

Opatrovnictví dospělých osob v České republice
(údaje o osobách zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti
k právním úkonům v Olomouckém a Moravskoslezském kraji a analýza výkonu
funkce veřejného opatrovníka v těchto krajích)

Disertační práce

PhDr. Mgr. Lubica Juríčková

Univerzita Palackého v Olomouci
Lékařská fakulta
Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky

Školitel: doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Olomouc 2012

Adult guardianship in the Czech Republic

(data on persons deprived of or restricted in capacity to legal acts in the Olomouc Region and Moravian-Silesian Region and analysis of public guardian activities in these regions)

Dissertation

PhDr. Mgr. Lubica Juríčková

Palacký University Olomouc
Faculty of Medicine and Dentistry
Department of Social Medicine and Health Policy

Supervisor: doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Olomouc 2012

ABSTRAKT

V České republice vzrůstá počet dospělých osob, které jsou rozhodnutím soudů zbaveny způsobilosti k právním úkonům nebo omezeny ve způsobilosti k právním úkonům a je jim pravomocně ustanoven opatrovník (dále jen opatrovaná osoba). Při poskytování zdravotnické péče je také nutná komunikace lékařů nejen s opatrovanými osobami, ale i s jejich opatrovníky jako zákonnými zástupci. Záměrem disertační práce je na základě zjištěných údajů přispět ke zlepšení kvality zdravotní i sociální péče o opatrované osoby. Hlavním cílem disertační práce je vytvořit podklady pro analýzu systému opatrovnictví v České republice a jeho prognózu. Disertační práce je koncipována jako smíšený výzkum, kombinující kvantitativní a kvalitativní přístupy. Smíšený výzkum byl realizován v Olomouckém a Moravskoslezském kraji v letech 2009 – 2011 ve dvou etapách. První etapa výzkumu se uskutečnila na jedenácti okresních soudech. Zkoumaný soubor tvořilo 1 092 soudních spisů. Pro sběr dat byla zvolena technika studia dokumentů – uzavřených soudních spisů k problematice opatrovnictví dospělých osob. K vyhodnocení dat byly použity metody deskriptivní statistiky. Druhá etapa výzkumu se uskutečnila na třinácti úřadech v jedenácti obcích. Výběrový soubor tvořilo 36 pracovníků, z toho 25 veřejných opatrovníků bylo pověřeno výkonem opatrovnické funkce a 11 pracovníků bylo pověřeno pouze řízením výkonu opatrovnické funkce. Pro sběr dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. K analýze dat byla použita metoda obsahové analýzy.

Výsledky smíšeného výzkumu prokázaly, že veřejní opatrovníci ve vybraných krajích České republiky nemají vytvořené náležité podmínky pro kvalitní výkon své funkce. V rámci zajištění kvality zdravotní i sociální péče o opatrované osoby bude potřebné: a) na úrovni státu zabezpečit adekvátní legislativní úpravu systému opatrovnictví dospělých osob; b) na úrovni krajů zabezpečit metodicky a institucionálně výkon funkce veřejného opatrovnictví; c) na úrovni obcí k výkonu funkce veřejného opatrovníka přispět zejména systematickým vzděláváním veřejných opatrovníků a na všech třech uvedených úrovních dbát o rozšíření znalostí laické i odborné veřejnosti o institutu opatrovnictví dospělých osob. Na základě smíšeného výzkumu je možno identifikovat další vzdělávací potřeby lékařů.

Klíčová slova: Osoby zbavené (omezené) způsobilosti k právním úkonům. Opatrované osoby. Veřejní opatrovníci. Pracovníci ve zdravotnictví. Lékaři. Opatrovnictví dospělých osob. Týmová spolupráce. Výkon funkce veřejného opatrovníka. Systém opatrovnictví dospělých osob. Problémy v systému opatrovnictví.

ABSTRACT

In the Czech Republic, there is an increasing number of adult persons who were deprived of or restricted in capacity to legal acts by court decisions and were appointed a guardian (incompetent persons). Provision of health care requires physicians' communication with not only incompetent persons but also their guardians. The dissertation aimed at improving the quality of both health and social care provided to incompetent persons. The main objective was to produce basic data for the analysis of the system of guardianship in the Czech Republic and its prognosis. The partial goals were as follows: (1) to determine selected data on the main actors entering the guardianship system, i.e. proposers, incompetent persons and guardians; (2) to determine selected data on public guardians; (3) to analyze the activities of public guardians; (4) to assess cooperation between public guardians and health professionals; and (5) to propose recommendations for practice based on the acquired information. The dissertation was designed as a mixed survey combining quantitative and qualitative approaches. The survey, carried out in the Olomouc Region and Moravian-Silesian Region in 2009 – 2011, comprised two phases. The first phase was carried out in 11 district courts. The purposively selected sample comprised 1,092 court records. The data selection method was study of documents (court records). The data were processed using descriptive statistics methods. The second phase of the survey was carried out in 13 local authorities in 11 municipalities. The sample comprised 36 local authority workers of which 25 were appointed as public guardians and 11 were in charge of supervising guardianship. The sample was purposively selected. The data collection technique was a semi-structured interview. The data were processed using content analysis. The results of the mixed survey showed that public guardians in selected regions of the Czech Republic do not have adequate conditions for performing their activities. To ensure a high quality of health and social care provided to incompetent persons, the following measures are necessary: (a) at the state level, adequate changes to legislation concerning the adult guardianship system; (b) at the regional level, methodological and institutional support of public guardianship; and (c) at the municipal level, systematic training provided to public guardians. At all the above levels, the awareness of both professionals and the general public of adult guardianship should be raised. Based on the mixed survey, further educational needs of physicians could be identified.

Keywords: Persons deprived of capacity to legal acts. Incompetent persons. Public guardians. Health professionals. Physicians. Adult guardianship. Team cooperation. Public guardian activity. Adult guardianship system. Guardianship system problems.

PŘEDMLUVA

V září 2008 byl Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty Univerzity Palackého (dále LF UP) v Olomouci osloven odborníky Institutu für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (Německo), aby se zúčastnil za Českou republiku mezinárodního projektu *Advocacies for frail and incompetent elderly in Europe*. Na projektu jsem spolupracovala jako členka výzkumného týmu. Cílem výzkumu v rámci projektu bylo zjistit podrobné údaje o dospělých osobách zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům a o jejich opatrovnících v České republice. Zjistila jsem, že počet dospělých osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům se zvyšuje a přitom neexistuje podrobná statistika o těchto osobách, ani o jejich opatrovnících. Vybrala jsem si jako téma disertační práce opatrovnictví dospělých osob. Téma se mi jevilo jako velmi nosné, zajímavé a ve zdravotnictví neřešené. V rámci oboru Sociální lékařství by měly být vyučovány dovednosti pro budoucí praxi. Lékaři v praxi by měli porozumět sociálním institucím, aby byli schopni pečovat o tuto specifickou skupinu obyvatelstva. Disertační práci jsem koncipovala jako smíšený výzkum.

Za poskytnutí pomoci při zpracování disertační práce děkuji: doc. PhDr. Kateřině Ivanové, Ph.D., za odborné vedení disertační práce; PhDr. ThLic. Ing. Jaroslavu Filkovi, odbornému asistentovi UP v Olomouci, za cenné rady při zpracování této práce; předsedům okresních soudů v Olomouckém kraji a v Moravskoslezském kraji za jejich pomoc při realizaci kvantitativního výzkumu; veřejným opatrovníkům i jejich vedoucím pracovníkům z vybraných obcí Olomouckého a Moravskoslezského kraje za jejich pomoc při realizaci kvalitativního výzkumu a všem mým spolupracovníkům i blízkým, kteří přispěli ke vzniku této práce.

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Olomouc 31. ledna 2012

.....

OBSAH

ÚVOD	13
1 OPATROVNICTVÍ: PŘÍSTUPY A SOUČASNÁ PRAXE	16
1.1 Historie vývoje institutu opatrovnictví	16
1.1.1 Formy přístupů k péči o osoby s duševní poruchou	16
1.1.2 Přehled vývoje právní úpravy institutu opatrovnictví	19
1.2 Teoretická východiska pro institucionalizaci opatrovnictví	22
1.2.1 Myšlenkové kořeny sociálního státu	22
1.2.2 Esping-Andersenova typologie sociálního státu	25
1.3 Současná podoba institucionalizace opatrovnictví v České republice	29
1.3.1 Východiska právní ochrany osob s duševní poruchou	30
1.3.2 Systém opatrovnictví v České republice	35
2 OPATROVNICTVÍ: MAKROSPOLEČENSKÝ RÁMEC	46
2.1 Demografická situace v České republice a její dopad na opatrovnictví	46
2.1.1 Proměny struktury obyvatelstva	47
2.1.2 Proměny rodinných struktur	50
2.2 Zdravotnicko-sociální kontext opatrovnictví osob s duševní poruchou	53
2.2.1 Klasifikace duševních poruch podle MKN-10	54
2.2.2 Ambulantní a lůžková péče o osoby s duševní poruchou	61
2.2.3 Dopad duševních poruch na způsobilost k právním úkonům	66
2.2.4 Multidisciplinární přístup k péči o osoby s duševní poruchou	69
2.2.5 Poskytování sociálních služeb osobám v nepříznivé sociální situaci	72
2.2.6 Příspěvek na péči osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby	75
3 OPATROVNICTVÍ: METODOLOGIE VÝZKUMU	78
3.1 Orientační výzkum opatrovnictví dospělých osob (2009)	78
3.2 Smíšený výzkum opatrovnictví dospělých osob (2009 – 2011)	83
3.2.1 Výzkumné otázky a design smíšeného výzkumu	83
3.2.2 Limity smíšeného výzkumu	89

4	OPATROVNICTVÍ: VÝSLEDKY Z VÝZKUMU	90
4.1	Údaje o navrhovatelích (výzkum 2009 – 2010)	90
4.1.1	Typy navrhovatelů	90
4.1.2	Počet navrhovatelů podle příbuzenské vazby k opatrovaným osobám	91
4.2	Údaje o opatrovaných osobách (výzkum 2009 – 2010)	91
4.2.1	Počet opatrovaných osob	92
4.2.2	Počet opatrovaných osob podle pohlaví	94
4.2.3	Počet opatrovaných osob podle věku	95
4.2.4	Počet opatrovaných osob podle psychiatrických diagnóz	99
4.2.5	Rozhodnutí soudů v řízeních o zbavení způsobilosti k právním úkonům	105
4.3	Údaje o opatrovnících (výzkum 2009 – 2010 a výzkum 2011)	110
4.3.1	Typy opatrovníků	110
4.3.2	Počet soukromých opatrovníků podle pohlaví	111
4.3.3	Počet soukromých opatrovníků podle věku	112
4.3.4	Počet soukromých opatrovníků podle příbuzenské vazby k opatrovaným osobám ..	114
4.3.5	Pracovníci obcí pověřeni výkonem funkce veřejného opatrovníka	114
4.3.6	Dospělé osoby opatrované veřejnými opatrovníky	116
4.3.7	Běžné činnosti při výkonu funkce veřejného opatrovníka	120
4.3.8	Problémy při výkonu funkce veřejného opatrovníka	126
4.3.9	Hodnocení spolupráce s pracovníky ve zdravotnictví.....	129
4.3.10	Doporučení pro zkvalitnění výkonu funkce veřejného opatrovníka	134
4.4	Shrnutí výsledků z výzkumu	138
	DISKUSE	140
	ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI	150
	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	153
	ROZŠÍŘUJÍCÍ BIBLIOGRAFIE	166
	SEZNAM PŘÍLOH	167
	PŘÍLOHY	168

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 – Schéma systému opatrovnictví v ČR	36
Obr. 2 – Schéma řízení o zbavení způsobilosti a řízení opatrovnické	38
Obr. 3 – Počet osob v ČR ve věku nad 65 let	48
Obr. 4 – Index stáří v ČR podle pohlaví a celkem	49
Obr. 5 – Přírůstek střední délky života v ČR ve věku 65 let	50
Obr. 6 – Hospitalizovaní v nemocnicích ČR z důvodu duševních poruch	64
Obr. 7 – Počet osob zbavených/omezených způsobilosti v ČR	67
Obr. 8 – Počet rozhodnutí o vrácení způsobilosti v ČR	68
Obr. 9 – Počet rozhodnutí o změně způsobilosti v ČR	68
Obr. 10 – Počet rozhodnutí o ustanovení opatrovníka v ČR	69
Obr. 11 – Schéma týmové spolupráce lékařů a veřejných opatrovníků	71
Obr. 12 – Schéma první a druhé etapy smíšeného výzkumu	84
Obr. 13 – Typy navrhovatelů v obou krajích	90
Obr. 14 – Počet opatrovaných osob v obou krajích	92
Obr. 15 – Incidence počtu opatrovaných osob na 100 tisíc obyvatel	93
Obr. 16 – Počet opatrovaných osob v obou krajích podle pohlaví	94
Obr. 17 – Počet opatrovaných osob v Moravskoslezském kraji podle pohlaví	94
Obr. 18 – Počet opatrovaných osob v Olomouckém kraji podle pohlaví	95
Obr. 19 – Mediány věku opatrovaných osob v obou krajích	97
Obr. 20 – Rozdělení opatrovaných osob podle věkových skupin	97
Obr. 21 – Psychiatrické diagnózy vedoucí ke zbavení/omezení způsobilosti	101
Obr. 22 – Soudní rozhodnutí v obou krajích	105
Obr. 23 – Typy opatrovníků jako právnických osob v obou krajích	111
Obr. 24 – Počet veřejných opatrovníků z výběrového souboru	115
Obr. 25 – Pohlaví dospělých osob opatrovaných veřejnými opatrovníky	116
Obr. 26 – Osoby opatrované veřejnými opatrovníky podle věkových skupin	117
Obr. 27 – Osoby opatrované veřejnými opatrovníky podle typu ubytování	117
Obr. 28 – Počet opatrovaných osob ve Statutárním městě Frýdek-Místek	119
Obr. 29 – Počet opatrovaných osob v městském obvodu Ostrava-Poruba	119
Obr. 30 – Počet opatrovaných osob ve městě Nový Jičín	120

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 – Formy přístupů k péči o osoby s duševní poruchou	18
Tab. 2 – Přehled vybraných dokumentů o právní ochraně osob s duševní poruchou	30
Tab. 3 – Cenzové domácnosti a prognóza do roku 2030	52
Tab. 4 – Počet léčených onemocnění v ambulantní péči	62
Tab. 5 – Hospitalizovaní v psychiatrických léčebnách podle pohlaví	64
Tab. 6 – Zařízení sociálních služeb v ČR	74
Tab. 7 – Navrhovatelé podle příbuzenské vazby k opatrovaným osobám	91
Tab. 8 – Incidence počtu opatrovaných osob v Moravskoslezském kraji	92
Tab. 9 – Incidence počtu opatrovaných osob v Olomouckém kraji	93
Tab. 10 – Průměrný věk opatrovaných osob v Moravskoslezském kraji	95
Tab. 11 – Průměrný věk opatrovaných osob v Olomouckém kraji	96
Tab. 12 – Opatrované osoby podle věkových skupin	98
Tab. 13 – Opatrované osoby podle věkových skupin a pohlaví	98
Tab. 14 – Počet opatrovaných osob podle vybraných skupin diagnóz	99
Tab. 15 – Opatrované osoby podle psychiatrických diagnóz	100
Tab. 16 – Opatrované osoby podle psychiatrických diagnóz a podle pohlaví	102
Tab. 17 – Opatrované osoby podle psychiatrických diagnóz a věkových skupin	103
Tab. 18 – Počet osob úplně zbavených podle věkových skupin	106
Tab. 19 – Počet osob úplně a částečně zbavených podle psychiatrických diagnóz	107
Tab. 20 – Počet mužů úplně a částečně zbavených podle psychiatrických diagnóz	108
Tab. 21 – Počet žen úplně a částečně zbavených podle psychiatrických diagnóz	109
Tab. 22 – Typy opatrovníků v obou krajích	110
Tab. 23 – Počet soukromých opatrovníků v obou krajích v roce 2006 podle pohlaví	111
Tab. 24 – Počet soukromých opatrovníků v obou krajích v roce 2007 podle pohlaví	112
Tab. 25 – Počet soukromých opatrovníků v obou krajích v roce 2008 podle pohlaví	112
Tab. 26 – Počet soukromých opatrovníků v obou krajích v roce 2006 podle věkových skupin ...	113
Tab. 27 – Počet soukromých opatrovníků v obou krajích v roce 2007 podle věkových skupin ...	113
Tab. 28 – Počet soukromých opatrovníků v obou krajích v roce 2008 podle věkových skupin ...	113
Tab. 29 – Příbuzenská vazba soukromých opatrovníků k opatrovaným osobám	114
Tab. 30 – Hodnocení spolupráce s pracovníky ve zdravotnictví	133

SEZNAM ZKRATEK

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch [Obecný zákoník občanský pro dědičné německé země spojené v rakouské monarchii]
ADEL	Advocacies for frail and incompetent elderly in Europe [Ochrana křehkých a nekompetentních seniorů v Evropě]
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
LÉF	Lékařská fakulta
MDAC	Mental Disability Advocacy Center [Centrum advokacie duševně postižených]
MKN-10	Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (desátá revize)
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MS	Moravskoslezský kraj
OL	Olomoucký kraj
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
UP	Univerzita Palackého
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	World Health Organization [Světová zdravotnická organizace]

SLOVNÍK TERMÍNŮ

Za účelem lepší orientace v textu je nutné vymežit tyto termíny:¹

- **Duševní poruchou** se rozumí „mimo [lékařsky diagnostikované] duševní poruchy vyplývající z duševní nemoci i hluboká porucha vědomí, mentální retardace, těžká asociální porucha osobnosti nebo jiná těžká duševní nebo sexuální odchylka.“²
- **Dospělá osoba** je osoba ve věku nad 18 let.³
- **Právní úkon** je „projev vůle směřující zejména ke vzniku, změně nebo zániku těch práv nebo povinností, které právní předpisy s takovým projevem spojují.“⁴
- **Způsobilost k právním úkonům** je způsobilost dospělé osoby „vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti.“⁵
- **Omezení způsobilosti k právním úkonům** je formou opatrovnictví a ustanovuje se, když je dospělá osoba považována za částečně způsobilou, tj. dospělá osoba je jen do určité míry způsobilá činit rozhodnutí a úkony svým jménem (o tom, co dospělá osoba smí či nesmí sama dělat, když má omezenou způsobilost k právním úkonům, rozhodují soudy).⁶
- **Zbavení způsobilosti k právním úkonům** je „nejúplnější formou opatrovnictví a ustanovuje se, když je dospělá osoba považována za zcela nezpůsobilou nebo ne dostatečně způsobilou k tomu, aby jakkoliv jednala svým jménem.“⁷

¹ Upozorňujeme, že v některých zemích Evropské unie (např. v Německu, Rakousku, Španělsku a v Dánsku) se používá jiná terminologie v oblasti opatrovnictví, viz KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL: Glossary*, s. 17.

² Zákon č. 40/1964 Sb., § 123. „Porucha (impairment) je ztráta nebo abnormalita tělesné struktury nebo fyziologické funkce (včetně funkcí mentálních). Abnormalita je zde striktně chápána jako signifikantní odchylka od statisticky stanovených norem (tj. jako odchylka od střední hodnoty statisticky stanovených norem dané populace) a může být používána jen v tomto smyslu.“ WHO, *Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví: MKF*, s. 221.

³ Zákon č. 40/1964 Sb., § 8, odst. 1 a odst. 2.

⁴ Zákon č. 40/1964 Sb., § 34.

⁵ Zákon č. 40/1964 Sb., § 8.

⁶ MDAC, *Opatrovnictví a lidská práva v České republice*, s. 74-75.

⁷ MDAC, *Opatrovnictví a lidská práva v České republice*, s. 75.

- **Opatrovaná osoba** je dospělá osoba, kterou okresní soud zbavil způsobilosti k právním úkonům nebo omezil ve způsobilosti k právním úkonům a následně jí pravomocně ustanovil opatrovníka.
- **Veřejný opatrovník** je pracovník obce, který na základě pověření primátora nebo starosty obce, soudně ustanovené opatrovníkem, vykonává opatrovnickou funkci, tj. je oprávněn jednat jménem dospělé osoby, která byla rozhodnutím soudu zbavena způsobilosti k právním úkonům nebo jejíž způsobilost k právním úkonům byla rozhodnutím soudu omezena. Obec ustanovuje do funkce opatrovníka soud tehdy, když nemůže být opatrovníkem ustanoven rodinný příslušník dospělé osoby ani jiná osoba, která splňuje podmínky pro ustanovení opatrovníka.⁸
- **Soukromý opatrovník** je fyzická osoba, tj. rodinný příslušník nebo jakákoli jiná osoba (tzv. osoba blízká), která byla soudem ustanovena do funkce opatrovníka, aby jednala jménem dospělé osoby, která byla rozhodnutím soudu zbavena způsobilosti k právním úkonům nebo jejíž způsobilost k právním úkonům byla rozhodnutím soudu omezena.⁹
- **Navrhovatel** je fyzická nebo právnická osoba, která podala návrh na zahájení řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům příslušnému okresnímu soudu.
- **Opatrovnictví** je „právní vztah vzniklý na základě soudního nebo správního řízení mezi osobou, která je považována za právně nezpůsobilou (buď částečně, nebo úplně) činit osobní rozhodnutí, a osobou ustanovenou, aby rozhodovala jejím jménem.“¹⁰

⁸ Zákon č. 40/1964 Sb., § 27, odst. 2 a odst. 3.

⁹ Zákon č. 40/1964 Sb., § 27, odst. 2.

¹⁰ MDAC, *Opatrovnictví a lidská práva v České republice*, s. 10.

ÚVOD

V České republice vzrůstá počet dospělých osob, které jsou rozhodnutím soudu zbaveny způsobilosti k právním úkonům nebo omezeny ve způsobilosti k právním úkonům a je jim pravomocně ustanoven opatrovník (dále opatrované osoby). Ze soudní statistiky Ministerstva spravedlnosti České republiky vyplývá, že v České republice (dále ČR) bylo od roku 2000 do roku 2010 zbaveno způsobilosti k právním úkonům a omezeno ve způsobilosti k právním úkonům celkem 22 055 dospělých osob.¹¹ Pro opatrované osoby je typické, že často využívají služeb zdravotnických zařízení.¹² Pracovníci ve zdravotnictví, především lékaři, poskytují zdravotnickou péči i dospělým osobám zbaveným způsobilosti nebo omezeným ve způsobilosti k právním úkonům. Při poskytování zdravotnické péče je nutná komunikace lékařů nejen s opatrovanými osobami, ale i s jejich opatrovníky, neboť opatrovníci jako zákonní zástupci těchto osob se také starají o jejich zdraví. **Záměrem disertační práce** je na základě zjištěných údajů přispět ke zlepšení kvality zdravotní i sociální péče o opatrované osoby. **Hlavním cílem disertační práce** je vytvořit podklady pro analýzu systému opatrovnictví v ČR a jeho prognózu. **Dílčí cíle disertační práce** jsou:

1. Zjistit vybrané údaje o **stěžejních aktérech vstupujících do systému opatrovnictví** v Olomouckém kraji a v Moravskoslezském kraji, a to o:
 - a) **navrhovatelích** (osobách, které podaly návrh na zahájení řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům),
 - b) **opatrovaných osobách** (dospělých osobách, které okresní soudy zbavily způsobilosti nebo omezily ve způsobilosti k právním úkonům),
 - c) **opatrovnících** (osobách, které okresní soudy pravomocně ustanovily opatrovníky dospělým osobám zbavených způsobilosti k právním úkonům nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům).
- Dále v Olomouckém a v Moravskoslezském kraji:
2. Zjistit vybrané údaje o **veřejných opatrovnících**.
 3. Analyzovat **výkon funkce veřejného opatrovníka**.
 4. Vyhodnotit **spolupráci veřejných opatrovníků s pracovníky ve zdravotnictví**.
 5. Na základě zjištěných informací navrhnout **doporučení pro praxi**.

¹¹ MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR, <http://portal.justice.cz/Justice2/MS/ms.aspx?j=33&o=23&k=399>.

¹² IVANOVÁ, K., aj., *ADEL*, s. 6; BUŽGOVÁ, R., IVANOVÁ, K., Violation of ethical principles in institutional care for older people, *Nursing Ethics*, 2011, roč. 18, č. 1, s. 73-74.

V ČR zatím není podrobná statistika o navrhovatelích, opatrovaných osobách a jejich opatrovnících, proto byl v letech 2009 – 2011 realizovaný výzkum. Na nedostatek údajů v oblasti opatrovnictví dospělých osob upozorňují také odborníci ze zahraničí.¹³ Disertační práce je koncipována jako smíšený výzkum, kombinující kvantitativní a kvalitativní přístupy. Smíšený výzkum navazuje na orientační výzkum realizovaný v rámci mezinárodního projektu *Advocacies for frail and incompetent elderly in Europe* (dále ADEL). Smíšený výzkum byl realizován v letech 2009 – 2011 ve dvou etapách. První etapa se uskutečnila v srpnu 2009, v prosinci 2009 a v únoru až v březnu 2010. Při koncepci první etapy se vycházelo z osvědčené metodologie aplikované v projektu ADEL. Byl zvolený kvantitativní přístup – kvantitativní výzkum. Zkoumaný soubor tvořilo 1 092 uzavřených soudních spisů¹⁴. Zkoumaný soubor byl vybrán metodou záměrného výběru. Pro sběr dat byla zvolena technika studia dokumentů – uzavřených soudních spisů k problematice opatrovnictví dospělých osob. K vyhodnocení dat byly použity základní metody deskriptivní statistiky. Soudní spisy byly studovány na jedenácti okresních soudech, z toho na pěti v Olomouckém kraji (Olomouc, Přerov, Prostějov, Šumperk, Jeseník) a na šesti v Moravskoslezském kraji (Frýdek-Místek, Nový Jičín, Karviná, Ostrava, Opava a Bruntál) v letech 2009 – 2010. Výsledky z první etapy výzkumu jsou popsány v podkap. 4.1, v podkap. 4.2 a v oddílech 4.3.1 až 4.3.4.

Druhá etapa smíšeného výzkumu se uskutečnila v únoru až dubnu 2011 a byla koncipována jako kvalitativní výzkum. Výběrový soubor tvořilo 36 pracovníků zaměstnaných na magistrátech či městských úřadech Olomouckého a Moravskoslezského kraje, z toho 25 veřejných opatrovníků bylo pověřeno výkonem opatrovnické funkce a 11 pracovníků bylo pověřeno pouze řízením výkonu opatrovnické funkce. Výběrový soubor byl vybrán metodou záměrného výběru. Získávání kvalitativních dat proběhlo na třinácti úřadech v jedenácti obcích Olomouckého kraje a Moravskoslezského kraje. Druhá etapa výzkumu byla realizována ve stejných krajích a týchž obcích jako v první etapě výzkumu. Pro získávání kvalitativních dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. K analýze dat byla použita metoda obsahové analýzy. Výsledky ze druhé etapy výzkumu jsou popsány v oddílech 4.3.5 až 4.3.10.

¹³ Viz např. UEKERT, B. K., SCHAUFFLER, R., The need for improved adult guardianship data, *Judicature*, 2010, roč. 93, č. 5, s. 201-205; KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, s. 13.

¹⁴ Uzavřeným spisem je spis týkající se žijící dospělé osoby, ať už na straně opatrované osoby či na straně opatrovníka, kdy nejpozději v roce 2006, v roce 2007 a v roce 2008 byl vynesena rozsudek o zbavení způsobilosti k právním úkonům nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům a současně byl této dospělé osobě v roce 2006, v roce 2007 a v roce 2008 pravomocně ustanoven opatrovník, blíže oddíl 3.2.1.

Disertační práce je členěna do čtyř kapitol. V kapitole 1 je popsána historie vývoje institutu opatrovnictví, jsou uvedena teoretická východiska pro institucionalizaci opatrovnictví a je přiblížena současná podoba institucionalizace opatrovnictví v ČR. V kapitole 2 je popsán makrosociální rámec problematiky opatrovnictví – demografická situace v ČR i její dopad na opatrovnictví a zdravotnicko-sociální kontext opatrovnictví dospělých osob s duševní poruchou. V kapitole 3 je uvedena metodologie prvního, orientačního výzkumu, včetně přehledu dosavadních poznatků o řešené problematice, a druhého, smíšeného výzkumu opatrovnictví dospělých osob. Smíšený výzkum tvoří jádro disertační práce. V kapitole 3 jsou rovněž formulovány výzkumné otázky a design smíšeného výzkumu a jsou uvedeny limity výzkumu. Kapitola 4 začíná empirická část. V kapitole 4 jsou prezentovány výsledky první a druhé etapy výzkumu opatrovnictví dospělých osob v Olomouckém a v Moravskoslezském kraji. Výsledky z výzkumu jsou shrnuty v podkap. 4.4. V diskusi jsou analyzovány a hodnoceny výsledky výzkumu s výsledky jiných autorů a vyslovena konkluze. Prezentovaný výzkum je první výzkum v Olomouckém a v Moravskoslezském kraji, který shromažďuje údaje o navrhovatelích, opatrovaných osobách a jejich opatrovnících potřebných pro analýzu systému opatrovnictví v ČR a jeho prognózu, v němž se profiluje rovněž spolupráce s lékaři i jinými pracovníky ve zdravotnictví při péči o zdraví dospělých osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům.

1 OPATROVNICTVÍ: PŘÍSTUPY A SOUČASNÁ PRAXE

Obečně je možné fenoménu opatrovnictví rozumět jako jednání za druhého se souhlasem společnosti. Jedná se o společenskou instituci, která se zabývá ochranou osob, které byly společností uznány nezpůsobilými rozhodovat o svých záležitostech. Vychází z premisy, že dospělé osoby nezpůsobilé k právním úkonům potřebují při jednání a rozhodování pomoc od fyzických osob či právnických osob, které jsou podle společenského (nejčastěji právního) rozhodnutí k ochraně vhodnými. Výchozí podoba této instituce je dána přístupem k péči o osoby s duševní poruchou, který se v průběhu minulého století mění; přechází od paternalistického přístupu k přístupu zdůrazňujícímu autonomii a podporu těchto osob.¹⁵ Na rozdíly v institucích opatrovnictví jednotlivých států má zásadní vliv konkrétní podoba sociálního státu (welfare state) a platná legislativa opatrovnictví v jednotlivých státech.¹⁶

1.1 Historie vývoje institutu opatrovnictví

Opatrovnictví je „stará“, dlouhou dobu známá instituce. Byla zřízena pro osoby, které z nějakého důvodu potřebují pomoc (jsou hluší, slepí, němí, anebo trpí duševní poruchou apod.), aby byly schopny řádně spravovat své záležitosti.¹⁷ Pro pochopení vzniku vývoje institutu opatrovnictví je užitečné nejprve nahlédnout, jak se v dějinách měnily přístupy k osobám s duševní poruchou.

1.1.1 Formy přístupů k péči o osoby s duševní poruchou

Přístupy k péči o duševně choré je třeba hodnotit v kontextu vývoje lékařské vědy. První zmínky o duševních poruchách a jejich léčení se nachází již v nejstarších písemných památkách starověku, např. ve staroegyptských papyrech¹⁸, na starobabylónských klínopisných

¹⁵ JURÍČKOVÁ, L., IVANOVÁ, K., KLIMENT, P., Adult Guardianship System in the Czech Republic in Comparison with Selected European Union Countries, *Sociológia – Slovak Sociological Review*, s. 267.

¹⁶ KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, s. 5.

¹⁷ KINCL, J., URFUS, V., SKŘEJPEK, M., *Římské právo*, s. 149.

¹⁸ Nejdůležitějšími prameny jsou Ebersův a Smithův papyrus. Ebersův papyrus je považován za kompendium vědomostí z různých oborů lidské činnosti. Smithův papyrus zase popisuje empirické znalosti chirurgů při rozpoznávání a léčbě poranění. SCHOTT, H., *Kronika medicíny*, s. 17; ŘÍHOVÁ, M., aj., *Kapitoly z dějin lékařství*, s. 16-17.

tabulkách, v řecké mytologii, ve Starém zákoně aj. Duševní choroby byly ve starověku vysvětlovány nadpřirozenými příčinami, božím trestem nebo napadením zlými duchy a démony. Péče o duševně choré ve starověku spočívala především v nošení talismanů, amuletů a v rituálním zařikávání, a tím vyhánění zlých démonů z těla nemocného.¹⁹ Ranný a střední starověk je spojen s obdobím, kdy existence člověka byla vázána na zdatnost, sílu a obratnost člověka. Osoby s postižením (duševním či tělesným) byly přítěží rodiny, která takovou osobu ponechala na pospas svému osudu, nebo se jí legitimně zbavovala.²⁰ Ve staroegyptském písemnictví se také připomíná nejstarší popis stařecké demence.²¹ Popisy duševních chorob lze najít i ve Starém zákoně, v němž jsou duševní choroby považovány, podobně jako v řecké mytologii, za boží trest.²² Humanitní přístup k duševně chorým jako první zdůraznili staroindičtí lékaři. Počínaje Hippokratem (kolem roku 460 př. Kr.) je možné již soustavněji sledovat vývoj medicínského nazírání na duševní choroby a vývoj zdravotnické péče o duševně choré.²³ Přístup k péči o osoby s duševní chorobou ve starověku lze též charakterizovat jednak jako represivně lhostejný, jednak výběrově utilizační.²⁴

Středověké lékařství bylo pokračováním starověké hippokratovské medicíny. Středověcí lékaři popisovali duševní choroby jako přirozené nemoci mozku, vysvětlovaly je poruchou tělesných šťáv a v souladu s tím doporučovali somatickou léčbu (pročišťování, projímadla, zvracívé prostředky apod.).²⁵ 15. století se vyznačovalo kritickými projevy odporu proti církevní hierarchii v medicíně, které se odrazily i v poskytování péče duševně chorým. V této době vznikly první neklášterní azyly a nemocnice pro duševně choré, budované většinou městy. V 15. století vznikla určitá pravidla a předpisy pro zacházení s duševně chorými. Duševně choří tak nabývali již jakési sociálně právní ochrany, která však nebyla motivována zájmem o jejich zdravotní stav, ale tím, aby nebyli společností na obtíž.²⁶ Jesenský označuje přístup k péči o osoby s duševní poruchou v 15. až 16. století za humánně filantropický.²⁷

Nové myšlenkové proudy v lékařství v 17. a 18. století byly spjaty s počátky rozvoje přírodních věd. Lékaři vysvětlovali děje v lidském těle ve zdraví a nemoci fyzikálními

¹⁹ ŠEDIVEC, V., *Přehled dějin psychiatrie*, s. 9; *Isidor ze Sevilly: Etymologie IV*, s. 19.

²⁰ JESENSKÝ, J., *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*, s. 34.

²¹ Historii vzniku demence, zejména u Alzheimerovy nemoci, výstižně popisuje např. Bayer a Reban v publikaci *Alzheimer's disease and related conditions* na s. 3 až 10.

²² ŠEDIVEC, V., *Přehled dějin psychiatrie*, s. 10-11.

²³ VENCOVSKÝ, E., „Čtení“ o psychiatrii, s. 22, 25, 28-29, 31-32. Bliže viz též ŘÍHOVÁ, M., aj., *Kapitoly z dějin lékařství*, s. 35-39; SCHOTT, H., *Kronika medicíny*, s. 36-37; *Isidor ze Sevilly: Etymologie IV*, s. 9-13.

²⁴ JESENSKÝ, J., *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*, s. 34; WEISS, G., LONNQUIST, L. E., *The sociology of health, healing, and illness*, s. 16-18.

²⁵ ŠEDIVEC, V., *Přehled dějin psychiatrie*, s. 21.

²⁶ VENCOVSKÝ, E., „Čtení“ o psychiatrii, s. 64-65; 72-73, 77.

²⁷ JESENSKÝ, J., *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*, s. 35.

a chemickými procesy. Duševní poruchy byly považovány za choroby mozku.²⁸ Postupně vznikala zařízení, která sloužila systematické péči o duševně choré, i když často společně s tuláky a kriminálníky. Ve větších městech byly budovány samostatné budovy pro duševně choré, odděleně od nemocnic. Zdravotnická péče o duševně nemocné byla na nízké úrovni, svou úlohu sehrávali i dobové předsudky o nevyhléditelnosti duševně chorých, na které se pohlíželo jako na obtížné a zbytečné lidi.²⁹ Radikální změna v nazírání na péči o duševně choré je spjata se jménem francouzského lékaře Pinela, který prokázal, že duševní choroby jsou léčitelné a nejlepší léčebné prostředí představuje psychiatrická nemocnice, přičemž reforma péče o duševně choré musí být záležitostí státní zdravotní správy, nikoli záležitostí charitativní.³⁰ Podle Jesenského přístup k péči o osoby s duševní poruchou a tělesným postižením v 17. až 18. století lze charakterizovat jako altruisticko-segregační.³¹

V 19. a 20. století koncepce duševních nemocí jednotlivých autorů (J. Ch. Reil, W. Griesinger, A. Alzheimer, E. Kraepelin, E. Bleuler, K. Kuffner, E. Kretschmer, K. Conrad, aj.) byly značně rozdílné.³² Přístup k péči o osoby s duševní poruchou v 19. a 20. století lze charakterizovat jako rehabilitačně emancipační. V tomto období dochází k výraznému rozvoji sociální politiky a k právní ochraně práv osob s duševní poruchou. V současnosti se klade důraz na autonomii a důstojnost osob s duševní poruchou a na jejich integraci do společnosti.³³ Formy přístupů k péči o osoby s duševní poruchou zobrazuje tab. 1.³⁴

Tab. 1 – Formy přístupů k péči o osoby s duševní poruchou

Přístupy k péči o osoby s duševní poruchou	Období (orientačně)
Represivně lhostejný, výběrově utilizační	3000 př. Kr. – 500 př. Kr., 400 př. Kr. – 400 po Kr.
Charitativní	400 – 1450
Humánně filantropický	15. – 16. století
Altruisticko-segregační	17. – 18. století
Rehabilitačně emancipační	19. – 20. století
Preventivně integrační, koadaptace	21. století

Z uvedeného textu vyplývá, že formy přístupů k péči o osoby s duševní poruchou úzce souvisely zejména s filozoficko-náboženským pojetím, přírodovědeckými znalostmi a kulturní vyspělostí společnosti.

²⁸ VENCOVSKÝ, E., „Čtení“ o psychiatrii, s. 77, 83.

²⁹ ŠEDÍVEC, V., *Přehled dějin psychiatrie*, s. 26, 30-31.

³⁰ VENCOVSKÝ, E., „Čtení“ o psychiatrii, s. 99.

³¹ JESENSKÝ, J., *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*, s. 35.

³² ŠEDÍVEC, V., *Přehled dějin psychiatrie*, s. 36-45.

³³ JESENSKÝ, J., *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*, s. 36.

³⁴ Upraveno podle JESENSKÝ, J., *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*, s. 34.

1.1.2 Přehled vývoje právní úpravy institutu opatrovnictví

Současná právní úprava institutu opatrovnictví má kořeny v římském právu, proto se nejprve zaměříme na to, jak římská společnost poskytovala ochranu osobám s duševní poruchou. Římské právo už ve starověku poskytovalo osobám s duševní poruchou pomoc ve dvou formách, a to poručenství (tutela) a opatrovnictví (cura). Poručenství mívalo dvě podoby, a to poručenství nad nedospělci³⁵ (tutela impuberum) a poručenství nad ženským pohlavím³⁶ (tutela mulierum). Úkolem poručníka u nedospělého bylo starat se o osobu nedospělého, o jeho výchovu a vést správu poručencova jmění.³⁷ Ženy byly omezeny zcela v oblasti veřejných práv. Římská společnost byla založena na patriarchálním principu, hlavou rodiny byl otec a ten byl nositelem veškeré soukromoprávní odpovědnosti i práva disponovat s rodinným jměním. Ženy nesměly bez souhlasu svého poručníka podstupovat téměř žádná právní jednání.³⁸

Opatrovnictví v římské společnosti mívalo tyto formy: a) opatrovnictví nad šílcem (cura furiosi), b) opatrovnictví nad marnotratníkem (cura prodigi), c) opatrovnictví nad ochromenými (cura debilium) a d) opatrovnictví pro jedno jediné právní jednání (cura ad actum). Obecně platilo, že osoby hluché, slepé či němé si mohly v nesnázích vyžádat ustanovení zvláštního opatrovníka. Zásadní význam měly duševní choroby. Duševně choří, tj. šílení (furiosi) a blbci (dementes), byli právnicky naprosto nezpůsobilí k činům.³⁹ Již v Zákoně dvanácti desek⁴⁰ se vylučovala odpovědnost za jednání u osoby šílené a nařizovalo se ustanovení opatrovníka (curator furiosi), který bude za šílence jednat. Opatrovník pečoval nejen o majetek, ale měl na starosti také osobu šílence. Uzdravením chorého opatrovnictví skončilo. Měl-li šílený jenom „světlé okamžiky“, opatrovnictví trvalo. Za duševně chorého se považoval i marnotratník, tj. člověk, který rozhazoval po předcích zděděný majetek, později jakýkoli majetek, hrozila-li rodině bída. V zájmu osob blízkých byla marnotratníkovi

³⁵ „Do 25 let je dospělý člověk nezletilec, jeho nezkušenost a mládí jej často svede k jednáním, kterými si škodí, nejednou bývá mladý člověk podváděn či šizen,“ proto staví Plaetoriův zákon (konec 2. století př. n. l.) nezletilce pod zvláštní ochranu. KINCL, J., URFUS, V., SKŘEJPEK, M., *Římské právo*, s. 77, 149.

³⁶ Římské právo vycházelo z přesvědčení, že žena je člověk „lehkovážného ducha“ a tato lehkovážnost jí nedovoluje zařizovat vlastní záležitosti řádně a ke svému prospěchu. KINCL, J., URFUS, V., SKŘEJPEK, M., *Římské právo*, s. 75.

³⁷ KINCL, J., URFUS, V., SKŘEJPEK, M., *Římské právo*, s. 149-150.

³⁸ KINCL, J., URFUS, V., SKŘEJPEK, M., *Římské právo*, s. 75, 77, 152; ŽIDLICKÁ, M., *Dějiny soukromého práva*, s. 22.

³⁹ KINCL, J., URFUS, V., SKŘEJPEK, M., *Římské právo*, s. 151-152; BALÍK, S., BALÍK S. ml., *Rukověť k dějinám římského práva a jeho institucí*, s. 99.

