zkušenostmi respondentů. Jedná se o legislativu, podle které mají postupovat pracovníci na státní správě sociálního zabezpečení a legislativní postup na základě kterého se přidělují invalidní důchody.

4.1 SPRÁVY SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ

ČSSZ se dělí na jednotky Okresní správy sociálního zabezpečení, v těchto jednotkách najdeme několik oddělení, jejichž funkce se liší a v jejich rámci se angažují jiní pracovníci. V této části se budu zabývat konkrétně oddělením důchodového pojištění a oddělením lékařské posudkové služby.

„Oddělení důchodového pojištění metodicky usměřuje provádění důchodového pojištění u zaměstnavatelů; vede stanovené evidence subjektů pojištění v souladu s vnitřními organizačními směnicemi ČSSZ; poskytuje odbornou pomoc občanům i zaměstnavatelům ve věcech důchodového pojištění; sepisuje a dokladuje žádosti o dávky, případně o úpravu dávek důchodového pojištění, kontroluje a ověřuje správnost údajů a úplnost předložených dokladů v žádostech o tyto dávky; zpracovává podklady související s řízením ve věci odstranění tvrdostí zákona, které se vyskytují při provádění důchodového pojištění (*Popis Organizační Struktury OSSZ - Česká Správa Sociálního Zabezpečení*).“

V této části se budu konkrétně zabývat postupem přidělení invalidního důchodu. Invalidní důchod se dělí na 3 stupně, každý stupeň pro jeho udělení vyžaduje určitý pokles pracovní schopnosti. Výše invalidního důchodu je součtem základní a procentní složky. Základní složka je dle zákona o důchodovém pojištění stanovena na 10 % průměrné mzdy. Výše procentní složky se odvíjí od počtu odpracovaných let, hrubého příjmu a stupně invalidity. Z hrubé mzdy se vezme výpočtový základ, ze kterého se vypočítá částka za každý rok důchodového pojištění, což jsou procenta, která se liší podle stupně invalidity, tato částka se následně vynásobí počtem let důchodového pojištění. Stupně invalidního důchodu se tedy liší v poklesu pracovní schopnosti a výši procentní výměry:

1. stupeň: pro první stupeň je stanovena pracovní neschopnost od 35 % do 49 %
 - výše procentní výměry je 0,5 % výpočtového základu měsíčně.
2. stupeň: pro druhý stupeň je stanovena pracovní neschopnost od 50 % do 69 %

- výše procentní výměry je 0,75 % výpočtového základu měsíčně
3. stupeň: pro třetí stupeň je stanovena pracovní neschopnost nejméně 70 %
- výše procentní výměry je 0,5 % výpočtového základu měsíčně (*Invalidní Důchody - MPSV Portál*)

Pro přidělení invalidního důchodu existuje podmínka, která určuje nutnou dobu pojištění žadatele. Konkrétní pravidla stanovuje zákon 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění (*Invalidní Důchod - Česká Správa Sociálního Zabezpečení*).

Žadatel si podá žádost o ID sám, dle svého zdravotního stavu a na základě konzultace se svým ošetřujícím lékařem. Žádost se podává osobně na příslušném pracovišti OSSZ a s vyplněním pomáhá pracovník na oddělení důchodového pojištění. Po podání žádosti se zahajuje proces posuzování, ošetřující lékař poskytne podklady o zdravotním stavu žadatele a žadatel je povinen poskytnout pracovníkům OSSZ své lékařské zprávy. Posouzení ohledně invalidity a jejího stupně, provádí na základě všech poskytnutých dokumentů, posudkový lékař na OSSZ. Posudkový lékař rozhoduje, jestli je potřeba k posouzení zdravotního stavu přítomnost klienta. Pro vyřízení žádosti je zákonem stanovena lhůta 90 dní, posudek je žadateli odeslán do 7 dnů od jeho zpracování na základě posudku dojde k rozhodnutí o přidělení ID. Proti rozhodnutí má právo se žadatel odvolat do 30 dnů ode dne doručení. Tyto lhůty se dají prodloužit na základě závažnosti případu (*Invalidní Důchod - Česká Správa Sociálního Zabezpečení*).

Posudkový lékaři jsou zpravidla jediní, kdo o přidělení důchodu rozhoduje, jejich kompetence definuje ČSSZ takto:

„Oddělení lékařské posudkové služby plní úkoly OSSZ v oblasti posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti fyzických osob pro účely systémů sociálního zabezpečení a oblasti dávek pro osoby se zdravotním postižením; rozhoduje o ukončení dočasné pracovní neschopnosti nebo potřeby ošetřování, pokud ji neukončil ošetřující lékař a nebyly zjištěny důvody pro její trvání, a to na předepsaném tiskopisu; kontroluje plnění povinností při posuzování zdravotního stavu stanovených ošetřujícím lékařům zákonem o nemocenském pojištění; dává podněty k uložení pokuty zdravotnickému zařízení za neplnění povinností v oblasti sociálního zabezpečení; dává ošetřujícímu lékaři na základě jeho žádosti předchozí písemný souhlas ke zpětnému uznání dočasné pracovní neschopnosti za období delší než tři dny nebo k uznání pracovní neschopnosti stejným ošetřujícím lékařem, který uznal a potvrzoval trvání předchozí pracovní neschopnosti ukončené rozhodnutím OSSZ u téhož

občana pro stejnou nebo obdobnou nemoc s výjimkou akutního vzplanutí téže nemoci, a to v období sedmi dnů po ukončení předchozí pracovní neschopnosti rozhodnutím OSSZ (*Popis Organizační Struktury OSSZ - Česká Správa Sociálního Zabezpečení, n.d.*).“

Lékařské posudková služba (LPS) se dlouhodobě potýká s problémy jako jsou nedostatek a stáří posudkových lékařů (PL). Na začátku roku 2020 bylo 90 % posudkových lékařů, 1/3 z toho jsou posudkový lékaři starší 70 let. Tato statistika představuje do budoucna LPS ještě větší nedostatek lékařů, než ten se kterým se nyní potýká. Nedostatek PL způsobuje prodlevy v psaní posudků a možné nedodržení termínů, které může pro žadatele zbytečně prodlevy v jejich žádosti a delší výpad příjmů (ČTK/red, 2020).

5 STAV SOUČASNÉHO POZNÁNÍ

Každý čtvrtý člověk na světě si za svůj život projde nějakým duševním onemocněním, v České republice, stejně jako ve většině zemí světa, dochází k nárůstu výskytu duševních onemocnění. Ze studie z roku 2011 vyplývá, že v Evropské unii každý rok propukne duševní onemocnění u 38,2 % populace (Wittchen et al. 2011). Ne všechny duševní onemocnění provází těžké příznaky, výrazně zhoršenou životní situaci, nutnost institucionální péče nebo pobírání invalidního důchodu.

Zdravotnická ročenka, zveřejněná Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR udává počet osob, které jsou v daném roce ambulantně léčeny s duševní poruchou. V roce 2018 se konkrétně jednalo o 650 188 lidí (ÚZIS ČR, 2018).

