

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Diplomová práce

2022

Bc. Michaela Marečková

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Veřejné opatrovnictví osob s psychotickým
onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče**

Diplomová práce

Autor: Bc. Michaela Marečková

Studijní program: N6731 – Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: SPN Sociální práce

Forma studia: kombinovaná

Vedoucí práce: JUDr. et Mgr. Filip Rigel, Ph.D.

Hradec Králové, 2022



Zadání diplomové práce

Autor: Bc. Michaela Marečková

Studium: U2047

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Veřejné opatrovnictví osob s psychotickým onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče**

Název diplomové práce AJ: Public curators of people with psychotic illness within the reform of psychiatric care

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se věnuje problematice veřejného opatrovnictví u osob trpících psychotickým onemocněním, kterým byla omezena svéprávnost a ustaven soudem veřejný opatrovník. V teoretické části je rozebrána právní úprava opatrovnictví, proces řízení o omezení svéprávnosti a následně ustanovení veřejného opatrovníka. V dalších kapitolách je popsána problematika omezení svéprávnosti osob s diagnózou psychotického onemocnění, jejich života, dostupnosti bydlení a komplexní péče i v doprovodu veřejného opatrovníka. Problematika dostupného bydlení je popsána v samostatné kapitole. Empirická část je založena na srovnání pohledu sociálních pracovníků a zástupců města Havlíčkův Brod s odkazem na probíhající reformu psychiatrické péče a dostupnosti bydlení ve městě Havlíčkův Brod. Data pro kvalitativní výzkum jsou zjišťována na základě polostrukturovaných rozhovorů vedených se sociálními pracovníky a zástupci města Havlíčkův Brod. Cílem empirické části je zjistit a následně porovnat zjištěná data z pohledu dvou rozdílných profesí a postavení osob, reflektování problematiky dostupnosti bydlení pro osoby omezené na svéprávnosti s diagnózou psychotického onemocnění na území Havlíčkova Brodu, a to v návaznosti na přítomnost rozsáhlé psychiatrické nemocnice v již zmíněném městě.

ČERMÁK, M., 2012. Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením. 63 s. ISBN 978-80-87181-08-9. DVOŘÁK, J., ŠVESTKA, J., ZUKLÍNOVÁ, M. a kol., 2016. Občanské právo hmotné. Praha: Wolters Kluwer. 436 s. ISBN 978-80-7552-187-3. GERLOCH, Aleš. Teorie práva. 6., aktualiz. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013. ISBN isbn:978-80-7380-454-1. JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA. Opatrovnictví osob s duševní poruchou. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4786-6. MAREČKOVÁ, Jana a Maroš MATIAŠKO. Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých. Praha: Linde, 2010. Praktická právní příručka. ISBN 978-80-7201-801-7.

Zadávací pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: JUDr. et Mgr. Filip Rigel, Ph.D.

Oponent: Mgr. Jan Hloušek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 30.4.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Havlíčkově Brodě dne 27. 6. 2022

Bc. Michaela Marečková

Poděkování

Ráda bych poděkovala JUDr. et Mgr. Filipu Rigelovi, Ph.D., za odborné vedené celé diplomové práce, za věnovaný čas a udělené věcné rady a připomínky. Poděkování bych ráda také směřovala k respondentům, kteří ochotně poskytli odpovědi v dotazování pro výzkumnou část, věnovali mi čas a své věcné názory.

Anotace

MAREČKOVÁ, Michaela. *Veřejné opatrovnictví osob s psychotickým onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče*. Hradec Králové, 2022. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce.

Diplomová práce se věnuje problematice veřejného opatrovnictví u osob trpících psychotickým onemocněním, kterým byla omezena svéprávnost a ustaven soudem veřejný opatrovník. V teoretické části je rozebrána právní úprava opatrovnictví, proces řízení o omezení svéprávnosti a následně ustanovení veřejného opatrovníka. V dalších kapitolách je popsána problematika omezení svéprávnosti osob s diagnózou psychotického onemocnění, jejich života, dostupnosti bydlení a průběh reformy psychiatrické péče. Problematika dostupného bydlení je popsána v samostatné kapitole. Výzkumná část je založena na srovnání pohledu sociálních pracovníků a představitelů Havlíčkův Brod s odkazem na probíhající reformu psychiatrické péče a dostupnosti bydlení ve městě Havlíčkův Brod. Data pro kvalitativní výzkum jsou zjišťována na základě polostrukturovaných rozhovorů vedených se sociálními pracovníky a představiteli města Havlíčkův Brod. Cílem výzkumné části je zjistit a následně porovnat zjištěná data z pohledu dvou rozdílných profesí a postavení osob, reflektování problematiky dostupnosti bydlení pro osoby omezené na svéprávnosti s diagnózou psychotického onemocnění na území Havlíčkova Brodu, a to v návaznosti na přítomnost rozsáhlé psychiatrické nemocnice v již zmíněném městě.

Klíčová slova

Veřejné opatrovnictví, opatrovník, psychotická onemocnění, reforma psychiatrické péče, bydlení

Abstract

MAREČKOVÁ, Michaela. *Public guardianship of people with psychotic illness as part of psychiatric care reform*. Hradec Králové, 2022. Diploma thesis. University Hradec Králové, Faculty of Arts, The Institute of Social Work.

The diploma thesis deals with the issue of public guardianship of people suffering from a psychotic illness, which is limited in its own right and established by the court as a public guardian. The theoretical part deals with the legal regulation of guardianship, the process of limitation of self-determination and subsequently the appointment of a public guardian. The following chapters describe the issue of limiting the autonomy of people diagnosed with a psychotic illness, their lives, the availability of housing and the course of psychiatric care reform. The issue of affordable housing is described in a separate chapter. The research part is based on a comparison of the views of social workers and representatives of Havlíčkův Brod with reference to the necessary reform of psychiatric care and the availability of housing in the town Havlíčkův Brod. Data for qualitative research are obtained on the basis of semi-structured interviews conducted with social workers and representatives of the city Havlíčkův Brod. The aim of the research part is to find out and then compare the data from the perspective of two different professions and status on regarding the issue of housing affordability for very demanding individuals with a diagnosis of psychotic illness in Havlíčkův Brod, following the presence of large psychiatric hospitals in the city.

Key words

Public guardianship, guardian, psychotic illnesses, psychiatric care reform, housin

Obsah

Seznam použitých zkratk	10
Úvod	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Základní pojmy	13
1.1 Právní subjektivita, způsobilost k právním úkonům	13
1.2 Svěprávnost	14
1.3 Omezení svěprávnosti	15
1.3.1 Typy alternativ omezení svěprávnosti	15
1.3.2 Řízení o svěprávnosti a věcech opatrovnictví člověka	16
2 Opatrovnictví člověka	18
2.1 Typologie opatrovnických systémů	18
3 Veřejné opatrovnictví	20
3.1 Povinnosti veřejného opatrovníka	21
3.2 Financování veřejného opatrovnictví	23
3.3 Veřejní opatrovnictví versus sociální práce	23
3.3.1 Nejčastější činnosti spojené s výkonem veřejného opatrovnictví	24
3.3.2 Nejčastější činnosti spojené s výkonem sociální práce	26
4 Psychotická onemocnění	28
4.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy	28
4.1.1 Symptomy schizofrenie	29
4.1.2 Průběh schizofrenie	30
4.1.3 Typy schizofrenie	30
5 Reforma péče o duševní zdraví	32
5.1 Základní informace	32
5.2 Cíle Strategie reformy psychiatrické péče	33
5.3 Uživatelé strategie	33
5.4 Definování problému, budoucí vývoj	34
6 Problematika bydlení osob s duševním onemocněním	36
6.1 Možnosti bydlení	36
VÝZKUMNÁ ČÁST	39
7 Výzkumné šetření	40
7.1 Formulace cílů výzkumu	40
7.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	41

8 Metodika výzkumu	46
8.1 Kvalitativní výzkumná strategie	46
8.2 Zdůraznění vybraného výzkumného vzorku a jeho charakteristika	47
8.3 Průběh výzkumu	47
8.4 Sběr dat	48
8.5 Etická rizika výzkumu	48
8.6 Metoda analýzy dat	49
8.7 Analýza dat a interpretace.....	49
8.7.1 Zjistit, jak jednotlivé subjekty vnímají ustanovení veřejného opatrovníka ...	49
8.7.2 Zjistit, jak jednotlivé subjekty vnímají reformu psychiatrické péče	51
8.7.3 Zjistit, jak jednotlivé subjekty vnímají bydlení osob s psychotickým onemocněním a s ustanoveným opatrovníkem	54
8.8 Shrnutí dílčích cílů a získaných dat	62
Závěr a diskuze.....	66
Seznam použitých zdrojů.....	68

Seznam použitých zkratk

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČR – Česká republika

MěÚ Havlíčkův Brod – Městský úřad Havlíčkův Brod

MKN – 10 Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NNO – nestátní neziskové organizace

OSŘ – zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

OSVŠ – Odbor sociálních věcí a školství

OZ – zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

PNHB – Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

ZOSS – zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách

ZŘS – zákon č. 292/2013 Sb., zákon o zvláštních řízeních soudních

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Transformační tabulka

Tabulka č. 2: Seznam respondentů

Seznam příloh

Příloha č. 1: Formulář k zaznamenávání odpovědí

Příloha č. 2: Přepis rozhovoru R8

Úvod

Tato diplomová práce se zaměřuje na veřejné opatrovnictví osob s psychotickým onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče. Tato problematika je velmi novodobá a s ní vzniká mnoho otázek vzhledem k aktuálnímu dění kolem reformy psychiatrické péče. Téma veřejného opatrovnictví velmi úzce souvisí s osobami prodávající psychotické onemocnění a zároveň osoby trpící duševním onemocněním ovlivňuje probíhající reforma psychiatrické péče.

K výběru tohoto tématu mě motivovala znalost cílové skupiny osob s psychotickým onemocněním a zároveň přítomnost velké psychiatrické nemocnice v Havlíčkově Brodě. Také považuji téma reformy psychiatrické péče ve vztahu k osobám s omezenou svéprávností za aktuálně velké téma i ve vztahu k sociální práci.

Hlavním cílem diplomové práce v rámci výzkumné části je zjistit, jak vnímají vymezené subjekty (sociální pracovníci a představitelé města Havlíčkův Brod) veřejné opatrovnictví s psychotickým onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče. Možnost porovnání těchto 2 zúčastněných skupin považuji za zajímavé a hodně vypovídající o aktuálním postoji v dané problematice.

Zpracováním tématu jak na teoretické, tak na výzkumné části bych chtěla poukázat na možné rozdílnosti a pohledy účastníků, kteří pracují s osobami spadající pod reformu psychiatrické péče s dalšími omezeními, ať už je to na straně zdraví nebo z právního hlediska.

Diplomová práce je orientována jak na nejširší laickou veřejnost, tak ale i na užší složku odborníků pro tuto oblast (lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, představitelé měst, veřejní opatrovníci). V souvislosti s tímto tématem bych si přála, aby se tato problematika více objasňovala, přizpůsobovala aktuálnímu vývoji ve společnosti, hlavně v oblasti bydlení. Dále aby byly komplexně podporovány sociální služby a fungovala mezioborová spolupráce. Nelze opomenout také pozici měst, které vykonávají veřejné opatrovnictví a s tím spojená sociální práce na obcích, která je neodmyslitelnou složkou pilíře při průběhu reformy psychiatrické péče.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část diplomové práce popisuje problematiku opatrovnictví osob s psychotickým onemocněním v kontextu probíhající reformy psychiatrické péče. Jednotlivé kapitoly jsou specifikovány na určitá témata, která na sebe navazují a širě vysvětlují význam daného kontextu. V počátku teoretické části jsou vysvětleny základní právní pojmy spojené s opatrovnictvím člověka. Dále navazuje samostatná kapitola, která se věnuje veřejnému opatrovnictví. Tato kapitola je navíc doplněna srovnáním výkonu veřejného opatrovnictví a sociální práce. Nutný teoretický základ je věnován další samostatné kapitole, která popisuje těžkosti psychotického onemocnění, na kterou plynule naváže předposlední samostatná kapitola popisující reformu psychiatrické péče. Poslední kapitola teoretické části je věnována bydlení vztahující se klidem s psychotickým onemocněním a ustanoveným opatrovníkem.

1 Základní pojmy

První kapitolu teoretické části vymezuje vysvětlení základních právních pojmů, které je nutné vysvětlit pro další provázanost témat a celkové problematiky opatrovnictví. Pojmy jako svéprávnost, omezení svéprávnosti se v plné míře využívají v části výzkumné, a to i v pokládání tazatelských otázek.

Každý člověk z právního hlediska má od narození až do smrti tzv. právní osobnost a znamená to, že tohoto statusu se nelze zbavit a ani se ho nemůže člověk vzdát. Každá osoba, která dovršila plnoletosti, se stává zároveň osobou plně svéprávnou. Základní občanská práva jsou vymezena v dokumentech Všeobecné deklarace lidských práv a svobod, Listina základní práv a svobod, Mezinárodní pakt o občanských právech. (Orel a kol.,2020)

1.1 Právní subjektivita, způsobilost k právním úkonům

Právní subjektivita představuje práva a povinnosti každého člověka, která vzniká narozením, následně dovršením zletilosti je člověk získá v plném rozsahu. (Marečková, Matiaško, 2009)

Pro právní české podklady je typické dělení pojmů právní způsobilost subjektů, do které spadají pojmy způsobilost k právům a povinnostem = právní subjektivitu a způsobilost k právním úkonům. (Marečková, Matiaško, 2010)

Termín způsobilost k právním úkonům podle zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník se již nepoužívá a podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále OZ) jej nahradil termín způsobilost k právnímu jednání (svéprávnost). Podobně jako v současné době, pojem způsobilost k právním úkonům odkazoval na dušení poruchu u fyzických osob, která není pouze přechodného rázu nebo pro nadměrné užívání alkoholu či jiných omamných látek a tyto stavy jej omezují činit právní úkony. Jedině soud tak může zbavit nebo omezit způsobilost k právním úkonům.

Právní osobnost

Jak bylo uvedeno výše, právní subjektivita = způsobilost k právům a povinnostem. „Právní subjektivita je v českém právu upravena v čl. 5 Listiny, který stanoví, že každý je způsobilý mít práva.“ (Marečková, Matiaško, 2010:29)

Znění článku 5 Listiny autor Knapp kritizoval, protože dle jeho vyjádření, článek 5 Listiny totiž ve skutečnosti vůbec neznamená, „že každý má způsobilost k právům, tj. abstraktně ke všem právům a bez jakýkoli podmínek, nýbrž má spíše na mysli, že nikdo nemůže být způsobilosti k právům, jakožto atributu právní osobnosti“. To znamená, že každý člověk je dle práva považován za osobu, která má právní subjektivita té nemůže být zbaven. (Knapp, 1996:101)

Nejpřesněji pojem právní osobnost dle aktuálně platných zákonů vymezuje OZ §15 (1) a to tak, že „právní osobnost je způsobilost mít v mezích právního řádu práva a povinnosti. Zároveň se právní osobnosti a svéprávnosti fyzická osoba nemůže vzdát“.

Právní jednání

Právní jednání je vysvětleno v OZ §545 jako takové jednání, které nese právní následky plynoucí ze zákona, zvyklostí, dobrých mravů a určité zavedené praxe stran. Na tento paragraf navazuje další a to §546 a vymezuje, že právní jednání lze konat, ale i může být opomenuto.

Právní jednání osob s duševním onemocněním

Pokud člověk trpí duševním onemocněním, neznamená, že on sám není schopný se rozhodovat. „Tento závěr lze opřít například o empirické studie, které prokázaly, že lidé trpící závažným duševním onemocněním, jako je např. psychóza, nejsou méně kompetentní rozhodovat se o své léčbě než zdravá populace. (Grisso, Appelbaum, 1995:149)

Způsobilost rozhodovat se nezávisí pouze na tom, zda osoba trpí duševním onemocněním, ale také toto rozhodování ovlivňuje soubor dalších faktorů. Za způsob, kterým lze ověřit způsobilost osob s duševním onemocněním, je považováno posouzení způsobilosti. Jedná se o znalecké zkoumání, šetření a v konečné fázi o soudní rozhodování. (Marečková, Matiaško, 2010)

1.2 Svěprávnost

Pojem svěprávnost je ukotven v OZ jako způsobilost nabývat pro sebe vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem (právně jednat). Pojem svěprávnost nahradil pojem způsobilost k právním úkonům v rámci zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník.

Soud volí možnost zbavení způsobilosti k právním úkonům tehdy, jestliže zjistí, že daná osoba trpí duševní poruchou, pro kterou není vůbec schopen činit právní úkony a tato porucha není pouze přechodného rázu. Člověk, kterého se týká proces o omezení svéprávnosti, je omezen v určitém rozsahu, který vymezí soud. To se týká především oblasti finanční, pracovně právní, rodinné či typicky veřejnoprávní (ztráta práva volit, práva uzavřít sňatek, apod.) (Marečková, Matiaško, 2010)

Změna nastala ve způsobu zásahu do právního jednání, v současné době soud může pouze omezit a to na základě zákonných důvodů. „*Jménem fyzických osob, které nemají plnou způsobilost k právnímu jednání, jednají zákonní zástupci nebo soudem ustanovení opatrovníci, v závažných případech se souhlasem soudu*“. (Gerloch, 2021:170)

V ideálním případě soud jmenuje opatrovníkem tu osobu, kterou nevrhne opatrovanec. Běžně to bývá osoba blízká, tak aby to opatrovanci nejvíce vyhovovalo z praktických důvodů. Tou běžnější praxí ale bohužel je, že zaprvé ani opatrovanec není schopen návrh na opatrovníka vyslovit anebo za druhé není nikdo vhodný z nejbližšího okolí tuto funkci vykonávat. Následně soud musí přistupovat ke jmenování veřejného opatrovníka. (Dvořák, Švestka, Zuklínová a kol., 2016)

1.3 Omezení svéprávnosti

Podle § 55 OZ lze k omezení svéprávnosti přistoupit za určitých podmínek a především jen v zájmu člověka, kterého se to přímo týká. Jeho práva a osobní jedinečnost musí být plně uznávána. Zároveň je důkladně posuzován rozsah i stupeň neschopnosti člověka starat se o své záležitosti. Svěprávnost člověka lze omezit jen za případu toho, že mu hrozí jinak závažná újma a jsou vyčerpány mírnější a méně omezující opatření. Navazující § 56 OZ říká, že soud vyvíjí značné úsilí pro to, aby byl zjištěn názor posuzovaného člověka za použití způsobu dorozumívání, který vyhovuje člověku, o jehož svéprávnosti se rozhoduje. Zároveň neplatí to, že pokud má osoba obtíže s dorozumíváním, tak je to důvod k omezení svéprávnosti.

1.3.1 Typy alternativ omezení svéprávnosti

OZ definuje možné alternativní řešení, než se přistupuje k omezení svéprávnosti. Jedná se o předběžné prohlášení, nápomoc při rozhodování a zastoupení členem domácnosti.

OZ dle §38 vymezuje **předběžné prohlášení** tak, že „*v očekávání vlastní nezpůsobilosti právně jednat může člověk projevit vůli, aby byly jeho záležitosti spravovány určitým*

způsobem, nebo aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala opatrovníkem.“ Tato alternativa má více specifik, které se vztahují k nejrůznějším cílovým skupinám (nevidomí, osoby, které neumí nebo nemůžou psát a číst, různá smyslová postižení).

