



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Svéprávnost klientů pohledem sociálních pracovníků

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Bc. Aneta Průšová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Svěprávnost klientů pohledem sociálních pracovníků jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 5. 2017

.....

Poděkování

Mé poděkování patří doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D. za vedení práce, podnětné rady a ochotu. Dále bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu za jejich čas, vstřícnost a cenné informace.

Svéprávnost klientů pohledem sociálních pracovníků

Abstrakt

Hlavní cíl této práce představovalo zjistit, jak vnímají sociální pracovníci významnou legislativní změnu, která se týká svéprávnosti klientů. Dílčím cílem bylo pak stanovit, jakou roli v procesu „svéprávnosti klientů“ mají sociální pracovníci a jak s těmito klienty resp. jejich opatrovníky spolupracují. Výzkum byl založen na uskutečnění rozhovorů se sociálními pracovníky v rámci Jihočeského kraje, kteří pracují s klienty s omezenou svéprávností. Rozhovory byly následně přepsány a zakódovány. Podle jednotlivých kódů byly vytvořeny kategorie, které pak byly znázorněny pro lepší přehled graficky pomocí diagramů. Názor sociálních pracovníků na legislativní změnu byl pozitivní, avšak tato změna ještě stále není úplně promítnuta do praxe. Stále převládá rozhodování o lidech bez nich. Podpůrná opatření, která měla nahradit omezení ve svéprávnosti, se v praxi takřka nevyskytují. Je těžké hledat řešení této situace, protože i vytvoření nové legislativy trvalo mnoho let, lze tedy předpokládat, že změna v praxi bude patrná také až za několik let. Role sociálního pracovníka není podle výzkumu moc významná. Co se týče průběhu řízení, do něj sociální pracovník příliš nezasahuje, působí spíše jako podpora klienta nebo rádce opatrovníka. Při práci s klienty s omezenou svéprávností je důležitý individuální přístup ke každému jedinci a také spolupráce s rodinou, ve většině případů totiž zastává rodinný příslušník roli opatrovníka. Dobrá spolupráce sociálního pracovníka a opatrovníka souvisí s blahem klienta. Nejdůležitější a stále opomíjenou skutečností zůstává to, že společnost musí přijmout jedince s disabilitou i s jejich právy na svobodu, samostatné rozhodování, a nakonec i spokojený život.

Klíčová slova

svéprávnost – legislativa – změna – nový občanský zákoník – sociální pracovník – klient – omezení

Legal capacity of clients looking social workers

Abstract

The main objective of this work was to find out how social workers perceive a significant legislative change, which relates to the client's legal capacity. The secondary objective was to determine what role social workers have in the process of "client self-management" and how these clients, respectively, their guardians work together. The research was based on conducting interviews with social workers within the South Bohemian Region who are working with clients with limited self-esteem. The conversations were subsequently overwritten and encoded. Depending on the individual codes, the categories were created, which were then shown for a better overview of graphically using diagrams. The opinion of social workers on the legislative change was positive, but this change is still not fully implemented. Decisions on people without them still prevail. The supportive measures to replace the limitations in the lawfulness are virtually absent in practice. It is difficult to look for a solution to this situation, as the creation of new legislation lasted for many years, so it can be assumed that the change in practice will also be evident after several years. The role of a social worker is not very significant according to research. As far as the course of the proceedings is concerned, the social worker does not interfere with it, but rather acts as a client support or a guardian's guardian. When working with clients with limited authority, an individual approach to each individual is important as well as cooperation with the family, in most cases the family member acts as a guardian. Good cooperation between the social worker and the guardian is related to the welfare of the client. The most important and still neglected fact remains that society must accept individuals with disabilities as well as their rights to freedom, independent decision-making and ultimately a happy life.

Key words

Legal capacity - Legislation - Change - New Civil Code - Social Worker - Client - Restriction

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	10
1.1 Svěprávnost	10
1.1.1 Pojem právní osobnost a svěprávnost	10
1.1.2 Podpurná opatření při neschopnosti zletilého právně jednat	11
1.1.3 Omezení svěprávnosti podle nového občanského zákoníku.....	13
1.1.4 Opatrovnictví	17
1.1.5 Řízení o svěprávnosti.....	19
1.2 Klienti s rizikem omezení svěprávnosti	22
1.2.1 Klient s mentálním postižením	22
1.2.2 Klient s duševním onemocněním.....	26
1.3 Sociální práce	29
1.3.1 Co je sociální práce	29
1.3.2 Kdo je sociální pracovník	30
1.3.3 Role sociálního pracovníka.....	31
1.3.4 Sociální práce s klienty s omezenou svěprávností.....	33
2 Cíle a výzkumné otázky	38
3 Metodika výzkumu	39
3.1 Zkoumaný soubor.....	39
3.2 Metody získávání dat	41
3.3 Metody zpracování dat	42
3.4 Etika výzkumu	42
4 Výsledky výzkumu.....	44
4.1 Legislativní změna u klientů s mentálním postižením.....	45
4.1.1 „Názor na změnu a dobu přezkumu“	45
4.1.2 „Dopad legislativní změny“	47
4.1.3 „Názor na jiná podpurná opatření“	48
4.2 Proces u klientů s mentálním postižením.....	50
4.2.1 „Proces svěprávnosti a role“	50
4.3 Práce s klienty s mentálním postižením	51
4.3.1 „Práce s klienty a metody sociální práce“	51
4.3.2 „Administrativa“	52
4.4 Opatrovníci u klientů s mentálním postižením	54

4.4.1	„Spolupráce s opatrovníky“	54
4.4.2	„Rodinní a veřejní opatrovníci“	55
4.5	Legislativní změna u klientů s duševním onemocněním	57
4.5.1	„Názor na změnu a dobu přezkumu“	57
4.5.2	„Dopad legislativní změny“	59
4.5.3	„Názor na jiná podpůrná opatření“	61
4.6	Proces u klientů s duševním onemocněním	62
4.6.1	„Proces svéprávnosti a role“	62
4.7	Práce s klienty s duševním onemocněním	64
4.7.1	„Práce s klienty a metody sociální práce“	64
4.7.2	„Administrativa“	65
4.8	Opatrovníci u klientů s duševním onemocněním.....	67
4.8.1	„Spolupráce s opatrovníky“	67
4.8.2	„Rodinní a veřejní opatrovníci“	68
5	Diskuze a shrnutí výsledků	70
6	Závěr	81
7	Seznam literatury	83
	Přílohy	95

Úvod

S účinností nového občanského zákoníku nastaly v životě mnoha osob velké změny. Legislativní změna týkající se svéprávnosti nastínila nový způsob vnímání práv některých osob. Společnost si čím dál, tím více uvědomuje důležitost základních lidských práv a obzvlášť v případě, kdy se jedná o osoby, které se nemohou z nějakého důvodu bránit samy nebo by si mohly vlastním rozhodnutím nevědomě uškodit. Řešením není zbavení všech jejich práv. Proto bylo třeba změnit stará zákonná ustanovení, některá se dokonce úplně zrušila a změnily se i některé pojmy. Jedním takovým novým pojmem je svéprávnost, která nahradila pojem způsobilost k právním úkonům. Všichni, kterým bylo v minulosti vydáno rozhodnutí, že jsou zbaveni svéprávnosti nebo omezení ve svéprávnosti, musí do určité doby opět předstoupit před soud a být přezkoumáni. Vynořuje se spousta spekulací o tom, že soudy tento nápor nezvládnou a osoby nabudou opět svéprávnosti. Někteří si myslí, že zrušení zbavení svéprávnosti naopak lidem uškodí, že různé organizace nebo blízcí osob s omezenou svéprávností budou řešit mnoho administrativy, se kterou si v mnoha případech ani neví rady. S větší mírou svobody a možností rozhodování mohou být někteří jedinci více ohroženi a snadno zneužitelní. Avšak změna legislativy má i pozitivní ohlasy, lidé s omezenou svéprávností mají teď přesně určeno, v kterých činnostech jsou omezeni, tedy mohou o sobě více rozhodovat. Rozhodnutí o omezení svéprávnosti se může kdykoliv změnit, už není striktně definitivní. Při zlepšení stavu jedince tedy může dojít k tomu, že opět bude svéprávným, jeho stav však vždy musí přezkoumat soud a rozhodnutí s pomocí odborníků a blízkých jedince pečlivě zvážit.

I když si člověk může myslet, že se ho toto téma netýká, tak do situace, kdy nám bude hrozit omezení ve svéprávnosti, se může dostat každý z nás nebo kdokoliv z našich blízkých, ať už vlivem úrazu, náhlé duševní nemoci vyvolané zneužitím návykové látky nebo nadměrným stresem či vlivem stáří. Některé osoby se i s duševní poruchou narodí nebo se jim rozvine v brzkém věku. Dále je důležité zmínit i osoby s mentálním postižením, které ho získaly již před narozením, při narození nebo v průběhu prvních měsíců po narození. Všem těmto jedincům tedy nastaly v životě změny díky novému občanskému zákoníku.

S omezením svéprávnosti se setkávají v hojné míře nejen soudci a právníci, ale i sociální pracovníci. Mohou to být ti, kteří působí na úřadech, v organizacích pro osoby

se zdravotním postižením a v organizacích pro osoby s duševním onemocněním. Ať už je to služba ve formě pobytové, ambulantní nebo terénní, ve všech těchto zařízeních se nachází alespoň pár klientů, kteří jsou omezeni ve svéprávnosti. Výzkum této práce je postaven právě na rozhovorech se sociálními pracovníky, kteří pracují nebo se často setkávají s osobami s omezenou svéprávností a jejich opatrovníky. Cílem této práce bylo zjistit, jak vnímají sociální pracovníci významnou legislativní změnu, která se týká svéprávnosti klientů a dále pak dílčím cílem bylo stanovit, jakou roli v procesu „svéprávnosti klientů“ mají sociální pracovníci a jak s těmito klienty resp. jejich opatrovníky spolupracují. V teoretické části práce jsou vymezeny pojmy svéprávnost, omezení svéprávnosti, opatrovnictví, jiná podpůrná opatření a řízení o svéprávnosti, dále jsou popsáni klienti s rizikem omezení svéprávnosti a rozebrán pojem sociální práce, sociální pracovník obecně a jeho role. Nakonec jsou uvedeny některé příklady sociální práce s klienty s omezenou svéprávností. Ve výzkumné části jsou definovány cíle, výzkumné otázky a popsány metody získávání a zpracování dat použité ve výzkumu. Následují výsledky znázorněny v jednotlivých diagramech a popsány, diskuze a závěrečné shrnutí.

1 Současný stav

1.1 Svěprávnost

1.1.1 Pojem právní osobnost a svěprávnost

S pojmem svěprávnost je spojeno několik dalších právnických pojmů. Stěžejním pojmem je právní osobnost. Právní osobnost, dříve nazývána jako právní subjektivita, znamená pro člověka to, že je způsobilý mít v mezích právního řádu práva a povinnosti (Novotný et al., 2014).

Následuje definice svěprávnosti, dříve nazývána jako způsobilost k právním úkonům, která je popisována jako schopnost osoby nabývat vlastním právním jednáním práva a zavazovat se k právním povinnostem, tedy způsobilost právně jednat (Novotný et al., 2014).

Podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který nabyl účinnosti 1. 1. 2014, má tedy člověk osobnost od chvíle, kdy se narodí až do jeho smrti, je schopen sám ovládat a posoudit své jednání a je za něj odpovědný, je tedy způsobilý mít práva a povinnosti, které jsou uvedeny v právním řádu a nemůže je nabýt ani pozbýt, jsou spojena se samotnou existencí člověka, kdežto pojem svěprávnost znamená to, že člověk může právně jednat, tedy že je způsobilý nabývat práva a zavazovat se k povinnostem.

Podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, se člověk stane plně svěprávným zletilostí, to znamená dovršením osmnáctého roku, lze však nabýt svěprávnosti i dříve přiznáním svěprávnosti se souhlasem soudu, když je člověk schopen se sám zabezpečit nebo uzavřením manželství a to v šestnácti letech.

V anglickém jazyce se výraz svěprávnost nevyskytuje, dá se ale přeložit jako legal capacity, což znamená právní způsobilost. Dle rodinného práva v USA osoba, která není právně způsobilá, je stále právní osobou, ale není schopná vykonávat svá zákonná práva a povinnosti, tyto osoby mají své opatrovníky, buď rodiče (natural guardian) nebo veřejné opatrovníky (general guardian) (Wardle, Nolan, 2011). I v zahraničí se upravuje legislativa spojená s osobami, které nemohou samostatně právně jednat. Např. Hynes (2017) popisuje nový zákon o asistovaném rozhodování (Assisted Decision-Making Act) z roku 2015.

1.1.2 Podpůrná opatření při neschopnosti zletilého právně jednat

Jak je uvedeno v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, pokud je osoba již zletilá, ale existuje nějaká skutečnost, která brání v tom, aby nabyla svéprávnosti, jedná se podle určitých podpůrných opatření, tato opatření představují úplně nové pojmy, první z nich je tzv. předběžné prohlášení, dalším je nápomoc při rozhodování, poté zastoupení členem domácnosti a nakonec omezení svéprávnosti.

Prudíková et al. (2013) popisují, že vytvoření těchto nových opatření bylo inspirováno Úmluvou o lidských právech a biomedicíně z roku 2001, která v čl. 9 říká, že bude nahlíženo na přání pacienta týkající se lékařského zákroku, která vyslovil již dříve, pokud v době zákroku kvůli jeho zdravotnímu stavu není schopen vyjádřit sám své přání. Další inspiraci představovalo doporučení výboru ministrů Rady Evropy z roku 2009, kdy by měly dospělé způsobilé osoby mít možnost rozhodnout se, co s nimi bude v případě jejich nezpůsobilosti a nakonec samozřejmě Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, která byla v České republice ratifikována v roce 2009.

Tato opatření jsou tedy v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením (2009), jejímž hlavním účelem je podporovat, chránit a zajišťovat to, aby všechny osoby se zdravotním postižením užívaly plně a rovně všechna lidská práva a základní svobody a podporovat u ostatních osob, aby na ně nahlížely s úctou k jejich přirozené důstojnosti.

Předběžné prohlášení je úplně nová právní úprava, která je velice praktická pro kohokoliv, protože každý se snadno může dostat do situace, kdy nebude způsobilý právně jednat, ať už následkem úrazu nebo vlivem duševního onemocnění. Podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, tedy slouží osobám, které očekávají vlastní nezpůsobilost a mohou předem rozhodnout, jak má být naloženo s určitými záležitostmi v jejich životě a nebo která osoba bude za ně rozhodovat nebo si zvolí osobu, která jim bude dělat opatrovníka. Prohlášení je vyhotoveno buď ve formě veřejné nebo soukromé listiny, kde musí být uvedeni dva svědkové, stejným způsobem může být prohlášení odvoláno nebo také tím, že je listina zničena osobou, která prohlášení učinila.

Doušová (2014) se zabývá předběžným prohlášením jako opatřením preventivní povahy a uvádí, že v USA je nazýváno jako tzv. „mentální závěť“, podle ní by se tedy mohlo toto opatření využít do budoucna tak, že se připojí k dědické závěti, člověk tak

bude pojištěn pro případ, že ho stihne některá duševní porucha způsobená stářím, např. demence nebo Alzheimerova choroba.

Jako druhou možnost opatření, které je mírnější povahy, zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, uvádí nápomoc při rozhodování sloužící osobám, které potřebují pomoci při rozhodování, protože jim v tom duševní porucha působí obtíže, nemusí mít omezenou svéprávnost, mohou si vybrat svého podpůrce nebo jich může být i více. Podpůrce se zavazuje smlouvou, že bude přítomen u právních jednání a bude podporovanému radit, tuto smlouvu schvaluje soud. Podpůrce ho nesmí nevhodně ovlivňovat a ohrožovat jeho zájmy a nesmí se na úkor podporovaného bezdůvodně obohatit, vždy jedná v souladu s rozhodnutím podporovaného, ale má i právo namítat neplatnost jeho právního jednání. Soud může na návrh jednoho z nich podpůrce odvolat nebo i bez návrhu, pokud podpůrce neplní své povinnosti. Podpůrce nejedná přímo za podporovaného, pouze mu vysvětluje právní jednání, jaké bude mít následky a napomáhá mu při komunikaci s okolím, není tedy zmocněncem ani opatrovníkem, jak je tomu v následujících podpůrných opatřeních.

Jako třetí opatření popsané v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, je zastoupení členem domácnosti, které znamená to, že brání-li člověku duševní porucha samostatně právně jednat a tato osoba je již zletilá, může jí zastoupit člen rodiny, kterým může být jeho potomek, předek, sourozenec, manžel nebo partner nebo osoba, která žila s tímto člověkem alespoň tři roky ve společné domácnosti. Zástupce musí vysvětlit zastoupenému vše, co zastoupení obnáší, zastoupený může odmítnout, stačí jeho vyslovení přání. Toto zastoupení schvaluje opět soud a ten se snaží všemi možnými prostředky zjistit názor zastoupeného. Zástupce pak po vydání rozhodnutí o zastoupení dbá na ochranu zájmu zastoupeného a naplňování jeho práv a aby způsob jeho života odpovídal jeho schopnostem, přáním a představám. Zastoupení se tedy týká obvyklých záležitostí, zástupce může nakládat s příjmy zastoupeného, jak je potřeba pro obstarání těchto záležitostí, max. však za měsíc částkou životního minima jednotlivce, zástupce nikdy nemůže udělit souhlas k zásahu do integrity člověka s trvalými následky. Zástupců může být více, stačí ale rozhodnutí pouze jednoho. Zastoupení zanikne, když se ho zástupce vzdá, dále když ho zastoupený odmítne projevením tohoto přání nebo když soud jmenuje zastoupenému opatrovníka.

Rittichová (2015) upřesňuje obsah zastoupení členem domácnosti, které se podle zákona týká obvyklých záležitostí, takže nákupy jídla, potřeb do domácnosti, vyřizování

dávek sociálního zabezpečení apod., nikoliv např. umístění osoby do pobytového zařízení na dobu neurčitou.

A jako poslední z opatření je v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, uvedeno omezení svéprávnosti, ke kterému se přistupuje pouze v zájmu člověka, který je omezen a vždy ho musí soud zhlédnout a posoudit důkladně v jakých záležitostech přesně není tento člověk schopný se samostatně rozhodovat. Omezit svéprávnost lze jen tehdy, jestli mu hrozí závažná újma a nestačí mírnější opatření. Omezit svéprávnost může pouze soud a musí předtím znát názor posuzovaného, přesně pak vymezení rozsah, ve kterém není osoba schopna samostatně právně jednat, toto rozhodnutí platí např. po dobu vyřízení nějaké záležitosti nebo pak nejdéle po dobu tří let. Je-li zahájeno řízení o prodloužení této doby, tak trvá stále, dokud soud nevydá nové rozhodnutí, nejdéle však jeden rok. Takže může být osoba omezena ve svéprávnosti max. čtyři roky prostřednictvím jednoho určitého rozhodnutí, poté musí být vydáno nové rozhodnutí, aby omezení opět platilo. Pokud dojde ke změně okolností, soud může i bez návrhu rozhodnutí změnit nebo zrušit. V rozhodnutí soudu je jmenován opatrovník, při jeho výběru se přihlíží k přáním a potřebám opatrovance a k názoru jeho blízkých. Pokud opatrovanec samostatně právně jedná bez opatrovníka a způsobilo by mu to újmu, tak je toto jednání právně neplatné. Omezení svéprávnosti neplatí pro právní jednání opatrovance v běžných záležitostech každodenního života.

Hrubá (2015) dále k omezení svéprávnosti podle nové právní úpravy tedy dodává, že soud vymezení přesně, v kterých záležitostech bude opatrovanec zastoupen a jediné v tom případě může opatrovník za něj jednat, to znamená, že si např. opatrovanec může sám dojít k lékaři, aby ho vyšetřil, protože ho bolí v krku a poté vysvětluje, že třetí osoby nemohou jen tak zjistit, že je jedinec omezen ve svéprávnosti, protože už to není uvedeno v občanském průkazu opatrovance.

1.1.3 Omezení svéprávnosti podle nového občanského zákoníku

Na tomto místě je třeba zmínit několik skutečností, které se týkají změn v omezení svéprávnosti podle nového občanského zákoníku (dále NOZ). S platností NOZ podle Hrubé (2015) vzniká úplně nový pohled na práva osob s duševním onemocněním nebo s mentálním postižením, kdy se omezení svéprávnosti použije jen v krajních případech a na určitou dobu.

V dřívější právní úpravě, která už dnes neplatí, bylo možné svéprávnosti člověka úplně zbavit podle zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, který stanovil, že jestli fyzická osoba nebyla vůbec schopna činit právní úkony kvůli duševní poruše, která nebyla jen přechodná, soud ji tedy zbavil způsobilosti k právním úkonům. Dnes již tedy tento termín nazýváme svéprávností.

A jak popisuje Hrubá (2015) podle dřívější právní úpravy, člověk, který pro svou duševní poruchu trvalého charakteru nebo pro nadměrné požívání alkoholu či omamných látek a jedů nemohl činit některé úkony, byl na způsobilosti k právním úkonům omezen. Dříve tedy bylo možno nejen omezit svéprávnost osoby, ale také jí úplně zbavit, což představovalo velký zásah do soukromého života osobnosti, který jistě nebyl v souladu s některými úmluvami a deklamacemi spojenými s lidskými právy.

K rozhodování o omezení svéprávnosti se pojí nové zásady soukromého práva popsané v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, které zní, že každý má právo na ochranu svého života a zdraví, svobody, cti, důstojnosti a soukromí, dále pak rodina, rodičovství a manželství mají zvláštní zákonnou ochranu, nikdo nesmí pro nedostatek věku, rozumu nebo pro závislost svého postavení utrpět nedůvodnou újmu a nikdo také nesmí bezdůvodně těžit z vlastní neschopnosti k újmě druhých.

Změny o omezení svéprávnosti v NOZ vznikly na základě podepsání Úmluvy Organizace spojených národů o právech lidí se zdravotním postižením Českou republikou v roce 2009, pro svéprávnost těchto osob je důležitý čl. 12 Úmluvy, který shrnuje rovnost všech před zákonem a další články, které se týkají práva oženit se nebo vdát, vychovávat děti, účastnit se voleb, hlavním cílem by tedy měla být samostatnost osoby se zdravotním postižením a je velmi důležité, aby mohla dělat všechna rozhodnutí, která svede (Odstrčilová et al., 2014).

Matiaško (2015) se vyjádřil ke změnám ve svéprávnosti tak, že by omezení svéprávnosti u osob s postižením díky NOZ nemělo být již pravidlem, nýbrž výjimkou, protože představuje velký zásah do právní osobnosti člověka, pro omezení svéprávnosti musí být tedy splněna podmínka hrozící závažné újmy člověku a skutečnost, že situace nejde řešit lepším způsobem. Také Burns (2009) zdůrazňuje, že je třeba respektovat důstojnost, samostatnost, nezávislost a svobodu volby osob s mentálním postižením.

Odstrčilová et al. (2014) uvádí, že zrušený institut zbavení svéprávnosti představoval podle některých rodičů a pracovníků v zařízeních lepší způsob ochrany práv osob s postižením, protože zanikly nepříjemnosti spojené se sepisováním smluv, s vyřizováním důchodu a rozhodováním o majetku.

Toto tvrzení následně oponují tím, že zapojení osoby do rozhodování ho ochrání před zneužitím lépe, než když se vůbec neúčastní, má totiž právo rozhodovat o věcech, které znamenají zásadní životní změnu, vyřizování osobních záležitostí pak osobě pomáhá uvědomit si běh času, dále je připravena na možnost, že zůstane na světě sama bez blízkých nebo opatrovníka, úředníci budou tuto osobu dobře znát a nakonec velmi důležitá skutečnost a tou je zlepšení osobních a komunikačních dovedností osoby se zdravotním postižením, současně se i její okolí naučí s těmito lidmi jednat, zvykne si na ně a bude s nimi soucítit (Odstrčilová et al., 2014).

Stejnou důležitost pro osobu se zdravotním postižením má podle Odstrčilové et al. (2014) i dostatek lidí, které zná, kteří jí mají rádi a pomáhají jí a jsou jí vždy na blízku, absenci těchto blízkých určitě nelze nahradit tím, že člověka omezíme ve svéprávnosti.

Příklady některých soudních rozhodnutí v řízení o omezení svéprávnosti uvádí Matiaško (2015), osoba např. může být omezena tak, že není způsobilá žádat o sociální dávky, je omezena v právu uzavřít manželství, ve způsobilosti popírat a určit otcovství, osvojit dítě včetně udělení souhlasu k osvojení, dále není způsobilá k rozhodování o přijetí a odmítnutí zdravotních služeb v případě hrozící závažné újmy, což znamená v životě člověka opravdu velké omezení a z části je mu odepřeno zapojení do společnosti.

K době omezení svéprávnosti, která je tedy podle NOZ stanovena max. na tři roky, si ještě dovolím pár poznámek. Jak je v NOZ uvedeno, tak osoba, u které uplynula lhůta tři roky od vydání rozhodnutí v řízení o omezení svéprávnosti a nebylo zahájeno žádné nové řízení, se stává znovu plně svéprávnou. To tedy znamená, že po každých třech letech bude muset osoba být přezkoumána soudem.

Tato skutečnost je přímo v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, stanovena tak, že kdo byl podle dřívějších právních předpisů zbaven způsobilosti k právním úkonům, se považuje ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona za osobu omezenou ve svéprávnosti a dále pak je uvedeno, že osoby, které byly zbaveny způsobilosti k právním úkonům nebo jejichž způsobilost k právním úkonům byla omezena přede dnem nabytí účinnosti tohoto zákona, nabudou svéprávnosti nejpozději uplynutím tří let ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona. Vzhledem k účinnosti NOZ od 1. 1. 2014 by tedy všechny osoby, které byly v minulosti zbaveny svéprávnosti, musely být přezkoumány do 31. 12. 2016.

Nevrkla (2016) uvádí, že Poslanecká sněmovna ČR začala projednávat po dvou letech účinnosti NOZ jeho novelu, u které byla navržena účinnost od 1. července 2016,

tato novela nakonec skutečně vstoupila v platnost a nabyla účinnosti až 28. 2. 2017, bylo v ní upraveno ustanovení o omezení svéprávnosti a to tak, že nejdelší doba omezení svéprávnosti je prodloužena ze tří let na dobu pět let, protože doba tří let je pro posuzovaného i justici velice náročná. Současně bylo navrženo, aby toto prodloužení doby na pět let platilo i u přezkumů soudních rozhodnutí vydaných před 31. 12. 2013, tedy před účinností NOZ, ukázalo se, že soudy nestihnou u všech osob pro náročnost přezkumu splnit stanovenou lhůtu 31. 12. 2016.

Podle návrhu novely zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, by se měl změnit přímo § 59 tohoto zákona, který zní velmi nejednoznačně, není jasné, zda se vztahuje obecně k omezení svéprávnosti nebo k omezení svéprávnosti související s určitou záležitostí, je tedy nutno upřesnit, že týká-li se omezení svéprávnosti pouze určité záležitosti, tak platí jen po dobu, než bude tato záležitost vyřízena. Tento paragraf by měl tedy podle novely být změněn tak, že soud může svéprávnost omezit v souvislosti s určitou záležitostí na dobu nutnou pro její vyřízení, nebo pak v případě, že nebude známa přesná doba, omezí soud svéprávnost na jinak určenou určitou dobu, nejdéle však na tři roky, ale bude-li zjevné, že se stav člověka v této době nezlepší, může soud svéprávnost omezit na delší dobu, nejdéle však na pět let. Z toho tedy plyne, že lhůta tři roky bude stále platit a prodloužení lhůty na pět let bude použito jen v případech, kdy soud nepředpokládá zlepšení. S touto novelou se prodloužila i doba přezkumu u rozhodnutí vydaných před rokem 2014 ze tří na pět let z důvodu velmi zaneprázdněných soudů a obav, že dodržení lhůty tří let nestihnou, takže mezní termín přehodnocení všech těchto rozhodnutí se posouvá na 1. 1. 2019.