⁴⁰ Zákon dvanácti desek je nejstarší památka práva římské republiky (450 př. Kr.), zachovala se jen ve zlomcích a citátech. SOKOL, J., *Moc, peníze a právo*, s. 174.

odejímána správa majetku a odevzdávána opatrovníkovi (curator prodigi). Opatrovnictví trvalo tak dlouho, dokud se marnotratník nepolepšil. Opatrovnictví nad ochromenými se zřizovalo nad osobami, které byly postiženy tělesnou vadou, nebo trvalou nemocí. Okruh působnosti opatrovníka se určoval podle konkrétních okolností toho kterého případu. Cura ad actum byl zvláštní případ opatrovnictví pro jedno jediné právní jednání.⁴¹ Veřejnou korporací byl především římský stát, také města a venkovské obce. Soukromou korporací byly různé spolky, tzv. collegia.⁴²

K výraznému propracování právní ochrany osob s duševní poruchou došlo koncepcí opatrovnictví z období 1811 až 1950. Dne 1. června 1811 byl vydán s platností pro všechny země habsburské monarchie, s výjimkou Uher, císařský patent č. 946/1811 Sb. z. s., „Obecný zákoník občanský pro dědičné německé země spojené v rakouské monarchii“ (Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch, dále ABGB), který nabyl účinnosti od 1. ledna 1812. Rekodifikační práce byly zahájeny v roce 1920 a jejich cílem bylo navázat na tradice ABGB s respektem k vnitřní hodnotě rakouského zákoníku a jít cestou jeho mírné modernizace.⁴³ Podle ABGB bylo opatrovnictví zřizováno osobám, které postrádaly otcovské péče, nebo osobám, které byly nezpůsobilé pečovat o své záležitosti zejména z důvodu duševní poruchy, jednalo o osoby zuřivé, šílené, blbě a o marnotratníka.⁴⁴

Podmínky úplného a částečného zbavení svéprávnosti byly upraveny císařským nařízením ze dne 28. června 1916, č. 207 ř. z., o zbavení svéprávnosti (řád o zbavení svéprávnosti). Úplně zbavena svéprávnosti mohla být osoba choromyslná nebo slabomyslná, která nebyla způsobilá samostatně spravovat své záležitosti. Soud potom této osobě ustanovil opatrovníka, který byl povinný pečovat o jeho osobu a jeho jmění. Řád o zbavení svéprávnosti částečně zbavil osobu svéprávnosti z důvodu pro marnotratnictví a pro pijáctví.⁴⁵ V řádu se uvádí: „Pijáctví, a totéž platí i o navyklém zneužívání nervových jedů, [...], jest jedno z největších zel naší doby. Jest jednou z hlavních příčin, že přibývá duševních poruch, kriminality, majetkového úpadku, rušení míru v rodině a ve společnosti, politováníhodná hlavní příčina fyzické a psychické menší hodnoty potomstva a jeho mravní zpustlosti.“⁴⁶ „Jsou-li tu podmínky pro zbavení svéprávnosti pro pijáctví nebo pro zneužívání nervových jedů, ale je možno podle výsledků veškerého jednání očekávat, že se polepší osoba, která má býti zbavena, může soud odložit vydání konečného usnesení a určití zároveň přiměřenou lhůtu

⁴¹ KINCL, J., URFUS, V., SKŘEJPEK, M., *Římské právo*, s. 77, 78, 149, 151.

⁴² BALÍK, S., BALÍK S. ml., *Rukověť k dějinám římského práva a jeho institucí*, s. 99; KINCL, J., URFUS, V., SKŘEJPEK, M., *Římské právo*, s. 80-81.

⁴³ ELIÁŠ, K., ZUKLÍNOVÁ, M., *Návrh občanského zákoníku*, s. 1.

⁴⁴ MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M., *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*, s. 56-57.

⁴⁵ Císařské nařízení ze dne 28. června 1916, č. 207 ř. z., § 35, s. 581.

⁴⁶ Císařské nařízení ze dne 28. června 1916, č. 207 ř. z., s. 604.

k osvědčení se.⁴⁷ V případě, že bylo zahájeno řízení o svéprávnosti nebo osoba byla přijata do ústavu pro choromyslné a bylo to nutné k její ochraně, řád ustanovil této osobě tzv. zatímního podpůrce.⁴⁸ O soudním řízení při přijetí do uzavřených ústavů a zadržení v uzavřeném ústavu pojednávají § 16 až § 24. Řád také popisuje proces od zahájení řízení ke zbavení svéprávnosti až do zbavení svéprávnosti.⁴⁹ V souvislosti s problematikou opatrovnictví je důležité uvést též zákon z roku 1877, o úpravě poručenských a opatrovnických věcí (zákon č. 20/1877), v němž se ustanovuje: „Převzítí [...] opatrovnictví jest občanskou povinností, kterou nemůže nikdo odmítnouti kromě případů a důvodů stanovených v zákoně.“⁵⁰ „Kdo nepřijme [...] opatrovnictví bez zákonného důvodu, může býti odsouzen k peněžitě pokutě 400 Kč.“⁵¹ „Opatrovnictví pomíjí, když jsou skončena jednání svěřená opatrovníkovi, nebo když přestaly příčiny, pro které opatrovanec nemohl spravovati své věci. Zdali šílený nebo blbý opět nabyl rozumu nebo zdali marnotratník se opravdově a trvale polepšil, buď posouzeno z okolností důkladně vyšetřených, po dlouhé zkušenosti a v prvním případě kromě toho podle posudku soudních lékařů.“⁵²

K celkové revizi existující zákonné úpravy se přistoupilo až v letech 1949 – 1950, tj. pod ideologickým vlivem totalitní moci, která se rozhodla se přebudovat právní řád podle sovětského vzoru. Nejprve došlo k oddělení rodinného práva od obecného práva občanského zákonem č. 265/1949 Sb., poté k rekodifikaci zbývajících částí občanského práva zákonem č. 141/1950 Sb., občanský zákoník. Nejdůležitějšími institucemi občanského zákoníku z roku 1950 byly socialistické vlastnictví a hospodářský plán. Toto základní pojetí občanského práva je odlišné od evropské kontinentální konvence.⁵³ Přijetím zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, byl zrušen občanský zákoník z roku 1950, který platí až dodnes. Tento platný občanský zákoník nahradil pojem „svéprávnost“ pojmem „způsobilost k právním úkonům“ a nahradil také koncepci částečného nebo úplného zbavení svéprávnosti koncepcí omezení ve způsobilosti k právním úkonům nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům (§ 10). V platném občanském zákoníku se též uvádí, že pokud nejsou dospělé osoby k právním úkonům způsobilé, jednají za ně jejich zákonní zástupci, tj. opatrovníci (§ 26). V § 1

⁴⁷ Císařské nařízení ze dne 28. června 1916, č. 207 ř. z., § 36, s. 582.

⁴⁸ Císařské nařízení ze dne 28. června 1916, č. 207 ř. z., § 8 až § 11, s. 557.

⁴⁹ Císařské nařízení ze dne 28. června 1916, č. 207 ř. z., § 16 až § 24, s. 562 až 576; § 25, s. 577, § 28, s. 578.

⁵⁰ Zákon č. 20/1877, o úpravě poručenských a opatrovnických věcí, § 48, s. 1080. Opatrovnictví nemohli vykonávat osoby: a) nad 60 let; b) které vykonávají „již jedno obtížné nebo dvě menší poručenství nebo opatrovnictví“; c) které pečují o 5 dětí; d) které byly poručenským soudem zbaveny otcovské moci; e) „osoby, které vedou pohoršlivý život“ apod. Zák. čl. XX: 1877, § 43, s. 1078 a § 49, s. 1080.

⁵¹ Zákon č. 20/1877, o úpravě poručenských a opatrovnických věcí, § 53, s. 1081.

⁵² Císařské nařízení ze dne 28. června 1916, č. 207 ř. z., § 50, s. 588.

⁵³ ELIÁŠ, K., ZUKLÍNOVÁ, M., *Návrh občanského zákoníku*, s. 1, 3.

občanského zákoníku se uvádí, že úprava občanskoprávních vztahů přispívá k naplňování občanských práv a svobod, zejména ochrany osobnosti a nedotknutelnosti vlastnictví.⁵⁴ Po událostech z listopadu 1989 bylo vzhledem k změnám společenským, politickým a hospodářským podmínkám zřejmé, že platný občanský zákoník novým poměrům nemůže vyhovět. Od roku 1964 byl občanský zákoník novelizován 57krát.⁵⁵ V současné době se připravuje nový občanský zákoník. Řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům (§ 186 až § 191) a řízení opatrovnické (§ 192 a § 193) je upraveno zákonem č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů.

1.2 Teoretická východiska pro institucionalizaci opatrovnictví

Na rozdíly v institucích opatrovnictví jednotlivých států má zásadní vliv konkrétní podoba sociálního státu (welfare state) a platná legislativa opatrovnictví v jednotlivých státech.⁵⁶ V práci se vychází z Esping-Andersenovy typologie sociálního státu, neboť je považována v současné době za nejucelenější.⁵⁷

1.2.1 Myšlenkové kořeny sociálního státu

Pojem sociální stát (welfare state)⁵⁸ není v odborné literatuře jednoznačně definovaný. Krebs ho chápe jako „stát se silným veřejným sektorem a s výraznými intervencemi vlády do sociální oblasti.“⁵⁹ Tomeš říká: „Sociální stát je produkt historického vývoje veřejně organizované solidarity, která je odpovědí na mezinárodně uznané právo občanů na důstojné životní minimum.“⁶⁰ Podle Durdisové, a kolektivu autorů, sociální stát bývá nejčastěji charakterizován jako „stát, který se výrazně angažuje v řešení sociálních problémů svých občanů, má rozsáhlý systém sociálního zabezpečení, vyznačuje se vysokou mírou redistribuce,

⁵⁴ Zákon č. 40/1964 Sb., § 10, § 26. Zákonné zastoupení nezletilého dítěte upravuje zákon č. 94/1963 Sb., § 78 až § 84.

⁵⁵ Stav k 27. 3. 2011.

⁵⁶ KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, s. 3.

⁵⁷ KOLDINSKÁ, K., Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích, In *Sociální služby*, s. 53.

⁵⁸ V odborné literatuře se anglický výraz „welfare state“ překládá různě, nejčastěji jako sociální stát, nebo jako stát blahobytu, přičemž blahobytu se rozumí ve smyslu lidsky důstojných životních podmínek, nikoli ve smyslu nějaké nadspotřeby či luxusu, nebo jako stát veřejných sociálních služeb. DURDISOVÁ, J., aj., *Sociální politika*, s. 59. Pro účely této práce se používá pojem „sociální stát“.

⁵⁹ KREBS, V., aj., *Sociální politika*, s. 77.

⁶⁰ TOMEŠ, I., *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*, s. 120.

je náročný na ekonomické zdroje a vede k centralizaci, byrokratizaci a anonymitě.⁶¹ Potůček dodává: „Welfare state je založen na myšlence, že sociální podmínky jednotlivce nejsou jen záležitostí jeho a jeho rodiny, ale také záležitostí společnosti.“⁶²

Filozofické základy konceptu sociálního státu se připisují lordu Beveridgemu, který v roce 1942 vypracoval první komplexní systém sociálního zabezpečení a v něm použil tento termín.⁶³ Lord Beveridge navázal na práce ekonoma Keynesa a požadoval, aby celý systém byl hrazen přerozdělením daní, a tím vznikla ucelená teorie sociálního státu, resp. státu sociální péče (social welfare state). Myšlenka sociálního státu se zrodila již dříve, zpočátku jako produkt křesťanské dobročinnosti, později jako reakce na postupné transformační procesy, které začaly s rozvojem měst a tržní ekonomiky ve 12. až 16. století.⁶⁴ S rostoucím průmyslem se zvyšovalo sociální napětí, způsobené neudržitelnými pracovními podmínkami a sociálními poměry – na tuto situaci v období industrializace v 19. století reagovali liberálové a socialisté. Podle Tomeše myšlenka a koncepce sociálního státu není výsledkem socialismu, ale vychází především z křesťanské filantropie⁶⁵ a z osvícenského pojetí společenské smlouvy. Stát v obavách před rostoucím sociálním napětím uznal jako svou povinnost pečovat o chudé, práce neschopné občany už v 17. století.⁶⁶ Lze shrnout, že představy blízké konceptu sociálního státu se objevují již v dávné minulosti, lze je nalézt i v myšlenkách Velké francouzské revoluce, kdy diskuse o chudinské péči přerostla v diskusi o solidaritě⁶⁷ mezi občany. Nosnou myšlenkou konceptu sociálního státu je přerozdělování, tj. „cestou veřejné politiky znovu rozdělit to, co již bylo prvotně rozděleno trhem, a to s cílem zabezpečovat podmínky a předpoklady pro dlouhodobou stabilitu a prosperitu společnosti jako celku.“⁶⁸

Myšlenky o sociálně spravedlivější společnosti založené na veřejně organizované solidaritě se objevily v sociálních hnutích v 19. století. Demokraticky smýšlející socialisté a sociální demokraté (Tuzar, Winter) požadovali aktivní sociální politiku státu a jeho sociální odpovědnost za občany. Po celé Evropě začaly vznikat systémy sociálního pojištění,

⁶¹ DURDISOVÁ, J., aj., *Sociální politika*, s. 60-62; KREBS, V., aj., *Sociální politika*, s. 77-78.

⁶² POTŮČEK, M., aj., *Veřejná politika*, s. 252.

⁶³ DURDISOVÁ, J., aj., *Sociální politika*, s. 60.

⁶⁴ TOMEŠ, I., *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*, s. 120, 123.

⁶⁵ Filantropie má mnoho podob, počínaje prokázáním milosti, přes dobrovolnou pomoc chudým jako projev křesťanské lásky k bližnímu, až po různé moderní formy jako sponzorování či poskytování sociální péče. TOMEŠ, I., *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*, s. 60.

⁶⁶ TOMEŠ, I., *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*, s. 120-121.

⁶⁷ Princip sociální solidarity je jedním z nedůležitějších principů prosazovaný sociální politikou. Mezi další principy se řadí princip sociální spravedlnosti, princip subsidiarity a princip participace. POTŮČEK, M., aj., *Veřejná politika*, s. 249-250.

⁶⁸ KREBS, V., aj., *Sociální politika*, s. 77-78.

pracovního protekcionismu (pracovní zákonodárství a praxe kolektivních smluv) a sociální péče. Solidarita se stala nezbytným prvkem státnosti. Koncept sociálního státu ovlivnila také řada významných politiků na přelomu 19. a 20. století, např. Bismarck, Roosevelt a jiní, kteří zdůrazňovali nejen ochranu jedince státem před některými náhodnými vlivy, ale také garanci minimálního životního standardu bez ohledu na jejich faktické tržní důchody. Dvacáté století kladlo důraz na regulační zásahy státu v sociální i ekonomické oblasti a stát se postupně stal významným subjektem sociální politiky. Diskuse o sociálních právech probíhala také na území ČR. Engliš přišel s představou demokratického státu, který pečuje o národní kulturní a vzdělanostní rozvoj a blaho svých občanů. Z Rakouska-Uherska byla převzata řada pracovních a sociálních zákonů (zákon o nemocenském pojištění, pojištění hornickém, penzijním pojištění, sociálním pojištění, zákony proti nezaměstnanosti atd.), které vytvořily českou alternativu sociálního státu.⁶⁹

Příčiny vzniku sociálního státu je nutno hledat i v politickém vývoji, v němž se mění vztahy mezi jedincem a státem – stát je od toho, aby jedinci sloužil a usnadňoval mu život. Příčiny byly i demograficko-sociální. Industrializace s sebou přinesla řadu jevů, např. vysokou zaměstnanost žen, místní oddělení pracoviště a bydliště, oddělení rodičovských a prarodičovských generací, zmenšování rodin atd., které omezily nebo i zcela vyloučily tradiční způsoby řešení sociální pomoci vlastními silami, prostřednictvím rodiny, obce, přátel apod. Řešení těchto aktivit a odpovědnost za ně se přesouvá v určité míře i na stát, na institucionalizovanou profesionální úroveň (nemocnice, domovy pro důchodce atd.). Klientela sociálního státu se tak postupně rozšiřovala.⁷⁰ Durdisová, a kolektiv autorů, uvádějí: „Welfare state je v každé zemi jedinečným jevem, reagujícím na zcela konkrétní a specifické podmínky té které země.“⁷¹ Tomeš dodává: „V současnosti nelze pochybovat o tom, že stát má sociální role a sociální odpovědnost vůči svým občanům. [...] Obsahem koncepce sociálního státu je v podstatě povinné dostatečné zajištění nezadatelných sociálních lidských práv státem, a to cestou přiměřené a udržitelné solidarity mezi občany. Je to v zásadě právo občana vůči státu, avšak i povinnost občanů participovat přiměřeně na povinné solidaritě. [...] Politika Evropské unie usiluje o sociální soudržnost (social coherence), sociální včlenění (social inclusion) proti sociálnímu vyloučení (social exclusion), tj. o politiku vyrovnávání ekonomických a sociálních rozdílů mezi regiony a odstranění sociální vyloučenosti občanů.“⁷²

⁶⁹ TOMEŠ, I., *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*, s. 122-123.

⁷⁰ KREBS, V., aj., *Sociální politika*, s. 80-81.

⁷¹ DURDISOVÁ, J., aj., *Sociální politika*, s. 60-62; KREBS, V., aj., *Sociální politika*, s. 77-78.

⁷² TOMEŠ, I., *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*, s. 124. Mezi základní – nezadatelná – sociální práva patří např. právo na uspokojivé pracovní podmínky, přiměřenou životní úroveň, sociální zabezpečení, rodinu a svobodu sdružování. TOMEŠ, I., *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*, s. 125-126.

V odborné literatuře osmdesátých a zejména devadesátých let 20. století se hovoří o krizi sociálního státu v souvislosti s růstem nákladů na sociální dávky a služby, způsobeným stárnutím obyvatelstva a poklesem podílu výdělečně činných osob.⁷³ Keller dodává: „Dokonce to vypadá, že tvrdá kritika sociálního státu ze strany jedněch a zoufalá snaha druhých zachránit z něj, co se snad zachránit ještě dá, tvoří v současnosti ústřední osu veškeré politiky.“⁷⁴ Diskuse na téma sociální stát probíhají v rovině ekonomické, politické a kulturně společenské a netýkají se jen jeho samotné existence, ale spíše toho, jaký by sociální stát měl být, jak by měl fungovat, jak by měl být uspořádán a jaký by měl být jeho rozsah, aby byly naplněny požadavky na jeho racionální a efektivní dlouhodobější fungování.⁷⁵

1.2.2 Esping-Andersenova typologie sociálního státu

Stěžejní myšlenkou konceptu sociálního státu je přerozdělování vytvořeného produktu s cílem vyrovnávat šance při vstupu do života a zajistit všem přijatelný a lidsky důstojný životní standard a současně zajistit i dlouhodobou prosperitu společnosti.⁷⁶ Rostoucí role státu v sociální politice, jako určitá reforma předchozího liberálního pojetí sociální politiky, se uplatnila v různém rozsahu a podobě v řadě zemí.⁷⁷ Odlišnosti mezi sociálními státy zřejmě nejucelenějším a nejuznávanějším způsobem popsal v osmdesátých letech 20. století dánský badatel Gøsta Esping-Andersen, jeho typologie bude využita v dalším textu.

Zkoumání jednotlivých typů sociálního státu a jejich odlišností poslouží k přesnějšímu vymezení dekomodifikace: a) jak různé systémy sociálního státu přispívají k zajištění občanů proti nemoci, úrazu, nezaměstnanosti, mateřství, stáří a jiným rizikům; b) jaké nástroje využívají k realizaci této pomoci a c) v jakém rozsahu tuto pomoc zajišťují. Typologie umožňují rovněž „jemněji“ přistupovat k rozboru řady sociálních problémů, protože ty se projevují v různých typech sociálního státu s odlišnou intenzitou a v různých podobách. A jedna z hlavních otázek, která nemůže být bez důkladné typologie sociálního státu zodpovězena, se týká toho, nakolik jsou různé typy sociálního státu setrvačné ve svém vývoji a v jaké míře mohou naopak konvergovat.⁷⁸

⁷³ TOMEŠ, I., *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*, s. 94-95.

⁷⁴ KELLER, J., *Soumrak sociálního státu*, s. 9.

⁷⁵ DURDISOVÁ, J., aj., *Sociální politika*, s. 65-66; STUCKLER, D., BASU, S., McKEE, M., Budget crises, health, and social welfare programmes, In *British Medical Journal*, 2010, roč. 341, s. 77-79.

⁷⁶ DURDISOVÁ, J., aj., *Sociální politika*, s. 70.

⁷⁷ KOLDINSKÁ, K., Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích, In *Sociální služby*, s. 53.

⁷⁸ KELLER, J., *Soumrak sociálního státu*, s. 49.

Podle Esping-Andersena koncept sociálního státu znamená institucionální ustanovení a pravidla, která řídí a ovlivňují rozhodování v oblasti sociální politiky, sociální výdaje, problémy v oblasti sociální politiky a struktura nabídky i poptávky obyvatel po sociálním blahobytu.⁷⁹ Esping-Andersen při konstrukci typů sociálního státu použil různé indikátory vztahující se k institucionálnímu složení a k výsledkům fungování sociálních systémů. Hlavním kritériem bylo, jak stát garantuje občanům právo neúčastnit se trhu práce, aniž by to vážně ohrozilo jeho živobytí.⁸⁰ Podle Esping-Andersena jsou typy sociálního státu výsledkem interakce především těchto tří faktorů: 1. povahy mobilizace tříd (zejména u dělnické třídy), 2. třídně politické koaliční struktury a 3. historického dědictví institucionalizace jednotlivých režimů.⁸¹ Esping-Andersen poukázal na rozdílnost sociálního státu a na základě způsobu stratifikace, míry dekomodifikace⁸² a vztahů mezi státem, trhem i rodinou vytvořil tři typy sociálního státu: 1. liberální, 2. korporativní, 3. sociálně-demokratický, později je doplnil o čtvrtý typ – jihoevropský.⁸³

Liberální (též anglosaský) sociální stát má kořeny ve filozofii tzv. *laissez faire*. Zdůrazňuje individuální odpovědnost každého za uspokojování sociálních potřeb.⁸⁴ Státní intervence do sociální oblasti jsou minimální a přicházejí na řadu až když rodina a trh selhávají. Sociální dávky jsou zaměřeny na klienty s nízkými příjmy. Sociální systém nechává prostor trhu, zejména v oblasti služeb péče o děti. V tomto systému každý platí ze zákona na své zajištění stejně nízkou částku, v případě nouze potom každý dostává stejně skromné minimum, ať již se jedná o nezaměstnané, důchodce, nemocné, anebo o neúplné rodiny (odtud nízká výše sociálních dávek a penzí v poměru k platům). Liberální systém se vyznačuje poměrně nízkou mírou sociálních výdajů v poměru k hrubému domácímu produktu. Cenou za tuto úspornost sociálního státu a za jeho orientaci pouze na ty nejchudší je, že nejen domácnosti s průměrným, ale i ty s podprůměrným příjmem (např. domácnosti s jedním živitelem) jsou vystaveny plným tržním cenám bydlení, zdravotní péče apod., a to zvyšuje míru sociální polarizace. Úsilí o ekonomickou konkurenceschopnost je tedy zapláceno rostoucí

⁷⁹ ESPING-ANDERSEN, G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, s. 80.

⁸⁰ MITCHELL, E., *Typologizace sociálního státu v díle G. Esping-Andersena*, s. 9.

⁸¹ ESPING-ANDERSEN, G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, s. 29; ESPING-ANDERSEN, G., Tři politické ekonomie sociálního státu, *Sociologický časopis*, 1991, roč. 27, č. 5, s. 561.

⁸² Dekomodifikace je schopnost státu převzít odpovědnost za zajištění občana místo trhu. ESPING-ANDERSEN, G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, s. 80.

⁸³ ESPING-ANDERSEN, G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, s. 26-29; ESPING-ANDERSEN, G., *Why we need a New Welfare State*, s. 13-17, 179-184.

⁸⁴ KREBS, V., aj., *Sociální politika*, s. 55.

nerovností a nárůstem počtu chudých, ať již mají práci, anebo nikoliv. Tomuto typu se nejvíce blíží USA a Velká Británie.⁸⁵

Korporativním (též korporativistickým, konzervativním či kontinentálním) se tento typ nazývá proto, že oproti egalitárním systémům konzervuje statusové rozdíly mezi jednotlivými profesemi a obor činnosti, silně je v něm zastoupen vliv profesních korporací, výrazná je etatistická tradice ve smyslu privilegizace státních úředníků v systému sociálního zabezpečení. Na klienty se pohlíží přes jejich profesní a rodinný status. Systém je orientován na muže jako hlavu rodiny, který zprostředkuje zajištění ostatních členů domácnosti. Zabezpečení atypických domácností, např. osamělé matky, je statusově nižší a je zajišťováno prostřednictvím záchranné sítě dávek sociální pomoci, jež je financována z daní.⁸⁶ Hlavní myšlenkou tohoto typu je, že sociální potřeby mají být primárně uspokojovány na základě výkonu a produktivity. Zdůrazňuje význam pracovních zásluh pro uspokojování sociálních potřeb lidí.⁸⁷ Až do sedmdesátých let 20. století byl tento typ, především v Německu, považován za vzorový příklad sociálního zabezpečení. Závislost sociálního zabezpečení na rodinném a profesním postavení se ukazuje jako neadekvátní v době, kdy klasická forma rodiny a domácnosti přestává být pravidlem a rychle narůstá počet neúplných domácností. V současnosti je kritizován kvůli své rigidnosti, která mu brání reagovat na výzvy globalizace. Tomuto typu se blíží sociální politiky např. Německa a Rakouska.⁸⁸

Sociálně-demokratický (též skandinávský) sociální stát je založen na univerzalismu, tj. všichni občané jsou zaopatřeni proti sociálním rizikům nezávisle na své výdělečné činnosti. Až do konce osmdesátých let 20. století zde existovala téměř plná zaměstnanost při vysoké míře zaměstnanosti žen, což snižovalo náklady na sociální výdaje. Distribuce příjmů byla výrazně egalitářská a s vysoce progresivním zdaněním vedla k tomu, že míra nerovnosti na úrovni domácností byla nižší než ve zbytku Evropy. Silné slovo v ekonomice měly odbory a profesní korporace, přičemž trh práce byl ze strany státu silně regulován. Ve financování a poskytování sociální péče dominuje stát. Existuje hustá síť služeb péče o děti a staré lidi, v níž nalézají práci především ženy. Sociálně-demokratický model byl všeobecně považován za nejvyspělejší typ sociálního státu, avšak od poloviny osmdesátých a devadesátých let

⁸⁵ KELLER, J., *Soumrak sociálního státu*, s. 57-58. ESPING-ANDERSEN, G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, s. 26-27; ESPING-ANDERSEN, G., *Why we need a New Welfare State*, s. 15-16, 185-186; POTŮČEK, M., *Křižovatky české sociální reformy*, s. 59. Viz též KOLDINSKÁ, K., Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích, In *Sociální služby*, s. 55-56.

⁸⁶ KELLER, J., *Soumrak sociálního státu*, s. 52-53.

⁸⁷ KREBS, V., aj., *Sociální politika*, s. 54.

⁸⁸ KELLER, J., *Soumrak sociálního státu*, s. 53-54; ESPING-ANDERSEN, G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, s. 27; ESPING-ANDERSEN, G., *Why we need a New Welfare State*, s. 16-17, 186-187. Viz též KOLDINSKÁ, K., Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích, In *Sociální služby*, s. 58-59.

dochází i ve skandinávských zemích k prudkému nárůstu nezaměstnanosti a veřejné zadluženosti. Financování tohoto modelu spočívalo, na rozdíl od modelu korporativního, ale i liberálního, převážně na daních. V podmínkách globalizace se vytváří na skandinávských trzích práce více nejistoty a s voláním po flexibilizaci práce narůstá tlak na šíření neplnohodnotných pracovních poměrů. Zároveň sílí obavy, aby globalizace neohrozila dosavadní politický konsensus, který byl založen na plnohodnotných formách práce a od nich odvozené schopnosti platit vysoké daně, z nichž mohla být financována velkorysá sociální politika a rozvětvený systém sociálních služeb. Typickým představitelem tohoto typu jsou skandinávské země, např. Švédsko, Norsko, Finsko a Dánsko.⁸⁹

Jihoevropský (rudimentární, latinský) sociální stát bývá označován jako „duální stát“, protože obsahuje jak prvky korporativního typu (důchodové zajištění a zajištění v nezaměstnanosti spočívá v pojištění hrazeném z příjmu ze zaměstnání), tak sociálně-demokratického typu (zdravotní péče a vzdělávání jsou financovány z daní). Dále jsou v něm obsaženy i prvky liberální (nízká míra sociálního zajištění příjmově podprůměrných skupin). Zvláštností jihoevropských zemí je silná úloha rozvětvené rodiny, která vykonává řadu sociálně významných funkcí a ulehčuje tak sociálnímu státu. Mladí lidé mnohem později než jinde v Evropě opouštějí domácnost rodičů, častěji žijí pohromadě dvě i tři generace, rodinné kontakty hrají významnou roli při zajišťování v nezaměstnanosti i ve stáří. Typickým představitelem je Španělsko. „Stát se Evropany“ znamenalo pro Španělsko od konce sedmdesátých let 20. století budovat systém sociálního zabezpečení podle sociálně-demokratického vzoru. V průběhu osmdesátých let došlo k univerzalizaci péče o zdraví a k rozvoji vzdělanostní politiky, přičemž obojí bylo financováno převážně ze státních příjmů. Na přelomu osmdesátých a devadesátých let byl ve Španělsku zaveden minimální příjem, rodinné dávky či dávky pro nepojištěné staré lidi. Dávky v nezaměstnanosti se snižují a jsou omezovány hlavně na dlouhodobě nezaměstnané živitele rodin. Tlaky na zvýšenou přizpůsobivost v procesu globalizace se ve Španělsku složitě vyrovnávají a vyvažují – výsledkem nejsou přímo škrty v sociálních výdajích, nýbrž pouze zmírnění jejich růstu.⁹⁰

Stručně charakterizované typy (modely) sociálního státu jsou abstrakcí podstatných znaků. Ve skutečnosti nemohou existovat v jednotlivých zemích v této čisté modelové podobě.

⁸⁹ KELLER, J., *Soumrak sociálního státu*, s. 52-54; ESPING-ANDERSEN, G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, s. 27-28; ESPING-ANDERSEN, G., *Why we need a New Welfare State*, s. 13-14, 184-185. Viz též KOLDINSKÁ, K., Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích, In *Sociální služby*, s. 56-57. Podle Kellera je skandinávský systém pokusem sladit systém Bismarcův a Beveridgeho tak, aby se zajištění vztahovalo na veškerou populaci. KELLER, J., *Soumrak sociálního státu*, s. 55.

⁹⁰ KELLER, J., *Soumrak sociálního státu*, s. 59-61.

Reálná sociální politika v každé zemi je vždy výsledkem kombinace prvků všech typů.⁹¹ Totéž platí i pro model sociální politiky ČR, ani ji nemůžeme jednoznačně přiřadit jen k jednomu typu. Vědečtí odborníci v rámci projektu ADEL přiřadili ČR k tzv. přechodnému typu.⁹² Podle Koldinské je možné, že v budoucnu bude existovat nový typ sociálního státu, tzv. středoevropský, který budou tvořit země střední a východní Evropy (tj. ČR, Slovensko, Polsko, Maďarsko a Slovinsko), protože v průběhu 90. let 20. století a prvních deseti let 21. století došlo v tomto regionu k výrazným historickým změnám, včetně sociálních reforem.⁹³ Model sociální politiky ČR se utvářel v reakci na socialistickou minulost i v reakci na změny společenského systému po roce 1989. Důraz byl kladen na universalismus a na monopolní postavení státu v sociální oblasti. Základním rysem byl státní paternalismus. Byl to tedy model rovnostářský a model náročný na ekonomické zdroje, opírající se o rozsáhlou redistribuce a stimulující spíše pasivní chování a postoje obyvatel. Nová podoba soudobé politiky se vytváří postupně a již dnes jsou v ní zastoupeny prvky všech výše uvedených typů. Systémová změna sociální politiky je spojena se zeslabením prvků nedistributivního typu, tzn. omezení sociální velikosti státu při současném posílení prvků výkonových a reziduálních vedeném snahou po úsporné a zároveň účinné sociální politice.⁹⁴ Podobný názor má i Koldinská.⁹⁵

1.3 Současná podoba institucionalizace opatrovnictví v České republice

„Každá sociální politika směřuje k určitému cíli. V moderní evropské státní sociální politice je jím realizace nezadatelných lidských práv zaručených ústavou dané země.“⁹⁶ Ve stárnoucích společnostech otázky spoluúčasti starších osob ve společenském životě a možnosti svobodného rozhodování ve vyšším věku mají zásadní význam. Stát se stále více potýká s povinností chránit osobní práva těchto osob, včetně práv osob s duševní poruchou.⁹⁷

⁹¹ KREBS, V., aj., *Sociální politika*, s. 55; BRDEK, M., JÍROVÁ, H., KREBS, V., *Trendy v Evropské sociální politice*, s. 73-92.

⁹² KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, s. 3.

⁹³ KOLDINSKÁ, K., Nový model sociálního státu, nebo nová forma evropského sociálního modelu? In *Sociální reformy ve střední Evropě – cesta k novému modelu sociálního státu?*, s. 210, 244-226.

⁹⁴ KREBS, V., aj., *Sociální politika*, s. 56-57; RIPKA, V., MAREŠ, M., The Czech welfare system, In *The Handbook of European Welfare Systems*, 116-117. Sociální systémy ve vybraných 27 evropských zemích jsou též přehledně popsány i komparovány v díle autorů SCHUBERT, K., HEGELICH, S., BAZANT, U., *The Handbook of European Welfare Systems*, s. 3 až 545.

⁹⁵ KOLDINSKÁ, K., Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích, In *Sociální služby*, s. 61.

⁹⁶ TOMEŠ, I., *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*, s. 25.

⁹⁷ KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, s. 1.

„Zbavení způsobilosti nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům je zásahem do osobního statusu osoby, do jeho svobody a je také zásahem nedotknutelnosti osoby. Zbavení způsobilosti nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům se provádí v zájmu ochrany osoby, o jejíž zbavení (omezení) se jedná, [...] není trestem nebo výrazem pohrdání rozumovými nedostatky člověka, je, naopak, prostředkem ochrany člověka před důsledky takového jednání, které není schopen rozumově posoudit.“⁹⁸

1.3.1 Východiska právní ochrany osob s duševní poruchou

Stručná charakteristika vybraných národních a mezinárodních dokumentů o právní ochraně osob s duševní poruchou, včetně osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům, je uvedena v tab. 2. Jedná se o dokumenty právně závazné, a o výběr doporučujících dokumentů, které právně závazné nejsou, ale mají zásadní význam při tvorbě zdravotně-sociální politiky státu.

Tab. 2 – Přehled vybraných dokumentů o právní ochraně osob s duševní poruchou

DOKUMENTY PRÁVNĚ ZÁVAZNÉ	
Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. (Listina základních práv a svobod) ⁹⁹	Nikomu nesmí být způsobena újma na právech pro uplatňování jeho základních práv a svobod. (čl. 3, odst. 3) Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. (čl. 10, odst. 1)
Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník ¹⁰⁰	Úprava občanskoprávních vztahů přispívá k naplňování občanských práv a svobod, zejména ochrany osobnosti a nedotknutelnosti vlastnictví. (§ 1, odst. 1) Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví. (§ 10, odst. 1) Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, anebo pro nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků či jedů je schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah omezení v rozhodnutí určí. (§ 10, odst. 2) Soud zbavení nebo omezení způsobilosti změní nebo zruší, změní-li se nebo odpadnou-li důvody, které k nim vedly. (§ 10, odst. 3)

⁹⁸ ŠIŠKA, J., http://www.inclusion-europe.org/Justice/CZ/CZ_NC.pdf.

⁹⁹ <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

¹⁰⁰ <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1964&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=8>

<p>Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád¹⁰¹</p>	<p>Občanský soudní řád upravuje postup soudu a účastníků v občanském soudním řízení tak, aby byla zajištěna spravedlivá ochrana práv a oprávněných zájmů účastníků, jakož i výchova k zachování zákonů, k čestnému plnění povinností a k úctě k právům jiných osob (§ 1).</p> <p>Občanské soudní řízení je jednou ze záruk zákonnosti a slouží jejímu upevňování a rozvíjení. Každý má právo domáhat se u soudu ochrany práva, které bylo ohroženo nebo porušeno (§ 3)</p> <p>Řízení o způsobilosti k právním úkonům je uvedeno v § 186 až § 191.</p> <p>Řízení opatrovnické a povinnost soudu dohlížet na činnost opatrovníka je uvedena v § 192 a § 193.</p>
<p>Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu¹⁰²</p>	<p>Péče o zdraví lidu se zaměřuje především preventivně k ochraně a soustavnému upevňování a rozvíjení tělesného i duševního zdraví lidu. (čl. IV)</p>
<p>Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (dokument Rady Evropy vstoupil v platnost v roce 1953, v ČR v roce 1993)¹⁰³</p>	<p>O problematice zásahů do způsobilosti k právním úkonům pojednávají zejména články 5, 6 a 8:</p> <ul style="list-style-type: none"> - svoboda a osobní bezpečnost (čl. 5) - spravedlivý proces (čl. 6) - respektování soukromého a rodinného života (čl. 8)
<p>Úmluva o lidských právech a biomedicíně (dokument Rady Evropy vstoupil v platnost v roce 1999, v ČR platný od roku 2001)¹⁰⁴</p>	<p>Úmluva obsahuje 14 kapitol a 38 článků.</p> <p>Cílem je chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručit úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny (čl. 1).</p> <p>O informovaném souhlasu pojednávají články 5 až 9.</p> <p>O ochraně osob neschopných dát souhlas s lékařským zákrokem z důvodu duševní choroby pojednává článek 6.</p>
<p>Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (dokument OSN přijatý v roce 2006 v New Yorku, pro ČR vstoupil v platnost v roce 2009, vyhlášen ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 10/2010 Sb. m. s.)¹⁰⁵</p>	<p>Účelem úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti. (čl. 1)</p> <p>Osoby se zdravotním postižením mají právo na uznání jejich osoby jako subjektu práva a právo na způsobilost k právním úkonům ve všech oblastech života na rovnoprávním základě s ostatními. (čl. 12)</p>

¹⁰¹ <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1963&typeLaw=zakon&what=Rok>

¹⁰² http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=20/1966

¹⁰³ http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/82E3CE7F-5D3D-46EB-8C13-4F3262F9E20B/0/CZE_CONV.pdf

¹⁰⁴ Předpis č. 96/2001 Sb. m. s., SBÍRKA MEZINÁRODNÍCH SMLUV, roč. 2001, č. 44, rozeslaná 2. 10. 2001, <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2001/sb044-01m.pdf>

¹⁰⁵ <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf>, viz též <http://www.un.org/disabilities>

	<p>Členské státy uznávají, že osoby se zdravotním postižením mají právo na dosažení nejvýše možné úrovně zdraví bez diskriminace na základě zdravotního postižení. (čl. 25)</p> <p>Členské státy uznávají právo osob se zdravotním postižením na sociální ochranu a podniknou odpovídající kroky, aby zabezpečily a podpořily realizaci tohoto práva, včetně opatření na zajištění přístupu osob se zdravotním postižením k programům sociální ochrany a snížení chudoby. (čl. 28)</p>
DOPORUČUJÍCÍ DOKUMENTY	
Deklarace práv osob s mentální retardací (1971) ¹⁰⁶	<p>Deklarace byla vyhlášena na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971.</p> <p>Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti. (bod 1).</p> <p>Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů. (bod 5)</p>
Deklarace práv osob s postižením (1975) ¹⁰⁷	<p>Jedná se dokument doporučujícího charakteru na úrovni OSN.</p> <p>Všichni lidé s postižením, bez ohledu na původ, povahu nebo závažnost svého postižení mají stejná základní práva jako ostatní lidé. Osobám s postižením je zaručeno právo na kvalifikovaného právního zástupce, pokud je to nezbytné pro ochranu jejich osoby nebo majetku (čl. 23).</p>
Standardní pravidla zrovnoprávnění příležitostí osob s postižením (1993) ¹⁰⁸	<p>Jedná se o komplexní univerzální dokument doporučující povahy týkající se práv osob s postižením. Zdůrazňuje závazek států umožnit osobám s postižením vykonávat jejich práva na rovnoprávném základu s ostatními. V dokumentu nejsou obsažena žádná pravidla týkající se možnosti omezování působivosti k právním úkonům.</p> <p>Státy mají zajistit poskytování podpůrných služeb pro osoby s postižením, které jim umožní zvýšit úroveň nezávislosti v jejich každodenním životě a pomohou jim vykonávat jejich práva.</p>
Principy ochrany osob s duševní nemocí a zlepšování duševního zdraví (1991) ¹⁰⁹	<p>Základním principem je zákaz diskriminace z důvodu duševní poruchy. Všechny osoby s duševní poruchou mají právo vykonávat všechna občanská, politická, hospodářská, sociální a kulturní práva garantovaná mezinárodními úmluvami.</p> <p>Osoba, o jejíž způsobilost se jedná, má právo být bezplatně právně zastoupena, pokud si sama nezvolí zástupce.</p>

¹⁰⁶ <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/res2856.pdf>

¹⁰⁷ <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>

¹⁰⁸ <http://www.independentliving.org/standardrules/StandardRules.pdf>

¹⁰⁹ <http://www2.ohchr.org/english/law/principles.html>

<p>Doporučení Rec99(4) Výboru ministrů členským státním o zásadách právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob (přijato Výborem ministrů Rady Evropy v roce 1999)¹¹⁰</p>	<p>Dokument obsahuje 28 zásad, které se týkají právní ochrany nezpůsobilých osob, je významným nástrojem při formulaci a při výkladu právních předpisů o právní ochraně nezpůsobilých osob. V souvislosti s ochranou těchto osob je základním principem respekt k důstojnosti každého člověka jako lidské bytosti (zásada 1).</p> <p>Podle doporučení by ochranná opatření:</p> <ul style="list-style-type: none"> - měla být flexibilní a přiměřená stupni nezpůsobilosti dospělé osoby (zásada 2), - neměla automaticky vést k úplnému zbavení právní způsobilosti (zásada 3), - měla zohlednit a v maximální možné míře respektovat přání dospělé osoby ohledně výběru jejího zástupce, - dotčená osoba by měla mít právo být osobně vyslechnuta ve všech řízeních, která by mohla mít vliv na její právní způsobilost (zásada 13), - státy by měly zajistit dostatečný počet vhodných a kvalifikovaných osob, které budou dotčené osoby zastupovat (zásada 17), - zástupci by měli být při výkonu funkce v souladu s vnitrostátním právem odpovědní za škodu či újmu způsobenou nezpůsobilým dospělým osobám (zásada 20).
<p>Zdraví 21 – zdraví do 21. století. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace (2001)¹¹¹</p>	<p>Dokument obsahuje soubor metod, kterými lze dosáhnout lepší úrovně zdraví pomocí postupů vycházejících ze společných zkušeností evropského regionu. Hlavní cíle dokumentu jsou: ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život a snížení výskytu hlavních nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí. Etický základ programu je tvořen třemi základními hodnotami:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zdraví jako základní lidské právo, - ekvita ve zdraví a solidarita, - účast a odpovědnost jednotlivců, skupin i institucí za rozvoj zdraví. <p>Zdravému stárnutí je věnován cíl 5. O zlepšení duševního zdraví pojednává cíl 6.</p>
<p>Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století (projednán vládou ČR v roce 2002, usnesení vlády č. 1046)¹¹²</p>	<p>Dokument je národní variantou programu WHO „Zdraví 21 – zdraví do 21. století.“ Program je rozsáhlý soubor aktivit zaměřených na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Hlavním záměrem národního dlouhodobého programu je prostřednictvím 21 cílů vybudovat fungující model komplexní péče o zdraví celé společnosti.</p> <p>V oblasti péče o duševní zdraví má být věnována pozornost snižování stigma spojeného s duševním onemocněním</p>

¹¹⁰ <http://www.reformaopatrovnictvi.cz/data/doporuzeni%20RE.pdf>

¹¹¹ <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>

¹¹² http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/EB38C24D74FA63E8C12571B600702FA2

	a prevenci a podpoře duševního zdraví (cíl 6).
Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012: Kvalita života ve stáří (schválen vládou ČR v roce 2003) ¹¹³	<p>Cílem dokumentu je zabezpečit kvalitní a aktivní život seniorům v ČR. Národní program stanovuje konkrétní úkoly a termíny pro rezorty a instituce. Lidé jsou si rovni v právech a důstojnosti bez ohledu na věk. (bod 8.6).</p> <p>Starší lidé s duševním onemocněním, včetně osob trpících demencí, jsou ve zvýšené míře ohroženi rizikem institucionalizace, zneužití lidských práv a sociálního vyloučení. V rámci péče o duševně nemocné je třeba věnovat zvláštní pozornost starým lidem a jejich začleňování. (bod 8.8)</p> <p>Zvýšenou pozornost je třeba věnovat nebezpečí nevhodného zacházení (zanedbávání a zneužívání) v dlouhodobé ústavní péči. Důležitá je zejména ochrana lidských práv osob s omezenou právní způsobilostí a osob závislých na péči druhých osob. (bod 8.10)</p>
Doporučení Rec(2004)10 Výboru ministrů členským státním o ochraně a lidských právech a důstojnosti osob s duševní poruchou ¹¹⁴	<p>Obsahuje 7 kapitol a 28 článků. Doporučení má za cíl zlepšit ochranu důstojnosti, lidských práv a základních svobod osob s duševní poruchou, a to zejména těch, kteří jsou předmětem nedobrovolné hospitalizace a léčby.</p> <p>Členské státy by měly podporovat duševní zdraví tím, že budou podporovat rozvoj programů s cílem zlepšit informovanost veřejnosti o prevenci, rozpoznávání a léčbě duševních poruch (čl. 5).</p> <p>Pracovníci, kteří pečují o osoby s duševní poruchou, by měli mít příslušnou kvalifikaci (čl. 11).</p>
Doporučení Rec(2006)5 Výboru ministrů členským státním o Akčním plánu Rady Evropy na podporu práv a plného zapojení lidí s postižením do společnosti: zlepšování kvality života lidí s postižením v Evropě v letech 2006 až 2015 ¹¹⁵	<p>Hlavní cíle dokumentu jsou: a) zajistit účinný přístup ke spravedlnosti osob s postižením na rovnoprávném základu s ostatními a b) chránit a podporovat užívání lidských práv i základních svobod osobami s postižením na rovnoprávném základu s ostatními.</p> <p>Specifické cíle dokumentu jsou: a) legislativní opatření proti diskriminaci osob s postižením, b) poskytování vhodné asistence osobám, kteří mají potíže s uplatňováním své způsobilosti k právním úkonům a c) zajištění toho, aby osoby s postižením nebyly zbavovány svobody v rozporu se zákonem.</p> <p>Akční plán zdůrazňuje intenzivní podporu seniorů se zdravotním postižením a jejich rodinných příslušníků. Uplatňování sociálních práv pomůže snížit riziko sociálního vyloučení.</p>

¹¹³ http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf; další dokumenty k problematice seniorů a stárnutí populace viz např. na: <http://www.mpsv.cz/cs/2857>

¹¹⁴ <http://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=775685&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864>

¹¹⁵ http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/integration/05_recommendations_and_resolutions/presentation.asp#TopOfPage

Návrh Doporučení Výboru ministrů členským státům Rady Evropy o zásadách týkajících se trvalých plných mocí a předběžných právních prohlášení pro případ nezpůsobilosti (2008) ¹¹⁶	Doporučení vyzývá členské státy Rady Evropy, aby podporovaly sebeurčení osob s postižením zaváděním institutů, jakými jsou trvalá plná moc a předběžné právní prohlášení. Opatření se mohou týkat věcí majetkových, osobních, poskytování zdravotní péče či sociálních služeb a sociálního zabezpečení.
Doporučení CM/Rec(2009)6 Výboru ministrů členským státům o stárnutí a postižení v 21. století: udržitelný rozvoj s cílem umožnit větší kvalitu života v otevřené společnosti ¹¹⁷	Doporučení jsou založena na analýze Rady Evropy členských států v poskytování služeb pro dvě skupiny osob, tj. pro osoby, které se s postižením narodily a pro osoby, které postižení získaly v průběhu života. Doporučení se zaměřují na tři stěžejní oblasti: <ul style="list-style-type: none"> • podporování samostatnosti a nezávislého i aktivního života u výše uvedených skupin, • zvýšení kvality služeb u výše uvedených skupin, • posílení rovného přístupu ke službám, včetně sociálních služeb a právní ochrany obou skupin.