Nápomoc při rozhodování je definována v §45 – §48 OZ. „*Potřebuje-li člověk nápomoc při rozhodování, protože mu v tom duševní porucha působí obtíže, třebaže nemusí být omezen ve svéprávnosti, může si s podpůrcem ujednat poskytování podpory; podpůrců může být i více.*“ Taková nápomoc se stvrzenou smlouvou o nápomoci mezi podpůrcem a podporovaným a nabývá dnem, kdy je soudem schválena. Podpůrce se zavazuje k tomu, že neohrozí zájmy podporovaného a nedojde k bezdůvodnému obohacování.

A poslední možnou alternativou podle OZ je **zastoupení členem domácnosti**.

Ustanovení §49 OZ vymezuje to, že „*brání-li duševní porucha zletilému, který nemá jiného zástupce, samostatně právně jednat, může ho zastupovat jeho potomek, předek, sourozenec, manžel nebo partner, nebo osoba, která se zastoupeným žila před vznikem zastoupení ve společné domácnosti alespoň tři roky.*“ Je vyžadováno schválení soudu, následně soud provede zjištění názoru zastupovaného dle jeho možných způsobů dorozumívání. Zastupování se vztahuje na obvyklé záležitosti, avšak zástupce nemůže udělit souhlas pro zásah do tělesné a duševní integrity jedince.

Ustanovení § 52 (2) OZ vymezuje nakládání s financemi zastupovaného tak, že „*zástupce může nakládat s příjmy zastoupeného v rozsahu potřebném pro obstarání obvyklých záležitostí, jak to odpovídá životním poměrům zastoupeného; s peněžními prostředky na účtu zastoupeného však může nakládat jen v rozsahu nepřesahujícím měsíčně vyšší životního minima jednotlivce podle jiného právního předpisu.*“

Zastoupení podle OZ zaniká, pokud je zastupovaným odmítnuto nebo sám zástupce se vzdá anebo je jmenován opatrovník.

1.3.2 Řízení o svéprávnosti a věcech opatrovnictví člověka

Řízení o svéprávnosti vymezuje zákon č. 292/2013 Sb., zákon o zvláštních řízeních soudních (dále ZŘS) a zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád (dále OSŘ). Toto řízení probíhá v několika krocích, dle § 38 ZŘS v první fázi soud zahájí řízení na základě podaného podnětu, který by měl nasvědčovat k omezení svéprávnosti.

To znamená, že navrhovatel doručil k soudu návrh, kde popisuje důvody pro zahájení tohoto řízení. Soud v návazné fázi zahájí jednání, kde během toho sbírá možné informace v podobě důkazů pro samotné řízení. Nejčastěji vyžaduje konkrétní znalecký posudek na danou osobu. V této fázi také soud určí zástupce - opatrovníka osobě, která je účastna řízení. Posuzovaný si i tak může sám zvolit svého zmocněnce. Po zajištění důkazných materiálů, může soud přistoupit k samotnému předvolání účastníků na určitý termín. Soud při samotném průběhu jednání vyslechne posuzovaného, soudního znalce případně i ošetřujícího lékaře posuzovaného a další účastníky řízení. Závěrem řízení o svéprávnosti je vyhlášení rozsudku. Rozsudek obsahuje vymezený rozsah omezení a dobu, po kterou budou účinky omezení platit.

Řízení ve věcech opatrovnictví člověka

Soud dle místní příslušnosti rozhoduje ve věcech opatrovnictví člověka. Pokud není řízení o svéprávnosti zastaveno, tak dle § 46 ZŘS se spojují obě tato řízení a probíhají současně.

Soud, na rozdíl od řízení o svéprávnosti, toto řízení zahajuje bez návrhu. Zabývá se otázkou určení opatrovníka, které ho hledá v řadách rodiny, blízkých osob a případně možného veřejného opatrovníka. Po zjištění vhodných osob jmenovatelných do funkce opatrovníka, jsou rozeslána předvolání účastníkům řízení k samotnému jednání u místně příslušného soudu. Poté probíhají obě jednání v současné době a závěrem je tedy vynesení rozsudku a jmenování opatrovníka osobě, která je omezena na svéprávnosti. (Juríčková, 2012)

2 Opatrovnictví člověka

Druhá kapitola přechází od vymezení základních právních pojmů k užšímu vysvětlení opatrovnictví až ke konkrétní formě veřejného opatrovnictví, které je vymezeno a popsáno samostatně v následující kapitole.

Opatrovnictví je cesta, která není trestem pro člověka, ale pomocí. Podobnost lze najít v rodičovství, kdy rodiče pečují o své děti a zastupujeme je v nejrůznějších situacích a právních úkonech. (Pešlová, 2021)

Jiný pohled opatrovnictví chápe jako společenskou instituci a možné jednání za druhé osoby se souhlasným hlasem společnosti a případnou ochranou dospělých osob, kterou jsou společností uznávány jako nepřizpůsobivé. Jejich nepřizpůsobivost tak vyžaduje pomoc při rozhodování a to dle právního rozhodnutí. (Juríčková, Ivanová, Filka, 2014)

Podobu této instituce určuje přístup k péči o osoby s duševní poruchou, který se v průběhu minulého století změnil. Je patrný přechod od paternalistického přístupu k přístupu zdůrazňující samostatnost a poskytování podpory při právních úkonech a rozhodování. (Juríčková, Ivanová, Kliment, 2011)

Trend v ustanovování opatrovníků má v posledních letech vzrůstající tendenci. Přestože je stav monitorován a každoročně počet lidí s ustanoveným opatrovníkem přibývá, tak v České republice neexistuje samostatný úřad, po který by celá agenda spadala. Velká provázanost na zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., ale celkově právní úprava a podpora výkonu opatrovnictví je nedostatečná a nedefinována. (Marečková, Matiaško, 2010)

2.1 Typologie opatrovnických systémů

Opatrovnictví vytváří komplexnost v rozhodování člověka s přístupem k opatrovnictví jako je službě.

Autor Carney „rozlišuje 4 hlavní modely opatrovnictví: **a) medicínský model** (*medico – legal*), **b) Sociální model** (*welfare*), **c) Administrativní model** (*administrative*) a **d) Soukromý model** (*private ordering*)“. (Carney, 2001:97)

Medicínský model

Tento model opatrovnictví pracuje s medicínskými přístupy ve vztahu k postižení. Zahájení řízení a následné jmenování opatrovníka probíhá na základě znaleckého posouzení lékařů, převážně psychiatrů. Posuzuje se především vliv psychiatrické diagnózy na rozhodování jedince, které může být nebezpečné okolí, tak i jemu samotnému. Hlavními aspekty posuzování jsou tedy diagnóza, určený znalec a vypracovaný znalecký posudek. Tento model směřuje spíše rigidní formou a nezahrnuje sociální potřeby posuzovaného. Nejvíce vypovídá o situaci a stavu posuzovaného vypracovaný znalecký posudek. Zároveň může docházet k přeceňování samotných znalců. (Marečková, Matiaško, 2010)

Sociální model

Sociální model může mířit dvěma směry. Jednak představuje podskupinu sociálních služeb anebo naopak soustředění se na vyjádření společnosti ve smyslu podporovaného rozhodování. Účelem má být alternativní přístup k pomoci lidem s postižením a možné nahrazení restriktivních opatření. Jde o systém asistence, pomoc při rozhodování v oblastech a otázkách, ve kterých se člověk musí rozhodovat samostatně. (Marečková, Matiaško, 2010)

Administrativní model

S tímto modelem se pracuje hlavně v Austrálii a vychází z toho, že o ustanovení opatrovníka nerozhoduje soud, ale administrativní orgán, jedná se o tzv. Opatrovnický tribunál. Odvolání lze podat k tzv. Správnímu tribunálu. Rakousko využívá také specifický administrativní model. (Marečková, Matiaško, 2010)

Soukromý model

Někdy je soukromý model opatrovnictví považován za „liberální“ nebo „tržní“ model opatrovnictví. Zahrnuje velkou škálu opatření, mezi které např. patří ochranné služby, finanční management. Ochranné služby slouží k vyšetřování zneužívaných nebo zanedbávaných starých lidí. (Marečková, Matiaško, 2010)

3 Veřejné opatrovnictví

Veřejné opatrovnictví na základě teoretického podkladu je v rámci diplomové práce propojeno i s výzkumnou částí pro získání kvalitativních dat. Je to jeden ze základních pilířů, který úzce souvisí s problematikou reformy psychiatrické péče a se složitostí psychotických onemocnění. Skrze tuto určitou formu opatrovnictví jsou i získávána další data v postoji k finančním možnostem opatrovanců, náhled na dostupnost bydlení a jiné. Pro velmi specifický výkon tohoto povolání je nutné popsat základní problematiku, teoreticky ji podložit a to i s odkazy na právní normy.

Jedná se o způsob zastoupení fyzické osoby, které určí soud svým rozhodnutím. Soud také svým rozhodnutím o ustanovení opatrovníka určuje rozsah opatrovníkových práv s ohledem k záležitostem opatrovance. Soud podle § 465 (1) OZ jmenuje opatrovníka v případě, že je nutné chránit zájmy člověka nebo je to v rámci veřejného zájmu. Není výjimkou, že jsou zohledněny oba důvody.

Také dle OZ soud po předchozím řízení a zjišťování skutečností jmenuje opatrovníkem osobu, kterou si sám zvolil opatrovanec. Pokud tato varianta není uskutečněna, soud přechází k další možnosti, a to ke jmenování opatrovníka z řad rodiny či jinou osobu blízkou, která jeví o opatrovance dlouhodobý a vážný zájem a je schopna vykonávat opatrovníckou funkci i v budoucnu. Pokud ani tato varianta nemůže být naplněna, soud následně přistupuje ke jmenování jiné osoby, která může splnit podmínky pro toto jmenování nebo jmenuje veřejného opatrovníka.

Usnesení OZ § 471 (3) přímo vymezuje to, že způsobilost stát se veřejným opatrovníkem má obec, kde má opatrovanec bydliště, anebo právnická osoba zřízená touto obcí k plnění úkolů tohoto druhu. Navíc jmenování veřejného opatrovníka podle jiného zákona není vázáno na jeho souhlas.

Pojem **bydliště opatrovance** nelze považovat za totožný jako pojem trvalý pobyt. Bere se v úvahu to bydliště, kde daná osoba bydlí s úmyslem se ve v tomto místě nadále zdržovat. Při určování veřejného opatrovníka není vždy jednoznačné, kde daná osoba během řízení bydliště má, kde případně bude setrvávat. Pojem bydliště dle usnesení OZ je vysvětlen jako místo, kde se člověk zdržuje a chce se tam trvale zdržovat. V jiném případě, kdy člověk nemá bydliště, kde by se trvale zdržoval, tak se za bydliště považuje to místo, kde žije. Ani pokud toto není reálné zjistit, je přistupováno k posouzení místa, kde posuzovaná osoba má majetek nebo kde měla bydliště naposledy.

Otázkou spornosti bydliště se mimo jiné zabýval Nevyšší soud České republiky ohledně určení opatrovníka (sp. zn. 30 Cdo 3379/2016). Nevyšší soud vymezil důležitost dlouhodobého zdržování osoby v určitém místě s navázanými sociálními vazbami a s úmyslem se nadále v místě zdržovat. Tyto aspekty mají ovlivnit jednoznačně jmenování opatrovníka podle místa bydliště. Na obci samotné záleží, aby si ohlížela to, že jmenování opatrovníka posuzované osobě je na základě toho, že se v místě opravdu zdržuje a to bez ohledu na trvalý pobyt opatrovance. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019)

Kromě uvedeného OZ, se k veřejnému opatrovnictví vztahuje mnoho dalších právních předpisů a dokumentů, jako např. zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, zákon 128/2000 Sb., o obcích, zákon 131/2000 Sb., o hlavním městě Praze, zákon č. 129/2000 Sb., o krajích, zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a v neposlední řadě zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách (dále ZOSS). (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019)

Veřejné opatrovnictví začíná tehdy, pokud je obec jmenována soudem a to na základě pravomocného rozsudku. S vydaným pravomocným rozsudkem, soud vystaví **Listinu o jmenování opatrovníka**, která slouží k následnému prokazování, pokud on jedná jménem opatrovance. **Listina** má své formální náležitosti jako je název okresní soudu, obec, která se stala veřejným opatrovníkem, údaje o opatrovanci, rozsah omezení a v jakých oblastech opatrovanec nemůže samostatně jednat a na jakou dobu omezení je stanoveno. Nechybí ani údaje vztahující se ke správě majetku. Běžnou praxí je, že ve větších městech starosta nebo primátor pověří další osoby, které veřejné opatrovnictví přímo vykonávají. Toto pověření má též své náležitosti. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019)

3.1 Povinnosti veřejného opatrovníka

Dle OZ jsou vymezeny obecné povinnosti a práva veřejného opatrovníka ve vztahu k opatrovanci. Tyto náležitosti bývají konkrétně formulovány ve vydaném rozsudku. Za obecné povinnosti lze považovat udržování kontaktu s opatrovancem, projevení opravdového zájmu celkově a starat se o jeho zdravotní stav, dbát na naplňování práv opatrovance, chránit jeho zájmy a srozumitelně mu vysvětlovat náležitosti a následky rozhodnutí. „*Ke každému opatrovanci by měl opatrovník přistupovat maximálně individuálně, s plným zohledněním jeho osobnosti.*“ (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019:10)

K povinnostem veřejného opatrovníka patří mnoho úkonů. Je důležité a určující to, v jakém rozsahu byl opatrovanec omezen ve svéprávnosti, to znamená, že veřejný opatrovník může pouze jednat v právním jednání, ve kterém byla osoba omezena. Opatrovanec může nadále jednat samostatně v běžných záležitostech v každodenním životě, ale i tento pojem může v praxi vyvolávat pochybnosti, nejasnosti. „*Je vhodné, aby veřejný opatrovník získal informace o opatrovanci od osob blízkých opatrovanci, případně pracovníků sociálních služeb, které právní jednání byl opatrovanec v minulosti schopen realizovat, aniž by si učinil újmu.*“ (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019:20)

Důležité je, aby pověřená osoba vykonávající veřejné opatrovnictví brala jako fakt to, že nemůže opatrovanci plnit funkci pečovatele, ale naopak jde především o zastupování v právních jednání, tak jak je uvedeno v pravomocném rozsudku a také s ohledem na vůli opatrovance.

K oblastem, které jsou v rámci veřejného opatrovnictví nejčastěji s opatrovanci řešeny, patří vyřízení osobních a jiných dokladů, zajištění nákupu nejrůznějších potřeb a jídla, **zajištění bydlení**. V oblasti bydlení jedná veřejný opatrovník ve spolupráci s opatrovancem ohledně hledání bydlení, sjednávání podnájmu, koupi bytu, zajištění ubytovny, kontaktování vhodné sociální služby. Pokud dojde k jednání s vlastníky nemovitostí nebo s pracovníky sociálních služeb, jednání je na veřejném opatrovníkovi. Ten může podat žádosti do pobytových zařízení v rámci sociálních služeb. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019)

Další nedílnou povinností veřejného opatrovníka je spravování jmění opatrovance, k čemu se řadí hospodaření s financemi opatrovanců. Zároveň opět neexistuje norma nebo předpis, který by jasně určoval způsob vedení účetnictví. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019)

Spolupráce ať už s rodinou opatrovance nebo s poskytovateli sociálních a zdravotních služeb spadá též k povinnostem veřejného opatrovnictví. Blízké okolí opatrovance může být přínosem v nejrůznějších situacích ohledně jeho způsobu života, ale jen za předpokladu, že rodinné vazby jsou v pořádku se zájmem zlepšovat pozice opatrovance v nelehké životní etapě. Z pozice poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb je navázání spolupráce s veřejným opatrovníkem také důležitá pro vyřizování různých každodenních otázek. „*Veřejný opatrovník vstupuje jako smluvní partner poskytovatele*

služby, sjednává podmínky pro poskytování služby a smlouvu uzavírá (když se však jedná o umístění opatrovance do uzavřeného pobytového zařízení sociálních služeb a zdravotní stav opatrovance to zjevně nevyžaduje je nutný také souhlas opatrovnice rady, a v případě, že nebyla ustanovena, tak souhlas soudu).“ (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019:25)

3.2 Financování veřejného opatrovnictví

Agenda veřejného opatrovnictví je od roku 2017 financována prostřednictvím výkonné složky příspěvku na přenesenou působnost. V praxi to znamená, že obce, které vedou agendu veřejného opatrovnictví, získají finance na základě uvedeného počtu opatrovanců, které jim dle pravomocného rozsudku stanovil soud. V Praktickém průvodci z roku 2019 je paušální částka na jednoho opatrovance uvedena ve výši 29 000 Kč. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019)

Dle aktuálních dat, na rok 2023 se předběžně počítá s částkou 30 500 Kč na jednoho opatrovance. Tyto finance jsou vyčleňovány ze státního rozpočtu. Rozhodný den, který je důležitý k určení počtu vedených opatrovanců, je stanoven 31. březen 2022. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2022)

Město Havlíčkův Brod uvedlo k 31. 3. 2022 70 opatrovanců, kterým jako obec vykonává veřejného opatrovníka. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2022) Tento počet je v tabulce uvedený jako druhý nejvyšší ze všech obcí na Vysočině, které opatrovnictví mohou vykonávat. Tento vysoký počet je ovlivněný místní velkou psychiatrickou nemocnicí.

3.3 Veřejní opatrovnictví versus sociální práce

Jedním z mnoha rozdílů v těch agendách je ten, že primárně místně příslušný soud určuje obec do postu veřejného opatrovnictví. Formálně soud určuje obec, ale prakticky veřejné opatrovnictví vykonává sám starosta nebo v jiné případě jiný zaměstnanec obce, který k tomu byl starostou pověřen. " *V souladu se zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, není výkon veřejného opatrovnictví výkonem činností sociální práce a v praxi také zatím neexistuje právní předpis, který by definoval odbornou kvalifikaci veřejného opatrovníka.*" (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019:41)

Není vydán ani zákon, který by uceleně zaštitoval problematiku veřejného opatrovnictví. Veřejný opatrovník musí pracovat s tím, že výkon veřejného opatrovnictví je výkonem přenesené působnosti a s tím souvisí znalost správních předpisů vyjmenovaných výše.

3.3.1 Nejčastější činnosti spojené s výkonem veřejného opatrovnictví

- Správa jmění a financí opatrovance,
- Osobní komunikace, udržování pravidelného spojení s opatrovancem,
- Zastupování v právních jednání opatrovaného dle soudem vydaného rozsudku,
- Vedení komunikace s nejrůznějšími službami, soudy apod.,
- Sepisování každoročního soupisu jmění pro příslušný soud,
- Navázání spolupráce s lékaři, sociálními pracovníky na obcích či jiných sociálních zařízeních,
- Podporování ve vyřizování běžných záležitostí,
- Vyřizování sociálních dávek v oblasti státní sociální podpory, dávky hmotné nouze, dávky ze systému důchodové pojištění,
- Sjednání sociálních služeb,
- Jednání v oblasti dluhové problematiky, exekucí a insolvence,
- Řešení zdravotního stavu opatrovaného,
- Provázení opatrovance bytovou problematikou, vyřizování podnájmu, pronájmu či řešení jiného movitého a nemovitého majetku,
- Sepisování návrhů k soudu o schválení právního jednání za omezenou osobu,
- Jednání při konfliktních jednání s rodinou opatrovance (zjištění možného zneužívání opatrovance) a celkové řešení tíživých sociálních problémů opatrovance,
- Případná spolupráce s opatrovnickou radou,
- Obhajoba práv opatrovance. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019)

Více rozpracované jsou činnosti vykonávané veřejnými opatrovníky na základě kvalitativního výzkumu autorky Juričkové. Z výzkumu vzešlo to, že osoba pověřená opatrovnictvím se vzdělává a to průběžně. Jedná se o sledování novel zákonů a platných právních předpisů a jiné příslušné dokumenty. Další činností je zjišťování informací o opatrovanci, především u nového opatrovance. Následující bod vymezuje, že „*veřejný opatrovník provádí sociální šetření u (nového) opatrovance. Veřejný opatrovník při provádění sociálního šetření u (nového) opatrovance zajišťuje zejména: v jakých podmínkách bydlí (byt, zařízení sociálních služeb apod.)*“ (Juričková, Ivanová, Filka, 2014:85)

Výše uvedené tvrzení nesprávně koliduje se ustanovením ZOSS, konkrétně § 109. Z něj jasně vyplývá, že sociální šetření provádí sociální pracovník, který musí mít splněnou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka. Ta je odvozena od ukončeného vzdělání na úrovni vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání na úrovni bakaláře s akreditovaným vzdělávacím programem.