Prudíková (2015) má na prodloužení lhůty pro přezkum takový názor, že představuje určitý kompromis mezi soudy a lidskoprávními organizacemi, nicméně soudy by neměly používat pro odůvodnění prodloužení lhůty to, že nestíhají rozhodovat, protože některé soudy si přezkumy rozplánovaly a do tří let by vše stihly, ale ostatní soudy ani s přezkumy nezačaly díky tomu, že má být lhůta prodloužena na pět let, nakonec dodává, že osobám omezeným ve svéprávnosti toto prodloužení lhůty pro přezkum nesvědčí.

Příkladem soudu, který přezkumy stihne udělat, je Okresní soud v Sokolově, jehož vyšší soudní úřednice Benešová (2015) shrnula situaci po roce účinnosti NOZ, kdy z 323 osob zbavených svéprávnosti před 1. 1. 2014 bylo již přezkoumáno 150 osob a pouze 37 z nich zůstalo omezených ve svéprávnosti, ostatním byla navracena svéprávnost buď v plné podobě nebo jim byl jmenován zástupce.

1.1.4 Opatrovnictví

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, uvádí dva typy zastoupení, které se pojí s právní způsobilostí a jsou to zákonné zastoupení a opatrovnictví, slouží k ochraně zájmu zastoupeného a k naplnění jeho práv. Zákonný zástupce zastupuje nezletilého a opatrovník zastupuje zletilého, který má omezenou svéprávnost. Dojde-li ke střetu mezi opatrovníkem a opatrovancem, soud určí kolizního opatrovníka. Opatrovník nemůže žádat za zastupování žádnou odměnu, pouze v případě, že má za úkol spravovat jmění zastoupeného, tak soud může přiznat výši odměny za tuto správu jmění. Opatrovníka jmenuje soud a určí rozsah jeho práv a povinností. V případě nesplnění povinností je opatrovník odvolán a dále také když o odvolání sám požádá. Opatrovníků může soud jmenovat více a pokud není rozhodnuto, v kterých záležitostech bude přesně každý opatrovník jednat, musí jednat o všech záležitostech společně.

Dále je v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, uvedeno více podrobností o opatrovnictví člověka, kdy opatrovníka soud jmenuje v případě, je-li to v zájmu opatrovance nebo pokud to vyžaduje veřejný zájem. Opatrovník je jmenován u člověka, který byl omezen ve svéprávnosti nebo když se neví, kde člověk pobývá a nebo tomu, kdo není schopen z důvodu zdravotního stavu hájit svá práva a spravovat své jmění. Z povinností opatrovníka plyne, že musí udržovat s opatrovancem spojení a projevovat o něj zájem, starat se o jeho zdravotní stav a naplňovat jeho práva a chránit zájmy. Každé rozhodnutí a jeho následky opatrovník vždy opatrovanci patřičně vysvětlí a vždy dbá na názory a přání opatrovance. Smrtí nebo odvoláním opatrovníka opatrovnictví nezaniká, než soud jmenuje nového, je opatrovanci přidělen veřejný opatrovník. Opatrovníkem se může stát osoba, kterou navrhl opatrovanec, jinak jmenuje soud příbuzného opatrovance nebo blízkého nebo úplně jinou osobu, popř. veřejného opatrovníka. Veřejným opatrovníkem může být obec, kde má opatrovanec bydliště nebo právnická osoba určená touto obcí k tomuto úkolu. Případy, kdy opatrovník musí jednat za opatrovance pouze se souhlasem soudu, jsou přesně uvedeny v § 483 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, a týkají se změny osobního stavu, spravování opatrovancovo jmění a nakládání s majetkem opatrovance.

Od roku 2014 se projednává nový zákon o veřejném opatrovnictví, který je podle mnoha odborníků i veřejnosti zapotřebí. Jak je uvedeno v tiskové zprávě z konference Svazu měst a obcí ČR o obcích a veřejném opatrovnictví (2014), jedná se o to, zda budou vykonávat funkci opatrovníka všechny obce a nebo jen ty větší, protože menší

obce nemají dostatek finančních prostředků a často funguje jako opatrovník starosta obce ve svém volném čase, protože nemá finance, aby zaměstnal sociálního pracovníka.

Problémy s veřejným opatrovnictvím identifikují i Juríčková, Filka a Ivanová (2012), kdy výsledky jejich práce ukazují, že právní úprava je příliš obecná, neexistuje žádná metodika, vzdělávání ani supervize pro veřejného opatrovníka, spolupráce lékařů a veřejných opatrovníků je nedostatečná a další.

Podle posledních zpráv z ministerstva spravedlnosti se však upouští od záměru vytvořit samostatný zákon o veřejném opatrovnictví a nastanou změny např. v zákonu o obcích (Prudíková, 2015).

S opatrovnictvím souvisí ještě pojem opatrovnická rada, též uvedený v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, opatrovanec může požádat o vznik opatrovnické rady, členem může být osoba, která má o opatrovance vážný a dlouhodobý zájem a bude v tom pokračovat i do budoucna, opatrovník ale není členem rady. Rada má alespoň tři členy, je schopna rozhodovat za přítomnosti většiny členů, ale pokud jsou tři, musí být přítomni všichni. Člen rady je volen na dobu neurčitou a kdykoliv může odstoupit nebo ho může odvolat soud. Opatrovnická rada zasedá jednou za rok, svolává jí opatrovník nebo opatrovanec. Rada při zasedání projednává zprávu opatrovníka o jeho činnosti, jmění opatrovance a vyúčtování za správu jmění a případně i odměnu opatrovníkovi za správu tohoto jmění. Bez souhlasu rady nemůže opatrovník rozhodovat o změně bydliště opatrovance, umístění do zařízení a zásazích do integrity opatrovance, dále nemůže nakládat s majetkem opatrovance, jedná-li se o určité částky uvedené v zákoně. Pokud nelze zřídit opatrovnickou radu, rozhoduje pouze jedna osoba a nebo rozhoduje pak o jmění opatrovance soud. Právnícká osoba, která pečuje o osoby se zdravotním postižením, má právo navrhnout zvolení opatrovnické rady a za určitých podmínek může být i členem této rady.

U právníckých osob soud jmenuje opatrovníka v případě, že osoba potřebuje, aby za ní někdo spravoval její záležitosti a byla hájena její práva, jak je též uvedeno v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v tomto případě může soud jmenovat opatrovníkem osobu, která je způsobilá být členem statutárního orgánu, práva a povinnosti opatrovníka jsou obdobná jako u člena statutárního orgánu a působnost opatrovníka se řídí podle působnosti statutárního orgánu.

Další případ opatrovnictví upravuje zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, kdy je jmenován opatrovník pro správní řízení, který slouží jako zástupce osoby, které není přiznána procesní způsobilost, soud ale může dát této osobě možnost, aby se k řízení

vyjádřila. Jsou to osoby, které nemají zákonného zástupce nebo je nemůže zákonný zástupce zastupovat; právnické osoby, které nemají orgán způsobilý za ně jednat; osoby neznámého pobytu nebo sídla, osoby, jimž se prokazatelně nedaří doručovat a osoby zvláště těžce zdravotně postižené, kterým jejich zdravotní omezení brání samostatně jednat.

Soud může zvolit také tzv. procesního opatrovníka pro sporné soudní řízení, jak je uvedeno v zákoně č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, v případě nebezpečí prodlení, protože osoba nemůže sama jednat a nemůže za ni jednat ani zákonný zástupce, dále u právnické osoby, která nemůže před soudem jednat, protože tu není osoba oprávněná za ni jednat nebo je sporné, kdo je osobou oprávněnou za ni jednat a dalšími případy, kdy je ustanoven procesní opatrovník, jsou neznámý dědic zůstavitele, poté účastník, jehož pobyt není znám nebo se nepodařilo doručit na známou adresu v cizině, dále účastník, který byl stížen duševní poruchou nebo se z jiných zdravotních důvodů nemůže účastnit řízení a nebo není schopen se vyjadřovat.

1.1.5 Řízení o svéprávnosti

Jak již bylo výše uvedeno, podle NOZ může někoho omezit ve svéprávnosti svým rozhodnutím pouze soud a ten tak činí v souladu s několika zákony, které se k řízení o omezení svéprávnosti pojí, vždy také musí hledět na názor posuzovaného a jednat v jeho nejlepším zájmu.

Změny v občanském zákoníku vyvolaly hned několik změn v zákonech, které jsou s ním spojené. NOZ zavedl v oblasti soukromého práva mnoho nových pojmů a nebo změnil ty stávající a proto bylo nutné přizpůsobit mu např. zákon č. 99/1963 Sb. občanský soudní řád, který je novelizován zákonem č. 293/2013 Sb., takže nyní občanský soudní řád spravuje pouze sporná řízení a ostatní řízení, pod kterými si můžeme představit řízení nesporná a jiná zvláštní řízení, mají své samostatné předpisy (Škudrna, 2013).

Takovým samostatným předpisem je např. zákon č. 292/2013 Sb. o zvláštních řízeních soudních, který upravuje řízení o podpůrných opatřeních a řízení ve věcech svéprávnosti, k řízení je věcně příslušný okresní soud, který se nachází v místě bydliště osoby, kvůli které se řízení koná.

V řízeních o podpůrných opatřeních podle § 31 zákona č. 292/2013 Sb. o zvláštních řízeních soudních, soud konkrétně rozhoduje o splnění podmínky v

předběžném prohlášení, změně nebo zrušení předběžného prohlášení, schválení smlouvy o nápomoci, odvolání podpůrce a schválení zastoupení členem domácnosti.

Dále pak u řízení o svéprávnosti, které upravují § 34 - § 43 zákona č. 292/2013 Sb. o zvláštních řízeních soudních, lze nalézt místní příslušnost soudu pro řízení, kterým je soud v místě bydliště osoby, o jejíž svéprávnosti se má rozhodnout, ale v případě osoby, která je umístěna ve zdravotním ústavu nebo v zařízení sociálních služeb, se stává místně příslušným soudem ten, pod který spadá právě tento ústav. Řízení je zahájeno např. na návrh blízké osoby posuzovaného, tzn. navrhovatele a ten musí doložit soudu lékařskou zprávu o duševním stavu posuzovaného, ale také může být zahájeno klidně na návrh státního orgánu nebo zdravotního ústavu, soud pak jmenuje posuzovanému opatrovníka, ale posuzovaný si může ještě k tomu sám zvolit zmocněnce bez souhlasu opatrovníka. Během řízení soud vyslechne posuzovaného, pokud je to možné vzhledem k jeho duševnímu stavu, popř. ho jenom zhlédne, to musí vždy a za jakýchkoliv okolností, poté vyslechne soudního znalce, může i ošetřujícího lékaře posuzovaného a nakonec opatrovníka. Pokud soud během řízení dospěje k názoru, že postačuje mírnější opatření než omezení ve svéprávnosti, může rozhodnout o jiných opatřeních, např. o nápomoci při rozhodování nebo zastoupení členem domácnosti. Při omezení svéprávnosti nakonec soud rozhodne rozsudkem, kde je uveden přesný rozsah omezení a doba, po kterou omezení bude trvat, s tímto rozsudkem musí posuzovaného důkladně seznámit.

K řízení o svéprávnosti se pojí ještě řízení ve věcech opatrovnictví člověka, které je popsáno v § 44 - § 49 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, kde místně příslušným soudem zůstává soud v místě bydliště opatrovance a nebo soud, v jehož obvodu má opatrovanec majetek, když není znám pobyt a nebo je opatrovanec nepřítomný, řízení o jmenování nebo odvolání opatrovníka je zahájeno na návrh opatrovance, toto řízení může probíhat ve stejnou dobu jako řízení o omezení svéprávnosti, dojde tak k tzv. spojení řízení, soud dále zjišťuje možnou existenci prohlášení o určení opatrovníka, po rozhodnutí soud dohlíží na opatrovníka, jestli plní řádně své povinnosti. Nakonec jsou uvedena i rozhodnutí ve věcech opatrovnické rady.

Ke svéprávnosti se ještě pojí další řízení uvedená v zákoně č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, která stojí za zmínku, jsou to řízení o přivolení zásahu do integrity a řízení ve věcech vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení ve zdravotním ústavu.

Zásah do integrity člověka je definován v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, nikdo nesmí zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu, výjimečně jen v případě stanoveném v tomto zákoně – např. při vážném ohrožení zdraví a nemožnosti dotyčného se k zásahu vyjádřit, jinak dotyčný musí vždy znát přesně povahu zásahu a jeho možné následky.

Jak ale uvádí Havlíková (2014), NOZ představuje pouze obecnou úpravu a použije se tedy v případě, kdy jiný zákon nestanovuje něco jiného, u zásahu do integrity jsou speciální úpravy uvedeny v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákoně č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a mají vždy přednost před NOZ, na druhou stranu si musíme také uvědomit, že zásah do tělesné a duševní integrity se nepojí jen se zdravotním stavem, ale mohou do něj spadat i kosmetické zákroky ve smyslu plastické chirurgie, ale i pedikúry, manikúry, kadeřníka nebo tetovacího salonu a v tomto případě se použijí ustanovení NOZ.

Zásah do integrity osoby s omezenou svéprávností, který je spojen s jejím zdravotním stavem, tak upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, kdy je nazývána jako pacient s omezenou svéprávností.

Co se týče řízení ve věcech vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení ve zdravotním ústavu, které upravuje zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, tak místně příslušný soud je soud v obvodu zdravotního ústavu, kde se osoba nachází, účastníkem řízení může být zdravotní ústav a zákonný zástupce osoby, podal – li návrh na zahájení řízení. V průběhu řízení soud jmenuje znalce pro posouzení zdravotního stavu, pak vyslechne umístěného člověka, znalce, popř. ošetřujícího lékaře a opatrovníka, osoba umístěná v zařízení tak může být zastoupena zmocněncem a nebo jí soud jmenuje pro toto řízení opatrovníka, co se týče podpůrce, tak ten může uplatnit svým jménem všechna práva umístěné osoby.

Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí a dalším držení ve zdravotním ústavu je uvedeno v § 75 - § 83 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, kde je popsána oznamovací povinnost každého zdravotního ústavu, kde jsou umístěny osoby bez svého souhlasu a to z důvodů, které popisuje jiný právní předpis (konkrétně § 38 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách), tato lhůta činí 24 hodin, soud pak určí, zda k převzetí došlo právě z těchto zákonných důvodů a držení osoby ve zdravotním ústavu může trvat na základě jednoho rozhodnutí maximálně jeden rok, soud může ještě řešit návrh na propuštění, který podá umístěná osoba, její zástupce, opatrovník a nebo osoba jemu blízká a soud musí vydat rozhodnutí do dvou měsíců od podání návrhu.

Uvedené skutečnosti tedy znamenají, že zdravotnické zařízení může převzít a nebo držet nějakou osobu pouze z důvodů uvedených v zákoně a za podmínky, že nelze péči o tuto osobu zajistit lepším způsobem. V zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, jsou uvedena práva člověka, který byl převzat do zdravotnického zařízení bez jeho souhlasu a přímo v § 104 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, je uvedeno, že podání návrhu na omezení svéprávnosti není samo o sobě důvodem, aby byl člověk bez svého souhlasu převzat do takového zařízení nebo byl v něm držen.

Člověk však může být držen nejen ve zdravotnickém zařízení, ale i v zařízení sociálních služeb, k tomu se pojí řízení o nepřipustnosti držení v zařízení sociálních služeb uvedeno opět v zákoně č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, kde je popsáno, že je-li člověk umístěn v zařízení na základě smlouvy s opatrovníkem a je-li tímto umístěním omezena jeho osobní svoboda, soud může rozhodnout o nepřipustnosti držení v tomto zařízení.

1.2 Klienti s rizikem omezení svéprávnosti

1.2.1 Klient s mentálním postižením

S pojmem postižení souvisí pojem zdraví. Zdraví dle Světové zdravotnické organizace je *stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a nejenom nepřítomnost choroby nebo poruchy funkce* (Velemínský et al., 2011, s. 8).

Světová zdravotnická organizace v roce 1980 přijala dokument Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapů, ta však prošla velkými změnami. V poslední verzi této klasifikace z roku 2001 se změnil název na Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví a úplně opouští pojem handicap, který se mění na restringovanou (omezenou) participaci, participace jedince se pojí na jeho vztah k sociálnímu prostředí, takže například paraplegik nemůže být profesionálním fotbalistou, ale může vyniknout při práci na počítači, podle nejnovější klasifikace se tedy už nehodnotí rozsah postižení a to, co člověk nezvládá, ale hodnotí se funkční schopnosti dané osoby v daném prostředí (Jankovský, 2006).

Jankovský (2006, s. 38) vysvětluje pojem disability jako *omezení, chybění, neschopnost, nemohoucnost, invaliditu, zdravotní postižení - ve smyslu následku*

poškození, v důsledku čehož nelze vykonávat aktivity právě tím způsobem, jak je to obvyklé.

Podobnou definici postižení má Krhutová (2013), ta tvrdí, že dodnes neznáme přesné odpovědi na otázku, co je a co není zdravotní postižení, protože dříve bylo postižení to, že někdo nemá nohu, někdo neslyší, někdo nevidí, takže bylo jednoduše řečeno, že tento člověk není zdravý a že nemůže něco dělat. A dále uvádí příklad, že dnes nevidomého člověka nepoznáme v komunikaci po telefonu, e-mailu a nebo na sociální síti a tím pádem v komunikaci s námi není nijak omezený, z našeho pohledu ale vidíme omezení v tom, že se nemůže orientovat sám v prostoru a nemůže číst. Naráží tedy na stejnou problematiku, že všichni hledáme v postižení jen to, že někdo něco nemůže a ne to, že může dělat jiné věci.

V Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (dále MKF) (2007) jsou uvedeny dva modely v souvislosti s pojmem disability - lékařský model, který vidí problémy jedince s postižením způsobené hlavně zdravotními problémy, jedinec se musí léčit a přizpůsobit se svému postižení a na druhé straně sociální model, který nahlíží na disability jako na sociální problém a hlavním cílem je plná integrace člověka do společnosti, která spočívá ve změně prostředí a podmínek daného jedince, okolí se tedy přizpůsobuje jemu. Dle MKF by se měly tyto dva modely propojit a odborníci by tak měli pracovat v duchu biopsychosociálního přístupu.

Fleischmann (2006) upozorňuje na to, že je velký rozdíl v tom, zda jedinec postižení získal během života a nebo se s ním narodil a to zejména ve vnímání postižení jedincem. Vrozené postižení ovlivňuje vývoj ve větší míře, ale pro jedince není tak traumatizující, je na své postižení zvyklý a neumí si představit, jaké by to bylo, kdyby byl zdravý. Naopak u postižení získaného jedinec ví, co ztratil a proto nastává pro něj horší situace a to představuje větší psychické trauma.

Při práci s lidmi s postižením by se měl používat systém ucelené rehabilitace. Rehabilitace je souvislá a komplexní činnost, kdy pomocí rehabilitačních prostředků má dojít ke zmírnění důsledků dlouhodobě nepříznivého stavu člověka, ať už přímých či nepřímých. Dnes je rehabilitace již vnímána jako multidisciplinární proces, do kterého jsou zahrnuty kromě medicínských oborů ještě pedagogika, psychologie a další (Valenta et al., 2015).

Ucelená rehabilitace představuje tedy několik složek, díky kterým působí na člověka, jsou to složky léčebná, sociální, pedagogická a pracovní. Tyto složky vysvětluje přesně Jankovský (in Pfeiffer et al., 2014), v případě léčebné rehabilitace se

využívá fyzikální terapie (různé typy masáží, elektroléčba, magnetoterapie, laserové záření, léčba teplem, vodoléčba a další), léčebná tělesná výchova, která je postavena například na Vojtově metodě, metodice manželů Bobathových, Kabatově metodě a dalších, dále se skládá z ergoterapie, tedy léčby smysluplnou činností a zaměstnáváním, animoterapie (hipoterapie, canisterapie, aj.), arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie a nakonec se k léčebné rehabilitaci pojí i léčba pomocí chirurgických zákroků, různé kompenzační pomůcky a farmakoterapie.

Sociální složku koordinované rehabilitace tvoří podle Jankovského (in Pfeiffer et al., 2014) metody reedukace (rozvoj poškozené funkce), kompenzace (náhrada funkce), akceptace (přijetí postižení). V tom, aby se osoby s postižením integrovali do společnosti a měli rovné příležitosti, napomáhá také stát prostřednictvím legislativy, kdy poskytuje dávky sociálního zabezpečení (např. invalidní důchod), výhody pro osoby se zdravotním postižením a různé příspěvky (např. příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku) a ve spojitosti se zákonem o sociálních službách jsou poskytovány sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Jako další složku rehabilitace Jankovský (in Pfeiffer et al., 2014) uvádí pedagogickou, kdy odlišuje specifika rehabilitace u jedinců, kteří postižení získali a u jedinců s vrozeným postižením. Ti, kteří postižení získali v průběhu života, se snaží o obnovu normálního vývoje. Pro jedince s vrozeným i získaným postižením jsou možností speciální výchova a vzdělávání, kde se využívá různých postupů, metod a prostředků, záleží na typu a stupni postižení.

V rámci pracovní složky rehabilitace klade Jankovský (in Pfeiffer et al., 2014) důraz na to, že práce je pro člověka jednou z primárních potřeb a tudíž je nutné, aby se začlenil do pracovního procesu i jedinec s postižením. Jedinec se snaží rozvíjet své schopnosti, získat kvalifikaci a na druhé straně pomáhá i stát prostřednictvím zvýhodňování zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají tyto jedince, vytvářením chráněných pracovních míst a podporovaným zaměstnáváním.

Renotierová (2006) rozděluje různé kategorie jedinců s postižením na zrakově postižené (nevidomí, osoby se zbytky zraku, aj.), pohybově postižené (nemocní, tělesně postižení, zdravotně oslabení, ...), řečově postižené (vady výslovnosti, organická porucha řeči,...), sluchově postižené (osoby s nedoslýchavostí, se zbytky sluchu,...), mentálně postižené (lehký až hluboký stupeň), Obtížně vychovatelné (s poruchami chování), jedince se specifickými poruchami učení a chování (dyslexie, dysgrafie,

dyskalkulie, ...), jedince s vícenásobným postižením (hluchoslepota, postižení mentální a tělesné, mentální se sluchovou vadou, ...).

Bazalová (2014) upozorňuje na podobnost pojmů mentální postižení a mentální retardace, mentální postižení používá Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, ale pojem mentální retardace se využívá ve spojitosti s diagnostikou, kdy se tento termín uvádí v Mezinárodní klasifikaci nemocí, pro společnost je však spíše hanlivé.

Naopak Valenta (2014) bere mentální postižení jako širší pojem mentální retardace a vymezuje ho jako pojem pro všechny jedince s IQ pod 85. Dále ho rozděluje na primární mentální postižení, které má jedinec vrozené nebo získané v časném věku a na sekundární mentální postižení, tzv. demenci, která se postupem času zhoršuje a prohlubuje. V anglickém jazyce se pro mentální postižení používá výraz „intellectual disability“, který je méně pejorativní (Schalock, 2010; Harris, 2010).

Stanovení míry a rozsahu mentálního postižení se stanoví podle inteligence jedince, resp. výše IQ. Inteligence dle Sternberga (in Kučera, 2013) je individuální schopnost, která souvisí s kvalitou myšlení, učním a řešením problémů a díky ní se člověk učí ze zkušenosti a přizpůsobuje se prostředí. Před zařazením do určité kategorie rozsahu mentálního postižení se provádí diagnostika, která spočívá v psychologickém vyšetření kognitivních funkcí, stanovení výše IQ, neuropsychologickém rozboru a podrobné biologické a psychosociální anamnéze (Valenta et al., 2012).

Mentální postižení lze definovat s několika různými přístupy, z biologického hlediska vzniká mentální postižení z důsledku trvalého organického nebo funkčního poškození mozku, z psychologického hlediska je to snížená úroveň rozumových schopností, ze sociálního hlediska způsobuje dezorientaci ve světě a společnosti a člověk není schopen fungovat bez cizí pomoci, z pedagogického hlediska je to snížená schopnost učit se a nakonec z právního hlediska je to snížená způsobilost k právnímu jednání (Slowík, 2007).

Na stanovení hraničního pásma mentální retardace existuje několik náhledů, převažující je názor, že leží mezi mentální retardací a průměrnou inteligencí, což znamená 70 - 89 IQ, další vymezení je podle rozložení četností v populaci (85 – 70 IQ) a je podobné s diagnózou slaboduchosti (68 – 85 IQ) a ještě jiný názor stanovuje hraniční pásmo mentální retardace mezi podprůměrnou inteligencí a mentální retardací, což představuje IQ 79 – 70 (Valenta et al., 2015).

Klasifikace podle Jansma a Frenche (in Kursová, 2009) představuje čtyři pásma, kdy se jedná o mírné postižení: 55 – 70, střední postižení: 40 – 54, těžké postižení: 25 – 39 a hluboké postižení – pod 25.

Další odlišnou klasifikaci mentálního postižení Americké psychiatrické společnosti podle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM – IV) uvádějí Valenta et al. (2012):

317 Mild Mental Retardation – IQ 50 – 55 až 70

318.0 Moderate Mental Retardation – IQ 35 – 40 až 50 – 55

318.1 Severe Mental Retardation – IQ 20 – 25 až 35 – 40

318.2 Profound Mental Retardation – IQ pod 20-25

V dřívější terminologii byly pro stupně mentální retardace používány pojmy debilita, imbecilita a idiocie, ty už ale vymizely, protože v podvědomí většinové společnosti jsou vnímány jako pejorativní výrazy (Slowík, 2007).

Mezinárodní klasifikace nemocí (2008), která byla zpracována Světovou zdravotnickou organizací, uvádí klasifikaci mentálního postižení podle stupně IQ:

- lehká mentální retardace, IQ 50 – 69 (F70)
- středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49 (F71)
- těžká mentální retardace, IQ 20 – 34 (F72)
- hluboká mentální retardace, IQ nižší než 20 (F73)
- jiná mentální retardace (F78)
- nespecifikovaná mentální retardace (F79)

1.2.2 Klient s duševním onemocněním

V historii bylo nahlíženo na duševní onemocnění jinak než v dnešní moderní době. Jedinci takto nemocní byli uzavíráni v tzv. klecích bláznů, věžích bláznů a lodích bláznů a ukryti před většinovou společností (Petr, Marková et al., 2014). Posléze byla těmto jedincům poskytnuta pomoc v podobě spíše ošetrovatelské, kdy byla při jejich léčbě v hojné míře užívána psychofarmaka. Dnes se většina zařízení a organizací snaží opustit tuto podobu péče a velký důraz je kladen na samostatné fungování jedince ve většinové společnosti a to, aby měl šanci vést plnohodnotný život jako každý z nás.

Orel (2012) popisuje příčiny duševních onemocnění jako genetické, dále pak jako nesoulad mezi nervovou, hormonální a imunitní soustavou, poté jako působení stresu, působení exogenních faktorů, které mohou být chemického, fyzikálního nebo

biologického charakteru, dále také vliv prostředí na jedince v době prenatální a postnatální a jako poslední endogenní faktory, kterými jsou různá onemocnění, mozkové nádory, dehydratace atd.