Výsledkem změny přístupu k osobám s duševní poruchou v oblasti mezinárodního práva byla Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (Convention on the Rights of Persons with Disabilities).¹¹⁸ Úmluva představuje nejvyšší standard ochrany práv osob s postižením a je společným východiskem pro národní instituce opatrovnictví dospělých osob.

1.3.2 Systém opatrovnictví v České republice

V jednotlivých státech podoby institucí opatrovnictví dospělých osob varují podle konkrétního politického, právního a sociálního uspořádání země, vlivné jsou též náboženské a rodinné tradice v péči o bezmocné či postižené osoby.¹¹⁹

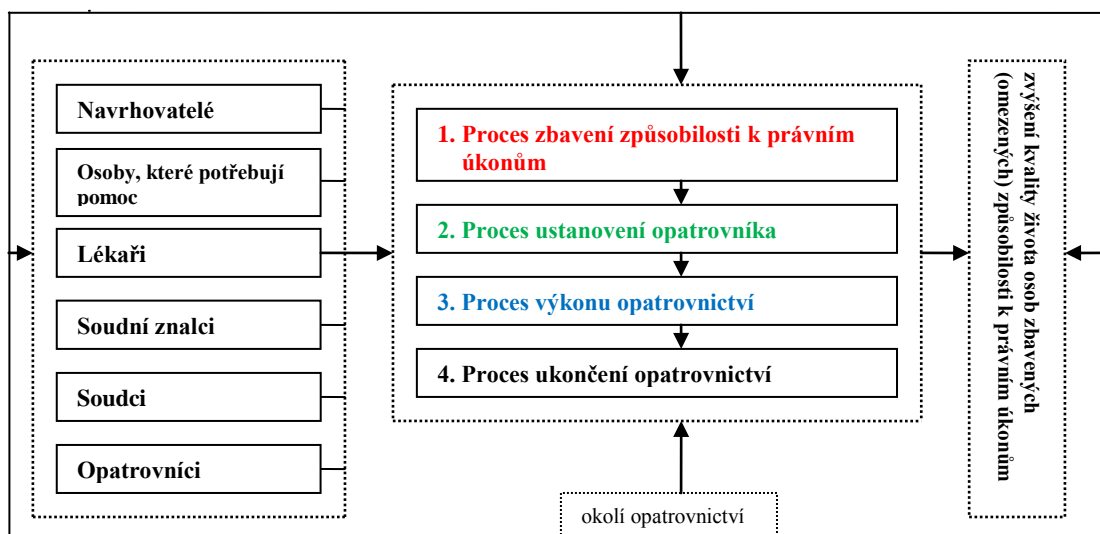
¹¹⁶<http://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=775685&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864>

¹¹⁷ http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/integration/05_recommendations_and_resolutions/presentation.asp#TopOfPage

¹¹⁸ <http://www.un.org/disabilities>; Podle zák. č. 108/2006 Sb., § 3, písm. g, se zdravotním postižením rozumí „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.“ Blíže viz též MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M., *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*, s. 25-29.

¹¹⁹ MATIAŠKO, M., *Lidé s mentálním a duševním postižením a problém jejich právního postavení v České republice*, <http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2010052003>. Viz též KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, s. 4.

Zjednodušené schéma systému opatrovnictví v ČR je znázorněno na obr. 1.¹²⁰



Obr. 1 – Schéma systému opatrovnictví v ČR

Obr. 1 ukazuje, že do systému opatrovnictví vstupují různí aktéři, především.¹²¹

- fyzické nebo právnické osoby, které podaly návrh či podnět na zbavení způsobilosti k právním úkonům (je třeba znát podrobné údaje o těchto osobách),
- fyzické osoby, které potřebují pomoc druhých osob při jednání ve svém zájmu, či zájmu rodiny a společnosti, nejčastěji jde o osoby s duševní poruchou (je třeba znát podrobné údaje o těchto osobách),
- fyzické nebo právnické osoby, které se budou o osoby zbavené způsobilosti nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům z důvodu duševní poruchy starat, tj. opatrovníci (je třeba znát podrobné údaje o opatrovnících),
- zástupci společenských institucí, kteří budou v procesu zbavení způsobilosti k právním úkonům situaci hodnotit a rozhodovat o vyšetřované osobě, tj. lékaři, soudní znalci z oboru psychiatrie, soudci, advokáti apod. (je třeba znát názory odborníků na systém opatrovnictví),
- oficiální doktrína státu (je třeba analyzovat právní dokumenty),
- finance (je třeba analyzovat finanční náročnost systému opatrovnictví).

¹²⁰ Zdroj: vlastní zpracování

¹²¹ JURÍČKOVÁ, L., IVANOVÁ, K., KLIMENT, P., Adult Guardianship System in the Czech Republic in Comparison with Selected European Union Countries, *Sociológia – Slovak Sociological Review*, 2011, roč. 43, č. 3, s. 270-271.

Těžištěm systému opatrovnictví jsou čtyři procesy:¹²²

1. Proces zbavení způsobilosti k právním úkonům (je třeba znát platnou právní úpravu)
2. Proces ustanovení opatrovníka (je třeba znát platnou právní úpravu)
3. Proces výkonu opatrovnictví (je třeba znát platnou právní úpravu a zjistit, jaké činnosti dělají opatrovníci ve prospěch opatrované osoby, co jim ztěžuje jejich práci apod.)
4. Proces ukončení opatrovnictví (je třeba znát platnou právní úpravu)

Výstupem systému opatrovnictví by měli být lidé, o které je postaráno v době jejich insuficience, je nakládáno s nimi i jejich majetkem vždy s ohledem na jejich možný zájem, lidé, kteří v rámci možností žijí důstojný život – k tomu se společnost přijetím institutu opatrovnictví zavazuje.¹²³ „Způsobilost rozhodovat se, podpora autonomie a její právní zakotvení je otázkou respektu k důstojnosti člověka s postižením.“¹²⁴ Podobně jako Marečková a Matiaško, i Juríčková, Ivanová a Kliment, vnímají systém opatrovnictví nejen jako právní institut směřující primárně k ochraně člověka s postižením, ale i jako institut s mnohem širším vlivem na jeho svět, determinující jeho postoje k sobě samému, k blízkým lidem a přátelům, ke společnosti jako celku.¹²⁵ S tímto názorem se ztotožňují i odborníci v zahraničí.¹²⁶ Opatrovnictví nesouvisí pouze s otázkou rozhodování člověka a přístupem k osobám s duševní poruchou, ale také s organizací opatrovnictví jako služby.¹²⁷

¹²² JURÍČKOVÁ, L., IVANOVÁ, K., KLIMENT, P., Adult Guardianship System in the Czech Republic in Comparison with Selected European Union Countries, *Sociológia – Slovak Sociological Review*, 2011, roč. 43, č. 3, s. 271.

¹²³ JURÍČKOVÁ, L., IVANOVÁ, K., KLIMENT, P., Adult Guardianship System in the Czech Republic in Comparison with Selected European Union Countries, *Sociológia – Slovak Sociological Review*, 2011, roč. 43, č. 3, s. 271.

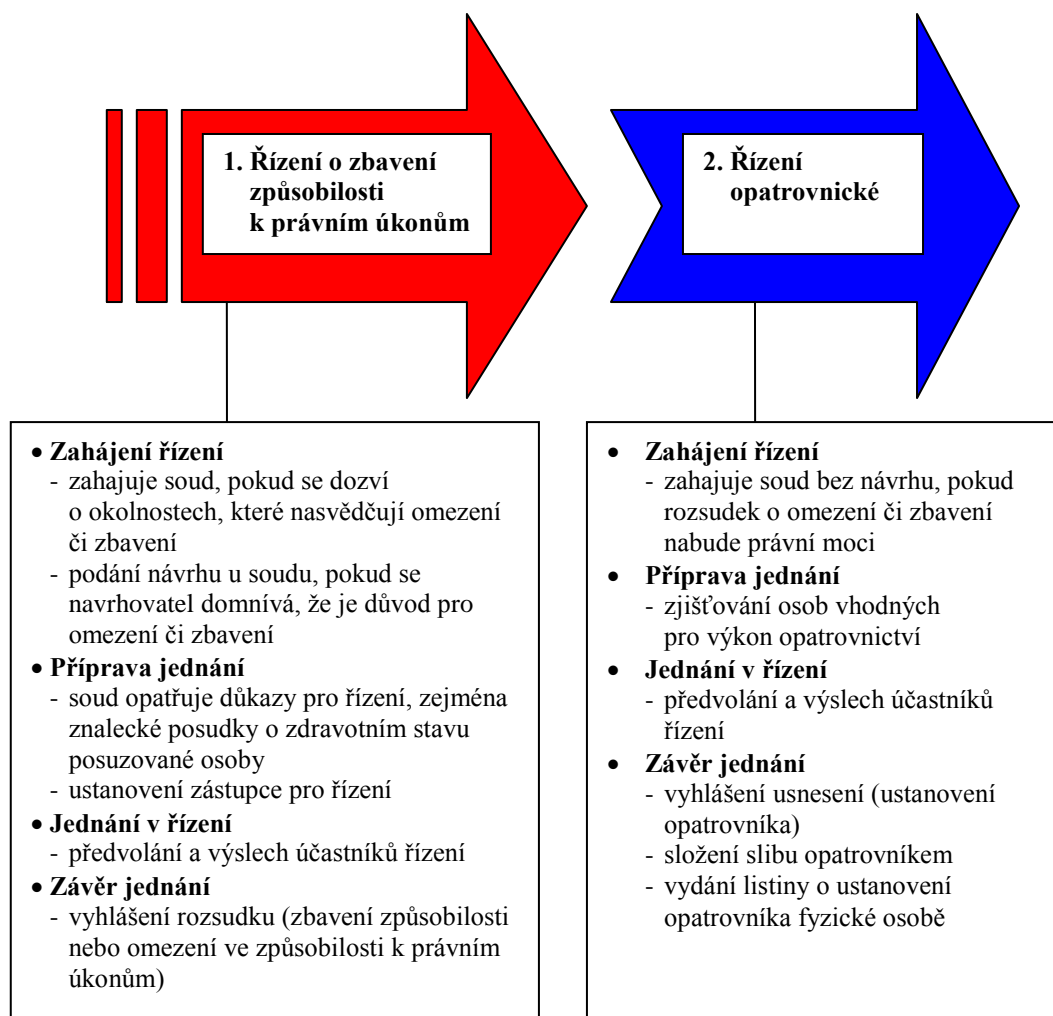
¹²⁴ MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M., *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*, s. 17.

¹²⁵ MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M., *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*, s. 125. JURÍČKOVÁ, L., IVANOVÁ, K., KLIMENT, P., Adult Guardianship System in the Czech Republic in Comparison with Selected European Union Countries, *Sociológia – Slovak Sociological Review*, 2011, roč. 43, č. 3, s. 270.

¹²⁶ KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, s. 3; WRIGHT, J. L., Guardianship for your own good: Improving the well-being of respondents and wards in the USA. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2010, roč. 33, s. 350-368; O'SULLIVAN, J. L., HOFFMANN, D. E., The Guardianship Puzzle: Whatever Happened to Due Process, *Maryland Journal of Contemporary Legal Issues*, 1996, roč. 7, č. 1, s. 11-80; MIZUNO, Y., NANBA, Y., Aging society and the adult guardianship system, *Geriatrics and Gerontology International*, 2003, roč. 3, č. 4, s. 225-235.

¹²⁷ MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M., *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*, s. 125.

Předpokladem pro rozhodnutí o opatrovnictví je zbavení nebo alespoň omezení ve způsobilosti k právním úkonům ve smyslu § 10 občanského zákoníku.¹²⁸ V ČR probíhá dvojí řízení.¹²⁹ První řízení je **řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům**. Výstupem tohoto řízení je **rozsudek**, ve kterém soudy dospělou osobu zbaví způsobilosti k právním úkonům nebo omezí ve způsobilosti k právním úkonům. Druhé řízení tvoří **řízení opatrovnické**. Výstupem řízení opatrovnického je **usnesení**, ve kterém soudy dospělé osobě zbavené způsobilosti nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům pravomocně ustanoví opatrovníka. Zjednodušené schéma řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům a řízení opatrovnické znázorňuje obr. 2.¹³⁰



Obr. 2 – Schéma řízení o zbavení způsobilosti a řízení opatrovnické

¹²⁸ Zákon č. 40/1964 Sb., § 10, odst. 1 a odst. 2.

¹²⁹ Zákon č. 99/1963 Sb., § 186, § 187, § 189 až § 193.

¹³⁰ Zdroj: vlastní zpracování

Obr. 2 na s. 38 ukazuje, že soud nejprve zahájí řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům, a poté řízení opatrovnické. Řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům (dále jen řízení) „je zahájeno dnem, kdy došel místně příslušnému soudu návrh na jeho zahájení nebo kdy bylo vydáno usnesení, podle něhož se řízení zahajuje bez návrhu.“¹³¹ **Návrh na zahájení řízení** (zbavení, omezení nebo vrácení) může podat fyzická nebo právnická osoba.¹³² Návrh na zahájení řízení se podává k místně příslušnému soudu. Místně příslušným soudem je okresní soud, v jehož obvodu má osoba, o jehož způsobilost se má jednat, trvalé bydliště; v jehož obvodu se osoba zdržuje, nemá-li bydliště.¹³³ Návrh na zahájení řízení musí obsahovat, kromě obecných náležitostí,¹³⁴ „jméno, příjmení, bydliště účastníků, popř. rodná čísla účastníků (obchodní firmu nebo název a sídlo právnické osoby, označení státu a příslušné organizační složky státu, která za stát před soudem vystupuje), popř. též jejich zástupců, vyličení rozhodujících skutečností, označení důkazů, jichž se navrhovatel dovolává, a musí být z něj patrné, čeho se navrhovatel domáhá. Navrhovatel je povinen k návrhu připojit písemné důkazy, jejichž se dovolává, a to v listinné nebo v elektronické formě.“¹³⁵

Po zahájení řízení následuje příprava jednání. Soud zkoumá, zda jsou splněny podmínky řízení a zda byly odstraněny případné vady v návrhu na zahájení řízení. Soud může uložit, aby navrhovatel předložil soudu lékařské vysvědčení o duševním stavu dospělé osoby, o jejíž způsobilost k právním úkonům se jedná. Pokud navrhovatel ve vymezené lhůtě nepředloží lékařské vysvědčení, soud řízení zastaví.¹³⁶ **Proces posuzování způsobilosti k právním úkonům** je vybudován na dokazování a v konečném důsledku na soudním rozhodnutí. Soud

¹³¹ Zákon č. 99/1963 Sb., § 82, odst. 1. Řízení o způsobilosti k právním úkonům lze zahájit i na základě podnětu. „V případě podnětu soud po jeho přezkoumání nemusí řízení zahájit, kdežto u návrhu řízení zahájeno být musí.“ MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M., *Jak poradit lidem s postižením v otázkách způsobilosti k právním úkonům*, s. 31.

¹³² Zákon č. 99/1963 Sb., § 186, odst. 1. „Právníky osobami jsou, kromě jednotky územní samosprávy, také sdružení fyzických nebo právnických osob, účelová sdružení majetku a jiné subjekty, o kterých to stanoví zákon.“ Zákon č. 40/1964 Sb., § 18, odst. 2. Viz též zákon č. 99/1963 Sb., § 186, odst. 1.

¹³³ MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M., *Jak poradit lidem s postižením v otázkách způsobilosti k právním úkonům*, s. 31.

¹³⁴ Z podání musí být patrné, kterému soudu je určeno, kdo je činí, které věci se týká a co sleduje, a musí být podepsáno a datováno. Zákon č. 99/1963 Sb., § 42, odst. 4.

¹³⁵ Zákon č. 99/1963 Sb., § 79, odst. 1 a odst. 2.

¹³⁶ Zákon č. 99/1963 Sb., § 114, odst. 1 a § 114a, odst. 2; § 186, odst. 2.

při dokazování přihlíží k různým důkazům, stěžejní je **znalecký posudek**.¹³⁷ Znalecký posudek vypracovává soudem určený znalec z oboru zdravotnictví, odvětví psychiatrie.¹³⁸

Znalecký posudek se skládá z těchto částí: úvodu, výpisu ze spisu a ze zdravotnické dokumentace, vlastního vyšetření a ze závěru s odpověďmi na otázky soudu. Úvod posudku zahrnuje adresu zadavatele, jemuž je posudek určen, druh znaleckého posudku, jméno znalce, který ho zpracovává, a základní údaje o posuzované osobě. Výpis ze spisu a ze zdravotnické dokumentace slouží k zachycení všech skutečností, které znalec považuje pro podání posudku za důležité. Bez znalosti spisové a zdravotnické dokumentace nelze posuzovaného hodnotně vyšetřit. Vlastní psychiatrické vyšetření odpovídá pečlivému klinickému psychiatrickému vyšetření, které se skládá z údajů o rodinné, osobní, sociální a pracovní anamnézy. Objektivní pozorování posuzovaného je zachyceno v psychopatologickém nález, v němž jsou popsány veškerá nápadnosti a chorobné projevy, které společně s anamnestickými údaji vedou k syndromologickému a diagnostickému závěru. Dokonalá znalost obecné psychopatologie je nutným předpokladem znalecké činnosti psychiatra, neboť jen s její pomocí lze činit odborně fundované závěry. V posudku znalec uvádí též objektivní neurosomatický nález, tj. závěry alespoň orientačního tělesného vyšetření.¹³⁹ Znalec na základě lékařského vyšetření a testů stanovuje, nebo nestanovuje, diagnózu podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále MKN-10) z kapitoly V. „Poruchy duševní a poruchy chování“.¹⁴⁰ V souhrnu a závěru posudku znalec uvádí rozbor nejzávažnějších skutečností, které vedou k diagnostickému zhodnocení a ke zdůvodnění odpovědi na otázky soudu. Souhrn a závěr posudku je zakončen odpověďmi na následující otázky soudu:¹⁴¹

- a) zda vyšetřovaný(á) trpí v současné době duševní poruchou,
- b) pokud vyšetřovaný(á) trpí duševní poruchou, zda tato duševní porucha je nikoliv jen přechodného rázu,

¹³⁷ O problematice znaleckých posudků ve vztahu k právní odpovědnosti zdravotnických pracovníků pojednávají např. autoři J. STOLÍNOVÁ a J. MACH v knize *Právní odpovědnost v medicíně* na s. 315-323.

¹³⁸ Jmenování a odvolávání znalců i výkon znalecké činnosti a její odměňování je upraveno zákonem o znalcích a tlumočnících (zákon č. 36/1967 Sb., ve znění pozdějších předpisů) a vyhláškou Ministerstva spravedlnosti vydanou k provedení tohoto zákona (vyhláška č. 37/1967 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Podle Těšínové, Žďárka a Policara zákon i vyhláška představují velmi starou a nevyhovující právní úpravu. TĚŠINOVÁ, J., ŽĎÁREK, R., POLICAR, R., *Medicínské právo*, s. 30.

¹³⁹ PAVLOVSKÝ, P., aj., *Soudní psychiatrie a psychologie*, s. 22-23.

¹⁴⁰ IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L., KLIMENT, P., Legitimita systému opatrovnictví, In *Aktuální otázky české a slovenské společnosti*, s. 268-269. Doporučení Ligy lidských práv č. 7 upozorňuje na nedostatky znalecké činnosti v oboru zdravotnictví a důraz klade zejména na vypracovávání kritérií pro hodnocení znaleckých posudků, blíže viz http://www.llp.cz/_files/file/SYSTEMOVE_DOPORUCENI_7.pdf.

¹⁴¹ Převzato ze znaleckých posudků pro řízení ke zbavení způsobilosti k právním úkonům.

- c) pokud vyšetřovaný(á) trpí duševní poruchou, o jakou poruchu se diagnosticky jedná a jaké jsou obecné příznaky této duševní poruchy z lékařského hlediska,
- d) zda duševní porucha vyšetřovaného (vyšetřované) ovlivňuje jeho volní a rozpoznávací schopnost ve vztahu k jeho chování při uspokojování životních potřeb, jednání s úřady a při účasti v pracovním uplatnění,
- e) zda je vyšetřovaný(á) schopna samostatně nakládat s majetkem a finančními prostředky, případně v jakém rozsahu,
- f) zda je možné vyšetřovaného vzhledem k jeho zdravotnímu stavu odesílat k soudnímu jednání a doručovat mu rozhodnutí.

Diagnostika v psychiatrii je poměrně náročná, neboť u velké části psychických poruch není známa etiologie a patogeneze.¹⁴² Závěr znaleckého posudku přitom má být maximálně objektivní.¹⁴³ Psychiatrický znalecký posudek je povinný, ale není jediný zdroj informací pro rozhodnutí ve věci; soud např. vyslyší osobu, která návrh podala nebo osobu, která má být omezena ve způsobilosti k právním úkonům. „Důkazy hodnotí soud podle své úvahy, a to každý důkaz jednotlivě a všechny důkazy v jejich vzájemné souvislosti; přitom pečlivě přihlíží ke všemu, co vyšlo za řízení najevo, včetně toho, co uvedli účastníci.“¹⁴⁴ Na návrh znalce může soud nařídít, aby dospělá osoba, o jejíž způsobilost k právním úkonům se jedná, byla po dobu nejvýše šesti týdnů vyšetřována ve zdravotnickém zařízení, jestliže je to nutné k provedení znaleckého posudku.¹⁴⁵ Soud dospělou osobu **zbaví způsobilosti k právním úkonům**, jestliže osoba trpí duševní poruchou, která není jen přechodná a kvůli této duševní poruše osoba není vůbec schopna činit právní úkony.¹⁴⁶ Soud dospělou osobu **omezí ve způsobilosti k právním úkonům** ve dvou případech.¹⁴⁷

- a) fyzická osoba trpí duševní poruchou, která není jen přechodná a kvůli této duševní poruše je tato osoba schopna činit jen některé právní úkony,
- b) fyzická osoba nadměrně požívá alkoholické nápoje nebo omamné prostředky či jedy a kvůli tomu je schopna činit jen některé právní úkony.

Osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům ztrácí různé základní práva a svobody, např. ztrácí rodičovskou zodpovědnost, ztrácí volební právo, nemůže být osvojitelem, nemůže

¹⁴² DUŠEK, K., PROCHÁZKOVÁ-VEČEŘOVÁ, A., *Diagnostika a terapie duševních poruch*, s. 21.

¹⁴³ BAŠTECKÝ, J., *Psychiatrie, právo a společnost*, s. 41.

¹⁴⁴ Zákon č. 99/1963 Sb., §132.

¹⁴⁵ Zákon č. 99/1963 Sb., § 5 a § 187, odst. 3.

¹⁴⁶ Zákon č. 40/1964 Sb., § 10, odst. 1.

¹⁴⁷ Zákon č. 40/1964 Sb., § 10, odst. 2.

uzavřít manželství, nemůže pořídit závěť, nemůže sama uzavřít pracovní smlouvu a nemůže sama zahájit žádné řízení kromě řízení o způsobilosti k právním úkonům. Osoba omezená ve způsobilosti k právním úkonům např. ztrácí rodičovskou zodpovědnost, nemůže být osvojitelem a může uzavřít manželství jenom se souhlasem soudu.¹⁴⁸ „Pouze pro osoby zbavené způsobilosti platí, že je lze bez jejich souhlasu, avšak se souhlasem opatrovníka umístit v ústavu sociální péče nebo v lůžkovém zdravotnickém zařízení.“¹⁴⁹ Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotnické péče upravuje občanský soudní řád.¹⁵⁰

Osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům může soud požádat o vrácení způsobilosti k právním úkonům. Jestliže soud její návrh zamítl a nelze-li očekávat zlepšení jejího stavu, může soud rozhodnout, že jí toto právo po přiměřenou dobu (nejdéle však po dobu jednoho roku ode dne právní moci tohoto rozhodnutí) nepřisluší.¹⁵¹ Soud může rozhodnout, že upustí od doručení rozhodnutí o způsobilosti k právním úkonům, jestliže podle závěrů znaleckého posudku adresát není s to význam rozhodnutí pochopit. Vydaný rozsudek soud zruší, jestliže se později ukáže, že pro zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům nebyly podmínky.¹⁵² Náklady řízení platí stát. Ten, kdo podá zjevně bezdůvodný návrh na zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům, je povinen nahradit újmy, které fyzické osobě, jeho zástupci a státu řízením vznikly.¹⁵³

Dospělá osoba, o jejíž způsobilost k právním úkonům se jedná, má právo dát se zastupovat v řízení zástupcem, jehož si zvolí; o tom a o svých dalších procesních právech a povinnostech musí být osoba, o jejíž způsobilost se jedná, poučena. Pokud si dospělá osoba nezvolí zástupce, soud ustanoví zástupcem pro řízení rodiče či jinou blízkou osobu (např. sourozence, vnučku, sestřenici apod.), nebrání-li tomu zvláštní důvody, zejména protichůdné zájmy mezi dospělou osobou a rodičem nebo jinou blízkou osobou, anebo mezi těmito osobami navzájem. Nemůže-li být zástupcem pro řízení ustanoven rodič či jiná blízká osoba, ustanoví soud zástupcem pro řízení advokáta. Advokát za zastupování obdrží odměnu, kterou mu hradí stát.¹⁵⁴ Stručně řečeno, zástupce pro řízení není totožný se stálým opatrovníkem. Zástupce pro řízení zastupuje dospělou osobu jen v průběhu řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům a toto oprávnění zaniká skončením řízení.

¹⁴⁸ MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M., *Jak poradit lidem s postižením v otázkách způsobilosti k právním úkonům*, s. 15-16 a s. 34.

¹⁴⁹ PAVLOVSKÝ, P., aj., *Soudní psychiatrie a psychologie*, s. 19.

¹⁵⁰ Blíže viz zákon č. 99/1963 Sb., § 191a až § 191g.

¹⁵¹ Zákon č. 99/1963 Sb., § 186, odst. 3.

¹⁵² Zákon č. 99/1963 Sb., § 187, odst. 3, § 189 a § 190.

¹⁵³ Zákon č. 99/1963 Sb., § 189; § 190; § 191, odst. 1 a odst. 2.

¹⁵⁴ Zákon č. 99/1963 Sb., § 187, odst. 1; § 140, odst. 2.

Jednání v řízení zahajuje předseda senátu, který taky jednání řídí, uděluje a odnímá slovo, provádí dokazování a vyhláší rozhodnutí. Jednání v řízení probíhá tak, že předseda senátu předvolá a vyslechne účastníky řízení a předvolá též všechny osoby, jejichž přítomnost je třeba, tzn. i navrhovatele a vždy znalce. Po zahájení jednání předseda senátu vyzve navrhovatele, aby přednesl návrh na zahájení řízení nebo sdělil její obsah; podání nepřítomných účastníků přečte nebo sdělí jejich obsah. Je-li to potřebné, předseda senátu účastníka též vyzve, aby svá tvrzení doplnil a aby navrhl k prokázání svých tvrzení důkazy. Další průběh jednání předseda senátu určuje podle okolností případu.¹⁵⁵ Od výsledku dospělé osoby, o jejíž způsobilost k právním úkonům se jedná, může soud upustit, nelze-li tento výsledek provést vůbec nebo bez újmy pro zdravotní stav. Pokud fyzická osoba, o jejíž způsobilost k právním úkonům se jedná, sama požádá, aby byla vyslechnuta, soud jí vyslechne.¹⁵⁶ Navrhovatel může vzít během řízení zpět návrh na jeho zahájení. „Je-li návrh vzat zpět, soud řízení zcela, popřípadě v rozsahu zpětvzetí návrhu, zastaví. Je-li návrh na zahájení řízení vzat zpět až po té, co již soud o věci rozhodl, avšak rozhodnutí není dosud v právní moci, soud rozhodne v rozsahu zpětvzetí návrhu též o zrušení rozhodnutí. Byl-li návrh na zahájení řízení vzat zpět až po té, co rozhodnutí o věci již nabylo právní moci, soud rozhodne, že zpětvzetí návrhu není účinné.“¹⁵⁷

V závěru jednání soud veřejně vyhlásí rozsudek, tzn., že soud dospělou osobu zbaví způsobilosti k právním úkonům nebo omezí ve způsobilosti k právním úkonům. Když soud osobu zbaví způsobilosti k právním úkonům, v rozsudku je na první straně formulovaný výrok soudu obvykle takto: „Vyšetřovaná Jana Nováková, narozená 1. ledna 1950, se zbavuje způsobilosti k právním úkonům.“¹⁵⁸ Když soud osobu omezí ve způsobilosti k právním úkonům, v rozsudku je obvykle napsané: „Soud omezuje Jana Novákovou, narozenou 1. ledna 1950, ve způsobilosti k právním úkonům tak, že není schopna nakládat s penězi a majetkovými hodnotami přesahujícími částku 700 Kč.“¹⁵⁹ Omezení způsobilosti k právním úkonům znamená, že soud v rozsudku vymezí, v jaké oblasti a v jakém rozsahu není člověk schopen činit právní úkony. Soud však může vymezit i tu oblast, ve které je osoba schopna činit právní úkony samostatně.¹⁶⁰ Omezení způsobilosti obvykle postihuje oblast majetkoprávní, zasahuje i do oblasti pracovněprávních a rodinněprávních vztahů.¹⁶¹ Rozsudek obsahuje odůvodnění

¹⁵⁵ Zákon č. 99/1963 Sb., § 117, odst. 1 a § 118, odst. 1 a odst. 2.

¹⁵⁶ Zákon č. 99/1963 Sb., § 187, odst. 2 a § 189.

¹⁵⁷ Zákon č. 99/1963 Sb., § 85, odst. 1 a odst. 3.

¹⁵⁸ Jméno, příjmení a datum narození je vymyšlené.

¹⁵⁹ Jméno, příjmení a datum narození je vymyšlené.

¹⁶⁰ PAVLOVSKÝ, P., aj., *Soudní psychiatrie a psychologie*, s. 18.

¹⁶¹ Zákon č. 262/2006 Sb., § 6, odst. 2 a § 10, odst. 2.

a poučení, ve kterém soud uvede, v jaké lhůtě a k jakému soudu je možné podat opravný prostředek. Lhůta pro podání odvolání je 15 dnů ode dne doručení.¹⁶²

V případě, že dojde k zásahu do způsobilosti k právním úkonům, soud posléze zahájí **řízení opatrovnické**¹⁶³, tzn. soud osobě zbavené způsobilosti nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům ustanoví **zákonného zástupce**. „Zákonným zástupcem fyzické osoby, která byla rozhodnutím soudu zbavena způsobilosti k právním úkonům nebo jejíž způsobilost k právním úkonům byla rozhodnutím soudu omezena, je soudem ustanovený **opatrovník**.“¹⁶⁴ Soud preferuje, aby opatrovníkem byl příbuzný člověk nebo jiná osoba, která splňuje podmínky pro ustanovení opatrovníka. Nemůže-li být opatrovníkem ustanoven příbuzný fyzické osoby ani jiná osoba, která splňuje podmínky pro ustanovení, ustanoví soud opatrovníkem orgán místní správy, popř. jeho zařízení, jestliže je oprávněno vystupovat svým jménem.¹⁶⁵

Když soud rozhodne o omezení ve způsobilosti k právním úkonům a ustanoví opatrovníkem právnickou osobu (např. obec), tak usnesení bývá formulováno obvykle takto: „Obec Horní Dolní se ustanovuje opatrovníkem Jany Novákové, narozené 1. ledna 1950, omezené ve způsobilosti k právním úkonům, trvale bytem Horní Dolní, Panská 6. Opatrovník je oprávněn a povinen Janu Novákovou zastupovat, vyřizovat její záležitosti, přijímat pro ni důchod, s tímto nakládat v její prospěch, spravovat její majetek s péčí řádného hospodáře, a dbát přitom pokynu soudu.“¹⁶⁶ Souhlas obce jako veřejného opatrovníka s opatrovnictvím není nutný, protože výkon veřejného opatrovníka je povinností místní správy.¹⁶⁷ Soukromý opatrovník (fyzická osoba) skládá do rukou předsedy senátu slib, že bude řádně vykonávat své povinnosti a bude přitom dbát pokynů soudu. Po složení slibu mu předseda senátu vydá „Listinu o ustanovení opatrovníka“, která obsahuje pověření k zastupování nezpůsobilé dospělé osoby a vymezení rozsahu práv a povinností vyplývajících z tohoto pověření. Rozsah práv a povinností opatrovníka je tedy vymezený jednak v usnesení, jednak v Listině o ustanovení opatrovníka.¹⁶⁸

¹⁶² MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M., *Jak poradit lidem s postižením v otázkách způsobilosti k právním úkonům*, s. 36 a s. 38.

¹⁶³ Zákon č. 99/1963 Sb., § 192, odst. 1.

¹⁶⁴ Zákon č. 40/1964 Sb., § 27, odst. 1.

¹⁶⁵ Zákon č. 40/1964 Sb., § 27, odst. 3.

¹⁶⁶ Obec, jméno, příjmení a datum narození, včetně bydliště, jsou vymyšlené.

¹⁶⁷ MDAC, *Opatrovnictví a lidská práva v České republice*, s. 10; MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M., *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*, s. 129.

¹⁶⁸ Zákon č. 99/1963 Sb., § 180.

Soud je povinen informovat o řízení o ustanovení opatrovníka všechny včetně dotčené osoby.¹⁶⁹ O ustanovení opatrovníka soud rozhoduje usnesením. Osoba musí splňovat požadavky kladené na opatrovníka, především by měl být mezi opatrovanou osobou a opatrovníkem vztah důvěry a osoba opatrovníka by měla být bezúhonná a požívající dobré pověsti. Pokud má soud za prokázané, že osoba splňuje požadavky kladené na osobu opatrovníka a že je ochotna funkci opatrovníka převzít a vykonávat, soud v usnesení vymezí opatrovníkovi jeho práva a povinnosti vůči opatrované osobě. „Zákonní zástupci jsou povinni též spravovat majetek těch, které zastupují, a nejde-li o běžnou záležitost, je k nakládání s majetkem třeba schválení soudu. Dojde-li ke střetnutí zájmů zákonného zástupce se zájmy zastoupeného nebo ke střetnutí zájmů těch, kteří jsou zastoupeni tímž zákonným zástupcem, ustanoví soud zvláštního zástupce.“¹⁷⁰

Za výkon funkce opatrovníka nepřísluší opatrovníkovi odměna, opatrovnictví není sociální službou. Funkce opatrovníka je funkce čestná. Délka trvání opatrovnictví je stanovena na dobu neurčitou. Opatrovník může podat návrh na zproštění funkce, např. z důvodu nemoci, o němž opět rozhoduje místně příslušný soud. Funkce opatrovníka zaniká též odvoláním opatrovníka soudem. Soud odvolá opatrovníka, jestliže se stane pro výkon funkce opatrovníka nezpůsobilý nebo porušuje své povinnosti. Funkce opatrovníka zaniká také v případě, že opatrovník nebo opatrovaná osoba zemře. V případě smrti opatrovníka ustanoví soud nového. Opatrovnictví podléhá kontrole ze strany soudu. Soud dohlíží na řádné plnění povinností opatrovníka a vyřizuje podněty a upozornění týkající se jeho činnosti. Soud dále dohlíží na správu majetku vykonávanou opatrovníkem a činí nutná a vhodná opatření ke zjištění i zajištění tohoto majetku. Opatrovník předkládá soudu po skončení zastupování závěrečný účet ze správy majetku; soud mu též může uložit, aby mu během zastupování podával pravidelné zprávy o své činnosti.¹⁷¹ Lze shrnout, že konečnou podobu opatrovnictví v konkrétní společnosti utváří kulturní systém jako obecný výraz sdílených hodnot, z toho důvodu je velmi důležitý proces posuzování způsobilosti, který je lidským úsilím a jako takový je vybudován na znaleckém dokazování a v konečném důsledku na soudním rozhodování.¹⁷² Přijetím úmluvy se ČR zavázala k implementaci všech práv a svobod, které úmluva garantuje, to předpokládá i zásadní změnu systému opatrovnictví v ČR.¹⁷³

¹⁶⁹ Zákon č. 99/1963 Sb., § 81, odst. 3.

¹⁷⁰ Zákon č. 40/1964 Sb., § 28 až § 30.

¹⁷¹ Zákon č. 99/1963 Sb., § 193, odst. 1 a odst. 2.

¹⁷² JURÍČKOVÁ, L., IVANOVÁ, K., KLIMENT, P., Adult Guardianship System in the Czech Republic in Comparison with Selected European Union Countries, *Sociológia – Slovak Sociological Review*, 2011, roč. 43, č. 3, s. 270.

¹⁷³ MATIAŠKO, M., *Lidé s mentálním a duševním postižením a problém jejich právního postavení v České republice*, <http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2010052003>.

2 OPATROVNICTVÍ: MAKROSPOLEČENSKÝ RÁMEC

Z prognózy populačního vývoje ČR na období 2008 – 2070 vyplývá, že počet obyvatel v ČR vzroste a česká populace bude dále progresivně stárnout, tzn. bude přibývat osob ve věku nad 65 let (i nad 80 let).¹⁷⁴ Z důvodů stárnutí seniorů lze předpokládat, že „potřeba institucionální péče se bude v budoucnu, i přes rozvoj komunitních služeb, zvyšovat. Stárnutí populace tak bude mít značné důsledky nejen na zdravotnické a sociální služby, a to především na jejich organizaci a financování, ale i na jejich strukturu, protože senioři mají své specifické potřeby, které je nutné respektovat.“¹⁷⁵ Staří, křehcí (frail)¹⁷⁶ a zranitelní (vulnerable) lidé jsou často zbavováni způsobilosti nebo omezováni ve způsobilosti k právním úkonům, a v důsledku toho nemohou o sobě rozhodovat ani oblastech rodinného života, manželství, místa pobytu, či volby zdravotnické péče, což přispívá k jejich sociálnímu vyloučení.¹⁷⁷ Demografická situace v ČR vyžaduje celospolečenská řešení, zejména v oblasti zdravotní i sociální politiky.¹⁷⁸

2.1 Demografická situace v České republice a její dopad na opatrovnictví

Demografická situace v ČR se za posledních 10-15 let výrazně změnila. V ČR dochází k oslabení sociální a reprodukční funkce rodiny, klesá sňatečnost, vzrůstá rozvodovost, snižuje se i plodnost a porodnost.¹⁷⁹ Podle Heluse, Matouška a Goodyho pokles porodnosti a sňatečnosti, spojený s nárůstem rozvodovosti, provází i další jevy – přibývá dětí vyrůstajících jen s jedním rodičem a přibývá také nesezdaných manželství.¹⁸⁰ Z hlavních závěrů projekce obyvatelstva ČR do roku 2050 vyplynulo, že obyvatelstvo ČR výrazně zestárne.¹⁸¹

¹⁷⁴ BURCIN, B., KUČERA, T., *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008 – 2070*, s. 28-29.

¹⁷⁵ IVANOVÁ, K., aj., *ADEL*, s. 59.

¹⁷⁶ O stařecké křehkosti blíže viz IVANOVÁ, K., ŠPATENKOVÁ, N., BUŽGOVÁ, R., Riziková senioři – sociální fenomén demografického stárnutí populace, In *Acta Sociologica – Andragogica 2009*, s. 70.

¹⁷⁷ IVANOVÁ, K., *Ochrana křehkých a nekompetentních seniorů v ČR*, s. 34.

¹⁷⁸ JURÍČKOVÁ, L., IVANOVÁ, K., KLIMENT, P., Adult Guardianship System in the Czech Republic in Comparison with Selected European Union Countries, *Sociológia – Slovak Sociological Review*, 2011, roč. 43, č. 3, s. 268.