Oproti tomu nyní neexistuje právní předpis, který definuje požadavky pro kvalifikaci veřejného opatrovníka. Tuto funkci vykonávají úředníci obce nebo samotní starostové. Je nutné alespoň splnit podmínky jako být státním občanem České republiky, být svéprávný v plném rozsahu, být bezúhonný, **splněné střední vzdělání zakončené maturitou**, disponovat s osobními vlastnostmi, které jsou výhodné pro předpoklad výkonu veřejného opatrovnictví. V neposlední řadě je to úspěšné absolvování zkoušky zvláštní odborné způsobilosti pro výkon opatrovnictví. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019)

Pro vytvoření důvěry a navázání spolupráce mezi veřejným opatrovníkem a opatrovance je vhodné, aby veřejný opatrovník přistupoval k opatrovanci na základě jeho životního příběhu v kombinaci s jeho aktuálním zdravotním stavem, dále na základech pravdivosti. Projevení zájmu o opatrovance je také vhodné a stejně tak zprostředkování prostoru k vyjádření jeho myšlenek. Individuálně se působit dle jeho možných komunikačních schopností. Vztah je vhodné zakládat i na humoru pro prolomení bariér a otevřenost ze strany opatrovance). (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019)

3.3.2 Nejčastější činnosti spojené s výkonem sociální práce

- Tvorba individuálního plánu,
- Hodnocení (evaluace) případů,
- Využívání metod sociální práce,
- Depistáž,
- Sociální šetření,
- Poskytování sociálního poradenství i odborného sociálního poradenství,
- Posouzení nepříznivé situace,
- Mezioborová spolupráce s nejrůznějšími profesemi (veřejní opatrovníci, sociální pracovníci sociálních služeb, pracovníci zdravotní péče, lékaři, apod.),
- Koordinace pomoci s více subjekty,
- Monitorování a zastupování práv klientů,
- Krizová intervence,
- Realizování případových konferencí,
- Podílení se na odstraňování nepříznivé sociální situace klienta. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019)

V praxi funguje i takový model, kdy jsou kumulovány sociální práce a výkon veřejného opatrovnictví. Je to ovlivněno i tím, že mnoho osob s určeným opatrovníkem je zároveň klientem sociální práce pro svou nepříznivou sociální situaci. Obě agendy jsou rozdílné, jeví se jako náročné tyto agendy od sebe oddělovat a může také docházet ke střetu zájmů. Stanovení hranice mezi výkonem veřejného opatrovnictví, sociální prací může dělat veřejným opatrovníkům obtíže. Důležité je podotknout, že na pověřené osoby pro výkon veřejného opatrovnictví je kladen velmi náročný okol, jak časově, tak i z hlediska náročnosti a komplexnosti práce. Oproti výkonu sociální práce musí mít zaměstnanec pověřený obcí splněnou zkoušku odborné způsobilosti dle vyhlášky č. 173/2017 Sb. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2019)

Zároveň je nutné podotknout, že v rámci sociální práce s osobami s duševním onemocněním je vždy výhodné mít alespoň základní teoretický základ o duševním onemocnění, zkušenosti z praxe a nepodceňovat důležitost supervize. Sociální šetření, které má vykonávat opravdu sociální pracovník, zahrnuje několik fází od navázání kontaktu s duševně nemocným, přes analýzu dostupných informací, až po vyhodnocení celé situace, se kterou dál pracuje spolu s multidisciplinárním týmem.

K dalším výhodám a určitým dovednostem sociálního pracovníka v rámci této specifické cílové skupiny v rámci sociálního šetření patří:

- Orientace v MKN – 10 pro základní orientaci v konkrétních nemocech a diagnózách
- Pochopení duševního onemocnění v širokém kontextu bio – psycho a sociálních faktorů
- Orientace v dostupné dokumentaci
- Sledování rizikových faktorů – akutní projevy nemoci a uspokojení základních potřeb
- Vyhodnocení rizikových faktorů spojených s minulostí – pokusy o sebevraždu, agresivní projevy, závislosti, ataky nemoci, vliv okolí, apod.
- Posouzení aktuální životní situaci v rámci aktuálních projevů nemoci,
- Zjištění silných stránek v rámci bydlení, pracovních dovedností, financí, rodinných vazeb, sociálních vazeb apod.
- Zjištění vysloveného přání klienta, zjištění cíle spolupráce. (Probstová, Pěč, 2014)

Sociální práce s klienty trpící psychotickým onemocněním je vyhodnocována jako složitá, vyžadující velké nároky na respekt, komunikační schopnosti, porozumění. Rozhodně není nic výjimečného, že při navázání kontaktu s takto nemocným klientem, nastávají nejrůznější komplikace v podobě zvýšené vztahovačnosti, napětí a nedorozumění. Nepřiměřené reakce mohou být ovlivněny přítomnými symptomy psychotického onemocnění, kdy bludy nebo halucinace ovlivní celý rozhovor. Komunikace sociálního pracovníka a klienta se vždy přizpůsobuje individuálně jeho možnostem a projevům onemocnění, výhodné je pracovat s mnoha verzemi jednání během navázání kontaktu. Ideálně, když je celá komunikace laděna empaticky a na základě férového přístupu s trpělivostí. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

4 Psychotická onemocnění

V této kapitole je popsána problematika psychotických onemocnění, která jsou úžeji specifikována na nejčastější podobu a to schizofrenii. Teoretický podklad této kapitoly velmi navazuje na všechny dílčí cíle výzkumné části, protože všechny pracují s odkazem na osoby s psychotickým onemocněním, které mají určeného veřejného opatrovníka.

Psychotická onemocnění zobrazují projevy psychotických příznaků, řadí se k nezávažnějším duševním nemocím. Všeobecně ovlivňují vícero psychických funkcí současně. Projevy nemoci mohou omezit rozvoj produktivního života, který může směřovat až k úplné invalidizaci. (Orel a kol., 2020)

Hlavními příznaky psychotického onemocnění jsou dezintegrace funkcí já, což znamená ztráta testování reality a pacient obtížněji rozpoznává to, co přichází zevnitř anebo naopak co přichází z vnějšku. Tato narušení jsou doprovázeny dalšími symptomy, jako jsou např. bludy nebo halucinace. S tímto onemocněním jsou spojeny také potíže s lidskými vztahy na základě narušení základní důvěry. (Pěč, Probstová, 2009)

Psychóza, jako projev nemoci, je odvozen od cizího slova psyché, které v překladu znamená duše. Koncovka – óza vymezuje pojem nemoc. Jednoduše lze psychózu definovat jako nemoc duše. (Doubek a kol., 2008)

Tento stav se považuje za patologický, nemocný se potýká s hrubou poruchou kontaktu s realitou, kterou vnímá chybně a to na základě halucinací, iluzí či bludů. (Horáček a kol., 2003).

4.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy

Toto onemocnění se projevuje v nejvíce případech již v dospívání. Jedná se o mnohotvárné duševní onemocnění, které zásadně mění prožívání, chování i postoj ke skutečným věcem. Projevuje se skrze nejrůznější příznaky, které zahrnují narušené vnímání, emoce, myšlení, motivaci a chování člověka. Nelze schizofrenii charakterizovat jako nemoc, která má jednotné a stejné projevy, naopak je to nemoc „sta tváří“. Představuje závažný problém pro jedince, rodinu i celkově pro společnost. (Orel a kol., 2020)

Přesné určení příčiny vzniku schizofrenie jednoznačně nelze stanovit. Důležitou rolí hrají dědičné dispozice, kdy odchylky genetických informací jsou viditelné ve struktuře mozku a na jeho funkci. (Vágnerová, 2008)

Stále více je prosazován model, kdy příčiny nemoci jsou ovlivňovány navzájem a to působením biologických faktorů podmíněných genetikou. Zároveň velký vliv má i prostředí. K těmto multi faktorům je nutné přizpůsobit i léčbu, a to nejlépe zapojením multidisciplinárního týmu, který bude individuálně pracovat s bio – psycho – sociální stránkou nemocného. (Probsotová, Pěč, 2014)

4.1.1 Symptomy schizofrenie

K typickým symptomům se řadí např. poruchy vnímání, poruchy myšlení, poruchy emocí a poruchy chování. Všechny vyjmenované příznaky mohou u nemocného probíhat najednou nebo v různých kombinacích. Poruchy vnímání se zobrazují nejčastěji formou halucinací a to hlasy, hlasy vlastních myšlenek. Naopak bludy jsou projevem poruch myšlení. Lidé trpící schizofrenií u sebe pozorují také stažení, emoční nestabilitu, chorobnou vzrušenost aj. Poruchy chování jsou viditelné pro okolí, u nemocného dojde k poklesu zájmu, až k úplné ztrátě, může být apatický, nemá žádné cíle a celkově je nečinný. Běžně se poruchy chování projevují i v sebekontrole. (Orel a kol., 2020)

Dalším možným dělením příznaků schizofrenie je rozdělení na pozitivní a negativní příznaky. K pozitivním příznakům se řadí **bludy a halucinace**. Bludy se nemocnému zobrazují jako zkreslená realita prožitků a vjemů. Projev má každý pacient individuální. Není výjimkou, že člověk trpící schizofrenií skrze své bludy může mít pocit, že jeho telefon je odposloucháván nebo on sám je sledován tajnou službou. Bludy se mohou projevit v takové míře, že nemocný může dojít k pocitu závažného ohrožení na životě, k pohybové nestabilitě a vnímání celého těla. Halucinace nejvíce zasahují sluchové smysly. Jedná se o hlasy, které mohou komentovat přímo chování nemocného i jeho myšlenky. Pokud zrovna člověk trpící schizofrenií zažívá sluchové halucinace, může si zakrývat uši a může přerušit komunikaci s ostatními lidmi. Zrakové halucinace se mohou též objevit a to ve formě nejrůznějších objektů, věcí apod. Dalším závažným způsobem může halucinace ovlivnit pocity působící z vnějšku, kdy pacient bojuje vnitřně s doteky, okolními vlivy (stékání krve, působení infračervených paprsků, které vysílá sused, apod.). Halucinace doprovázející čich jsou také jedním z projevů a zobrazují se skrze nepříjemné pachy, chemikálie apod., kdy nemocný cítí své ohrožení. (Bankovská Motlová, Španiel, 2017)

Negativní příznaky jsou spíše hůře ovlivnitelné skrze léčbu, dochází k oslabení či ke ztrátě funkcí v běžném chování jedince (apatie, emoční oploštělost). (Orel a kol., 2020)

4.1.2 Průběh schizofrenie

Průběh schizofrenie bývá velmi variabilní, u každého jedince má individuální charakter. Včasné odhalení a následná efektivní léčba napomáhá k příznivému vývoji v budoucnu. Někteří nemocní mohli již zaznamenat první příznaky v dětství, jedná se o premorbidní období, ale nemusí se objevit vůbec a nemusí mít specifický vývoj. Prvotní psychotická epizoda většinou vede k hospitalizaci a to z důvodu rychlého a prudkého nástupu onemocnění, kdy hospitalizace může napomoci k úplné úzdavě nebo naopak nemoc pokračuje znovu v atakách. Mezi atakami může nemocný zažít opět normální stav nebo přetrvávají zbytkové příznaky nemoci. Může nastat varianta s chronicko – progredientním průběhem a nemoc pokračuje nebo se i zhoršuje. (Orel a kol., 2020)

4.1.3 Typy schizofrenie

Dle Mezinárodní klasifikace MKN - 10 (10. revize) lze schizofrenii jako psychotické onemocnění rozdělit na 7 základních typů – Paranoidní schizofrenie, Hebefrenní schizofrenie, Katatonní schizofrenie, Nediferencovaná schizofrenie, reziduální schizofrenie, Postschizofrenní deprese a simplexní schizofrenie.

S **paranoidní schizofrenií** se potýkají pacienti asi nejčastěji z možných typů schizofrenie. Tento typ se charakterizuje bouřlivými atakami, které doprovází halucinace s bludy. V případě, že se jedná o pacienta/klienta, který je ochotný spolupracovat a existuje u něj motivace k léčbě, může být dosaženo v celku dobré remise. **Simplexní schizofrenie** nemocného spíše postupně uzavírá do sebe, chovají se introvertně samotářsky). Navíc tyto postoje podporují i příznaky nemoci jako je snížená motivace, snaha něco dosáhnout. Komplikovanější je i samotná léčba, kdy tyto negativní příznaky nemoci nelze dostatečně ovlivnit léčbou jako u pozitivních příznaků. K efektivní léčbě je pak volena kombinace psychofarmak a psychiatrické rehabilitace. Další typem je **hebefrenní schizofrenie**, není považována za příliš častou formu. Projevy nemoci jsou popisovány jako extrémní období pubertálního jedince, motivace nemocného k léčbě a celkově ke spolupráci je velmi obtížná. Prognóza u tohoto typu není zcela příznivá s ohledem na to, že její projevy se často objeví již kolem 15. roku života. Nejméně častým typem je **katatonní forma schizofrenie**. Projevy této formy jsou velmi závažné, pacient nereagující na okolí, propadá náhle do masivního neklidu, jedná se o stupor. Stupor doprovází horečnatost, svalová tenze, rozvrat metabolismu. Nejsou výjimkou ani

smrtné následky této formy schizofrenie. Za efektivní léčbu je považována elektrokonvulzivní terapie. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

Nediferencovaná schizofrenie probíhá skrze psychotické stavy, které jsou atypické, její projev nelze zařadit do jednotného typu. Další typem schizofrenie, která se charakterizuje svými dlouhými projevy nemoci skrze negativní příznaky, je **reziduální schizofrenie**. Negativní příznaky se projeví u nemocného skrze sníženou aktivitu, pasivitu, špatnou mimiku v obličeji, zasahují i hlas. Dalším častým projevem této formy je to, že nemocný nepečuje o vlastní osobu, zanedbává péči o sebe i domácnost. Postschizofrenní deprese a schizophrenia simplex jsou 2 poslední typy schizofrenie dle MKN. Pro oba typy je společné komplikovanost chování ovlivněné pozitivní nebo i negativními příznaky. To vede k depresivní stavům, ztrátě vůle, až k sebevražedným sklonům. (MKN-10, 2022)

Schizoafektivní porucha a porucha s bludy se řadí k schizofrenním nemocím, jelikož se jedná o kombinaci typických příznaků pro schizofrenní nemoci, ale také je doprovázejí výrazné deprese a změny nálad. Porucha s bludy většinou propukne až kolem 50. roku života, kdy symptomatika převládají bludy a ovlivňuje značně život nemocného. Mají pocit neustálého pronásledování, problémy se týkají spíše určitého okruhu. Porucha s bludy je považována za velmi nesnadno léčitelnou, protože příznaky bývají intenzivní, zároveň jsou projevy chování přiměřené, bez větších nápadností. Pro okolí to je hůře čitelné, nepůsobí to jednoznačně jako jiné nápadnější duševní onemocnění. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

5 Reforma péče o duševní zdraví

Předposlední kapitola teoretické části je věnována reformě péče o duševní zdraví. Nejprve jsou uvedeny základní informace, navazují samotné cíle, popis uživatelů a kapitola je ukončena informacemi o samotném budoucím vývoji. Teoretická východiska jsou propojena s výzkumnou částí, kdy se zaměřuje na hodnocení efektivity vůči lidem s psychotickým onemocněním a určeným veřejným opatrovníkem.

V České republice je psychiatrická péče realizována prostřednictvím psychiatrických zařízení (hlavně lůžkových a ambulantních). Pro dosažení největší efektivity v léčbě je velmi důležitá nejen mezioborová spolupráce, ale samozřejmě návaznost a propojenost sítě služeb psychologické, psychoterapeutické a sociální. „*Pro řadu psychických nemocí a stavů je naprosto nepostradatelná psychiatrická hospitalizace.*“ (Orel a kol., 2020 str. 22)

Psychiatrické nemocnice nebo jiným názvem léčebny jsou v České republice rozvrženy dle spádovosti. Mohou probíhat jak dobrovolné, tak nařízené hospitalizace. Oddělení jsou v režimu uzavřeného nebo otevřeného oddělení, záleží na stavu pacienta, které oddělení je pro něj v daný čas vhodné. Pohlaví v rámci hospitalizace může hrát také roli, protože existují např. oddělení čistě ženská, mužská nebo smíšená. Léčba je koncipována individuálně, na psychiatrických odděleních a v rámci psychiatrických klinik se pohybuje délka hospitalizace v řádech dnů až týdnů. V rámci psychiatrických léčeben se doba hospitalizace pohybuje v časovém rozmezí měsíců až let. „*Celosvětovým trendem, který se aktuálně týká také naší republiky, je reorganizace psychiatrické péče s tím, že je akceptováno posilování ambulantní a komplementární péče a vytváření podpurné funkční sítě psychiatricko – psychologicko-sociální péče a s omezováním počtu psychiatrických lůžek.*“ (Orel a kol., 2020:25)

5.1 Základní informace

Přímo k tomuto tématu byl sepsán dokument Strategie reformy psychiatrické péče pod Ministerstvem zdravotnictví. Zadavatelem strategie je uveden bývalý MZČR Leoš Heger, následně v dokumenty figuruje jméno Martin Holcát). Forma strategie byla zpracovávána v období 2. 8. 2012 – 4. 9. 2013, přičemž celková doba realizace strategie je plánována na roky 2014 – 2023. Přímo v dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče je stanoven odhadovaný rozpočet okolo 6 mld. Kč, ale částka je stále v jednání. V úvodu je vymezen stručný popis problému a obsah strategie.

5.2 Cíle Strategie reformy psychiatrické péče

Jednotným cílem strategie je uvedeno zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním.