Ačkoliv se setkáme s termínem duševní onemocnění, tak v psychiatrii se používá pro klasifikaci těchto nemocí termín psychická porucha, protože není zatím známa etiologie těchto onemocnění (Svoboda, Češková, Kučerová, 2012).

Při psychické poruše je narušena integrita osobnosti, jednotlivé složky osobnosti nefungují tak, jak by měly, porucha jedné složky se hned odrazí ve fungování druhé a dochází k chaosu, takže jedinec vidí ve svém myšlení a konání logiku, ale pro jeho okolí je nepochopitelné, člověk tedy není tím, jakým bývá nebo dříve býval (Kučerová, 2013).

Kučera (2013) uvádí, že klasifikace duševních poruch vychází ze dvou základních dokumentů, kterými je Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a Diagnostický a statistický manuál psychických poruch (DSM), který vydává Americká psychiatrická asociace (APA).

Klasifikace duševních poruch a poruch chování podle MKN – 10:

- Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00 - F09)
- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (F10-F19)
- Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29)
- Afektivní poruchy (poruchy nálady) (F30 - F39)
- Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40 - F48)
- Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50 - F59)
- Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 - F69)
- Mentální retardace (F70 - F79)
- Poruchy psychického vývoje (F80 - F89)
- Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání (F90 - F98)
- neurčená duševní porucha (F99)

Jiné dělení podle Janíka a Duška (in Nakonečný, 2011):

- organické psychické poruchy: při cévních onemocněních mozku, při jeho poraněních a onemocněních jako syfilis mozku, Alzheimerova choroba, senilní demence a další

- oligofrenie (vrozená slabomyslnost)
- endogenní psychické poruchy: schizofrenie, paranoia, parafrenie
- emotivní psychické poruchy: endogenní deprese, maniodepresivita
- generační psychické poruchy (v pubertě, v těhotenství, v klimakteriu, při menses)
- psychogenní psychické poruchy (neurozy): psychopatie, patický vývoj osobnosti, zlozvyky (toxikománie, alkoholismus atd.)

V klasifikaci duševních poruch tedy nalezneme i mentální retardaci, ta již byla popsána v předešlé kapitole, takže v této kapitole budou uvedeny další nejčastější duševní poruchy jako jsou demence, schizofrenie, apod.

Demence patří do skupiny tzv. organicky podmíněných duševních poruch způsobených poškozením centrální nervové soustavy, kdy hlavním příznakem je porucha paměti a intelektu daného jedince. Podle hloubky demence lze odlišit tři stupně a těmi jsou mírná, středně těžká a těžká demence. Postihuje nejčastěji jedince s vyšším věkem. Nejvíce vyskytovaným typem demence je Alzheimerova choroba, existuje také vaskulární demence a další poruchy, které vedou k demenci jako Pickova choroba, Creutzfeldt- Jacobova choroba, Parkinsonova choroba apod. (Raboch et al., 2012) Demence přináší jedinci dokonce větší postižení než poranění míchy nebo konečné stádium rakoviny (Pace, Treloar, Scott, 2011).

Kučerová (2013) popisuje příznaky demence a chování jedinců, ti mají potíže s pamětí, často bývají zmatení a mohou se u nich vyskytovat halucinatorní, paranoidní a halucinatorně – paranoidní stavy.

Schizofrenie postihuje převážně jedince v mladším věku, ale může propuknout i později, její výskyt představuje až 1 % populace. K hlavním příznakům, které lze pozorovat je slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace, bludy kontrolovanosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity, slyšení hlasů, které komentují myšlenky a chování pacienta a bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře, dále lze pozorovat u jedince přetrvávající halucinace, formální poruchy myšlení, katatonní projevy nebo nápadné změny v chování. Schizofrenie může probíhat v atakách (epizodách), po kterých dojde k částečné nebo úplné remisi nebo chronicky bez výraznějšího zlepšení. Existuje v několika formách jako jsou paranoidní, hebefrenní, katatonní schizofrenie a další. (Pavlovský et al., 2009)

Častou duševní poruchou je také porucha osobnosti, kdy se odhaduje, že jí trpí 10 – 23 % populace. Jedná se o stav, který se projevuje nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými povahovými vlastnostmi v oblasti emocí, nálad, pudů, temperamentu,

vůle a charakteru a podivným, neadaptivním až rušivým chováním, kdy trpí sám jedinec nebo jeho okolí nebo oba. Poruchy mohou být paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestálá, úzkostná, závislá, narcistická a mnoho dalších. (Raboch et al., 2012)

Další porucha, která se posuzuje velice obtížně, je porucha s bludy, dříve nazývána jako paranoia. Hlavním příznakem je obsahová porucha myšlení, vzniká na základě reálné události, kterou pak jedinec zpracovává jako křivdu. Jedinec se pak často dovolává svých práv, podává stížnosti a trestní oznámení, bludy však mohou být i žárlivecké, kdy jedinec může dohnat svého partnera jeho nátlakem až k rozvodu. (Pavlovský et al., 2009)

1.3 Sociální práce

1.3.1 Co je sociální práce

Zde bych chtěla vymezit pojem sociální práce a ostatní pojmy, které s ní souvisí. Sociální práce je společenskovední disciplína, ale i oblast praktické činnosti, jejím cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (Matoušek, 2008a).

Jedna ze starších definic popisuje sociální práci jednoduše tak, že sociální práce je prostě to, co dělají sociální pracovníci (Matoušek, 2007a).

Hanvey a Philpot (in Matoušek, 2007a) tuto definici aktualizovali tak, že sociální práce je často to, co jiní nedělají, např. zdravotničtí pracovníci, policie, atd.

K definici sociální práce se pojí tři aspekty, které popisují Adams, Dominelli, Payne (2009a), prvním je sociální změna, druhým je řešení problémů v lidských vztazích a poslední představuje zlepšení celkové pohody člověka.

Sociální práce bývá označována jako pomáhající profese či obor. Definice pomáhající profese je spojena z obsahů termínů obor či profese a služby člověku, takže je to organizovaná skupina pracovníků, kteří lidem poskytují specializovaný typ podpory nebo zdrojů, aby tito lidé mohli zvládat své problémy a byly uspokojeny jejich potřeby (Musil, in Matoušek, 2013).

Do sociální práce patří i pojem sociální služby. Matoušek et al. (2007b) popisují, že sociální služby jsou poskytovány osobám, které jsou nějakým způsobem znevýhodněné a hlavním cílem je, aby dosáhly zlepšení kvality jejich života a nebo aby byly zapojeny

do většinové společnosti, případně společnost chránily před riziky, které mohou tyto osoby způsobit.

Aspekty poskytování sociálních služeb podle Průši (2007) jsou takové, že sociální služby mohou být poskytovány i soukromými subjekty, zpravidla jsou poskytovány za úhradu, soukromým poskytovatelům sociálních služeb jsou věnovány finanční prostředky a stát musí stanovit podmínky, za kterých mohou tyto subjekty služby poskytovat.

1.3.2 Kdo je sociální pracovník

Důležitým pojmem je sociální pracovník. Hanuš (2007) vysvětluje, jak vznikla profese sociálního pracovníka, podle něj se dříve o jednotlivce postarala jeho blízká rodina, lidé žijící ve stejné komunitě, popř. církevní organizace, posléze vznikaly ale nové nepříznivé životní situace, které neovlivňovaly pouze život jednotlivce, ale celou společnost a tak má sociální pracovník za úkol pracovat s jednotlivcem, skupinou a komunitou s cílem zlepšit situaci celé společnosti.

Matoušek (2008b) popisuje práci sociálních pracovníků tak, že pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo k jejímu navrácení a kromě toho ještě pomáhají vytvářet příznivé společenské podmínky.

Pokud chceme definovat sociálního pracovníka, měli bychom se zaměřit i na náplň jeho práce a na to, jaké požadavky jsou na něj kladeny a jaké předpoklady by měl splňovat právě pro výkon své profese. Jak je uvedeno v § 109 zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. V tomtéž zákoně jsou uvedeny a přesně definovány i obecné předpoklady pro výkon profese, jsou jimi plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost.

Vedle předpokladů uvedených v zákoně jsou stejně důležité i další, které se zákony a obecnými požadavky nemají nic společného, jsou to povahové rysy pracovníků a

jejich zkušenosti, sociální pracovníci se podle mě právě těmito předpoklady liší jeden od druhého. Michalík et al. (2011) popisují specifika pomáhajících profesí, do kterých se řadí také sociální pracovník, vedle požadavků na vzdělání, praxi, další vzdělávání a osobnost pracovníka existují ještě takové, že se pracovník musí zaměřit na každého individuálně, má větší riziko syndromu vyhoření, využívá etické normy a musí mít specifické komunikační schopnosti.

Kopřiva (2006) zmiňuje, že v pomáhajících profesích je mimo odborných znalostí a zkušeností důležitý také lidský vztah mezi pracovníkem a klientem, pracovník může být buď angažovaný nebo neangažovaný. Dále uvádí tři paradoxy ve výkonu pomáhajícího, první paradox představuje *pochopení pro každého*, kdy zdůrazňuje, že je důležité, aby pracovník nedával přednost klientům, ke kterým má nevědomě vřelejší vztah, např. k mladému člověku cítí větší náklonnost než ke staršímu nebo naopak má negativní zkušenost s alkoholiky a bude se tak k nim stavět s předsudky, což bude ovlivňovat práci s nimi. Druhým paradoxem je *láska k bližnímu ve službách potřeby úspěchu*, kdy sociální pracovník cítí potřebu být ostatním potřebný, dává raději přednost druhým a jejich potřebám než potřebám svým, protože jeho existence je méně důležitá než existence druhých. Posledním paradoxem je *láska k bližnímu jako zboží*, který se pojí s tím, jaké finanční ohodnocení má sociální pracovník a zda je s ním spokojen či nikoliv, to záleží na tom, co potřebuje ke svému přežití, každý to má nastavené jinak, hlavní nebezpečí spočívá v tom, kdy pracovník není spokojen se svým platem a tuto nespokojenost ventiluje skrze klienty a přístup k nim, méně se o ně stará a mnohdy i přenáší svými názory negativní postoj mezi ostatní pracovníky.

1.3.3 Role sociálního pracovníka

Role sociálního pracovníka najdeme hned několik, každý autor má jiný pohled a záleží také na tom, s jakou cílovou skupinou sociální pracovník pracuje.

Musil v rozhovoru (Bajer, 2007) vysvětluje, že většina organizací bere sociálního pracovníka jako administrátora, poskytne mu předem stanovené postupy, jak má pracovat s klientem a poté administrativně rozhodne o případu klienta, tyto postupy ale nelze použít např. při sbírání materiálů k soudu, který má rozhodnout o umístění dítěte, v těchto případech musí sociální pracovník určit sám, které informace jsou nejdůležitější a které jsou méně důležité. Další organizace zase očekává od sociálního pracovníka, že zaujme roli filantropa a nechávají mu větší prostor pro vlastní

rozhodování, protože se domnívají, že se řídí citem a zdravým rozumem. Sociální pracovník by měl být administrátorem i filantropem, měl by zvládnout rozhodování, chtít pomáhat a vcítit se do potřeb klienta.

Bajer a Tokárová (2007) v rozhovoru s Kredátem popisují, že např. na Slovensku jsou sociální pracovníci stále vnímáni jen jako úředníci.

K roli sociálního pracovníka můžeme zmínit i něco ke vztahu sociálního pracovníka a klienta. Principy tohoto vztahu uvádí Gulová (2011), prvním takovým principem je individualizace, kdy sociální pracovník vnímá klienta jako jedinečného a přistupuje tak ke každému podle dané situace. Druhý princip představuje to, že klient má právo vyjadřovat své pocity, klient se může vyjádřit ke své situaci, zaujmout postoj a navrhnout řešení situace. K tomu lze připojit i sebeurčení klienta, kdy on rozhoduje sám za sebe, jak bude s jeho případem naloženo. Důležitým principem po celou dobu práce s klientem je empatie, kdy v popředí stojí vřelost a vstřícnost ke klientovi, empatie pomáhá sociálnímu pracovníkovi k pochopení klienta. Dále by měl sociální pracovník akceptovat klienta bez jakýchkoliv předsudků, což někdy nebývá jednoduché, pojí se s tím i nemoralizování klientů. A nakonec je nutné zmínit diskrétnost, kdy sociální pracovník musí zachovat mlčenlivost.

Je nutné také uvést role sociální služby tedy respektive sociálních pracovníků ve vztahu k omezení svéprávnosti, dalším opatřením a opatrovnictví. Rittichová (2015) vyčleňuje sociální službu jako navrhovatele v řízení o svéprávnosti, dále jako subjekt, který podává vyjádření k řízení nebo jako pomoc při podání návrhu, sociální pracovník se může účastnit řízení jako svědek i jako zástupce pro řízení, kdy mu klient udělí plnou moc a sociální pracovník může uplatňovat všechna práva klienta jeho jménem. Co se týče opatrovnictví, tak je zakázáno, aby se stalo opatrovníkem kterékoliv sociální zařízení, jehož služeb klient užívá a rovněž se nesmí stát opatrovníkem ani zaměstnanec takového zařízení, zájmy klienta a takového zařízení by byly totiž v konfliktu. Pokud má ale sociální služba pochybnosti o osobě navrhované na opatrovníka nebo o výkonu funkce opatrovníka, který je již stanoven, tak by je měla soudu sdělit a pravidelně soud informovat o situaci opatrovance a o plnění povinností opatrovníka, v některých případech se sociální služba může stát členem opatrovnické rady. Nejdůležitější rolí služby je ale stále to, že je opatrovníkovi partnerem a pomáhá mu jak při přípravě dokumentů pro některá právní jednání, tak i v komunikaci mezi ním a klientem. Cílem vždy zůstává kvalitní komunikace mezi opatrovníkem a klientem (opatrovancem), kde výsledek představuje definování přání a zájmů klienta a posléze jejich realizaci.

Urbancová (2015) pak popisuje, jak je nutné oddělovat roli veřejného opatrovníka a sociálního pracovníka a vymezuje tyto role každou zvlášť, jmenuje role sociálního pracovníka spojené s klienty s omezenou svéprávností jako například poskytnutí poradenství klientovi, asistence, doprovázení k lékaři, zprostředkování kontaktů, zastupování klienta u soudu, vyhledávání osob vhodných do funkce opatrovníka, šetření pro soud, nácvik a upevňování dovedností a schopností opatrovance, sepsání návrhů, žádostí, odvolání a další.

1.3.4 Sociální práce s klienty s omezenou svéprávností

První skupinu klientů, kteří jsou ohroženi omezením svéprávnosti, představují klienti s mentálním postižením.

Tyto osoby se často setkávají s diskriminací od většinové společnosti a mají omezené možnosti, jak se zapojit do běžného života. Obecně by se tento přístup měl změnit, jak popisuje Sayce (in Adams, Dominelli, Payne, 2009b), užitím úmluv a deklarací k systémovým změnám k lepšímu, zajištěním práv osob se zdravotním postižením a nahradit diskriminační stereotypy názorem o účasti a rovnosti těchto osob ve společnosti.

Sociální práce s klientem s mentálním postižením může být podle Slowíka (2010) mnohdy problematická, protože u těchto jedinců není postihnutý pouze intelekt, ale mnohdy se jedná o kombinace více vad najednou (zraková nebo sluchová vada, porucha autistického spektra, Downův syndrom a další). V případě lehké mentální retardace se obvykle dá dorozumět, mohou být přítomny pouze některé vady řeči, ale u jedince s těžkou mentální retardací je už například nutné použít různé komunikační tabulky.

Pörtner (2009), která vychází z přístupu Carla Rogerse, doporučuje při práci s klienty s mentálním postižením na osobu zaměřený přístup, který se skládá v první řadě z humanistického pohledu na člověka, sociální pracovník tedy bere klienta jako svébytnou osobnost a respektuje odlišnost lidí. Dále popisuje postoj zaměřený na osobu, který má tři složky a těmi jsou empatie (porozumění vcítěním), úcta k osobnosti, která spočívá v akceptaci bez hodnocení daného člověka a nakonec kongruence, kdy sociální pracovník přistupuje ke klientovi s opravdovostí a neskrývá se za žádnou profesionální masku.

Konkrétní metody a techniky při práci s klienty s mentálním postižením popisují Matoušek, Kodymová, Koláčková (2010), jmenují např. asistenci, kde pracovník

pomáhá klientovi s činnostmi, které lidé bez postižení mohou vykonávat sami, důležité je zaměřit se na jednotlivce a uvědomit si, že s každým klientem musíme pracovat jinak. Další uvedenou technikou je sociálně – terapeutická práce, kdy se klient učí specifickým dovednostem, které mu dopomohou k tomu, aby byl co nejvíce samostatný, tato práce může probíhat individuálně nebo i ve skupině. Třetí metoda se nazývá pracovní a umělecká terapie, při níž se klient rozvíjí smysluplnou činností a získává pracovní návyky, také si uvědomí zodpovědnost. Zajímavou a další metodou je komunitní podpora, kdy vzniká komunita složená z lidí s mentálním postižením a lidí bez postižení, kteří spolu žijí a navzájem si pomáhají, např. camphillská komunita. A poslední metodou při práci s lidmi s mentálním postižením je péče, tato metoda je již však zastaralá a moc se nepoužívá, spočívá v uspokojení základních životních potřeb a následném vyplnění volného času, klient se tedy cíleně nerozvíjí.

Podle Šišky (in Matoušek, 2013) by neměl sociální pracovník při komunikaci s klientem s mentálním postižením používat dlouhá souvětí, cizí slova nebo ironii. Měl by mluvit a klientovi se dívat do očí a současně pozorovat, zda klient rozumí. Měl by porozumět komunikaci klienta, jeho gestům a vyjadřování, trpělivě naslouchat a poskytnout dostatek času na odpověď. Jedinci s mentálním postižením upřednostňují stereotypy a naučené návyky, mají tak pocit jistoty a bezpečí, pokud je ale stereotypů příliš, je třeba pracovat na změně a zkoušet různé situace, které mohou v běžném dni nastat, aby pak při nečekané situaci nebyli tolik vyvedeni z míry.

Další velkou cílovou skupinu představují klienti s duševním onemocněním. Při sociální práci s osobami s duševním onemocněním je podle Faixové (2014) možné využívat přístup zaměřený na klienta, který pochází od C. Rogerse, avšak při práci s klienty, kteří trpí psychickou poruchou a tudíž mají obtíže s navázáním kontaktu s jejich okolím, je důležitá preterapie pro lepší navázání vztahu mezi pracovníkem a klientem, tuto metodu preterapie vymyslel americký psycholog G. Prouty.

Konkrétní metody sociální práce s duševně nemocnými, které popisují Matoušek, Kodymová, Koláčková (2010) jsou moderní psychiatrická rehabilitace, případové vedení a týmová práce.

Moderní psychiatrická rehabilitace má tři hlavní školy, z níž první je anglická škola dle Humea a Pullena (in Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010) a ta se orientuje hlavně na kompenzaci, reedukaci a reorientaci, je vhodná u starých lidí a u lidí, které jejich nemoc výrazně omezuje v běžných aktivitách.

Další školou je losangeleská tzv. libermanovská škola dle Libermana (in Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010), tato škola je spjata s tréninkem sociálních dovedností a orientuje se na chování.

Třetí školu představuje bostonská škola, kterou se zabývají Anthony, Cohen, Farkas (in Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010), ta prosazuje klinickou rehabilitaci, která spočívá v rozvoji klientových dovedností a v podpoře jeho okolí, vychází hlavně z toho, co chce klient.

Základ rehabilitační práce podle Anthonyho (in Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010) tvoří diagnóza, plán, intervence a hodnocení, kdy diagnóza představuje celkový cíl a vyšetření klienta a plán se skládá z odpovědí na tři otázky: kdo, kde a kdy.

Metoda případové vedení vznikla, jak uvádí Matoušek, Kodymová, Koláčková (2010) za účelem propojení a návaznosti služeb – koordinace, jinak se nazývá case management. Pracovník je tedy manažer případu, musí znát minulost i přítomnost klienta, jeho okolí a jeho možnosti, díky tomu se mu podaří zjistit klientova přání a potřeby a snaží se je společným úsilím naplnit.

Týmová práce, která je podle Matouška, Kodymové, Koláčkové (2010) třetí metodou sociální práce s duševně nemocnými, spočívá ve spolupráci multidisciplinárního týmu, kdy se spojí několik specialistů a pracují společně na jednom případě. Tento tým vede sociální pracovník a koordinuje jejich činnost, zároveň pracuje s klientem, jeho rodinou a okolím a snaží se, aby všechny aktivity co nejvíce prospívaly klientovi. Kromě sociálního pracovníka jsou členy týmu psychiatr, psycholog, psychiatrická sestra a může být i ergoterapeut.

Pěč et al. (2009) osvětluje jakou roli má sociální pracovník v psychiatrické rehabilitaci, tato role spočívá hlavně v tom, že je v kontaktu s rodinou klienta nebo jeho sociální sítí. Sociální pracovník poskytuje klientům poradenství, pomáhá ve zlepšení sociálních a pracovních kompetencí a ve smysluplném využití volného času, sociální pracovník stojí v roli případového vedoucího, kdy se zabývá klientem komplexně a poskytuje mu přímou podporu v obtížných situacích, pracuje s klientem v přirozeném prostředí a zároveň pracuje s jinými odborníky. Důležitou roli hrají i ostatní členové multidisciplinárního týmu, kteří spolupracují se sociálním pracovníkem a jsou jimi psychiatr, zdravotní sestra, ergoterapeut a klinický psycholog.

Vachková (2008) upozorňuje také na důležitost propojenosti jednotlivých oborů při psychiatrické rehabilitaci osob s duševním onemocněním, je důležité pracovat jak pomocí léčebných prostředků, např. psychofarmak, tak i pomocí psychoterapie, kde se

snaží klient o zlepšení psychického stavu a jistě také pomocí sociálních prostředků, kdy se snaží zapojit do běžné společnosti. Hlavním posláním rehabilitace je to, že jedinec bude schopen fungovat sám v prostředí, které si vybere a nebude již potřebovat pomoc profesionálů. Jako příklady programů psychiatrické rehabilitace jmenuje asertivní komunitní léčbu (ACT), clubhouse model a IPS model (individuální umístění a podpora).

Valentová (in Mahrová, Venglářová et al., 2008) popisuje jednotlivé oblasti potřebné péče u člověka s psychotickým onemocněním, první oblast představuje to, že jedinec by měl překonat společenskou izolaci a stigmatizaci. Onemocnění může bránit v navazování vztahů a nebo narušit vztahy stávající a vzhledem k předsudkům a stereotypům dochází ke stigmatizaci, někdy ale i k tzv. selfstigmatizaci, kdy si jedinec připadá méněcenný a má pocit, že do většinové společnosti nepatří. Dále je nutné získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností a to především proto, aby byl jedinec schopen se zapojit do běžného života po propuštění z lůžkového zařízení, důležité je zapojit se do skupinové terapie, klubu, kulturní akce a smysluplné činnosti v rámci ergoterapie. Třetí oblastí je chráněné a podporované bydlení, které představují domy na půl cesty, chráněné byty, podporované bydlení a sociální byty. Jde o to, aby byl klient co nejvíce samostatný. Poté další důležitou oblast představuje chráněná práce v podobě např. chráněných pracovních míst a podporovaného zaměstnávání. A jako poslední je smysluplné trávení volného času, které klienta stimuluje, rozvíjí jeho schopnosti a socializuje ho.

Nováková (in Marková, Venglářová, Babiaková et al., 2006) uvádí náplň práce sociálního pracovníka v lůžkových zařízeních pro osoby s duševním onemocněním, základem je anamnestické šetření, kdy proběhne rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem, jsou zjištěny základní údaje o zaměstnání, bydlení, blízkých atd. Sociální pracovník poté konzultuje situaci i s rodinou a nebo blízkými příbuznými. A dále sociální pracovník řeší s klientem jeho bytové podmínky, příp. sežene azylový dům nebo ubytovnu a nebo zvažuje léčebný pobyt u pacientů závislých na návykových látkách. Následně pracovník informuje klienta o nárocích na dávky ze sociálního zabezpečení, může spravovat finance klienta, kdy zařídí platbu nájemného, výživného a jiných plateb z jeho konta. Sociální pracovník také doprovází klienta u soudu, spolupracuje s opatrovníky pacientů, kteří mají omezenou svéprávnost. Všechny činnosti vykonává samozřejmě po dohodě s pacientem, kterého se snaží aktivizovat, aby sám přispíval svými nápady a nebo s jeho opatrovníkem.

Probstová a Pěč (2014) popisují metody šetření, které může provádět sociální pracovník u klientů s duševním onemocněním, nejzákladnější metodu představuje pozorování, které je výhodnější pro sociálního pracovníka, protože klient není někdy schopen přesně popsat své pocity a chování svými slovy a nebo je jeho vyjádření zkresleno vědomým či nevědomým popřením, zkresluje informace a nebo některým informacím nedává takovou váhu, protože si myslí, že nejsou důležité. Další metodou je rozhovor a je nejhlavnější a nejdůležitější metodou v práci s klientem. Rozhovor začíná prvním kontaktem, kdy dojde k představení a navázání spolupráce, vzájemného vztahu a získání důvěry. Měly by se předem určit pravidla rozhovoru, kdy, jak dlouho a s kým bude probíhat, na konci by měl klient získat od pracovníka podporu a porozumění. Třetí metodou je získávání informací z dokumentace, sociální pracovník již může nahlížet i do zdravotnické dokumentace. A jako poslední metoda je uvedeno získávání informací od členů sociální sítě klienta a mapování jeho sociální situace, kdy práce s blízkými je obvykle velice náročná, mají např. jiný názor na samostatnost klienta, mají obavy z agresivního chování jejich blízkého, který trpí duševní poruchou, ze stigmatizace okolím atd.

V sociální práci s osobami s duševním onemocněním má velký význam i skupinová sociální práce, která může podle Pěče et al. (2009) probíhat v podobě skupinové psychoterapie, kdy existuje několik druhů různě zaměřených skupin podle problému, který řeší klienti, dále pak skupinová sociální práce využívá integrovaný psychoterapeutický program, který slouží pacientům se schizofrenií a je rozdělen do pěti podprogramů (např. sociální vnímání, nácvik sociálních dovedností, a další). Trochu alternativnějšími metodami jsou dramaterapie, muzikoterapie a taneční pohybová terapie, kterých se jedinci také účastní ve skupině. Důležité je také zmínit terapeutické komunity, které vznikají speciálně pro léčbu osob s duševním onemocněním a v poslední řadě jsou svépomocná hnutí, která fungují bez odborníků a jedinci zde mohou nalézt podporu a porozumění od lidí se stejnými problémy.

2 Cíle a výzkumné otázky

Hlavním cílem je zjistit, jak vnímají sociální pracovníci významnou legislativní změnu, která se týká svéprávnosti klientů.

Dílčím cílem je pak stanovit, jakou roli v procesu „svéprávnosti klientů“ mají sociální pracovníci a jak s těmito klienty resp. jejich opatrovníky spolupracují.

Výzkumné otázky zní:

1. Jak sociální pracovníci vnímají tuto legislativní změnu, která se týká svéprávnosti klientů?
2. Jak se sociální pracovníci zapojují do hodnotícího a rozhodovacího procesu o „svéprávnosti klientů“?
3. Jaké metody sociální práce volí sociální pracovníci s klienty s omezenou svéprávností?