¹⁷⁹ ÚZIS ČR, *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*, s. 11; MOŽNÝ, I., *Rodina a společnost*, s. 266.

¹⁸⁰ HELUS, Z., *Sociální psychologie pro pedagogy*, s. 142; MATOUŠEK, O., *Rodina jako instituce a vztahová síť*, s. 42; MATULNÍK, J., aj., Poznatky z výzkumu Sociálne a zdravotné dôsledky zmien demografického správania na Slovensku, In *Sociálne dimenzie zdravia a zdravotníctva*, s. 223.

¹⁸¹ ČSÚ, *Populační prognóza ČR do r. 2050*, s. 20.

Podle demografické prognózy (střední varianta projekce populačního vývoje) bude v roce 2050 žít v ČR přibližně půl milionu občanů ve věku 85 a více let a téměř tři miliony osob starších 65 let. Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy. Předpokládá se, že v období let 2000 až 2050 se v hospodářsky vyspělých zemích zvýší podíl lidí ve věku 80 a více let třikrát, avšak počet stoletých a starších 15,5krát.¹⁸² ČR se tak stane jednou z nejstarších evropských zemí.¹⁸³ V uvedeném kontextu zůstává objektivním imperativem doby vypracování a realizace následujících koncepcí: „1. efektivní státní politiky směřující k vytváření základních životních podmínek mladých lidí umožňující svobodné rozhodování o vlastní reprodukci (bytová politika, politika zaměstnanosti atd.); 2. aktivní (i)migrační a integrační politiky státu, protože bez zvýšeného přísunu mladšího obyvatelstva z jiných zemí nebude možné ve střednědobé ani dlouhodobé perspektivě zabránit značným úbytkům a v omezené míře i rychlému stárnutí obyvatelstva; 3. sociální, rodinné a zdravotní politiky státu, a to zejména, nikoli však pouze v oblasti péče o seniory ve vyšším a vysokém věku; 4. plnohodnotné reformy důchodového systému.“¹⁸⁴

2.1.1 Proměny struktury obyvatelstva

Počet obyvatel v ČR se v posledních 5 letech zvyšoval vlivem přirozené měny a vlivem migrace. V ČR bylo k 31. 12. 2010 evidováno celkem 10 532 770 osob, z toho 5 168 799 mužů a 5 363 971 žen. Ve srovnání s rokem 2009 se počet obyvatel zvýšil o 26 tisíc osob. Počet narozených se ve srovnání s rokem 2009 snížil, k poklesu došlo i v počtu zemřelých, takže přirozený přírůstek byl opět kladný, i když nižší (o 618 osob) než v roce 2009. Vzhledem k tomu, že se meziročně snížil počet přistěhovalých a vzrostl počet vystěhovalých, je zaznamenáno snížení i v počtu obyvatel, kterých přibýlo vlivem migrace. Na celkovém počtu obyvatel k 31. 12. 2010 se 14,4 % podílely děti mladší 15 let, podíl osob ve věku 65 let a více činil 15,5 %. Ve srovnání s rokem 2009 se podíl obou věkových skupin na celkovém počtu obyvatel nepatrně zvýšil.¹⁸⁵ Počet osob v ČR ve věku nad 65 let v letech 1991 – 2010 znázorňuje obr. 3 na s. 48.¹⁸⁶

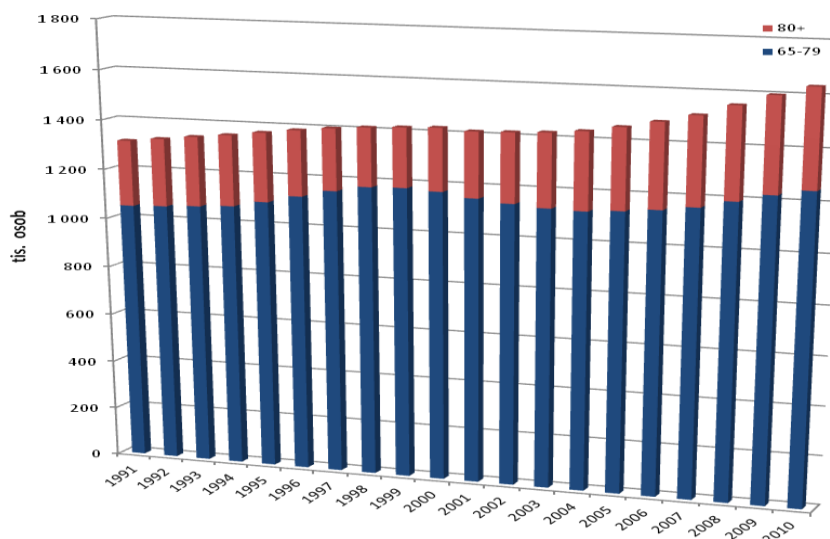
¹⁸² ČSÚ, *Populační prognóza ČR do r. 2050*, s. 20; BURCIN, B., KUČERA, T., *Nová kmenová prognóza populačního vývoje České republiky (2003-2065)*, *Demografie 2004*, roč. 46, č. 2, s. 100-111; *World Population Ageing 2009*, http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf.

¹⁸³ MAŠKOVÁ, M., *Problémy s demografickým stárnutím*, In *Demografie (nejen) pro demografy*, s. 223.

¹⁸⁴ BURCIN, B., KUČERA, T., *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008 – 2070*, s. 29-30.

¹⁸⁵ ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka 2010*, s. 13.

¹⁸⁶ Zdroj: POLÁŠEK, V., ČSÚ Olomouc (20. 12. 2011).



Obr. 3 – Počet osob v ČR ve věku nad 65 let

Vzhledem k zaměření práce na opatrovnictví dospělých osob v Olomouckém kraji a Moravskoslezském kraji je vhodné popsat i proměny struktury obyvatelstva v těchto krajích. Olomoucký kraj měl k 1. 7.¹⁸⁷ 2010 celkem 641 661 obyvatel, z toho 328 241 žen a 313 420 mužů. Z 641 661 obyvatel bylo nejvíce (8,5 %) ve věkové skupině 30-34 let. Rozloha kraje je 5 267 km² (tj. 6,7 % z celkové rozlohy ČR). Kraj je složen z pěti okresů (Jeseník, Olomouc, Prostějov, Přerov a Šumperk). V kraji je 399 obcí. Nejvíce osob (231 897) bylo k 1. 7. 2010 evidováno v okrese Olomouc (z toho 15,4 % ve věku nad 65 let), potom v okrese Přerov (134 072 osob, z toho 16,1 % ve věku nad 65 let), v okrese Šumperk (124 395 osob, z toho 15,3 % ve věku nad 65 let), v okrese Prostějov (110 122 osob, z toho 16,3 % ve věku nad 65 let) a v okrese Jeseník (41 175 osob, z toho 14,3 % ve věku nad 65 let). Ve všech okresech Olomouckého kraje je výrazné zastoupení žen.¹⁸⁸

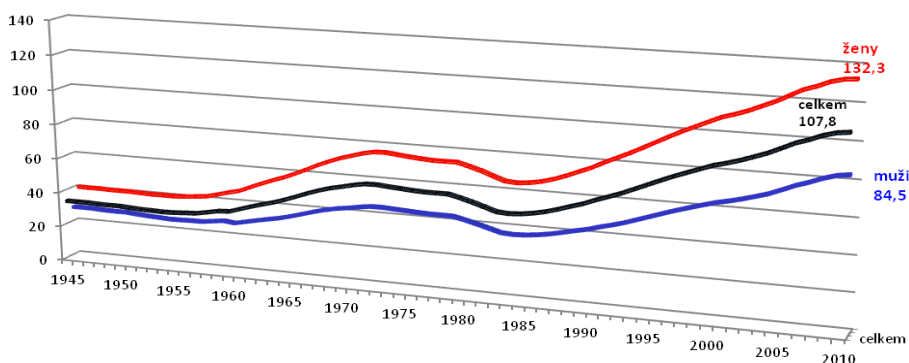
Moravskoslezský kraj měl k 1. 7. 2010 celkem 1 244 739 obyvatel, z toho 635 671 žen a 609 068 mužů. Z 1 244 739 obyvatel bylo nejvíce (8,1 %) ve věkové skupině 30-34 let. Rozloha kraje je 5 427 km². Svou rozlohou 5 427 km² zaujímá 6,9 % území celé ČR a řadí se tak na 6. místo mezi všemi (14ti) kraji. Kraj je složen z šesti okresů (Bruntál, Frýdek-Místek, Karviná, Nový Jičín, Opava a Ostrava). V kraji je 299 obcí. Nejvíce osob (334 599) bylo k 1. 7. 2010 evidováno v okrese Ostrava (z toho 15,7 % ve věku nad 65 let), potom v okrese Karviná (271 305 osob, z toho 15,3 % ve věku nad 65 let), v okrese Frýdek-Místek (211 728 osob, z toho 15,0 % ve věku nad 65 let), v okrese Opava (177 010 osob, z toho 15,0 % ve věku nad 65 let), v okrese Nový Jičín (152 580 osob, z toho 14,2 % ve věku nad 65 let) a v okrese

¹⁸⁷ Tzn. „střední stav“. Použití tohoto data je vhodné proto, že případné propočty na 1 000 obyvatel se počítají k tomuto stavu. IVANOVÁ, K., aj., ADEL, s. 18.

¹⁸⁸ ÚZIS ČR, Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2010, s. 14, 16.

Bruntál (97 517 osob, z toho 13,6 ve věku nad 65 let). Rovněž v okresech Moravskoslezského kraje je výrazné zastoupení žen.¹⁸⁹

Pokud se zaměříme na vývoj počtu obyvatel v obou krajích v letech 1991 – 2010, tak zjistíme, že Olomoucký kraj měl v zastoupení osob ve věku nad 65 let v celkovém obyvatelstvu a zejména vývoj jejich početního stavu blízký hodnotám za celou ČR. Zpočátku byl podíl dokonce nižší než v celé ČR (v roce 1991 v Olomouckém kraji 12,5 %, v ČR 12,8 %), od roku 2005 však již údaj Olomouckého kraje podíl za celou ČR převýšil (v roce 2010 v Olomouckém kraji 15,8 %, v ČR 15,5 %). V Moravskoslezském kraji bylo zastoupení osob ve věku nad 65 let na počátku uvedeného období nižší o 1,8 procentních bodů, ovšem vzhledem k rychlejšímu tempu růstu jejich početních stavů se podíl přiblížil k hodnotě za ČR (v roce 2010 byl údaj menší než za ČR již jen 0,3 procentních bodů).¹⁹⁰ Specifičtější informace představuje index stáří, tj. počet osob ve věku nad 65 let připadajících na 100 dětí do 15 let. Index stáří v ČR vzrostl z hodnoty 107,0 v roce 2009 na hodnotu 107,8 v roce 2010, viz obr. 4.



Obr. 4 – Index stáří v ČR podle pohlaví a celkem

Syntetickým ukazatelem úmrtnostních poměrů je střední délka života – naděje dožití,¹⁹¹ která v dlouhodobém vývoji roste. V letech 1989 – 2009 došlo k nárůstu střední délky života při narození u mužů o 6,1 roku, u žen o 4,7 roku.¹⁹² V Olomouckém kraji ukazatel naděje dožití při narození se zvýšil v kraji v letech 2009 – 2010 u mužů o 0,1 roku na 74,0 let a u žen

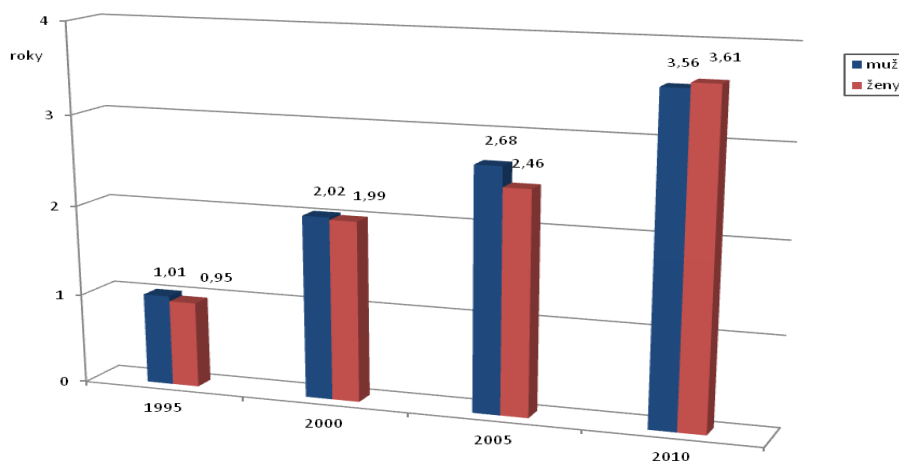
¹⁸⁹ ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2010*, s. 16, 18.

¹⁹⁰ Zdroj: POLÁŠEK, V., ČSÚ Olomouc (20. 12. 2011).

¹⁹¹ Střední délka života je „střední hodnota počtu let zbývajících do smrti x-letému člověku za předpokladu zachování úmrtnosti z období výpočtu (při narození = ve věku 0).“ ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2010*, s. 166.

¹⁹² ÚZIS ČR, *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*, s. 11.

o 0,3 roku na 80,3 let. V Moravskoslezském kraji ukazatel naděje dožití mírně vzrostl, v letech 2009 – 2010 činil u žen 79,7 a u mužů 72,6 let. Ženy se dožívají v průměru o 6,3 roku více.¹⁹³ Obr. 5 ukazuje, že naděje dožití vzrůstala v hodnocené období (1995, 2000, 2005, 2010) trvale. Každý údaj za vybrané roky (v pětiletých intervalech) a vybrané roky věku života znamenal nárůst. Většinou bylo zvýšení u mužů větší než u žen, pouze ve věku 65 let bylo přírůstek při porovnání roků 2010 a 1989 u žen mírně vyšší. Střední délka života však zůstává u žen stále zřetelně vyšší než u mužů.



Obr. 5 – Přírůstek střední délky života v ČR ve věku 65 let

Z prognózy populačního vývoje ČR na období 2008 – 2070 vyplývá, že obyvatelstvo ČR bude stárnout především shora věkové struktury, tzn., že bude přibývat osob ve vyšším věku (počet osob ve věku nad 65 let bude jedinou částí populace, která početně poroste, rovněž se bude zvyšovat počet osob ve věku nad 80 let – prodlužování lidského života v důsledku zlepšování úmrtnostních poměrů ve vyšším věku).¹⁹⁴

2.1.2 Proměny rodinných struktur

Z dalších demografických charakteristik je patrný klesající význam formálního manželského svazku v demografické reprodukci a v životě společnosti, o tom vypovídá klesající úroveň sňatečnosti, rostoucí rozvodovost a také neustále se zvyšující podíl dětí narozených nevdaným ženám.¹⁹⁵ V ČR přibývá domácností v čele s jedním dospělým

¹⁹³ ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2010*, s. 12; ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2010*, s. 14.

¹⁹⁴ BURCIN, B., KUČERA, T., *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008 – 2070*, s. 28-29.

¹⁹⁵ ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka 2010*, s. 17.

(nejčastěji matkou) a zejména domácností jednotlivců.¹⁹⁶ Manželství, rodina a životní styl jsou v současné době ovlivňovány kulturou současné společnosti, sociální i rodinnou politikou, strukturou ekonomiky a legislativou v oblasti utváření i rozpadu rodiny. Až do poloviny 60. let 20. století byla intenzita sňatečnosti v Evropě vysoká s trendem uzavírání prvních sňatků v mladém věku. Od poloviny 60. let však došlo v řadě evropských zemí v partnerských vztazích a ve formování rodin k významným změnám. Tradiční manželství začalo ztrácet na významu a rodinný model začal být nahrazován neformálním partnerstvím. Klesající trend ve frekvenci uzavírání sňatků je doprovázen tendencí odkládat sňatky do vyššího věku.¹⁹⁷

Sňatky a rozvody jsou demografickými událostmi, které se v oblasti zdraví a zdravotnictví odrážejí nepřímo, jako možnosti péče o nemocné či osoby zbavené způsobilosti nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům.¹⁹⁸ Statistika dokládá dlouhodobý proces uvolňující se vazby mezi sňatkem ženy a (následným) narozením jejího prvního dítěte v české společnosti. Významně přitom roste i podíl dětí narozených mimo manželství.¹⁹⁹ Pohled na proměny české rodiny a manželství nabízí řada autorů, např. Možný, Rabušic, Kuchařová, Tuček, Hašková a jiní.²⁰⁰ Podle Možného v letech 1961 – 2001 v ČR byl zaznamenán trvalý pokles podílu rodinných domácností, tj. domácností, jejíž osazenstvo tvoří heterosexuální pár, ať už sezdáný, anebo ne, s dětmi, anebo bez nich. Podíl domácností neúplných rodin (jeden rodič s alespoň jedním dítětem) se téměř zdvojnásobil z 8 % v roce 1961 na 14 % v roce 2001. Paralelně s tím narůstá i podíl domácností jednotlivců. Nárůst domácností jednotlivců je dán tím, že přibylo samostatně bydlících mladých lidí, jsou to zejména mladí muži, kteří v ČR žijí „single“, ať už svobodní, anebo rozvedení. Uvedený typ soužití zpravidla doplňuje partner ženy, který ale s ní nebydlí, tzv. partnerství bez soužití.²⁰¹ V roce 2010 bylo zjištěno celkem zhruba 4 150 tis. domácností. Domácnosti jednotlivců tvořily necelou čtvrtinu všech domácností (23,5 %). V čele těchto domácností stály většinou ženy. V čele téměř čtvrtiny domácností stály osoby starší 65 let.²⁰²

¹⁹⁶ MOŽNÝ, I., *Rodina a společnost*, s. 253.

¹⁹⁷ SRB, V., *1000 let obyvatelstva českých zemí*, s. 226, 209.

¹⁹⁸ ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka 2010*, s. 13.

¹⁹⁹ ÚZIS ČR, *Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2010*, s. 19-21. Rychle se zvyšující zastoupení dětí narozených nevdaným ženám však neznamená, že stejnou měrou přibývá dětí, které vychovává pouze sama matka. Pro tuto skutečnost svědčí i statistika dětí, u kterých nebyly v hlášení o narození uvedeny identifikace otce, blíže viz [http://www.kvary.czso.cz/csu/2011ediciplan.nsf/t/F7003184CB/\\$File/400711.pdf](http://www.kvary.czso.cz/csu/2011ediciplan.nsf/t/F7003184CB/$File/400711.pdf).

²⁰⁰ Viz např. MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. Praha: SLON, 2006; RABUŠIC, L. *Kde ty všechny děti jsou?* Praha: Sociologické nakladatelství, 2001; TUČEK, M., aj. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003.

²⁰¹ MOŽNÝ, I., *Rodina a společnost*, s. 253. Viz též HELUS, Z., *Sociální psychologie pro pedagogy*, s. 146-147.

²⁰² ČSÚ, *Ženy a muži v datech*, s. 26.

Z prognózy struktury domácností do roku 2030 vyplývá, že bude při stagnaci počtu obyvatelů přibývat cenzových domácností²⁰³ zhruba do roku 2020, poté dojde k mírnému poklesu. Bude to způsobeno zejména dlouhodobým úbytkem počtu úplných rodinných domácností se závislými dětmi (tj. dětí ekonomicky závislých na rodičích). Naproti tomu bude i při poklesu intenzity manželského (partnerského) soužití starších početně silnějších generací neustále přibývat úplných rodinných domácností bez závislých dětí, které se stanou častějším způsobem života i ve věku nad 75-80 let. Kolem roku 2010 dosáhne vrcholu počet neúplných rodinných domácností se závislými dětmi, poté se začne snižovat úměrně tomu, jak bude vysychat zdroj jejich vytváření ze stále nižších počtů úplných rodin se závislými dětmi. Poměrně rychle se bude zvyšovat počet ostatních vícečlenných domácností (tj. neúplných rodinných domácností bez závislých dětí a ostatních typu prarodič s nezávislým vnukem, dva sourozenci aj.), částečně z tlaků vzniklé sociální situace. Počet domácností jednotlivců by se měl zvýšit během třiceti let téměř o 400 tisíc na více než 1,6 milionů, a to zejména vlivem rostoucích počtů osob ve vyšším věku, přes určitou už naznačenou redukci. Cenzové domácnosti podle výsledků sčítání 1980-2001 a prognóza do roku 2030 viz tab. 3.²⁰⁴

Tab. 3 – Cenzové domácnosti a prognóza do roku 2030

Cenzové domácnosti (se závislými, resp. bez závislých dětí) v tisících	1980	1991	2001	2010	2020	2030
- úplné rodinné s dětmi	1 476	1 396	1 091	1 128	1 052	906
- úplné rodinné bez dětí	1 081	1 117	1 243	1 325	1 375	1 410
- neúplné rodinné s dětmi	204	254	343	365	353	316
- ostatní vícečlenné	176	195	318	338	367	392
- jednotlivců	939	1 090	1 276	1 414	1 527	1 640
Celkem	3 876	4 052	4 271	4 570	4 674	4 664
Úhrn obyvatelstva	10 292	10 302	10 230	10 305	10 404	10 376
z toho ve věku 75+	463	530	570	702	889	1 304

Podle Kučery a Bartoňové předpokládaný vývoj počtu a složení cenzových domácností do roku 2030 bude mít závažné společenské důsledky: 1. Zvyšující počty osob dožívajících se vysokého věku (v roce 2030 uvažovaných 326 tisíc osob starších 85 let) povedou k nutnosti vytvářet podmínky pro to, aby objektivně zvýšené počty chronicky nemocných (nebo bezmocných) mohly dožít při větší finanční podpoře ze společenských zdrojů v rodinách dětí či vnuků místo, aby tito lidé vytvářeli samostatně bydlící domácnosti jednotlivců s potřebou vysoce nákladné zdravotní i sociální péče. 2. Úbytky vícečlenných rodinných

²⁰³ „Struktura domácnosti je v ČR statisticky diferencovaná na 3 druhy domácnosti: bytové, hospodářské a cenzové. Cenzová domácnost se nejvíce blíží rodině, protože je odvozená z příbuzenských vztahů a hospodaření.“
IVANOVÁ, K., aj., *ADEL*, s. 33.

²⁰⁴ KUČERA, M., BARTOŇOVÁ, D., *Jaká bude struktura domácností v roce 2030?*,
http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=271.

domácností povedou k tomu, že se bude postupně snižovat prostor pro poskytování rodinné péče (zdravotní a sociální) v rámci rodin potomků, kteří by byli schopni i ochotni ji zabezpečovat. Opatřeními ve sféře sociální péče o starší osoby neschopné samostatného života je nutné včas předcházet opakování dřívějšího „odkládání“ přestárých do domovů důchodců zřizováním vhodnějších zařízení. 3. Růst životních nákladů při nižších příjmech z důchodů povede k zesilování zájmu o „dožívání“ jednotlivců i manželských dvojic v různých zařízeních sociální péče, proto je nutné připravit s předstihem potřebné kapacity i personál. Prognóza předpokládaného vývoje počtu a složení domácností tak naznačuje potřebu vytvářet různé instituce, které by dokázaly zmírnit negativní následky populačního stárnutí při pozitivním prodlužování lidského života.²⁰⁵

2.2 Zdravotnicko-sociální kontext opatrovnickví osob s duševní poruchou

Podle World Health Organization (dále WHO) je duševní zdraví jednou z hlavních příčin nerovností v oblasti zdraví v Evropě. Duševní poruchy jsou druhým největším faktorem k zátěži nemocí v evropském regionu (19 %) a nejčastější příčinou invalidity.²⁰⁶ Zlepšení a podpora duševního zdraví je zásadní pro zvýšení kvality života ve stáří.²⁰⁷ Z demografické statistiky (viz oddíl 2.1.1) vyplynulo, že česká populace stárne a jde o trend, který bude v ČR nadále pokračovat. Zvyšování počtu osob ve vyšším věku významně ovlivní zdravotní i sociální sféru, neboť se zvyšujícím se věkem narůstá prevalence chorob a multimorbidita, včetně demence.²⁰⁸ Celkový počet pacientů v ČR trpících demencí se odhaduje na 100 tisíc osob, prevalence je přibližně 1 % všech občanů. V populaci nad 65 let je četnost výskytu přibližně 5 %, objevuje se asi 10 nových případů na 1 000 osob za rok. Ve věkové kategorii nad 85 let trpí demencí 30 až 50 % jedinců, objevuje se přibližně 90 případů na 1 000 jedinců za rok.²⁰⁹ Komplexní terapie onemocnění demence vyžaduje i značné ekonomické náklady.²¹⁰

²⁰⁵ KUČERA, M., BARTOŇOVÁ, D., *Jaká bude struktura domácností v roce 2030?*, http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artcID=271

²⁰⁶ WHO, *The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/147724/wd09E_Health2020_111332.pdf.

²⁰⁷ *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*, bod 6.11, <http://www.mpsv.cz/cs/2857>.

²⁰⁸ JURÍČKOVÁ, L., KLIMENT, P., IVANOVÁ, K., *Důvody zbavení způsobilosti k právním úkonům a volba opatrovníka v seniorském věku*, In *Týmová péče o seniory*, s. 18.

²⁰⁹ JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., aj., *Demence a jiné poruchy paměti*, s. 21; PIDRMAN, V., *Demence*, s. 15; KUČEROVÁ, H., *Demence v kazuistikách*, s. 10.

²¹⁰ Odhaduje se, že na jednoho pacienta trpícího demencí v zemích západní Evropy se za jeden rok vydá přibližně 15 000 až 25 000 euro. PIDRMAN, V., *Demence*, s. 15.

Dospělé osoby často bývají zbaveny způsobilosti nebo omezeny ve způsobilosti k právním úkonům z důvodu demence.²¹¹ V oddílu 1.3.2 bylo zdůrazněno, že zbavení způsobilosti nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům sleduje primárně ochranu duševně chorých a jedním ze stěžejních důkazů pro rozhodnutí soudu o zbavení způsobilosti nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům je znalecký posudek. Znalecké posudky významně ovlivňují lidské životy – znalci z oboru psychiatrie stanovují diagnózu, která je důvodem pro zbavení způsobilosti k právním úkonům.²¹² Oficiální nomenklatura v psychiatrii je dána především koncepcí oboru psychiatrie a vychází (na evropském kontinentě) z MKN-10.²¹³ Podle dokumentu WHO „Zdraví 21 – zdraví do 21. století“ do roku 2020 pro lidi s duševní poruchou by měly být plně dostupné komplexní služby.²¹⁴ V ČR jsou systémy zdravotní a sociální péče rezortně odděleny, přestože existuje těsná návaznost a provázanost této péče. Gerontologická péče se sférou sociální není dostatečně koordinována.²¹⁵

2.2.1 Klasifikace duševních poruch podle MKN-10

V návaznosti na cíle práce je vhodné popsat nejčastější typy duševních poruch. Vychází se z MKN-10.²¹⁶ Platná a závazná pro psychiatry jsou tzv. diagnostická kritéria, která musí být splněna, má-li být diagnostikována konkrétní duševní porucha.²¹⁷ Duševní poruchy zahrnují celou škálu onemocnění, kterým jsou v MKN-10 v kapitole V. „Duševní poruchy a poruchy chování“ vymezeny diagnózy s písmenem F (F00-F99). Patří sem tyto (třímístné) skupiny psychiatrických diagnóz.²¹⁸

²¹¹ JURÍČKOVÁ, L., KLIMENT, P., IVANOVÁ, K., Důvody zbavení způsobilosti k právním úkonům a volba opatrovníka v seniorském věku, In *Týmová péče o seniory*, s. 18.

²¹² LIGA LIDSKÝCH PRÁV, MDAC, *Problémy v činnosti soudních znalců z oboru zdravotnictví*, s. 3.

²¹³ SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 29.

²¹⁴ WHO, *Zdraví 21 – zdraví do 21. století*, s. 39.

²¹⁵ *Koncepce oboru psychiatrie*, <http://www.ceskapsychiatrie.cz>.

²¹⁶ MKN-10 „zařazuje a třídí do určitého počtu kategorií a skupin všechny nemoci, příčiny smrti a zdravotní problémy, včetně okolností jejich vzniku, s nimiž se setkáváme. [...] Uplatňuje se jak při analýze epidemiologické situace, monitorování incidence a prevalence nemocí a jiných zdravotních problémů, tak při financování, rozdělování zdrojů a sledování kvality zdravotní péče.“ ÚZIS ČR, *MKN-10 a její aktualizace*, s. 1, http://www.uzis.cz/cz/mkn/MKN-10_aktualizace.pdf. Viz též MKN-10, <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

²¹⁷ SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 30-32.

²¹⁸ Kódová čísla, která následují za termínem, označují položky a podpoložky, do kterých se termín má zařadit. Pokud jde o třímístný kód, předpokládá se, že kategorie se dále nečlení. Podrobnější členění duševních poruch a poruch chování, včetně příslušné charakteristiky duševních poruch, je uvedeno na adrese: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

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

Lužný a Ivanová uvádějí: „V gerontopsychiatrii je typickou duševní poruchou působící závažné změny v rozpoznávacích, paměťových a ovládacích schopnostech demence, zejména pak v jejích pokročilých stadiích. Zvláštní ohled při posuzování způsobilosti k právním úkonům u seniorů s demencí platí zejména v případě takových aplikací práva, jakými je oblast práva dědického a majetkoprávního (eventualita zneužití seniora s demencí rodinnými příslušníky nebo opatrovníkem).“²¹⁹ Podle Bašteckého jsou to tyto duševní poruchy, které nejčastěji vedou ke zbavení způsobilosti k právním úkonům nebo k omezení ve způsobilosti k právním úkonům: Schizofrenie (F20), Poruchy s trvalými bludy (F22), Schizotypální porucha (F25), Demence u Alzheimerovy nemoci (F00), Vaskulární demence (F01), Lehká mentální retardace (F70), Střední mentální retardace (F71), Těžká mentální retardace (F72), Hluboká mentální retardace (F73) a Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10).²²⁰ Schizofrenie a schizotypální porucha patří do skupiny diagnóz F20-F29 *Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy*. Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány deformací myšlení a vnímání.²²¹ **Schizofrenie** (F20) je časté onemocnění, jeho prevalence se odhaduje na 0,5 – 1,0 %. Postihuje převážně osoby mladšího věku, může však propuknout i daleko později. Nejčastější formou schizofrenie je paranoidní schizofrenie

²¹⁹ LUŽNÝ, J., IVANOVÁ, K., Je ještě možné zlepšit kvalitu života těchto seniorů?, *Vojenské zdravotnické listy*, 2010, roč. 79, č. 3, s. 102.

²²⁰ BAŠTECKÝ, J., *Psychiatrie, právo a společnost*, s. 149-150; BAŠTECKÝ, J., Způsobilost k právním úkonům podle občanského zákoníku z pohledu psychiatra, *Bulletin advokacie*, 2005, č. 10, s. 28.

²²¹ MKN-10, <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>; SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 146-147.

(F20.0).²²² **Poruchy s trvalými bludy** (F22) jsou poruchy charakterizované rozvojem buď jednoho, nebo více vzájemně souvisejících bludů, které přetrvávají často i celý život. Obsah bludu nebo bludů je velmi různý. Jasně a trvalé sluchové halucinace (hlasy), schizofrenní symptomy jako bludy ovládnutí a zřetelně oploštění afektu a jasný průkaz mozkové choroby jsou neslučitelné s touto diagnózou. **Schizoafektivní porucha** (F25) je další diagnóza, která vyžaduje současnou přítomnost základních příznaků jak schizofrenních, tak i příznaků afektivní poruchy. Schizoafektivní porucha může být podle aktuálně přítomné afektivní složky depresivního, manického či smíšeného typu. U manického typu je přítomna expanzivní nálada se zvýšeným sebevědomím a podnikavostí, může dojít k agresivnímu jednání. U depresivního typu je nálada (úzkostně) depresivní. U typu smíšeného dochází nejčastěji k rychlým proměnám, nebo vzájemným kombinacím nálady depresivní i expanzivní.²²³ Podle Pavlovského, aj., diagnóza schizofrenie nevede ke ztrátě způsobilosti nebo omezení automaticky. Pokud znalci zjistí chorobu ve stadiu rozpadu osobnosti, obvykle se přiklání s doporučením k úplnému zbavení způsobilosti k právním úkonům.²²⁴

Demence u Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence patří do skupiny diagnóz F00-F09 *Organické duševní poruchy včetně symptomatických*. „Organické duševní poruchy jsou skupinou poruch, jejichž vymezení spočívá v možnosti průkazu jejich etiologie. Ta je dána onemocněním, úrazem nebo jiným poškozením mozku, které vedou k přechodné nebo stále mozkové dysfunkci.“²²⁵ Pro demenci je základním a charakteristickým rysem úbytek kognitivních funkcí, a to především paměti a intelektu. Výsledkem procesu demence je globální deteriorace duševních schopností nemocného, narušení jeho funkčních schopností, ztráta soběstačnosti.²²⁶ **Demence u Alzheimerovy nemoci** (F00) je primárním degenerativním onemocněním mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Tato choroba začíná obvykle nenápadně a pomalu, ale trvale progreduje během období několika let.²²⁷ Alzheimerova choroba je nejčastější formou demence, její výskyt v populaci se uvádí v rozmezí asi 1 – 2 %. Ke vzniku demence nevede

²²² PAVLOVSKÝ, P., aj., *Soudní psychiatrie a psychologie*, s. 70-71. Definice a diagnostika paranoidní schizofrenie viz SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 156-157, další typy schizofrenie jsou popsány na s. 157-161.

²²³ PAVLOVSKÝ, P., aj., *Soudní psychiatrie a psychologie*, s. 75-76 a <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

²²⁴ PAVLOVSKÝ, P., aj., *Soudní psychiatrie a psychologie*, s. 61, 74.

²²⁵ SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 57.

²²⁶ PIDRMAN, V., *Demence*, s. 9-10; BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M., aj., *Gerontopsychiatrie*, s. 38-44; HOLMEROVÁ, I., Boj s Alzheimerovou demencí pokračuje, *Sestra*, 1999, roč. 9, č. 8, s. 6; BAYER, A., REBAN, J., *Alzheimer's disease and related conditions*, s. 47-52.

²²⁷ MKN-10, <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>; WEISS, G., LONNQUIST, L. E., *The sociology of health, healing, and illness*, s. 88.

pouze Alzheimerova choroba, ale i více než 60 dalších demencí.²²⁸ Podle Pavlovského, aj., ve stadiu demence je zcela přiměřené podání návrhu k zahájení řízení o úpravu způsobilosti k právním úkonům. Obtíže však mohou vzniknout při posuzování právního úkonu, např. při sepsání závěti, realizovaného v počátečním stadiu onemocnění, kdy je diagnóza demence ještě sporná – znalec je tak postaven před nelehké rozhodování.²²⁹ **Vaskulární demence (F01)** je druhou nejčastější příčinou demence. Vaskulární demence je následek mozkových infarktů, způsobených cévní chorobou včetně hypertenzní cerebrovaskulární choroby. Vaskulární demence tvoří 10 – 20 % všech demencí, jejich výskyt se s věkem zvyšuje.²³⁰ Existují různé typy demence,²³¹ v tomto oddílu jsou jmenované jen dvě nejčastější, které, podle vyjádření odborníků, vedou ke zbavení způsobilosti nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům.

Lehká mentální retardace, střední mentální retardace a těžká mentální retardace patří do skupiny diagnóz F70-F79 *Mentální retardace*. Podle MKN-10 je to „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami. Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence.“²³² **Lehká mentální retardace (F70)** se nalézá v rozmezí IQ 50 – 69. Jde o jedince, kteří s námahou svedou čtení, psaní a jednoduché počty. Jsou zvýšeně sugestibilní, snadno podlehnou vlivu okolí, dají se zneužít k jednoduché trestné činnosti. **Střední mentální retardace (F71)** leží v pásmu IQ 35 – 49. Tito jedinci jsou zpravidla již nevzdělatelní. Nápadnosti bývají i v tělesném vzhledu. Jejich emotivita se projevuje zlostnými afekty, jsou zvýšeně dráždiví, někdy zlomyslní a mstiví, jindy spíše apatičtí. **Těžká mentální retardace (F72)** je vymezena hranicí IQ 34 – 20. Porucha se projevuje neschopností zvládnout nejzákladnější intelektové úkony – jen jedinci při horní hranici IQ zvládají několik slov, výslovnost bývá nezřetelná. Afekty bývají bouřlivé, ve zlosti křičí, trhají šaty, rozbíjejí předměty. V tělesném nálezu bývají přítomny hrubé odchylky od normy, např. neúměrně velká hlava, srostlé nebo chybějící prsty apod.²³³ U **hluboké mentální retardace (F73)** IQ dosahuje nejvýše 20, což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky. Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci zejména při pohybování,

²²⁸ PAVLOVSKÝ, P., aj., *Soudní psychiatrie a psychologie*, s. 41; JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., aj., *Demence a jiné poruchy paměti*, s. 12.

²²⁹ PAVLOVSKÝ, P., aj., *Soudní psychiatrie a psychologie*, s. 41.

²³⁰ MKN-10, <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>; REKTOROVÁ, I., aj., *Kognitivní poruchy a demence*, s. 49.

²³¹ SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 72-85.

²³² MKN-10, <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

²³³ PAVLOVSKÝ, P., aj., *Soudní psychiatrie a psychologie*, s. 94-95.

komunikaci a hygienické péči.²³⁴ Podle Pavlovského, aj., v případech hluboké, těžké a střední mentální retardace se znalci obvykle přiklání s doporučením k úplnému zbavení způsobilosti k právním úkonům. U lehké mentální retardace se přiklání spíše k jejímu omezení pro nakládání s vyššími finančními a majetkovými hodnotami.²³⁵

Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (F10) patří do skupiny diagnóz F10-F19 *Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek* – jedná se o široké spektrum nemocí různé tíže a různých klinických forem, které sdílejí společný jmenovatel, a to užívání psychoaktivních substancí.²³⁶ V ČR je nejčastěji užívanou a zneužívanou psychoaktivní látkou alkohol.²³⁷ Podle Smolíka je alkohol nejčastěji užívaná psychoaktivní látka duševně zdravými i duševně nemocnými jedinci. Alkohol působí útlum a intoxikaci centrálního nervového systému. Rozlišení mezi rekreačním pitím a abúzem je často dosti obtížné.²³⁸ Podle Pavlovského, aj., u pokročilého alkoholizmu s degradací osobnosti a intelektových funkcí přichází v úvahu posouzení způsobilosti k právním úkonům, zejména ve vztahu k majetkovým hodnotám.²³⁹

Podle Vágnerové k pochopení dynamiky vývoje různých psychických odchylek a poruch je třeba vědět, jaká je příčina jejich vzniku, které faktory k jejich rozvoji přispívají, a co je naopak může ovlivnit žádoucím způsobem. Hranice **normy** je pohyblivá, **normalita** může být posuzována podle mnoha různých kritérií v závislosti na okolnostech, které toto hodnocení vyžadují.²⁴⁰ Podle Vondráčka a Dobiáše už slovo „norma“ v sobě implikuje většinou pojem zdravého, pozitivního, pravidelného, žádoucího. Lékař je však „školen“ v poznávání a definování jevů chorobných, škodlivých, nežádoucích.²⁴¹ Podle Vágnerové vymezení normy závisí na mnoha faktorech, především na aktuální úrovni dané společnosti, u různých skupin se může lišit, vyvíjí se v čase a nemá definitivní platnost.²⁴² Stuchlíková a Syřišťová dodávají: „Lidská normalita není dána, ale stále ještě se utváří a dotváří.“²⁴³

²³⁴ MKN-10, <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

²³⁵ SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 125.

²³⁶ MKN-10, <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>. Psychoaktivní substancí (látkou) se rozumí „každá látka, která po vstřebání do organismu ovlivňuje duševní procesy (kognitivní, afektivní, stav vědomí aj.).“ PAVLOVSKÝ, P., aj., *Soudní psychiatrie a psychologie*, s. 52.

²³⁷ PAVLOVSKÝ, P., *Soudní psychiatrie pro právníky*, s. 39.

²³⁸ SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*, s. 57.

²³⁹ PAVLOVSKÝ, P., aj., *Soudní psychiatrie a psychologie*, s. 95-96.

²⁴⁰ VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 20.

²⁴¹ VONDRÁČEK, V., DOBIÁŠ, J., Význam normality v lékařské psychologii a psychiatrii, In *Normalita osobnosti*, s. 146.

²⁴² VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 27.

²⁴³ STUHLÍKOVÁ, E., SYŘIŠŤOVÁ, E., Na okraj filosofických úvah o normalitě, In *Normalita osobnosti*, s. 228.

Podle Vágnerové norma může být chápána např. statisticky, sociokulturně, funkčně, mediálně, individuálně apod. Vymezení statistické normy je závislé na četnosti nebo intenzitě posuzovaných projevů.²⁴⁴ „Normalitě ve vztahu ke zdraví ve statistickém pojetí lze připsat zcela přesný význam. Za normální považujeme ty hodnoty, které spadají do statistické normy, což je interval předem stanovený, vyjádřený určitým násobkem směrodatné odchylky, a to na obě strany od aritmetického průměru.“²⁴⁵ WHO definuje abnormalitu jako signifikantní odchylku od statisticky stanovených norem a poruchu jako ztrátu nebo abnormalitu tělesné struktury nebo fyziologické funkce (včetně funkcí mentálních).²⁴⁶ Podle Láta statistické metody poznání přispívají k pochopení problému normality tím, že vymezují homogenitu populace z hlediska proměnlivosti určitého kvantitativního znaku jedince.²⁴⁷ Podle Gladkého a Koldové je v některých případech odchylka od statistické normy známkou ohrožení nemocí, ovšem ani statisticky neexistuje žádná provždy a všude platná definice normality.²⁴⁸ Na problém nejasnosti „norem“ a „normality“ či „normálnosti“ upozorňuje rovněž Kalvach.²⁴⁹

Sociokulturní hledisko chápe zdravého člověka „jako jedince vřazeného do společenské struktury, plnícího určitou roli ve společné dělbě práce a ve společenských kolektivech. V této souvislosti můžeme na nemoc nazírat jako na poruchu schopnosti člověka plnit v žádoucím rozsahu požadavky společnosti a sociálních skupin, ať už ve smyslu profesionální role ve společenské dělbě práce, nebo úlohy člena rodiny, či ve smyslu soběstačnosti v běžných úkolech každodenního života.“²⁵⁰ Vágnerová dodává: „Za normální bývá považováno to, co odpovídá běžným představám o plnění určité sociální role nebo o chování, které by bylo v dané situaci vhodné. Míra tolerance společnosti k odchylkám může být různá a může se v průběhu času měnit. [...] Sociokulturní norma se odráží ve stereotypech postojů k odlišným lidem, jejichž chování bývá častěji posuzováno jako nepřijatelné a abnormální. Je tak hodnoceno proto, že se vymyká běžnému očekávání.“²⁵¹

Funkční pojetí normy klade důraz na plnění požadavků a očekávání, bez ohledu na to, jakým způsobem je jich dosaženo. Podle Vágnerové při vymezení normality mají značnou úlohu i média. Mediální norma zahrnuje to, co je opakovaně a často atraktivním způsobem prezentováno jako žádoucí nebo standardní. Důležité je rovněž individuální (subjektivní) pojetí

²⁴⁴ VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 21.

²⁴⁵ GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z., *Propedeutika sociálního lékařství*, s. 20.

²⁴⁶ WHO, *Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví: MKF*, s. 221.

²⁴⁷ LÁT, J., Biologické pojetí normality, In *Normalita osobnosti*, s. 28.

²⁴⁸ GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z., *Propedeutika sociálního lékařství*, s. 20.

²⁴⁹ KALVACH, Z., Zdravotní a funkční stav ve stáří, In *Geriatric a Gerontologie*, s. 119.