Tento obsáhlý cíl je dále rozpracován na specifické cíle, které jsou prezentovány jako:

- a) Zvýšení kvality psychiatrické péče systémovou změnou organizace a poskytování.
- b) Omezení stigmatizování osob s duševním onemocněním a obecně oboru psychiatrie.
- c) Zvýšení spokojenosti uživatelů v poskytování psychiatrické péče.
- d) Navýšení efektivity psychiatrické péče skrze včasné diagnostikování a identifikaci skrytých duševních nemocí.
- e) Navýšení úspěšného začleňování duševně nemocných, které by mělo být plnohodnotné. Konkrétně v oblastech zaměstnávání, vzdělávání a bydlení či jiné.
- f) Zlepšení návaznosti zdravotních, sociálních a dalších služeb.
- g) Posledním cílem je humanizování psychiatrické péče. (MZČR, Reforma péče o duševní zdraví, 2013)

5.3 Uživatelé strategie

Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále MZČR) je uvedeno jako hlavní uživatel, zadavatel a gestor pro realizování s dalšími důležitými resorty státní správy. „MZČR Strategii využije v rámci přípravy výzev evropských fondů, pro nastavování vyhodnocovacích kritérií jednotlivých projektů a pro udržení velkého množství reformních aktivit v říditelném a vyhodnotitelném plánu.“ (MZČR, Reforma péče o duševní zdraví, 2013)

Dokument spoléhá v rámci strategie na spolupráci jednotlivých resortů a územních samospráv ČR. Hned v návaznosti jsou uvedeni poskytovatelé psychiatrických služeb, jako jsou lékařská i nelékařská povolání, NNO pro oblast psychiatrických služeb, sektor sociálních pracovníků, zdravotních pojišťovny a z druhého pohledu samozřejmě také samotní uživatelé psychiatrické péče a jejich sociální zázemí. Tyto klíčové skupiny jsou soustřeďovány v Pracovní skupině tvorby Strategie reformy psychiatrické péče a Týmu tvorbu Strategie. Pracovní skupina se podílí na vývoji vstupních dokumentů, na prvotní analýzu stavu a jiných možnostech řešení. Celkově to má zajistit mezi komunikační spolupráci zainteresovaných osob nebo institucí.

MZČR chce dosáhnout za pomoci partnerů v pracovní skupině vzájemné poskytování informací v oblastech zdravotní i sociální péče.

5.4 Definování problému, budoucí vývoj

Psychiatrické nemocnice nebo léčebny se v České republice skládají z lůžek akutních a lůžek pro dlouhodobě nemocné, a to až ze dvou třetin. Celkově se jedná o přibližně 8 000 lůžek pro psychiatrické pacienty. (MZČR, Reforma péče o duševní zdraví, 2013)

„Problémem psychiatrických nemocnic/léčeben jsou velké „spádové oblasti“, ve kterých nemají alternativu pro lůžkovou péči, materiálně – technické opotřebení v důsledku financování a nedostatku investičních zdrojů, a také nedostatečné personální vybavení vyplývající jednak z nedostatku finančních prostředků, ale také nedostatku kvalifikovaných zdravotníků na trhu práce.“ (Raboch, Wenigová (eds.), 2012:19)

V ČR je lůžková péče velmi nerovnoměrně rozdělena, odlišnosti jsou na úrovni regionů i v samotných krajích. Některé kraje mají výhodu v tom, že mají jak samostatnou psychiatrickou nemocnici či léčebnu, tak i v nemocnici specializované lůžkové psychiatrické oddělení. Na druhou stranu existuje varianta, že kraj zaštituje pouze lůžkové psychiatrické oddělení v rámci nemocnice a to i s velmi nízkými kapacitami. Pro dlouhodobý charakter potřeb pacientů u nás v ČR fungují mobilní týmy, které jsou zároveň registrovány jako sociální služby. Péči poskytují převážně sociální pracovníci výjimečně se zdravotnickými pracovníky, ale pouze ve 3 případech jsou k dispozici specializované psychiatrické sestry. Celkem je takovýchto 10 mobilních týmů. (MZČR, Reforma péče o duševní zdraví, 2013)

Dle Vstupní zprávy od Strategické projektové kanceláře Ministerstva zdravotnictví z roku 2012 vyplývá, že vedle mobilních týmů jsou velmi důležité pro tuto cílovou skupinou neziskové organizace specializované na vážná duševní onemocnění. Jejich počet u nás je zhruba okolo 30. Jejich úkolem je zajištění sociálních programů, zaměstnávání, podpora bydlení. Velký vliv na jejich fungování má financování, které v současné době není úplně vyhovující. Financování se skládá z mnoha balíčků jako dotace na poskytování sociálních služeb z rozpočtu MPSV, rozpočty krajů a obcí nebo z nejrůznějších dotačních titulů. (Vstupní zpráva. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012:6)

Vize vedená skrze strategii reformy psychiatrické péče v České republice směřuje k zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním, a to přes restrukturalizaci

služeb, sítě zařízení, která poskytují komplexní služby. Mezi hlavní pilíře služeb je nominováno **Centrum duševního zdraví** a jeho rozvoj v rámci České republiky.

Centrum duševního zdraví (dále CDZ) představuje síť služeb, které by měla být vzájemně propojena v rámci jedné nebo v rámci vícero organizací v určitém regionu, a to pro pacienty se závažnými psychickými nemocemi (Severe Mental Illness). Hlavní vize a posláním CDZ je efektivní poskytování zdravotnických a sociálních služeb, který mají vytvořit maximální podporu při začlenění klienta do sociálního prostředí. Služby jsou v rámci CDZ poskytovány hlavně v prostředí nemocného, ale také v rámci zařízení CDZ s podporou multidisciplinárního týmu. Náplní terénního týmu, který také funguje v rámci Centra duševního zdraví, je včasná i krizová intervence, case management (koordinovaná péče), podpora při případné hospitalizaci nemocného, práce s rodinou nemocného, podporované vzdělávání a zaměstnání. Nemocným by Centrum duševního zdraví také mělo poskytnout služby psychologa, samozřejmě je ambulantní psychiatr. K formálnímu prostředí by měly přispět svépomocné programy.

Dostupnost by měla být zaštitěna skrze 1 CDZ na cca 100 000 obyvatel, pro některé oblasti na 80 000 obyvatel, a to nejlépe v režimu 24/7 s dojezdem 30 minut veřejnou dopravou. Pro kvalitní fungování CDZ je nutné zajistit multidisciplinární tým skládající se z psychiatrů nejrůznějších oborů, psychoterapeutů, psychiatrických sester, sociálních pracovníků, aj.

Psychiatrické nemocnice by v rámci reformy psychiatrické péče měli být schopni zajistit standart v poskytování akutní péče na nejrůznějších odděleních a to i s tím předpokladem, že bude stále existovat neomezená možnost volby pro uživatele psychiatrické. Cílem je také jako u center duševního zdraví získat další kvalifikované pracovníky. Změny by měly být uskutečněny i v technickém vybavení nemocnic. Jedná se o rekonstrukce pokojů, který by měly být maximálně 2 lůžkové. „*Implementace strategie by neměla vést ke snížení lůžkové kapacity (bude řešeno v rámci projektu Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče, SKVP)*.“ (MZČR, Reforma péče o duševní zdraví, 2013)

6 Problematika bydlení osob s duševním onemocněním

Poslední kapitola sjednocuje informace ohledně bydlení osob s duševním onemocněním, s konkrétním typem psychotického onemocnění – schizofrenie. Následně jsou popisovány možnosti bydlení a nové trendy, které se snaží eliminovat nepříznivé dopady a prohlubování problematiky bezdomovství.

Tak jak je i v rámci reformy psychiatrické péče zmiňováno, psychiatrické nemocnice se považují za největšího poskytovatele zdravotní péče pro osoby s duševním onemocněním a často je „domovem“ pro takto nemocné pacienty. Někdo je opravdu úzce spjatý s psychiatrickým lůžkovým oddělením, že je to jejich jediné místo, kde chtějí žít. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

Volba možné bydlení velmi úzce souvisí se stigmatizací duševního onemocnění, konkrétně tedy psychotická onemocnění. Konkrétně schizofrenie se řadí k velice stigmatizovaným nemocem. Okolí, celkově společnost, je vůči této nemoci **diskriminačně** laděna, předsudky lze přisoudit k nedostatku znalostí o průběhu této nemoci. Společnost často cílovou skupinu schizofreniků posuzuje jako za velmi nebezpečné osoby s nevypočitatelným chováním, které vyžadují neustálý dohled odbornosti, nejlépe v rámci dlouhodobé ústavní péče. (Ocisková, Praško, 2015)

Diskriminace v kontextu práva představuje protiprávní rozlišování, věnuje se této problematice zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů, neboli antidiskriminační zákon. Pojem diskriminace je ukotvena v mnoha dalších právních předpisech, jako je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, Listina základních práv Evropské unie a Smlouva o fungování Evropské unie, Listina základních práv a svobod, Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, zákoník práce a zákon o zaměstnanosti, zákon o ochraně spotřebitele, školský zákon a související předpisy. Rozmanitost právních předpisů ovlivňuje různé výkladové a aplikační těžkosti. (Čermák, 2012)

6.1 Možnosti bydlení

Duševní onemocnění a bezdomovectví je společným problémem po celém světě, dá se považovat za univerzální překážku. Existuje model **Patways Housing First**, který se soustředí na ukončení bezdomovectví u osob trpících duševními poruchami a poruchami plynoucími z užívání psychoaktivních látek. Tento model se zaměřuje na osoby, které jsou nedůstojně odmítány hlavně při získávání bydlení a prožívají v s tímto problémem

beznaděj. Cílem *Pathways Housing First* je ukončování bezdomovectví osob, povzbuzování ve vlastní nezávislost a znovu začlenění do běžného fungování. Zároveň je snaha o snížení potřebnosti azylových domů, které jsou finančně náročné. To, že je osobě bez domova poskytnuto bydlení, lze mu tak i bezprostředně poskytnout bezpečí a podporu v návaznosti na další potřebné služby. (Tsemberis, 2020)

Lze porovnat dva modely podob bydlení, jedná se o **Bydlení až po přípravě** a **Bydlení především**. Osoba bez přístřeší v modelu *Bydlení až po přípravě* využívá postupně mnoho sociálních služeb od azylového domu, přes tréninkové bydlení a bydlení za doprovodu sociálního programu a s podnájemní smlouvou až po samostatné nájemní bydlení. *Bydlení především* překračuje tyto možnosti a podporuje možnost bydlení v rozptýlených bytech s nájemní smlouvou a v druhém kroku nájemní bydlení ve společném domě. (Černá, 2019)

Dle ZOSS se osobám s duševním onemocněním poskytuje sociální služba pobytového charakteru prostřednictvím **chráněného bydlení**. V případě, že tato forma využít nelze, je možné využít terénní služby ve formě podpory samostatného bydlení a sociální rehabilitace. Tyto služby zprostředkovávají nestátní neziskové organizace s cílovou skupinou duševně nemocných. (Horáková, 2017)

Chráněné bydlení je dle ustanovení § 51 ZOSS pobytovou službou, která je určena osobám se sníženou soběstačností ovlivněnou zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním, i tím duševním. Zároveň existuje úskalí, kdy v chráněném bytě mohou bydlet klienti časově omezenou dobu, a to v rozmezí 1 až 1,5 roku. Tato forma bydlení je přechodného rázu, v ideálním případě se klient má vrátit do svého bytu, kde došlo k selhání možných dovedností vlivem ataky nemoci. Další verze je taková, že se navrátí nemocný zpět do rodiny a chráněné bydlení mu sloužilo jako nácvik správných návyků. Pokud rodina nefunguje, neexistuje, klient k ní nemá žádné vazby, tak může využít samostatného bydlení v rámci sociálních bytů. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008)

Další možnou volbou pro bydlení může být **sociální bydlení**, které jsou vhodné pro klienty, kteří chtějí udělat další krok a chtějí se např. osamostatnit od rodiny, která nemusí nemocného podporovat, spíše působí kontraproduktivně ve stabilizaci nemoci. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008) Aktuálně MPSV vede projekt „Podpora sociálního bydlení“ a cílem tohoto projektu je zavedení a rozvoj systému odkazující na sociální bydlení v České republice. Několik obcí se zapojilo do pilotního systému, jedná se o Brno, Chomutov,

Jindřichův Hradec, Kadaň, Křižánky, Most, Ostrava, Otrokovice, Pardubice, Plzeň, Praha 7, Praha 14, Štětí, Velké Hamry, Veselíčko a Vír. Tento projekt je orientován na posilování kompetencí v oblasti sociálního bydlení v kombinaci doprovodných služeb sociální práce. (Sociální bydlení, MPSV, 2022)

Sociální bydlení se opírá o 3 pilíře, které musí navzájem fungovat. Jedná se o bydlení v bytě, využívání metod sociální práce a podpora ze systému sociálních dávek. V rámci Koncepce sociálního bydlení ČR jsou identifikovány stěžejní problémy, jako je vysoké výdaje spojené s bydlením a energiemi, nedostupnost bydlení kvůli nedostatku financí, neefektivní hospodaření s veřejnými prostředky, apod. Problém vychází z nejednotného právního ukotvení, neexistuje zachycující systém při řešení bytové krize. K dosažení co největší efektivity při realizování sociálního bydlení je nutné zapojení mnoha aktérů, které tuto problematiku mohou ovlivnit. Především jde o samosprávu a obecního úřadu, dále o síť sociálních služeb a soukromé majitelé bytů. Směr bytové politiky je klíčový a navazuje na politiku sociální. Samosprávné orgány do svých územních celků a do plánů ohledně bydlení zařadí prioritu ohledně výstavby bytů nebo jejich rekonstrukci pro tyto účely. V návaznosti samostatný sociální odbor prostřednictvím sociálních pracovníků poskytuje sociální poradenství, provádí depistáže a sociální šetření. Důležitým bodem by měla být určitá prevence ztráty bydlení. Společně s bytovým nebo ekonomickým odborem mapují vhodné a volné byty, pro které vyhodnocuje případný pořadník zájemců. (MPSV, Sociální bydlení v ČR, 2021)

VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část diplomové práce vymezuje hlavní cíl a navazující dílčí cíle práce, které jsou následně pomocí transformační tabulky transformovány do tazatelských otázek. Následně je popsána výzkumnou strategie, výzkumný vzorek. Hlavní kapitolou výzkumné části je vyhodnocení získaných výsledků získaných skrze rozhovory se sociálními pracovníky a představiteli města Havlíčkův Brod. Nejsou opomenuty ani možná rizika, která nese kvalitativní výzkum strategie.

7 Výzkumné šetření

Hlavním cílem výzkumné části je zjistit, jak vnímají sociální pracovníci a představitelé města Havlíčkův Brod veřejné opatrovnictví s psychotickým onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče. Vymezení hlavního cíle úzce souvisí s celým tématem diplomové práce. Jelikož se jedná o velmi subjektivní pohled jednotlivých dotazovaných, zvolila jsem kvalitativní výzkumnou strategii. Oslovila jsem celkově 8 respondentů a všichni byli ochotni na toto téma vznést své jedinečné a individuální připomínky. V navazujících kapitolách je podrobně rozpracován průběh výzkumné části.

7.1 Formulace cílů výzkumu

Jak bylo uvedeno výše, **hlavním cílem** výzkumné části diplomové práce je zjistit, jak vnímají vymezené subjekty (sociální pracovníci a představitelé města Havlíčkův Brod) veřejné opatrovnictví s psychotickým onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče.

K hlavnímu cíli jsem stanovila **dílčí výzkumné cíle a dílčí výzkumné cíle druhého řádu**, které pomohou naplnit hlavní cíl diplomové práce. Dílčí cíle druhého řádu jsou stanovy pro přehlednost při porovnávání odpovědí od sociálních pracovníků a představitelů města.

Dílčí výzkumné cíle a dílčí cíle druhého řádu:

DVC 1: **Zjistit, jak jednotlivé subjekty vnímají veřejné opatrovnictví**

DVC 1.1 Zjistit postoj sociálních pracovníků k veřejnému opatrovnictví

DVC 1.2 Zjistit postoj představitelů města Havlíčkův Brod k veřejnému opatrovnictví

DVC 2: **Zjistit, jak jednotlivé subjekty vnímají reformu psychiatrické péče**

DVC 2.1: Zjistit postoj sociálních pracovníků k reformě psychiatrické péče

DVC 2.2: Zjistit postoj představitelů města Havlíčkův Brod k reformě psychiatrické péče

DVC 3: **Zjistit, jak jednotlivé subjekty vnímají bydlení osob s psychotickým onemocněním a s ustanoveným veřejným opatrovníkem**

DVC 3.1: Zjistit, jak hodnotí sociální pracovníci určení veřejného opatrovníka podle aktuálního bydliště

DVC 3.2: Zjistit, jak hodnotí představitelé města Havlíčkův Brod určení veřejného opatrovníka podle aktuálního bydliště

DVC 3.3: Zjistit, jak sociální pracovníci vnímají nynější bytovou situaci pro osoby s psychotickým onemocněním

DVC 3.4: Zjistit, jak představitelé města Havlíčkův Brod vnímají nynější bytovou situaci pro osoby s psychotickým onemocněním

DVC 3.5: Zjistit, jaký mají náhled sociální pracovníci na finanční možnosti k získání bydlení osob s psychotickým onemocněním

DVC 3.6: Zjistit, jaký mají náhled představitelé města Havlíčkův Brod na finanční možnosti k získání bydlení osob s psychotickým onemocněním

DVC 3.7: Zjistit postoj sociálních pracovníků k zajištění bydlení pro osoby s psychotickým onemocněním ze strany veřejného opatrovníka

DVC 3.8: Zjistit postoj představitelů města Havlíčkův Brod k zajištění bydlení pro osoby s psychotickým onemocněním ze strany veřejného opatrovníka

7.2 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka č. 1: Transformační tabulka; zdroj: vlastní

Viz další strana.