3 Metodika výzkumu

V práci byla použita kvalitativní výzkumná strategie. Hlavním principem kvalitativního výzkumu je zkoumat určitý prvek, proces, nebo fenomén v jeho přirozených podmínkách a nakonec je získán komplexní obraz založený na datech a vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu (Reichel, 2009; Švaříček, Šed'ová et al., 2007). Proto jsem si vybrala právě kvalitativní výzkum, chtěla jsem se do hloubky zabývat názorem sociálních pracovníků na téma svéprávnost a zjistit, jak se jich dotýká legislativní změna, zda s ní souhlasí. Zároveň jsem mohla při dotazování nahlédnout i do prostředí, ve kterém pracují s klienty, kteří jsou omezeni ve svéprávnosti a dozvědět se, jak s těmito klienty pracují.

V kvalitativním výzkumu se nezjišťuje míra ani množství a nepracuje se s čísly, pracuje se se slovy a textem (Švaříček, Šed'ová et al., 2007).

3.1 Zkoumaný soubor

Zkoumaný soubor představovali sociální pracovníci a pracovnice, kteří pracují s klienty s omezením ve svéprávnosti. Tito klienti mají svého opatrovníka nebo využívají některé z podpůrných opatření v případě nezpůsobilosti právně jednat. Sociální pracovníci a pracovnice byli osloveni prostřednictvím elektronické pošty nebo telefonicky. Pracují v organizacích v rámci Jihočeského kraje, které poskytují služby klientům se zdravotním postižením a v organizacích pro klienty s duševním onemocněním. Organizace zapojené do výzkumu poskytují služby ambulantní, pobytové nebo i terénní. Jedná se o domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení, denní stacionáře, týdenní stacionáře, centra denních služeb a sociálně terapeutické dílny. Do výzkumu bylo zapojeno celkem deset sociálních pracovníků a pracovnic z těchto organizací, z toho polovina pracovníků působí v organizacích pro osoby s mentálním postižením a ostatní v organizacích pro osoby s duševním onemocněním. Počet informantů nebyl předem daný. Když se při rozhovorech většina informací shodovala, tak byl sběr dat ukončen. Jak popisuje Disman (2007), vzorek je nasycen, pokud získaná data již nepřináší nic nového.

Při výběru výzkumného souboru byla zahrnuta apriorní determinace a následně graduální konstrukce vzorku, jak popisují Švaříček, Šed'ová et al. (2007) výzkumný

vzorek není vytvořen hned v jeden moment, ale vytváří se během sběru dat a jejich analýzy, je stále rozšiřován a redefinován, to představuje obecné pravidlo v kvalitativním výzkumu. Nejprve tedy bylo vybráno několik sociálních pracovníků a pracovníc z výše jmenovaných typů zařízení podle kritérií jako je typ zařízení, doba jejich praxe a ti byli osloveni a požádáni o rozhovor. Sociální pracovníci a pracovnice, kteří souhlasili se zapojením do výzkumu a byl s nimi již veden rozhovor, poté ještě doporučili jiná zařízení, kde by podle nich mohl být proveden také výzkum. Takže byli osloveni další sociální pracovníci z jiných organizací, u kterých byly získány odlišné informace a jiné názory než od předešlých informantů. Přehled charakteristiky informantů je uveden v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 – charakteristika informantů účastnících se výzkumu

charakteristika	pohlaví	věk	délka praxe	cílová skupina	sociální služby
informant 1	žena	23	2 roky	klienti s mentálním postižením	DOZP, chráněné bydlení, sociálně terapeutické dílny
informant 2	žena	29	8 let	klienti s mentálním postižením	denní stacionář, týdenní stacionář, chráněné bydlení
informant 3	muž	37	12 let	klienti s duševním onemocněním	sociální rehabilitace, sociálně terapeutické
informant 4	muž	30	3 roky	klienti s mentálním postižením	centrum denních služeb, osobní asistence
informant 5	žena	24	2 roky	klienti s duševním onemocněním	domov se zvláštním režimem
informant 6	žena	45	8 let	klienti s mentálním postižením	chráněné bydlení, DOZP
informant 7	žena	48	18 let	klienti s mentálním postižením	chráněné bydlení, osobní asistence, centrum denních služeb
informant 8	žena	26	5 let	klienti s duševním onemocněním	sociálně terapeutické dílny, chráněné bydlení
informant 9	žena	30	6 let	klienti s duševním onemocněním	sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny
informant 10	muž	30	4 roky	klienti s duševním onemocněním	domov se zvláštním režimem

Zdroj: vlastní výzkum

3.2 *Metody získávání dat*

Vzhledem k tomu, že výzkum je kvalitativní, byla použita metoda dotazování a jako technika polostrukturovaný rozhovor. Podle Miovského (2006) je tato podoba rozhovoru nejrozšířenější, protože vyřeší některé nevýhody strukturovaného rozhovoru a některé výhody nestrukturovaného rozhovoru.

I přesto, že strukturovaná podoba dotazování s uzavřenými otázkami je jednodušší a sběr dat a vyhodnocení zabere méně času, příliš se v kvalitativním výzkumu nevyužívá. V kvalitativním dotazování se výzkumník přizpůsobuje respondentovi, nikdy nenabízí dotazovanému odpovědi předem, tím vzniká určitá svoboda respondenta, dále také zjištění, zda otázce rozuměl a prostor pro subjektivní názory respondenta (Hendl, 2008). K výzkumu ale nebyl vhodný čistě nestrukturovaný rozhovor, kdy nejsou připraveny žádné otázky, bylo potřeba získat odpovědi na výzkumné otázky. K rozhovoru tedy byly připraveny okruhy otázek, aby byly získány potřebné informace. Následně vznikl ještě prostor na doplňující otázky a vysvětlení. Před samotnými rozhovory byla důležitá teoretická příprava na dané téma analýzou různých zdrojů, které byly použity v teoretické části práce a dále podle výzkumných otázek stanovení okruhů otázek, které byly využity při rozhovoru.

Rozhovor je určitá řízená konverzace mezi výzkumníkem a dotazovaným, je založen na spolupráci mezi nimi, řídí jí tazatel a ten používá hlavní, navazující a pátrací otázky. Vedle hlavních otázek jsou důležité i úvodní otázky, které položí tazatel na začátku rozhovoru, ještě předtím by se měl představit, seznámit dotazovaného s anonymitou výzkumu a požádat o souhlas se zapojením do výzkumu a s nahráváním rozhovoru (Švaříček, Šed'ová et al., 2007).

Na začátek rozhovoru tedy byly připraveny úvodní otázky pro lepší seznámení se sociálním pracovníkem, jeho náplní práce a organizací, ve které pracuje. Následně byly vytvořeny okruhy otázek, které souvisely s výzkumnými otázkami. Tyto okruhy otázek nebylo třeba pokládat v daném pořadí, to bylo většinou upraveno během každého rozhovoru. Po zodpovězení určité otázky byl ještě prostor pro doplňující otázky nebo pro vyjasnění odpovědi, aby nedocházelo k mylným interpretacím. Všechny rozhovory byly se souhlasem účastníků výzkumu nahrány na diktafon.

3.3 Metody zpracování dat

Po uskutečnění rozhovorů byly všechny přepsány v programu Microsoft Word. Zvolenou metodou pro analyzování rozhovorů byla metoda kódování. V přepsaných rozhovorech byly tedy vytvořeny kódy – jednotlivé pojmy a výroky, které byly důležité pro zodpovězení výzkumných otázek, souvisely spolu nebo se naopak úplně vylučovaly. Existuje několik typů kódování a při analýze dat jde mezi jednotlivými typy přecházet.

Jako první bylo použito otevřené kódování. Jedná se o vytváření kategorií, tato kategorie je složena z pojmů a vzniká porovnáváním a tříděním významových jednotek, tyto jednotky představují pojmy, které označují jednotlivé jevy, pocity, soudy, atd. a je potřeba zjistit, zda se z různé části překrývají nebo tvoří samostatný odlišný celek. (Miovský, 2006). Při otevřeném kódování tedy byly jednotlivé kódy seřazeny do kategorií pro lepší přehled v tabulkách v programu MS Excel. Poté následovalo axiální kódování, kdy byly kategorie získané v otevřeném kódování znovu uspořádány vytvářením vazeb mezi nimi. V této části tedy byly jednotlivé kategorie a vztahy mezi nimi zobrazeny v podobě diagramů pomocí programu Microsoft Word. Jednotlivé diagramy odpovídají okruhům otázek při rozhovoru a souvisejí s výzkumnými otázkami. Diagramy jsou pak pro lepší přehled zobrazeny zvlášť u klientů s mentálním postižením a zvlášť u klientů s duševním onemocněním a také proto, aby bylo možné spatřit rozdíl mezi nimi nebo naopak dojít k závěru, že jsou shodné.

V otevřeném kódování jsou tedy jednotlivé pojmy rozlišeny a jsou vytvořeny kategorie, poté v axiálním kódování jsou tyto pojmy složeny dohromady novým způsobem pomocí nacházení vazeb mezi kategoriemi a subkategoriemi (Miovský, 2006).

3.4 Etika výzkumu

Každý výzkum má svá etická pravidla, proto byly zahrnuty i do této práce. V první řadě je důležité myslet na ochranu osobních údajů účastníků výzkumu, nebyla použita tedy žádná jména sociálních pracovníků a pracovníc a pro jistotu ani názvy zařízení, ve kterých výzkum probíhal.

Před každým rozhovorem byl požádán účastník výzkumu o informovaný souhlas se zapojením do výzkumu a o souhlas s nahráváním celého rozhovoru na diktafon a souhlas se zpracováním dat.

4 Výsledky výzkumu

V této kapitole jsou interpretovány výsledky výzkumu v podobě diagramů, kde byla použita data, která byla získána z přepsaných a zakódovaných rozhovorů. Výsledky jsou uvedeny pro lepší přehled a porovnání zvláště u klientů s mentálním postižením a zvláště u klientů s duševním onemocněním. Diagramy obsahují identifikované kategorie a k nim přiřazené kódy, které představují informace od informantů z výzkumu. Kategorie jsou ještě shrnuty v tabulce č. 2.

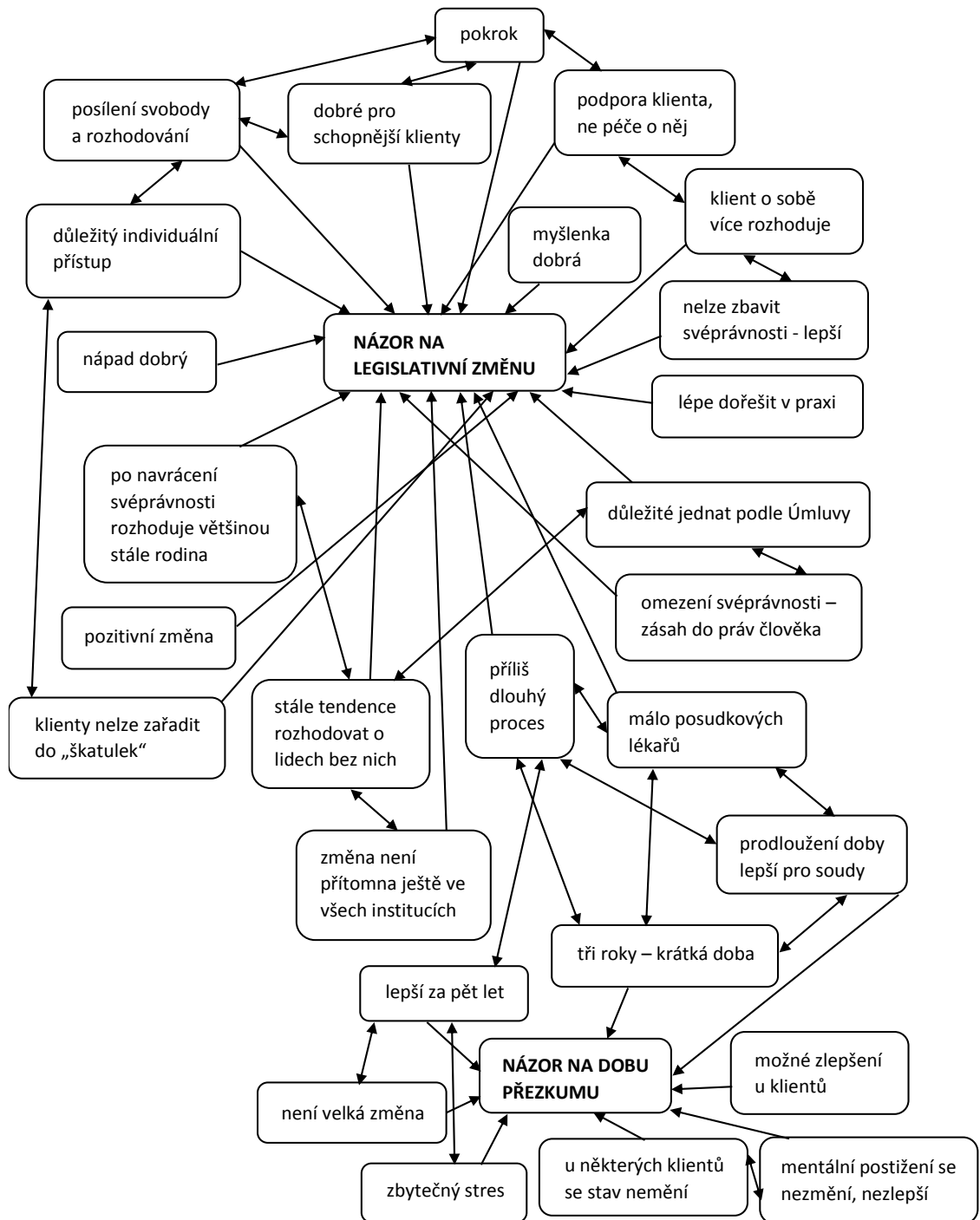
Tabulka č. 2 – shrnutí kategorií uvedených ve výsledcích

kategorie - klienti s mentálním postižením	kategorie - klienti s duševním onemocněním
názor na legislativní změnu	názor na legislativní změnu
názor na dobu přezkumu	názor na dobu přezkumu
dopad na organizaci	dopad na organizaci
dopad na opatrovníky	dopad na opatrovníky
dopad na klienty	dopad na klienty
názor na podpůrná opatření	finance klientů
proces svéprávnosti	zadlužení klientů
role sociálního pracovníka	názor na podpůrná opatření
role opatrovníka	proces svéprávnosti
práce s klienty	role sociálního pracovníka
metody sociální práce	práce s klienty
administrativa	metody sociální práce
spolupráce s opatrovníky	administrativa
rodinný vs. veřejný opatrovník	spolupráce s opatrovníky
rodiče jako opatrovníci	veřejný vs. rodinný opatrovník
	rodiče jako opatrovníci

Zdroj: vlastní výzkum

4.1 Legislativní změna u klientů s mentálním postižením

4.1.1 „Názor na změnu a dobu přezkumu“



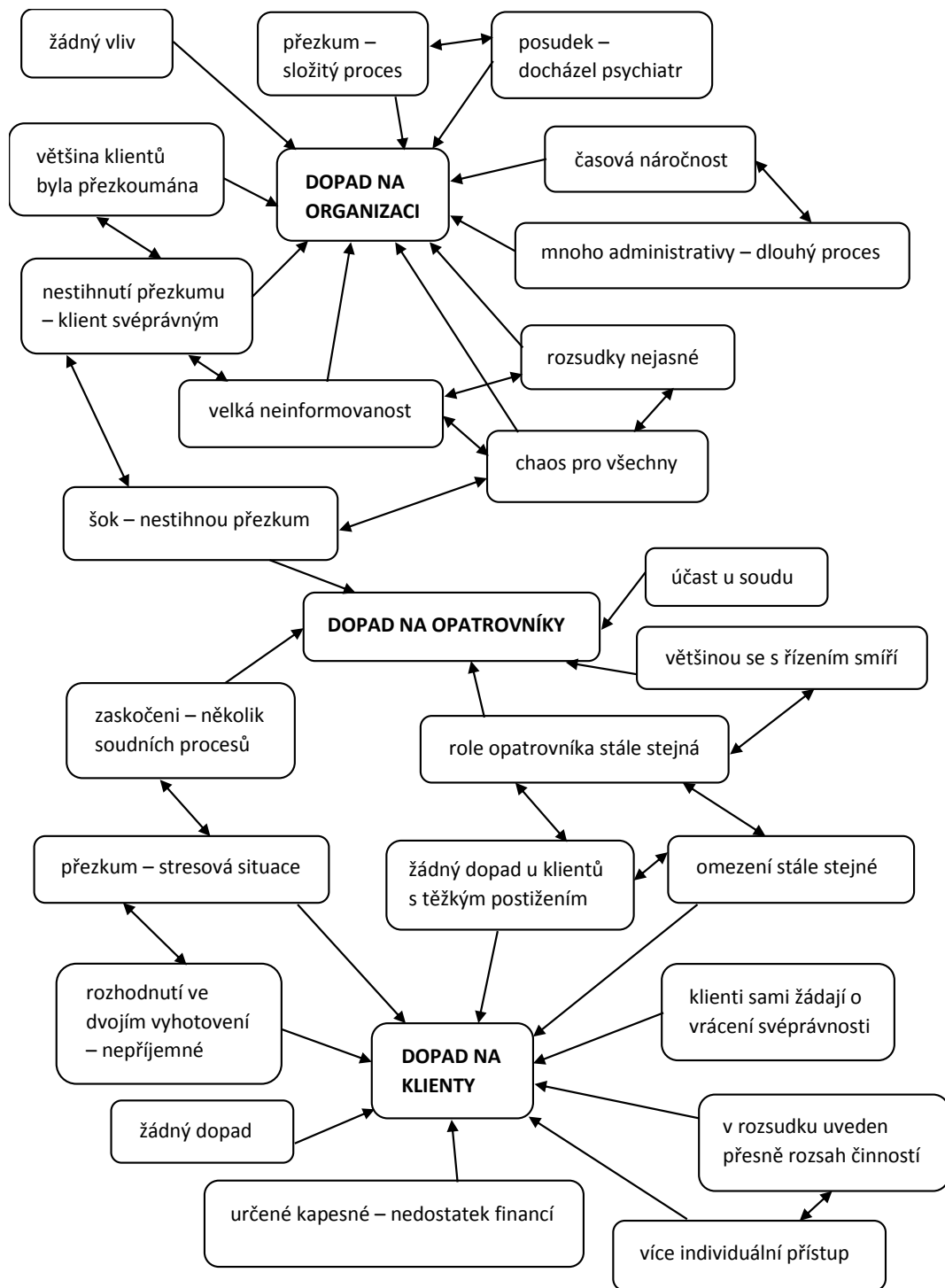
Zdroj: vlastní výzkum

V diagramu „Názor na změnu a dobu přezkumu“ jsou zobrazeny kódy, které byly shrnuty pod kategorie **názor na legislativní změnu** a **názor na dobu přezkumu** u

klientů s mentálním postižením, vztahy mezi kódy z kategorií a poté jsou vyznačeny vztahy mezi kódy z těchto dvou kategorií. Informanti uvádějí, že legislativní změna týkající se svéprávnosti, je v podstatě pozitivní a klienty posiluje v mnoha ohledech, avšak ještě je nutné dořešit tuto změnu v praxi. Podle jedné informantky stále převládá tendence jednat o lidech bez nich, v mnoha institucích ještě nejednají podle této změny a podle Úmluvy a rozhodují o klientovi tak, aby to bylo pro ně z praktického hlediska jednodušší, pro ni je omezení ve svéprávnosti v jakékoliv podobě zásah do práv člověka – „...*na jedny straně ten zákon o sociálních službách a všechny ty, všechny ten směr směřuje k tomu, aby se jelo podle Úmluvy, ale stejně je ta tendence jednat jakoby o těch klientech bez nich, za ně a vlastně jakoby některý ty situace řešit tak, aby to bylo nejjednodušejc pro ty instituce...*“ (IN6). Další informant uváděl, že při hodnocení omezení ve svéprávnosti, je důležitý individuální přístup, protože nelze lidi zařadit „do škatulek“, ale uvědomuje si to, že by to bylo administrativně a personálně náročné – „*No, sme u toho individuálního přístupu, že by tam měl bejt, že jo, protože v tomhle ohledu ty lidi nezařadiš do škatulky a to zas by bylo, asi by to bylo náročný administrativně a personálně vůbec.*“ (IN4).

Co se týče doby přezkumu, tak se informanti shodli na tom, že je lepší tuto dobu prodloužit na pět let, protože u klientů s mentálním postižením nenastává velká změna jejich stavu, je možné maximálně mírné zlepšení a soudní proces je pro klienty zbytečný stres. Pro soudy by bylo prodloužení doby také lepší, protože přezkum představuje velmi dlouhý proces a je k dispozici málo posudkových lékařů.

4.1.2 „Dopad legislativní změny“

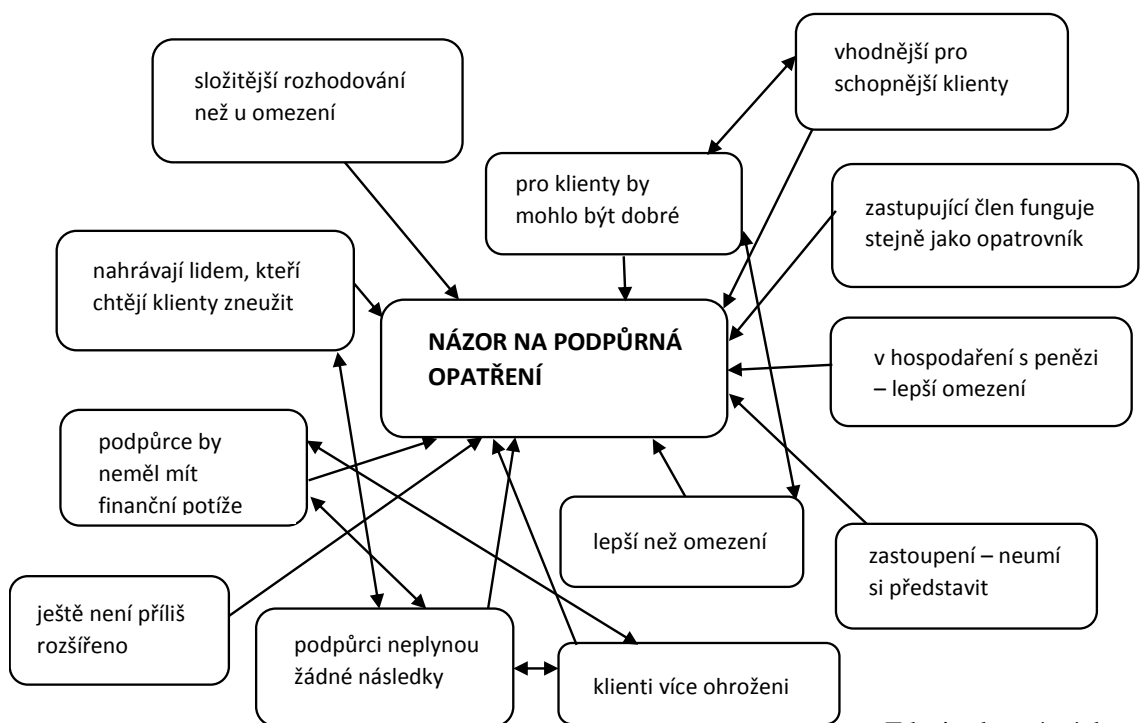


Zdroj: vlastní výzkum

Diagram „Dopad legislativní změny“ představuje kategorie **dopad na organizaci**, **dopad na klienty** a **dopad na opatrovníky** u klientů s mentálním postižením a spojitosti mezi nimi. I přes to, že některý informant uvedl, že legislativní změna neměla žádný vliv na organizaci, tak ostatní informanti zdůrazňovali složitost přezkumu,

protože je velmi časově náročný a skrývá mnoho administrativy, tudíž měli sociální pracovníci obavy z toho, že přezkum nestihnou, ve chvíli vypršení doby pro přezkum se totiž klient stává automaticky svéprávným, stejnou obavu měli i opatrovníci - „...v první řadě to byl chaos u těch, kteří se to dozvěděli,...a pak na druhou stranu chaos u těch, který se nic nedozvěděli a dozvídají se to až teď...“ (IN2). Opatrovníci se museli účastnit soudního řízení, někteří byli tím zaskočeni a pro klienty to byla také stresová situace, ale jiní se s ním smířili bez větších obtíží. Podle informantů je role opatrovníka stále stejná, protože klienti mají vesměs omezení stejné, obzvláště u klientů s těžkým postižením zůstávají oblasti, ve kterých jsou omezeni, stále stejné. Pro klienty znamenala legislativní změna to, že mohou nyní žádat oni sami o přezkum a vrácení svéprávnosti, lze spatřit více individuální přístup a v rozsudku je přesně uveden rozsah činností, ve kterých je klient omezen. Mají nyní i přesně určené kapesné, ale u některých klientů v pobytových zařízeních už nezbývají finance – „...kapesný, který oni mají mít, to je docela velkej problém, protože třeba někomu stanovili kapesný v nějaký hodnotě a ten člověk na to třeba vůbec nemá peníze...“ (IN1). Nepříjemné pro klienty může být to, že rozhodnutí soudu je vždy doručeno ve dvou vyhotoveních a jedno náleží klientovi, který mu ale v mnoha případech nerozumí. Když se dočte o sobě, v čem je omezen a které činnosti nesmí sám vykonávat, může ho to poznamenat.