²⁵⁰ GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z., *Propedeutika sociálního lékařství*, s. 24.

²⁵¹ VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 22-23.

normy – rozdíly v pojetí normality jsou dány osobností člověka, jeho osobní zkušeností a event. i situačním působením určitého aktuálního vlivu (ovlivňujícího emoční ladění, somatický stav či celkovou pohodu). Individuální pojetí normy souvisí také s celkovou intelektovou úrovní daného jedince, jeho informovaností a schopností adekvátně interpretovat realitu.²⁵²

Podle Syřišťové stanovení normality lidského chování je jedním ze základních předpokladů diagnostiky a terapie nebo nápravy chování „abnormálního“.²⁵³ Podle Vondráčka a Dobiáše mají pojmy jako norma, normalita, odchylka, anomálie, abnormita, zdraví, nemoc, choroba atd. reálný a objektivní základ ve skutečném dění.²⁵⁴ Podle Žáčka hlubší pohled do podstaty zdraví a nemoci ukazuje, že jde o dynamické procesy, které kromě kvalitativní stránky nutně v sobě zahrnují též moment kvantity.²⁵⁵ Holčík, Žáček a Koupilová jsou toho názoru, že čím hlouběji pronikáme do podstaty nemocí, tím bohatší se stává paleta jejich determinant. Mnohočetnost příčin a podmínek je zejména patrna na etiologii mnohých chronických nemocí, jako jsou duševní poruchy apod.²⁵⁶ Podle Baudiše duševní poruchy jsou výsledkem vlivu mnoha činitelů a jejich somatickým základem je mozek.²⁵⁷ Podle Prokúpeka se může zdát přijatelným názor, že normalita osobnosti je totožná s duševním zdravím a že tudíž všechno, co vybočuje z variační šíře normality osobnosti je psychopatologické. Je obecně známo, že i u mnohých psychotiků, jejichž osobnost je hluboce narušena, nemusí být jejich projevy a chování natolik změněny a v jistých situacích mohou působit dojmem „normálních“ lidí. A každá změna osobnosti nemusí nutně znamenat přítomnost duševní poruchy.²⁵⁸

Duševní poruchy často probíhají dlouhodobě a mnohé mají periodický průběh, mnohé z nich, např. schizofrenie či závislosti, zkracují život a mnohé z nich se pro nedostatečnou znalost jejich velmi složité etiologie a patogeneze obtížně léčí. Duševní poruchy výrazně však zhoršují kvalitu života z hlediska jedince a kvalitu vztahů z hlediska rodinného i sociálního a nepříznivě ovlivňují životní spokojenost, a to má vliv na mnohé oblasti života jedince, včetně rodinných funkcí a pracovního výkonu.²⁵⁹ Počet dospělých osob, které okresní soudy zbavily

²⁵² VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 24-26.

²⁵³ SYŘIŠŤOVÁ, E., aj., *Normalita osobnosti*, s. 7.

²⁵⁴ VONDRÁČEK, V., DOBIÁŠ, J., *Význam normality v lékařské psychologii a psychiatrii*, s. 147.

²⁵⁵ ŽÁČEK, A., *Metody studia zdraví a nemocí v populaci*, s. 103. Psychologickou stránku průběhu nemoci popisuje Jaro Křivohlavý v knize „Psychologie nemocí“.

²⁵⁶ HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A., KOUPILOVÁ, I., *Sociální lékařství*, s. 40.

²⁵⁷ BAUDIŠ, P., *Psychiatrie v číslech*, s. 9.

²⁵⁸ PROKÚPEK, J., Normalita osobnosti a duševní zdraví, In *Normalita osobnosti*, s. 148, 153. Podle Prokúpeka není jednoduché jednoznačně definovat nejen pojmy „normalita osobnosti“ a „duševní zdraví“, ale i vymezit pojem „osobnost.“ PROKÚPEK, J., Normalita osobnosti a duševní zdraví, In *Normalita osobnosti*, s. 148-149.

²⁵⁹ *Koncepce oboru psychiatrie*, <http://www.ceskapsychiatrie.cz>; LUŽNÝ, J., Quality of Life in Mentally Ill People, In *Psychiatric Disorders – Worldwide Advances*, s. 151-152.

způsobnosti nebo omezily ve způsobilosti k právním úkonům z důvodu duševní poruchy, se zvyšuje.²⁶⁰ Cílem zdravotnické péče v ČR je, aby byla v každém regionu přístupná potřebná nabídka psychiatrických, psychologických, psychoterapeutických a sociálních služeb zajišťovaných tak, aby se navzájem doplňovaly, koordinovaly svou činnost a vytvářely funkční celek.²⁶¹

2.2.2 Ambulantní a lůžková péče o osoby s duševní poruchou

„Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby nemocný byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách.“²⁶² Léčebně preventivní péči osobám s poruchami zdraví, které mají vleklý průběh a potřebují zvláštní odbornou péči s výrazným rehabilitačním zaměřením, poskytují odborné léčebné ústavy specializované zpravidla podle druhu nemocí. Odbornými léčebnými ústavami jsou také psychiatrické léčebny.²⁶³ „Psychiatrická zařízení jsou zřizována buď jako součást vyššího zdravotnického zařízení, nebo jako samostatná pracoviště. Mohou též vznikat vzájemné kombinace různých nemocničních, intermediárních a ambulantních zařízení podle místních podmínek, potřeb a možností.“²⁶⁴ V péči o osoby s duševní poruchou v ČR obvykle převládá ambulantní péče (psychiatrické ambulance, specializované ambulance, např. ordinace pro léčbu alkoholismu a toxikomanií, substituční centra, aj.) a lůžková péče (psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické léčebny). V porovnání s vyspělými evropskými státy se v ČR preferuje spíše lůžková péče.²⁶⁵

Ambulantní péče o osoby s duševní poruchou. Ze zdravotnické statistiky vyplývá, že v roce 2010 bylo v ČR registrováno 820 ambulantních oddělení a pracovišť psychiatrie (bez detašovaných pracovišť), o 5 zařízení méně než v roce 2009. Činnost na odděleních a pracovištích psychiatrie zajišťovalo v roce 2010 celkem 1 246,47 odborných pracovníků (průměrný roční přepočtený počet pracovníků včetně smluvních pracovníků), z toho 739,73 lékařů. V roce 2010 bylo na ambulantních odděleních a pracovištích psychiatrie v ČR provedeno celkem 2 665 547 vyšetření/ošetření, téměř stejně jako v roce 2009 (nárůst o 2 %),

²⁶⁰ KÖLLER, R., PILGRAM, A., *ADEL*, s. 13.

²⁶¹ *Koncepce oboru psychiatrie*, <http://www.ceskapsychiatrie.cz>

²⁶² *Koncepce oboru psychiatrie*, <http://www.ceskapsychiatrie.cz>

²⁶³ Zákon č. 20/1966 Sb., § 35, odst. 1 a odst. 2; § 36, odst. 1 a odst. 2.

²⁶⁴ *Koncepce oboru psychiatrie*, <http://www.ceskapsychiatrie.cz>

²⁶⁵ *Koncepce oboru psychiatrie*, <http://www.ceskapsychiatrie.cz>

a od roku 2000 jejich počet vzrostl o téměř 30 %. V roce 2010, podobně jako v předešlých letech, vyhledaly psychiatrickou péči v ČR častěji ženy než muži. Jejich podíl na celkovém počtu vyšetření i na počtu pacientů činil přibližně 60 % a jejich podíl byl téměř stejný i při srovnání v jednotlivých krajích ČR. Nejčastějšími diagnózami, pro které byli ošetřeni pacienti v psychiatrických ordinacích, byly, podobně jako v předešlých letech, neurotické poruchy (39 %) a afektivní poruchy (19 %).²⁶⁶ Vývoj počtu léčených onemocnění v ambulantní péči (pacient je započítán ve všech skupinách onemocnění, pro která byl ve sledovaném roce léčen) v letech 2000 – 2010 podle skupin psychiatrických diagnóz (MKN-10) znázorňuje tab. 4.²⁶⁷

Tab. 4 – Počet léčených onemocnění v ambulantní péči

Kód dg. (MKN-10)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
F00-F09	34229	35372	42772	45083	49088	50717	50388	50791	49901	53458	54009
F10	22913	23314	23561	23518	24773	26230	26663	24947	25347	27367	27275
F11-F19	9720	10874	10306	10966	11682	12948	12638	12732	12800	15476	17541
F20-F29	35586	36688	40110	37987	39929	41135	41638	40906	41558	41223	41533
F30-F39	62532	68315	76587	79215	84897	90503	93636	93277	89523	93215	94285
F40-F48, F50-F59	133079	137961	153693	158168	175816	177673	187665	182911	181242	192668	192646
F60-F63, F68, F69	23007	24720	25892	24618	26138	26009	26429	25186	23888	25260	24613
F64-F66	2066	2756	2628	2586	3897	2943	3437	3149	3006	2985	2822
F70-F79	15178	15511	16177	16152	16964	17051	17554	17741	17992	18235	18083
F80-F98	22172	21917	21845	21162	21255	20978	21127	21273	22260	22716	22907
F99	4253	3576	3430	2685	3118	2628	2215	1886	2148	2094	2083

Nejvyšší míra prevalence u vybraných psychiatrických diagnóz byla zjištěna, stejně jako v předchozích letech, u skupin diagnóz neurotické poruchy (183,2 pacientů na 10 tisíc obyvatel), afektivní poruchy (89,6) a organické duševní poruchy (51,4). Incidence byla nejvyšší u neurotických poruch (42,6 % z celkového počtu nově zjištěných onemocnění), afektivních poruch (14,5 %) a u organických duševních poruch (12,9 %). Z porovnání počtu pacientů v jednotlivých skupinách psychiatrických diagnóz podle pohlaví je zřejmé, že ženy se častěji potýkají s afektivními, neurotickými a organickými duševními poruchami, na kterých se podílejí od 62 % do 68 % z celkového počtu pacientů, a schizofrenií (více než 54 %). Muži jsou výrazně častěji ošetřováni v souvislosti se sexuálními poruchami (deviacemi), s poruchami vyvolanými alkoholem i ostatními psychoaktivními látkami a s vývojovými poruchami v dětství i adolescenci. Nejvíce pacientů s problémy způsobenými alkoholem, v přepočtu na 10 tisíc obyvatel, se léčilo ve Zlínském (38 pacientů), Moravskoslezském kraji

²⁶⁶ ÚZIS ČR, *Psychiatrická péče 2010*, s. 13-15.

²⁶⁷ Zdroj: vlastní zpracování na základě dat ÚZIS ČR ze zdravotnických ročenek ČR z let 2000 až 2010, viz www.uzis.cz.

(37 pacientů), Olomouckém kraji a Hl. m. Praze (34 pacientů).²⁶⁸ V roce 2010 bylo na odděleních a pracovištích psychiatrie v Olomouckém kraji provedeno celkem 200 215 vyšetření, v Moravskoslezském kraji 247 343 vyšetření.²⁶⁹

Lůžková péče o osoby s duševní poruchou. V ČR v roce 2010 zajišťovalo psychiatrickou péči 31 psychiatrických oddělení nemocnic s 1 374 lůžky (v roce 1997 to bylo 26 oddělení s 1 367 lůžky). Péči na těchto odděleních zajišťovalo 696,27 odborných pracovníků (počty pracovníků přepočtené podle délky úvazku), z toho 162,80 úvazků lékařů. Psychiatrickou péči zajišťovalo také 17 psychiatrických léčeben pro dospělé s 9 058 lůžky (v roce 1997 to bylo 16 psychiatrických léčeben s 9 781 lůžky) a 3 psychiatrické léčebny pro děti s 260 lůžky. Z celkového počtu lůžek v psychiatrických léčebnách vykázaných k 31. 12. 2010 připadlo 19 % na pracoviště gerontopsychiatrická, 15 % na pracoviště pro léčbu alkoholismu a ostatních závislostí, téměř 6 % na pracoviště dětské a dorostové psychiatrie a 2 % na pracoviště sexuologická, zbylá lůžka byla na odděleních všeobecné psychiatrie.²⁷⁰ Péči v léčebnách pro dospělé zajišťovalo celkem 502,50 lékařů (přepočteno podle délky úvazku).²⁷¹

V roce 2010 bylo zaznamenáno v psychiatrických lůžkových zařízeních 59 169 hospitalizací, z toho bylo 18 316 hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic, 38 762 hospitalizací v psychiatrických léčebnách pro dospělé, 938 hospitalizací v psychiatrických léčebnách pro děti a 1 153 v ostatních psychiatrických lůžkových zařízeních. Proti roku 2009 došlo k nepatrnému nárůstu počtu hospitalizací o 363 hospitalizací, a to vlivem růstu v psychiatrických léčebnách pro dospělé (na psychiatrických odděleních nemocnic nárůst pokles o 138, v psychiatrických léčebnách pro dospělé nárůst o 577, v léčebnách pro děti pokles o 20 hospitalizací a v ostatních zařízeních pokles o 56 hospitalizací).²⁷² Vývoj počtu hospitalizovaných v nemocnicích ČR v letech 2000 – 2010 z důvodu duševních poruch a poruch chování (F00-F99) podle pohlaví znázorňuje obr. 6 na s. 64.²⁷³

²⁶⁸ ÚZIS ČR, *Psychiatrická péče 2010*, s. 14-15, 17. Ambulantní pacienti jsou sledováni podle sídla zdravotnického zařízení, nikoli podle adresy jejich trvalého bydliště.

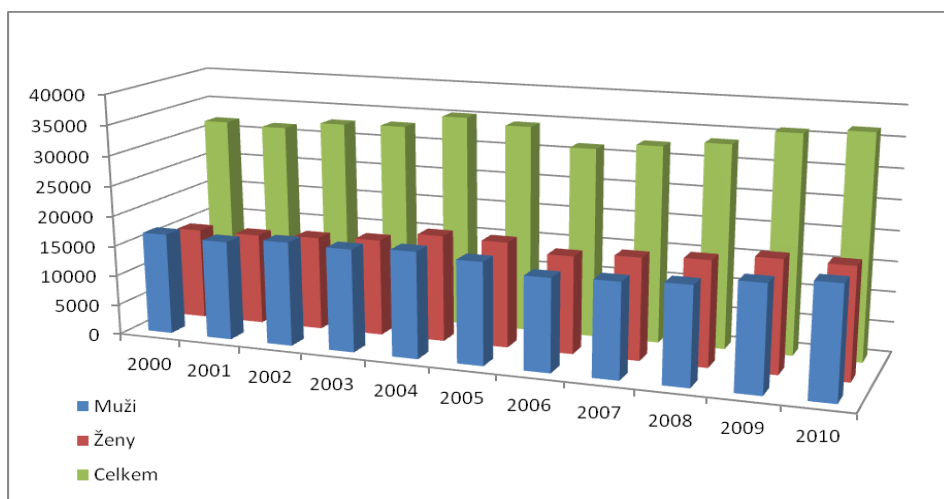
²⁶⁹ ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2010*, s. 66 a ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2010*, s. 72.

²⁷⁰ Lůžková kapacita v nemocnicích se v roce 2010 oproti roku 2009 snížila o 9 lůžek, v psychiatrických léčebnách pro dospělé o 149 lůžek. Do počtu lůžek se započítávají lůžka provozuschopná a lůžka dočasně z provozu vyřazená z technických, finančních nebo personálních důvodů. ÚZIS ČR, *Psychiatrická péče 2010*, s. 25, 48-49.

²⁷¹ ÚZIS ČR, *Psychiatrická péče 2010*, s. 25.

²⁷² ÚZIS ČR, *Psychiatrická péče 2010*, s. 14-15, 17.

²⁷³ Zdroj: vlastní zpracování na základě dat ÚZIS ČR ze zdravotnických ročenek ČR z let 2000 až 2010, viz www.uzis.cz.



Obr. 6 – Hospitalizovaní v nemocnicích ČR z důvodu duševních poruch

Počet hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách v ČR z důvodu duševních poruch a poruch chování (F00-F99) podle pohlaví v letech 2009 – 2010 znázorňuje tab. 5.

Tab. 5 – Hospitalizovaní v psychiatrických léčebnách podle pohlaví

Rok	2009			2010		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
z toho: F00-F99	37 627	21 362	16 265	37 809	21 403	16 406
F00-F09	5 413	2 407	3 006	5 015	2 243	2 772
F10	7 512	5 348	2 164	7 287	5 143	2 144
F11-F19	3 599	2 425	1 174	2 580	2 471	1 109
F20-F29	7 613	4 225	3 388	8 073	4 446	3 627
F30-F39	2 510	899	1 611	2 719	1 027	1 692
F40-F48	4 641	2 062	2 579	4 706	2 067	2 639
F50-F59	90	8	82	105	12	93
F60-F69	2 594	1 602	992	2 619	1 619	1 000
F70-F79	1 660	1 016	644	1 663	1 000	663
F80-F98	1 763	1 274	489	1 746	1 254	492
F99	0	0	0	296	121	175
Celkem F00-F99	37 627	21 362	16 265	37 809	21 403	16 406

V ČR roce 2010 byla nejčetnější skupinou diagnóz, pro kterou byli pacienti hospitalizováni v psychiatrických lůžkových zařízeních v ČR, poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (dg. F10-F19), více než čtvrtina z celkového počtu hospitalizací (15 336). Dalšími častými příčinami hospitalizace byla v ČR léčba schizofrenie, poruch schizotypálních a poruch s bludy (dg. F20-F29), jedna pětina z celkového počtu hospitalizací (11 402 hospitalizací) a neurotické, stresové, somatoformní poruchy, syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (dg. F40-F48 a F50-F59), a to 16 %, tj. 9 235 hospitalizací. Muži byli nejčastěji hospitalizováni s poruchami vyvolanými psychoaktivními látkami (třetina z celkového počtu

hospitalizací u mužů), a z důvodu léčby schizofrenie, poruch schizotypálních a poruch s bludy (cca pětina všech hospitalizací mužů). Pro ženy byly nejčastějším důvodem hospitalizace neurotické poruchy (dg. F40-F48 a F50-F59), schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (dg. F20–F29) a léčba poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek (dg. F10-F19). Každá z uvedených skupin zaujímala cca pětinu z celkového počtu hospitalizací žen.²⁷⁴

Průměrná ošetrovací doba v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR dosáhla 64,8 dne a proti roku 2009 se snížila o cca jeden a půl dne. Na psychiatrických odděleních nemocnic byla průměrná ošetrovací doba 20,5 dne a v psychiatrických léčebnách 86,2 dne. Mezi léčebnami a odděleními nemocnic jsou velké rozdíly a rozdíly jsou také v rámci léčen, a to podle určení, zda poskytují dlouhodobou péči u pacientů s nepříznivým průběhem nebo akutní péči. U mužů byla časově nejnáročnější hospitalizace sexuálních poruch (337 dnů) a schizofrenie (130 dnů). U žen byla nejdelší průměrná ošetrovací doba nutná při léčbě schizofrenie (90 dnů) a organických duševních poruch (104 dnů). Nejčtenější diagnózou (jednotlivé třímístné diagnózy MKN-10), pro kterou byli pacienti hospitalizováni v psychiatrických lůžkových zařízeních, byly duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu (dg. F10, 10 003 hospitalizací) s průměrnou ošetrovací dobou 54,3 dne. Dalšími nejčtenějšími diagnózami byly schizofrenie (dg. F20, 6 553 hospitalizací), která měla průměrnou ošetrovací dobu 152 dne. Stejně jako v předchozích letech, byla i v roce 2010 nejčastějším důvodem přijetí pacienta do psychiatrického lůžkového zařízení léčba, která tvořila u většiny skupin psychiatrických diagnóz více než 80 % z celkového počtu hospitalizací. Ve všech lůžkových zařízeních bylo celkem s diagnózou poruchy duševní a poruchy chování (skupina dg. F00-F99) zaznamenáno celkem 76 666 hospitalizací, proti roku 2009 došlo k jejich nárůstu o více než 1 %.²⁷⁵

K 31. 12. 2010 pobíralo v ČR invalidní důchod (1. až 3. stupeň²⁷⁶) celkem 466 329 osob, tj. 6,5 % populace ve věku 18-65 let. Ze 466 329 osob pobíralo v ČR **invalidní důchod s psychiatrickou diagnózou** (F00-F99) celkem 86 369 osob ve věku 18-65 let, z toho: a) pro invaliditu 1. stupně celkem 15 271 osob (z toho 6 173 mužů a 9 098 žen), pro invaliditu 2. stupně celkem 6 039 osob (z toho 2 517 mužů a 3 522 žen) a c) pro invaliditu 3. stupně celkem 65 059 osob (z toho 32 568 mužů a 32 491 žen). Nově byl v roce 2010 souhrnně

²⁷⁴ ÚZIS ČR, *Psychiatrická péče 2010*, s. 26. Nejvíce hospitalizovaných psychiatrických pacientů v přepočtu na 100 tisíc obyvatel mělo trvalé bydliště v kraji Olomouckém (737 případů), Moravskoslezském (654 případů) a Hl. m. Praze (641 případů). ÚZIS ČR, *Psychiatrická péče 2010*, s. 27-28.

²⁷⁵ ÚZIS ČR, *Psychiatrická péče 2010*, s. 26-28.

²⁷⁶ Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla o 35–49 %, jedná se o invaliditu 1. stupně, když o 50–69 %, jde o invaliditu 2. stupně a u 70 % či více se jedná o invaliditu 3. stupně. Invalidní důchod se od dosažení 65 let věku mění na důchod starobní. ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka 2010*, s. 49.

za tyto tři stupně invalidní důchod přiznán 28 115 osobám.²⁷⁷ V roce 2010 bylo v ČR 33 277 případů **pracovní neschopnosti s psychiatrickou diagnózou** (F00-F99). Více nemocné byly ženy, na které připadly téměř dvě třetiny ukončených případů pracovní neschopnosti. Největší podíl na ukončených případech pracovní neschopnosti pro poruchy duševní a poruchy chování u mužů (48 % z ukončených případů pracovní neschopnosti u mužů) i u žen (63 % z ukončených případů pracovní neschopnosti u žen) měla skupina diagnóz F40-F48 a skupina diagnóz F30-F39 (cca pětina případů jak u mužů, tak i u žen). U mužů byla další nejčastější diagnóza F10 (12 %) a u žen pak skupina diagnóz F20-F29 (5 %). Ženám průměrně trval jeden případ pracovní neschopnosti o 4,6 dne déle než mužům, tj. 89,8 dne.²⁷⁸

Srovnáme-li současný stav psychiatrické péče v ČR s vyspělými evropskými státy, zjistíme, že v ČR je péče o osoby s duševními poruchami méně rozvinuta. Procentuální podíl výdajů na psychiatrii je v ČR nižší a nepřiměřeně vysoký podíl z těchto výdajů se spotřebovává v lůžkové péči, především v zařízeních určených pro dlouhodobou lůžkovou péči. Z analýzy ambulantní psychiatrické péče v ČR vyplývá, že je nedostatečně rozvinutá tzv. intermediární sféra, která zahrnuje krizová centra, denní stacionáře a zařízení poskytující programy chráněného bydlení a chráněné práce. Nová koncepce oboru psychiatrie doporučuje přesun kapacit od dlouhodobé lůžkové péče v léčebnách k většímu a rychlejšímu rozvoji intermediární sféry, zefektivnění ambulantní péče a požadavky na růst kvality psychiatrické péče. Pacienti s duševní poruchou, jejíž průběh má dlouhodobý charakter a v jehož důsledku již došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností, či toto nebezpečí hrozí, tvoří až 40 % klientely psychiatrických léčeben a jsou skupinou, která tvoří velký podíl klientely opakovaných a dlouhodobých hospitalizací.²⁷⁹ Problematika způsobilosti k právním úkonům podle občanského zákoníku a občanského soudního řádu představuje významnou oblast občanského práva ve vztahu k duševní poruše.²⁸⁰

2.2.3 Dopad duševních poruch na způsobilost k právním úkonům

Ze soudní statistiky Ministerstva spravedlnosti ČR vyplývá, že se počet osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům zvyšuje. Ministerstvo spravedlnosti ČR statisticky zjišťuje za celou ČR a jednotlivé kraje „Pravomocná rozhodnutí

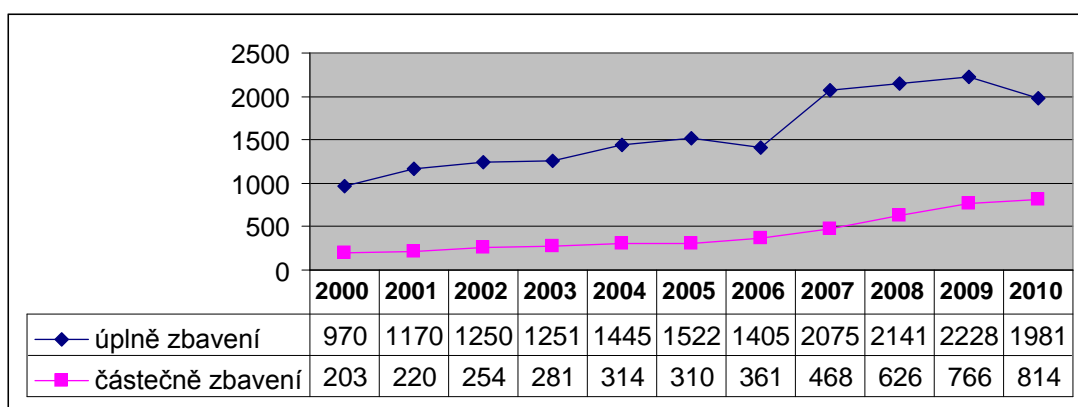
²⁷⁷ ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka 2010*, s. 93-94.

²⁷⁸ ÚZIS ČR, *Psychiatrická péče 2010*, s. 31-32.

²⁷⁹ *Koncepce oboru psychiatrie*, 2001, <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/koncepce-oboru-psychiatrie.pdf>; RAITER, T., *Psychiatrie v ČR 2004*, s. 5.

²⁸⁰ BAŠTECKÝ, J., *Psychiatrie, právo a společnost*, s. 149-150, s. 143.

soudu v řízení o dospělých osobách – počet věcí²⁸¹ a „Rozhodnutí o ustanovení opatrovníka účastníkovi (§ 29 občanského zákoníku)²⁸². Soudní statistika však nezahrnuje podrobnější roztřídění osob zbavených způsobilosti nebo omezených způsobilosti k právním úkonům podle pohlaví, věku, diagnózy apod., ani podrobnější údaje o jejich opatrovnících (typ opatrovníků, počet soukromých opatrovníků apod.). Ze soudní statistiky pouze vyplývá, že v roce 2010 vydaly okresní soudy ČR 6 798 pravomocných rozhodnutí o způsobilosti k právním úkonům v opatrovnické agendě týkající se dospělých osob (ve srovnání s rokem 2000 o 4 293 více). Ze soudní statistiky také vyplývá, že okresní soudy v ČR v letech 2000 – 2010 zbavily způsobilosti k právním úkonům 22 055 dospělých osob, z toho úplně 17 438 osob (79 %) a částečně (tj. omezily ve způsobilosti k právním úkonům) 4 617 osob (21 %). Nárůst počtu pravomocných rozhodnutí o **zbavení způsobilosti** k právním úkonům a rozhodnutí o **omezení ve způsobilosti** k právním úkonům v letech 2000 – 2010 znázorňuje obr. 7. K poklesu počtu soudních rozhodnutí došlo pouze v roce 2010 (o 247 případů). Ze soudní statistiky vyplynulo, že okresní soudy v Olomouckém a Moravskoslezském kraji v letech 2000 – 2010 zbavily způsobilosti k právním úkonům 5 315 dospělých osob, z toho úplně 4 354 osob a částečně 961 osob. Nejvíce dospělých osob (694) bylo zbaveno (omezeno) způsobilosti k právním úkonům v těchto dvou krajích v roce 2009, nejméně (254) v roce 2000.

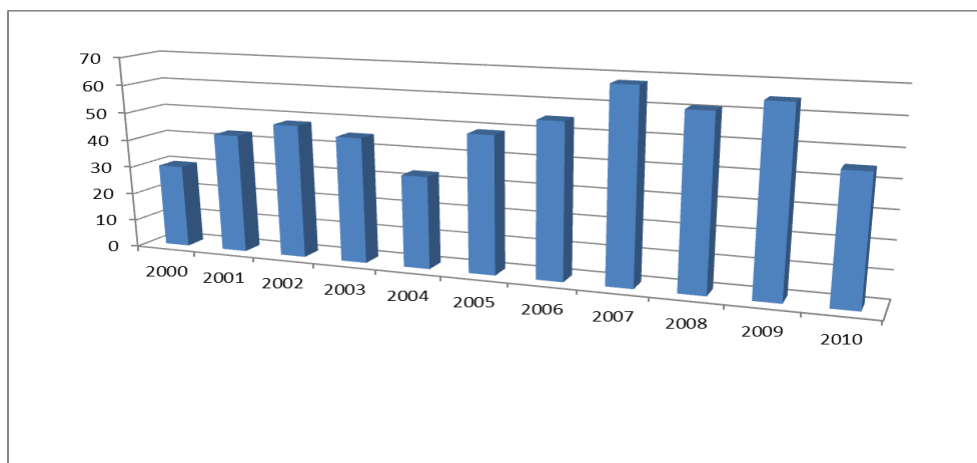


Obr. 7 – Počet osob zbavených/omezených způsobilosti v ČR

²⁸¹ Konkrétně se jedná o tyto údaje (počet věcí): 1. Rozhodnutí o zbavení způsobilosti účastníka k právním úkonům, 2. Jiný výsledek řízení o zbavení způsobilosti účastníka k právním úkonům, 3. Rozhodnutí o omezení způsobilosti účastníka k právním úkonům, 4. Jiný výsledek řízení o omezení způsobilosti účastníka k právním úkonům, 5. Rozhodnutí o vrácení způsobilosti účastníka k právním úkonům, 6. Jiný výsledek o vrácení způsobilosti účastníka k právním úkonům, 7. Schválení dohody nebo jiného právního úkonu za účastníka zbaveného nebo omezeného ve způsobilosti k právním úkonům, 8. Neschválení dohody nebo jiného právního úkonu za účastníka zbaveného nebo omezeného ve způsobilosti k právním úkonům, 9. Jiný výsledek řízení o dohodě nebo jiném právním úkonu za účastníka zbaveného nebo omezeného způsobilosti k právním úkonům.

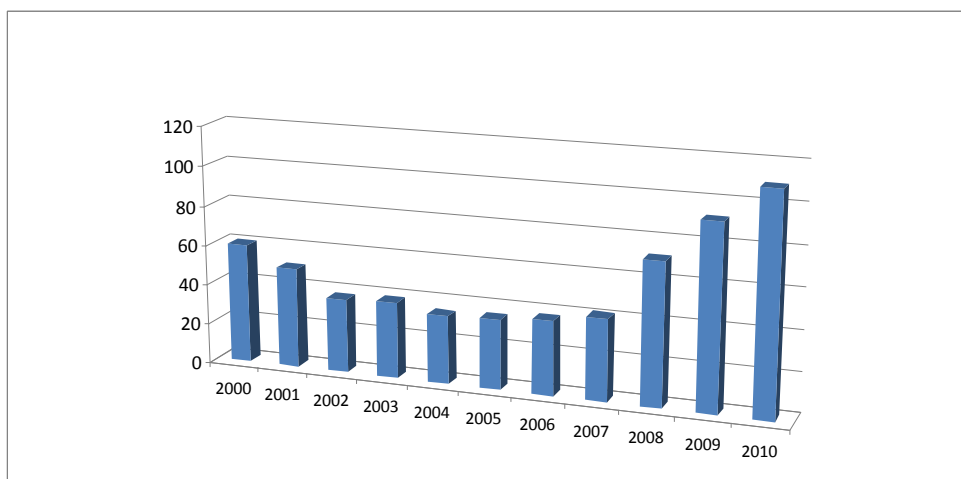
²⁸² Konkrétně se jedná o tyto údaje (počet věcí): 1. Rozhodnutí o ustanovení opatrovníka účastníkovi, 2. Jiný výsledek řízení o ustanovení opatrovníka účastníkovi.

Počet pravomocných rozhodnutí **o vrácení způsobilosti** k právním úkonům ukazuje obr. 8. Nejvíce pravomocných rozhodnutí o vrácení způsobilosti k právním úkonům vydaly okresní soudy ČR v roce 2007 (68 rozhodnutí), nejméně v roce 2000 (30 rozhodnutí).



Obr. 8 – Počet rozhodnutí o vrácení způsobilosti v ČR

Počet pravomocných rozhodnutí **o změně způsobilosti** k právním úkonům (tj. dospělá osoba úplně zbavená způsobilosti je omezená ve způsobilosti k právním úkonům a naopak) ukazuje obr. 9. Nejvíce pravomocných rozhodnutí o změně způsobilosti k právním úkonům vydaly okresní soudy ČR v roce 2010 (109 rozhodnutí), nejméně v roce 2004 (34 rozhodnutí).

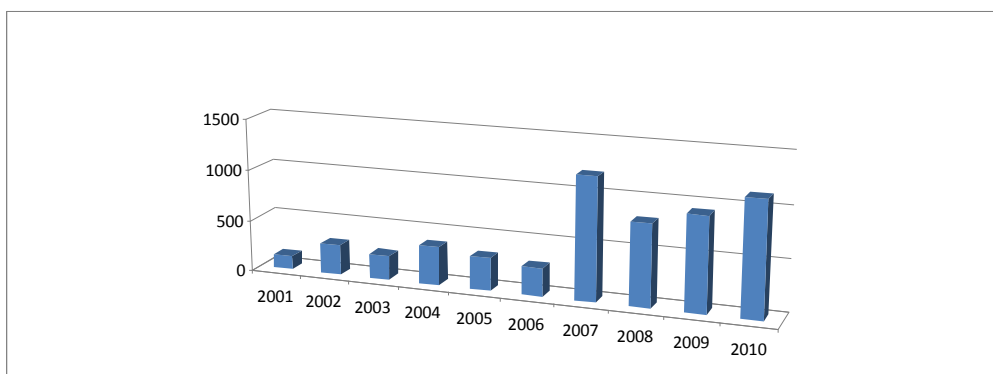


Obr. 9 – Počet rozhodnutí o změně způsobilosti v ČR

Pokud soud rozhodne o zbavení způsobilosti nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům, pravomocně ustanoví dospělé osobě opatrovníka. Počet pravomocných rozhodnutí **o ustanovení opatrovníka** ukazuje obr. 10 na s. 69.²⁸³ Nejvíce pravomocných rozhodnutí

²⁸³ Do položky (kód 42) „Rozhodnutí o ustavení opatrovníka účastníkovi (§ 29 občanského zákoníku)“ jsou zahrnuti opatrovníci jako fyzické osoby, právnické osoby a také advokáti v rámci procesního řízení, blíže viz www.justice.cz.

o ustanovení opatrovníka vydaly okresní soudy ČR v roce 2007 (1 193 rozhodnutí), nejméně v roce 2001 (132 rozhodnutí).



Obr. 10 – Počet rozhodnutí o ustanovení opatrovníka v ČR

Lze shrnout, že v ČR narůstá počet dospělých osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům z důvodu duševní poruchy. Zvláště u osob s duševní poruchou je důležité, aby „pomoc měla kontinuální charakter, aby byl vytvářen multidisciplinární přístup a princip případového vedení (case managementu). Je nezbytná návaznost a koordinovanost různých typů pomoci a podpory, včetně spolupráce mezi intermediární, lůžkovou a ambulantní péčí, a péčí sociální i zdravotní.“²⁸⁴

2.2.4 Multidisciplinární přístup k péči o osoby s duševní poruchou

V ČR jsou systémy zdravotní a sociální péče rezortně odděleny, přestože existuje těsná návaznost a provázanost této péče, přestože na potřebu vzájemné provázanosti, návaznosti a koordinovanosti služeb rezortu zdravotnictví a sociálního rezortu upozorňuje i řada odborníků nejen v zahraničí, ale i v ČR, např. Kalvach, Holmerová, Zavázalová, Zikmundová, Zaremba aj.²⁸⁵ Tato multidisciplinarita je důležitá zejména u osob ve věku nad 65 let. Podle Holmerové, Juraškové a Zikmundové v praxi často dochází k situacím, „kdy staří lidé jsou příliš nemocní na to, aby jim stačily pouhé sociální služby, ale problematika jejich zdravotního stavu a soběstačnosti je natolik dlouhodobá, že s nimi zdravotnictví již nepočítá, protože v systému není nikterak řešena otázka dlouhodobých pobytů.“²⁸⁶ Podle Bernabeiho, aj., integrace zdravotnických a sociálních služeb spolu s case managementem zlepšuje péči o starší

²⁸⁴ *Koncepce oboru psychiatrie*, <http://www.ceskapsychiatrie.cz>.

²⁸⁵ KALVACH, Z., aj., *Geriatric a gerontologie*, s. 466-467; ze zahraničních odborníků např. BARNARD, A., *Key Themes in Health and Social Care*, s. 106-110.

²⁸⁶ HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., aj., *Vybrané kapitoly z gerontologie*, s. 50.

osoby žijící v komunitě.²⁸⁷ Boorsman, aj., vyvinuli model multidisciplinární integrované péče a výzkumem prokázali vliv tohoto modelu na kvalitu péče o starší osoby.²⁸⁸ Lee, aj., zase prezentují tzv. PACE model (The Programm of All-inclusive Care for the Elderly), tj. integrovaný model zdravotně-sociální péče pro osoby ve věku nad 65 let.²⁸⁹ V dokumentu o koncepci oboru psychiatrie se uvádí, že spolupráce v oblastech gerontologické péče se sférou sociální péče není koordinována.²⁹⁰ Podle Zavázalové, Zikmundové a Zaremby významnou roli v sociální péči sehrávají sociální pracovníci, kteří se stávají významnými členy geriatrických týmů.²⁹¹

Podle Kalvacha a Holmerové k základním obecným požadavkům na zdravotně-sociální či sociálně-zdravotní služby patří účelnost, která vyžaduje nejen individualizaci „užitím péče na míru“ (tayloring), ale i stanovení konkrétních cílů či kontrolních kritérií (goal seeking approach) a důsledné uplatňování průběžné evaluace a zpětné vazby. Jedná se tedy o ucelenou koordinaci péče o konkrétního pacienta (case management).²⁹² V opatrovnickém procesu vystupují v roli „case“ manažera, tj. koordinátora aktivit směřujících ku prospěchu opatrované osoby, také veřejní opatrovníci.²⁹³ Zjednodušené schéma týmové spolupráce lékařů a veřejných opatrovníků při péči o opatrované osoby znázorňuje obr. 11 na s. 71.²⁹⁴

²⁸⁷ BERNABEI, R., aj., Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community, *BMJ*, 1998, roč. 316, s. 1348-1351.

²⁸⁸ BOORSMA, M., aj., Effects of multidisciplinary integrated care on duality of care in residential care facilities for elderly people, *CMAJ*, 2011, roč. 183, č. 11, s. 724-732.

²⁸⁹ LEE, W., aj., PACE: A model for integrated care of frail older patients, *Geriatrics*, 1998, roč. 53, č. 6, s. 62-74. Viz též <http://www.cmaj.ca/content/suppl/2011/06/27/cmaj.101498.DC1/effect-boorsma-1-at.pdf>.

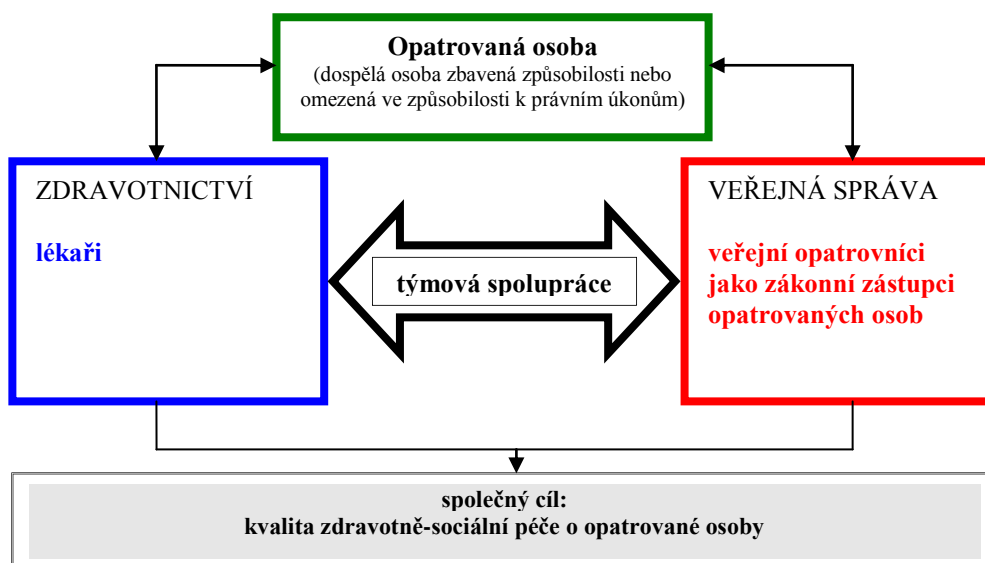
²⁹⁰ Dostupné z: www.rpkk.cz/download/model-zdroje/004-koncepce-oboru-psychiatrie.pdf, s. 3.

²⁹¹ ZAVÁZALOVÁ, H., ZIKMUNDOVÁ, K., ZAREMBA, V., Terénní zdravotnické a sociální služby pro seniory. In KALVACH, Z., aj., In *Geriatie a Gerontologie*, s. 467.

²⁹² KALVACH, Z., HOLMEROVÁ, I., Obecná východiska ke zdravotně-sociálním službám pro seniory, In *Geriatie a Gerontologie*, s. 466.

²⁹³ JURÍČKOVÁ, L., KLIMENT, P., IVANOVÁ, K., FILKA, J., Veřejní opatrovníci a jejich zkušenosti z praxe, In *VIII. Hradecké dny sociální práce*, v tisku.

²⁹⁴ Zdroj: vlastní zpracování.



Obr. 11 – Schéma týmové spolupráce lékařů a veřejných opatrovníků

Podle Juríčkové, Klimenta a Ivanové opatrovník jako člen týmu by mohl vnášet do vnějšího životního prostoru opatrované osoby prvek sociální kontroly, což by mohl být významný přínos pro kvalitu života opatrované osoby. Pokud se veřejný opatrovník jako zákonný zástupce opatrované osoby podílí na týmové péči, vzrůstá jeho angažovanost v procesu pomoci, což podporuje jeho vnitřní motivaci, díky čemuž přístupy ostatních členů týmu mohou být pod jeho supervizí. Dá se předpokládat, že takto pojatý proces opatrovnictví pozitivně ovlivní zmíněné přístupy jednotlivých členů týmu k opatrované osobě. S uvedenou kontrolní rolí lze též počítat ve směru od pečujícího týmu k opatrovníkovi. Cíle opatrovnictví musejí jednoznačně vycházet z nejlepšího možného způsobu, jak zabezpečit ochranu dospělých osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům.²⁹⁵ Podle Ivanové komplexní péče o dospělé osoby zbavené způsobilosti nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům se musí stát důležitou prioritou státu v oblasti zdravotní politiky. Nová role zdravotnické péče o dospělé osoby zbavené způsobilosti nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům by měla účinně odpovídat na specifické potřeby těchto osob, především modifikací služeb a vzájemnou spoluprací s poskytovateli sociálních služeb.²⁹⁶ Podle Kalvacha přibývání křehkých osob přináší společnosti závažné výzvy odborné, právní, sociální, ekonomické i etické.²⁹⁷

²⁹⁵ JURÍČKOVÁ, L., KLIMENT, P., IVANOVÁ, K., Důvody zbavení způsobilosti k právním úkonům a volba opatrovníka v seniorském věku, In *Týmová péče o seniory*, s. 23.