Hlavní výzkumný cíl
Zjistit, jak vnímají vymezené subjekty veřejné opatrovnictví osob s psychotickým onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče

Dílčí výzkumný cíl	Dílčí výzkumný cíl 2. řádu	Sada tazatelských otázek
Zjistit, jak jednotlivé subjekty vnímají veřejné opatrovnictví	Zjistit postoj sociálních pracovníků k veřejnému opatrovnictví	<p>Jak vnímáte, že osobám trpící psychotickým onemocněním je ustanoven opatrovník?</p> <p>Jak vnímáte rozdíl mezi veřejným opatrovníkem a opatrovníkem např. z rodiny?</p> <p>Hodnotíte kladněji ustanovení veřejného opatrovníka či opatrovníka z rodinného či blízkého okolí?</p>
	Zjistit postoj představitelů města Havlíčkův Brod k veřejnému opatrovnictví	<p>Jak vnímáte, že osobám trpící psychotickým onemocněním je ustanoven opatrovník?</p> <p>Jak vnímáte rozdíl mezi veřejným opatrovníkem a opatrovníkem např. z rodiny?</p> <p>Hodnotíte kladněji ustanovení veřejného opatrovníka či opatrovníka z rodinného či blízkého okolí?</p>
Zjistit, jak jednotlivé subjekty vnímají reformu psychiatrické péče	Zjistit postoj sociálních pracovníků k reformě psychiatrické péče	<p>Považujete reformu psychiatrické péče za prospěšnou či nikoliv?</p> <p>Máte pocit, že díky reformě psychiatrické péče může ve městě přibýt více osob s psychotickým onemocněním?</p> <p>Vidíte nějaká pozitiva na probíhající reformě psychiatrické péče?</p>

	Zjistit postoj představitelů města Havlíčkův Brod k reformě psychiatrické péče	<p>Považujete reformu psychiatrické péče za prospěšnou či nikoliv?</p> <p>Máte pocit, že díky reformě psychiatrické péče může ve městě přibýt více osob s psychotickým onemocněním?</p> <p>Vidíte nějaká pozitiva na probíhající reformě psychiatrické péče?</p>
Zjistit, jak jednotlivé subjekty vnímají bydlení osob s psychotickým onemocněním a s ustanoveným veřejným opatrovníkem	Zjistit, jak hodnotí sociální pracovníci určení veřejného opatrovníka podle aktuálního bydliště	<p>Myslíte si, že je správné určit veřejného opatrovníka podle aktuálního bydliště?</p> <p>Myslíte si, že by v určení veřejného opatrovníka mělo hrát roli předchozí bydliště posuzovaného?</p> <p>Jaký máte názor k určení veřejného opatrovníka podle toho, že je hospitalizován delší dobu v psychiatrické léčebně?</p>
	Zjistit, jak hodnotí představitelé města Havlíčkův Brod určení veřejného opatrovníka podle aktuálního bydliště	<p>Myslíte si, že je správné určit veřejného opatrovníka podle aktuálního bydliště?</p> <p>Myslíte si, že by v určení veřejného opatrovníka mělo hrát roli dosavadní bydliště posuzovaného?</p> <p>Jaký máte názor k určení veřejného opatrovníka podle toho, že je hospitalizován delší dobu v psychiatrické léčebně?</p>
	Zjistit, jak sociální pracovníci vnímají nynější bytovou situaci pro osoby s psychotickým onemocněním	<p>Vnímáte aktuální bytovou situaci za ideální?</p> <p>Jaké nedostatky vnímáte ohledně bydlení osob s psychotickým onemocněním?</p>

		Znamená pro Vás možnost chráněného bydlení pro osoby s psychotickým ve městě nějaké omezení?
Zjistit, jak představitelé města Havlíčkův Brod vnímají nynější bytovou situaci pro osoby s psychotickým onemocněním	Vnímáte aktuální bytovou situaci za ideální? Jaké nedostatky vnímáte ohledně bydlení osob s psychotickým onemocněním? Znamená pro Vás možnost chráněného bydlení pro osoby s psychotickým onemocněním ve městě nějaké omezení?	
Zjistit, jaký mají náhled sociální pracovníci na finanční možnosti k získání bydlení osob s psychotickým onemocněním	Myslíte si, že osoby s psychotickým onemocněním a ustanoveným opatrovníkem dosahují na ceny nemovitostí? Myslíte si, že osoby s psychotickým onemocněním a ustanoveným opatrovníkem mají finanční úspory?	
Zjistit, jaký mají náhled představitelé města Havlíčkův Brod na finanční možnosti k získání bydlení osob s psychotickým onemocněním	Myslíte si, že osoby s psychotickým onemocněním a ustanoveným opatrovníkem dosahují na ceny nemovitostí? Myslíte si, že osoby s psychotickým onemocněním a ustanoveným opatrovníkem mají finanční úspory?	
Zjistit postoj sociálních pracovníků k zajištění bydlení pro osoby s psychotickým onemocněním ze strany veřejného opatrovníka	Souhlasíte s tím, že by bydlení měl vždy zprostředkovávat veřejný opatrovník? Myslíte si, že veřejný opatrovník má snazší sehnat bydlení než sám člověk s omezenou svéprávností a trpící psychotickým onemocněním?	
Zjistit postoj představitelů města Havlíčkův Brod	Souhlasíte s tím, že by bydlení měl vždy zprostředkovávat veřejný opatrovník?	

k zajištění bydlení pro osoby s psychotickým onemocněním ze strany veřejného opatrovníka	Myslíte si, že veřejný opatrovník má snazší sehnat bydlení než sám člověk s omezenou svéprávností a trpící psychotickým onemocněním?
--	--

8 Metodika výzkumu

Vzhledem k vybranému tématu diplomové práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Důvodem bylo získání co nejpřesnějších a nejobsáhlejších výsledků, které mohou mezi sebou porovnávat.

Pro získání dat jsem využila metodu sběru dat, konkrétně individuální rozhovory. Jednalo se standardizovaný otevřený rozhovor. Takový rozhovor má své přednosti i slabá místa. Za výhodu lze považovat to, že jsou všem pokládány stejné otázky a je více redukován vliv tazatele. Za nevýhodu můžeme vidět to, že se snižuje flexibilita určitých jedinců ve výpovědích. Otázky během rozhovoru mohou být doplněny případně dovysvětleny. (Hendl, Remr, 2017)

8.1 Kvalitativní výzkumná strategie

Postupem času byla kvalitativní výzkumná strategie, a to především v sociálních vědách, považována za rovnocennou s jinými výzkumy. Z počátku kvalitativní výzkumná strategie byla vnímána jako doplňující k obvyklým kvantitativním výzkumným strategiím. Jak je uvedeno výše, k jedné z mnoha výhod patří získání detailního popisu a proniknutí do hloubky problematiky. Následující výhody kvalitativního výzkumu dle Handla patří např.:

- Zkoumání v přirozeném prostředí
- Nalézání příčinných souvislostí
- Reagování na podmínky a místní situace
- Pružnost výzkumu (možné doplňování, pokládání dodatečných otázek)
- Studování procesů a navrhování teorií (Hendl, 2016)

Kvalitativní výzkum má také i své nevýhody jako např.:

- Obtížná replikace z důvodu nestrukturovaného charakteru
- Výsledky představují spíše subjektivní dojmy
- Nízký počet osob zainteresovaných v rámci určitého kvalitativního výzkumu
- Nízká transparentnost
- Výsledky snáze mohou podléhat osobním preferencím výzkumníka
- Vyšší časová náročnost (Hendl, 2016)

8.2 Zdůraznění vybraného výzkumného vzorku a jeho charakteristika

Samotný výběr výzkumného vzorku jsem si vybrala sama a to na základě zvoleného tématu. Jedná se o sociální pracovníky pracující na Odboru sociálních věcí a školství (zkráceně OSVŠ) při Městském úřadě v Havlíčkově Brodě a představitelé města Havlíčkův Brod. Představitelé města jsem zvolila z toho důvodu, že veřejné opatrovnictví spadá primárně pod starostu města. V případě města Havlíčkův Brod, jsou pověřeni starostou úředníci, kteří vykonávají veřejné opatrovnictví. Jelikož považuji problematiku veřejného opatrovnictví osob s psychotickým onemocněním a reformy psychiatrické péče i za politické téma, zajímaly mě i názory od představitelů města. Výběr považuji za velmi zajímavý, ale prvotní analýza a výběr byl obtížný. Osloveno bylo 8 potenciálních respondentů a všichni vybraní se účastnili polostrukturovaného rozhovoru. Oslovila jsem každého možného respondenta zvlášť, zda by byl ochotný vést rozhovor na dané téma. Až po následném odsouhlasení byla zrealizována osobní schůzka s každým zvlášť, kdy byly systematicky pokládány otázky polostrukturovaného rozhovoru.

Tabulka č. 2: Seznam respondentů; zdroj: vlastní

Označení respondenta	Základní informace o respondentech
R1	Žena, 36 let, sociální pracovnice OSVŠ MěÚ Havlíčkův Brod
R2	Muž, 47 let, sociální pracovník OSVŠ MěÚ Havlíčkův Brod
R3	Muž, 48 let, sociální pracovník OSVŠ MěÚ Havlíčkův Brod
R4	Žena, 31 let, sociální pracovnice OSVŠ MěÚ Havlíčkův Brod
R5	Muž, 60 let, představitel města Havlíčkův Brod
R6	Muž, 58 let, představitel města Havlíčkův Brod
R7	Muž, 64 let, představitel města Havlíčkův Brod
R8	Žena, 66 let, představitelka Havlíčkův Brod

8.3 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal v několika fázích. Nejprve v úvodní fázi, kterou lze považovat za přípravnou, jsem získávala z literatury informace spojené s problematikou celé diplomové práce. Tento krok je stejný i pro získání teoretického podkladu a sepsání teoretické části diplomové práce.

Následně bylo zapotřebí formulovat srozumitelně tazatelské otázky, které dokážou naplnit stanovený hlavní cíl a dílčí cíle výzkumné části. Sestavení otázek pro

polostrukturovaný rozhovor, tak i stanovení cílů jsem konzultovala s vedoucím práce. Otázky byly ještě specifikovány a formulovány tak, aby byly odpovídající i ke stanoveným cílům.

8.4 Sběr dat

Průběh výzkumu probíhal, konkrétně vedení individuálních rozhovorů, od ledna 2022 do začátku května 2022. Po dohodě s jednotlivými respondenty byly domluveny osobní schůzky, na místech dle jejich určení. Nejčastěji byly rozhovory vedeny v samotných kancelářích a poslední schůzka s respondentkou proběhla v prostorách knihovny. Respondenti byly nejprve osloveni skrze emaily, kde bylo jasně specifikováno téma diplomové práce a účel osobní schůzky. V první fázi jsem se snažila plánovat rozhovory se sociálními pracovníky a s představiteli města Havlíčkův Brod až následně. Poslední rozhovor byl proveden na začátku května 2022 s představitelkou města a to z důvodu časových možností jak na straně respondentky, tak i z mých časových důvodů.

Před zahájením rozhovoru s respondentem, bylo znovu představeno téma diplomové práce, hlavní výzkumný cíl a počet otázek, které budou položeny. Zároveň byli seznámeni dotazované osoby se způsobem zaznamenávání dat. Zvolila jsem metodu detailního zapisování odpovědí psanou formou, z důvodu předcházení možných komplikací na reakci záznamu odpovědí na nahrávací zařízení od představitelů města. I tak byly všichni respondenti obeznámeni s používanou anonymitou v celé výzkumné části. S tímto všichni souhlasili a rozhovory proběhly standardně. Odpovědi byly tedy zaznamenávány přímo do notebooku, v podobě podrobných poznámek. Rozhovory trvaly převážně okolo 60 minut, nejdelší dokonce 110 minut s odkazem na obsáhlejší odpovědi.

8.5 Etická rizika výzkumu

Rizika výzkumu nalézám v samotném tématu, kdy aktuální postoje společnosti vůči lidem s omezenou svéprávností v kombinaci s psychotickým onemocněním nejsou rozhodně kladné. S touto cílovou skupinou jsem se úzce setkávala v rámci svého zaměstnání, které v současné době nevykonávám. Jedním z rizik může být i můj profesní postoj a získané zkušenosti.

Oslovení respondentů ve složení sociálních pracovníků a představitelů města bylo záměrné, a to z důvodu konečného porovnání získaných dat. Shromážděná data se odvíjejí od získaných výpovědí jednotlivců. Pokud by byli zvoleni jiní respondenti, mohly by se také lišit v určitých aspektech výsledky výzkumu.

Po dokončení individuálních rozhovorů bylo zřejmé, že by byla přínosná i data přímo od aktérů z prostředí řídí reformu nebo sociálních pracovníků pracujících v CDZ.

Osloveno bylo 8 respondentů, všichni se zúčastnili, poslední rozhovor z časových důvodů tazatelky i výzkumnice byl odložen na květen, jak bylo uvedeno výše.

Během rozhovoru jsem pracovala s emocemi ze strany respondenta, který byl velice negativně naladěný vůči reformě, bylo náročnější se držet tématu a získat tak obsáhlejší odpovědi.

8.6 Metoda analýzy dat

Při vyhodnocování získaných dat byl využit postup otevřeného kódování, který patří k metodě zakotvené teorie. Lze přistoupit k pomalému čtení terénních poznámek a prepisů rozhovorů, ze kterého v ideálním případě lze odhalit určitá témata. Zároveň se vztahují k výzkumným otázkám, k teoretickému základu a lze dosáhnout nových myšlenek prostřednictvím analyzování textu. Způsob, jak otevřené kódování využít je různorodý. Je možné použití podrobné kódování, kdy se prochází slovo po slově, dále kódování odstavců nebo dle celých textů. Prostřednictvím analytického procesu dochází k rozpoznání obecnějších teorií. (Hendl, 2006)

Metoda zakotvené teorie plní funkci systematického shromažďování o zkoumaném jevu a následnou analýzu získaných informací. Základem prováděné metody zakotvené teorie je shoda u pozorování a zjištěných skutečností, dále srozumitelnost a možná kontrola. (Mioviský, 2006)

8.7 Analýza dat a interpretace

Jak bylo uvedeno výše, data pro výzkumnou část jsem získávala prostřednictvím kvalitativního rozhovoru s jednotlivci. Snažila jsem se získat individuální názory a pohledy na dané téma. V následujících podkapitolách jsou data zpracována a rozdělena dle vymezených dílčích cílů, tak aby bylo možné získat odpověď. Ke každému dílčímu cíli je stanovený dílčí cíl 2. řádu a to z toho důvodu, že dochází k porovnání dat z rozhovorů se sociálními pracovníky a představiteli města Havlíčkův Brod.

8.7.1 Zjistit, jak jednotlivé subjekty vnímají ustanovení veřejného opatrovníka

Tímto dílčím cílem jsem chtěla zjistit, jak vůbec je vnímáno veřejné opatrovnictví očima respondentů. Jaký názor mají na ustanovení veřejného opatrovníka, jestli dokážou

porovnat pozitiva i negativa veřejné opatrovnictví a jaké mají preference ohledně opatrovníka z rodinných vazeb.

Dílčí cíl 2. řádu: **Zjistit postoj sociálních pracovníků k veřejnému opatrovnictví**

Dle souboru odpovědí lze vyhodnotit, že postoj sociálních pracovníků k ustanovení opatrovníka osobám s psychotickým onemocněním je spíše kladný. První respondent R1 z řad sociálních pracovníků hodnotí veřejné opatrovnictví jako záležitost, která je běžná, když se rodina odmítne starat. Podobný názor zastává i respondent R2, který poukazuje na vážnost psychotického onemocnění: ... *“ Vzhledem k velmi složité diagnóze to hodnotím kladně... ”* A dva respondenti zdůrazňují existenci jiných alternativ k opatrovnictví, nejprve respondent R3: *„myslím, že je to správné, ale na druhou stranu si myslím, že ostatní nástroje OZ nejsou využívány téměř vůbec.“* Doplnuje respondent 4: ... *„až se vyčerpají jiná podpůrná opatření, která selžou. Nejsem zastáncem toho, aby se každý, kdo má těžší formu duševního onemocnění, omezoval na svéprávnosti.“*

Na otázku volby opatrovníka z rodiny nebo veřejného odpovídá R1: *„To lze vyhodnotit pouze individuálně. Není dobré, pokud rodina „ždíme“ nemocného, tam je samozřejmě pak lepší veřejný opatrovník.“* Velmi podobně hodnotí porovnání i R2, který uvádí: *„velmi individuální, zase záleží na situaci“.* Obdobnou odpověď poskytuje i R3: *„To je individuální. Pokud jsou v rodině špatné vazby, jiné potíže, tak je lepší pro opatrovance ustanovení veřejného opatrovníka.“* Od posledního respondenta nezaznívá individuální postoj, ale kladný postoj k opatrovnictví z rodiny, kdy R4 uvádí: *„...kladněji bych hodnotila opatrovnictví z řad rodiny či blízkého okolí“.*

Dílčí cíl 2. řádu: **Zjistit postoj představitelů města Havlíčkův Brod k veřejnému opatrovnictví**

Představitelé města nezaujmají úplně totožný postoj jako sociální pracovníci, zdůrazňují pomoc nemocnému, kdy uvádí: ... *„krok, který by měl lidem pomoci se zorientovat ve své těžké životní situaci.“* Svůj názor přidává i R6: *„...pomoci se zorientovat ve své těžké životní situaci...“* Pomoc také zdůrazňuje v odpovědi R7: *„Opatrovník se o takto nemocné lidi stará.“*

Dva respondenti veřejné opatrovnictví vnímají více negativně, dokonce R5 přímo uvádí, že: ... *“ vnímám to tak, že to není dobré.“* A poslední respondent R8 říká: ... *“ideální je, když by nepříznivou situaci mohla řešit rodina:“*

Na otázku volby opatrovníka z rodiny nebo veřejného se všichni respondenti z řad představitelů města jednoznačně shodují, že by to měla být rodina. R5 přímo preferuje variantu: ...“ *určení opatrovníka osobu blízkou. Výkon veřejného opatrovnictví je velmi náročné pro úřední osoby.*“ Totožně vypovídá i R6: ...“ *primárně měl být volen opatrovník z rodiny a to proto, že rodina nemocného zná, může mu být opravdu na blízku.*“ Doplnjuje i R7: ...“ *rodina by měla být ta, který vytváří tu podporu a pacienta zná.*“ Jako ideálního opatrovníka z řad rodiny vnímá R8: ...“ *v rodině to funguje mnohem lépe.*“

Ze získaných odpovědí je patrné, že sociální pracovníci se snaží vnímat veřejné opatrovnictví z individuálního pohledu k celé situaci nemocného, neopomíjejí i možné alternativní nástroje k opatrovnictví. Oproti tomu představitelé města se plně shodují, že by opatrovník měl být jmenován z řad rodiny.

8.7.2 Zjistit, jak jednotlivé subjekty vnímají reformu psychiatrické péče

Navazující dílčí cíl je stanoven tak, aby z výpovědí respondentů byly zjištěny postoje sociálních pracovníků a představitelů města Havlíčkův Brod. K naplnění cíle jsou použity otázky směřující k prospěšnosti celé reformy psychiatrické péče, k navýšení počtu osob spadajících pod reformu vůči městu a k možným pozitivům a negativům celé reformy.