4.1.3 „Názor na jiná podpůrná opatření“

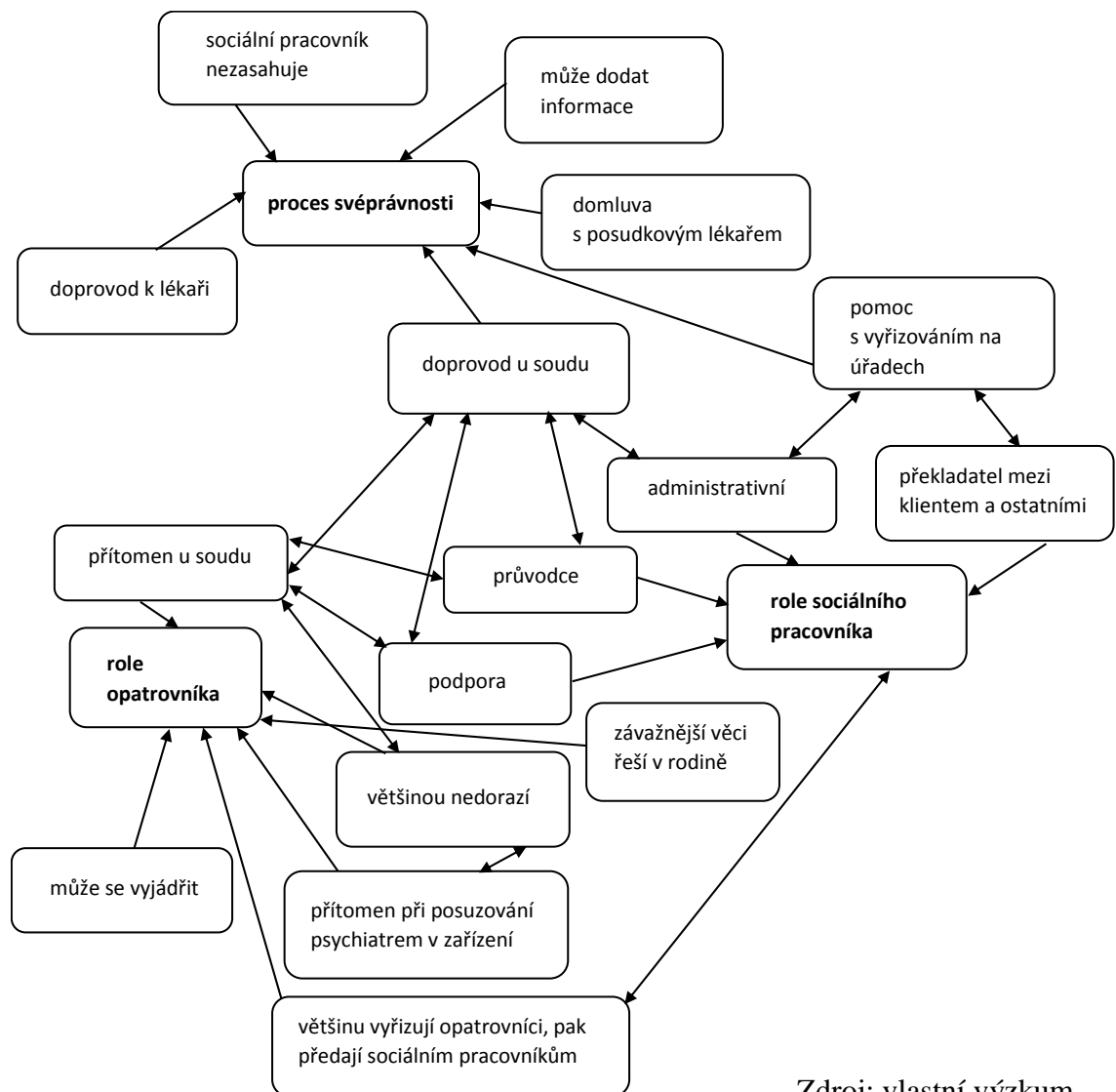


Zdroj: vlastní výzkum

V rámci legislativní změny byla kromě omezení ve svéprávnosti ustanovena jiná podpůrná opatření, bylo třeba se tedy dotazovat i na názor sociálních pracovníků na tato opatření, který je znázorněn v diagramu „*Názor na jiná podpůrná opatření*“ pod kategorií **názor na podpůrná opatření**. V tomto případě se názory informantů opět odlišují, někteří si myslí, že by tato opatření mohla být pro klienta dobrá, zvláště pro ty schopnější a že zastupující člen v podstatě funguje stejně jako opatrovník, takže jiná podpůrná opatření jsou lepší než omezení ve svéprávnosti. Na druhou stranu si informanti myslí, že při jiném podpůrném opatření je rozhodování složitější a v hospodaření s penězi je lepší, když je klient omezen. Klienti mohou být více ohroženi, někdy toto opatření nahrává lidem, kteří chtějí klienty zneužít, proto by neměl podpůrce mít finanční potíže. Podpůrci neplnou žádné následky, když se s pomocí jeho rady klient špatně rozhodne nebo přijde o peníze. Pro informantku není moc reálné zastoupení členem domácnosti, protože si nedokáže představit to, že si rodina společně sedne a bude se ptát klienta na jeho potřeby a přání – „*...úplně si nedovedu představit, jak náš klient sedí doma u rodinného stolu a teď se tam jako rozhodnou tři lidi na nějakým prostě, na nějakým třeba výdaji, jo...*“ (IN2).

4.2 Proces u klientů s mentálním postižením

4.2.1 „Proces svéprávnosti a role“



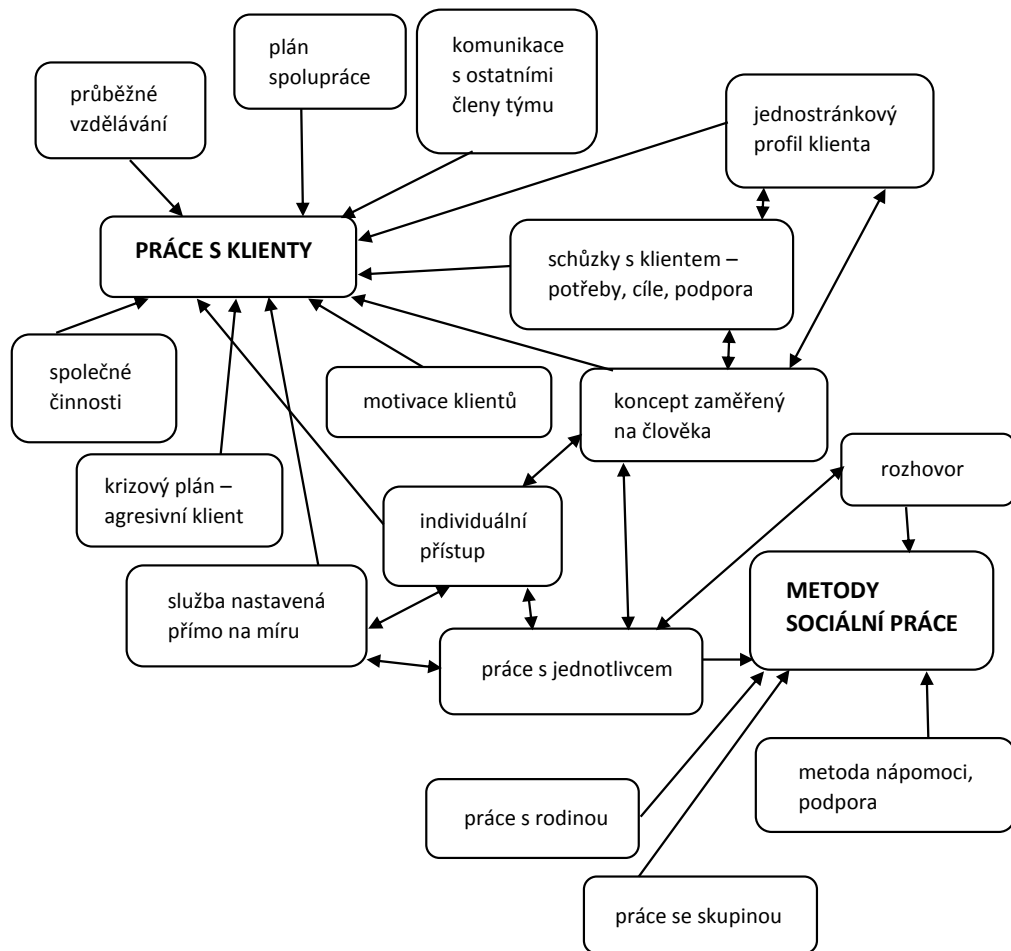
Zdroj: vlastní výzkum

V diagramu „Proces svéprávnosti a role“ je znázorněn **proces svéprávnosti**, poté **role sociálního pracovníka** v tomto procesu a **role opatrovníka** a spojitosti mezi nimi. Sociální pracovník většinou do procesu hodnocení a rozhodování o svéprávnosti klienta příliš nezasahuje, doprovází klienta k soudu nebo k lékaři, domlouvá se s posudkovým lékařem a může dodat soudu nějaké informace, pomáhá klientovi s vyřizováním na úřadech spojených s procesem. Role sociálního pracovníka se tedy dá shrnout tak, že působí jako průvodce a podpora, překladatel mezi klientem a ostatními, poté je jeho role převážně administrativní – „...já hlavně teda, spíš zase tu administrativní...“ (IN1). Většinu záležitostí spojených s procesem vyřizují opatrovníci a poté vše předávají

sociálním pracovníkům. Opatrovník je přítomen u soudu, avšak ne vždy, působí tam také jako podpora a průvodce a může se u soudu vyjádřit, dále může být přítomen i při posuzování psychiatrem v zařízení.

4.3 Práce s klienty s mentálním postižením

4.3.1 „Práce s klienty a metody sociální práce“



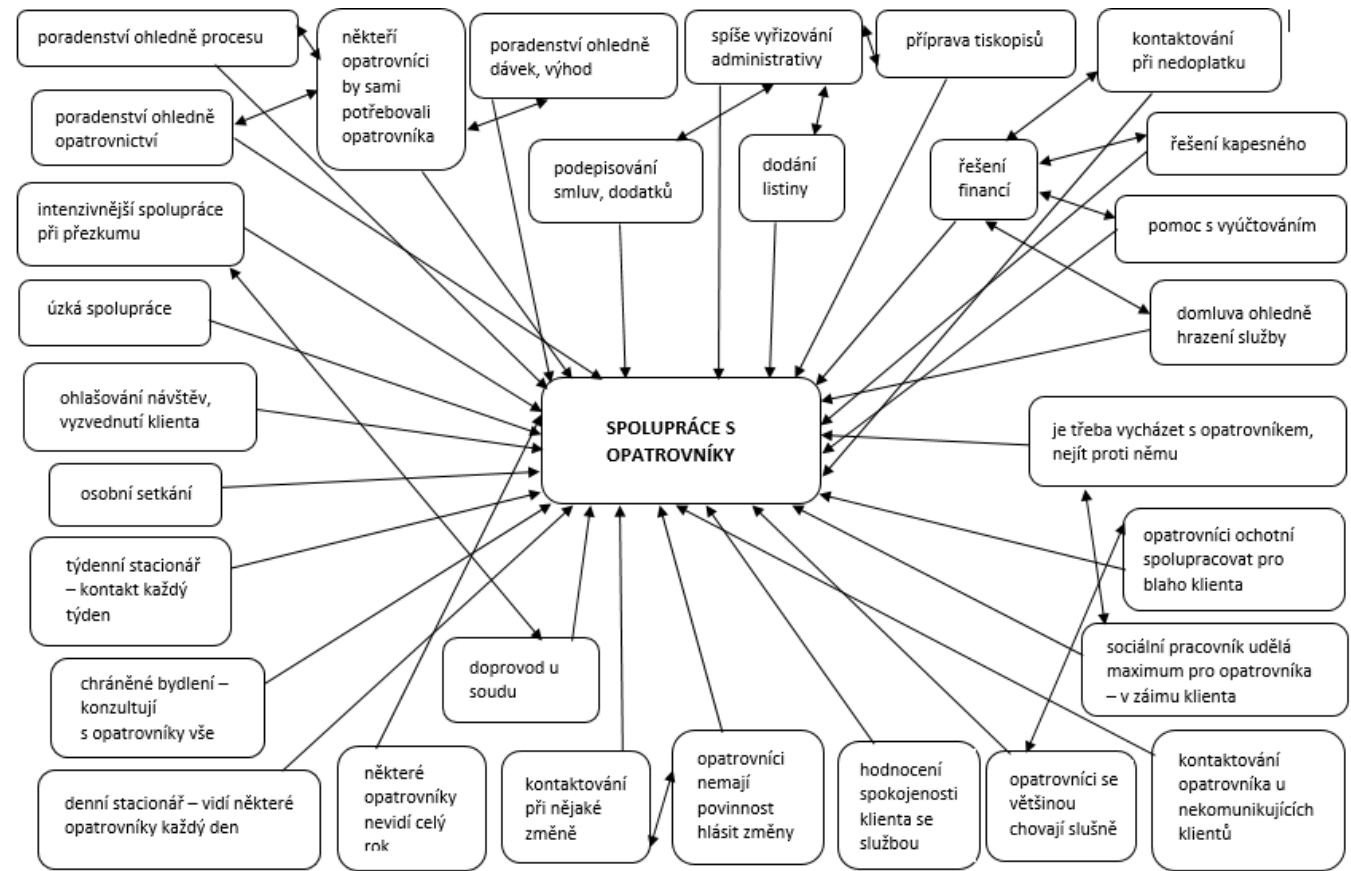
zdroj: vlastní výzkum

Práce sociálního pracovníka, která se týká klientů s omezenou svéprávností, je popsána v diagramu „Práce s klienty a metody sociální práce“, kde jsou propojeny kategorie **práce s klienty** a **metody sociální práce**. Jako nejdůležitější metodu sociální práce uváděli informanti rozhovor, v práci s klienty je velmi důležitá komunikace a u

Jak již bylo naznačeno, role sociálního pracovníka je spíše administrativní, v diagramu „*Administrativa*“ je znázorněna kategorie **administrativa**, kde je popsáno vše, co sociální pracovník vyřizuje ve spojitosti s procesem svéprávnosti, ale i mimo něj. Všechnu administrativu ukládají pracovníci jak v listinné, tak v tištěné podobě. Ukládají kopie dokumentů spojených s omezením svéprávnosti, někdy jim klient svěří i originál, dávají podepsat opatrovníkům smlouvy a dodatky smluv, souhlas s nakládáním s financemi, vyřizují soudní obsílky, kolem jednoho soudního procesu vyřídí i 5 – 6 dokumentů. Zakládají osobní spisy klientů, kam patří zápisy ze schůzek s opatrovníky, záznamy od policie, záznamy o sociálním šetření a mnoho dalšího. Z pohledu některých informantů vyřizuje sociální pracovník velké množství administrativy – „...*docela je to takový náročný, že je i hodně papírování s tím...*“ (IN1). V některých zařízeních, kde je klientů s omezením svéprávnosti méně, administrativu vyřizují spíše opatrovníci – „*Většinou to vyřizují ty opatrovníci, pokud, ono tam zase toho až tolik není ty administrativy, ono se to takový zdá, ale vlastně toho tolik není, většinou ty opatrovníci to vyřídí sami a vlastně potom dostáváme od nich nějaký kopie těch rozhodnutí...*“ (IN7).

4.4 Opatrovníci u klientů s mentálním postižením

4.4.1 „Spolupráce s opatrovníky“

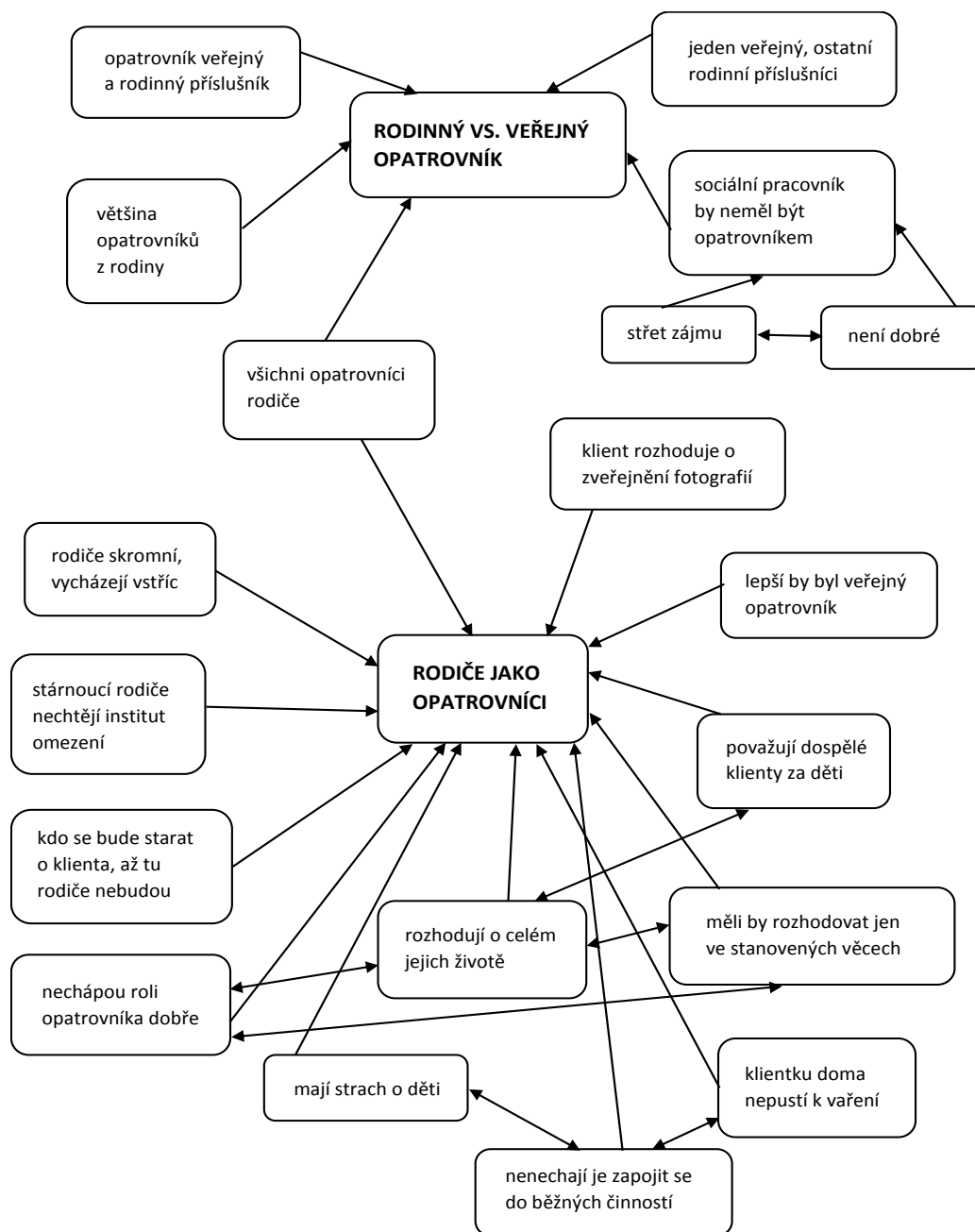


Zdroj: vlastní výzkum

Nedílnou součástí práce sociálního pracovníka je i **spolupráce s opatrovníky** klientů, ta je popsána v diagramu „*Spolupráce s opatrovníky*“. Sociální pracovníci poskytují opatrovníkům poradenství ohledně procesu, ohledně opatrovnictví a také ohledně dávek, výhod. Někteří opatrovníci si často neví s něčím rady a tak jim sociální pracovník pomáhá – „...*někteří opatrovníci by potřebovali jakože i sami svého opatrovníka nebo spíš by mohli být klienty naší služby...*“ (IN6). Dále spíše vyřizují administrativu, co se týče smluv, dodatků ke smlouvám, řešení financí klientů a hrazení služby. Většinou jsou opatrovníci kontaktováni při nějaké změně, některé opatrovníky vidí sociální pracovník každý den, některé jednou za rok, domlouvá s nimi i návštěvy klientů, dále také kontaktuje opatrovníka v případě nekomunikujících klientů, v pobytové službě jako je např. chráněné bydlení, musí sociální pracovník informovat opatrovníka o všem a mít jeho souhlas. Důležité je vycházet s opatrovníkem, nejít proti němu a vycházet mu vstříc, protože sociální pracovník musí s ním komunikovat a

domlouvat se na spoustě záležitostech – „...ten opatrovník prostě, my s ním potřebujem ňák vyjít, komunikovat s ním a nemůžem zase takhle říct, hele tak pudem proti tobě, proti tvému názoru, jo...“ (IN4). Ve většině případů ale s opatrovníky vycházejí dobře, protože jsou ochotni spolupracovat pro blaho klienta a sociální pracovníci jsou také ochotni udělat vše pro opatrovníka v zájmu klienta.

4.4.2 „Rodinní a veřejní opatrovníci“

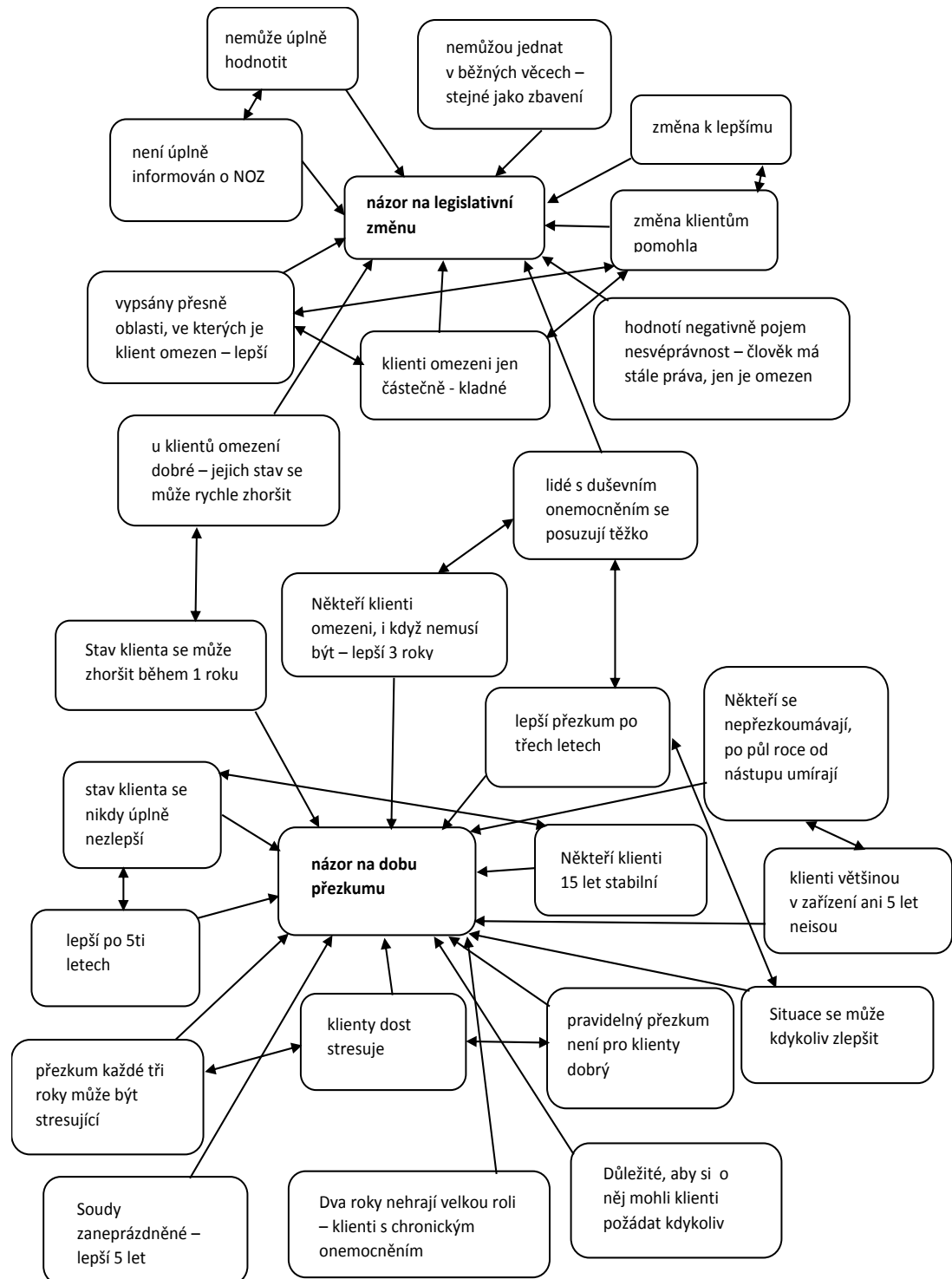


Zdroj: vlastní výzkum

U klientů s mentálním postižením dělají opatrovníky většinou rodinní příslušníci, obzvláště rodiče, jak je možno spatřit v diagramu „*Rodinní a veřejní opatrovníci*“ s kategoriemi **rodinný vs. veřejný opatrovník** a **rodiče jako opatrovníci**. Sociální pracovník by neměl vykonávat funkci opatrovníka u klienta z jeho zařízení, podle informantů to není dobré a představuje to střet zájmu, kdy by sociální pracovník – opatrovník nakládal s financemi klienta a hradil by vlastně službu poskytovanou organizací, ve které pracuje. Rodiče jako opatrovníci jsou většinou vstřícní, avšak spousta z nich institut omezení odmítá. Někteří rodiče nechápou roli opatrovníka dost dobře, berou dospělé klienty stále jako děti, mají o ně strach a nechtějí jim dovolit, aby se zapojily do běžných každodenních činností, rozhodují v podstatě o celém jejich životě, když by měli rozhodovat jen ve stanovených věcech. Někteří informanti se přiklání k tomu, že by byl lepší pro klienty v těchto případech veřejný opatrovník a dále konstatují ten problém, kde skončí klienti po smrti rodičů a jak se dokáží o sebe postarat, když za ně celý život ve všem rodiče rozhodovali – „*...pořád je považují za ty děti a rozhodnou absolutně o celým jejich životě, jo, chápou tu roli opatrovníka v tom, že rozhodnou úplně o všem, kdy vstane, kam pude nebo nepude a nevědí prostě nebo si to něk nepripouští, že oni vlastně to opatrovnictví maj na určitý jenom věci, že to maj třeba, já nevim, tam může bejt podepisování těch dokumentů nebo správa financí do určitý částky.*“ (IN4).

4.5 Legislativní změna u klientů s duševním onemocněním

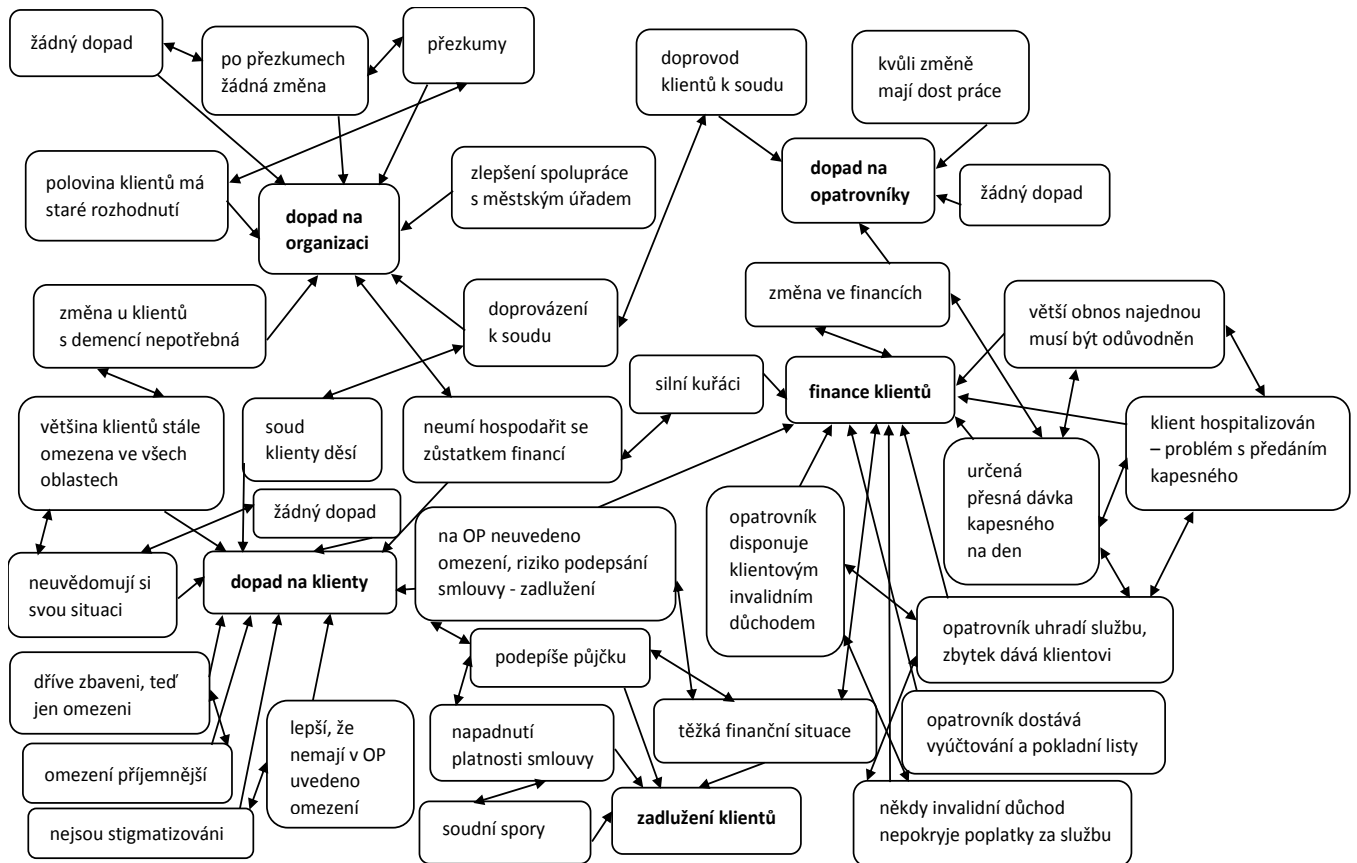
4.5.1 „Názor na změnu a dobu přezkumu“



Zdroj: vlastní výzkum

V diagramu „*Názor na změnu a dobu přezkumu*“ jsou popsány kategorie **názor na legislativní změnu** a **názor na dobu přezkumu** a jednotlivé spojitosti mezi těmito kategoriemi. Někteří informanti tvrdili, že nemohou změnu hodnotit nebo že nejsou úplně informováni o změnách v NOZ. Další informanti hodnotí změnu legislativy pozitivně, klientům pomohla, jsou omezeni jen částečně, mají přesně vypsány oblasti, ve kterých jsou omezeni. Informant hodnotí negativně pojem nesvéprávnost, protože každý člověk má stále svá práva. U některých klientů není změna žádná, protože stejně nemohou jednat ve všech oblastech, je to stejné jako zbavení – „...protože ty klienti pokud mají opatrovníka, tak jsou většinou ve druhém nebo ve třetím stádiu demence, kdy už nejsou schopni rozhodovat prakticky o ničem. Nerozhodnou se ani, co chtějí k snídani natož potom nějaký právní úkony.“ (IN10). U dalších klientů je omezení ve svéprávnosti lepší, jejich stav se může rychle změnit. Podle některých informantů by byla lepší doba přezkumu po třech letech, protože lidé s duševním onemocněním se posuzují těžko, někteří jsou omezeni ve svéprávnosti, i když by nemuseli být. Ostatní informanti si myslí, že stačí přezkoumat po pěti letech, protože u klientů nenastane velká změna, obzvláště u klientů s chronickým duševním onemocněním nehrají dva roky žádnou roli, navíc přezkum každé tři roky může klienty stresovat a soudy budou zaneprázdněny. Někteří klienti mají stav třeba i 15 let stabilní a někteří nastoupí do zařízení a nezůstanou tam ani rok.