Ze Statistické ročenky důchodového pojištění, zveřejněné Českou správou sociálního zabezpečení vyplývá, že za rok 2019 byly druhým nejčastějším důvodem nového přiznání invalidního důchodu duševní poruchy a poruchy chování (platí u všech stupňů). Zároveň nejvíce invalidních důchodů 3. stupně v tom samém roce pobíraly osoby s duševní poruchou nebo s poruchou chování. 1. a 2. stupeň pobíralo nejvíce lidí s nemocemi svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, osoby s duševní poruchou nebo poruchou chování jsou na druhém místě. Celkově se jedná o cca 25 % (konkrétně zhruba 103 tisíc osob z celkových 418 tisíc) všech vyplácených invalidních důchodů, od roku 2010 toto číslo vzrostlo o 9 % (ČSSZ, 2019).

Výzkum NUDZ a INRES z roku 2014 (N=1797) uvádí, že 34 % dotazovaných by nevadilo se s lidmi s duševní nemocí kamarádřit, 31 % by nevadilo s nimi bydlet v sousedství, 25 % by nevadilo s nimi pracovat a 18 % by nevadilo žít s lidmi s duševní nemocí. Z výzkumu vyplývá, že poměrně hodně lidem vadí být v blízkosti lidí s duševním onemocněním (NÚDZ, 2018).

Je tedy potvrzené, že duševní nemoci jsou stigmatizované a lidé, kteří nějakým duševním onemocněním trpí se často potýkají s diskriminací v různých situacích (NÚDZ, 2018). Otázkou je, do jaké míry ovlivňuje stigmatizace duševních onemocnění každodenní život lidí, kteří s nějakým onemocněním bojují. Vzhledem k tomu, že je tato otázka velice komplexní a zahrnuje široké spektrum aktérů, budu se této páce zabývat projevy diskriminace ze strany aktérů (posudkový lékaři, úředníci) na úřadech správy sociálního

zabezpečení. Převážně se budu věnovat oficiálním legislativním postupům a porovnávat je s postupy se kterými se nemocní lidé setkávají.

Problémem diskriminace a stigmatizace lidí s duševním onemocněním se zabývá několik státních i neziskových organizací. Existuje několik výzkumů zajímajících se o míru stigmatizace duševních onemocnění mezi všeobecnými nebo jinak specializovanými lékaři a psychiatry, studenty medicíny nebo zdravotnickým personálem. Tyto výzkumy naznačují, že i v těchto oblastech k diskriminaci dochází a ta může dále vést až k neposkytnutí adekvátní léčby (Corrigan et al., 2014; Nordt et al., 2005; Chambers et al., 2010).

Pohled veřejnosti na duševní onemocnění je, jak bylo zmíněno v kapitole o teorii rámování, především ovlivňován příspěvky v médiích, které poskytují ne vždy úplné informace k danému problému a podněcují tím diskriminační chování všech různých pracovníků.

Role aktérů je v životě nemocných lidí důležitá hned z několika důvodů, mají vliv na jejich zdravotní i sociální situaci, což ovlivňuje i případný rozvoj nemoci a zároveň mají vliv i na názor veřejnosti. V případě použití špatného postupu, který je ovlivněný jejich subjektivním názorem, může dojít k výraznému zhoršení situace posuzované osoby.

6 *METODOLOGIE*

Ve výzkumné části této práce bude používána kvalitativní metoda výzkumu. V této kapitole bude mimo to popsán i způsob sběru dat a výběr respondentů.

Kvalitativní metody výzkumu má v různých publikacích jiné definice. Podle Strausse a Corbinové je kvalitativní výzkum ten výzkum, který k dosažení výsledků nevyužívá žádné statistické procedury. Mezi kvalitativní metody výzkumu převážně patří pozorování, rozhovory. Může se ale týkat i analýzy dokumentů, knih, videí. Dle nich se „kvalitativní metody používají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme“ (Strauss, Corbin, 1999).

V této práci bude použita kvalitativní metoda ve formě polostrukturovaného rozhovoru, a to z toho důvodu, že cílem práce je zjistit a popsat zkušenosti osob s duševním onemocněním s přístupem pracovníků na výše určených úradech. Kvalitativní metoda je zvolena z důvodu specifčnosti a citlivosti tématu, náročnému určování a kontaktování vzorku populace. Respondentům byly pokládány otázky, které požadovaly popis jejich konkrétní zkušenosti a toho, jak tuto zkušenosti prožívali a jestli by je sami označili za diskriminaci. Vzhledem k tomu, že zkušenosti a jejich prožívání jsou u každého respondenta rozdílné, otázky byly během rozhovorů přizpůsobovány a měněny právě na základě jejich zkušeností. U každého rozhovoru ale byly zodpovězeny základní otázky podle scénáře.

V práci jsem dotazovala 2 typy respondentů.

1. Osoby s duševním onemocněním, kteří žádali o ID (dále jako Ž)
2. Pracovníci na úradech, liniový pracovníci (dále jako LP)

U skupiny respondentů Ž je v analýze použito otevřené kódování rozhovorů, kdy se hledaly společné znaky a zkušenosti v rozhovorech. Skupina LP byla použita k lepšímu porozumění pracovníkům a naznačením nástrah se kterými se mohou se své práci potýkat.

S respondenty Ž jsem se spojila pomocí pracovníků NÚDZ, kteří sdíleli můj oslovovací dopis s potencionálními respondenty, kteří se mi poté sami ozvali na e-mail. Na základě jejich reakce byl domluven online rozhovor. Všechny rozhovory s respondenty z druhé skupiny probíhaly pomocí aplikace Skype. V online prostředí bylo náročnější odhadnout rozpoložení respondenta, například podle gest. Po respondentech jsem nepožadovala zapnutí webkamery, což ve srovnání s osobními rozhovory bylo těžší na rozeznání reakcí. Nicméně

to rozhovoru dodalo větší míru anonymity, která mohla respondentovi pomoci se více otevřít. Rozhovorů proběhlo pět, nicméně jeden respondent byl během rozhovoru značně rozrušen a měl problémy na otázky odpovědět, nelze z něj tedy získat informace, které by dávaly tomuto tématu nějakou hodnotu, z tohoto důvodu nebyl rozhovor pro analýzu využit.

Všechny rozhovory s respondenty Ž byly se souhlasem respondentů nahrávány a přepsány. K analýze se používaly přepisy rozhovorů, nahrávky jsou uloženy a pro přístup k nim je nutný souhlas respondenta.

Sběr dat od respondentů ve skupině LP probíhal osobně, respondenti byly voleni metodou nabalování, pomocí prvního respondenta jsem dostala další kontakty. Tyto rozhovory pomohly v lepší analýze rozhovorů z druhé skupiny. Pomohly mi lépe se orientovat v dané problematice a v tom, jak reálně funguje. V průběhu analýzy jsem měla možnost se respondentů z této skupiny doptávat na různé informace. Rozhovory z této skupiny nesloužili k rozsáhlejší analýze, hlavně z toho důvodu, že jich bylo málo a byly velmi různé a také byly nahrávány pouze faktické informace. Proběhly 2-4 rozhovory s každým respondentem, v každém dalším rozhovoru se doptávali otázky, které se vyskytly v rozhovorech s respondenty z druhé skupiny, poslední rozhovory již nebyly na přání respondentů nahrávány. K dané problematice se respondenti rozmluvili až v rozhovoru bez nahrávání, a ačkoliv mám souhlas informace použít, nejsou k dispozici v přepsané formě ale pouze v krátkých poznámkách. Vzhledem k tomu, že respondenti byli ze stejné skupiny a ze stejného místa, je důležité brát zjištěné informace s ohledem na tyto fakta.