Dílčí cíl 2. řádu: **Zjistit postoj sociálních pracovníků k reformě psychiatrické péče**

Zhodnocení reformy psychiatrické péče z odpovědí sociálních pracovníků lze vyhodnotit, že celá reforma je vnímána jako nevyhovující řešení, celkově negativně. Všichni respondenti použili negativní pojmenování ve spojitosti s reformou psychiatrické péče. R1 považuje reformu za finančně nákladnou: ...“ *Vidím reformu prospěšnou zatím pro firmy, neziskovky apod., ale pro klienty spíše ne.*“ Zkušenosti sociálních pracovníků s probíhající reformou neopomíjejí stupňující se problematiku v oblasti bydlení, dle R2: „*Vidím nedořešené věci nebo tak, že nejsou vyřešeny dobře. Hlavně v oblasti bydlení.*“ V souvislosti s bydlením R3 zmiňuje i vážnou problematiku bezdomovectví: „...*máme zkušenosti, že lidé za pobyt v psychiatrické nemocnici nezískají dovednosti a schopnosti samostatného bydlení, ale na druhou stranu kam mají lidé jít? Pod most?*“ Ještě přesnější odpověď nabízí R4: ...“ *Reforma má význam, ale jen pokud by bylo možné s klidem říci, že trh s byty a návazné sociální služby zachytí klienty. V současné chvíli díky reformě přibývá mnoho pacientů, kterým lze s těžší sehnat ubytovnu a někdy ani to ne.*“

K samotné reformě ve spojitosti s veřejným opatrovnictvím se váže další otázka vztahující se na navyšující se počet osob s psychotickým onemocněním a určeným opatrovníkem. Všichni sociální pracovníci se shodli, že nárůst klientů pozorují. Důvody uvádějí různé, R2 a R4 zmiňují rozhodnutí soudu, kdy klienta omezí ve svéprávnosti v průběhu hospitalizace a jmenují město Havlíčkův Brod jako veřejného opatrovníka. Zajímavý argument poskytl R4: ... *“dokonce soudy v řízení o omezení svéprávnosti určí město Havlíčkův Brod jako veřejného opatrovníka, pokud se tu zdržuje více jak 3 měsíce a není předpoklad, že by se vrátil, odkud přišel.”* Místo předchozího bydliště uvádí ve své odpovědi také R4: ... *“opatrovanec se nevrací do místa bydliště z důvodu své historie, nechce se tam prostě vrátit, tak zůstává v blízkosti nemocnice.”*

Poslední otázka směřující k naplnění tohoto cíle se zaměřovala na pozitiva celé reformy psychiatrické péče, které sociální pracovníci pocítují. Opět z celkového vzorku odpovědí jasně vyplývá, že pozitiva není jednoduché pro respondenty nalézt. Ukazuje to odpověď R1: *„Tak žádná pozitiva mě nenapadají, žádná jsem ani nepocítila.“* Respondenti 2 a 4 uvedli pouze vznik CDZ konkrétně: *„Tak ty moc nevidím, pouze vznik CDZ.“*

Dílčí cíl 2. řádu: **Zjistit postoj představitelů města Havlíčkův Brod k reformě psychiatrické péče**

Obdobně jako z odpovědí sociálních pracovníků, tak i z odpovědí představitelů města nezazněla pozitiva k celé reformě psychiatrické péče. Z jejich úvah a zkušeností ji považují za nedokonalou, nesprávnou. Všichni oslovení představitelé města vidí nedostatky a chyby v procesu reformy psychiatrické péče ve spojitosti s veřejným opatrovnictvím osob s psychotickým onemocněním. Dokládá to odpověď R5: *„Samospráva nemá mnoho informací o reformě a to chci opravdu zdůraznit. Nelíbí se mi, že velká skupina do šablony se vůbec nevejde.“* Negativní postoj projevuje odpověď R6: *„Průběh reformy nevidím zatím jako nějaký prospěšný jak pro ty pacienty, tak pro město, kde se nacházejí velké psychiatrické nemocnice.“* Jako špatné východisko a možný profit vnímá R7: ... *“vidím to jako špatné řešení psychiatrické péče. Z reformy budou hlavně profitovat neziskovky a ne samotní pacienti.“* Neutrální postoj vyjadřuje R4 a spíše hodnotí aktuální pocity: ... *„Dle mého pohledu selhal institut CDZ, kdy nefungují ve všech okresech, tak jak bylo slíbeno.“*

Též byla představitelům města položena otázka vztahující se na navyšující se počet osob s psychotickým onemocněním a určeným opatrovníkem. Všichni odpověděli, že díky reformě narůstá počet osob s psychotickým onemocněním a určeným veřejným opatrovníkem ve městě Havlíčkův Brod. Některé odpovědi opravdu ukazují jejich obavy, R5 uvádí: „*Ano. A není to pocit, ale přímo obava. Je to logické, na tom je postavena reforma.*“ Zvýšenou koncentraci mimo jiné R6 přisuzuje k místní psychiatrické nemocnici: „...*,je to kvůli reformě, taky, že je zde velká psychiatrie a hlavně během hospitalizací dojde k tomu, že mnoho pacientům je ustanoveno město Havlíčkův Brod jako veřejný opatrovník.*“ Další výrok zněl od R7: „... *ono to tak opravdu je a přibylo 20x více pacientů v rámci opatrovnictví.*“ A byla i vyzdvížena cílová skupina osob s psychotickým onemocněním ve vztahu k opatrovnictví, zmiňuje R8: „... *tento druh klientů s duševním onemocněním teď tvoří nejvíce soubor opatrovanců, o které se stará město Havlíčkův Brod.*“

Poslední otázka směřující k naplnění tohoto cíle se zaměřovala na pozitiva celé reformy psychiatrické péče, které představitelé města pocítují. Všichni představitelé velmi obtížně hledali možná pozitiva na celé reformě. Existuje určité pochopení, z jakého důvodu probíhá samotná reforma, jak uvádí R5: „*Chápu, že nemocnice léčí a tato léčba je nákladná, proto má dojít ke snížení lůžek – prostě je to drahé.*“ Obdobně reaguje R6: „... *oceňuji prvotní snahu a vízi, že by pacienti s duševním onemocněním neměli trávit dlouhodobě život.*“ Jako jediný R7 uvádí pozitivum vznik CDZ: „*Jako jediné pozitivum vidím ve vzniku CDZ, ale opět je to nedostatečné.*“ Oproti tomu poslední R8 nedokáže uvést žádné pozitivum, říká: „*Nedokážu najít pozitiva. Mrzí mě to, že PNHB funguje více než 100 let, ale takové problémy jsem do této chvíle, kdy probíhá reforma, nepocítovala.*“

Po vyhodnocení získaných odpovědí jak od sociálních pracovníků, tak od představitelů města Havlíčkův Brod je zřejmé, že vnímání celé reformy psychiatrické péče je vnímáno velmi negativně, respondenti velmi obtížně hledají pozitiva a pokud nějaké uvedou, tak opět jako nedostatečné. Nelze opomenout postoj k navyšující se mu počtu osob s psychotickým onemocněním s ustanoveným veřejným opatrovníkem, kdy všichni respondenti ukazují na shodu v navyšování počtů klientů.

8.7.3 Zjistit, jak jednotlivé subjekty vnímají bydlení osob s psychotickým onemocněním a s ustanoveným opatrovníkem

Poslední dílčí cíl je zaměřen na to, jak sociální pracovníci i představitelé města hodnotí **dostupnost bydlení** ve spojitosti s veřejným opatrovnictvím, psychotickým onemocněním a reformou psychiatrické péče. Respondenti vypovídali všechny možné komplikace v možnosti bydlení, vlivy financí a aktuální bytové nabídky, tak aby byl naplněn tento dílčí cíl. Opět byly použity dílčí cíle 2. řádu pro získání odpovědí, které lze porovnat.

Dílčí cíl 2. řádu: Zjistit, jak hodnotí sociální pracovníci určení veřejného opatrovníka podle aktuálního bydliště

Ze získaných odpovědí lze vyčíst, že sociální pracovníci pracují s pojmem „*aktuální bydliště*“ jako s lokalitou psychiatrické nemocnice, kde je pacient hospitalizován. Za nesprávný tento krok považují R1 a R4. Dále prezentuje R2 pohledy, které se vztahují k minulosti opatrovanci, zároveň praktické poznatky: ... *“takto se některé obce „zbavují“ nepohodlných klientů.“* Kladnější postoj k určení opatrovníka k aktuálnímu bydlení zaujal R3: *„...je to lepší pro jakékoliv vyřizování záležitostí ohledně opatrovance.“*

K otázce, zda by mělo předchozí bydliště hrát roli v určení opatrovníka, se vyjadřovali respondenti nejednotně. R1 a R4 souhlasí s tím, aby předchozí bydliště hrálo roli při jmenování veřejného opatrovníka, dokládá odpověď: ... *“mělo by to hrát roli a soud by měl zvážit všechny okolnosti.“* Obdobně říká R4: *„Určitě ano, pokud to lze.“* Jeden ze zajímavých pohledů, konkrétně R2 upozorňuje na absenci sociálních služeb v menších obcích, které jsou potřebné pro osoby s psychotickým onemocněním a uvádí: *„Malá vesnice/obec by se o něj sice měla postarat, ale asi těžko mohou zajistit kompletní zázemí.“* R3 hodnotí za lepší variantu, když je možné opatrovnictví vykonávat v místě, kde se nachází opatrovanec a odpovídá: *„Je to lepší pro navázání spolupráce, vyřizování záležitostí opatrovance.“*

Na tuto otázku navazovala následující, kdy sociální pracovníci posoudili určení veřejného opatrovníka osobám s psychotickým onemocněním při probíhající hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Ze získaných odpovědí vzešlo, že tento způsob určení opatrovníka není vhodný. Respondenti vidí jako nedostatečné to, že pacient nezná okolí města, jak popisuje R1: ... *“město vůbec neznají, mají opatrovníka Havlíčkův Brod a po*

navázání kontaktu tu převážně zůstanou.“ Podobně zní odpověď od R2: ... *„Pacient se nedostane během hospitalizace ven, nepozná město a není žádná navázaná spolupráce se sociálními pracovníky na obci.*“ R3 svou odpověď více konkretizoval na dlouhodobou hospitalizaci a uvedl i jiný pohled na možnost opatrovnictví: ... *“pokud se jedná o dlouhodobou hospitalizaci, mělo by být rozhodnuto jinak. Pokud zdravotní stav neumožní brzké propuštění, ale bude se jednat o řadu let, tak by mohla být i varianta bez opatrovníka.*“ Svůj postoj v odpovědi vyjadřuje i R4: *„Často je situace neřešitelná, když se jedná o pacienta bez domova a stále putujícího po okolí či jiném kraji.*“

Dílčí cíl 2. řádu: Zjistit, jak hodnotí představitelé města Havlíčkův Brod určení veřejného opatrovníka podle aktuálního bydliště

Ze získaných odpovědí k položené otázce ohledně správnosti určení veřejného opatrovníka podle aktuálního bydliště, jsou postoje představitelů města jednoznačné. Všichni se odkazovali na institut **domovské obce**. R5 uvádí: ... *“ Domnívám se, že by měla existovat „domovská obec“. Soud by měl testovat vazbu na předchozí život, pokud to lze, tak hledat vazbu.*“

Velmi podobnou odpověď uvádí R6 i R8: *„Jsem zastávce toho, že by měla existovat „domovská obec“ a podle toho veřejného opatrovníka jmenovat.*“ *„Dobré by bylo se vrátit k domovské obci a každá obec je schopna se postarat o malý počet klientů. Nenechávat to pouze na městě, kde se nachází velká psychiatrická nemocnice.*“

R7 popisuje svůj postoj k jmenování opatrovníka ve spojitosti s hospitalizací: *„Soudce řekne, že pacient si ve městě zvykl, že tu nadále bude probíhat léčení či jiný pobyt. Zapomnělo se na post domovské obce. Je to zcestné takové rozhodnutí.*“

K otázce, zda by mělo předchozí bydliště hrát roli v určení opatrovníka, jsou velmi podobné odpovědi, ve který znovu zaznívá domovská obec nebo předešlé bydliště, jak říká R6: ... *“měl by soud aktivně zjišťovat předchozí vazby na město nebo obec nemocného.*“ Respondenti svá tvrzení opírají o obavy, které uvádí R8: ... *“ Všichni zůstanou a město to nemůže ustát, nyní se dostáváme na hranici únosnosti.*“

K problematice hospitalizace a určení opatrovnictví během ní, se staví představitelé města opět jednoznačně a kriticky. Racionální pohled vysvětluje R6: *„Hospitalizace neznamená, že tu opatrovanec žije.*“ Velmi kriticky se staví se svým názorem R5: *„Je to nesmysl. Pacient/opatrovanec nemá žádné informace o městě, žádné vazby, nemá se na*

koho obracet, jak byl naučenej a to není rozhodně dobře. Zde ho propustí a jen ví, že má opatrovníka Havlíčkův Brod a to je všechno.“ Podobně odpovídá R8: Myslím si, že to je velice nešťastné rozhodnutí, každý odněkud pochází.“ R7 vysvětluje i svůj pohled na řešení: „Pacient by se měl vrátit tam, odkud přišel.“

Dílčí cíl 2. řádu: **Zjistit, jak sociální pracovníci vnímají nynější bytovou situaci pro osoby s psychotickým onemocněním**

Sociální pracovníci na základě položených otázek zhodnotili aktuální bytovou situaci. Opět se odpovědi hodně shodovaly. Bytovou situaci, týkající se osob s psychotickým onemocněním a ustanoveným opatrovníkem, vnímají jako katastrofální, neúnosnou, neideální. R1 uvádí: *„Aktuální situaci vidím jako příznivější pro obyčejné lidi, ale rozhodně ne pro lidi s duševním onemocněním.“ R3 popisuje i možný případ z praxe: „Někteří mají na kontech např. 1,5 mil., ale nestačí jim to ani na nákup garsoniéry a navíc by důchod nepokryl náklady a provoz bydlení.“ Kritický pohled uplatňuje ve své odpovědi R4: „Mnoho pronajímatelů ceny nemovitostí uměle navyšuje, využívá závislosti klientů/pacientů na dávkách hmotné nouze apod., chybí noclehárna či podporované bydlení dlouhodobého charakteru. Chráněné bydlení pro potřebné osoby s psychotickým onemocněním na dobu 2 let opravdu nic nevyřeší.“ A do odpovědi R4 zapojuje propojení reformy psychiatrické péče a bytové krize: *„...někteří ti pacienti/následně opatrovanci nejsou schopni žít samostatně. Celkově reforma s tímto nepočítá. Mluví se o tom, aby pacienti opustili psychiatrickou nemocnici, kde „trpí“ a mohly žít „plnohodnotný život“ ve svém bytě. To prostě není ideální.“**

Své postoje k bytové situaci a k cílové skupině měli upřesnit v návaznosti na další položenou otázku. Jednalo se o nedostatky bydlení. Všichni pracují v odpovědích s možnými **předsudky, stereotypy** vztahující se k osobám s omezenou svéprávností a psychotickým onemocněním. Jedná se o individuální posouzení možných nedostatků, tak jak popisuje R1: *„Vidím to tak, že každý je individuální se svými potřebami a tak to funguje i s bydlení u těchto osob. U některých pacientů to může být až nebezpečné (plyn v panelovém domě apod.).“* Další pohled R2 zdůrazňuje podporu a hodnotí situaci: *„Dle zkušeností a různých diagnóz potřebují podporu. Nepozorují, aby si usilovně hledali zaměstnání, hledaly hodnoty, tvořily vazby na město. Spíše chtějí utrácet finance, které jim byly vyřizeny v podobě dávek, invalidních důchodů nebo v horším případě udělají dluhy. Oproti tomu R3 používá kritiku vůči reformě: „Reforma nepočítá s tím, že lidé*

z nemocnice mají po propuštění někde bydlet, ukončení léčby nenavazuje na následní počínání.“ Podobně popisuje situaci i R4: ... “každý nemocný je individuální a s jinými potřebami. Navíc vzhledem k finančním možnostem se dostáváme do problému, že ti lidé nemají mnohdy ani na zaplacení „obyčejné“ ubytovny, která je pro ně navíc velmi rizikové prostředí.“

Respondenti byli dotazováni na jejich postoje vůči osobám s psychotickým onemocněním a ustanoveným veřejným opatrovníkem a měli vyhodnotit existující omezení spojené s existencí chráněného bydlení ve městě. Nikdo z dotazovaných **nevyhodnotil** chráněné bydlení **jako omezení nebo riziko**, přesně uvádí R1: *„V chráněním bydlení v našem městě nevidím omezení.“*

Nebylo však výjimkou kritika fungování této sociální služby, jak popisuje R2: *„Chráněné bydlení ano, je dobře, že tu ve městě je Pokud je v chráněném bydlení klient rok a skrze sociální práci nejsou pracovníci schopni rozvinout sociální dovednosti, měl by se vrátit zpět do psychiatrické nemocnice. Realita je taková, že i takové klienty usilovně chtějí dostat do běžného života a bydlení.“* Další vyjádření R3 ukazuje na to, jak chybí dostupné a odpovídající bydlení: *„Chráněné bydlení je na dobu určitou, opatrovanec si tam zvykne, obstojí, ale návazné bydlení prostě není, není to kam rozvinout.“* Dobu určitou zmiňuje také R4: *... “ vidím velkou chybu v tom, že je chráněné bydlení omezeno na 2 roky. Pak nám tu chybí bydlení pro takové osoby, navíc ani za 2 roky nemohou udělat další krok k samostatnému bydlení.“*

Dílčí cíl 2. řádu: **Zjistit, jak představitelé města Havlíčkův Brod vnímají nynější bytovou situaci pro osoby s psychotickým onemocněním**

Stejně jako sociální pracovníci, tak i představitelé města Havlíčkův Brod na základě položených otázek, zhodnotili aktuální bytovou situaci. Bytovou situaci týkající se osob s psychotickým onemocněním a ustanoveným opatrovníkem vnímají jako **tristní**, zhoršující se, jak uvádí R6: *„Dlouhodobě se situace zhoršuje s dostupným bydlením.“* Navazuje podobně R8: *... “sociálních bytů na bytovém trhu je málo. Stát by se k tomu měl postavit čelem.“* Respondenti 5, 7 zahrnují do své odpovědi osobní vyhodnocení situace v určitém porovnání: *... “ nejsou byty ani pro občany města Havlíčkův Brod, sociálně znevýhodněné, natož pro osoby s bydlištěm mimo město.“* Další názor R5: *„Obtíž je také v tom, že pokud klient neobstojí v chráněném bydlení, tak je to velmi obtížné.“*

Své postoje k bytové situaci a k cílové skupině měli upřesnit v návaznosti na další položenou otázku, jako sociální pracovníci. Jednalo se o nedostatky bydlení s pojené s cílovou skupinou. Ve většinové shodě to byly **předsudky, finance a nedostatečná nabídka bytů**, což dokazuje odpověď R5: „*Předsudky okolí. Lidé, myslím hlavně sousedé, budou mít strach, že opatrovanec něco vyvede (nechá puštěný plyn, svíčku, vytopení apod.). Dále jsou to velké finanční problémy.*“ Podobně odpovídá R6: „*Finanční krize, nedostatek bytů, které by byly vhodné pro takovouto cílovou skupinu. Navíc i ostatní občané, hlavně sousedé mají obavy, pokud vedle nich bydlí člověk, který má projevy duševního onemocnění.*“ Obavy a určité porovnání zmiňuje R8: „*Vnímám 2 skupiny. O jedné vůbec nevíme, dodržují léčbu a vysoutěží třeba i nájemní městský byt. Druhá skupina zájemců o bydlení, ta je komplikovanější, protože nedodržují léčbu, stávají se nebezpeční svému okolí a samy sobě (např. puštěný plyn, zanedbané bydlení).*“ Celkem odlišný pohled, který se v odpovědi neopakuje, uvádí R7: ... „*80 % osob omezených a s duševním onemocněním nemůže žít bez dozoru, navíc je velmi náročné vůbec pro město najít pracovníky na pozici veřejného opatrovníka.*“

Respondenti byli dotazováni na jejich postoje vůči možnému omezení vztahující se k existujícímu chráněnému bydlení ve městě. Všichni představitelé města k chráněnému bydlení uvádějí možné **omezení** nebo **riziko**. Jednoznačně riziko nebo omezení spatřují v navyšování počtu pacientů, případně opatrovanců zdržující se ve městě. R5 vysvětluje možné riziko: „*Nevidím jako omezení, spíše jako riziko.* Stejně tak i R6: ... „*riziko v navýšení výskytu osob na hraně bezdomovectví.*“ Jinak to popisuje R7: „*Ano, navyšuje se počet pacientů, kteří po ukončení chráněného bydlení zůstanou ve městě bez následného bydlení.*“ Poslední respondentka nejprve neoznačila chráněné bydlení jako omezení, ale svou odpověď upřesní: „*Chráněné bydlení je v pořádku, ale nejsem si jistá, jestli jsou tam pouze klienti, kteří to zvládnou. Ale z druhé pohledu, je to spíše pro město Havlíčkův Brod handicap, tyto klienti zde opět zůstávají.*“

Dílčí cíl 2. řádu: **Zjistit, jaký mají náhled sociální pracovníci na finanční možnosti k získání bydlení osob s psychotickým onemocněním**

Tato oblast úzce souvisí s předešlým tématem bytové situace. Otázky byly sestaveny tak, aby sociální pracovníci mohli odpovědět k finančním východiskům vztahující se k osobám s psychotickým onemocněním a ustanoveným veřejným opatrovníkem. Navíc i které ovlivňuje reforma psychiatrické péče. Otázky byla směřovány na ceny nemovitostí

a možný dosah pro cílové skupiny. Z odpovědí lze vyčíst shodu v tom, že bez úspor, osoby s psychotickým onemocněním a určeným opatrovníkem **nedosahují na ceny nemovitostí**. R1 popisuje svůj pohled na aktuální stav: ... *“všechno je drahé, městské byty jdou také nahoru. Navíc opravdu chybí sociální pobytové služby. Situace se spíše vyvíjí tak, že klienti budou „na ulici“.*“ Podobně reaguje R2: *„Pokud je opatrovanec delší dobu v psychiatrické nemocnici, tak si našetří a může mu opatrovník pomoci a hlavně ovlivní výdej peněz. Když nemá nic, tak není možné nic ušetřit.*“ Další podobný názor říká R4: *„Rozhodně ne, pokud nemají nějaké velké úspory. Nemají často ani na ubytovnu.“* R3 upozorňuje na utrácení opatrovanců: *„Lidé omezení ve svéprávnosti své finance spíše chtějí značně utrácet. V druhém případě se ve spolupráci s veřejným opatrovníkem snaží ušetřit úspory, ale ty zdaleka nestačí na nákup bydlení, mohou přispět pouze na možný nájem.“*

Skrze otázku směřující na finanční úspory, sociální pracovníci odpovídali, zda osoby s psychotickým onemocněním a ustanoveným veřejným opatrovníkem mají finanční úspory. R1 hodnotí situaci: *„Opatrovníci se snaží šetřit peníze, ale opatrovanci hodně naléhají a finance chtějí utrácet za svoje aktuální potřeby (mobily, elektronika, tabák, alkohol, apod.)“* Stejně smýšlí i R2: *„Veřejný opatrovník se může snažit výdaje ovlivnit a snaží se i o zajištění úspor.“* Poslední dva respondenti zastávají názor, že opatrovník velmi může pomoci v našetření finanční rezervy, přesně hodnotí R8: *„Opatrovník jim velmi může pomoci k zajištění úspor, často i on koriguje výdaje opatrovance, aby vůbec došlo k úhradě bydlení, pokud ho dotýčný má.“* R7 znovu pracuje s kritickým myšlením: *„Ve spolupráci se s veřejným opatrovníkem snaží ušetřit úspory, ale ty zdaleka nestačí na nákup bydlení, mohou přispět pouze na možný nájem, kdy malometrážních bytů je velký nedostatek.“*

Dílčí cíl 2. řádu: **Zjistit, jaký mají náhled představitelé města Havlíčkův Brod na finanční možnosti k získání bydlení osob s psychotickým onemocněním**

Tato oblast úzce souvisí s předešlým tématem bytové situace. Otázky byly sestaveny tak, aby představitelé města mohli odpovědět k finančním východiskům vztahující se k osobám s psychotickým onemocněním a ustanoveným veřejným opatrovníkem. Navíc které i ovlivňuje reforma psychiatrické péče. Otázky opět byly směřovány na ceny nemovitostí a možný dosah pro cílovou skupinu. Představy o finančních úsporách nebyly

tak jednoznačné jako u sociálních pracovníků, spíše nedokázali představitelé města vyhodnotit existenci možných úspor.