4.5.2 „Dopad legislativní změny“

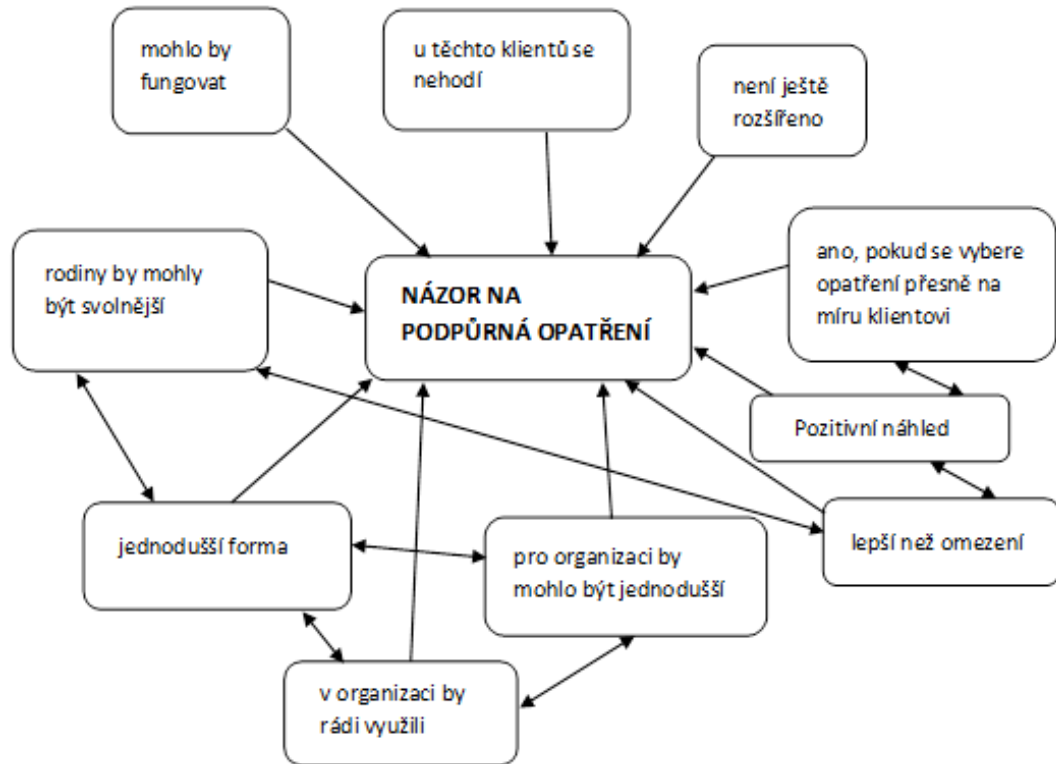


Zdroj: vlastní výzkum

Jaký dopad měla legislativní změna u klientů s duševním onemocněním, je znázorněno v diagramu „Dopad legislativní změny“ pod kategoriemi **dopad na organizaci**, **dopad na opatrovníky**, **dopad na klienty**, **finance klientů**, **zadlužení klientů**. Řada informantů sdělila, že pro organizaci se žádná velká změna nekonala, až na to, že museli klienti projít přezkumem a sociální pracovníci je doprovázeli u soudu, poté se zlepšila spolupráce s městským úřadem. Co se týče klientů, tak většina z nich je stále omezena ve všech oblastech, někteří si neuvědomují svou situaci nebo je jim to jedno, ale informanti se domnívají, že ten fakt, že klienti už nemohou být zbaveni svéprávnosti, je pro ně příjemnější a nejsou už stigmatizováni tím, že by měli v občanském průkazu uvedeno, že jsou omezeni ve svéprávnosti – „...ty lidi se prostě budou chovat jinak, že jo, když to viděj, instituce nebo kdokoliv, kdo by se podíval na občanku, už se k vám prostě bude stavět jinak, mu ukážete občanku, to že ste omezená na něco v něčem, to nikoho nezajímá, nikdo to hlavně neví, jo...“ (IN8). Na druhou stranu jiná informantka si myslí, že kvůli neuvedení zmínky o omezení v občanském průkazu jsou klienti ohroženi tím, že podepíší nějakou smlouvu nebo půjčku a zadluží

se, poté vznikají těžké soudní spory – „...je tady riziko toho, že vlastně na těch občankách není nikde uvedeno, že sou omezeni ve svéprávnosti, což pak dochází, to už se nám taky stalo několikrát, že ty lidi si berou půjčku a tu půjčku jim banka dá nebo nějak jinej věřitel, což je taky docela špatně a potom se to i špatně prokazuje...“ (IN5). Opatrovníci museli také klienty doprovázet u soudu, celkově kvůli změně mají dost práce, změna se konala i ve financích klientů, kdy je nyní určená přesná částka kapesného na den, opatrovník disponuje s klientovými penězi, uhradí za ně službu a zbytek dostane klient v podobě kapesného, opatrovník pak dostává vyúčtování a pokladní listy, aby měl přehled, za co klient peníze utratil. Někdy se stane, že invalidní důchod nepokryje ani úhradu za službu. Většina klientů s duševním onemocněním jsou silní kuřáci a tak ještě utratí spoustu peněz za cigarety. Mnoho klientů neumí hospodařit se zůstatkem financí a mnohdy se dostanou do těžké finanční situace, poté se zadluží nebo už jsou dávno před nástupem do zařízení zadluženi – „...ty lidi sou v hrozně těžký finanční situaci často, takže můžou mít třeba invalidní důchod 7 – 8 tisíc, někdy i míň a do toho maj třeba exekuci a do toho sou silný kuřáci, tak potom s nima řešíme prostě těžkou situaci, jak vyjít s padesáti korunama na den se všim prostě, s cigaretama, jídlem...“ (IN3).

4.5.3 „Názor na jiná podpůrná opatření“

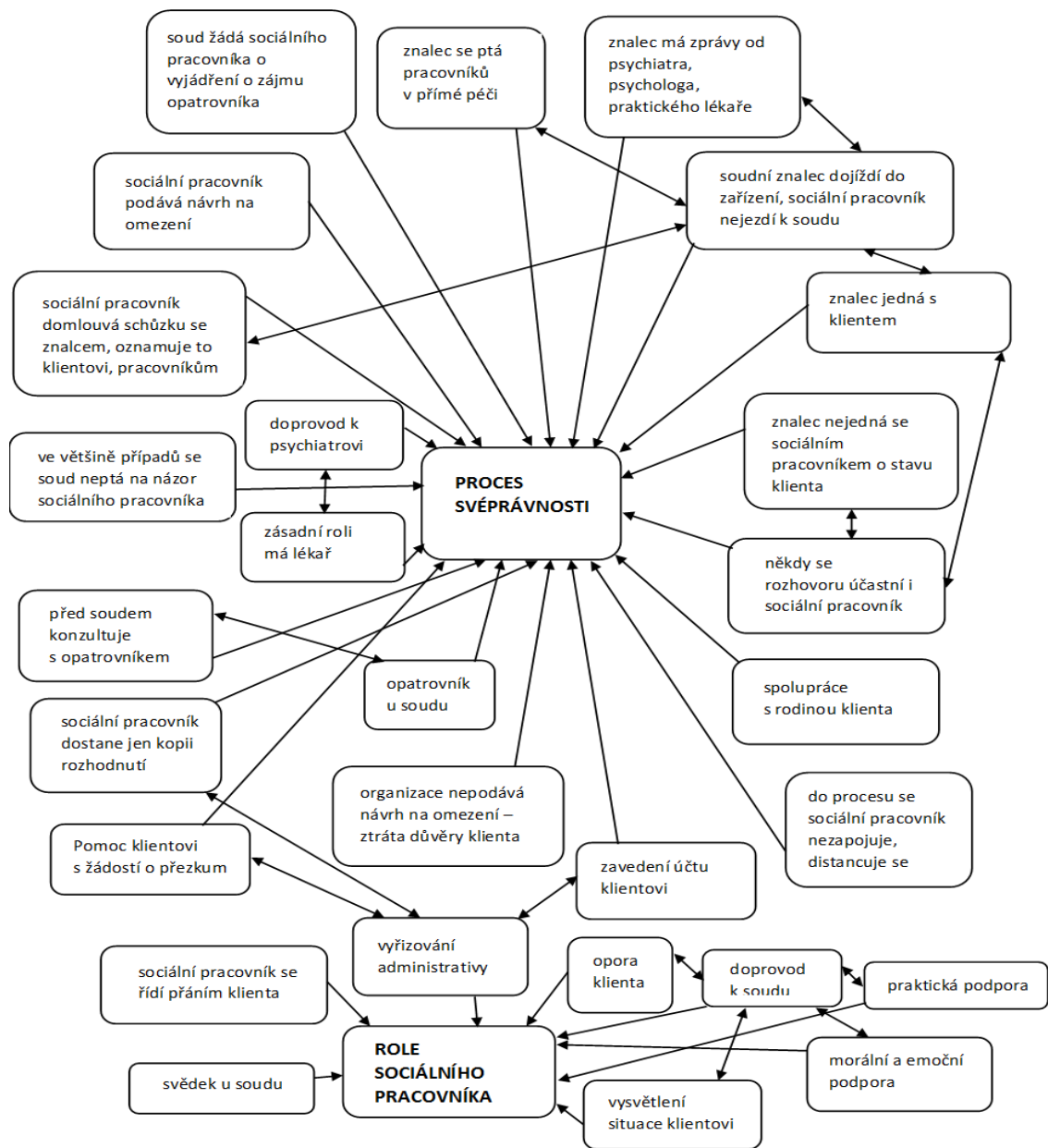


Zdroj: vlastní výzkum

K jiným podpůrným opatřením ustanoveným v NOZ se vyjadřují informanti v diagramu „Názor na jiná podpůrná opatření“ pod kategorií **názor na podpůrná opatření**, kdy se shodli, že určitě ještě tato opatření nejsou rozšířena v praxi, nesetkali se s nimi vůbec nebo jen v jednom případě - „Už se na to těšíme, že by to mohla být nějaká další možnost, ale ještě jsme se s tím nesetkali.“ (IN3). Většina informantů shledává tato opatření jako lepší možnost než omezení ve svéprávnosti, mohla by to být jednodušší forma a pro organizaci by to mohlo být také jednodušší, rodiny by mohli být k těmto opatřením svolnější. Mělo by se vybrat klientovi opatření přesně na míru.

4.6 Proces u klientů s duševním onemocněním

4.6.1 „Proces svéprávnosti a role“



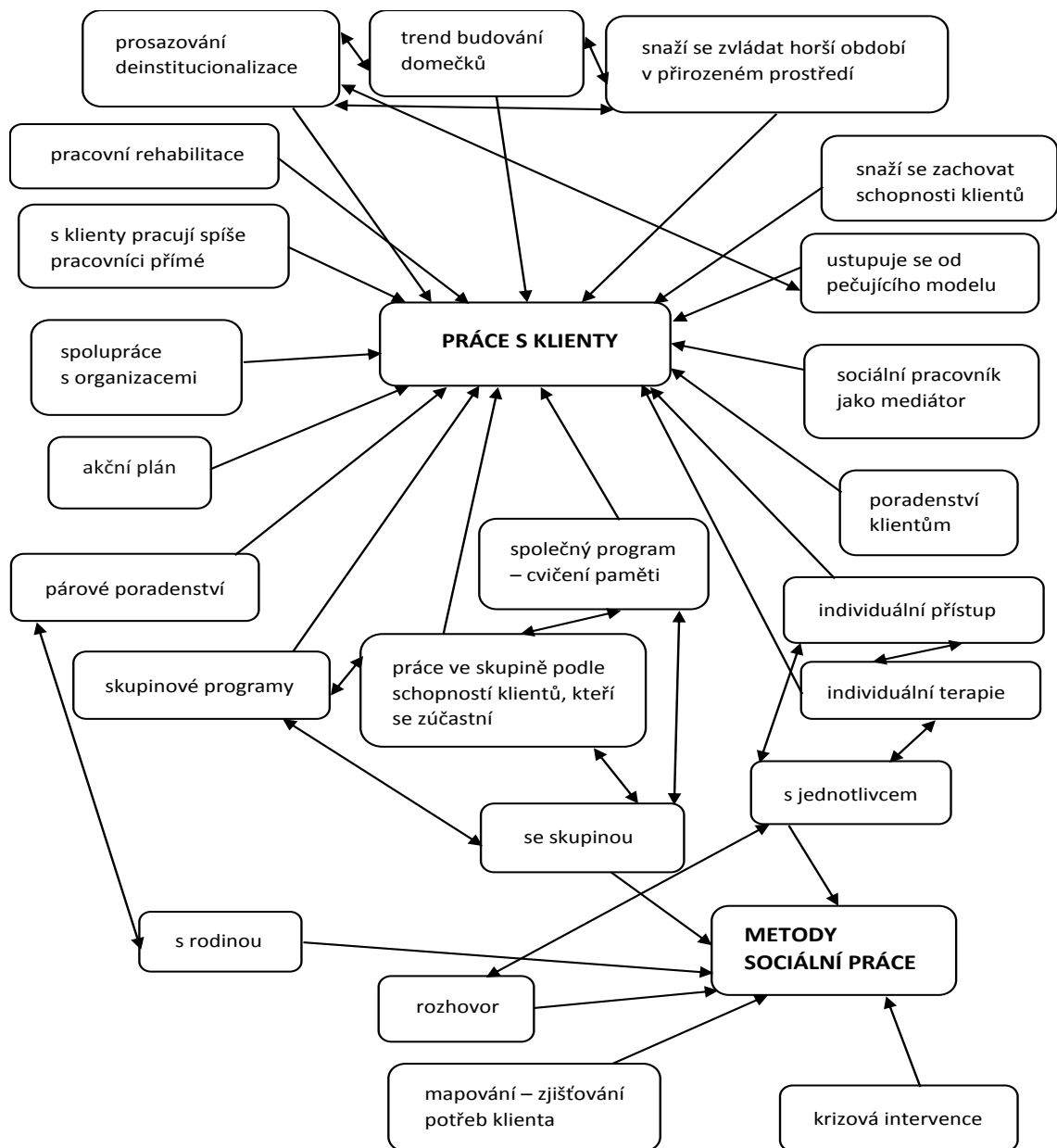
Zdroj: vlastní výzkum

Do procesu svéprávnosti se sociální pracovník opět příliš nezapojuje, jak je možné spatřit v diagramu „Proces svéprávnosti a role“, kde jsou spojeny kategorie **proces svéprávnosti** a **role sociálního pracovníka** v něm. Informanti sdělili, že připravují pro soud vyjádření o zájmu opatrovníka, někdy i žádají o omezení ve svéprávnosti klienta, ale ne ve všech organizacích, v některých si myslí, že by tím ztratily důvěru klienta. Dále doprovází klienta k psychiatrovi, domlouvají schůzky se soudním znalcem, ten se

ptá na klienta pracovníků v přímé péči, má k dispozici zprávy od lékařů, jedná s klientem a někdy se rozhovoru účastní i sociální pracovník, ale většinou se ho soudní znalec na klienta vůbec neptá – „...myslim si, že to jako nikdy nikoho vůbec nezajímá, že třeba jako spolupracujou s nějakou organizací, která by k tomu mohla co říct, tak úplně jako tak z 90% si myslim, že se nás nezeptaj.“ (IN9). Sociální pracovníci konzultují vše s opatrovníkem a spolupracují i s rodinou. Role sociálního pracovníka je opět z větší části administrativní, pomáhá např. klientovi s žádostí o přezkum, zakládá kopie dokumentů od soudu, zakládá klientovi účet apod., může působit i jako svědek u soudu nebo klienta doprovází a v té chvíli slouží jako opora klienta, vše mu vysvětluje a podporuje ho v praktické rovině, ale i v té morální a emoční – „Já sem tam oporou pro toho klienta, to převážně...“ (IN8).

4.7 Práce s klienty s duševním onemocněním

4.7.1 „Práce s klienty a metody sociální práce“

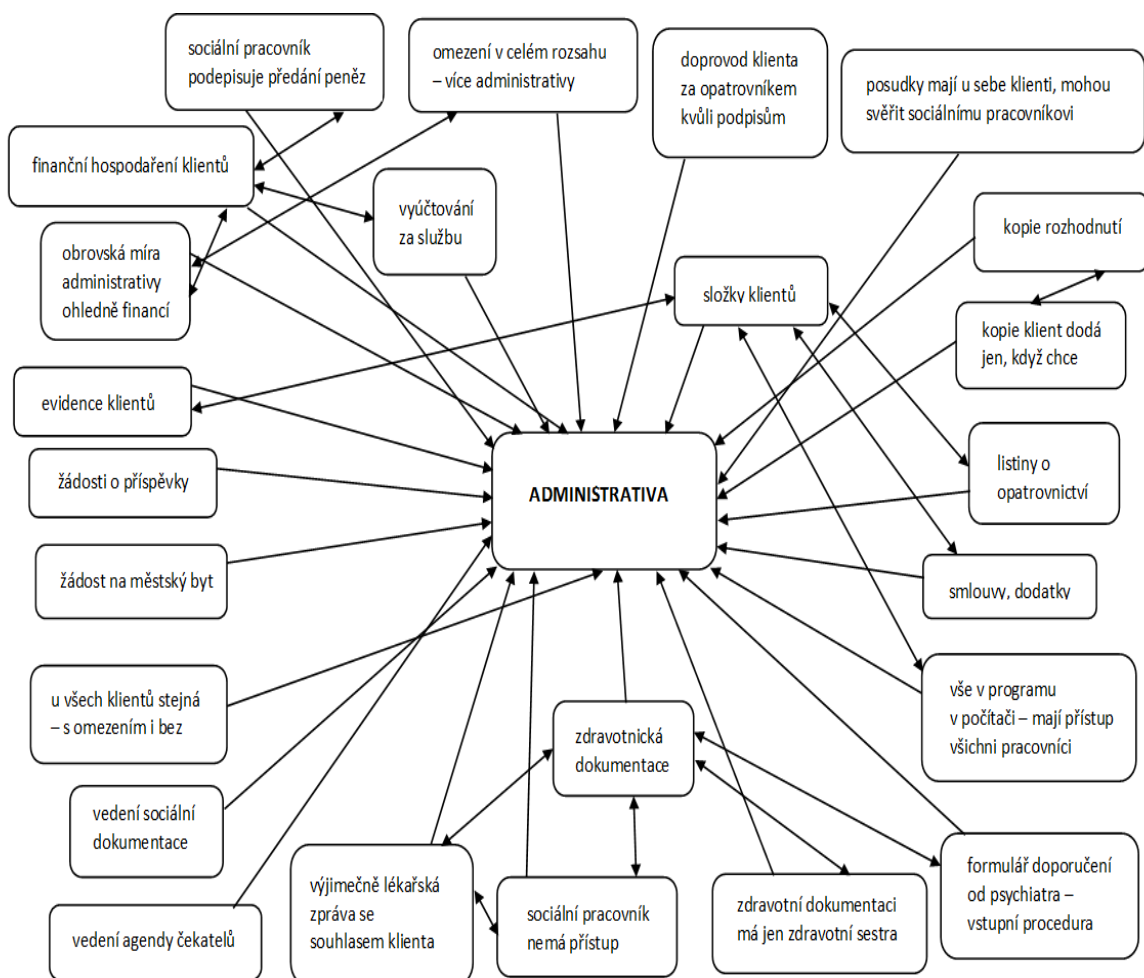


Zdroj: vlastní výzkum

V práci s klienty s duševním onemocněním je důležité zvládat jejich horší období v přirozeném prostředí, když má klient ataky své nemoci, aby nebyl hned hospitalizován, jak je popsáno v diagramu „Práce s klienty a metody sociální práce“ v kategoriích **práce s klienty** a **metody sociální práce**. Je zde snaha o prosazení deinstitucionalizace a snaha o zachování schopností klientů, ustupuje se od pečujícího modelu a z větší části spíše pracovníci přímé péče se snaží klienty osamostatnit, ať už

formou skupinových programů nebo individuálním přístupem. Sociální pracovníci poskytují klientům poradenství a spolupracují s ostatními organizacemi, jako metody sociální práce uvádějí metody práce s jednotlivcem, se skupinou, s rodinou a dále ještě rozhovor, krizovou intervenci a mapování, kdy zjišťují potřeby daného klienta. Informantka uvádí, jak je důležité postupovat při práci s klienty s duševním onemocněním – „...v té práci s nima je to takový, že člověk nesmí očekávat asi úplně nějaký velký pokrok, protože to vopravdu ta nemoc se nák jako vyvíjí,...k tomu člověk musí přistupovat, že jo, nesmí čekat jako úplně nějaký velký kroky, že vopravdu fakt po malých krůčcích se s nima pokračuje, aby prostě byli nák resocializovaný nebo byli samostatný, soběstačný, aby prostě měli nákou kvalitu života.“ (IN9).

4.7.2 „Administrativa“

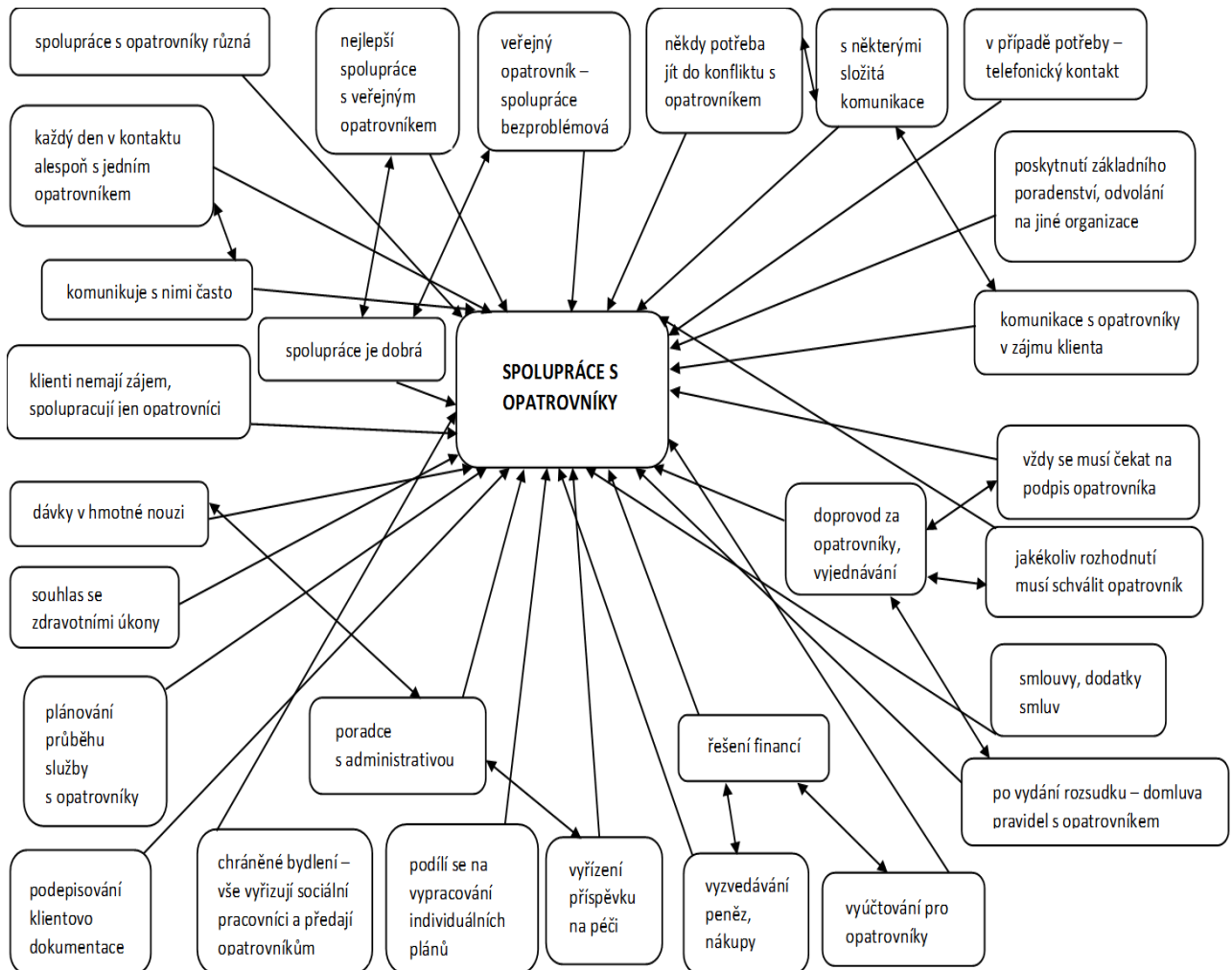


Zdroj: vlastní výzkum

Nejspíše ve všech organizacích vyřizují sociální pracovníci velkou spoustu administrativy, jak dokazuje diagram „*Administrativa*“, kde je znázorněna kategorie **administrativa**. U klientů s duševním onemocněním je to obrovská míra administrativy spojená s financemi klienta. Sociální pracovník také doprovází klienta k opatrovníkovi kvůli podpisu dokumentů, kopie dokumentů zakládá klientovi do složky, sepisuje s opatrovníkem smlouvu o poskytování sociální služby a dodatky smluv. Co se týče zdravotnické dokumentace, tak tu sociální pracovníci k dispozici nemají, mají pouze od psychiatra doporučení – „...*je to součástí vstupní procedury, vlastně to neumíme jinak poznat, že ten člověk má duševní onemocnění než když vo tom máme doklad právě od doktora a vlastně ty naše sociální služby sou hodně specifický, že sou hodně blízko zdravotnictví a tý psychiatrii, tak mi nemůžeme jinak než s tou zdravotnickou částí taky pracovat a vlastně něký tyhle informace si vyžádat, aby sme to mohli dělat dobře...*“ (IN3). Nakonec pak sociální pracovník má na starost vedení agendy čekatelů, evidenci klientů, celkově vedení sociální dokumentace a pomáhá klientovi vyplnit různé žádosti.