7 ANALÝZA DAT

Analýza rozhovorů bude provedena pomocí otevřeného kódování dle Strausse a Corbinové (Strauss, Corbin, 1999). V prvním nejobsáhlejším rozhovoru byly určeny jednotky (věty nebo části vět), kterým jsem následně přiřadila názvy, které se staly kódy i do dalších rozhovorů. Tyto kódy byly následně zařazeny do kategorií podle toho, jestli se jednalo o kognitivní funkce popisy situace a subkategorií jako například reakce, jednání, pocity a psychické rozpoložení. Předem byly určeny dvě kategorie, které byly v návaznosti na výzkumné otázky hledány, a to bylo příprava klientů před jednáním s úřady a v návaznosti na to dodržování legislativních postupů.

V úvodu této části budou představeni respondenti ze skupiny Ž a krátce bude shrnuta jejich zkušenost. Vzhledem k citlivosti tématu považuji představení respondentů za důležité i z důvodu následného zasazení do kontextu, jedná se o osoby, kterým jejich diagnóza výrazně ovlivnila život. Následovat bude analýza pomocí kódování, budou představeny použité kódy a předvedeny jejich příklady s vysvětlením. V poslední části bude celá analýza zasazena do kontextu této práce a budou diskutovány výsledky v kombinaci s výzkumnými cíli a otázkami, které byly zmíněny výše.

7.1 VÝZKUM

Skupinu respondentů, kteří trpí nějakým duševním onemocněním se, jak již bylo zmíněno výše, podařilo oslovit pomocí pracovníka NÚDZ. Pracovník umístil oslovovací dopis do podpůrné skupiny na sociální síti Facebook, na základě toho se mi ozvalo několik potenciálních respondentů. Online rozhovor se mi podařilo domluvit s pěti z nich, nicméně jeden z rozhovorů se z výše zmíněných důvodů použít nedá, tudíž respondent představen nebude.

7.1.1 Ota, 47 let

První respondent se jmenuje Ota. Ota byl diagnostikován v roce 1995, v roce 2007 mu jeho ambulantní lékař doporučil si zažádat o invalidní důchod (dále ID). Respondentův zdravotní stav byl během té doby dobrý, tudíž ID nepovažoval za nutný. Po 10 letech se jeho stav zhoršil, absolvoval několik hospitalizací a byly mu diagnostikovány další psychické nemoci.

O invalidní důchod zažádal na základě doporučení svého lékaře po několika hospitalizacích a po roce pracovní neschopnosti. Dle sdělení svého ambulantního lékaře měl dosáhnout na alespoň 2. stupeň invalidního důchodu. Z toho důvodu respondent očekával bezproblémové

přidělení ID, nicméně se setkal s odmítnutím odůvodněným tím, že jeho zdravotní stav je dobrý a nijak nezabraňuje návratu do zaměstnání.

Po odmítnutí nastalo u respondenta další výrazné zhoršení zdravotního stavu, vyžadující hospitalizaci. Jeho manželka začala stav konzultovat s různými specialisty a na základě toho podali odvolání. Manželka respondenta si zjišťovala informace o posudkovém lékaři, který žádost odmítl a zjistila, že je specializovaný chirurg (p.a. měl by mít atestaci na posud. lékaře, ale nutně nemusí), a respondent je přesvědčen, že právě kvůli tomuto došlo k bagatelizaci jeho onemocnění.

Respondent má pocit, že se diskriminace psychiatrických diagnóz vyskytuje v celém systému posudkových lékařů.

Jednání ze strany ostatních úředníků, se kterými se respondent setkal, hodnotí kladně. Dle něj se vždy snažili být co nejvíce nápomocní.

7.1.2 Alena, 55 let

Respondentka požádala o ID v roce 2019 s asistencí své rodiny, sama tvrdí, že bez této pomoci by o důchod pravděpodobně ani nepožádala. Tvrdí, že se snažila žít bez pomoci, nicméně po určitých rodinných problémech se její zdravotní stav zhoršil a z důvodu časté pracovní neschopnosti jí bylo navrženo o důchod zažádat.

V procesu rozhodování byla respondentka pozvána k posudkovému lékaři, z důvodu špatného zdravotního stavu s sebou měla svoji dceru. Během vyšetření se jí posudkový lékař ptal na, dle jejích slov nevhodné otázky a zpochybňoval její zdravotní stav. Přiznán jí byl první stupeň ID, ačkoliv, dle jejího lékaře by měla nárok i na vyšší stupně. Z důvodu traumatického vyšetření respondentka odmítá, i přes naléhání své rodiny, podat odvolání.

Respondentka nemá pocit, že by se od jiných pracovníků potkala s podobným jednáním jako u posudkového lékaře, dodává ale, že s pracovníky je častěji v kontaktu její dcera.

Během rozhovoru se několikrát vracela k jejímu osobnímu setkání, měla pocit jakoby jí doktor, ještě před jejich setkáním, nevěřil, že je nemocná. Měla pocit, že mu musí dokázat, že je skutečně nemocná.

7.1.3 Miloš, 51 let

Respondent s psychickými nemocemi bojuje již od dětství. Většinu života podnikal a pracovní dobu si řídil podle sebe, neměl tedy pocit, že by měl cokoli řešit. O ID zažádal

v roce 2018, chvíli poté, co začal pracovat na poloviční úvazek s pracovní dobou a podmínkami, které zhoršily jeho zdravotní stav.

Respondent se během komunikace se státní správou sociálního zabezpečení setkal, podle něj s velice arogantním chováním, jak ze strany posudkového lékaře, tak se strany ostatních pracovníků.

Po setkání s posudkovým lékařem mu byla nařízena třídní hospitalizace. Setkání bylo pro respondenta nepříjemné a měl pocit, že mu lékař jeho nemoc nevěří. Respondent s tímto jednáním nebyl spokojený, dle jeho slov, několikrát během celého procesu o své nemoci pochyboval. K hospitalizaci nastoupil, a nakonec mu byl přidělen druhý stupeň ID. Po přidělení ID se respondentův zdravotní stav zhoršil, má pocit, že to bylo způsobeno jednáním pracovníků a bagatelizací jeho nemoci.

7.1.4 Tomáš, 35 let

Tomáš byl diagnostikován ve 32 letech, po několika hospitalizacích rovnou s doporučením zažádat si o invalidní důchod z důvodu dlouhé pracovní neschopnosti. Jeho zdravotní stav mu znemožňuje dodržovat pracovní dobu a komplikuje mu pracovní život i vztahy na pracovišti.

Jednání všech pracovníků na SSZ hodnotí kladně, všichni pracovníci byly vstřícní a nápomocní, nicméně žádost o ID byla i po odvolání zamítnuta. I přes to, že s postupem nesouhlasí a nerozumí mu, vyloženě v konfliktu s pracovníky nebyl. Odůvodnění spočívalo v tom, že ačkoliv jeho zdravotní stav není ideální, dlouhodobě nijak negativně neovlivňuje jeho schopnost pracovat.

Po konzultaci s několika lékaři je přesvědčen, že tabulkově dosahuje na alespoň první stupeň a o ID má v plánu požádat podruhé.

7.1.5 Průběh rozhovorů

Všechny rozhovory proběhly přes komunikační nástroj Skype, v rámci kterého byly rozhovory nahrávány. K nahrávce jsem měla já i respondent přístup 30 dnů po uskutečnění hovoru a zároveň je nahrávka stažená a uložena. Rozhovory byly řízeny předem sestavenou osnovou s otázkami. Během rozhovorů se respondenti několikrát od tématu odchýlili a bylo nutné je navést zpět pomocí dalších otázek. Příloha 1 obsahuje základní scénář rozhovorů.