²⁹⁶ IVANOVÁ, K., *Ochrana křehkých a nekompetentních seniorů v ČR*, s. 21.

²⁹⁷ KALVACH, Z., *Respektování lidské důstojnosti*, s. 7.

Multidisciplinární přístup je zakotven v řadě národních a mezinárodních dokumentů, především v dokumentu WHO „Zdraví 21 – zdraví do 21. století“. Pro účinný rozvoj zdraví je nezbytné, aby se různá odvětví stala odpovědná za zdravotní důsledky své programové i organizační činnosti a aby si význam podpory a ochrany zdraví uvědomoval nejen rezort zdravotnictví, ale i jiné rezorty.²⁹⁸ Národní a mezinárodní dokumenty kladou především důraz na zdravotní strategii, včetně péče o osoby s duševní poruchou, a tyto dokumenty většina zemí účelně využívá pro vytváření zdravotní politiky, legislativy a praxe,²⁹⁹ viz též oddíl 1.3.1. Hlavním principem evropské zdravotní politiky je integrace zdraví do všech politik napříč všemi odvětvími.³⁰⁰ Podle WHO k podpoře a ochraně zdraví významně přispívá nejen zdravotnický rezort, ale také rezort sociální péče a justice. Rezort sociální péče reaguje na problémy, které vznikají v důsledku chudoby a sociálního vyloučení, a justice je odpovědná za zavádění legislativy, která bude posilovat a rozvíjet zdraví. WHO upozorňuje na zatížení sociálního systému v důsledku demografických trendů, zejména stárnutí populace, a proto doporučuje vytvořit síť sociálních jistot, zajistit sociální politiku, která bude podporovat rodiny, a rovněž doporučuje užší spolupráci rezortu sociální péče se zdravotnickým rezortem při poskytování služeb zdravotní péče pro různé cílové skupiny.³⁰¹ Lze shrnout, že jednou z největších výzev v oblasti dlouhodobé péče je integrace zdravotnických a sociálních služeb.

2.2.5 Poskytování sociálních služeb osobám v nepříznivé sociální situaci

Podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který sociální službou rozumí „činnost nebo soubor činností [...] zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“³⁰² Důvody sociálního vyloučení jsou způsobeny dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, anebo nepříznivou sociální situací. V případě dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu jsou obvykle využívány **služby sociální péče** (pečovatelská služba, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, aj.) a v případě nepříznivé sociální situace **služby sociální prevence**

²⁹⁸ WHO, *Zdraví 21 – zdraví do 21. století*, s. 68, 78, 80.

²⁹⁹ HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., *Vybrané kapitoly z gerontologie*, s. 13.

³⁰⁰ *Bílá kniha, Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008 – 2013; Druhý akční program Společenství ve zdravotní oblasti pro léta 2008 – 2013.*

³⁰¹ WHO, *Zdraví 21 – zdraví do 21. století*, s. 88.

³⁰² Zákon č. 108/2006 Sb., § 3, písm. a). Pro sociální služby se vztahují i jiné právní předpisy, např. zákon č. 128/2000 Sb., zákon č. 129/2000 Sb. apod.

(azylové domy, noclehárny, sociálně terapeutické dílny aj.). **Sociální poradenství** intervenuje ve všech situacích, které člověk nedokáže samostatně zvládnout. Sociální služby jsou poskytovány přibližně 700 000 klientům, tj. cca 7 % populace ČR. Síť sociálních služeb není na území ČR zcela rovnoměrná. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména osoby ve věku nad 65 let, osoby se zdravotním postižením a rodiny s dětmi. Sociální služby jsou financovány vícezdrojově. Dlouhodobě poskytované služby sociální péče vykazují obložnost těsně nad hranicí 100 %. Krátkodobé služby sociální prevence využití až v řádu tisíců procent, což je způsobeno obvyklou délkou pobytu na lůžku.³⁰³

Zákon o sociálních službách obsahuje dělení forem, v jakých se tyto služby mohou poskytovat, a to **služby pobytové, ambulantní a terénní**.³⁰⁴ Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou zejména pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, osobní hygieně, poskytnutí stravy, ubytování, zajištění chodu domácností apod.³⁰⁵ Sociální služby se poskytují fyzickým osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje (pravidelnou) pomoc jiné fyzické osoby, příp. osobám vystaveným stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností, tzn. též **osobám zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům**.³⁰⁶ Dospělé osoby zbavené způsobilosti nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům využívají především denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, noclehárny, sociálně terapeutické dílny, zařízení následné péče, pečovatelské služby aj. Sociální služby se poskytují osobám bez úhrady nákladů nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů.³⁰⁷ Počet zařízení sociálních služeb se v roce 2010 oproti roku 2009 zvýšil o 170.³⁰⁸ V roce 2010 nejvíce klientů pobývalo v domovech pro seniory (36 183), potom v domovech pro osoby se zdravotním postižením (13 946). Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále MPSV) ČR zvlášť nevede samostatnou evidenci počtu dospělých osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním

³⁰³ MPSV ČR, *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči 2010*, http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analiza_fin_SS.pdf; zákon č. 108/2006 Sb., § 32, §37 až § 70.

³⁰⁴ Zákon č. 108/2006 Sb., § 33.

³⁰⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., § 37 až § 70. Každá z výše uvedených sociálních služeb je popsána v zákoně o sociálních službách a ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

³⁰⁶ MATOUŠEK, O., aj., *Sociální služby*, s. 9. Viz též zákon č. 108/2006 Sb., § 35.

³⁰⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., § 71 až § 77.

³⁰⁸ MPSV ČR, *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2010*, s. 86 a MPSV ČR, *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2009*, s. 86.

úkonům v jednotlivých zařízeních sociálních služeb, ti jsou zahrnuti mezi dospělé osoby se zdravotním postižením. Počet všech klientů (tj. dětí, mládeže a dospělých osob), kteří pobývali v zařízeních sociálních služeb v letech 1995, 2000, 2005 a 2010, zobrazuje tab. 6.³⁰⁹

Tab. 6 – Zařízení sociálních služeb v ČR

Druh zařízení	Počet klientů k 31. 12. (absolutně)
Zařízení sociálních služeb celkem 2010	75 254
v tom:	
Centra denních služeb	1 083
Denní stacionáře	3 285
Týdenní stacionáře	772
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	13 946
Domovy pro seniory	36 183
Domovy se zvláštním režimem	8 526
Chráněné bydlení	2 685
Azylové domy	5 242
Domy na půl cesty	323
Zařízení pro krizovou pomoc	26
Nízkoprahová denní centra	0
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	0
Noclehárny	1 049
Terapeutické komunity	229
Sociální poradny	0
Sociálně terapeutické dílny	976
Centra sociálně rehabilitačních služeb	785
Pracoviště ranné péče	0
Intervenční centra	0
Služby následné péče	134
Zařízení sociálních služeb celkem 1995	61 380
Zařízení sociálních služeb celkem 2000	71 269
Zařízení sociálních služeb celkem 2005	74 943
	na 100 000 obyvatel
Zařízení sociálních služeb celkem 2010	714,5
Zařízení sociálních služeb celkem 1995	594,1
Zařízení sociálních služeb celkem 2000	698,8
Zařízení sociálních služeb celkem 2005	732,3

Za signifikantní údaje pro rozvoj sociálních služeb je nutno považovat poptávku po jednotlivých typech sociálních služeb.³¹⁰ Za osoby zbavené způsobilosti nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům obvykle podávají žádosti o umístění do pobytových sociálních zařízení jejich opatrovníci.³¹¹ MPSV ČR se v návaznosti na koncepční řešení kvality

³⁰⁹ ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka ČR 2010*, s. 100.

³¹⁰ Počet žádostí nemusí plně korespondovat s aktuální potřebou, část občanů si podává žádosti o umístění do zařízení sociální péče jako jistou “pojistku do budoucna”. Lze rovněž předpokládat, že část občanů si podává žádosti do více zařízení sociální péče. *Základní východiska a cíle koncepce sociálních služeb Olomouckého kraje*, <http://www.kr-olomoucky.cz/clanky/dokumenty/673/zakladni-vychodiska-a-cile-koncepce-socialnich-sluzeb-olomouckeho-kraje.pdf>.

³¹¹ MPSV ČR nevede samostatnou evidenci počtu žádostí o umístění do pobytových sociálních zařízení u osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům.

a dostupnosti sociálních služeb systematicky věnuje podpoře procesu transformace, deinstitucionalizace a humanizace služeb sociální péče. Hlavní priority procesu transformace pobytových zařízení sociálních služeb jsou vyjádřeny v dokumentu „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“, který byl přijat dne 21. února 2007 usnesením vlády ČR č. 127.³¹² Konečným výstupem by měla být síť komunitních služeb v přirozeném prostředí, kdy si uživatel bude moci zvolit tu službu, kterou opravdu potřebuje.³¹³ Z analýzy vybavenosti regionů službami sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením, vyplynulo, že současné evropské trendy, projevující se v odklonu od péče poskytované v rezidenčních zařízeních k péči poskytované v přirozeném domácím prostředí jednotlivých klientů, se v ČR zatím uplatňují pouze v omezeném měřítku. Je zřejmé, že bez zásadního přehodnocení základních principů systému financování, organizace a plánování sociálních služeb nelze očekávat žádné výrazné změny ve vybavenosti jednotlivých regionů sociálními službami pro seniory a osoby se zdravotním postižením.³¹⁴

2.2.6 Příspěvek na péči osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby

Podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám, v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci, tzn. také **osobám zbaveným způsobilosti nebo omezeným ve způsobilosti k právním úkonům**. Příspěvek na péči náleží tedy těm osobám, které jsou z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné osoby v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti.³¹⁵ Podle platného znění zákona č. 108/2006 Sb. do 31. prosince 2011 se při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti hodnotila schopnost zvládat 18 úkonů, především denní úkony týkající se zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu. Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotila schopnost zvládat 18 úkonů,

³¹² MPSV ČR, *Podpora transformace sociálních služeb*, <http://www.mpsv.cz/cs/7058>; MPSV ČR, *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči 2010*, http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analiza_fin_SS.pdf a MPSV ČR *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012*, http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf.

³¹³ MPSV ČR, *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012*, s. 6.

³¹⁴ PRŮŠA, L., *Vývoj vybavenosti regionů službami sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením*, s. 6, <http://kdem.vse.cz/resources/relik11/sbornik/download/pdf/197-Prusa-Ladislav-paper.pdf>.

³¹⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., § 1, odst. 1, § 7, odst. 1 a odst. 2.

především schopnost komunikovat, schopnost nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, obstarat si potraviny, uvařit si, vyprat, uklidit apod. Výsledkem bylo, že v rámci těchto jednotlivých 36 úkonů hodnotil sociální pracovník a posudkový lékař celkem 129 činností, tj. 71 činností v rámci úkonů péče o vlastní osobu a 58 činností v rámci úkonů soběstačnosti.³¹⁶

Příspěvek na péči je odstupňován podle míry závislosti, přičemž jeho hodnota je odvozena od obvyklých nákladů spojených s péčí. Příspěvek na péči umožňuje zabezpečovat péči v přirozeném prostředí. Optimálním modelem je sdílení péče mezi neformálním pečujícím prostředím (rodina nebo jiné pečující osoby) a registrovanými poskytovateli sociálních služeb.³¹⁷ Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon o sociálních službách rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, a to lehká závislost (stupeň I), středně těžká závislost (stupeň II), těžká závislost (stupeň III) a úplná závislost (stupeň IV).³¹⁸ Podle zákona č. 108/2006 Sb. při posuzování stupně závislosti se provádí dvojí šetření. První šetření provádí sociální pracovník, jehož cílem je zjistit schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí.³¹⁹ Druhé šetření provádí Okresní správa sociálního zabezpečení (dále OSSZ), konkrétně posudkový lékař se specializovanou odbornou způsobilostí v oboru posudkové lékařství. Posudkový lékař při posuzování stupně závislosti vychází z výsledků sociálního šetření, z odborné lékařské dokumentace doložené ošetřujícím lékařem, příp. doplněné odborným vyšetřením na žádost posudkového lékaře a ze závazných posudkově lékařských postupů. Zásadním krokem při posuzování je stanovení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.³²⁰ Následně posudkový lékař příslušné OSSZ zašle příslušnému úřadu stejnopis posudku s uvedením úkonů, které osoba není schopna zvládat; toto posouzení je součástí rozhodnutí o přiznání či zamítnutí

³¹⁶ Podrobný výčet je uvedený v zákoně č. 108/2006 Sb., § 9, odst. 1 a odst. 2; WERNEROVÁ, J., ZVONÍKOVÁ, A., Sociální reforma 2011 a návrh novely zákona o sociálních službách, In *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*, s. 17, http://www.mpsv.cz/files/clanky/11229/Aktuality_pro_LPS_MPSV.pdf.

³¹⁷ MPSV ČR, *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči 2010*, http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf.

³¹⁸ Zákon č. 108/2006 Sb., § 8 (výše příspěvku pro osoby starší 18 let viz § 11, odst. 2).

³¹⁹ PASTORKOVÁ, R., aj., Posuzování stupně závislosti z pohledu posudkového lékaře, In *Problematika generace 50 plus: sborník VII. mezinárodní konference*, s. 76; WERNEROVÁ, J., ZVONÍKOVÁ, A., Sociální reforma 2011 a návrh novely zákona o sociálních službách, In *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*, s. 17, http://www.mpsv.cz/files/clanky/11229/Aktuality_pro_LPS_MPSV.pdf.

³²⁰ PASTORKOVÁ, R., aj., Posuzování stupně závislosti z pohledu posudkového lékaře, In *Problematika generace 50 plus: sborník VII. mezinárodní konference*, s. 76. Zákon č. 108/2006 Sb. rozumí dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem „nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost.“ Zákon č. 108/2006 Sb., § 3, písm. c).

příspěvku, které obdrží žadatel.³²¹ Ze statistické ročenky z oblasti práce a sociálních věcí vyplývá, že v roce 2010 byl I. stupeň uznán 40 764 osobám (o 3 627 žádostí více než v roce 2009), II. stupeň 34 629 osobám (o 1 500 méně než v roce 2009), III. stupeň 24 707 osobám (o 3 030 více než v roce 2009) a IV. stupeň byl uznán 19 886 osobám (o 1 021 více než v roce 2009).³²² Ze struktury počtu posuzovaných osob v roce 2010 z hlediska věku vyplývá převaha posuzované věkové skupiny osob nad 75 let (55 %).³²³ Od 1. ledna 2012 dochází k zásadní změně v posuzování příspěvku na péči, které jsou spojeny s novelizací zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve znění zákona č. 366/2011 Sb. Podstatou změny je zpřehlednění posuzování stupně závislosti na základě transformace a agregace stávajících 36 úkonů do deseti ucelených a věcně souvisejících oblastí každodenního života – základních životních potřeb, tím se posudkový systém zjednodušuje.³²⁴

Z dokumentu „Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči“ vyplývá, že v rámci agendy příspěvku na péči je bezpodmínečnou podmínkou zajistit výkon sociální práce v rámci veřejné správy tak, aby celý proces práce s člověkem nebyl redukován pouze na sociální šetření pro potřeby stanovení stupně závislosti, ale aby obsahoval všechny aspekty případové práce a metod síťování a interdisciplinárního řešení případu člověka. S ohledem na stávající organizaci a působnost veřejné správy v sociálních službách, působnost orgánů lékařské posudkové služby, státní sociální podpory a dalších orgánů systému sociální ochrany (pomoci v hmotné nouzi, sociálně právní ochrany), je z dlouhodobého hlediska nutné pracovat na koncepci fungování multidisciplinárních týmů na úrovni, kde je sociální situace člověka řešena, tj. na obci.³²⁵

³²¹ MPSV ČR, *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči 2010*,

http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf

³²² MPSV ČR, *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí – 2010*, s. 136,

http://www.mpsv.cz/files/clanky/11544/rocenka_2010.pdf a MPSV ČR, *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí – 2009*, s. 139,

http://www.mpsv.cz/files/clanky/9854/statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2009.pdf.

³²³ WERNEROVÁ, J., ZVONÍKOVÁ, A., Sociální reforma 2011 a návrh novely zákona o sociálních službách, In *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*, s. 15,

http://www.mpsv.cz/files/clanky/11229/Aktuality_pro_LPS_MPSV.pdf.

³²⁴ VÁŇOVÁ, A., ZVONÍKOVÁ, A., Posuzování invalidity a stupně závislosti v roce 2010, In *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*, s. 17, http://www.mpsv.cz/files/clanky/11229/Aktuality_pro_LPS_MPSV.pdf.

³²⁵ MPSV ČR, *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči 2010*,

http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf.

3 OPATROVNICTÍ: METODOLOGIE VÝZKUMU

Disertační práce byla koncipována jako výzkum smíšený, kombinující kvantitativní a kvalitativní přístupy. První (orientační) výzkum opatrovnictví dospělých osob v ČR byl realizovaný v rámci mezinárodního projektu ADEL v srpnu 2009. Druhý, navazující (smíšený) výzkum byl realizovaný v letech 2009 – 2011 a probíhal ve dvou výzkumných etapách. První etapa smíšeného výzkumu byla realizována v srpnu a v prosinci 2009 a v únoru až březnu 2010. Druhá etapa smíšeného výzkumu byla realizována v únoru až dubnu 2011. Výsledky z první a druhé etapy výzkumu jsou popsány v podkap. 4.1 až 4.3. Shrnutí výsledků z první a druhé etapy výzkumu je uvedeno v podkap. 4.4.

3.1 Orientační výzkum opatrovnictví dospělých osob (2009)

První (orientační) výzkum byl realizován srpnu 2009 v rámci mezinárodního projektu ADEL. Tento projekt reagoval na změnu demografické struktury v Evropě vyznačující se stárnutím obyvatelstva a narůstáním počtu nekompetentních seniorů³²⁶ (osob ve věku nad 65 let), kteří byly zbaveni způsobilosti nebo omezeni ve způsobilosti k právním úkonům a byl jim ustanoven opatrovník. Hlavním cílem projektu ADEL bylo zjistit, do jaké míry jsou vybrané země Evropské unie (Německo, Rakousko, Česká republika, Dánsko a Španělsko) připraveny zvládnout vzrůstající nároky společenské odpovědnosti, která souvisí se způsoby ochrany křehkých a nekompetentních osob.³²⁷ Předmětem výzkumu byl systém opatrovnictví dospělých osob v pěti zemích Evropské unie. Na základě komparace, prognózy a analýzy systémů opatrovnictví ve vybraných zemích byly formulovány aktuální problémy a navrženy způsoby jejich řešení. Projekt ADEL se ideově opíral o Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, kterou ČR ratifikovala v roce 2009. ČR se tak zavázala k reformě zákonů, politiky

³²⁶ Pojem „nekompetentní senioři“ nebo „nekompetentní dospělé osoby“ je převzatý z projektu ADEL a používá se pouze v této podkapitole. V práci se místo „nekompetentní dospělé osoby“ používá pojem „opatrované osoby“.

³²⁷ KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, 2009, s. 3-4. Výběr participujících zemí byl motivován specifickými rysy dané země týkající se demografických podmínek a akceptací Esping-Andersenovy klasifikace režimů sociálního státu. Z německy mluvících zemí byly vybrány Rakousko a Německo (korporativní typ). Dánsko bylo vybráno jako zástupce skandinávských zemí (sociálně demokratický typ), Španělsko jako zástupce jižních evropských zemí (na rodinu orientovaný typ státu) a ČR jako zástupce východní Evropy (přechodný typ). KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, 2009, s. 1-2.

a praxe, zejména v oblasti způsobilosti k právním úkonům.³²⁸ Projekt ADEL začal v září 2009 a byl ukončen v srpnu 2010.

Projekt ADEL se skládal z legislativní³²⁹ a výzkumné části. V ČR garantoval výzkumnou část Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP v Olomouci³³⁰ a obsahem jeho činnosti bylo poskytnout podrobné údaje o opatrovnictví dospělých osob, vývoji demografické a socio-strukturální situaci v ČR, stěžejných dokumentech v ČR řešících problematiku péče dospělých osob nezpůsobilých k právním úkonům, problémových oblastech v současném systému opatrovnictví v ČR vyplývajících z rozhovorů s experty na problematiku dospělých osob nezpůsobilých k právním úkonům (zejména seniorů) a shromáždění údaje dokumentovat typickými případovými studii.³³¹ Shromážděním podrobných údajů o opatrovnictví dospělých osob byla pověřena dvoučlenná sekce výzkumného týmu, a to Lubica Juríčková a Pavel Kliment, odborník na nedobrovolné institucionalizace v sociální péči. Byly vyhledány odborné články z recenzovaných časopisů či z časopisů s impaktem o opatrovnictví dospělých osob vždy za posledních deset let v ČR a v zahraničí.³³² K hledání informačních zdrojů k opatrovnictví dospělých osob byla využita tato klíčová slova: guardianship, conservatorship, adult guardianship system, guardianship system problems, data on guardianship, court records, court files, petitioner, alleged incapacitated person, persons deprived of capacity to legal acts, incapable, incompetent elderly, incompetent persons, wards, caregiver, public guardians. Rešerše byla provedena na 430 zahraničních odborných člancích z recenzovaných časopisů a z časopisů s impaktem.

Na základě rešeršní činnosti bylo zjištěno, že problematice opatrovnictví dospělých osob věnují větší pozornost v zahraničí, zejména v USA, než v ČR. Výsledky rešeršní činnosti ukazují, že badatelé v zahraničí nejčastěji: 1. analyzují právní dokumenty o opatrovnictví v daném státě nebo je porovnávají mezi vybranými státy,³³³ 2. zjišťují ze soudních spisů údaje o stěžejních aktérech vstupujících do systému opatrovnictví, a to nejčastěji o navrhovatelích,

³²⁸ MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M., *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*, s. 13.

³²⁹ Legislativní (právníckou) část projektu ADEL za ČR garantovala Právnická fakulta Univerzity Karlovy v Praze.

³³⁰ Hlavní řešitelkou projektu ADEL za ČR byla doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., přednostka Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP v Olomouci.

³³¹ KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, 2009, s. 4.

³³² Kromě tradičních služeb knihoven v ČR (Národní knihovna v Praze, Vědecká knihovna v Olomouci) byly využity i tyto databázové systémy: EBSCOhost, Journal STORage Database, Medline, ProQuest 5000, Pubmed, ScienceDirect, SpringerLink a Wiley InterScience, Wiley Online Library. Rešeršní činnost byla provedena autorkou práce a odborníky z Ústřední knihovny UP v Olomouci a z Knihovny Fakulty zdravotnických věd UP.

³³³ Viz např. BLANKMAN, K., *Guardianship Models in the Netherlands and Western Europe*, *International Journal of Law and Psychiatry*, 1997, roč. 20, č. 1, s. 47-57; MIZUNO, Y., NANBA, Y., *Aging society and the adult guardianship system*, *Geriatrics and Gerontology International*, 2003, č. 3, s. 225-235.

opatrovaných osobách a jejich opatrovnících.³³⁴ Pověření členové výzkumného týmu zjistili, že v ČR není zatím zpracována ucelená studie o opatrovaných dospělých osobách, ani podrobná statistika o navrhovatelích, opatrovaných osobách a o jejich opatrovnících. Údaje o opatrovnictví dospělých osob lze dohledat pouze na místně příslušných okresních soudech, tj. na opatrovnických odděleních, kde je vedena opatrovnická agenda jednotlivých případů.³³⁵ S přihlédnutím k metodickému pokynu k projektu ADEL³³⁶ a po obeznámení se s obsahem opatrovnické agendy na Okresním soudu v Olomouci byly formulovány tyto výzkumné otázky:

1. Které osoby iniciovaly návrh na zbavení způsobilosti k právním úkonům?
2. Jaká je příbuzenská vazba mezi navrhovatelem a opatrovanou osobou?
3. Kolik osob bylo zbaveno nebo omezeno ve způsobilosti k právním úkonům?
4. Jaké je pohlaví osob zbavených nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům?
5. Jaký je věk osob zbavených nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům?
6. Které duševní poruchy byly důvodem zbavení nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům?
7. Jak znělo rozhodnutí soudu v řízeních o zbavení způsobilosti k právním úkonům?
8. Jaké jsou typy opatrovníků?
9. Jaké je pohlaví soukromých opatrovníků?
10. Jaký je věk soukromých opatrovníků?
11. Jaká je příbuzenská vazba soukromých opatrovníků k opatrovaným osobám?
12. Které právnické osoby vykonávají funkci veřejného opatrovníka?

Odpovědi na dané výzkumné otázky poskytl orientační³³⁷ výzkum.

³³⁴ Viz např. O'SULLIVAN, J. L., HOFFMANN, D. E., The Guardianship Puzzle: Whatever happened to due process?, *Maryland Journal of Contemporary Legal Issues*, 1996, roč. 7, č. 1, s. 11-80; GAVISK, M., GREENE, E., Guardianship Determinations by Judges, Attorneys, and Guardians, *Behavioral Science and the Law*, 2007, č. 25, s. 339-353; MOYE, J., aj., Clinical Evidence in Guardianship of Older Adults Is Inadequate: Findings From a Tri-State Study, *The Gerontologist*, 2007, roč. 47, č. 5, s. 604-612; UEKERT, B., *Adult Guardianship Court and Issues: Results from an Online Survey*, 2010, dostupné z: www.eldersandcourts.org.

³³⁵ Tento výzkum v rámci projektu ADEL byl, na rozdíl od Německa a Rakouska, nutný, neboť oficiální statistiky v ČR nesledují podrobné údaje o opatrovaných osobách, ani o jejich opatrovnících. Ze statistiky Ministerstva spravedlnosti ČR pouze vyplývá, že počet opatrovaných osob narůstá, blíže viz oddíl 2.2.3.

³³⁶ KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *Guideline for research institutes*, 2009, s. 2-3.

³³⁷ Orientační výzkum se využívá obvykle tehdy, jsou-li znalosti o zkoumané problematice minimální. REICHEL, J., *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*, s. 34. Cílem výzkumu nebylo testování hypotéz, blíže viz PUNCH, K. F., *Úspěšný návrh výzkumu*, s. 48.

Realizační fáze orientačního výzkumu se uskutečnila se souhlasem předsedů³³⁸ pěti okresních soudů v Olomouckém kraji³³⁹ (Jeseník, Olomouc, Prostějov, Přerov a Šumperk) v srpnu 2009. Zkoumaný soubor tvořilo **152 uzavřených soudních spisů**, tzn., že se jednalo o spisy žijících dospělých osob (80 mužů a 72 žen), které okresní soudy v Olomouckém kraji v roce 2008 zbavily způsobilosti nebo omezily ve způsobilosti k právním úkonům a zároveň byl těmto osobám v roce 2008 pravomocně ustanoven opatrovník. Pro sběr dat byla zvolena **technika studia dokumentů**, neboť nebyl přístup k informacím pomocí jiných technik, např. dotazování apod.³⁴⁰ Při využívání dokumentů jako zdrojů informací je nutno počítat s těmito úkony: a) výběr dokumentů, b) kritické zhodnocení dokumentů a c) analýza dokumentů z hlediska potřeb konkrétního výzkumu.³⁴¹ Nejprve tedy bylo definováno, co bude považováno za dokument. Byly vybrány úřední dokumenty, tzv. uzavřené soudní spisy. Uzavřeným spisem je spis týkající se žijící dospělé osoby, ať už na straně opatrované osoby či na straně opatrovníka, kdy nejpozději v roce 2008 byl vynesena rozsudek o zbavení způsobilosti nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům a současně byl této osobě v roce 2008 pravomocně ustanoven opatrovník ve formě fyzické či právnické osoby. Soudní spis zpravidla obsahoval tyto dokumenty: a) návrh na zbavení způsobilosti k právním úkonům, b) souhlasné doporučení lékaře, c) usnesení o zahájení řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům, c) usnesení o ustanovení zástupce pro řízení, d) usnesení o ustanovení znalce z oboru psychiatrie, e) znalecký posudek, f) rozsudek, g) protokol o slibu opatrovníka, h) přehled o nakládání s finančními prostředky, event. s movitým majetkem opatrované osoby atd.

Po ověření použitelnosti soudních spisů byla prováděna analýza soudních spisů. Byl zvolen tzv. kvantitativní přístup k analýze soudních spisů, který vyžaduje definování kategorií dostatečně přesně již před započítáním analýzy.³⁴² Cílem kvantitativního přístupu je extrakce kategorií z textu v měřitelné podobě.³⁴³ S přihlédnutím k metodickému pokynu k projektu ADEL³⁴⁴ a k výzkumným otázkám byly předem vytvořeny tyto kategorie: a) u navrhovatele: Typ navrhovatele; Příbuzenská vazba navrhovatele; b) u opatrované osoby: Věk po zbavení;

³³⁸ Předsedové pěti okresních soudů v Olomouckém kraji dne 1. 7. 2009 obdrželi žádost o zpřístupnění soudních spisů pro vědecké účely a s realizací výzkumu všichni souhlasili.

³³⁹ Vytvořit si přesný a komplexní obraz o opatrovnictví v ČR v letech 2000 – 2008 by znamenalo studium 16 842 soudních spisů, proto se výzkumný tým rozhodl v první fázi prostudovat soudní spisy na jedné územní jednotce, kterou byl Olomoucký kraj, blíže viz IVANOVÁ, K., aj., *ADEL*, s. 10.

³⁴⁰ HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, s. 133.

³⁴¹ SCHNEIDER, M., KOUDELKA, F., *Úvod do základů sociologických výzkumů*, s. 54; LAMSER, V., *Základy sociologického výzkumu*, s. 119; ZICH, F., *Úvod do sociologického výzkumu*, s. 51.

³⁴² HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, s. 359; BOWLING, A., *Research Methods in Health*, s. 454-455.

³⁴³ KRONICK, J. C., Alternativní metodologie pro analýzu kvalitativních dat, *Sociologický časopis*, 1997, roč. 33, č. 33, s. 58.

³⁴⁴ KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *Guideline for research institutes*, 2009, s. 2-3.

Pohlaví; Psychiatrická diagnóza; Rozsudek; c) u opatrovníka: Typ opatrovníka; Rok narození fyzické osoby ustanovené opatrovníkem; Pohlaví opatrovníka fyzické osoby ustanovené opatrovníkem; Příbuzenská vazba fyzické osoby ustanovené opatrovníkem; Typ právnické osoby ustanovené opatrovníkem. Zjištěné údaje z každého soudního spisu byly vpisovány do samostatného strukturovaného záznamového archu. Příklad vyplněného záznamového archu je uvedený v příloze 1. Ke statistickému zpracování údajů ze záznamového archu byl použit statistický software SPSS, verze 15 a program MS Excel 2007.

Přípravná, realizační a závěrečná fáze orientačního výzkumu byla průběžně konzultována s vedením projektu ADEL. Výsledky z orientačního výzkumu v rámci projektu ADEL byly publikovány formou výzkumné zprávy *Advocacies for frail and incompetent elderly in Europe (ADEL): Ochrana křehkých a nekompetentních seniorů v Evropě*,³⁴⁵ formou abstraktu ve sborníku z konference, kde byly výsledky z výzkumu prezentovány formou posterů: a) *Výzkum opatrovnictví v České republice*,³⁴⁶ b) *Empirical data reality of guardianship in the Czech Republic and selected EU countries*,³⁴⁷ c) *Guardianship in the Czech Republic*,³⁴⁸ formou příspěvku *Důvody zbavení způsobilosti k právním úkonům a volba opatrovníka v seniorském věku* publikovaném v recenzovaném národním sborníku³⁴⁹ a formou příspěvku s původními vědeckými výstupy *Legitimita systému opatrovnictví* publikovaném v recenzovaném mezinárodním sborníku.³⁵⁰ Záměrem orientačního výzkumu bylo získat informace o dalších možnostech a potřebách výzkumu opatrovnictví v ČR a nosnosti tématu pro zamýšlenou disertační práci. Orientační výzkum potvrdil, že následný výzkum pro potřeby disertační práce je realizovatelný a metodika je plně aplikovatelná pro další výzkum. Nevýhodou zůstává značná časová náročnost studia soudních spisů. Nejdéle (2 dny) byly studovány soudní spisy (50 spisů) na Okresním soudu v Olomouci, nejméně (1 den) na Okresním soudu v Jeseníku (12 spisů). Autorka práce se rozhodla navázat na orientační výzkum, deskribující situaci opatrovnictví v Olomouckém kraji pouze v roce 2008 a provést analýzu soudních spisů i v letech 2006 a 2007 a výzkum rozšířit v období 2006 – 2008 i na Moravskoslezský kraj. Takto koncipovaným výzkumem vzrostl počet soudních spisů na 1 092.

³⁴⁵ IVANOVÁ, K., aj. Výzkumná zpráva z roku 2009 je zveřejněna v české i anglické verzi na www.usl.upol.cz.

³⁴⁶ JURÍČKOVÁ, L., KLIMENT, P., IVANOVÁ, K., In *Sborník konference metody popularizace vědy*, 2009, s. 127-128.

³⁴⁷ IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L., KLIMENT, P., In *Health and Well-being in Radically Changing Societies*, 2010, s. 162.

³⁴⁸ IVANOVÁ, K., LUŽNÝ, J., JURÍČKOVÁ, L., aj., In *Health Services Research in Europe*, 2010, s. 161-162.

³⁴⁹ JURÍČKOVÁ, L., KLIMENT, P., IVANOVÁ, K., In *Týmová péče o seniory*, 2009, s. 18-24.

³⁵⁰ IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L., KLIMENT, P., In *Aktuální otázky české a slovenské společnosti I: Sborník k 45. výročí založení Československé sociologické společnosti*, 2010, s. 265-277.

3.2 Smíšený výzkum opatrovnictví dospělých osob (2009 – 2011)

Údaje o navrhovatelích, opatrovaných osobách a o soukromých opatrovnících zjištěné při orientačním výzkumu neumožňují konkretizovat realizaci výkonu funkce veřejného opatrovníka. Veřejní opatrovníci v opatrovnickém procesu vystupují totiž v roli „case“ manažera, mají tedy roli koordinátora aktivit směřujících ku prospěchu opatrované osoby, a zároveň poskytují odborné poradenství jak soukromým opatrovníkům, tak osobám, kteří ještě nebyly soudem ustanoveny do funkce opatrovníka, ale o funkci opatrovníka se zajímají.³⁵¹

3.2.1 Výzkumné otázky a design smíšeného výzkumu

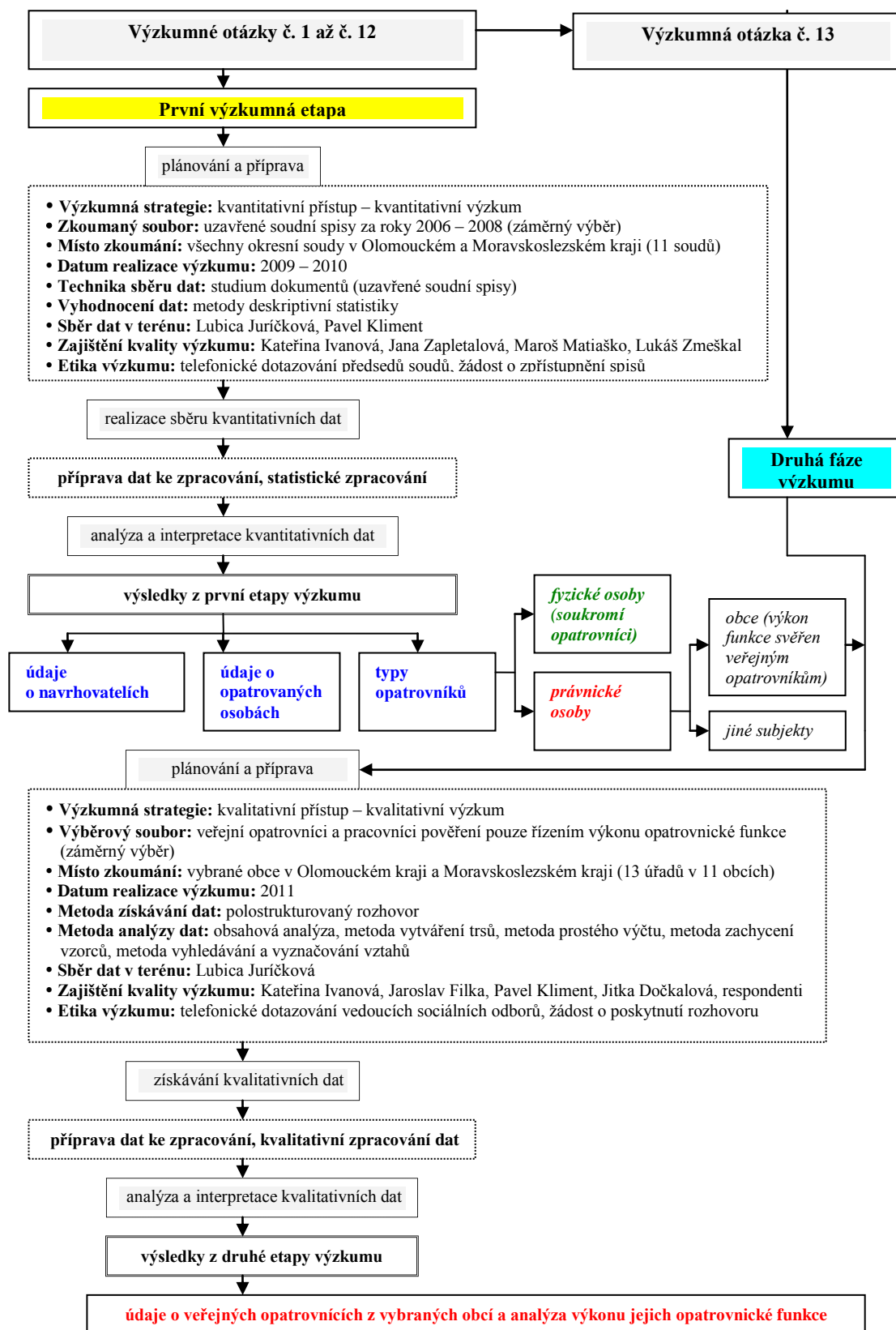
Výzkumné otázky smíšeného výzkumu byly převzaty z orientačního výzkumu, s výjimkou otázky č. 13, která byla doplněna na základě orientačního výzkumu:

1. Které osoby iniciovaly návrh (podnět) na zbavení způsobilosti k právním úkonům?
2. Jaká je příbuzenská vazba mezi navrhovatelem a opatrovanou osobou?
3. Kolik osob bylo zbaveno nebo omezeno ve způsobilosti k právním úkonům?
4. Jaké je pohlaví osob zbavených nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům?
5. Jaký je věk osob zbavených nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům?
6. Které duševní poruchy byly důvodem zbavení nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům?
7. Jak znělo rozhodnutí soudu v řízeních o zbavení způsobilosti k právním úkonům?
8. Jaké jsou typy opatrovníků?
9. Jaké je pohlaví soukromých opatrovníků?
10. Jaký je věk soukromých opatrovníků?
11. Jaká je příbuzenská vazba soukromých opatrovníků k opatrovaným osobám?
12. Které právnické osoby vykonávají funkci veřejného opatrovníka?
13. Jak je realizován výkon funkce veřejného opatrovníka obcemi?

Tvorbu návrhu smíšeného výzkumu zobrazuje obr. 12 na s. 84 (zdroj: vlastní zpracování). Při tvorbě návrhu se vycházelo z již ověřeného a doporučeného postupu založeného na odpovědích na základní otázky: Co? Kde? Kdy? Jak? Kdo? Proč?³⁵²

³⁵¹ JURÍČKOVÁ, L., KLIMENT, P., IVANOVÁ, K., FILKA, J., Veřejní opatrovníci a jejich zkušenosti z praxe, In VIII. Hradecké dny sociální práce, v tisku.

³⁵² MARSHALL, C., ROSSMAN, G. B., *Designing Qualitative Research*, s. 6-7, 161, 206, 221.



Obr. 12 – Schéma první a druhé etapy smíšeného výzkumu

Odpovědi na výzkumné otázky byly získávány s využitím strategie sekvenčního kombinování jednoho přístupu jako celku, v našem případě kvantitativního, s jiným typem přístupu – kvalitativním.³⁵³ Při koncepci **první etapy smíšeného výzkumu** se vycházelo z osvědčené metodologie aplikované v projektu ADEL. Byl zvolený kvantitativní přístup – kvantitativní výzkum. Zkoumaný soubor tvořilo **1 092 uzavřených soudních spisů**. Zkoumaný soubor byl vybrán metodou záměrného výběru.³⁵⁴ Pro sběr dat byla zvolena technika studia dokumentů – uzavřených soudních spisů k problematice opatrovnictví dospělých osob (viz podkap. 3.1) a rovněž pro statistické zpracování údajů se použil tentýž statistický software. K vyhodnocení dat byly použity metody deskriptivní statistiky založené na výpočtu základních statistik pro kvantitativní údaje (průměr, medián a směrodatná odchylka) a na konstrukci četnostních a kontingenčních tabulek pro údaje kategoriální (psychiatrické diagnózy, věkové kategorie, typy opatrovníků, typy navrhovatelů). První etapa výzkumu byla založena na výzkumných otázkách, nikoli hypotézách.³⁵⁵ Soudní spisy byly studovány na **11 okresních soudech Olomouckého kraje** (Olomouc, Přerov, Prostějov, Šumperk, Jeseník) a **Moravskoslezského kraje** (Frýdek-Místek, Nový Jičín, Karviná, Ostrava, Opava a Bruntál) v letech 2009 – 2010. Zajištění kvality první etapy výzkumu bylo provedeno čtyřmi experty, viz obr. 12 na s. 84. První etapa výzkumu byla realizovaná se souhlasem všech předsedů okresních soudů v Olomouckém kraji a v Moravskoslezském kraji (žádost o zpřístupnění spisů viz příl. 3). Výsledky z první etapy výzkumu jsou popsány v podkap. 4.1, v podkap. 4.2 a v oddílech 4.3.1 až 4.3.4.

Ve **druhé etapě smíšeného výzkumu**, s ohledem na výsledky první etapy – výzkumné otázky č. 1 až 12, a formulaci výzkumné otázky č. 13, byl zvolený kvalitativní přístup ke zkoumání sociální reality – kvalitativní výzkum.³⁵⁶ Výběrový soubor tvořilo **36 pracovníků zaměstnaných na magistrátech či městských úřadech Olomouckého kraje** (Olomouc, Přerov, Prostějov, Šumperk, Jeseník) a **Moravskoslezského kraje** (Frýdek-Místek, Nový Jičín, Karviná, Ostrava, Opava a Bruntál), z toho **25 pracovníků** bylo aktuálně pověřeno **výkonem opatrovnické funkce** a **11 pracovníků** bylo pověřeno pouze **řízením výkonu opatrovnické funkce**. Kritériem výběru respondentů bylo pověření primátorem nebo starostou obce k výkonu opatrovnické funkce, nebo jejímu řízení a ochota se do výzkumu zapojit.

³⁵³ HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, s. 276.

³⁵⁴ O této metodě blíže viz např. MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 136.

³⁵⁵ Podle Punche funkci hypotéz plní i jasně formulované výzkumné otázky. PUNCH, K. F., *Úspěšný návrh výzkumu*, s. 48.

³⁵⁶ V kvalitativním výzkumu o redukci informací rozhodují zkoumané osoby. Přirozeným systémem je respondentova znalost, zkušenosti, jeho postoje, pocity. Respondent není vtlačován do předem připravených schémat. Výzkumníkovou úlohou je nalézt významné struktury v množině všech proměnných, které respondent považuje za relevantní. DISMAN, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*, s. 290.