4.8 Opatrovníci u klientů s duševním onemocněním

4.8.1 „Spolupráce s opatrovníky“

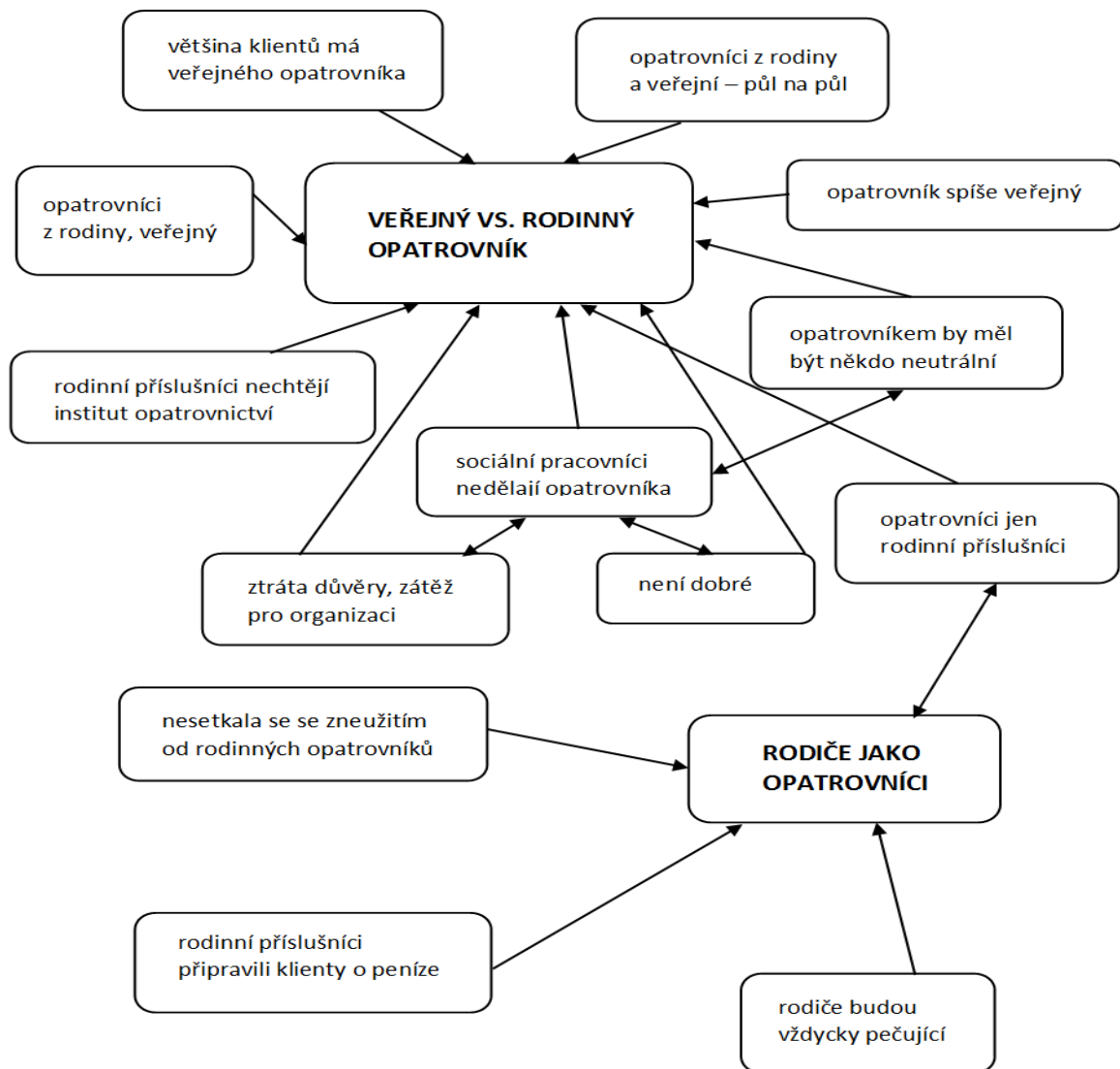


Zdroj: vlastní výzkum

V diagramu „Spolupráce s opatrovníky“ je zobrazena kategorie **spolupráce s opatrovníky**, informanti uváděli, že spolupráce s nimi je vesměs dobrá, nejlépe spolupracují s veřejnými opatrovníky, i přesto je ale někdy komunikace složitější a občas musí sociální pracovník jít do konfliktu s opatrovníkem, aby se jednalo v zájmu klienta – „...zasahuje příliš vlastně do té oblasti toho klienta, že je takovej jako omezující, dělá jim maminku, moralizuje, nepodporuje dostatečně k té nějaký samostatnosti a to je trochu realita no, u těch lidí, který to dělaj, kdy se dostáváme do konfliktu právě s opatrovníkama z tohodle důvodu.“ (IN3). Informanti komunikují s opatrovníky každý den, ať už osobně nebo telefonicky. Sociální pracovníci pak poskytují poradenství a odvolávají opatrovníky na jiné organizace, doprovází klienty za

opatrovníkem, dávají mu dokumenty k podpisu a vyjednávají o všem, co se týče klienta, opatrovník totiž musí vše schválit, opatrovník se účastní i plánování průběhu služby pro klienta a při vytváření individuálního plánu. Dále sociální pracovníci řeší s opatrovníky smlouvy, dodatky smluv a vše okolo financí, radí opatrovníkům s žádostmi o dávky a příspěvky. Jeden informant mi sdělil, že si vše opatrovníci vyřizují sami a poté předají jen kopie dokumentů sociálnímu pracovníkovi.

4.8.2 „Rodinní a veřejní opatrovníci“



Zdroj: vlastní výzkum

Co se týče opatrovníků klientů s duševním onemocněním, tak v některých organizacích se starají o klienty jen veřejní opatrovníci, v některých jen rodinní

příslušníci a v ostatních je podíl těchto opatrovníků zhruba půl na půl, jak lze dohledat v diagramu „*Rodinní a veřejní opatrovníci*“ pod kategoriemi **rodinný vs. veřejný opatrovník** a **rodiče jako opatrovníci**. Opět se informanti shodli na tom, že sociální pracovník z organizace, kterou navštěvuje klient, by neměl plnit funkci opatrovníka, není to dobré, opatrovníkem by měl být někdo neutrální a znamenalo by to zátěž pro organizaci a ztrátu důvěry klienta. V jednom případě informantka uvádí, že se nesetkala se zneužitím klienta od rodiny, ale další informantka vyprávěla o tom, jak v jejich organizaci opatrovníci připravili klienty o peníze a nyní už mají tito klienti opatrovníka veřejného – „...*tady většina našich klientů má teď veřejnýho, protože tady byly dva, který měli rodinu a oni je o ty peníze připravili a dělali jim ze života peklo, takže pak když byl přezkum, což bylo většinou, když ty klienti skončili v léčebně, tak přes tu léčebnu, teď už maj opatrovníka veřejnýho...*“ (IN8).

5 Diskuze a shrnutí výsledků

Tato práce se věnuje významné legislativní změně v oblasti svéprávnosti jedince. Výzkum byl založen na rozhovorech se sociálními pracovníky, kteří se setkávají s klienty s omezenou svéprávností. Rozhovorů bylo uskutečněno deset, z toho pět v organizacích s klienty s mentálním postižením a dalších pět v organizacích s klienty s duševním onemocněním. Ve výzkumu jsou zahrnuty různé organizace, které poskytují ambulantní i pobytové, ale třeba i terénní služby. Výzkum byl tak zajímavější, protože každá organizace do něj přinesla něco nového a odlišného.

Cílem práce bylo zjistit, jak vnímají sociální pracovníci významnou legislativní změnu, která se týká svéprávnosti klientů. Dílčím cílem bylo pak stanovit, jakou roli v procesu „svéprávnosti klientů“ mají sociální pracovníci a jak s těmito klienty resp. jejich opatrovníky spolupracují. Výzkumné otázky zněly: 1. Jak sociální pracovníci vnímají tuto legislativní změnu, která se týká svéprávnosti klientů? 2. Jak přesně se sociální pracovníci zapojují do hodnotícího a rozhodovacího procesu o „svéprávnosti klientů“? 3. Jaké metody sociální práce volí sociální pracovníci s klienty s omezenou svéprávností?

S ohledem na výzkumné otázky byly vytvořeny okruhy otázek k rozhovoru. Rozhovory se sociálními pracovníky trvaly v průměru půl hodiny. Všechny rozhovory následně byly přepsány a zakódovány. Pomocí vazeb mezi jednotlivými kategoriemi byly zkonstruovány diagramy, které jsou znázorněny v kapitole výsledky. Jednotlivé diagramy jsou pojmenovány podle názvů kategorií a jsou vyobrazeny zvlášť u klientů s mentálním postižením a zvlášť u klientů s duševním onemocněním.

K první výzkumné otázce se pojí první tři diagramy, kde je popsán názor na legislativní změnu. S účinností nového občanského zákoníku nastaly zásadní změny, díky kterým by měly osoby s omezenou svéprávností mít právo rozhodovat samy o sobě v běžných záležitostech života. Změna by tedy měla být pozitivní a vést ke zlepšení kvality života těchto osob. Podle Šamánkové et al. (2011) k tomu, aby byl člověk spokojený, musí mít uspokojeny všechny potřeby a tento proces je jen součástí kvality života, samotná kvalita života odráží pocit pohody z tělesného, sociálního a duševního stavu jedince. Fayers, Machin (2013) uvádí několik oblastí, v kterých se člověk posuzuje při hodnocení kvality života, např. jeho obecné zdraví, fyzické fungování, fyzické příznaky, emoční fungování, sociální fungování, existenciální problémy,

sexuální fungování a další. Je tedy zřejmé, že při hodnocení kvality života je důležité hledět na jedince jako na celek. Jenže těžko lze posuzovat, jak by chtěly osoby žít, pokud nám to v některých případech nejsou schopny samy říct nebo vyjádřit jiným způsobem. Nemůžeme si nikdy být jisti, že právě toto je správné a že právě toto dopomáhá člověku k tomu, aby vedl spokojený život. A někdy i to, co je správné podle nás a chtěli bychom, aby se dotyčný člověk tak choval, nemusí být správné pro něj nebo podle něj a nemusí to také být správné podle ostatních. Je důležité znát potřeby jedince v nemoci.

Šamánková et al. (2011) uvádí podle teorie Maslowa potřebu seberealizace, sebeúcty, lásky a pocitu příslušnosti, bezpečí a jistoty a nakonec fyziologické potřeby. Je tedy nadmíru jasné, že každý z nás si přeje být rovnocennou součástí společnosti, vážit si sám sebe, uvědomovat si svou důležitost a mít právo se rozhodovat sám. I přesto, že nemá ten dar, že by byl plně zdravý nebo některé oblasti svého života nezvládá tak jako ostatní. Jestli byla legislativní změna krokem k samostatnosti, soběstačnosti a samostatnému rozhodování osob s omezenou svéprávností a tedy i příslibem lepšího a spokojenějšího života, to je otázka, která bude nejspíše zodpovězena ještě během dalších let. Že se mění v průběhu času pohled na práva osob s postižením a zároveň s tím spojená legislativa, lze spatřit i v zahraničí (Wardle, Nolan, 2011; Hynes, 2017).

Ve výzkumu jsou zobrazeny a popsány názory sociálních pracovníků na legislativní změnu v diagramu **názor na změnu a dobu přezkumu**. Podle nich je legislativní změna týkající se svéprávnosti pro klienty pozitivní. V praxi jsou ale stále nedostatky, stále převládá tendence jednat o lidech bez nich, v mnoha institucích ještě nejednají podle této změny. Tento názor se neshoduje s hlavním cílem Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením, tedy aby byly osoby se zdravotním postižením samostatné a mohly dělat všechna rozhodnutí, která svedou, jak popisuje Odstrčilová et al. (2014). Také Burns (2009) zdůrazňuje, že je třeba respektovat svobodu volby osob s mentálním postižením. Matiaško (2015) se přiklání k tomu názoru, že omezení svéprávnosti by mělo být už jen pouhou výjimkou.

Změna legislativy tedy slibuje samostatnost osob s postižením a minimum omezení svéprávnosti a třebaže z právního hlediska je v souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, v praxi se zdá zatím tato skutečnost být nedosažitelná. Možná proto, že je to pro pracovníky, úředníky a blízké mnohem jednodušší a možná také proto, jak uvádí Odstrčilová et al. (2014), že se obávají větší zranitelnosti osob, kterým bude navrácena svéprávnost. Nemělo by se zapomínat na individuální přístup a každého

jedince do hloubky poznat, zjistit jeho názor a potřeby a posudek řádně promyslet, než bude předán soudu, avšak při přezkumech to může představovat dlouhý a náročný proces. Právě proto měli nejspíše informanti stejný názor v tom, že je lepší prodloužit dobu přezkumu, aby soudy měli dostatek času. Navíc u většiny klientů s mentálním postižením nenastává velká změna v jejich stavu a přezkum pro ně může znamenat jenom zbytečný stres v podobě účasti u soudu nebo návštěvy posudkového lékaře.

Sociální pracovníci z organizací pro klienty s duševním onemocněním byli v názorech na změnu legislativy a dobu přezkumu velice nesourodí. Někteří hodnotili změnu legislativy pozitivně, protože klientům pomohla. Jsou teď omezeni jen částečně, mají přesně vypsány oblasti, ve kterých jsou omezeni. U některých klientů není změna žádná, protože stejně nemohou jednat ve všech oblastech jako předtím. U dalších klientů je omezení ve svéprávnosti lepší, jejich stav se totiž může rychle změnit. Co se týče doby přezkumu u klientů s duševním postižením, tak se názory liší podle typu zařízení. V některých zařízeních je lepší klienty přezkoumat po třech letech, protože se posuzuje jejich stav těžko a jsou omezeni ve svéprávnosti, i když by nemuseli být. Ostatní sociální pracovníci si myslí, že stačí přezkoumat po pěti letech, protože u klientů nenastane velká změna, obzvlášť u klientů s chronickým duševním onemocněním nehrají dva roky žádnou roli, navíc přezkum každé tři roky může klienty stresovat a soudy budou zaneprázdněny. Někteří klienti mají stav třeba i 15 let stabilní a někteří nastoupí do zařízení a nezůstanou tam ani rok. Stejně tak Nevrkla (2016) uvedl, že soudy nestihnou přezkoumat všechny osoby omezené ve svéprávnosti za tři roky. Předtím než tato doba uběhla, bylo všem jasné, že tato situace nastane, proto byla vydána novela NOZ, která je účinná od 28. 2. 2017 a stanovuje, že doba přezkumů se prodlužuje na pět let. Je možné, že některé soudy už předem počítaly s tím, že danou lhůtu nesplní a bude tak prodloužena na pět let, tak se ani nesnažily přezkumy stihnout do nejpozdějšího termínu (Prudíková, 2015). Během výzkumu se objevili i pracovníci, kteří nebyli ještě se změnou legislativy vůbec seznámeni nebo mají malý počet klientů s omezenou svéprávností v jejich zařízení a opatrovníci se o vše postarali, takže organizace nemusela přezkumy vůbec řešit.

K legislativní změně se pojí i to, jaký měla podle sociálních pracovníků **dopad na organizaci, dopad na klienty a dopad na opatrovníky**. Co se týče organizací s klienty s mentálním postižením, tak informanti zdůrazňovali složitost přezkumu, časovou náročnost a mnoho administrativy. Objevili se i obavy z toho, že přezkum nestihnou a klient se tak automaticky stane svéprávným, stejnou obavu měli i opatrovníci. Podle

informantů nepředstavovala legislativní změna pro opatrovníky velkou změnu, protože klienti mají vesměs omezení stejné, obzvláště ti s těžkým postižením. Jediná novinka byla to, že opatrovníci se museli účastnit soudního řízení v rámci přezkumu, někteří byli tím zaskočeni a pro klienty to byla také stresová situace, ale jiní se s ním smířili bez větších obtíží. Pro klienty nastala významná změna v tom, že mohou nyní žádat oni sami o přezkum a vrácení svéprávnosti. Dle informantů lze nyní spatřit více individuálního přístupu. V rozsudku je přesně uveden rozsah činností, ve kterých je klient omezen a přesně určené kapesné. U některých klientů v pobytových zařízeních to představuje problém, protože už nezbyvají na kapesné finance. Nepříjemné pro klienta může být to, že je mu rozhodnutí soudu přímo doručeno a když se dočte o sobě, v čem je omezen a které činnosti nesmí sám vykonávat, může ho to poznamenat.

V organizacích pro klienty s duševním onemocněním řada informantů sdělila, že pro organizaci se žádná velká změna nekonala, kromě doprovodu klienta u soudu při přezkumu. V jedné organizaci se díky legislativní změně zlepšila dokonce spolupráce s městským úřadem. Většina klientů je stále omezena ve všech oblastech, někteří si neuvědomují svou situaci nebo je jim to jedno. Informanti se ale domnívají, že je pro klienty změna příjemnější a nejsou už hlavně stigmatizováni tím, že by měli své omezení uvedeno v občanském průkazu. Jak píše Hrubá (2015), třetí osoby tak nemohou zjistit, že je člověk omezen ve svéprávnosti, tím je chráněno jeho soukromí. Na druhou stranu si někteří informanti myslí, že kvůli neuvedení omezení v občanském průkazu jsou klienti ohroženi tím, že podepíší nějakou smlouvu nebo půjčku a zadluží se, poté vznikají těžké soudní spory. Dopad na opatrovníky představoval doprovod klienta u soudu a velké množství administrativy s přezkumem. Velký problém řeší sociální pracovníci ohledně financí klientů. Opatrovník uhradí za klientovy peníze službu a zbytek dostane klient v podobě kapesného. Opatrovník pak dostává vyúčtování a pokladní listy, aby měl přehled, za co klient peníze utratil. Někdy ale invalidní důchod nepokryje ani úhradu za službu. Mnoho klientů neumí hospodařit se zůstatkem financí, obzvláště když jsou silní kuřáci, musí si obstarat jídlo a mají např. k dispozici padesát korun na den. Mnohdy se tak dostanou do těžké finanční situace, poté se zadlužují nebo už jsou dávno před nástupem do zařízení zadluženi. Organizace pak musí s nimi jejich složitou situaci řešit.

Přezkumy způsobené legislativní změnou ale stále nezaručují to, že bude většině osob svéprávnost navracena nebo bude využito některého jiného podpůrného opatření než omezení svéprávnosti. Názory sociálních pracovníků u klientů s mentálním

postížením na **jiná podpůrná opatření** – předběžné prohlášení, nápomoc při rozhodování, zastoupení členem domácnosti, která vznikla v rámci NOZ, se opět odlišují. Někteří si myslí, že by tato opatření mohla být pro klienta dobrá, zvláště pro ty schopnější. Jiná podpůrná opatření jsou podle nich lepší než omezení ve svéprávnosti. Naopak několik sociálních pracovníků si myslí, že při jiném podpůrném opatření je rozhodování složitější a omezení svéprávnosti je lepší při hospodaření s penězi. Někdy tato opatření nahrávají lidem, kteří chtějí klienty zneužít. Je důležité zmínit, že odpůrci neplynou žádné následky, když se s pomocí jeho rady klient špatně rozhodne nebo přijde o peníze. Pro některé sociální pracovníky není moc reálné to, že by se jiná podpůrná opatření v praxi začala využívat namísto omezení ve svéprávnosti.

Stejného názoru bylo i několik sociálních pracovníků z organizací pro klienty s duševním onemocněním, kteří tvrdili, že určitě ještě tato opatření nejsou rozšířena v praxi a ještě se s nimi neseťkali. Přesto ale shledávají tato opatření jako lepší možnost než omezení ve svéprávnosti, mohla by to být jednodušší forma a rodiny by mohli být k nim svolnější. Dle jednoho účastníka výzkumu by bylo nejlepší vybrat každému klientovi opatření přesně na míru.

K druhé výzkumné otázce se pojí diagram **proces svéprávnosti a role**. Zde je nutné zmínit rozdíl v tom, zda klient navštěvuje ambulantní službu nebo využívá pobytové služby nějaké organizace. Sociální pracovník obecně většinou do procesu hodnocení a rozhodování o svéprávnosti klienta příliš nezasahuje. Může doprovodit klienta k soudu nebo k lékaři, domlouvá se s posudkovým lékařem. Pomáhá klientovi s vyřizováním na úřadech spojených s procesem. Působí tedy jako průvodce a podpora, překladatel mezi klientem a ostatními, jeho role je ale převážně administrativní. V případě ambulantní služby většinu záležitostí spojených s procesem vyřizují opatrovníci a poté vše jen předávají sociálním pracovníkům. Opatrovník je přítomen u soudu, působí jako podpora a průvodce a může se u soudu vyjádřit. Může být přítomen i při posuzování psychiatrem v zařízení.

Podle sociálních pracovníků, kteří pracují s klienty s duševním onemocněním se do procesu svéprávnosti opět příliš nezapojují. Někdy žádají o omezení svéprávnosti klienta, ale ne ve všech organizacích, ztratily by důvěru klienta. Dále doprovází klienta k psychiatrovi, domlouvají schůzky se soudním znalcem a klientem a někdy se rozhovoru i účastní. Role sociálního pracovníka je opět z větší části administrativní. Sociální pracovník podporuje klienta v praktické rovině, ale i v té morální a emoční. Data z výzkumu tedy souhlasí s výčtem Rittichové (2015), kdy sociální služba figuruje

jako navrhovatel v řízení o svéprávnosti, dále podává vyjádření k řízení nebo pomáhá při podání návrhu. Sociální pracovník se může účastnit řízení jako svědek i jako zástupce pro řízení, kdy mu klient udělí plnou moc.

K poslední výzkumné otázce se pojí diagram **práce s klienty a metody sociální práce**. Jako nejhlavnější metodu uváděli informanti rozhovor. Rozhovor však není metodou sociální práce. Nicméně v práci s klienty je velmi důležitá komunikace obzvláště u klientů s mentálním postižením, kdy bývá složitější. Jak uvádí Slowík (2010) komunikace s osobami s těžkým mentálním postižením je někdy obzvláště složitá a je potřeba použít i komunikační tabulky. Dalšími metodami uvedenými informanty byly práce s jednotlivcem, práce se skupinou a práce s rodinou. Nakonec byla zmíněna i metoda nápomoci a podpory. Tato metoda je podle mého názoru něco jako metoda asistence popisovaná Matouškem, Kodymovou, Koláčkovou (2010), kde pracovník pomáhá klientovi s činnostmi, které lidé bez postižení mohou vykonávat sami, důležité je zaměřit se na jednotlivce a uvědomit si, že s každým klientem musíme pracovat jinak.

Informanti v práci s jednotlivcem hledí na individuální přístup ke klientovi, je důležitý koncept zaměřený na člověka, kdy se konají schůzky s klientem a zjišťují se jeho potřeby, cíle a oblasti podpory. Tento na osobu zaměřený přístup při práci s osobami s mentálním postižením zdůrazňuje i Pörtner (2009). Jako práce se skupinou jsou vnímány společné činnosti klientů. Při práci je také kladen důraz na motivaci klienta. Sociální pracovník je součástí multidisciplinárního týmu. Je tedy použita metoda podle Matouška, Kodymové, Koláčkové (2010) případové vedení, jinak se nazývá case management a metoda týmová práce, která spočívá ve spolupráci multidisciplinárního týmu, kdy se spojí několik specialistů a pracují společně na jednom případě.

V práci s klienty s duševním onemocněním je důležité zvládat, když má klient ataky své nemoci. Orel (2016) popisuje, jak se např. u schizofrenie po hospitalizaci může klient úplně uzdravit nebo se mohou objevit u něj ataky, avšak i v období mezi atakami se mohou vyskytovat zbytkové příznaky nemoci. Sociální pracovníci se snaží prosadit deinstitucionalizaci a zachovat schopnosti klientů. Ustupuje se od pečujícího modelu a pracovníci přímé péče se snaží klienty osamostatnit, ať už formou skupinových programů nebo individuálním přístupem. Jak uvádí Faixová (2014) při práci s osobami s duševním onemocněním je třeba používat přístup zaměřený na klienta. A podle Pěče et al. (2009) má velký význam skupinová sociální práce, která

může probíhat v podobě skupinové psychoterapie. Sociální pracovníci uvádějí metody sociální práce s jednotlivcem, se skupinou, s rodinou a dále ještě rozhovor, krizovou intervenci a mapování, kdy zjišťují potřeby daného klienta. Rozhovor však není metodou sociální práce. Nejspíše došlo k záměně pojmů nebo mylné odpovědi informantů. Probstová a Pěč (2014) popisují metody šetření při práci s klienty s duševním onemocněním a jsou jimi právě rozhovor a mapování. Informanti tedy možná měli na mysli tuto metodu. Dle informantů je při práci s klienty s duševním onemocněním důležité postupovat po malých krocích a nečekat rychlé a velké pokroky.

Yuen, Cohen, Tower (2013) uvádí v sociální práci s osobami s disabilitou snahu o změny ve všech úrovních jedince (mikro, mezo a makro). Tento přístup se podobá ekologickým perspektivám podle Matouška (2007a), kdy se sociální pracovník zaměřuje na člověka, jeho prostředí a vzájemné interakce mezi nimi. Je tedy důležité pracovat na posílení člověka, ale také na změně jeho prostředí.

Jak již bylo naznačeno, role sociálního pracovníka je spíše administrativní, v diagramu **administrativa** jsou popsány hlavní administrativní činnosti, které sociální pracovníci uvedli. Ukládají kopie dokumentů spojených s omezením svéprávnosti, dávají podepsat opatrovníkům smlouvy a dodatky smluv, souhlas s nakládáním s financemi, vyřizují soudní obsílky, kolem jednoho soudního procesu vyřídí i 5 – 6 dokumentů. Dále pak zakládají osobní spisy klientů, kam patří zápisy ze schůzek s opatrovníky, záznamy od policie, záznamy o sociálním šetření a mnoho dalšího.

U klientů s duševním onemocněním je obrovská míra administrativy spojená s financemi klienta. Sociální pracovník také doprovází klienta k opatrovníkovi kvůli podpisu dokumentů. Co se týče zdravotnické dokumentace, tak tu sociální pracovníci k dispozici nemají, mají pouze od psychiatra doporučení. Nakonec pak sociální pracovník má na starost celkové vedení sociální dokumentace a pomáhá klientovi vyplnit různé žádosti.

K práci s klienty se pojí i diagram **spolupráce s opatrovníky**. Sociální pracovníci poskytují opatrovníkům hlavně poradenství. Někteří opatrovníci si často neví s něčím rady, dokonce někteří informanti spolupracují s opatrovníky, kteří by podle nich také potřebovali opatrovníka. Dále vyřizují sociální pracovníci s opatrovníky všechnu administrativu, obzvlášť u klientů v pobytových zařízeních. V pobytové službě jako je např. chráněné bydlení, musí sociální pracovník informovat opatrovníka o všem a mít jeho souhlas. Některé opatrovníky vidí sociální pracovník každý den, některé jednou za rok. Výroky informantů tedy souhlasí s Rittichovou (2015), že nejdůležitější rolí služby

je stále to, že je opatrovníkovi partnerem a pomáhá mu jak při přípravě dokumentů pro některá právní jednání, tak i v komunikaci mezi ním a klientem. Podle informantů je důležité pracovat na dobrém vztahu s opatrovníkem v zájmu dobrá klienta, což v praxi ve většině organizací funguje. Stejně tak sociální pracovníci u klientů s duševním onemocněním uváděli, že spolupráce s opatrovníky je vesměs dobrá, nejlépe spolupracují s veřejnými opatrovníky. Někdy se nevyhnou konfliktu, protože opatrovník je např. až moc pečující a omezující.