7.2 ZJIŠTĚNÍ

Během kódování se objevilo několik kódů společných ve všech rozhovorech, které se následně sdružily do několika kategorií, kódy i kategorie jsou rozepsané v následující tabulce.

7.2.1 Výskyt diskriminačního chování ze strany pracovníků

Respondenti s duševní poruchou

1. Zjistit, zda a jaké diskriminační chování se projevuje ze strany úředníků vůči lidem s duševním onemocněním; k tomuto cíli se váží výzkumné otázky:
 - a. Jakým způsobem se stigmatizace projevuje?
 - b. S jakým chováním se klienti setkávají?
 - c. Jakým způsobem se odráží diagnóza klientů na chování úředníků?

První výzkumný cíl bylo zjednodušeně zjistit, jestli se v chování pracovníků vyskytují nějaké prvky diskriminačního chování. Během kódování rozhovorů bylo objeveno pár kódů, které by na určité diskriminační chování ukazovaly, jedná se o prvky diskriminačního chování v přímé i nepřímé konfrontaci s pracovníky, ale i z následné reakce samotných respondentů. Tyto prvky se vyskytovaly primárně v jednání s posudkovými lékaři.

Většina respondentů při popisu svých zkušeností zmínila problémový přístup posudkových lékařů. Při otázkách na chování jiných pracovníků se až na jednu výjimku odpovědi nelišily. Dle respondentů byli pracovníci milí a vždy se snažili vyjít vstříc. Jeden respondent uvedl, že chování jedné pracovnice, se kterou mluvil po telefonu, bylo velice arogantní a informaci kterou chtěl zjistit se dozvěděl až další den od jiné pracovnice.

„No, já jsem tam volal a ptal se, protože už jsem na to čekal a ona mi to zvedla no a byla jakoby našťvaná a nepřijemná, že si mám počkat a že mi nic neřekne. Tak jsem to zkusil jindy, a to jsem se dozvěděl, že to už podruhé hodili na jiného doktora, protože jsou nemocní.“ – Miloš

Za problémové respondenti považují spíše chování posudkových lékařů. Nejvýraznější znaky stigmatizace jsou vidět u zkušenostech Aleny. Posudkový lékař během zjišťovací lékařské prohlídky několikrát shazoval její diagnózy, když se jí vyptával na to, jak zvládla se svými diagnózami vychovat 3 děti.

„Tak já jsem tam seděla před ním, nervózní a on zvednul hlavu od papírů a povídá: ‚Tak když jste zvládla ty 3 děti, tak to nebude tak zlý ne?‘ ...no to mě tak překvapilo, že jsem mu na to nic neřekla.“ – Alena

Miloš popisoval situaci, kdy lékař na konci lékařské prohlídky spíše pro sebe konstatoval, že i on někdy trpí podobnými stavy jako Miloš a stále chodí do práce.

„Už jsem byl na odchodu mezi dvěřma a myslím, že ona (ta lékařka pozn. t.) ani neví, že jsem to slyšel, ale mumlala něco vo tom, že taky bejvá unavená furt maká.“ – Miloš

Ota v přímém kontaktu s posudkovým lékařem vůbec nebyl, ale domnívá se, že jeho případ posuzoval lékař, který nebyl dostatečně kvalifikovaný na to posuzovat psychologické poruchy. Jak po pátrání jeho manželky zjistil, jednalo se o chirurga. Po odvolání mu byl přidělen druhý stupeň invalidního důchodu, což ho jenom utvrzuje v tom, že došlo k chybě právě ze strany nespécializovaného lékaře, zároveň vidí chybu i v tom, že se s lékařem osobně nesetkal a ten ho posuzoval z doručených lékařských zpráv (tzv. posouzení v nepřítomnosti), které nemusel číst.

„Lékař si mě nepozval, lékař mě neviděl, lékař od stolu ze štosů zpráv, který mu byly doručený, opakují ze všech nemocnic z roku 2007 prostě kompletní dokumentace i psáno mým lékařem ambulantním prostě stav špatný, ty odborný názvy, ty prostě tuny prášků, prognóza nejistá, co si pamatuju prostě a na to on mi z toho štosu zpráv udělal jednu A4 a poslal mi, že jsem zdravej.“ – Ota

V jeho teoriích ho utvrdil i jeho ambulantní lékař.

„...ví jaký jsem s nima měl problémy a dával mi i příklady různých lidí, různých daleko víc nemocnej a prostě neprocházel ty zprávy a prostě neakceptujou odborné posudky těch lékařů, specialistů v tom oboru a prostě, kdejaký prostě v důchodovém věku od říkal, lékaři, že to nikdo nechce dělat, takže to jsou většinou už jakoby starší lékaři...“ -Ota

U několika respondentů lze sledovat úlevu po přidělení ID a po ukončení zdlouhavého procesu, a to nejen z toho důvodu, že to pro ně bylo celkově stresující, ale i z toho důvodu, že jim to potvrzuje jejich zdravotní stav. To, že nejsou zdraví a že to není pouze domněnka jich samých a jejich lékařů.

*„...a opět jsem čekal, ta zpráva přišla, myslím, že předevcírem, že tedy ten důchod už mi nechají na trvalo, že jsem **zřejmě** opravdu nemocný“ - Miloš*

Respondenti se skupiny posudkových lékařů

V rozhovorech s respondenty ze skupiny posudkových lékařů vyšlo najevo, že se často setkávají s klienty, kteří duševní poruchy předstírají. Z minulosti mají potvrzeno několik případů, kdy těžce nemocného klienta viděli na ulici a nevykazoval žádné známky onemocnění, na základě tohoto poté přišli na kontrolu a zjistili, že klient opravdu tak vážně nemocný není. Několikrát jim i přišlo udání na pravý zdravotní stav klienta. Přiznávají tedy, že všechny psychologické diagnózy prověřují více a v případě, že mají podezření posílají žadatele na hospitalizaci. V případě, že klient nemoc předstírá k hospitalizaci buď nenastoupí nebo se na to během ní přijde.

Během rozhovorů i přiznali, že z důvodu velkého množství práce a malého množství posudkových doktorů si při posuzování jednotlivých případů celé dokumentace neprocházejí.

Co se týče nekvalifikovaných lékařů, lékaři mohou, ale nemusí mít atestaci na posudkové lékařství. V případě, že ho nemají by jejich práci měl posudkový lékař kontrolovat.

7.2.2 Vysvětlí chování pomocí různých teorií

2. Zjistit, které teorie vysvětluje chování pracovníků.
 - a. Vysvětluje chování teorie liniových pracovníků?
 - b. Má na chování vliv teorie rámování a jaký?

Teorie liniových pracovníků

K podrobnějšímu rozebrání chování liniových pracovníků pomocí této teorie se během výzkumu nepodařilo sehnat potřebná data a informace.

Teorie rámování

V rozhovorech s posudkovými lékaři lze vidět náznak určitých rámců, které si mohli vytvořit v průběhu let. Nicméně lze poznat, že v nastavení jejich jednání jim pomáhá i nastavená legislativa, které umožňuje klienty v případě pochybností posílat do diagnostických zařízení na hospitalizaci. Domnívám se, že ve společnosti posudkových lékařů dochází k určitému předávání zkušeností a vytváření kolektivního vědomí, které napomáhá k pochybování o psychologických diagnózách. Tato nastavená legislativa PL utvrzuje v tom, že jejich pochybnosti jsou na místě. Z rozhovorů je patrné, že lékaři možnosti hospitalizace v případě jiných diagnóz nevyužívají.