Respondenti (36) byli vybráni metodou záměrného výběru.³⁵⁷ Získávání kvalitativních dat proběhlo na třinácti úřadech v jedenácti obcích Olomouckého a Moravskoslezského kraje v únoru až dubnu 2011. Kvalitativní výzkum byl realizován ve stejných krajích a obcích jako předchozí kvantitativní výzkum (tj. první etapa smíšeného výzkumu). S ohledem na 23 městských obvodů Statutárního města Ostravy byly záměrně osloveny tři obvody s největším počtem obyvatel, a to Úřad městského obvodu Ostrava-Jih, Úřad městského obvodu Ostrava-Poruba a Úřad městského obvodu Slezská Ostrava. Pro získávání dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru, neboť polostrukturovaný rozhovor dokáže eliminovat nevýhody nestrukturovaného i strukturovaného rozhovoru a vytěžit současně maximum jejich výhod.³⁵⁸ Před zahájením kvalitativního výzkumu byl nejprve telefonicky informován o účelu šetření vedoucí pracovník sociálního odboru a potom byli požádáni o poskytnutí rozhovoru pracovníci, kteří vykonávají funkci veřejného opatrovníka (žádost o poskytnutí rozhovoru viz příl. 4). Jednalo se o vyčerpávající soubor s výjimkou Ostravy-Poruby, kde pracovnice úřadu měly kumulované funkce a vedoucí sociálního odboru vybrala z deseti pracovníků čtyři pracovnice s největší zkušeností ve výkonu funkce veřejného opatrovníka.

Rozhovory byly prováděny ve skupinách, pouze jeden rozhovor proběhl individuálně (vedoucí sociálního odboru si přála mluvit bez přítomnosti svých podřízených), v nichž minimální počet respondentů byl dva, maximální pět. Rozhovory vedla autorka práce. Respondentům bylo položeno pět otázek: 1. O jaké klienty (nezpůsobilé osoby) se staráte? 2. Co pro ně děláte? 3. Co vám ztěžuje vaši práci? 4. Jak hodnotíte spolupráci s pracovníky ve zdravotnictví? 5. Co byste udělali pro zlepšení práce opatrovníků? Pořadí otázek nebylo pro tazatelku závazné, záleželo na průběhu rozhovoru ve skupině a na vývoji situace.³⁵⁹ Rozhovory se odehrávaly na pracovištích veřejných opatrovníků, nebo v pracovně vedoucích sociálních odborech a trvaly minimálně 90 minut a maximálně 4 hodiny. Účast na výzkumu byla dobrovolná. Respondenti (36) souhlasili s nahráváním rozhovorů na diktafon. Před analýzou textů byla kvalitativní data nejprve technicky zpracována, a tak připravena pro analýzu, tzn., že byla provedena transkripce zvukového záznamu. Všechny rozhovory (36) byly doslovně přepisovány z diktafonu do počítače obvykle v den rozhovoru. Aby byly minimalizovány chyby při přepisu, tak po dokončení přepisu a potom také s týdenním časovým odstupem byl porovnán původní audiozáznam s jeho transkribovanou podobou.³⁶⁰ Tazatelka měla sebou také

³⁵⁷ O této metodě blíže viz např. MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 134.

³⁵⁸ MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 161.

³⁵⁹ MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 179.

³⁶⁰ Z důvodu zachování anonymity nejsou v oddílech 4.3.5 až 4.3.10 uvedena jména respondentů, v poznámce pod čarou je uvedeno číslo rozhovoru a odkaz na řádek či řádky v rozhovoru. Přepisy rozhovorů jsou k dispozici v archivu u autorky práce.

záznamový arch pro terénní poznámky, který jí posloužil zejména k zaznamenávání forem projevů respondentů, k zapisování myšlenek souvisejících s tématem apod.

Kvalitativní data byla analyzována **metodou obsahové analýzy**. Tuto metodu lze chápat jako „velmi široké spektrum dílčích metod a postupů sloužících k analýze jakéhokoli textového dokumentu s cílem objasnit jeho význam, [...], případně určit jeho strukturu. Důležitá je přitom vždy relevance textu pro daný problém.“³⁶¹ V rámci metody obsahové analýzy byl proces kódování zahájen identifikací významových jednotek v přepisu textu rozhovoru, poté následovalo seskupování významových jednotek (podobné s podobnými) nejprve do subkategorií, poté do abstraktnějších kategorií, např. pro identifikaci činností byly z rozhovorů definovány tyto kategorie: Informace o novém klientovi; Sociální šetření u nového klienta; Osobní a jiné doklady; Jídlo a další potřeby; Bydlení; Finanční prostředky; Zdravotní péče; Poplatky; Dluhy a přestupky; Soudy; Lékaři a jiní pracovníci; Poradenství; Kontakt s klientem, rodinou a osobami blízkými; Jiné běžné činnosti. Každá kategorie obsahovala určitý výčet činností, např. kategorie „Sociální šetření u nového klienta“ zahrnovala výčet 15 činností, např.: 1. Zjišťujeme, v jakých podmínkách klient [osoba zbavená nebo omezená ve způsobilosti k právním úkonům] bydlí. 2. Zjišťujeme, zda má klient zajištěnou celodenní stravu. 3. Zjišťujeme, zda má klient osobní doklady. Při analýze obsahu rozhovorů byl zvolen kvalitativně-quantitativní postup, tzn., že u jednotlivých kategorií byl sledován jejich kvalitativní aspekt (např. typ činnosti) i kvantitativní aspekt (např. počet nebo frekvence výskytu jednotlivých činností). Při aplikaci metody obsahové analýzy bylo pracováno se základním rámcem, tzv. manifestní obsahovou analýzou i s tzv. interpretativní obsahovou analýzou, tj. analýzou zkoumající rovněž implicitní významy skryté v textu či jeho formě.³⁶² Současně byly aplikovány pro kontrolu validity analýzy a interpretace kvalitativních dat tyto metody: **metoda vytváření trsů**,³⁶³ **metoda prostého výčtu**,³⁶⁴ **metoda zachycení vzorců**³⁶⁵ a **metoda vyhledávání a vyznačování vztahů**³⁶⁶.

³⁶¹ MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 238.

³⁶² MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 240.

³⁶³ Základní princip metody vytváření trsů (skupin) je postaven na „srovnávání a agregaci dat a má dimenzi určité hierarchizace, neboť v ní prostřednictvím kategorizace zvolených základních jednotek vytváříme jednotky obecnější.“ Blíže viz MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 221.

³⁶⁴ Prostřednictvím metody prostého výčtu „vyjadřujeme vlastnost určitého jevu, která se týká např. toho, jak často se daný jev vyskytl či v jakém poměru výskytu byl k jinému jevu.“ Blíže viz MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 222-223.

³⁶⁵ Jde o vyhledávání určitých obecnějších vzorců, témat, struktur, které odpovídají zaznamenaným jevům vázaným na určitý kontext, osobu atd. MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 222.

³⁶⁶ Tato metoda je založena na vyhledávání, identifikaci a popisu vztahů, na které explicitně upozorňují účastníci výzkumu a na vyhledávání vzájemných vztahů mezi proměnnými na základě vnitřních nebo vnějších souvislostí. Blíže viz MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 225.

Každý záznam rozhovoru byl analyzován zvlášť a následně bylo provedeno srovnání výsledků analýzy. Pro potřeby druhé etapy výzkumu byl použit systém kritérií pro hodnocení kvality výzkumu podle Lincolnové a Guby³⁶⁷, a proto se na přípravě druhé etapy výzkumu i jejího závěru podíleli čtyři nezávislí odborníci. Na kontrole validity dat se podíleli také veřejní opatrovníci (25), kteří od autorky práce obdrželi k verifikaci sumarizační formulář obsahující výsledky z druhé etapy výzkumu. Sumarizační formulář byl rozdělený do čtyř oblastí: 1. Běžné činnosti, 2. Problémy ve zdravotnictví, 3. Spolupráce, 4. Statistika. První oblast obsahovala výčet činností, které v praxi veřejní opatrovníci skutečně dělají. Druhá oblast se týkala subjektivně vnímaných problémů ve zdravotnictví při výkonu opatrovnické funkce. Veřejní opatrovníci měli vyhodnotit problémy ve zdravotnictví, identifikované z rozhovorů a stanovit tři nejzávažnější problémy ve zdravotnictví, které jim při výkonu opatrovnické funkce ztěžují práci. Třetí oblast obsahovala výčet pracovníků ve zdravotnictví, který vyplynul z rozhovorů a veřejní opatrovníci měli za úkol klasifikovat spolupráci s praktickým lékařem, s lékaři ve zdravotnických zařízeních, tj. v nemocnicích a psychiatrických léčebnách, potom s psychiatrem, psychologem, posudkovým lékařem, zubařem a všeobecnými sestrami pomocí pětibodové škály, kde 1 je výborná spolupráce a 5 je velmi špatná spolupráce. Čtvrtá oblast sumarizovala údaje z rozhovorů: a) o veřejném opatrovníkovi, tj. počet, pohlaví, délka praxe v opatrovnictví, kumulovaná funkce; b) o opatrovaných osobách (neboli klientech či opatrovancích, jak jim říkali v rozhovorech respondenti), tj. počet celkem, z toho muži a ženy; počet osob žijících v zařízeních sociálních služeb; počet osob v terénu (tzv. chodících); počet osob v těchto věkových skupinách: 18-39 let, 40-59 let a nad 60 let; převládající diagnóza u všech opatrovaných osob. Do čtvrté oblasti byla zahrnuta i otázka, zda veřejní opatrovníci vědí, kolik je opatrovaných osob v obci a jak se měnil jejich počet v předchozích letech a pro kolik osob je město veřejným opatrovníkem. Tyto údaje poskytly čtyři úřady ze třinácti, viz oddíl 4.3.1. Důvodem, proč veřejní opatrovníci nemohli poskytnout údaje o počtu všech opatrovaných osob v obci, bylo zejména to, že evidence o opatrovaných osobách v obci není vedena.

Výsledky z druhé etapy výzkumu jsou uvedeny v oddílech 4.3.5 až 4.3.10 a byly prezentovány v Olomouci na workshopu dne 16. září 2011, který pořádala autorka práce ve spolupráci s vedoucí opatrovnického oddělení Magistrátu města Olomouce.

³⁶⁷ LINCOLN, Y. S., GUBA, E. G., *Naturalistic Inquiry*, s. 300-331.

3.2.2 Limity smíšeného výzkumu

Smíšený výzkum má zejména tato omezení:

- Ze soudních spisů nebyly zjišťovány všechny údaje o navrhovatelích, opatrovaných osobách a o opatrovnících, a to např. věk navrhovatelů, vzdělání navrhovatelů, vzdělání opatrovaných osob, profese opatrovaných osob, velikost sídla, místo pobytu opatrovaných osob, rodinný stav soukromých opatrovníků apod.
- V rámci první fáze smíšeného výzkumu byly zkoumány údaje o navrhovatelích, opatrovaných osobách a o jejich opatrovnících pouze za tři roky (2006 – 2008).
- Druhá fáze smíšeného výzkumu byla realizována pouze v Olomouckém kraji a v Moravskoslezském kraji, a to ve dvou krajích ČR ze čtrnácti, proto výsledky nemohou být zobecněny na ostatní kraje ČR.

Výše uvedené limity smíšeného výzkumu však nesnižují zásadní význam práce pro celkový vzhled do problematiky opatrovnictví v ČR, protože se jedná o nejrozsáhlejší výzkum opatrovnictví nejen v Olomouckém a Moravskoslezském kraji, ale i v ČR. Disertační práce je východiskem pro následný výzkum.

4 OPATROVNICTVÍ: VÝSLEDKY Z VÝZKUMU

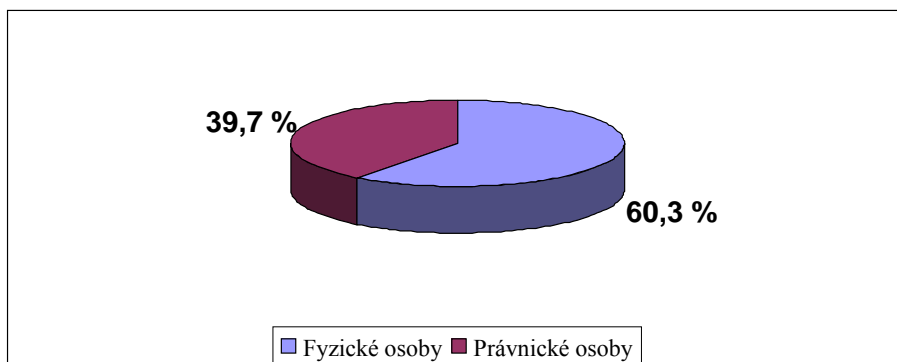
V kap. 4 jsou popsány výsledky z první a druhé etapy smíšeného výzkumu opatrovnictví dospělých osob. Výsledky z první etapy výzkumu (2009 – 2010) jsou popsány v podkap. 4.1, podkap. 4.2 a v oddílech 4.3.1 až 4.3.4. Výsledky z druhé etapy výzkumu (2011) jsou popsány v oddílech 4.3.5 až 4.3.10. Shrnutí výsledků z první a druhé etapy výzkumu je uvedeno v podkap. 4.4.

4.1 Údaje o navrhovatelích (výzkum 2009 – 2010)

Údaje o navrhovatelích, tj. osobách, které podaly návrh na zahájení řízení o zbavení způsobilosti v Moravskoslezském a Olomouckém kraji v letech 2006 – 2008, se zkoumaly z hlediska typů vyskytujících se v ČR a příbuzenské vazby k opatrovaným osobám.

4.1.1 Typy navrhovatelů

Návrh na zahájení řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům v Moravskoslezském a Olomouckém kraji v letech 2006 – 2008 podalo 1 092 osob, z toho 659 **fyzických osob** (60,3 %) a 433 **právnických osob** (39,7 %), viz obr. 13.



Obr. 13 – Typy navrhovatelů v obou krajích

4.1.2 Počet navrhovatelů podle příbuzenské vazby k opatrovaným osobám

Z fyzických osob (659), které podaly návrh na zahájení řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům v obou krajích v letech 2006 – 2008, to byly **rodinní příslušníci a osoby blízké (60,3 %)**, zejména matka a otec (34,4 %) a dospělé děti, tj. syn a dcera (11,5 %), blíže viz tab. 7. Z právnických osob (433) to byly **obce a jiné subjekty (39,7 %)**, zejména psychiatrické léčebny, psychiatrické ambulance a domovy pro seniory.

Tab. 7 – Navrhovatelé podle příbuzenské vazby k opatrovaným osobám

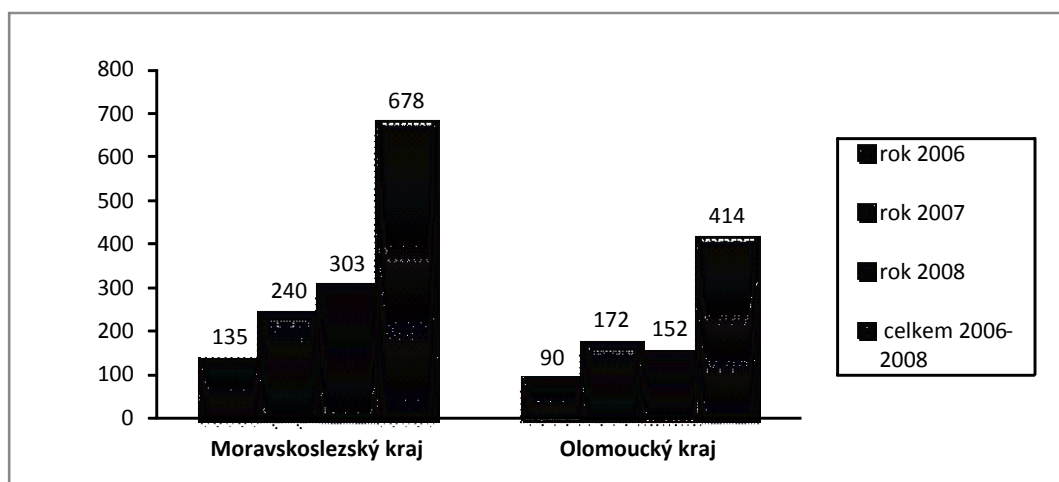
Navrhovatelé	Moravskoslezský kraj		Olomoucký kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
Fyzické osoby z toho:						
a) rodinní příslušníci						
matka/otec	245	36,1	131	31,6	376	34,4
sestra/bratr	28	4,1	17	4,1	45	4,1
babička/dědeček	5	0,7	3	0,7	8	0,7
manžel/manželka	37	5,5	24	5,8	61	5,6
syn/dcera	85	12,5	41	9,9	126	11,5
vnuč/vnučka	3	0,4			3	0,3
sestřenice/bratranec			3	0,7	3	0,3
švagr/švagrová	2	0,3	2	0,5	4	0,4
zeť/snacha	4	0,6	9	2,2	13	1,2
teta	2	0,3	2	0,5	4	0,4
neteř	4	0,6			4	0,4
b) osoby blízké						
kamarád	6	0,9	1	0,2	7	0,6
přítelkyně			1	0,2	1	0,2
sousedka	1	0,1			1	0,1
druh/družka	1	0,1	2	0,5	3	0,3
Právnické osoby, tj. obce a jiné subjekty	255	37,6	178	43,0	433	39,7
Celkem	678	100	414	100	1 092	100

4.2 Údaje o opatrovaných osobách (výzkum 2009 – 2010)

Opatrované osoby (tj. dospělé osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům) se zkoumaly z hlediska počtu, pohlaví, věku, psychiatrických diagnóz a rozhodnutí soudů.

4.2.1 Počet opatrovaných osob

V obou krajích bylo v letech 2006 – 2008 zbaveno způsobilosti nebo omezeno ve způsobilosti k právním úkonům celkem **1 092 dospělých osob**. Nejméně osob (90) bylo zbaveno způsobilosti nebo omezeno ve způsobilosti k právním úkonům v Olomouckém kraji v roce 2006 a nejvíce osob (303) v Moravskoslezském kraji v roce 2008, viz obr. 14.



Obr. 14 – Počet opatrovaných osob v obou krajích

Tab. 8, tab. 9 na s. 93 a obr. 15 na s. 93 udávají přehled o celkovém počtu osob v produktivním věku (tj. 15 let a více) v Moravskoslezském a v Olomouckém kraji v letech 2006 – 2008 (viz údaje ve sloupci „rok“) a počty opatrovaných osob v daném roce a daném kraji. Ve sloupci „Počet opatrovaných osob“ je v závorce uvedena incidence počtu těchto osob vztážená na 100 tisíc obyvatel v produktivním věku. Údaje o počtu osob v produktivním věku byly vzaty ze zdravotnických ročenek ČR za roky 2006 – 2008. Pro účely tohoto sdělení bylo vhodnější pracovat s počty osob ve věku 18 let a více, statistické ročenky však udávají pouze počty osob v definovaných věkových intervalech, kde nejbližší věkový interval pokrývající 18 let, je interval 15-19 let, tj. začátek produktivního věku.

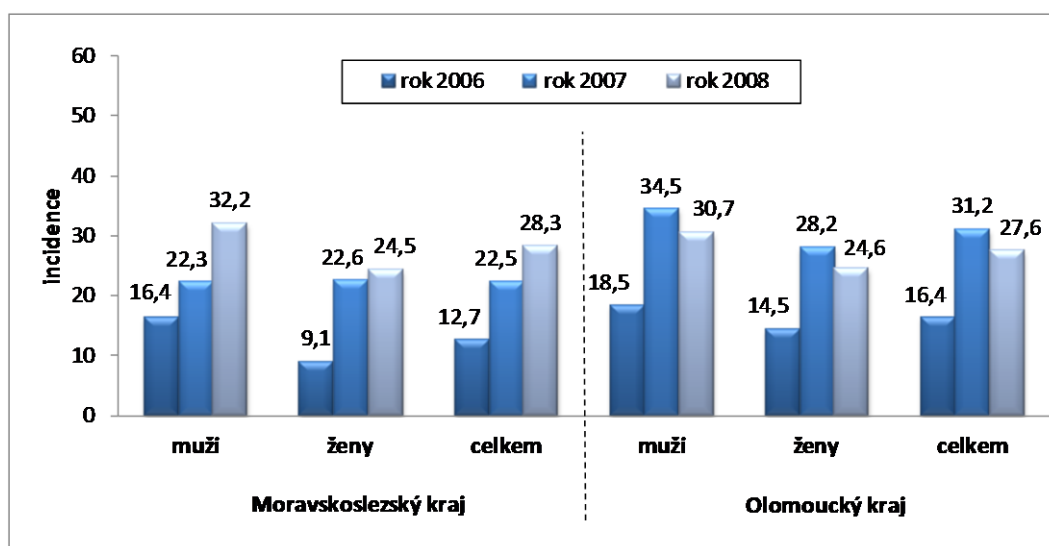
Tab. 8 – Incidence počtu opatrovaných osob v Moravskoslezském kraji

MS kraj	Rok 2006		Rok 2007		Rok 2008	
	Počet osob v produktivním věku	Počet opatrovaných osob (incidence)	Počet osob v produktivním věku	Počet opatrovaných osob (incidence)	Počet osob v produktivním věku	Počet opatrovaných osob (incidence)
Muži	517 133	85 (16,4)	519 208	116 (22,3)	521 098	168 (32,2)
Ženy	548 771	50 (9,1)	549 786	124 (22,6)	550 422	135 (24,5)
Celkem	1 065 904	135 (12,7)	1 068 994	240 (22,5)	1 071 520	303 (28,3)

Tab. 9 – Incidence počtu opatrovaných osob v Olomouckém kraji

OL kraj	Rok 2006		Rok 2007		Rok 2008	
	Počet osob v produktivním věku	Počet opatrovaných osob (incidence)	Počet osob v produktivním věku	Počet opatrovaných osob (incidence)	Počet osob v produktivním věku	Počet opatrovaných osob (incidence)
Muži	264 625	49 (18,5)	266 523	92 (34,5)	267 324	82 (30,7)
Ženy	282 891	41 (14,5)	283 834	80 (28,2)	284 072	70 (24,6)
Celkem	547 516	90 (16,4)	551 396	172 (31,2)	551 396	152 (27,6)

Nejvyšší incidence v obou krajích v letech 2006 – 2008, tj. 31 opatrovaných osob vztaženo na 100 tisíc obyvatel v produktivním věku, byla zjištěna v Olomouckém kraji v roce 2007, nejvyšší incidence v Moravskoslezském kraji 28 osob na 100 tisíc obyvatel v produktivním věku, byla zjištěna v roce 2008. Nejnižší incidence 13 osob na 100 tisíc obyvatel v produktivním věku byla zjištěna v roce 2006 v Moravskoslezském kraji, v Olomouckém kraji byla zjištěna nejnižší incidence 16 osob na 100 tisíc obyvatel v produktivním věku v roce 2006. U mužů byla zjištěna nejvyšší incidence 35 mužů zbavených způsobilosti na 100 tisíc mužů v produktivním věku v Olomouckém kraji v roce 2007, nejnižší incidence 16 mužů byla v Moravskoslezském kraji v roce 2006. U žen byla zjištěna nejvyšší incidence 28 žen na 100 tisíc žen v produktivním věku v Olomouckém kraji v roce 2007, nejnižší incidence 9 žen byla v Moravskoslezském kraji v roce 2006.



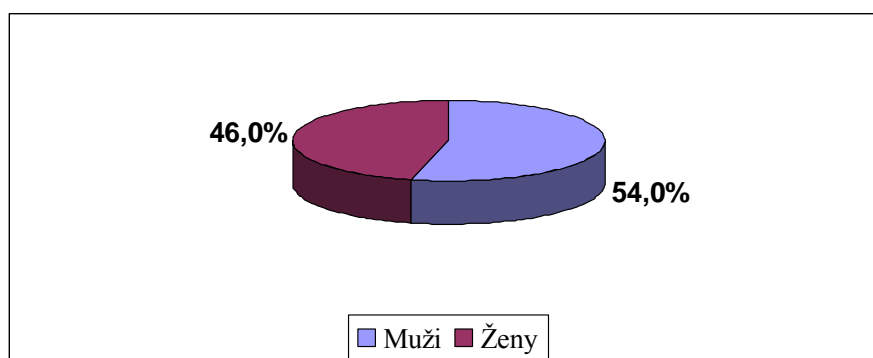
Obr. 15 – Incidence počtu opatrovaných osob na 100 tisíc obyvatel

Z obr. 15, tab. 8 na s. 92 a tab. 9 je patrné, že v roce 2006 a 2007 byla incidence počtu opatrovaných osob vyšší v Olomouckém kraji, v roce 2006 – 16 vs. 13 osob a v roce 2007 – 31 vs. 23 osob na 100 tisíc obyvatel v produktivním věku. V roce 2008 byla incidence v obou krajích stejná – 28 vs. 28 osob. Při porovnání incidence u mužů je zřejmé, že v roce 2006

a 2007 byla incidence u mužů vyšší v Olomouckém kraji, v roce 2006 – 19 vs. 16 mužů a v roce 2007 – 35 vs. 22 mužů na 100 tisíc mužů v produktivním věku. V roce 2008 byla incidence u mužů nepatrně vyšší v Moravskoslezském kraji – 32 vs. 31 mužů. Incidence u žen byla v roce 2006 a 2007 rovněž vyšší v Olomouckém kraji, v roce 2006 – 15 vs. 9 žen, v roce 2007 – 28 vs. 23 žen. V roce 2008 byla incidence u žen v obou krajích stejná – 25 žen na 100 tisíc žen v produktivním věku.

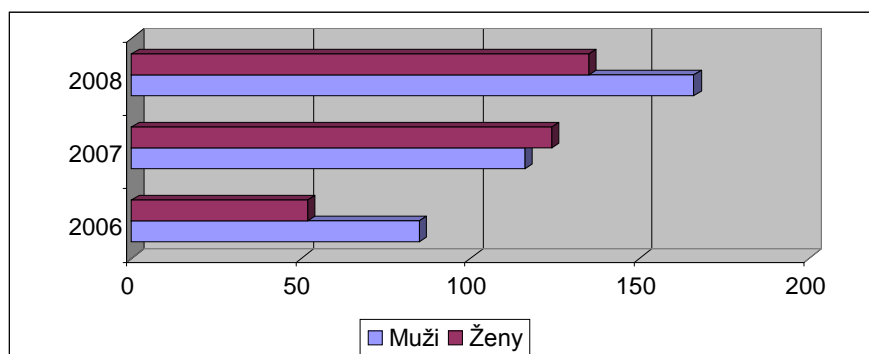
4.2.2 Počet opatrovaných osob podle pohlaví

Z 1 092 opatrovaných osob v letech 2006 – 2008 celkem 592 mužů (54 %) a 500 žen (46 %), obr. 16.



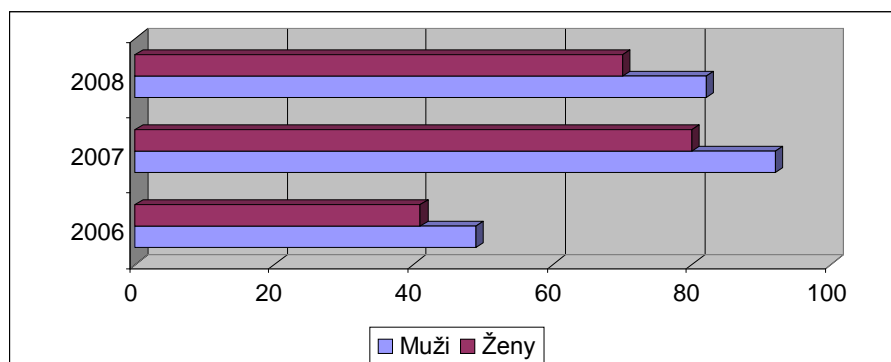
Obr. 16 – Počet opatrovaných osob v obou krajích podle pohlaví

Počty opatrovaných osob v Moravskoslezském kraji v letech 2006 – 2008 zobrazuje obr. 17. V Moravskoslezském kraji bylo zbaveno způsobilosti nebo omezeno ve způsobilosti k právním úkonům 678 osob, z toho 367 mužů a 311 žen. Nejméně mužů (85) a nejméně žen (52) bylo zbaveno způsobilosti nebo omezeno ve způsobilosti k právním úkonům v roce 2006, nejvíce mužů (166) a nejvíce žen (135) bylo zbaveno způsobilosti nebo omezeno ve způsobilosti k právním úkonům v roce 2008.



Obr. 17 – Počet opatrovaných osob v Moravskoslezském kraji podle pohlaví

V Olomouckém kraji bylo v letech 2006 – 2008 zbaveno způsobilosti nebo omezeno ve způsobilosti k právním úkonům 414 osob, z toho 223 mužů (53,9 %) a 191 žen (46,1 %). Nejméně mužů (49) a nejméně žen (41) bylo zbaveno způsobilosti nebo omezeno ve způsobilosti k právním úkonům v roce 2006, nejvíce mužů (92) a nejvíce žen (80) bylo zbaveno způsobilosti nebo omezeno ve způsobilosti k právním úkonům v roce 2007, obr. 18.



Obr. 18 – Počet opatrovaných osob v Olomouckém kraji podle pohlaví

4.2.3 Počet opatrovaných osob podle věku

Průměrný věk opatrovaných osob v Moravskoslezském kraji v letech 2006 – 2008 byl 44,1 let (18-97 let), medián věku 41,0 let, viz tab. 10.

Tab. 10 – Průměrný věk opatrovaných osob v Moravskoslezském kraji

Moravskoslezský kraj		Rok 2006	Rok 2007	Rok 2008	Celkem 2006 – 2008
Muži	Průměr ± SD	34,9 ± 17,2	38,2 ± 20,2	38,8 ± 18,4	37,7 ± 18,7
	Medián (min-max)	29,0 (18-68)	32,5 (18-85)	35,0 (18-86)	34,0 (18-86)
Ženy	Průměr ± SD	38,6 ± 20,5	53,7 ± 25,2	54,9 ± 24,9	51,8 ± 25,0
	Medián (min-max)	37,0 (18-93)	59,5 (18-97)	60,0 (18-92)	53,0 (18-97)
Celkem	Průměr ± SD	36,3 ± 18,5	46,2 ± 24,1	46,0 ± 23,0	44,1 ± 22,9
	Medián (min-max)	32,0 (18-93)	43,0 (18-97)	42,0 (18-92)	41,0 (18-97)

Vysvětlivky: SD je směrodatná odchylka věku

Průměrný věk opatrovaných osob v Olomouckém kraji v letech 2006 – 2008 byl 43,5 let (18-94 let), medián věku 38,5 let, viz tab. 11.

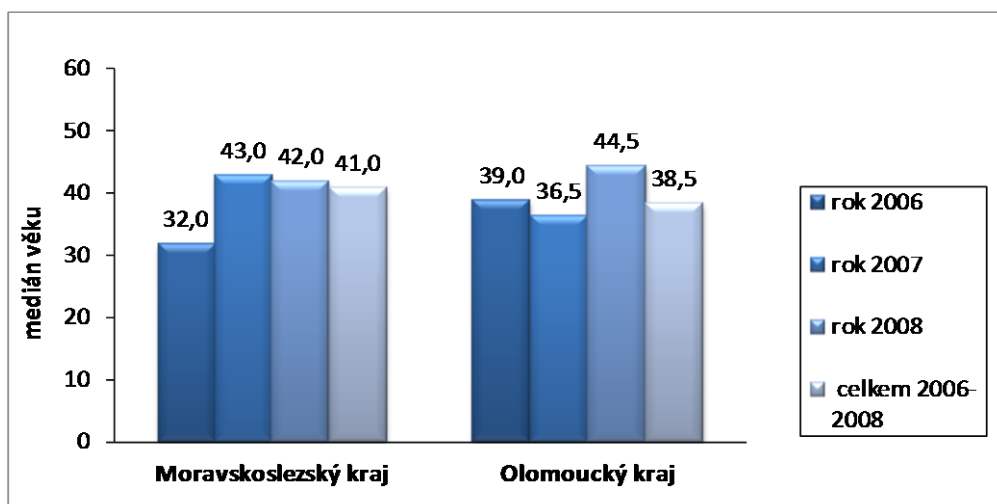
Tab. 11 – Průměrný věk opatrovaných osob v Olomouckém kraji

Olomoucký kraj		Rok 2006	Rok 2007	Rok 2008	Celkem 2006 – 2008
Muži	Průměr ± SD	36,9 ± 17,7	37,1 ± 16,7	37,3 ± 20,1	37,1 ± 18,1
	Medián (min-max)	38,0 (18-71)	34,0 (18-76)	30,5 (18-85)	32,0 (18-85)
Ženy	Průměr ± SD	45,9 ± 23,9	49,2 ± 25,9	55,9 ± 25,8	51,0 ± 25,6
	Medián (min-max)	45,0 (18-85)	51,5 (18-88)	65,0 (18-94)	53,0 (18-94)
Celkem	Průměr ± SD	41,0 ± 21,1	42,7 ± 22,3	45,9 ± 24,7	43,5 ± 23,0
	Medián (min-max)	39,0 (18-85)	36,5 (18-88)	44,5 (18-94)	38,5 (18-94)

Vysvětlivky: SD je směrodatná odchylka věku

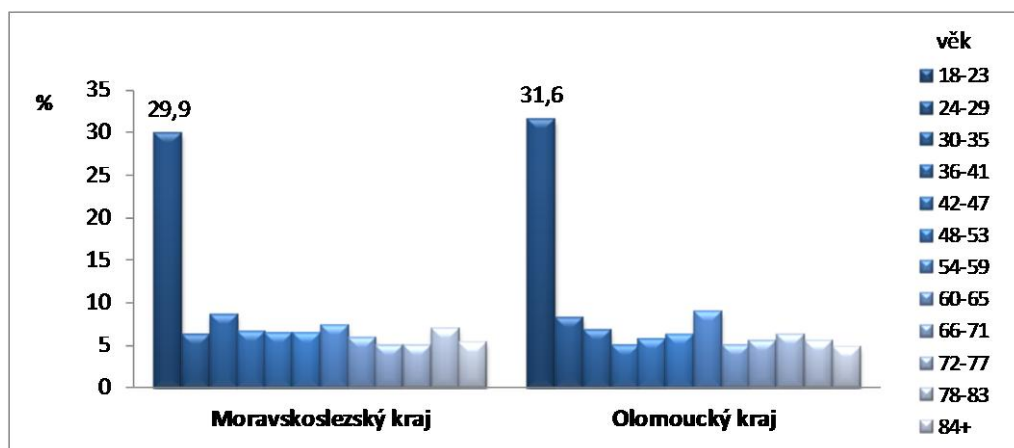
Průměrný věk opatrovaných osob byl stejný v obou krajích, tzn. **44 let**, medián věku byl nižší u opatrovaných osob v Olomouckém kraji, tzn. 39 let vs. 41 let. Při porovnání mediánu věku mužů a žen (tab. 10 a tab. 11) je patrné, že v obou krajích v každém ze sledovaných roků **jsou muži vždy výrazně mladší než ženy**. Největší rozdíl mezi věkem mužů a žen byl zjištěn v Olomouckém kraji v roce 2008, medián věku mužů byl 31 let a medián věku žen byl 65 let. Nejmladší opatrované osoby byly v Moravskoslezském kraji v roce 2006 (medián věku 32,0 let), nejstarší opatrované osoby byly v Olomouckém kraji v roce 2008 (medián věku 44,5 let). Nejmladší muži zbavení způsobilosti nebo omezení ve způsobilosti byli v Moravskoslezském kraji v roce 2006 (medián věku 29,0 let), nejstarší muži byli v Olomouckém kraji v roce 2006 (medián věku 35,0 let). Nejmladší ženy zbavené způsobilosti nebo omezené ve způsobilosti byly v Olomouckém kraji v roce 2006 (medián věku 45,0 let), nejstarší ženy byly v Olomouckém kraji v roce 2008 (medián věku 65,0 let). Věk opatrovaných osob byl v obou krajích v roce 2007 a 2008 vyšší ve srovnání s věkem v roce 2006. Největší rozdíly ve věku opatrovaných osob v průběhu let 2006 – 2008 byly zjištěny u žen v Moravskoslezském kraji. Medián věku žen v Moravskoslezském kraji v roce 2006 byl 37,0 let, v roce 2007 byl medián věku 59,5 let a v roce 2008 byl medián věku 60,0 let.

Mediány věku opatrovaných osob v obou krajích v letech 2006 – 2008 jsou zobrazeny na obr. 19 na s. 97.



Obr. 19 – Mediány věku opatrovaných osob v obou krajích

Procentuální zastoupení opatrovaných osob v definovaných věkových intervalech po pěti letech v obou krajích v letech 2006 – 2008 je zobrazen na obr. 20. V obou krajích bylo v letech 2006 – 2008 nejvíce opatrovaných osob v nejmladší věkové skupině **18-23 let**, v Moravskoslezském kraji to bylo 203 osob (29,9 %), v Olomouckém kraji 131 osob (31,6 %), viz též tab. 12. Vzhledem k výraznému „nenormálnímu“ rozdělení věku, tj. sešikmení distribuce doleva, je vhodnějším ukazatelem střední hodnoty věku medián zmiňovaný v předchozích odstavcích.



Obr. 20 – Rozdělení opatrovaných osob podle věkových skupin

Počet a procento opatrovaných osob v obou krajích v letech 2006 – 2008 podle věkových skupin jsou uvedeny v tab. 12. Pokud se zaměříme na opatrované osoby ve věku nad 60 let, zjistíme, že v Moravskoslezském kraji bylo nejvíce osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti ve věkové skupině 78-83 let (6,9 %), v Olomouckém kraji ve věkové skupině 72-77 let (6,3 %), blíže viz tab. 12 na s. 98.

Tab. 12 – Opatrované osoby podle věkových skupin

Věkové skupiny	Moravskoslezský kraj		Olomoucký kraj	
	Počet osob	%	Počet osob	%
18-23	203	29,9	131	31,6
24-29	43	6,3	34	8,2
30-35	58	8,6	28	6,8
36-41	45	6,6	21	5,1
42-47	44	6,5	24	5,8
48-53	44	6,5	26	6,3
54-59	50	7,4	37	8,9
60-65	40	5,9	21	5,1
66-71	34	5,0	23	5,6
72-77	34	5,0	26	6,3
78-83	47	6,9	23	5,6
84+	36	5,3	20	4,8

Přehled celkového počtu mužů a žen zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům v obou krajích v letech 2006 – 2008 podle věkových skupin je uveden v tab. 13. Z tab. 13 je patrné (viz údaje zvýrazněné tučně), že ve věkových skupinách od 18 let do 59 let je vyšší podíl mužů (62 % až 70 %) a ve věkových skupinách nad 60 let je vyšší podíl žen (53 % až 90 %).

Tab. 13 – Opatrované osoby podle věkových skupin a pohlaví

Věková skupina	Moravskoslezský kraj				Olomoucký kraj				CELKEM			
	Muži	%	Ženy	%	Muži	%	Ženy	%	Muži	%	Ženy	%
18-23	131	64,5	72	35,5	80	61,1	51	38,9	211	63,2	123	36,8
24-29	27	62,8	16	37,2	21	61,8	13	38,2	48	62,3	29	37,7
30-35	40	69,0	18	31,0	20	71,4	8	28,6	60	69,8	26	30,2
36-41	27	60,0	18	40,0	17	81,0	4	19,0	44	66,7	22	33,3
42-47	29	65,9	15	34,1	14	58,3	10	41,7	43	63,2	25	36,8
48-53	28	63,6	16	36,4	16	61,5	10	38,5	44	62,9	26	37,1
54-59	35	70,0	15	30,0	24	64,9	13	35,1	59	67,8	28	32,2
60-65	13	32,5	27	67,5	16	76,2	5	23,8	29	47,5	32	52,5
66-71	17	50,0	17	50,0	7	30,4	16	69,6	24	42,1	33	57,9
72-77	12	35,3	22	64,7	5	19,2	21	80,8	17	28,3	43	71,7
78-83	6	12,8	41	87,2	1	4,3	22	95,7	7	10,0	63	90,0
84+	4	11,1	32	88,9	2	10,0	18	90,0	6	10,7	50	89,3
Celkem	369	54,4	309	45,6	223	53,9	191	46,1	592	54,2	500	45,8

4.2.4 Počet opatrovaných osob podle psychiatrických diagnóz

Z analýzy vyplynulo, že u téměř poloviny opatrovaných osob (48,0 %) byla diagnostikována skupina psychiatrických diagnóz **Mentální retardace** (F70–F79), u třetiny opatrovaných osob (29,0 %) **Organické duševní poruchy včetně symptomatických** (F00–F09) a u sedmíny opatrovaných osob (14,6 %) **Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy** (F20–F29).³⁶⁸ Počet opatrovaných osob v obou krajích v letech 2006 – 2008 podle vybraných skupin psychiatrických diagnóz (F00–F99) přehledně zobrazuje tab. 14. V Moravskoslezském kraji v letech 2006 – 2008 bylo z důvodu mentální retardace zbaveno způsobilosti nebo omezeno ve způsobilosti k právním úkonům celkem 318 osob (46,9 %), v Olomouckém kraji celkem 206 osob (49,8 %).

Tab. 14 – Počet opatrovaných osob podle vybraných skupin diagnóz

Skupina psychiatrických diagnóz podle MKN-10	Moravskoslezský kraj		Olomoucký kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%		%
(F00–F09) Organické duševní poruchy včetně symptomatických	211	31,1	106	25,6	317	29,0
(F10–F19) Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek	44	6,5	33	8,0	77	7,1
(F20–F29) Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	92	13,6	67	16,2	159	14,6
(F30–F39) Afektivní poruchy (poruchy nálady)	6	0,9	2	0,5	8	0,7
(F60–F69) Poruchy osobnosti a chování u dospělých	2	0,3	0	0	2	0,2
(F70–F79) Mentální retardace	318	46,9	206	49,8	524	48,0
(F80–F89) Poruchy psychického vývoje	5	0,7	0	0	5	0,5
Celkem	678	100	414	100	1 092	100

Výskyt psychiatrických diagnóz (třímístné diagnózy podle MKN-10) u 1 092 opatrovaných v obou krajích v letech 2006 – 2008 shrnuje tab. 15 na s. 100. Nejčastěji diagnostikovanou diagnózou byla v obou krajích **F71 Střední mentální retardace** (21,4 %), poté následovala **F00 Demence u Alzheimerovy nemoci** (14,0 %), **F70 Lehká mentální retardace** (13,7 %) a **F20 Schizofrenie** (11,2 %).