Sociální pracovníci u klientů s duševním onemocněním také poskytují poradenství, doprovází klienty za opatrovníkem, kde vyřizují administrativu, opatrovník musí vše schválit. Opatrovník se také účastní plánování průběhu služby pro klienta. V případě ambulantní služby si opatrovníci vše vyřizují sami a poté předají jen kopie dokumentů sociálnímu pracovníkovi.

U klientů s mentálním postižením dělají opatrovníky většinou rodinní příslušníci, nejvíce rodiče, jak je možno spatřit v diagramu **rodinní a veřejní opatrovníci**. Sociální pracovník by podle názoru všech informantů neměl vykonávat funkci opatrovníka u klienta z jeho zařízení. Není to dobré a představuje to střet zájmu. Jak uvedla Rittichová (2015), tak je zakázáno, aby se stalo opatrovníkem kterékoliv sociální zařízení, jehož služeb klient užívá a rovněž se nesmí stát opatrovníkem ani zaměstnanec takového zařízení, zájmy klienta a takového zařízení by byly totiž v konfliktu. Pokud má ale sociální služba pochybnosti o osobě navrhované na opatrovníka nebo o výkonu funkce opatrovníka, který je již stanoven, tak by je měla soudu sdělit a pravidelně soud informovat o situaci opatrovance a o plnění povinností opatrovníka. Dle sdělení informantů jsou rodiče jako opatrovníci většinou vstřícní, avšak spousta z nich institut omezení odmítá. Někteří rodiče nerozumí roli opatrovníka dost dobře, berou dospělé klienty stále jako děti, rozhodují v podstatě o celém jejich životě. Vzniká zde problém, kde skončí klienti po smrti rodičů a jak se dokáží o sebe postarat, když za ně celý život ve všem rodiče rozhodovali.

Co se týče opatrovníků u klientů s duševním onemocněním, tak v některých organizacích se starají o klienty jen veřejní opatrovníci, v některých jen rodinní příslušníci nebo je to kombinace obou. Opět se informanti shodli na tom, že sociální pracovník z organizace, kterou navštěvuje klient, by neměl plnit funkci opatrovníka. Někteří informanti vyprávěli o tom, jak rodinní opatrovníci připravili klienty o peníze a nyní už mají tito klienti opatrovníka veřejného.

Jak je patrné ze shrnutí výsledků, na výzkumné otázky se během výzkumu objevilo mnoho odpovědí. Některé se shodují a ostatní se naopak úplně odlišují. Je to dáno tím, že každý sociální pracovník zahrnutý do výzkumu představuje jedinečnou osobnost a má svůj vlastní názor, jen ojediněle se podařilo, že by dva informanti řekli tutéž věc. Každá organizace má také své spektrum klientů, má také jiný počet klientů a v každé organizaci pracují s klienty odlišně, mají své postupy a metody. Pokusím se tedy nakonec zdůraznit ty nejdůležitější informace a odpovědět na výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zněla: **1. Jak sociální pracovníci vnímají tuto legislativní změnu, která se týká svéprávnosti klientů?** Podle odpovědí sociálních pracovníků lze usuzovat, že tuto změnu vnímají pozitivně. Domnívají se, že klientům svědčí a mají teď více možností se sami rozhodovat. Avšak může to pro ně také představovat větší riziko v tom, že jsou více zranitelní a zneužitelní. Dle mého názoru byli i dříve klienti zranitelní, např. když byli zbaveni svéprávnosti a jejich rodina rozhodovala za ně o všem a nakládala s jejich financemi bez jejich souhlasu. Zneužití nevědomosti a důvěry člověka dokáže každý, pokud chce a v tomto případě nesejde na tom, zda je to blízký člověk, který ho okrádá nebo někdo cizí, který mu dá podepsat nevýhodnou smlouvu o půjčce. A nebudeme si nalhávat, zneužit se nechají i důvěřiví lidé, kteří nejsou omezeni ve svéprávnosti a všechny věci si plně uvědomují. U klientů s těžkým postižením zůstává podle informantů situace stejná, protože jsou stále omezeni ve všech oblastech. Jediné úskalí pro sociální pracovníky vzniká v přezkumech, kdy musí někteří z nich vyřizovat spoustu administrativy a soudní procesy trvají příliš dlouho. Obávali se, že nestihnou nejpozdější termín pro přezkumy, ale novela NOZ prodloužila dobu přezkumu na pět let. I v případech, kdy stav klienta bude stále stejný, přezkum bude stačit až za pět let. Myslím si, že v tomto případě zákonodárci ulehčili soudům, posudkovým lékařům, opatrovníkům, sociálním pracovníkům, dokonce i klientům, kteří se nebudou muset tak často stresovat účastí u soudu. A pokud se stav klienta zlepší v krátké době, existuje možnost zažádat o přezkum kdykoliv, může o něj zažádat dokonce klient sám.

Pro klienty změna legislativy znamená to, že mají v rozsudku přesně určené oblasti, ve kterých jsou omezeni a přesnou částku kapesného. Problém nastává v případě, kdy je klient v pobytovém zařízení a z důchodu uhradí pouze sociální službu a nezbyvají mu už žádné finanční prostředky na určené kapesné. Někteří klienti se tak dostávají do těžké finanční situace. I přesto, že legislativní změna sklízí pozitivní ohlasy, tak ještě není zcela známa úplně v každé organizaci. A pokud o ní v organizaci

slyšeli, tak to neznámá, že se jí řídí na sto procent. Jak uvedl jeden z informantů, stále převládá tendence jednat o lidech bez nich. Co se týče jiných podpůrných opatření, tak ta v praxi ještě nejsou vůbec rozšířena, alespoň tedy v organizacích, kde proběhl výzkum. Sociální pracovníci se s nimi kromě asi jednoho případu ještě nesetkali. Tady je patrná ještě mezera v uvedení legislativní změny do praxe. Snad je třeba více času, snad je třeba kromě legislativní změny i změnu ve vnímání práv člověka všemi sociálními pracovníky, opatrovníky, soudci a veřejností.

Druhá výzkumná otázka zněla: **2. Jak se sociální pracovníci zapojují do hodnotícího a rozhodovacího procesu o „svéprávnosti klientů“?** V tomto případě byl vidět rozdíl mezi sociálními pracovníky v pobytové službě a ambulantní službě. V pobytové službě sociální pracovník může doprovodit klienta k soudu nebo k lékaři. Pomáhá klientovi s vyřizováním na úřadech spojených s procesem. Působí tedy jako průvodce a podpora. Jeho role je ale převážně administrativní, jak lze spatřit v diagramech administrativa. Sociální pracovníci mohou zažádat o omezení svéprávnosti klienta, ale většinou to nedělají, protože by ztratily jeho důvěru. Raději pomohou klientovi s vyplněním žádosti a ten si ji pak podá sám. Sociální pracovník podporuje klienta v praktické rovině, ale i v té morální a emoční.

V případě ambulantní služby většinu záležitostí spojených s procesem vyřizují opatrovníci a poté všechny důležité dokumenty jen předávají sociálním pracovníkům. Sociální pracovník by neměl vykonávat funkci opatrovníka u klienta z jeho zařízení, představuje to střet zájmu.

Třetí výzkumná otázka zněla: **3. Jaké metody sociální práce volí sociální pracovníci s klienty s omezenou svéprávností?** Jako nejhlavnější metodu uváděli informanti rozhovor, který ovšem metodou sociální práce není. V práci s klienty je velmi důležitá komunikace. Dalšími metodami byly práce s jednotlivcem, práce se skupinou a práce s rodinou. Nakonec byla zmíněna i metoda nápomoci a podpory. Informanti v práci s jednotlivcem hledí na individuální přístup ke klientovi, je důležitý koncept zaměřený na člověka. Při práci je také kladen důraz na motivaci klienta. Sociální pracovník je součástí multidisciplinárního týmu.

Zvláště u klientů s duševním onemocněním se sociální pracovníci snaží prosadit deinstitucionalizaci a zachovat schopnosti klientů. Ustupuje se od pečujícího modelu a pracovníci se snaží klienty osamostatnit. Dalšími jmenovanými metodami byly ještě krizová intervence a mapování. Dle informantů je při práci s klienty s duševním onemocněním důležité postupovat po malých krocích a nečekat rychlé a velké pokroky.

Z výzkumu je vidět, že sociální pracovníci se až příliš nezabývají tím, jakou metodu používají, někteří z nich ji neumí pojmenovat, ale dokáží popsat činnosti a způsoby, jak s klientem pracují. Zdá se, že tyto metody fungují, i když nejsou přesně definovány a pojmenovány.

K práci s klienty se pojí i spolupráce s opatrovníky a taktéž se tato spolupráce prolíná s metodou sociální práce s rodinou, pokud opatrovníkem je rodinný příslušník. Sociální pracovníci poskytují opatrovníkům hlavně poradenství, podle jejich slov by někteří opatrovníci sami potřebovali opatrovníka. Vyřizují s opatrovníky všechnu administrativu a musí mít od nich na vše souhlas. Opatrovník se také účastní plánování průběhu služby pro klienta. Vždy je důležité pracovat na dobrém vztahu s opatrovníkem v zájmu dobra klienta, což v praxi ve většině organizací funguje. Někdy se ale nevyhnou konfliktu, protože opatrovník je např. až moc pečující a omezující. To bývají občas rodiče klienta.

Někteří rodiče nerozumí roli opatrovníka dost dobře, rozhodují v podstatě o celém životě klienta. Neuvědomují si však ten fakt, jak se o sebe jejich děti postarají po jejich smrti, když za ně celý život ve všem rozhodovali. Někteří informanti vyprávěli o tom, jak rodinní opatrovníci připravili klienty o peníze a nyní už mají tito klienti opatrovníka veřejného. Na jedné straně jsou tedy rodinní příslušníci až příliš pečující a na druhé straně jsou takoví, kteří se stali opatrovníky jen kvůli tomu, že měli vidinu získání kontroly nad financemi klienta. Což může být velice výhodné, obzvláště pokud měl klient velký majetek nebo ho zdědil. Kvůli takovým situacím je bezpochyby lepší, že klienti již nemohou být svéprávnosti navždy zbaveni a že mohou v některých záležitostech jednat samostatně.

6 Závěr

Cílem práce bylo zjistit, jak vnímají sociální pracovníci významnou legislativní změnu, která se týká svéprávnosti klientů. Dílčím cílem bylo pak stanovit, jakou roli v procesu „svéprávnosti klientů“ mají sociální pracovníci a jak s těmito klienty resp. jejich opatrovníky spolupracují.

Během výzkumu byl zjištěn názor sociálních pracovníků na legislativní změnu v organizacích, kde pracují s klienty s mentálním postižením a s klienty s duševním onemocněním, kteří jsou omezeni ve svéprávnosti. Sociální pracovníci tuto změnu shledávají jako pozitivní a určitě si myslí, že představuje pro klienty s omezenou svéprávností velký přínos. Problém však nastává v tom, že změna nebyla ještě zcela promítnuta do praxe.

V některých organizacích a u soudu stále převládá tendence jednat o lidech bez nich, protože je to pro pracovníky a soudce jednodušší. Podpůrná opatření, která měla zabezpečit větší svobodu klienta a snížit počet jedinců s omezenou svéprávností, se v organizacích ani nevyskytují. Nový občanský zákoník nabyl účinnosti již před více než třemi lety a dokonce vyšla i jeho novela, ale v praxi mezi klienty a v organizacích ještě stále není změna legislativy viditelná. Soudy ještě stále nepřezkoumaly všechny osoby omezené ve svéprávnosti, proto lhůta pro přezkum byla prodloužena. To dokazuje, že to není dáno nevědomostí nebo neinformovaností ohledně legislativní změny, ale snad určitou pohodlností soudů a úřadů. Tento proces podle mého názoru nelze urychlit. Však jen vytvoření nové legislativy trvalo dlouho, stejné to bude nejspíše i s její aplikací do praxe.

Role sociálního pracovníka při procesu o omezení svéprávnosti není příliš významná. Může doprovodit klienta k soudu, být mu oporou a rádcem při přípravě dokumentů k řízení. Návrh na omezení by však neměl sociální pracovník podávat, aby neztratil klientovu důvěru. V žádném případě by neměl sociální pracovník plnit funkci opatrovníka klientovi, který využívá služeb organizace, ve které sociální pracovník působí. V některých případech se řízení účastní jen opatrovník a sociální pracovník do něj vůbec nezasahuje. Stále ale může zastávat roli poradce, když si opatrovník není ničím jistý nebo ztrácí přehled v dokumentech potřebných pro řízení.

Spolupráce s opatrovníky v organizacích funguje. Problém nastává v případech, kdy jsou opatrovníky rodiče a neporozumí dobře roli opatrovníka. Chtějí za klienta stále o

všem rozhodovat, říkají mu, co má dělat. To však vede k nesamostatnosti a pocitu méněcennosti u klientů. Podle mého názoru by v těchto případech bylo lepší, kdyby klient měl veřejného opatrovníka. Další možností by mohl být rozhovor sociálního pracovníka s opatrovníkem o funkci opatrovníka a přesné vymezení jeho role v životě klienta. Je však důležité informace podat s respektem vůči opatrovníkovi a zdůraznit, že jde o blaho klienta. Při tomto rozhovoru se může totiž sociální pracovník pohybovat po tenkém ledě a může opatrovníka urazit. Záleží tak na komunikačních dovednostech sociálního pracovníka a na míře chápání důležitosti samostatnosti klienta opatrovníkem.

V samotné práci sociálního pracovníka s klientem byl největší důraz kladen na rozhovor, protože je základem pro pochopení klienta, zmapování jeho situace, nastínění jeho přání, potřeb a stanovení cílů. Neméně důležitá je práce s jednotlivcem, kdy sociální pracovník musí počítat s individuálním přístupem, u každého jedince zjistit jeho potřeby a postupovat při práci právě s ohledem na individualitu tohoto jedince. Každý klient vyžaduje odlišný přístup. Samozřejmě nemalou část sociální práce s klienty s omezenou svéprávností představuje i práce s rodinou. Obzvláště v případě, pokud má klient rodinného příslušníka jako opatrovníka.

Přínosný by v práci s klienty s omezenou svéprávností byl určitě také ekologický přístup. Ten je uváděn ve spojitosti s osobami s disabilitou. A právě osoby s disabilitou jsou většinou omezeny ve svéprávnosti. Je zřejmé, jak je důležité pracovat s jednotlivcem a znát jeho potřeby, avšak organizace často naráží na překážky v prostředí osoby s disabilitou, se kterými se jedinec nedokáže vyrovnat. Tento přístup ani žádné jeho podoby však nebyly ve výrocích informantů uvedeny.

Podle mého názoru je nejdůležitější zapojit osoby s disabilitou do společnosti. Legislativní změna ohledně omezení svéprávnosti tomu určitě napomáhá, je však stále ještě v začátcích. Pokud většinová populace bude nahlížet na osoby s disabilitou jako na osoby, které mají svá práva a mohou rozhodovat o svém životě, bude je ctít a bránit před těmi, kteří by je chtěli využít nebo rovnou za ně o všem rozhodnout, tak teprve potom nastane opravdu viditelná změna v jejich životě. Za poslední léta se pohled na tyto osoby mnohem zlepšil a právní úpravy jim vychází vstříc, máme ale stále co zlepšovat.

7 Seznam literatury

Tištěné zdroje:

ADAMS, R., DOMINELLI, L., PAYNE, M., 2009a. *Social Work: Themes, Issues And Critical Debates*. 3. ed. Hampshire: Palgrave Macmillan. 432 p. ISBN 978-0-230-21865-9.

ADAMS, R., DOMINELLI, L., PAYNE, M., 2009b. *Practising Social Work In A Complex World*. 2. ed. Hampshire: Palgrave Macmillan. 368 p. ISBN 978-0-230-21864-2.

BAJER, P., 2007. Záleží na sociálních pracovnících, zda žadatelům nabídnou služby napomáhající ke zlepšení života. *Sociální práce*. 7(1), 45-49. ISSN: 1213-6204.

BAJER, P., TOKÁROVÁ, A., 2007. Široká veřejnost stále vníma sociálních pracovníkův ako úradníkov. *Sociální práce*. 7(1), 12-16. ISSN: 1213-6204.

BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. 183 s. ISBN 978-80-262-0693-4.

BURNS, J. K., 2009. Mental Health and Inequity: a Human Rights Approach to Inequality, Discrimination, and Mental Disability. *Health and Human Rights*. 11(2), 19-31. ISSN 2150-4113.

DISMAN, M., 2007. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

FAYERS, P., MACHIN D., 2013. *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes*. 2. issue. New Jersey: Wiley. 568 p. ISBN 978-1-118-69945-4.

FLEISCHMANN, O. et al., 2006. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně. 143 s. ISBN 80-7044-769-9.

GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.

HANUŠ, P., 2007. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce*. 7(1), 5-6. ISSN: 1213-6204.

HARRIS, J., 2010. *Intellectual Disability: A Guide for Families and Professionals*. Oxford: Oxford University Press. 240 s. ISBN 978-0195145724.

HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: Portál. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HYNES, A., 2017. *Legal Capacity: A Guide to Assisted Decision-Making*. London: Bloomsbury Publishing Plc. 344 p. ISBN 9781784518493.

JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

KOPŘIVA, K., 2006. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.

KRHUTOVÁ, L., 2013. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 243 s. ISBN 978-80-7326-232-7.

KUČERA, D., 2013. *Moderní psychologie*. Praha: Grada. 213 s. ISBN 978-80-247-4621-0.

KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.

KURSOVÁ, V., 2009. *Rozvoj zdraví a integrace osob s mentálním postižením pomocí cílených pohybových aktivit: Ověřený intervenční pohybový program*. České Budějovice: JČU PF. 225 s. ISBN 978-80-7394-198-7.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. et al., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MATOUŠEK, O., 2007a. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4.

MATOUŠEK, O. et al., 2007b. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O., 2008a. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, O. et al., 2008b. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. 380 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál. 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, O. et al., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

MICHALÍK, J. et al., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MKF: *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví* (přel. Pfeiffer, J., Švestková, O.), 2007. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.

MKN – 10: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize.*, 2008. 2. vydání. Praha: Bomton Agency. ISBN 978-80-904259-0-3.

NAKONEČNÝ, M., 2011. *Psychologie: přehled základních oborů*. Praha: Triton. 863 s. ISBN 978-80-7387-443-8.

NOVOTNÝ, P. et al., 2014. *Nový občanský zákoník: principy a základní pojmy*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-5163-4.

OREL, M. et al., 2012. *Psychopatologie*. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3737-9.

OREL, M. et al., 2016. *Psychopatologie: Nauka o nemocech duše*. 2. vydání. Praha: Grada. 344 s. ISBN 978-80-247-5516-8.

PACE, V., TRELOAR, A., SCOTT, S., 2011. *Dementia: From Advanced Disease to Bereavement*. New York: Oxford University Press. 448 p. ISBN 978-0-19-923780-7.

PAVLOVSKÝ, P. et al., 2009. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3. vydání. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2618-2.

PETR, T., MARKOVÁ, E. et al., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

PĚČ, O. et al., 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

PFEIFFER, J. et al., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JČU. 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2.

PORTNER, M., 2009. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.

PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O., 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál. 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

PRŮŠA, L., 2007. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Aspi. 179 s. ISBN 978-80-7357-255-6.

RABOCH, J. et al., 2012. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 5. vydání. Praha: Triton. 239 s. ISBN 978-80-7387-582-4.

REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

RENOTIEROVÁ, M. et al., 2006. *Speciální pedagogika*. 4. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.

SCHALOCK, R. et al., 2010. *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. 11. issue. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. 280 s. ISBN 978-1-935304-04-3.

SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H., 2012. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. 317 s. ISBN 978-80-262-0216-5.

ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VALENTA, M. et al., 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně – právním kontextu*. Praha: Grada. 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, M. et al., 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál. 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

VALENTA, M. et al., 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál. 317 s. ISBN 978-80-262-0937-9.

VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2011. *Zdraví a nemoc*. České Budějovice: ZSF JČU. 133 s. ISBN 978-80-7394-326-4.

WARDLE, L., NOLAN, L., 2011. *Family Law in USA*. The Netherlands: Kluwer Law International BV. 400 p. ISBN 978-9041134332.

YUEN, K., COHEN, C., TOWER, K., 2013. *Disability and Social Work Education: Practice and Policy Issues*. New York: Routledge. 286 p. ISBN 978-0415542692.

Elektronické zdroje:

BENEŠOVÁ, L., 2015. In: *Sborník ze závěrečné konference projektu „Modely podpory pro lidi s mentálním postižením“ s názvem Opatrovnictví a jeho alternativy* [online]. Svaz měst a obcí ČR [cit. 2016-06-15]. Dostupné z: www.smocr.cz/getFile.aspx?itemID=228401

DOUŠOVÁ, J., 2014. *Předběžné prohlášení* [online]. Pravniprostor.cz [cit. 2017-20-01]. Dostupné z: <http://www.pravniprostor.cz/clanky/rekodifikace/podpurna-opatreni-pri-naruseni-schopnosti-zletileho-pravne-jednat-icast>

FAIXOVÁ, K., 2014. Rogersovská psychoterapie a preterapie – možnosti využití v psychiatrii [online]. *Psychiatrie pro praxi*. 15(1) [cit. 2016-02-06]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/09.pdf>

HAVLÍKOVÁ, K., 2014. *Jak upravuje zásah do integrity člověka nový občanský zákoník* [online]. Muj-pravnik.cz [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <http://muj-pravnik.cz/zasah-do-integrity-cloveka-novy-obcansky-zakonik/>

HRUBÁ, E., 2015. Nový občanský zákoník přináší nové možnosti v podporovaném rozhodování. In: *Sborník článků k problematice opatrovnictví a svéprávnost* [online]. MPSV [cit. 2017-10-03]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2015/12/Sborn%C3%ADk-Opatrovnict%C3%AD-a-sv%C3%A9pr%C3%A1vnost.pdf>

JURÍČKOVÁ, L., FILKA, J., IVANOVÁ, K., 2012. Identifikace aktuálních problémů ve výkonu funkce veřejného opatrovníka [online]. *Kontakt*. 14(1) [cit. 2016-02-05]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/1~2012/642-identifikace-aktualnich-problemu-ve-vykonu-funkce-verejneho-opatrovnika>

MATIAŠKO, M., 2015. Svěprávnost a opatrovnictví v praxi. In: *Sborník ze závěrečné konference projektu „Modely podpory pro lidi s mentálním postižením“ s názvem Opatrovnictví a jeho alternativy* [online]. Svaz měst a obcí ČR [cit. 2016-06-15]. Dostupné z: www.smocr.cz/getFile.aspx?itemID=228401

Návrh novely nového občanského zákoníku, 2015. [online]. Česká advokátní komora. [cit. 2016-07-09]. Dostupné z: <http://www.cak.cz/assets/pro-advokaty/aktuality/navrh-zakona--kterym-se-meni-zak--c--89-2012-sb--obcansky-zakonik-vc--duvodove-zpravy.pdf>

NEVRKLA, L., 2016. *Jaké změny občanského zákoníku lze letos očekávat?* [online]. Epravo.cz [cit. 2016-06-18]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/jake-zmeny-obcanskeho-zakoniku-lze-letos-ocekavat-100305.html>

ODSTČILOVÁ et al., 2014. *Podpora, ochrana a svěprávnost lidí s mentálním postižením podle nového občanského zákoníku*. [online]. Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením. [cit. 2016-03-17]. Dostupné z: http://www.spmpr.cz/wp-content/uploads/delightful-downloads/2015/08/brozura_svepravnost_podpora_noz.pdf

PRUDÍKOVÁ, D. et al., 2013. *Podkladový materiál k semináři pro veřejné opatrovníky k problematice výkonu opatrovnictví uživatelů služeb sociální péče ve vztahu k procesu transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb* [online]. MPSV [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/15636/podklady_pro_opatrovniky_final.pdf

PRUDÍKOVÁ, D., 2015. *Co přinesl první rok aplikace NOZ-II.* [online]. Pravniprostor.cz [cit. 2017-05-04]. Dostupné z: <http://www.pravniprostor.cz/clanky/rekodifikace/co-prinesl-prvni-rok-aplikace-noz-ii>

RITTICHOVÁ, B., 2015. Omezení svéprávnosti není jedinou volbou (Nově je možné využít zastoupení členem domácnosti). In: *Sborník článků k problematice opatrovnictví a svéprávnost* [online]. MPSV [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2015/12/Sborn%C3%ADk-Opatrovnict%C3%AD-a-sv%C3%A9pr%C3%A1vnost.pdf>

ŠKUDRNA, M., 2013. *Podstatné změny v občanském soudním řádu v souvislosti s přijetím nového občanskoprávního kodexu* [online]. Epravo.cz [cit. 2016-02-19]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/podstatne-zmeny-v-obcanskem-soudnim-radu-v-souvislosti-s-prijetim-noveho-obcanskopravniho-kodexu-92921.html>

Tisková zpráva z konference „Obce a veřejné opatrovnictví“, 2014 [online]. Svaz měst a obcí ČR [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://smocr.cz/cz/tiskovy-servis/tiskove-zpravy/novy-zakon-ma-zlepsit-verejne-opatrovnictvi.aspx>

URBANCOVÁ, B., 2015. Proč je nutné oddělovat roli veřejného opatrovníka od sociálního pracovníka? In: *Sborník článků k problematice opatrovnictví a svéprávnost* [online]. MPSV [cit. 2017-05-02]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/Sborn%C3%ADk-Opatrovnict%C3%AD-a-sv%C3%A9pr%C3%A1vnost.pdf>

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, 2009. [online]. MPSV. [cit. 2017-04-03]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf

VACHKOVÁ, L., 2008. Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné [online]. *Psychiatrie pro praxi*. 9(3) [cit. 2016-02-12]. ISSN - 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/03/07.pdf>

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, 2012. [online]. [cit. 2016-02-10]. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 33, s. 1026-1365. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, 1963. [online]. [cit. 2016-02-10]. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 56, s. 383-428. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2016-02-10]. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 37, s. 1250-1289. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřbivnictví a o změně některých zákonů, 2001. [online]. [cit. 2016-02-10]. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 98, s. 5669-5682. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

Zákon č. 292/2013 Sb. o zvláštních řízeních soudních, 2013. [online]. [cit. 2016-02-10]. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 112, s. 3186-3256. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

Zákon č. 293/2013 Sb., kterým se mění zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, 2013. [online]. [cit. 2016-03-16]. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 112, s. 3257-3282. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. [online]. [cit. 2016-03-16]. In: Sběrka zákonů České republiky, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, 2004. [online]. [cit. 2016-03-16]. In: Sbirka zákonů České republiky, částka 174, s. 9782-9827. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>

Přílohy

Okruhy otázek k rozhovoru

Úvod:

Zjištění základních informací o zařízení

Okruhy otázek:

1. Identifikační údaje o sociálním pracovníkovi (zda pracuje s klienty v terénu či v residenci)
2. Legislativní změna týkající se svéprávnosti – názor sociálního pracovníka a její dopad
3. Podílení na procesu svéprávnosti a role sociálního pracovníka (jak se liší jejich práce v této oblasti s klienty, kteří jsou v terénu či v residenci)
4. Metody sociální práce používané při práci s klienty s omezenou svéprávností
5. Administrativa spojená s procesem svéprávnosti, zapojení jiných odborníků
6. Opatrovníci, spolupráce se sociálním pracovníkem
7. Jiná podpůrná opatření