Posuzování všech diagnóz funguje na principu přidělování bodů podle diagnózy, její závažnosti a toho, jak ovlivňuje žadatelům život. U psychologických diagnóz může být toho

hodnocení hodně odlišné u každého klienta a v případě, že to není jasně řečeno na začátku lékařské zprávy, může dojít k pochybení. Jak je v této práci zmíněno, posudkových lékařů není dostatek a podrobnou dokumentaci žadatele často nečtou. Tato nastavení v žadatelích vzbuzují nedůvěru v jejich diagnózu i v to, že by jim chtěl systém pomoci.

Převážně v rozhovorech s PL, kteří v oboru pracují delší dobu bylo poznat, že v kontaktu s klienty, kteří žádají o ID z důvodu nějaké psychologické diagnózy mají určité předsudky a rámce podle kterých posudek sestavují. Když byli respondenti tázáni určitými postupy, kterými by se dopouštěli diskriminace, všichni přesvědčivě tvrdili, že u nich k diskriminaci určitě nedochází, jeden respondent dokonce zmínil, že má pocit, že s lidmi s psychologickými diagnózami jednájí s až velkou obezřetností. V jejich hlase byl při těchto odpovědích slyšet jistý podtón uražení.

V rámci dalších rozhovorů se přiznali, že často s takovými klienty jednájí tak, jakoby počítali s možností, že klient může svoji diagnózu předstírat. Na základě toho předpokladu si klienta, pokud je to možné, pozvou na lékařskou prohlídku. Jak moc se tento předpoklad promítá do jejich jednání vůči klientům lze těžko soudit, nicméně v případě vážného podezření na špatnou diagnózu posílají klienty k hospitalizaci. Do jaké míry dokážou klienti jejich předsudky pocítit a rozpoznat v přímém kontaktu není jasné, nicméně takový přístup doktorů k jejich klientům není vhodný a může mít na klienta negativní vliv.

Samotní doktoři nakonec přiznávají, že posuzovat psychologické diagnózy je pro ně často náročnější z toho důvodu, že si často nedokážou diagnózu úplně představit.

„Vim, že s tímleňctím maj opravdu velkej problém a chápu to. Nemám utrženou ruku, nemám utrženou hlavu, chodim, běham, směju se, prostě nejsem úplnej jakoby, jak oni nás zařazujou do těch kategorií blázen“ – Tomáš

Prvky diskriminace

Při otázce, jestli respondenti mají pocit, že by se v jejich případě jednalo o diskriminaci tvrdí, že v celém procesu spíše než diskriminační chování jedinců vidí problém v celém systému přiřazování ID. Jsou přesvědčeni o tom, že v případě, že by je posuzoval lékař, který má psychiatrickou atestaci s takovým jednáním by se neseťkali.

„Určitě bych tam viděl tu diskriminaci, jsi v pohodě jdi dělat, ale z větší části si myslim, je tam ta neznalost těch lékařů z těch jinejch oborů prostě posuzovat takhle nemocný lidi“ – Ota

Z pohledu analýzy lze identifikovat v chování posudkových lékařů prvky diskriminace. Dopouštějí se tím převážně ve výše popsaném předpokladu o tom, že klienti s psychickými diagnózami si „často vymýšlejí“. Tento předpoklad může ovlivňovat jejich chování ke klientovi a lékaři tak mohou pokládat necitlivé otázky, jak tomu bylo v případě paní Aleny.

„Tak já jsem tam seděla před ním, nervózní a on zvednul hlavu od papírů a povídá: ‚Tak když jste zvládla ty 3 děti, tak to nebude tak zlý ne?‘ ...no to mě tak překvapilo, že jsem mu na to nic neřekla.“ – Alena

K tomuto jednání mohou lékaře vést i jeho vlastní předsudky a názory, které si vytvořil mimo pracovní prostředí. Nicméně lékaři na takovýchto pozicích by se už jenom z nějakého etického hlediska vůbec neměli dopouštět pochybování o klientově diagnóze a to už vůbec ne před klientem samotným. Z rozhovorů s posudkovými lékaři se dá říct, že psychologické diagnózy jsou považovány za určité stigma a mezi ostatními diagnózami označovány za ty „které se dají předstírat“.

V rozhovorech s nemocnými i s posudkovými lékaři lze také najít náznaky nepřímé diskriminace, které se dopouští celá státní správa sociálního zabezpečení. V tomto případě se nemusí nutně jednat o diskriminaci pouze vůči klientům s duševním onemocněním, ale diskriminaci vůči všem klientům, kteří s posudkovými lékaři přijdou do styku. Otázkou je, jestli posudkovým lékařům stačí atestace z posudkového lékařství nebo jestli není potřeba, aby takový lékař byl více kvalifikovaný v posuzovaných určitých diagnóz. Obzvláště v případě, kdy dochází k tomu, že posudkový lékař z důvodu velkého množství klientů, nečtou všechny lékařské zprávy a se zmíenkami o závažnosti jejich zdravotního stavu, ale pouze hlavní diagnózy. Je důležité si uvědomit, že ačkoliv mají dva klienti stejnou diagnózu, každého může omezovat jiným způsobem.

7.2.3 Dodržování legislativy

3. Porovnat legislativní nastavení s reálným postupem pracovníků

- a. Jaké jsou rozdíly mezi praxí chování pracovníků a stanovenou legislativou?

V každém z rozhovorů zaznělo minimální množství informací o tom, že by jednání pracovníků bylo nějakým způsobem v rozporu s legislativou. Spíše se respondenti zastavovali právě nad stanovenou legislativou a z ní vycházejícími pravidly k přidělení ID.

Alena byla zhruba před dvěma měsíci požádána o doložení lékařských zpráv pro kontrolní lékařskou prohlídku do 15 dnů od doručení výzvy. V době koronavirové pandemie to respondentka považuje za zbytečné stresování před následným procesem.

*„A v týdlectom.. v těch s***kách, v tom koronaviru to chtěli do 15dnů, všechny podklady.“*

– Alena

Jak již bylo zmíněno výše, stanovená lhůta legislativou pro vyřízení žádosti je 90 dnů, lhůta se může prodloužit, podle času dodání lékařské dokumentace. Nicméně, i tato lhůta se v kombinaci s ostatními skutečností může zdát dlouhá.

„Po vás to chtěj okamžitě, po vás to chtěj doložit okamžitě, vy to musíte mít v určitý lhůtě, ale oni na to serou(...), když jsem ukončil vlastně tu neschopnost, tu vám škrtnou takhle a tečka, dělejte si co chcete a pak čekáte, na ty dvě vyjádření co jsme se odvolávali, stále jste bez peněz...“ – Ota

7.3 DISKUZE

Ačkoliv průběh zkušeností všech respondentů se ve všech rozhovorech lišil, během analýzy a i během samotných rozhovorů se vyskytl jeden pro všechny společný znak. Jedná se o to, že všem respondentům se během procesu žádosti o ID zhoršil jejich zdravotní stav. Celý proces a jeho výsledek v nich vzbudil pochybnosti o jejich nemoci. Věří, že pokud by ve svém okolí neměli někoho, kdo by jim věřil a podporoval je jejich stav by byl ještě horší.