Finance a možnou dostupnost bydlení hodnotí představitelé města adekvátně, označují to jako **obtížné**. R5 komentuje aktuální stav: „*Nedosahují, to je ten problém. Dneska byt 2+1 v Havl. Brodě je za 10.000 Kč, to je neřešitelné.*“ Dostupnost bydlení kriticky hodnotí i R6: „*Finanční krize, vývoj cen nemovitostí, to je pro tyto lidi problém.*“ Odlišný pohled, méně kritický zmiňuje R8: „*Hraje roli to, jestli pracovali, jaká byla předchozí sociální situace, jak žili, co mají našetřeno, zda pobírají důchod nebo jiné dávky, tak má možná i tato cílová skupina možnost dosáhnout na komerční bydlení, ale pokud žijí ze dne na den, jsou odkázáni na hmotnou nouzi, pak je to nemožné zajistit.*“

Skrze otázku směřující na finanční úspory, představitelé města Havlíčkův Brod odpovídali, zda osoby s psychotickým onemocněním a ustanoveným veřejným opatrovníkem mají finanční úspory. Z odpovědí vyhází, že představitelé města nedokážou odhadnout možné finanční rezervy osob psychotickým onemocněním a ustanoveným veřejným opatrovníkem. Pouze jedna z odpovědí zachycuje možnou existenci úspor, zmiňuje R8: „*Myslím, že ano, opatrovník myslí na jejich zadní vrátka a to i za cenu nepřijemného jednání, sprostého jednání ze strany opatrovanců.*“

Dílčí cíl 2. řádu: **Zjistit postoj sociálních pracovníků k zajištění bydlení pro osoby s psychotickým onemocněním ze strany veřejného opatrovníka**

K tomuto výzkumné cíli byly sestaveny otázky ke zjištění, zda sociální pracovníci souhlasí s variantou, kdy veřejný opatrovník vždy zajišťuje bydlení a zda je zároveň pro něj snazší sehnat bydlení než když se pokouší osoba s psychotickým onemocněním. Z odpovědí od sociálních pracovníků zaznívá **nesouhlas** s tím, aby vždy veřejný opatrovník zajistil bydlení. R1 nesouhlasí: ...“*to nesouhlasím. Pokud klient požádá sociálního pracovníka nebo opatrovníka, tak pak na tom nic špatného nevidím.*“ Podobně smýšlí R4: „*Vždy ne, ale měl by být v obraze, tak aby mohl opatrovance případně ochránit.*“

O možné dohodě a spolupráci hovoří R2: „*Mám na to názor takový, že „poslední slovo“ by měl mít opatrovanec s podporou opatrovníka, mělo by dojít k dohodě.*“

Jediný **souhlas** uvádí R3: „*Určitě ano, má za to jistou zodpovědnost, koriguje následné kroky.*“

Dále sociální pracovníci posuzovali výchozí pozice veřejného opatrovníka při zajišťování bydlení pro cílovou skupinu. Dva respondenti se shodují, že přítomnost veřejného opatrovníka vzbuzuje **obavy a předsudky**, tak uvádí R1:*„snazší to nemají. Opatrovník automaticky v lidech vzbuzuje nedůvěru, stigmatizaci.“* R4: ... *„někdy přítomnost opatrovníka může způsobit předsudky a potvrdit zaryté stereotypy.“*

Stejně výchozí pozice hodnotí R3: *„někdy přítomnost opatrovníka může způsobit předsudky a potvrdit zaryté stereotypy.“*

Odlisný názor prezentuje R2: *„Podpora vedení nesměruje tak, aby pro tuto cílovou skupinou byly uvolňovány městské byty. Není dostatek bytů pro „normální lidi“, to je ten největší problém. U pronajímatele může mít úředník/opatrovník lepší pozici než samotný duševně nemocný.“*

Dílčí cíl 2. řádu: **Zjistit postoj představitelů města Havlíčkův Brod k zajištění bydlení pro osoby s psychotickým onemocněním ze strany veřejného opatrovníka**

K tomuto výzkumné cíli byly sestaveny otázky ke zjištění, zda představitelé města Havlíčkův Brod souhlasí s variantou, kdy veřejný opatrovník vždy zajišťuje bydlení a zda je zároveň pro něj snazší sehnat bydlení než když se pokouší osoba s psychotickým onemocněním. Od tří představitelů města zaznívá **nesouhlas** s tím, aby bydlení zprostředkoval vždy veřejný opatrovník. R5 dokonce označuje situaci za zoufalou: *„Ne, tady se ukazuje zoufalost celé situace, vlastně veřejný opatrovník by měl vyřešit neřešitelné.“* Navazuje R6: *„Vím, že se to od něj očekává, ale to je právě ta neřešitelná situace.“* Razantně projevil nesouhlas R3: *„Absolutně s tímto nesouhlasím.“*

Přímý nesouhlas neuvádí R8, spíše pracuje s ideálním možným řešením: *„Záleží na zdravotním stavu na klienta. Značka ideál by byla, pokud veřejný opatrovník by měl možnost zprostředkovat adekvátní bydlení. Problém je, že toto adekvátní bydlení HB nemá.“*

Dále představitelé města Havlíčkův Brod posuzovali výchozí pozice veřejného opatrovníka při zajišťování bydlení pro cílovou skupinu. Všichni se shodují, že veřejný opatrovník oproti nemocnému trpícím psychotickým onemocněním má snazší sjednávání bydlení. Ve dvou uvedených odpovědích se objevují určité stereotypy, jak zmiňuje R7: *„V tomto ohledu opatrovník má výhodu, že má přehled o dostupnosti a finančních možnostech opatrovance. Naopak klienti mají svůj svět.“* Také R8: *„Ano, je to pro něj*

snazší. Pokud by ta bytová situace byla příznivější, tak by i veřejný opatrovník měl snazší bydlení sehnat a zajistit opatrovanci bydlení. S opatrovníkem, si myslím, že pronajímatelé jsou ochotni spolupracovat a domluvit se na případných podmínkách. Více než samotný klient s duševním onemocněním.“

8.8 Shrnutí dílčích cílů a získaných dat

Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjistit, jak vnímají vymezené subjekty veřejné opatrovnictví osob s psychotickým onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče. K naplnění hlavního cíle jsem sestavila dílčí výzkumné cíle, které mají pomoci zodpovědět hlavní výzkumnou otázku. Dílčí cíle jsem více specifikovala na úroveň 2. řádu z důvodu možného porovnání odpovědí o dvou různých respondentů (sociální pracovníci, představitelé města Havlíčkův Brod).

První dílčí výzkumný cíl směřoval k zjištění postojů k veřejnému opatrovnictví z pohledu sociálních pracovníků a představitelů města Havlíčkův Brod. Konkrétně postoj k ustanovení opatrovníka, dále možnou volbu při jmenování opatrovníka z oblasti rodiny nebo naopak volba veřejného opatrovnictví.

Sociální pracovníci vnímají ustanovení opatrovníka osobám trpící psychotickým onemocněním **kladně**, dokonce to pojmenovali jako možnou pomoc. Zároveň dva respondenti poukázali na možné alternativy, které nejsou tak využívané jako samotné ustanovení opatrovníka. Více shodně se vyjadřovali k možnému výběru opatrovníka z rodiny, poukázali na **individualitu** každého případu a různost vazeb v rodině. Zároveň dokázali vymezit možná **rizika** chování v rodině. Jeden respondent se více nakláněl k variantě opatrovníka z rodiny a nezmínil úvahu nad individuální situací patřící ke každému nemocnému.

Oproti tomu **představitelé města Havlíčkův Brod** popsali postoj k opatrovnictví osob s psychotickým onemocněním spíše **záporně**. Ustanovení opatrovníka obecně sice vnímají jako **pomoc**, ale jeden z respondentů zhodnotil možné opatrovnictví jako **špatné řešení**. V posouzení jmenování opatrovníka z řad rodiny nebo veřejného došlo k naprosté shodě všech představitelů města, že by měla zastupovat opatrovance především **rodina**.

Druhý výzkumný cíl byl zaměřen na získání přehledu o možných postojích sociálních pracovníků a představitelů města Havlíčkův Brod k probíhající reformě psychiatrické péče.

Sociální pracovníci zastávají postoj k reformě spíše **negativní**, uvedli mnoho navazujících nedostatků hlavně v oblasti **bydlení**, které chybí. Vznik CDZ vnímají kladně, ale s nedostatky. Fungování **CDZ** bylo uvedeno jako **jediné pozitivum** celé reformy psychiatrické péče. Reforma, dle výpovědí sociálních pracovníků, ovlivňuje narůstání počtu osob s psychotickým onemocněním ve městě Havlíčkův Brod z důvodu provozování velké psychiatrické nemocnice. Úskalí vidí v tom, že tito pacienti jsou často **soudem omezeni** a jmenován je veřejný opatrovník dle **aktuálního bydliště**, tedy město Havlíčkův Brod a nevrací se zpět po ukončené hospitalizaci do původních míst.

Představitelé města Havlíčkův Brod považují komplexně reformu psychiatrické péče za **neprospěšnou, špatnou, problematiku a bez výhod**. Zazněl názor i nedostatečné informovanosti samosprávy. Obdobně jako sociální pracovníci projevili představitelé města **obavy z nárůstu počtů osob** propuštěných ze zdejší psychiatrické nemocnice. Vyšší koncentraci osob s psychotickým onemocněním přisuzují soudnímu rozhodnutí o jmenování veřejného opatrovníka podle **aktuálního bydliště**. Dalším zajímavým zjištěním je, že obě dotazované **skupiny nedokážou pojmenovat pozitiva reformy psychiatrické péče**.

Třetí výzkumný cíl byl zaměřen na získání přehledu o problematice bydlení, které doprovází osoby s psychotickým onemocněním a ustanoveným veřejným opatrovníkem. Sociální pracovníci a představitelé města Havlíčkův Brod zhodnotili aktuální bytovou situaci, nedostatky bydlení, možnost chráněného bydlení, finanční stránku a možné úspory. Závěrem se vyjádřili k procesu sjednávání bydlení ze strany veřejného opatrovníka.

Sociální pracovníci obecně vnímají v tuto chvíli bydlení jako **nedostatečné, nepřipravené** na počet propuštěných pacientů spadající do reformy psychiatrické péče. Jako nesprávné řešení je vnímáno ustanovení veřejného opatrovníka podle aktuálního bydliště, což může být město, kde se nachází psychiatrie. Respondenti z řad sociálních pracovníků poukázali na **absenci komplexních služeb, hlavně pobytových, v menších obcích**. Jmenováním opatrovníka města Havlíčkův Brod sociální pracovníci pociťují **náročnost** v zajištění dostupných služeb a zajištění jakékoliv formy bydlení. Jejich postoj k aktuální bytové situaci je **skeptický až katastrofální**. U dvou vedených rozhovorů ze strany sociálních pracovníků zazněly **předsudky** či možné **stereotypy** vůči bydlení osob trpících psychotickým onemocněním. Ostatní dva pohledy sociálních pracovníků více

kriticky zohledňovali **vývoj cen nemovitostí**, i jako možnou překážku pro náročné získání bydlení pro tuto cílovou skupinu.

Chráněné bydlení je vnímáno jako **vhodné** bydlení po ukončení hospitalizace, není vnímáno jako omezení pro město Havlíčkův Brod očima sociálních pracovníků. Zajímavým výstupem je, že sociální pracovníci zapojeni do tohoto výzkumu, považují **fungování chráněného bydlení za nedostatečné**. Upozorňovali na úskalí doby určité možného bydlení v této pobytové službě a absenci navazující pobytové služby či sociálních bytů. Pracují s tím, že bydlení není kam rozvinout.

Finanční dostupnost bydlení pro nemocné s psychiatrickou diagnózou je podle úvahy sociálních pracovníků **nedosažitelná** pro cílovou skupinu. Objevil se názor, že se bytová situace vyvíjí tím směrem, že klienti budou „na ulici“. Úvahy nad možnými úsporami sociální pracovníci směřovali ke schopnostem veřejného opatrovníka, který se snaží úspory vytvořit a korigovat neuvážené výdaje. Poslední otázka měla vést respondenty k úvaze o zprostředkování bydlení za pomoci veřejného opatrovníka. Názorově dle výpovědí dochází k určité **shodě**, že veřejný opatrovník měl být účasten při vyřizování bydlení, avšak není to považováno za nutnost.

Představitelé města Havlíčkův Brod hodnotí na obecné rovině dostupnost bydlení za **tristní, zhoršující se a neideální**. Z jejich pohledu je neudržitelná dostupnost pro místní obyvatele, natož pro osoby zdravotně znevýhodněné s jiným bydlištěm. Problém přisuzují i k existujícím **předsudkům** ostatních občanů k této cílové skupině. Další názor zdůraznil **povinnost státu** vůči bytové politice. Jejich další pohled na možnost získání bydlení pro osoby s psychotickým onemocněním a ustanoveným veřejným opatrovníkem ovlivňují různé překážky na straně klienta – **předsudky okolí, finance, absence adekvátního bydlení, nesamostatnost pacientů, problémovost pacientů**.

Chráněné bydlení je vnímáno jako **riziko**, toto pojmenování zvolili dva respondenti z řad představitelů města Havlíčkův Brod. Negativně hodnotí navyšující počet nových pacientů s psychotickým onemocněním, kteří před hospitalizací bydleli jinde.

Finanční dostupnost bydlení pro nemocné s psychiatrickou diagnózou pojmenovali představitelé města jako **problémovou, neřešitelnou, obtížnou**. Jedna z respondentek vyzdvihla úlohu veřejného opatrovnictví ve smyslu vytváření možných úspor. Možné **úspory**, které by mohli vlastnit osoby omezené na svéprávnosti, často ani představitelé města **nedokážou posoudit**. Poslední otázka měla vést respondenty k úvaze o

zprostředkování bydlení za pomoci veřejného opatrovníka. Představitelé města skutečnost povinnosti sjednávání bydlení skrze veřejné opatrovníky **odmítají**, vyjádřili nesouhlas, **zoufalost** celé situace. Pouze jeden respondent hodnotí tuto možnost z více úhlů pohledu. K otázce obtížnosti vyřízení bydlení pro osoby s omezenou svéprávností a trpící psychotickým onemocněním přisoudili představitelé města lepší výchozí pozice pro veřejné opatrovníky pro lepší znalost místního terénu a možných nabídek.

Závěr a diskuze

Zpracování tématu *Veřejné opatrovnictví osob s psychiatrickým onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče* považuji za obsáhlé a velmi aktuální z mnoha hledisek. Nynější situace, ať už ekonomická, psychicky náročná s ohledem na dění ve světě, přináší mnoho rizik v běžném fungování společnosti. O mnoho složitější cesta a omezené možnosti provází osoby s duševním onemocněním. Teoretická část diplomové práce podkryla všechny na sebe navazující témata. Veřejné opatrovnictví je velmi náročné z právního hlediska, jeho uchopení a jeho samotný výkon prostřednictvím pověřených osob. Dostupné literatury upozorňují na neuchopení v jednotném zákonu, tak jako je výkon sociální práce. Hlavní rozdílnost lze vyčíst minimálně z požadovaného ukončení vzdělání. Sociální pracovník se do své profese kvalifikuje ukončeným studiem na vyšší odborné škole nebo na úrovni vysokoškolského studia. Oproti tomu výkon povolání veřejného opatrovníka lze vykonávat s ukončeným středoškolským vzděláním různých podoborů. Znalost problematiky duševních onemocnění, konkrétně psychotických onemocnění, se ukazuje za minimálně výhodné pro pochopení určitých procesů v chování a prožívání nemocných. Dále také při navázání kvalitní spolupráce, která vede k možné podpoře i v rámci opatrovnictví. Nelze popsat možné zlepšení v oblasti stigmatizace této cílové skupiny, nadále společnost takto svoje postoje směřuje. S dobrým úmyslem je koncipována reforma duševního zdraví, která se prezentuje s vysokými ambicemi a s cílem restrukturalizovat celou lůžkovou péči v rámci psychiatrických nemocnic. Největším bolavým místem je oblast bydlení. V současnosti je bytová krize více prohloubena navyšující inflací, nízkým bytovým fondem a zvýšenou poptávkou po volném a dostupném bydlení.

Hlavní výzkumný cíl diplomové práce byl naplněn skrze řadu dílčích cílů a přinesl velmi zajímavý reální pohled zainteresovaných osob – sociálních pracovníků a představitelů města Havlíčkův Brod. Za největší úskalí respondenti považují nedostupnost bydlení a také proces volby veřejného opatrovníka v návaznosti na aktuální bydliště nemocné osoby. Pro mě překvapující zjištění bylo, že respondenti kritizovali reformu psychiatrické péče, nedokázali pojmenovat pozitiva. Naopak podrobně dokázali vyjmenovat záporné stránky celého procesu spojené s reformou. Rozdílné pohledy respondentů obou skupin se ukázaly hned na počátku, kdy sociální pracovníci více empaticky a individuálně vnímají možnou volbu opatrovníka z rodiny. Z pohledu představitelů města by to měla být rodina, která by měla opatrovance zastupovat.

Vybranou výzkumnou strategii považuji za vhodně zvolenou pro získání dat vztahující se k této problematice. Osvědčila se z mého pohledu při pokládání otázek při samotných rozhovorech s respondenty, které se daly ještě případně dovysvětlit. Také nedošlo k tomu, aby nějaká otázka nebyla nezodpovězena. Samotná analýza a interpretace získaných dat je složitější a náročnější, nicméně pro přehlednost slouží doložené citace z poskytnutých rozhovorů. Hlavní výzkumný cíl byl naplněn právě prostřednictvím 8 individuálních rozhovorů, stejně tak dílčí cíle. Získané výsledky jsou v rámci výzkumné části jedinečné a nelze je uplatnit v širším možné kontextu.

Za teoretický přínos diplomové práce považuji získání komplexního podkladu o veřejném opatrovnictví, reformě psychiatrické péče, o složitosti prožívání psychotického onemocnění. Jak uvedl jeden z respondentů, že samospráva nemá mnoho informací o průběhu reformy psychiatrické péče, tak skrze tento teoretický koncept lze tohoto dosáhnout. Považuji za nutné neustále téma psychotických onemocnění v provázanosti na veřejné opatrovnictví přibližovat laické veřejnosti, ale i té odborné. Tak, jak bylo uvedeno i v teoretické části, přítomnost velké psychiatrické nemocnice, která má navíc určitou spádovost nese svá rizika v následném zajištění sociálních služeb a dostupného bydlení. Právě to také kritizují představitelé města a spojili s tím i možné obavy, že dochází k navyšování potřebnosti podpory a bydlení u osob s určeným veřejným opatrovníkem a diagnózou psychotického onemocnění. Jako nedostatečné považuji teoretické ukotvení ve výkonu samotného veřejného opatrovnictví, kdy se objevuje nesourodost v terminologii vztahující se k sociálnímu šetření, které by měl výhradně provádět kvalifikovaný sociální pracovník.

Praktickým přínosem diplomové práce je získání dat o aktuálním vnímání zainteresovaných osob ve vztahu k reformě psychiatrické péče. Dále získání informací z terénu a od osob, které pracují s cílovou skupinou anebo naopak se podílejí na bytové politice města. Tato data by mohla pomoci k vyhodnocení nynější situace a podpořit tak pozitivnější vývoj v rozšiřování sociálních služeb a řešení bytové politiky napříč celou republikou a více prezentovat samosprávám a další široké veřejnosti význam reformy psychiatrické péče.

Určitě zajímavé by bylo na tento výzkum navázat v podobném směru, pouze získat jedinečný pohled na tuto problematiku od osob trpících psychotickým onemocněním a zároveň s ustanoveným veřejným opatrovníkem.

Seznam použitých zdrojů

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejit relapsu, aneb, Terapie pro 21. století. 3.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017.

BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. Praha: Galén, 1997.

CARNEY, Terry. *Globalisation und guardianship Harmonisation or (postmodern) diversity?* International Journal of Law and Psychiatry, Vol. 24, 2001.

ČERMÁK, Michal. *Projevy a formy diskriminace osob se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012.

ČERNÁ, Eliška. *Z ulice do bytu: sociální práce v procesu reintegrace do bydlení*. Praha: Slon, 2019.

ČTVRTLÍKOVÁ, Veronika, Lubica JURÍČKOVÁ, Nikola BOUCHALOVÁ a Edita HUDÍKOVÁ. *Veřejné opatrovnictví: praktický průvodce a rádce úředníka*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2019.

DOUBEK, Pavel, PRAŠKO, Ján, HERMAN, Erik, HONS, Jaromír. *Psychóza v životě - život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2008.

DVOŘÁK, J., ŠVESTKA, J., ZUKLÍNOVÁ, M. a kol. *Občanské právo hmotné. Svazek 1. Díl první: Obecná část. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2016.

GERLOCH, Aleš. *Teorie práva. 8.* aktualizované vydání. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2021. Právnícké učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk).

GRISSO, Thomas, Paul S. APPELBAUM. *The MacArthur Treatment Competent Study III: Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments*. Law And Human Behavior, 1995.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016.

HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017.

JURÍČKOVÁ, Lubica. *Opatrovnictví dospělých osob v České republice (údaje o osobách zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům v Olomouckém a Moravskoslezském kraji a analýza výkonu funkce veřejného opatrovníka v těchto krajích)*. 166 s. Disertační práce Olomouc, LF UP v Olomouci, 2012.

JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada, 2014.

JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Pavel KLIMENT. Adult Guardianship System in the Czech Republic in Comparison with Selected European Union Countries. *Sociológia – Slovak Sociological Review*, 2011, 43 (3), 266 – 285.

KNAPP, Viktor. *Každý je způsobilý mít práva (Je každý k tomu způsobilý?)*. Právník, ročník 1996, č.2.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada).

MAREČKOVÁ, Jana a Maroš MATIAŠKO. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde, 2010. Praktická právnícká příručka.

MAREČKOVÁ, Jana a Maroš MATIAŠKO. *Jak poradit lidem s postižením v otázkách způsobilosti k právním úkonům*. Brno: Liga lidských práv, 2009. Manuály.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada).

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada).

PEŠLOVÁ, Radka. *Opatrovník v praxi: užitečná příručka pro starostlivé pečující a opatrovníky*. Brno, Moravskoslezský kruh, 2021.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ, eds. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014.

Sociální bydlení v ČR. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2021.

TSEMBERIS, Sam J. *Housing first: model Pathways ukončení bezdomovectví u osob trpících duševními poruchami a poruchami plynoucími z užívání psychoaktivních látek*. Přeložil Lenka FALTEJSKOVÁ. Praha: Platforma pro sociální bydlení, 2020.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008.

Internetové zdroje

HORÁKOVÁ, Jana. *Podpora změny paradigmatu péče o duševní zdraví*. Praha, Fokus ČR, 32 s. [online]. 2017 [2022-07-06]. Dostupné z: http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura_Problematika_bydleni.pdf

MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Tabeleární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2022 [cit. 2022-04-04] Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>

MPSV ČR: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Sociální bydlení* [online]. 2022 [cit. 2022-06-08]. Dostupné z: <http://www.socialnibydeni.mpsv.cz/cs/o-projektu/projekt-podpora-socialniho-bydleni>

MZ ČR: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Strategie reformy psychiatrické péče*, verze 1.0. 78 s. [online]. 2013 [2022-06-03]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

MV ČR: Ministerstvo vnitra České republiky. *Veřejné opatrovnictví. Praktický průvodce a rádce úředníka*, 68 s. [online]. 2019 [2022-22-05]. Dostupné z: [file:///C:/Users/misam/Downloads/Verejne_opatrovnictvi-prakticky_pruvodce_a_radce_urednika%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/misam/Downloads/Verejne_opatrovnictvi-prakticky_pruvodce_a_radce_urednika%20(2).pdf)

MV ČR: Ministerstvo vnitra České republiky: Veřejné opatrovnictví [online]. 2022 [cit. 2022-05-24]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/clanek/verejne-opatrovnictvi.aspx>

RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 224 s. [online]. 2012 [2022-26-05]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf

Právní prameny

Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách

Zákon č. 292/2013 Sb., zákon o zvláštních řízeních soudních

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

Zákon č. 198/2009 Sb., antidiskriminační zákon

Přílohy

Příloha č. 1: Formulář k zaznamenávání odpovědí

Veřejné opatrovnictví osob s psychotickým onemocněním v rámci reformy psychiatrické

péče

záznam odpovědí

Respondent č.: Sociální pracovník/představitel města Havl. Brod

Věk:

Pohlaví:

**Jak vnímáte, že osobám trpící psychotickým onemocněním je ustanoven opatrovník?
Jak vnímáte rozdíl mezi veřejným opatrovníkem a opatrovníkem např. z rodiny?
Hodnotíte kladněji ustanovení veřejného opatrovníka či opatrovníka z rodinného či
blízkého okolí?**

Považujete reformu psychiatrické péče za prospěšnou či nikoliv?

**Máte pocit, že díky reformě psychiatrické péče může ve městě přibýt více osob
s psychotickým onemocněním?**

Vidíte nějaká pozitiva na probíhající reformě psychiatrické péče?

**Myslíte si, že je správné určit veřejného opatrovníka podle aktuálního bydliště?
Myslíte si, že by v určení veřejného opatrovníka mělo hrát roli předchozí bydliště
posuzovaného?**

**Jaký máte názor k určení veřejného opatrovníka podle toho, že je hospitalizován
delší dobu v psychiatrické léčebně?**

Vnímáte aktuální bytovou situaci za ideální?

Jaké nedostatky vnímáte ohledně bydlení osob s psychotickým onemocněním?

Znamená pro Vás možnost chráněného bydlení pro osoby s psychotickým onemocněním ve městě nějaké omezení?

Myslíte si, že osoby s psychotickým onemocněním a ustanoveným opatrovníkem dosahují na ceny nemovitostí?

Myslíte si, že osoby s psychotickým onemocněním a ustanoveným opatrovníkem mají finanční úspory?

Souhlasíte s tím, že by bydlení měl vždy zprostředkovávat veřejný opatrovník?

Myslíte si, že veřejný opatrovník má snazší sehnat bydlení než sám člověk s omezenou svéprávností a trpící psychotické onemocnění?

Příloha č. 2: Přepis rozhovoru R8

T: Jak vnímáte, že osobám trpící psychotickým onemocněním je ustanoven opatrovník?

R: Myslím si, že ideální je, když by nepříznivou situaci mohla řešit rodina.

T: Pokud rodina nemůže pomoci?

R: V případě, že to nelze, tak nastává institut veřejného opatrovníka. Co je špatné, že soudy automaticky (v našem případě OSHB) volí město HB, pokud se jedná o klienta PNHB, a to zhruba v z 99%. Bez snahy vrátit posuzovaného do minulého prostředí a tyto případy nejvíce generují problémy.

T: Jak vnímáte rozdíl mezi veřejným opatrovníkem a opatrovníkem např. z rodiny?

R: Značka ideál je, že je opatrovníkem se stane osoba z rodiny. Vždycky v rodině fungují vazby a rodina může klienta udržet v rámci mezí (zapojení do života, dodržení léčby, zapojení do zaměstnání, dodržení návyků). V rodině to funguje mnohem lépe. Na druhou stranu si rodina ne vždy může se situací nemocného poradit, to jsme zmiňovali i v minulé otázce.

T: Hodnotíte kladněji ustanovení veřejného opatrovníka či opatrovníka z rodinného či blízkého okolí?

R: Určitě rodinu a blízké okolí, výhody jsem zmiňovala již v předchozích otázkách.

T: Považujete reformu psychiatrické péče za prospěšnou či nikoliv?

R: Otázka do pranice, nejsem lékař, zodpovídám svůj laický pohled. Vždy bude existovat % lidí, které trpí tak rozsáhlou poruchou a jsou velmi těžko zařaditelné do společnosti. Pro tento typ by měla existovat 24 hod. pobytová služba, která dohlídne na režim (základní úkony běžného dne, pracovní terapii, způsob zařazení do společnosti).

T: Co máte na mysli konkrétně?

R: Mám na mysli společenský podnik, chráněné bydlení apod. Dát jim nějaký řád, aby oni samy nebyli ponecháni okolí. Hodně se mění složení poruch, dříve klienti psychiatrické nemocnice byli alkoholici, nebo retardováni, nyní hodně mladí klienti, kteří se k tomuto dopracovali braním drog... propad do duševních chorob a není možné zajistit komplexní integraci.

T: Podle Vás něco nefunguje?

R: Dle mého pohledu selhal institut CDZ, kdy nefungují ve všech okresech, tak jak bylo slíbeno.

T: Máte pocit, že díky reformě psychiatrické péče může ve městě přibývat více osob s psychotickým onemocněním?

R: Zcela nepochybně, tento druh klientů s duševním onemocněním teď tvoří nejvíce soubor opatrovanců, o které se stará město Havlíčkův Brod. Ti zůstávají na základě rozhodnutí soudu, kdy je zvolen veřejný opatrovník město Havlíčkův Brod.

T: Je to překážka?

R: Z mého pohledu město velikosti HB nemůže do nekonečna vstřebávat ty osoby s psychotickým onemocněním a nemůže jim poskytovat takovou péči, jakou by si zasloužili.

T: Vidíte nějaká pozitiva na probíhající reformě psychiatrické péče?

R: Nedokážu najít pozitiva. Mrzí mě to, že PNHB funguje více než 100 let, ale takové problémy jsem do této chvíle, kdy probíhá reforma, nepociťovala.

T: Kde vidíte hlavní problém?

R: Problém nevidím na straně města. Reforma probíhá, ale neexistují návazné služby (psychoterapie, sociální služby, ale hlavně není ubytování. Nejsme schopni ubytování tady pro tak velký počet osob zprostředkovat.

T: Myslíte si, že je správné určit veřejného opatrovníka podle aktuálního bydliště?

R: Každý z nás je odněkud, dobré by bylo se vrátit k domovské obci a každá obec je schopna se postarat o malý počet klientů. Nenechávat to pouze na městě, kde se nachází velká psychiatrická nemocnice. Pokud PN je v Brně, Ostravě apod. mají větší šanci se postarat a poskytnout adekvátní péči.

T: A tady v Brodě?

R: My tady máme pouze Fokus, kdy se dokážou na vymezený čas o klienta postarat, ale následně předají opět „městu Havlíčkův Brod“. Alfa omega je prostě dostupnost bydlení.

T: Myslíte si, že by v určení veřejného opatrovníka mělo hrát roli předchozí bydliště posuzovaného?

R: Zcela nepochybně, institut domovské obce. Všichni zůstanou a město to nemůže ustát, nyní se dostáváme na hranici únosnosti.

T: Jaký máte názor k určení veřejného opatrovníka podle toho, že je hospitalizován delší dobu v psychiatrické léčebně?

R: Myslím si, že to je velice nešťastné rozhodnutí, každý odněkud pochází.

T: Ovlivňuje to fungování města?

R: Ano, město by se tak jinak nedostávalo do těžké situace, a tak by zvládlo se postarat o osoby s duševním onemocněním adekvátně dle jejich potřeb. Veřejní opatrovníci jsou pod velkým náparem a jsou přetížení, přijetí dalšího pracovníka nevyřeší situaci, problém je stále v nedostatku bydlení.

T: Navážeme další otázkou, vnímáte aktuální bytovou situaci za ideální?

R: Situace je velice tristní, sociálních bytů na bytovém trhu je málo. Navíc řada klientů bydlí v sociálních bytech a nevíme o nich, ale poté naopak jsou klienti, kteří opravdu potřebují nepřetržitou podporu. Stát by se k tomu měl postavit čelem.

T: Jak by to mělo vypadat?

R: Psychiatrická nemocnice, navazovat by měl „mezičlánek“ - chráněné bydlení či něco podobného tomuto rázu, ale s trvalejší podporou. Jednou za 10 let by to vyžadovala postavit panelák, protože by se to koncentrovalo v místě nemocnice mnoho klientů s duševním onemocněním. Potřebné je, aby celorepublikově takto obce fungovaly a své občany s touto diagnózou mohli pečovat.

T: Jaké nedostatky vnímáte ohledně bydlení osob s psychotickým onemocněním?

R: Vnímám 2 skupiny. O jedné vůbec nevíme, dodržují léčbu a vysoutěží třeba i nájemní městský byt. Druhá skupina zájemců o bydlení, ta je komplikovanější, protože nedodržují léčbu, stávají se nebezpeční svému okolí a samy sobě (např. puštěný plyn, zanedbané bydlení).

T: Jak tohle vyřešit?

R: Mohla by pomoci speciální ubytovna, kde by měli klienti soukromí. Ve smyslu ubytovacího zařízení, kde mají podporu, ale ne v jednom městě, ale v okresních městech. Není nutné, aby byla v nejbližším okolí, neměli by se ostatní obce zříkat povinnosti se o tyto občany postarat. Domovská obec, jak jsme uvedla v předchozích otázkách. Značka ideál není, že tito lidé jsou na běžných ubytovnách s ostatními osobami. Takové ubytovny považují za stresující a nevhodné prostředí pro tuto specifickou skupinu, jako je např. rodina s dětmi. I tak jsme vděční, že ubytovny ve městě mohou i takovéto klienty ubytovat.

T: Dokázala byste vysvětlit ten pojem vděční?

R: Určitě, lze alespoň poskytovat sociální poradenství podporu, případně vykonávat funkci veřejného opatrovníka. Město chce předcházet vzniku bezdomovectví.

T: Znamená pro Vás možnost chráněného bydlení pro osoby s psychotickým onemocněním ve městě nějaké omezení?

R: Chráněné bydlení je v pořádku, ale nejsem si jistá, jestli jsou tam pouze klienti, kteří to zvládnou. Ale z druhé pohledu, je to spíše pro město Havlíčkův Brod handicap, tyto klienti zde opět zůstávají.

T: Chráněné bydlení není podporou pro tuto cílovou skupinu?

R: Je, služba je prospěšná, ale nedá se zvládnout tuto koncentraci v jednom městě. Ze strany chráněného bydlení není snaha klienty posouvat i mimo jiná města. Vidíme špičku ledovce, řada lidí se zařadí a nevíme o nich. Jenže ti, kteří zůstávají a jsou „nebytovatelní“ a potřebují zvýšenou péči, to je právě ten problém.

T: Myslíte si, že osoby s psychotickým onemocněním a ustanoveným opatrovníkem dosahují na ceny nemovitostí?

R: Hraje roli to, jestli pracovali, jaká byla předchozí sociální situace, jak žili, co mají našetřeno, zda pobírají důchod nebo jiné dávky, tak má možná i tato cílová skupina možnost dosáhnout na komerční bydlení, ale pokud žijí ze dne na den, jsou odkázáni na hmotnou nouzi, pak je to nemožné zajistit.

T: Může pomoci veřejný opatrovník?

R: Veřejný opatrovník může korigovat výdaje, a to i lépe než v rodině. A troufám si říct, že veřejný opatrovník umí opravdu hodně v oblasti financí.

T: Myslíte si, že osoby s psychotickým onemocněním a ustanoveným opatrovníkem mají finanční úspory?

R: Myslím, že ano, opatrovník myslí na jejich zadní vrátka a to i za cenu nepříjemného jednání, sprostého jednání ze strany opatrovanců.

T: Souhlasíte s tím, že by bydlení měl vždy zprostředkovávat veřejný opatrovník?

R: Záleží na zdravotním stavu klienta. Značka ideál by byla, pokud veřejný opatrovník by měl možnost zprostředkovat adekvátní bydlení. Problém je, že toto adekvátní bydlení HB nemá.

T: Důvodem může být?

R: Lidé jsou „nebytovatelní“, nemají ty schopnosti, není bytový fond. I přesto, že je nemocnice propustí jako zaléčené a v rámci reformy by měli být schopni samostatného plnohodnotného života.

T: Myslíte si, že veřejný opatrovník má snazší sehnat bydlení než sám člověk s omezenou svéprávností a trpící psychotickým onemocněním?

R: Ano, je to pro něj snazší. Pokud by ta bytová situace byla příznivější, tak by i veřejný opatrovník měl snazší bydlení sehnat a zajistit opatrovanci bydlení. S opatrovníkem, si myslím, že pronajímatelé jsou ochotni spolupracovat a domluvit se na případných podmínkách. Více než samotný klient s duševním onemocněním.