„lidi co se, který maj jakoby už jenom ty deprese... sem přesvědčenej vo tom, že prostě si zase se začít poškozovat a chápu, že prostě já kdybych neměl tu rodinu, která by mě nedržela, tak by to pro mě.. jsem přesvědčenej o tom že by to dopadlo o hodně hůř“ – Miloš

„podle mýho jsem ještě víc nemocná, než jsem byla předtím. Zobám víc prášků a častěji chodim k doktorovi. Často přemejšlím jestli mi to za to stálo, ale mám ty děcka, který mi z toho pomáhaj ven.“ – Alena

„přitom odvolání jako mi to fakt nedělalo dobře, zase jsem se položil a dostal jsem se někam, kam jsem vůbec nechtěl“ – Tomáš

„tak já 20 let baštím 3 kila prášků, z toho mám za sebou já nevím 7/8 hospitalizací a zřejmě tomu chirurgovi přišlo, že si to vymýšlím. To mě prostě dostalo hodně do kolen, hodně do sraček“ – Ota

Pomocí společných znaků celých rozhovorů bylo vytvořeno schéma procesu a jak se jednotlivé kódy, které byly v rozhovorech označeny navzájem ovlivňují.

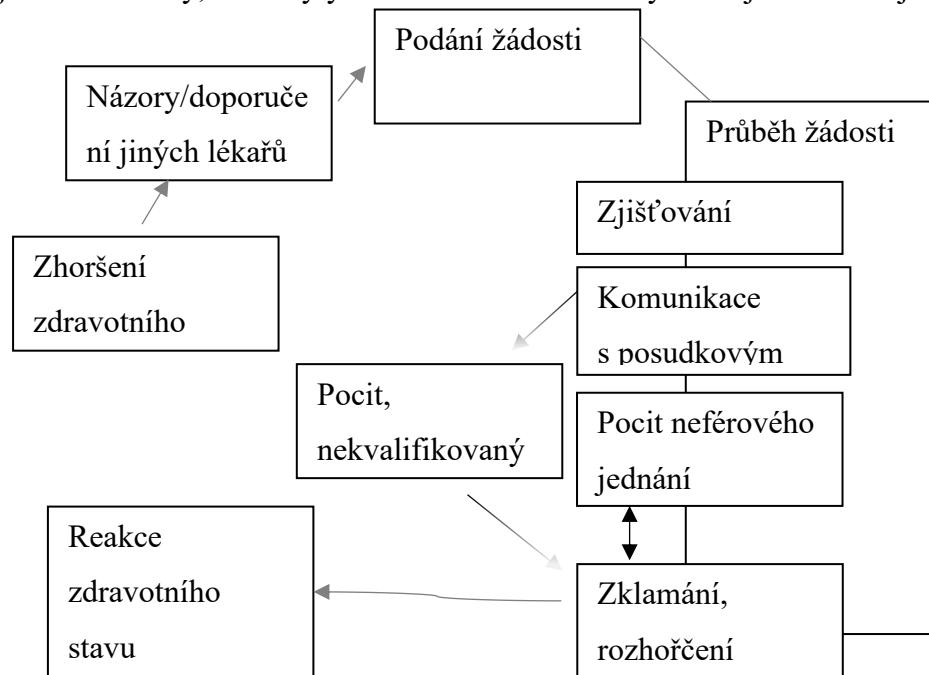


Schéma 1

U všech respondentů před podáním žádosti došlo k zhoršení zdravotního stavu a zhoršení pracovní schopnosti v návaznosti na to jim jejich ambulantní či jiný lékař doporučil podat si žádost o invalidní důchod. Během průběhu žádosti se u všech projevil pocit neférového jednání od posudkových lékařů. Jednalo se buď o samostatné jednání a vyjadřování posudkových lékařů nebo o nastavený právní rámec v němž lékaři jednali. V tomto případě je vhodné diskutovat, zda je nastavený systém dostatečně empatický vůči takovýmto onemocněním a jestli posudkový lékař dodržuje nějaké etické předpisy při jednání s těmito klienty.

Jak bylo zmíněno výše, obávám se, že v prostředí posudkových lékařů dochází k určité nepřímé diskriminaci, které se dopouští celý systém správy sociálního zabezpečení. V celém procesu je důležité rozlišovat individualitu každého klienta a zároveň, pro lepší pochopení, měl lékař s klientem mluvit a mít tu možnost ho vyšetřit v případě, že dané diagnóze dostatečně rozumí. Nicméně tento stav je vzhledem k nedostatku posudkových lékařů těžko dosažitelný.

Závěr

Práce se zabývala diskriminací duševně nemocných žadatelů o invalidní důchod na úřadech České správy sociálního zabezpečení. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda se jedinci s duševní poruchou při procesu žádání o ID setkávají s nějakou formou diskriminace. Na základě tohoto cíle byly stanoveny další vedlejší cíle a k tomu výzkumné otázky. V rámci dalších cílů bylo vysvětleno chování pracovníků pomocí teorie rámování a teorie liniových pracovníků a praxe chování pracovníků z provedených rozhovorů byla srovnána s platnou legislativou.

První cíl zjišťoval, zda a jaké diskriminační chování se projevuje ze strany úředníků vůči osobám s duševním onemocněním. V průběhu výzkumu se ukázalo, že pocíťují určitou diskriminaci v průběhu jednání s posudkovými lékaři, jednalo se převážně o jejich jednání během lékařských kontrol. Chování ostatních liniových pracovníků žádnou diskriminaci nenaznačovali.

V druhém cíli jsem se více zaměřila na původ tohoto chování. K vysvětlení chování pomocí teorie liniových pracovníků nebylo během výzkumu posbíráno dostatek dat. Díky poměrně otevřeným rozhovorům s posudkovými lékaři bylo lépe vysvětleno chování pomocí teorie rámování. Byly objeveny určité rámce, které jsou stanoveny legislativou a jejím dodržováním se lékaři podílí na diskriminaci žadatelů s duševním onemocněním, nicméně v jejich chování převažují určité psychologické rámce, které jsou více spojeny se zkušenostmi posudkových lékařů.

Posledním cílem jsem chtěla ověřit, jestli posudkový lékaři dodržují legislativní nastavení. Kromě jednoho vybočení, které se týkalo termínu doručení lékařské dokumentace, všechny procesy byly v pořádku a v souladu se stanovenou legislativou.

V průběhu výzkumu bylo objeveno schéma, které se projevilo u všech respondentů s duševním onemocněním. Během procesu žádosti a v návaznosti na proces došlo u všech ke zhoršení zdravotního stavu. Jednalo se o reakci na nevhodné jednání posudkových lékařů nebo reakci na jednání, které bylo podnícené legislativním nastavením. Během procesu žádosti došlo u většiny respondentů k pocitům zklamání u některých to došlo až k pochybování o jejich nemoci a o tom, jestli vůbec nemocní jsou.

V práci jsem došla mimo jiné i k závěru, že systém přidělování invalidních důchodů není dostatečně empatický, a to nejenom k osobám s duševní poruchou. Z důvodu nedostatku

posudkových lékařů se často stává, že lékaři nečtou celou dokumentaci nebo žádosti posuzuje lékař, který ani nemusí být atestovaný v posudkovém lékařství.

Summary

The thesis dealt with discrimination of mentally ill applicants for disability pensions at the offices of the Czech Social Security Administration. The main aim of the thesis was to find out whether people with mental disorders experience any form of discrimination whilst applying for disability pension. Based on this goal, other secondary aims and research questions were set. Within other goals, the behaviour of workers was explained by using the framing theory and the theory of line workers. The practice of the behaviour of workers from the carried out interviews was compared with the valid legislation.

The first aim was to find out whether and what discriminatory behaviour is demonstrated by officials towards people with mental illness. The research showed they feel discriminated against during the negotiations with the medical examiners, it was mainly their behaviour during the medical examinations. The behaviour of other line workers did not indicate any form of discrimination.

In the second objective, I focused more on the origins of this behaviour. Not enough data was collected in the research to explain the behaviour using the theory of line workers. Thanks to relatively open interviews with medical examiners, the behaviour was better explained by using the framing theory. Certain frames I found have been set by the legislation and by following them, the medical examiners contribute to discrimination of applicants with mental disorders. However, certain psychological frames predominate in their behaviour, these are closely connected to personal experiences of medical examiners.

The last goal was to check whether the medical examiners adhere to the legislative regulations. Apart from one deviation, which concerned the deadline for delivery of medical records, all processes were in order and in accordance with the established legislation.

During the research, a scheme was discovered that exhibited itself in all respondents with mental illness. During and following the application process, everyone's health deteriorated as a reaction to inappropriate behaviour of medical examiners or a reaction to actions encouraged by the legislative regulations. During the application process most respondents felt disappointed, some even started doubting their illness and questioned whether they were ill at all.

I also came to the conclusion that the system of allocating disability pensions is not empathetic enough, not only to people with mental disorders. Due to the lack of medical examiners, doctors often do not read the entire medical documentation or the applications are assessed by a doctor who has not been certified in medical examinations.

Zdroje

- CORRIGAN, P. W. et al., 2014. Mental Health Stigma And Primary Health Care Decisions. *Psychiatry Research*, 218, 35–38.
- Česká správa sociálního zabezpečení, *Popis organizační struktury OSSZ*. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/popis-organizacni-struktury-ossz>
- Česká správa sociálního zabezpečení. *Invalidní důchod* [online]. [cit. 14.12.2020]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/invalidni-duchod>
- ČSSZ. 2019. *STATISTICKÁ ROČENKA* [online]. Dostupné z: https://www.cssz.cz/documents/20143/99587/2019_Statistick%C3%A1%20ro%C4%8Denka%20z%20oblasti%20d%C5%AFchodov%C3%A9ho%20poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD%20za%20rok.pdf/4a88f144-474a-d642-bf5b-69abe4315d27
- ČTK/red. 2020. *Lékařská posudková služba míří k totálnímu rozvalu*. *Zdravezpravy.Cz*. <https://www.zdravezpravy.cz/2020/02/24/lekarska-posudkova-sluzba-miri-k-totalnimu-rozvalu/>
- DURKHEIM, É., 1926. *Pravidla sociologické metody*. Praha: Orbis,
- ENTMAN, R. M., 1993. Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication*, 43(4), 51–58. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1993.tb01304.x>
- FALK G., 2001. *Stigma. How we treat outsiders*. Prometheus Books.
- GOFFMAN E., 2003. *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon and Schuster.
- GOFFMAN, E., 2003. *Frame Analysis*. New York: Harper.
- HEJZLAROVÁ, E. M., 2019. Nestandardní finanční pomoc potřebným ze strany obcí : pří - padová studie vlivu úředníků na design politiky 1. *Sociológia*, 51(1), 44–63. <https://doi.org/https://doi.org/10.31577/sociologia.2098.51.1.3>
- HORÁK, P., HORÁKOVÁ, M., 2017. Role liniových pracovníků ve veřejné politice *Sociologický Časopis*, 45(2), 369–395.
- CHAMBERS, M., et al. 2010. Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 350–362.

- KALVAS, F., et al. 2012. Rámcování a nastolování agendy : Dva paralelní procesy v interakci *Sociologický Časopis/ Czech Sociological Review*, 48(1), 3–37.
- KELLER, J., 2007. *Dějiny klasické sociologie*. Sociologické nakladatelství (SLON).
- LINK, B. G., PHELAN C., 2001. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. (27),363-385.
- MPSV. 2020. *Invalidní důchody* [online]. [cit. 14.12.2020]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/invalidni-duchody>
- NEKOLA, M., GEISLER, H., MOURALOVÁ, M., 2011. *Současné metodologické otázky veřejné politiky | Národní digitální knihovna | Kramerius - Digital Library*. Karolinum. <https://ndk.cz/view/uuid:24824bc0-e339-11e8-a5a4-005056827e52?page=uuid:1cc8c780-0f88-11e9-a03f-5ef3fc9bb22f>
- NORDT, C., ROSSLER, W. LAUBER, C. 2005. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 709–714.
- NÚDZ., 2018. *Destigmatizační manuál* [online]. Dostupné z: <https://narovinu.net/wp-content/uploads/2018/11/destigmatiza%C4%8Dn%C3%AD-manu%C3%A1l-1.pdf>
- REIN, M., SCHÖN, D., 1996. Frame-critical policy analysis and frame-reflective policy practice. *Knowledge and Policy*, 9(1), 85–104. <https://doi.org/10.1007/bf02832235>
- ŠTĚPÁNKOVÁ M., 2007. Co je to diskriminace? Výklad základních pojmů. v rámci projektu „Antidiskriminační vzdělání pracovníků veřejné správy“. Multikulturní centrum Praha.
- ÚZIS ČR, 2018. *Zdravotnická ročenka ČR 2018* [online]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>.
- WITTCHEN H.U., et al., 2011. „The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010“. *European Neuropsychopharmacology* 21, 655-679.
- Zákon č.198/2009 Sb., o rovném zacházení a o oprávněných prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). Sbírka zákonů. ISSN 1211-1244

Projekt bakalářské práce

Jméno a příjmení studujícího: Adéla Nouzová

Předpokládaný název práce: Stigmatizace duševně nemocných osob u pohledu sociální politiky

Klíčová slova: diskriminace, stigmatizace, duševní onemocnění, sociální zabezpečení, úředníci

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Olga Angelovská

Jméno vedoucí/ho bakalářského / diplomového semináře, do kterého se chce studující hlásit (předběžně): Seminář dr. Mouralové

Námět práce

Má bakalářská práce se bude zabývat stigmatizací a diskriminací osob s duševním onemocněním na půdě úřadů sociálního zabezpečení, jedná se především o chování úředníků, ale i pracovníků na vyšších pozicích. Především se budu zajímat o rozdíl mezi legislativou a zažívanou praxí a co tyto rozdíly způsobuje, v případě, že se budou vyskytovat. Problém diskriminace na poli sociálních pracovníků bych se pokusila rozebrat pomocí dvou teorií, a to je teorie rámcování a teorie liniových pracovníků. Cílem práce je odhalit případné projevy diskriminačního chování ze strany sociálních úřadů navrhnout řešení tohoto problému (př. lepší školení pracovníků, úprava legislativy)

Každý čtvrtý člověk na světě si za svůj život projde nějakým duševním onemocněním, v České republice, stejně jako ve většině zemí světa, dochází k nárůstu výskytu duševních onemocnění. Ze studie z roku 2011 vyplívá, že v Evropské unii každý rok propukne duševní onemocnění u 38,2 % populace. [Wittchen et al. 2011] Ne všechny duševní onemocnění provází těžké příznaky, výrazně zhoršenou životní situaci, nutnost institucionální péče nebo pobírání invalidního důchodu.

Zdravotnická ročenky, zveřejněná Ústavem zdravotnickým informací a statistiky ČR udává počet osob, kteří jsou v daném roce ambulantně léčeni s duševní poruchou v roce 2018 se konkrétně jednalo o 650 188 lidí.

Ze Statistické ročenky důchodového pojištění, zveřejněné Českou správou sociálního zabezpečení vyplývá, že za rok 2019 byly druhým nejčastějším důvodem nového přiznání invalidního důchodu duševní poruchy a poruchy chování (platí u všech stupňů). Zároveň nejvíce invalidních důchodů 3. stupně v tom samém roce pobíraly osoby s duševní poruchou nebo s poruchou chování. 1. a 2. stupeň pobíralo nejvíce lidí s nemocemi svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, osoby s duševní poruchou nebo poruchou chování jsou na druhém místě. Celkově se jedná o cca 25 % (konkrétně zhruba 103 tisíc osob z celkových 418 tisíc) všech vyplácených invalidních důchodů, od roku 2010 toto číslo vzrostlo o 9 %.

Je potvrzené, že duševní nemoci jsou stigmatizované a lidé, kteří nějakým duševním onemocněním trpí se často potýkají s diskriminací v různých situacích. Otázkou je, do jaké míry ovlivňuje stigmatizace duševních onemocnění každodenní život lidí, kteří s nějakým onemocněním bojují a vzhledem k tomu, že je tato otázka velice komplexní a zahrnuje široké spektrum aktérů, budu se této páce zabývat projevy diskriminace ze strany aktérů (posudkový lékaři, úředníci) na úřadech zprávy sociálního zabezpečení a na úřadech práce. Převážně se budu věnovat oficiálním legislativním postupům a porovnávat je s postupy se kterými se nemocní lidé setkávají.

Výzkum NUDZ a INRES z roku 2014 uvádí, že 34 % dotazovaných by nevadilo se s lidmi s duševní nemocí kamarádit, 31 % by nevadilo s nimi bydlet v sousedství, 25 % by nevadilo s nimi pracovat a 18 % by nevadilo žít s lidmi s duševní nemocí. Z výzkumu vyplývá, že poměrně hodně lidem vadí být v blízkosti lidí s duševně nemocným. Problémem diskriminace a stigmatizace lidí s duševním onemocněním se zabývá několik státních i neziskových organizací.

Pohled veřejnosti na duševní onemocnění je především ovlivňován příspěvky v médiích, které poskytují ne vždy úplné informace k danému problému, podněcují tím diskriminační chování všech různých pracovníků.

Role aktérů je v životě nemocných lidí důležitá hned z několika důvodů, mají vliv na jejich zdravotní i sociální situaci což ovlivňuje i případný rozvoj nemoci a zároveň mají vliv i na názor veřejnosti. V případě použití špatného postupu, který je ovlivněný jejich subjektivním názorem, může dojít k výraznému zhoršení situace posuzované osoby.

Existuje několik výzkumů zajímavých se o míru stigmatizace duševních onemocnění mezi všeobecnými nebo jinak specializovanými lékaři a psychiatry, studenty medicíny nebo zdravotnickým personálem, tyto výzkumy naznačují že i těchto oblastech k diskriminaci

dochází a ta může dále vést až k neposkytnutí adekvátní léčby. [Corrigan et al., 2014; Nordt et al., 2005; Chambers et al., 2010]

Předpokládané metody zpracování

Data k analýze získáme kvalitativní metodou sběru dat, a to polostrukturalizovanými rozhovory. Rozhovory se budou provádět s několika aktéry sociální politiky duševního zdraví, a to konkrétně s několika osobami, které bojují s duševním onemocněním, posudkovým lékařem a potencionálně pracovníkem v neziskové organizace nebo vrchní zdravotní sestrou na psychiatrii.

Etické souvislosti zvažovaného projektu

Vzhledem k citlivosti vybraného téma je důležité počítat s určitými etickými riziky. Je nutné zajistit, aby nebylo z použitých informací možno zjistit totožnost dotazované osoby, v případě odhalení totožnosti by mohlo dojít v nejhorším případě k zhoršení životní situace jedince. V rozhovorech se budou nacházet citlivé informace o jedincích, dále bude rozhovor obsahovat jejich osobní názory a názory, z tohoto důvodu budou rozhovory anonymizované a nebude odhalena žádná informace, která by vedla k odhalení jejich totožnosti. Zároveň budou všichni dotazovaní seznámeni s účelem výzkumu a ubezpečeni, že s jejich rozhovory bude zacházeno vhodným způsobem.

Orientační seznam literatury

1. Mahrová, G., Venglářová, M. et al. (2008). Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vydání, Praha: Grada
2. Matoušek, O., et al. (2003). Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál
3. Matoušek, O., et al. (2005). Sociální práce v praxi. Praha: Portál
4. Matoušek, O., Koláčková, J., & Kodymová, P. (2005). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál
5. Miovský M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada
6. Novotná, V., & Schimmerlingová, V. (1992). Sociální práce, její vývoj a metodické postupy. Praha: Univerzita Karlova
7. Pfeiffer, J., et al. (2004). Politika péče o duševní zdraví v ČR. Cesty k její realizaci. Praha: CMHCD
8. Řezníček, I. (1994). Metody sociální práce. Praha: SLON

9. Scheid, TL. (2005) Stigma as a barrier to employment: mental disability and the Americans with Disabilities Act. *Int J Law Psychiatry*. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16112732>
10. Probstová V.(2010), Sociální práce s duševně nemocnými, s. 133-16. In: Oldřich
11. Tomeš, I. (1997). Vzdělávací standardy v sociální práci. Praha: Sociopress
12. Corrigan, P. W., Mittal, D., Reaves, C. M., Haynes, T. F., Han, X., Morris, S. & Sullivan, G. 2014. Mental Health Stigma And Primary Health Care Decisions. *Psychiatry Research*, 218, 1–2.
13. Chambers, M., Guise, V., Valimaki, M., Botelho, M. A. R., Scott, A., Staniuliene, V. & Zanotti, R. 2010. Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 350–362.
14. Nordt, C., Rossler, W. & Lauber, C. 2005. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 709–714.
15. Wittchen H.U., et als. (2011) „The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010“. *European Neuropsychopharmacology* 21, 655-679.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Scénář rozhovoru

Příloha č.1 – Scénář rozhovorů

Hlavní otázky	Doplnění SSZ
S jakými úřady máte zkušenosti? (Časové období – posledních 5 let)	Žádali jsme o nějaký příspěvek na ssz
Jak probíhala vaše zkušenost? (V posledních 5 letech) Měl jste stejnou zkušenost v období před tím?	O jaký příspěvek jste žádali? Jak dopadla žádost? Jakým procesem jste si prošli?
Jak vnímáte vaše zkušenosti?	Máte pocit, že podle vašeho zjištění byl postup správný? Pokud jste si nic nezjišťovali, máte pocit, že vše proběhlo tak jak mělo?
Jaký jste měli pocit z jednání pracovníků.	Jak byste popsali jednání úředníka/ů, se kterými jste byli v kontaktu
Zjišťovali jste si informace jak by to mělo probíhat	Jakým procesem by měla žádost projít
Máte pocit, že by jednání úředníků bylo ovlivněno vaší diagnózou.	Že by se jednalo o diskriminaci? Například jaké chování ve vás tento pocit vyvolalo?
Setkali jste se někdy s diskriminací?	
Jaká je vaše diagnóza?	