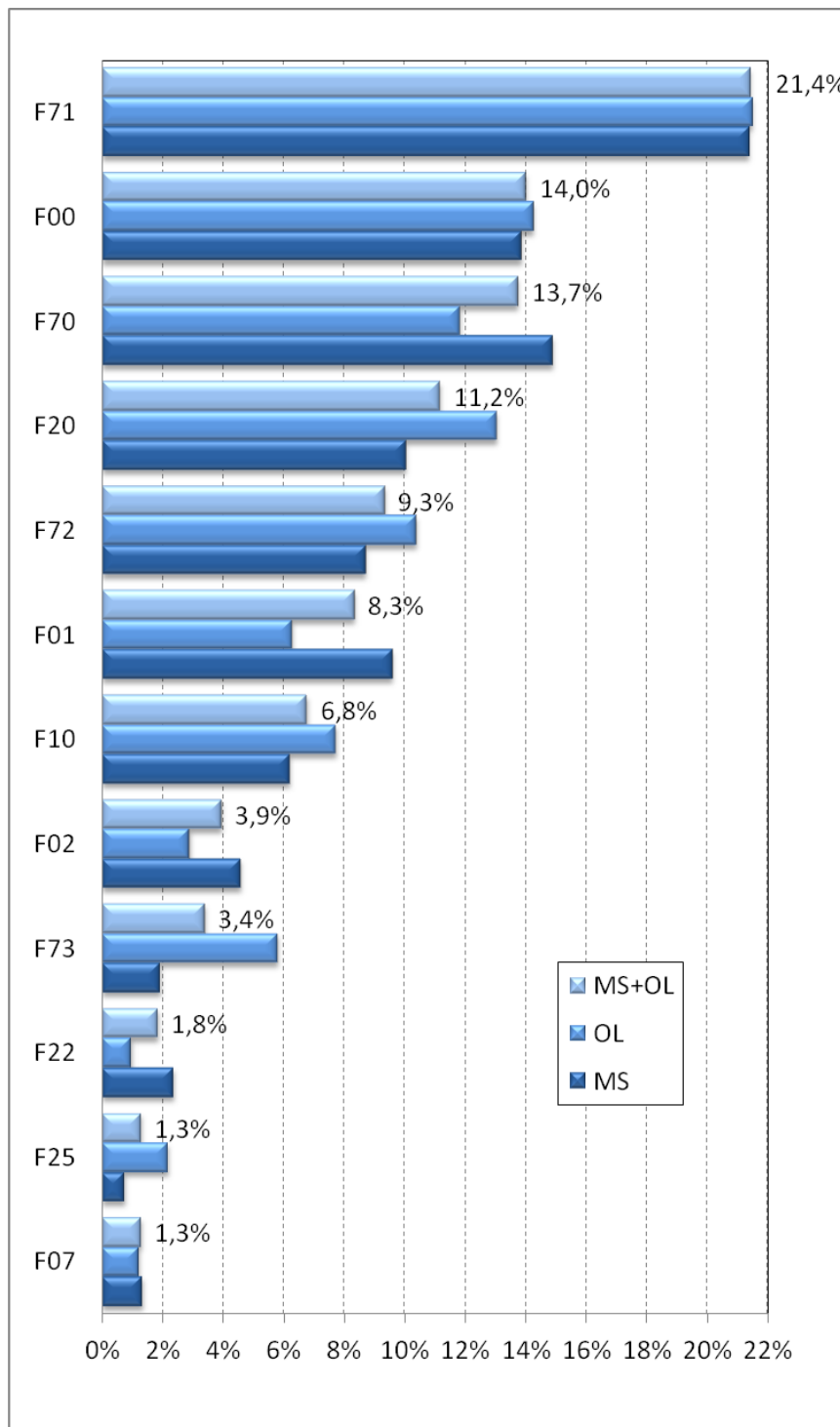
³⁶⁸ Duševní poruchy byly zjištěny ze znaleckých posudků, z kap. Odpovědi na otázky soudu, otázka č. 3: „Pokud vyšetřovaný/á trpí duševní poruchou, o jakou poruchu se diagnosticky jedná a jaké jsou obecné příznaky této duševní poruchy z lékařského hlediska?“ Duševní poruchy a jejich alfanumerické kódy jsou užity v souladu s MKN-10, kap. V. Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99).

Tab. 15 – Opatrované osoby podle psychiatrických diagnóz

Skupina psychiatrických diagnóz	Psychiatrické diagnózy podle MKN-10 (kód a název diagnózy)	MS		OL		Celkem	
		Počet	%	Počet	%		%
F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických	F00 Demence u Alzheimerovy nemoci	94	13,9	59	14,3	153	14,0
	F01 Vaskulární demence	65	9,6	26	6,3	91	8,3
	F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	31	4,6	12	2,9	43	3,9
	F03 Neurčená demence	6	0,9	2	0,5	8	0,7
	F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí	6	0,9	2	0,5	8	0,7
	F07 Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku	9	1,3	5	1,2	14	1,3
F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek	F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	42	6,2	32	7,7	74	6,8
	F18 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel	1	0,1			1	0,1
	F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek	1	0,1	1	0,2%	2	0,2%
F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	F20 Schizofrenie	68	10,0	54	13,0	122	11,2
	F21 Schizotypální porucha	2	0,3			2	0,2
	F22 Poruchy s trvalými bludy	16	2,4	4	1,0	20	1,8
	F24 Indukovaná porucha s bludy	1	0,1			1	0,1
	F25 Schizoafektivní poruchy	5	0,7	9	2,2	14	1,3
F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)	F31 Bipolární afektivní porucha	5	0,7	2	0,5	7	0,6
	F33 Periodická depresivní porucha	1	0,1			1	0,1
F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých	F60 Specifické poruchy osobnosti	1	0,1			1	0,1
	F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti	1	0,1			1	0,1
F70–F79 Mentální retardace	F70 Lehká mentální retardace	101	14,9	49	11,8	150	13,7
	F71 Střední mentální retardace	145	21,4	89	21,5	234	21,4
	F72 Těžká mentální retardace	59	8,7	43	10,4	102	9,3
	F73 Hluboká mentální retardace	13	1,9	24	5,8	37	3,4
	F79 Neurčená mentální retardace			1	0,2	1	0,1
F80–F89 Poruchy psychického vývoje	F84 Pervazivní vývojové poruchy	5	0,7			5	0,5
Celkem		678	100,0	414	100,0	1092	100,0

Vysvětlivky: zkratka MS je Moravskoslezský kraj a zkratka OL je Olomoucký kraj.

Přehled výskytu psychiatrických diagnóz vedoucích ke zbavení způsobilosti nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům v obou krajích v letech 2006 – 2008 s četností výskytu > 1,0 % je zobrazen na obr. 21.



Vysvětlivky: zkratka MS je Moravskoslezský kraj a zkratka OL je Olomoucký kraj.

Obr. 21 – Psychiatrické diagnózy vedoucí ke zbavení/omezení způsobilosti

Počet opatrovaných osob v obou krajích podle psychiatrických diagnóz a podle pohlaví zobrazuje tab. 16. V obou krajích byla nejčtenější základní diagnózou, pro kterou byli **muži** (592 z 1 092) zbaveni způsobilosti nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům základní diagnóza **F71 Střední mentální retardace** (23,1 %), potom následovala **F70 Lehká mentální retardace** (15,5 %), **F20 Schizofrenie** (15,4 %) a **F72 Těžká mentální retardace** (10,1 %). U **žen** (500 z 1 092) to byla **F00 Demence u Alzheimerovy nemoci** (23,2 %), potom následovala **F71 Střední mentální retardace** (19,4 %), **F01 Vaskulární demence** (12,0 %) a **F70 Lehká mentální retardace** (11,6 %).

Tab. 16 – Opatrované osoby podle psychiatrických diagnóz a podle pohlaví

Psychiatrické (třímístné) diagnózy podle MKN-10 (kód a název diagnózy)	Moravskoslezský kraj 2006 – 2008				Olomoucký kraj 2006 – 2008				Celkem oba kraje 2006 – 2008			
	muži	%	ženy	%	muži	%	ženy	%	muži	%	ženy	%
F00 Demence u Alzheimerovy nemoci	25	6,8	69	22,3	12	5,4	47	24,6	37	6,3	116	23,2
F01 Vaskulární demence	26	7,0	39	12,6	5	2,2	21	11,0	31	5,2	60	12,0
F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	21	5,7	10	3,2	5	2,2	7	3,7	26	4,4	17	3,4
F03 Neurčená demence	1	0,3	5	1,6	1	0,4	1	0,5	2	0,3	6	1,2
F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí	5	1,4	1	0,3	0	0	2	1,0	5	0,8	3	0,6
F07 Poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku	8	2,2	1	0,3	4	1,8	1	0,5	12	2,0	2	0,4
F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu	29	7,9	13	4,2	18	8,1	14	7,3	47	7,9	27	5,4
F18 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel	1	0,3	0	0	0	0	0	0	1	0,2	0	0
F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek	1	0,3	0	0	1	0,4		0	2	0,3	0	0
F20 Schizofrenie	51	13,8	17	5,5	40	17,9	14	7,3	91	15,4	31	6,2
F21 Schizotypální porucha	2	0,5	0	0	0	0	0	0	2	0,3	0	0
F22 Poruchy s trvalými bludy	3	0,8	13	4,2	2	0,9	2	1,0	5	0,8	15	3,0
F24 Indukovaná porucha s bludy	0	0	1	0,3	0	0	0	0	0	0	1	0,2
F25 Schizoafektivní poruchy	1	0,3	4	1,3	7	3,1	2	1,0	8	1,4	6	1,2
F31 Bipolární afektivní porucha	4	1,1	1	0,3	1	0,4	1	0,5	5	0,8	2	0,4
F33 Periodická depresivní porucha	0	0	1	0,3	0	0	0	0	0	0	1	0,2
F60 Specifické poruchy osobnosti	1	0,3		0	0	0	0	0	1	0,2	0	0
F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti	0	0	1	0,3	0	0	0	0	0	0	1	0,2
F70 Lehká mentální retardace	61	16,5	40	12,9	31	13,9	18	9,4	92	15,5	58	11,6
F71 Střední mentální retardace	85	23,0	60	19,4	52	23,3	37	19,4	137	23,1	97	19,4
F72 Těžká mentální retardace	30	8,1	29	9,4	30	13,5	13	6,8	60	10,1	42	8,4
F73 Hluboká mentální retardace	11	3,0	2	0,6	13	5,8	11	5,8	24	4,1	13	2,6
F79 Neurčená mentální retardace	0	0	0	0	1	0,4	0	0	1	0,2	0	0
F84 Pervazivní vývojové poruchy	3	0,8	2	0,6	0	0	0	0	3	0,5	2	0,4
Celkem	369	100	309	100	223	100	191	100	592	100	500	100

Počet opatrovaných osob v obou krajích v letech 2006 – 2008 podle psychiatrických diagnóz a podle věkových skupin zobrazuje tab. 17. Ve věkové skupině **18-29 let** byla nejčastěji diagnostikována **F71 Střední mentální retardace** (41,8 %), ve věkové skupině **30-35 let** to byla **F70 Lehká mentální retardace** (32,6 %), ve věkové skupině **36-47 let** to byla **F20 Schizofrenie** (28,3 %), ve věkové skupině **48-59 let** to byla **F10 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu** (24,2 %), a věkové skupině **nad 60 let** to byla **F00 Demence u Alzheimerovy nemoci** (50,4 %), podrobněji viz tab. 17.

Tab. 17 – Opatrované osoby podle psychiatrických diagnóz a věkových skupin

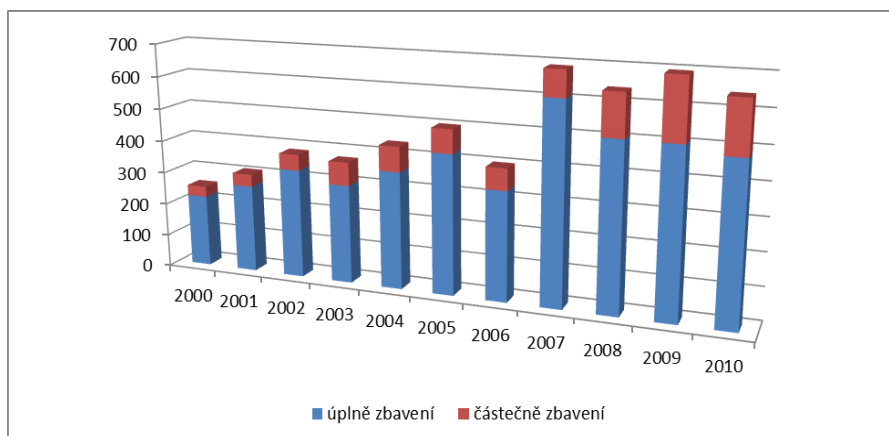
Věkové skupiny	Kód a název psychiatrické diagnózy podle MKN-10	Počet případů	%
18-23 let	F71 Střední mentální retardace	145	43,4
	F72 Těžká mentální retardace	78	23,4
	F70 Lehká mentální retardace	59	17,7
	F73 Hluboká mentální retardace	33	9,9
	F20 Schizofrenie	7	2,1
	F84 Pervazivní vývojové poruchy	5	1,5
	F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	2	0,6
	F07 Poruchy osobnosti [...] způsobené poškozením mozku	2	0,6
	F18 Poruchy [...] způsobené užíváním prchavých rozpustidel	1	0,3
	F21 Schizotypální porucha	1	0,3
	F22 Poruchy s trvalými bludy	1	0,3
24-29 let	F71 Střední mentální retardace	27	35,1
	F70 Lehká mentální retardace	15	19,5
	F20 Schizofrenie	15	19,5
	F72 Těžká mentální retardace	10	13,0
	F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	3	3,9
	F10 Poruchy [...] duševní způsobené užíváním alkoholu	2	26,5
	F07 Poruchy osobnosti [...] způsobené poškozením mozku	1	1,3
	F19 Poruchy způsobené užíváním více drog a jiných látek	1	1,3
	F22 Poruchy s trvalými bludy	1	1,3
	F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti	1	1,3
F73 Hluboká mentální retardace	1	1,3	
30-35 let	F70 Lehká mentální retardace	28	32,6
	F71 Střední mentální retardace	23	26,7
	F20 Schizofrenie	14	16,3
	F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	4	4,7
	F07 Poruchy osobnosti [...] způsobené ...poškozením mozku	4	4,7
	F10 Poruchy [...] duševní způsobené užíváním alkoholu	3	3,5
	F01 Vaskulární demence	2	2,3
	F22 Poruchy s trvalými bludy	2	2,3
	F72 Těžká mentální retardace	2	2,3
	F73 Hluboká mentální retardace	2	2,3
	F19 Poruchy způsobené užíváním více drog a jiných látek	1	1,2
F25 Schizoafektivní poruchy	1	1,2	
36-41 let	F20 Schizofrenie	20	30,3
	F71 Střední mentální retardace	14	21,2
	F70 Lehká mentální retardace	10	15,2
	F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	7	10,6
	F25 Schizoafektivní poruchy	5	7,6
	F72 Těžká mentální retardace	5	7,6
	F01 Vaskulární demence	2	3,0
	F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku...	2	3,0
	F31 Bipolární afektivní porucha	1	1,5

42-47 let	F20 Schizofrenie	18	26,5
	F70 Lehká mentální retardace	13	19,1
	F10 Poruchy [...] duševní způsobené užíváním alkoholu	11	16,2
	F71 Střední mentální retardace	7	10,3
	F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	4	5,9
	F01 Vaskulární demence	3	4,4
	F25 Schizoafektivní poruchy	3	4,4
	F72 Těžká mentální retardace	2	2,9
	F00 Demence u Alzheimerovy nemoci	1	1,5
	F03 Neurčená demence	1	1,5
	F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku...	1	1,5
	F21 Schizotypální porucha	1	1,5
	F22 Poruchy s trvalými bludy	1	1,5
	F31 Bipolární afektivní porucha	1	1,5
F60 Specifické poruchy osobnosti	1	1,5	
48-53 let	F10 Poruchy [...] duševní způsobené užíváním alkoholu	16	22,9
	F20 Schizofrenie	13	18,6
	F71 Střední mentální retardace	8	11,4
	F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	7	10,0
	F70 Lehká mentální retardace	7	10,0
	F00 Demence u Alzheimerovy nemoci	4	5,7
	F01 Vaskulární demence	4	5,7
	F07 Poruchy osobnosti [...] způsobené ...poškozením mozku	3	4,3
	F72 Těžká mentální retardace	2	2,9
	F03 Neurčená demence	1	1,4
	F22 Poruchy s trvalými bludy	1	1,4
	F25 Schizoafektivní poruchy	1	1,4
F31 Bipolární afektivní porucha	1	1,4	
F33 Periodická depresivní porucha	1	1,4	
F79 Neurčená mentální retardace	1	1,4	
54-59 let	F10 Poruchy [...] duševní způsobené užíváním alkoholu	22	25,3
	F20 Schizofrenie	15	17,2
	F70 Lehká mentální retardace	12	13,8
	F00 Demence u Alzheimerovy nemoci	11	12,6
	F01 Vaskulární demence	7	8,0
	F71 Střední mentální retardace	7	8,0
	F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	3	3,4
	F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku...	2	2,3
	F07 Poruchy osobnosti [...] způsobené ...poškozením mozku	2	2,3
	F22 Poruchy s trvalými blud	2	2,3
F25 Schizoafektivní poruchy	2	2,3	
F72 Těžká mentální retardace	2	2,3	
60-65 let	F00 Demence u Alzheimerovy nemoci	13	21,3
	F10 Poruchy [...] duševní způsobené užíváním alkoholu	12	19,7
	F20 Schizofrenie	11	18,0
	F01 Vaskulární demence	6	9,8
	F70 Lehká mentální retardace	5	8,2
	F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	4	6,6
	F22 Poruchy s trvalými bludy	3	4,9
	F71 Střední mentální retardace	2	3,3
	F03 Neurčená demence	1	1,6
	F07 Poruchy osobnosti [...] způsobené ...poškozením mozku	1	1,6
	F24 Indukovaná porucha s bludy	1	1,6
F25 Schizoafektivní poruchy	1	1,6	
F31 Bipolární afektivní porucha	1	1,6	
66-71 let	F00 Demence u Alzheimerovy nemoci	21	36,8
	F01 Vaskulární demence	9	15,8
	F10 Poruchy [...] duševní způsobené užíváním alkoholu	8	14,0
	F22 Poruchy s trvalými bludy	5	8,8

	F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	4	7,0
	F20 Schizofrenie	4	7,0
	F03 Neurčená demence	2	3,5
	F07 Poruchy osobnosti [...] způsobené ...poškozením mozku	1	1,8
	F31 Bipolární afektivní porucha	1	1,8
	F71 Střední mentální retardace	1	1,8
	F73 Hluboká mentální retardace	1	1,8
72-77 let	F00 Demence u Alzheimerovy nemoci	30	50,0
	F01 Vaskulární demence	20	33,3
	F20 Schizofrenie	3	5,0
	F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku...	2	3,3
	F31 Bipolární afektivní porucha	2	3,3
	F03 Neurčená demence	1	1,7
	F22 Poruchy s trvalými bludy	1	1,7
	F70 Lehká mentální retardace	1	1,7
78-83 let	F00 Demence u Alzheimerovy nemoci	32	45,7
	F01 Vaskulární demence	26	37,1
	F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	4	5,7
	F22 Poruchy s trvalými bludy	3	4,3
	F03 Neurčená demence	1	1,4
	F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku...	1	1,4
	F20 Schizofrenie	1	1,4
	F25 Schizoafektivní poruchy	1	1,4
	F72 Těžká mentální retardace	1	1,4
84 let a více	F00 Demence u Alzheimerovy nemoci	41	73,2
	F01 Vaskulární demence	12	21,4
	F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	1	1,8
	F03 Neurčená demence	1	1,8
	F20 Schizofrenie	1	1,8

4.2.5 Rozhodnutí soudů v řízeních o zbavení způsobilosti k právním úkonům

Okresní soudy v obou krajích v letech 2006 – 2008 úplně zbavily způsobilosti k právním úkonům 933 osob (85,4 %) a částečně zbavily, tj. omezily ve způsobilosti k právním úkonům, celkem 159 osob (14,6 %). Počty osob úplně zbavených způsobilosti k právním úkonům převyšují počty osob omezených ve způsobilosti k právním úkonům, viz obr. 22.



Obr. 22 – Soudní rozhodnutí v obou krajích

Pokud se zaměříme na pohlaví opatrovaných osob, zjistíme, že v obou krajích bylo úplně zbaveno 487 mužů (52,2 %) a 446 žen (47,2 %), z toho Moravskoslezském kraji bylo úplně zbaveno způsobilosti 306 mužů a 273 žen, v Olomouckém kraji 181 mužů a 173 žen. Počty osob úplně zbavených způsobilosti k právním úkonům podle věkových skupin v obou krajích v letech 2006 – 2008 uvádí tab. 18. Z tab. 18 je patrné, že nejvíce dospělých osob bylo úplně zbaveno způsobilosti k právním úkonům ve věkové skupině 18-23 let (305 z 933). Údaj v procentech vyjadřuje podíl osob úplně zbavených způsobilosti vzhledem k celkovému počtu osob zbavených způsobilosti v dané věkové kategorii, tj. doplněk do 100 % vyjadřuje podíl osob omezených ve způsobilosti k právním úkonům.

Tab. 18 – Počet osob úplně zbavených podle věkových skupin

Věkové skupiny	Moravskoslezský kraj		Olomoucký kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
18-23	181	89,2	124	94,7	305	91,3
24-29	37	86,0	28	82,4	65	84,4
30-35	41	70,7	19	67,9	60	69,8
36-41	39	86,7	16	76,2	55	83,3
42-47	31	70,5	18	75,0	49	72,1
48-53	40	90,9	17	65,4	57	81,4
54-59	43	86,0	31	83,8	74	85,1
60-65	32	80,0	17	81,0	49	80,3
66-71	27	79,4	21	91,3	48	84,2
72-77	31	91,2	23	88,5	54	90,0
78-83	44	93,6	21	91,3	65	92,9
84+	33	91,7	19	95,0	52	92,9
Celkem	579	85,4	354	85,5	933	85,4

Tab. 19 ukazuje, že nejčastější psychiatrickou diagnózou, pro kterou okresní soudy **úplně zbavily** dospělé osoby způsobilosti k právním úkonům v letech 2006 – 2008, byla v obou krajích **F71 Střední mentální retardace** (24,2 %). Nejčastější diagnózou, pro kterou okresní soudy **částečně zbavily** dospělé osoby způsobilosti k právním úkonům (omezily ve způsobilosti), byla v obou krajích **F70 Lehká mentální retardace** (32,7 %).

Tab. 19 – Počet osob úplně a částečně zbavených podle psychiatrických diagnóz

Psychiatrická diagnóza	úplně zbavení		částečně zbavení	
	Počet	%	Počet	%
F00 Demence u Alzheimerovy nemoci	145	15,5	8	5,0
F01 Vaskulární demence	84	9,0	7	4,4
F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	41	4,4	2	1,3
F03 Neurčená demence	7	0,8	1	0,6
F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku...	6	0,6	2	1,3
F07 Poruchy osobnosti [...] způsobené ...poškozením mozku	11	1,2	3	1,9
F10 Poruchy [...] duševní způsobené užíváním alkoholu	54	5,8	20	12,6
F18 Poruchy [...] způsobené užíváním prchavých rozpustidel	1	0,1		
F19 Poruchy způsobené užíváním více drog a jiných látek	2	0,2		
F20 Schizofrenie	85	9,1	37	23,3
F21 Schizotypální porucha			2	1,3
F22 Poruchy s trvalými bludy	16	1,7	4	2,5
F24 Indukovaná porucha s bludy			1	0,6
F25 Schizoafektivní poruchy	10	1,1	4	2,5
F31 Bipolární afektivní porucha	2	0,2	5	3,1
F33 Periodická depresivní porucha	1	0,1		
F60 Specifické poruchy osobnosti			1	0,6
F61 Smišené a jiné poruchy osobnosti			1	0,6
F70 Lehká mentální retardace	98	10,5	52	32,7
F71 Střední mentální retardace	226	24,2	8	5,0
F72 Těžká mentální retardace	101	10,8	1	0,6
F73 Hluboká mentální retardace	37	4,0		
F79 Neurčená mentální retardace	1	0,1		
F84 Pervazivní vývojové poruchy	5	0,5		
Celkem	933	100,0	159	100,0

Tab. 20 ukazuje, že **u mužů** byla nejčastější psychiatrická diagnóza, pro kterou okresní soudy v obou krajích v letech 2006 – 2008 **úplně zbavily** způsobilosti k právním úkonům **F71 Střední mentální retardace** (27,1 %) a **částečně zbavily** způsobilosti k právním úkonům (omezily ve způsobilosti) byla **F70 Lehká mentální retardace** (33,3 %).

Tab. 20 – Počet mužů úplně a částečně zbavených podle psychiatrických diagnóz

Psychiatrická diagnóza	úplně zbavení		částečně zbavení	
	Počet	%	Počet	%
F00 Demence u Alzheimerovy nemoci	34	7,0	3	2,9
F01 Vaskulární demence	28	5,7	3	2,9
F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	24	4,9	2	1,9
F03 Neurčená demence	2	0,4		
F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku...	4	0,8	1	1,0
F07 Poruchy osobnosti [...] způsobené ... poškozením mozku	10	2,1	2	1,9
F10 Poruchy [...] duševní způsobené užíváním alkoholu	32	6,6	15	14,3
F18 Poruchy [...] způsobené užíváním prchavých rozpustidel	1	0,2		
F19 Poruchy způsobené užíváním více drog a jiných látek	2	0,4		
F20 Schizofrenie	64	13,1	27	25,7
F21 Schizotypální porucha			2	1,9
F22 Poruchy s trvalými bludy	4	0,8	1	1,0
F25 Schizoafektivní poruchy	4	0,8	4	3,8
F31 Bipolární afektivní porucha	2	0,4	3	2,9
F60 Specifické poruchy osobnosti			1	1,0
F70 Lehká mentální retardace	57	11,7	35	33,3
F71 Střední mentální retardace	132	27,1	5	4,8
F72 Těžká mentální retardace	59	12,1	1	1,0
F73 Hluboká mentální retardace	24	4,9		
F79 Neurčená mentální retardace	1	0,2		
F84 Pervazivní vývojové poruchy	3	0,6		
Celkem	487	100,0	105	100,0

Tab. 21 ukazuje, že u žen byla nejčastější psychiatrická diagnóza, pro kterou okresní soudy v obou krajích v letech 2006 – 2008 **úplně zbavily** způsobilosti k právním úkonům **F00 Demence u Alzheimerovy nemoci** (24,9 %) a **částečně zbavily** způsobilosti k právním úkonům (omezily ve způsobilosti) byla **F70 Lehká mentální retardace** (31,5 %).

Tab. 21 – Počet žen úplně a částečně zbavených podle psychiatrických diagnóz

Psychiatrická diagnóza	úplně zbavení		částečně zbavení	
	Počet	%	Počet	%
F00 Demence u Alzheimerovy nemoci	111	24,9	5	9,3
F01 Vaskulární demence	56	12,6	4	7,4
F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde	17	3,8		
F03 Neurčená demence	5	1,1	1	1,9
F06 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku...	2	0,4	1	1,9
F07 Poruchy osobnosti [...] způsobené ...poškozením mozku	1	0,2	1	1,9
F10 Poruchy [...] duševní způsobené užíváním alkoholu	22	4,9	5	9,3
F20 Schizofrenie	21	4,7	10	18,5
F22 Poruchy s trvalými bludy	12	2,7	3	5,6
F24 Indukovaná porucha s bludy			1	1,9
F25 Schizoafektivní poruchy	6	1,3		
F31 Bipolární afektivní porucha			2	3,7 %
F33 Periodická depresivní porucha	1	0,2		
F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti			1	1,9
F70 Lehká mentální retardace	41	9,2	17	31,5
F71 Střední mentální retardace	94	21,1	3	5,6
F72 Těžká mentální retardace	42	9,4		
F73 Hluboká mentální retardace	13	2,9		
F84 Pervazivní vývojové poruchy	2	0,4		
Celkem	446	100,0	54	100,0

4.3 Údaje o opatrovnících (výzkum 2009 – 2010 a výzkum 2011)

Údaje o opatrovnících se zkoumaly z hlediska typů opatrovníků. U soukromých opatrovníků (výzkum 2009 – 2010) se zjišťovaly tyto údaje: počet, pohlaví, věk a příbuzenská vazba k opatrovaným osobám. U veřejných opatrovníků (výzkum 2011) se zkoumalo, kdo je v obcích pověřen výkonem funkce veřejného opatrovníka, o koho se veřejní opatrovníci starají, co dělají ve prospěch opatrované osoby, co jim ztěžuje jejich práci, jak hodnotí veřejní opatrovníci spolupráci s pracovníky ve zdravotnictví, zejména s lékaři, a co doporučují veřejní opatrovníci, tj. pracovníci vybraných obcí pověřeni výkonem opatrovnické funkce, a pracovníci pověřeni pouze řízením výkonu opatrovnické funkce, ke zkvalitnění výkonu funkce veřejného opatrovníka.

4.3.1 Typy opatrovníků

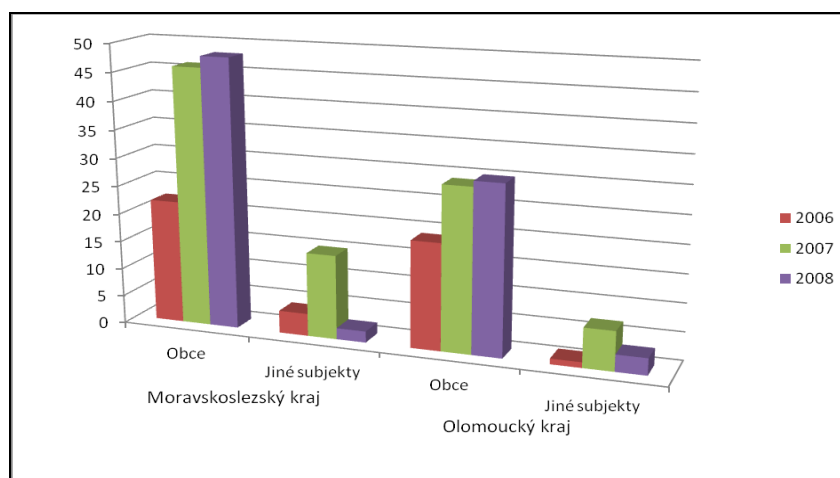
Okresní soudy v obou krajích v letech 2006 – 2008 ustanovily do funkce opatrovníka fyzické osoby a právnické osoby. Funkci opatrovníka jako fyzické osoby v obou krajích nejčastěji vykonávali **rodinní příslušníci a jiné blízké osoby** (79,3 %), tzv. soukromí opatrovníci. Funkci opatrovníka jako právnické osoby nejčastěji vykonávaly **obce a jiné subjekty** (20,7 %). V obou krajích okresní soudy nejčastěji ustanovily veřejným opatrovníkem obce³⁶⁹ (194 z 226), potom jiné subjekty (32 z 226), a to nejčastěji příspěvkové organizace (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem aj.) a nestátní neziskové organizace (obecně prospěšné společnosti či církevní právnické osoby). Typy opatrovníků jsou uvedeny v tab. 22.

Tab. 22 – Typy opatrovníků v obou krajích

Rok	Opatrovníci jako fyzické osoby (soukromí opatrovníci)		Opatrovníci jako právnické osoby z toho:			
	Počet	%	Počet	%	Obce	Jiné subjekty
2006	179	79,6	46	20,4	41	5
2007	315	76,5	97	23,5	75	22
2008	372	81,8	83	18,2	78	5
Celkem	866	79,3	226	20,7	194	32

³⁶⁹ Obec je veřejnoprávní korporací, má vlastní majetek. Obec vystupuje v právních vztazích svým jménem a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývající. Obec, která má alespoň 3 000 obyvatel, je městem, pokud tak na návrh obce stanoví předseda Poslanecké sněmovny po vyjádření vlády. Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích, §2, odst. 1, § 3, odst. 1.

Typy opatrovníků jako právnických osob v obou krajích v letech 2006 – 2008 ukazuje obr. 23. Počet obcí, které vykonávají funkci veřejného opatrovníka, se v obou krajích zvyšuje.



Obr. 23 – Typy opatrovníků jako právnických osob v obou krajích

4.3.2 Počet soukromých opatrovníků podle pohlaví

V obou krajích se v letech 2006 – 2008 staralo o 1 092 dospělých osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům celkem 866 soukromých opatrovníků (79,3 %), z toho bylo 663 žen (76,6 %) a 203 mužů (23,4 %). V obou krajích nejčastěji vykonávaly funkci soukromého opatrovníka ženy; v Moravskoslezském kraji ve 428 případech, v Olomouckém kraji ve 235 případech, blíže viz tab. 23, tab. 24 na s. 112 a tab. 25 na s. 112.

Počet soukromých opatrovníků v roce 2006 podle pohlaví ukazuje tab. 23. V obou krajích v roce 2006 nejčastěji vykonávaly funkci soukromého opatrovníka ženy (76,0 %).

Tab. 23 – Počet soukromých opatrovníků v obou krajích v roce 2006 podle pohlaví

Rok 2006

			Pohlaví		Total
			muži	ženy	
Kraj	Moravskoslezský	Count	18	91	109
		% within Kraj	16,5%	83,5%	100,0%
	Olomoucký	Count	25	45	70
		% within Kraj	35,7%	64,3%	100,0%
Total	Count		43	136	179
	% within Kraj		24,0%	76,0%	100,0%

Počet soukromých opatrovníků v roce 2007 podle pohlaví ukazuje tab. 24. V obou krajích v roce 2007 nejčastěji vykonávaly funkci soukromého opatrovníka ženy (75,2 %).

Tab. 24 – Počet soukromých opatrovníků v obou krajích v roce 2007 podle pohlaví

Rok 2007

			Pohlaví opatrovníka		Total
			muži	ženy	
Kraj	MS	Count	43	136	179
		% within Kraj	24,0%	76,0%	100,0%
	OL	Count	35	101	136
		% within Kraj	25,7%	74,3%	100,0%
Total		Count	78	237	315
		% within Kraj	24,8%	75,2%	100,0%

Počet soukromých opatrovníků v roce 2008 podle pohlaví ukazuje tab. 25. V obou krajích v roce 2008 nejčastěji vykonávaly funkci soukromého opatrovníka ženy (78,0 %).

Tab. 25 – Počet soukromých opatrovníků v obou krajích v roce 2008 podle pohlaví

Rok 2008

			Pohlaví opatrovníka		Total
			muži	ženy	
Kraj	MS	Count	52	201	253
		% within Kraj	20,6%	79,4%	100,0%
	OL	Count	30	89	119
		% within Kraj	25,2%	74,8%	100,0%
Total		Count	82	290	372
		% within Kraj	22,0%	78,0%	100,0%

4.3.3 Počet soukromých opatrovníků podle věku

Průměrný věk soukromých opatrovníků (866) v obou krajích v letech 2006 – 2008 byl 50,3 let, minimální věk 21 let a maximální věk 85 let, medián věku byl 49,0 let. Průměrný věk soukromých opatrovníků v Moravskoslezském kraji v letech 2006 – 2008 byl 49,8 let (21-81 let), medián věku 48,0 let; v Olomouckém kraji byl 51,1 let (22-85 let), medián věku 50,0 let. V obou krajích průměrný věk soukromých opatrovníků – žen byl 49,7 let (22-84 let), průměrný věk soukromých opatrovníků – mužů byl 52,4 let (21-85 let). V Moravskoslezském kraji byl průměrný věk opatrovníků – žen 49,3 let (25-80 let), průměrný věk opatrovníků –

mužů byl 51,8 let (21-81 let). V Olomouckém kraji byl průměrný věk opatrovníků – žen 50,3 let (22-84 let), průměrný věk opatrovníků – mužů byl 53,2 let (22-85 let).

Počet soukromých opatrovníků v obou krajích v letech 2006 – 2008 znázorňují tab. 26 až tab. 28. Tabulky 26 až 28 ukazují, že nejčastěji vykonávali funkci opatrovníka soukromí opatrovníci ve věkové skupině 40-59 let. Počet soukromých opatrovníků v roce 2006 podle věkových skupin je uveden v tab. 26.

Tab. 26 – Počet soukromých opatrovníků v obou krajích v roce 2006 podle věkových skupin

			Soukromí opatrovníci podle věkových skupin							Total	
			18-39 let	40-59 let	60-64 let	65-69 let	70-74 let	75-79 let	80-84 let		85 let a více
Kraj	M	Count	15	72	13	3	3	2	1	0	109
		%	13,8%	66,1%	11,9%	2,8%	2,8%	1,8%	,9%	,0%	100,0%
	OL	Count	11	45	6	3	4	0	0	1	70
		%	15,7%	64,3%	8,6%	4,3%	5,7%	,0%	,0%	1,4%	100,0%
Total		Count	26	117	19	6	7	2	1	1	179
		%	14,5%	65,4%	10,6%	3,4%	3,9%	1,1%	,6%	,6%	100,0%

Počet soukromých opatrovníků v roce 2007 podle věkových skupin je uveden v tab. 27.

Tab. 27 – Počet soukromých opatrovníků v obou krajích v roce 2007 podle věkových skupin

			Soukromí opatrovníci podle věkových skupin						Total	
			18-39 let	40-59 let	60-64 let	65-69 let	70-74 let	75-79 let		80-84 let
Kraj	MS	Count	21	127	14	13	3	0	1	179
		%	11,7%	70,9%	7,8%	7,3%	1,7%	,0%	,6%	100,0%
	OL	Count	18	93	16	2	3	2	2	136
		%	13,2%	68,4%	11,8%	1,5%	2,2%	1,5%	1,5%	100,0%
Total		Count	39	220	30	15	6	2	3	315
		%	12,4%	69,8%	9,5%	4,8%	1,9%	,6%	1,0%	100,0%

Počet soukromých opatrovníků v roce 2008 podle věkových skupin je uveden v tab. 28.

Tab. 28 – Počet soukromých opatrovníků v obou krajích v roce 2008 podle věkových skupin

			Soukromí opatrovníci podle věkových skupin						Total	
			18-39 let	40-59 let	60-64 let	65-69 let	70-74 let	75-79 let		80-84 let
Kraj	MS	Count	40	161	22	18	-	7	2	253
		%	15,8%	63,6%	8,7%	7,1%	1,2%	2,8%	,8%	100,0%
	OL	Count	13	75	15	6	5	3	2	119
		%	10,9%	63,0%	12,6%	5,0%	4,2%	2,5%	1,7%	100,0%
Total		Count	53	236	37	24	8	10	4	372
		%	14,2%	63,4%	9,9%	6,5%	2,2%	2,7%	1,1%	100,0%

4.3.4 Počet soukromých opatrovníků podle příbuzenské vazby k opatrovaným osobám

Funkci soukromého opatrovníka v obou krajích v letech 2006 – 2008 vykonávaly fyzické osoby, nejčastěji rodiče dospělých osob, tj. **matka a otec** (447 případů, 51,6 %), potom dospělé děti, tj. **dcera a syn** (177 případů, 20,4 %). Ze 177 dospělých dětí, tj. synů a dcer, je 110 dcer. Procentuální zastoupení osob v jiném příbuzenském nebo nepříbuzenském vztahu k opatrované osobě nepřevyšuje 2 %, viz přehled v tab. 29.

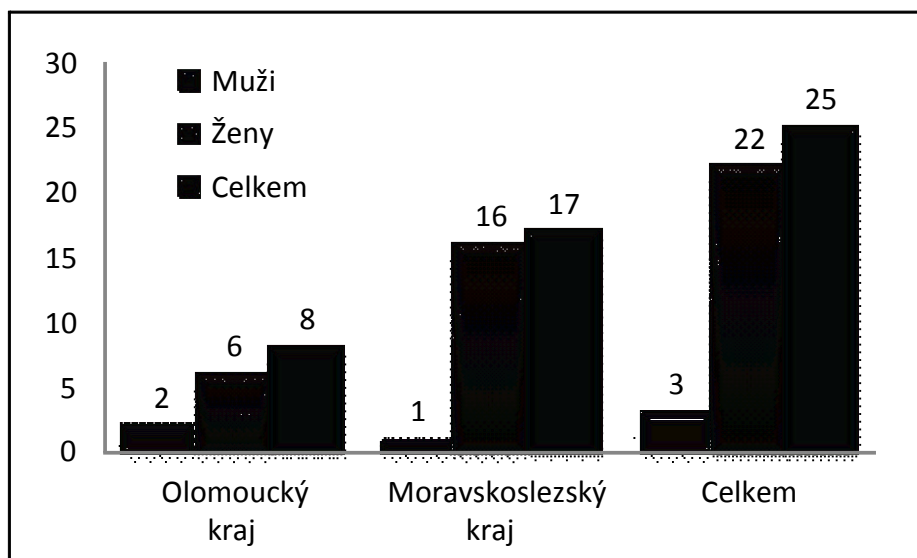
Tab. 29 – Příbuzenská vazba soukromých opatrovníků k opatrovaným osobám

Soukromí opatrovníci z toho:	Moravskoslezský kraj		Olomoucký kraj		Celkem	
	Počet	%	Počet	%	Počet	%
a) rodinní příslušníci						
matka/otec	282	52,1	165	51,1	447	51,6
sestra/bratr	53	9,8	29	9,0	84	9,7
babička/dědeček	6	1,1	1	0,3	7	0,8
manžel/manželka	46	8,5	26	8,0	72	8,3
syn/dcera	107	19,8	70	21,7	177	20,5
vnuk/vnučka	7	1,3	2	0,6	9	1,0
sestřenice/bratranec	1	0,2	5	1,5	6	0,7
švagr/švagrová	3	0,6	6	1,9	9	1,0
zeť/snacha	3	0,6	7	2,2	10	1,2
teta/strýc	6	1,1	4	1,2	10	1,2
neteř/synovec	9	1,6			9	1,0
tchýně	1	0,2			1	0,1
b) osoby blízké						
druh/družka	5	0,9	3	0,9	8	0,9
sousedka	12	2,2	5	1,5	17	2,0
Celkem	541	100	323	100	866	100

4.3.5 Pracovníci obcí pověřeni výkonem funkce veřejného opatrovníka

Z oddílu 4.3.1 vyplynulo, že v obou krajích v letech 2006 – 2008 okresní soudy mezi právníckými osobami opatrovníkem nejčastěji ustanovily **obce** (194 z 226). Obec navenek zastupuje primátor či starosta, který obvykle pověří výkonem funkce veřejného opatrovníka pracovníka sociálního odboru, aby jménem obce jednal v běžných záležitostech u soudu a u jiných institucí v zájmu opatrovaných osob. V rámci druhé etapy smíšeného výzkumu se kvalitativního výzkumu v roce 2011 zúčastnilo **25 veřejných opatrovníků**, tj. pracovníků z jedenácti obcí (třinácti úřadů) Olomouckého kraje a Moravskoslezského kraje, kteří v době výzkumu měli pověření primátora nebo starosty k výkonu funkce veřejného opatrovníka.

Z pěti obcí Olomouckého kraje (Olomouc, Přerov, Prostějov, Šumperk, Jeseník) se výzkumu zúčastnili všichni veřejní opatrovníci (8 osob, 32 %), z toho šest žen a dva muži. Z šesti obcí Moravskoslezského kraje (Frýdek-Místek, Nový Jičín, Karviná, Ostrava,³⁷⁰ Opava a Bruntál) se výzkumu zúčastnilo 17 veřejných opatrovníků (68 %), z toho šestnáct žen a jeden muž,³⁷¹ viz obr. 24.



Obr. 24 – Počet veřejných opatrovníků z výběrového souboru

Průměrný věk veřejných opatrovníků z obou krajů byl 42,8 let, z toho v Olomouckém kraji 40,3 let a v Moravskoslezském kraji 43,6 let. Nejmladšímu veřejnému opatrovníkovi bylo 26 let, nejstaršímu 59 let. Přibližně polovina veřejných opatrovníků (11 z 25) měla v době výzkumu středoškolské vzdělání. Nejdéle (23 let) vykonávala opatrovnickou funkci žena a nejkratší dobu (3 měsíce) opět žena. Délka trvání opatrovnictví je stanovena na dobu neurčitou. Více než polovina veřejných opatrovníků (13 z 25) uvedla, že má na starosti pouze výkon opatrovnické funkce. Ostatní veřejní opatrovníci (12 z 25) mají funkci kumulovanou, tzn., že k výkonu opatrovnické funkce mají přidruženou ještě další agendu, např. vymáhání pohledávek, vyplácení příspěvku na péči, poradenskou činnost v oblasti péče o seniory apod. Více než polovina veřejných opatrovníků (16 z 25) si myslí, že kumulovaná funkce ztěžuje výkon funkce veřejného opatrovníka, pouze devět veřejných opatrovníků se domnívá, že

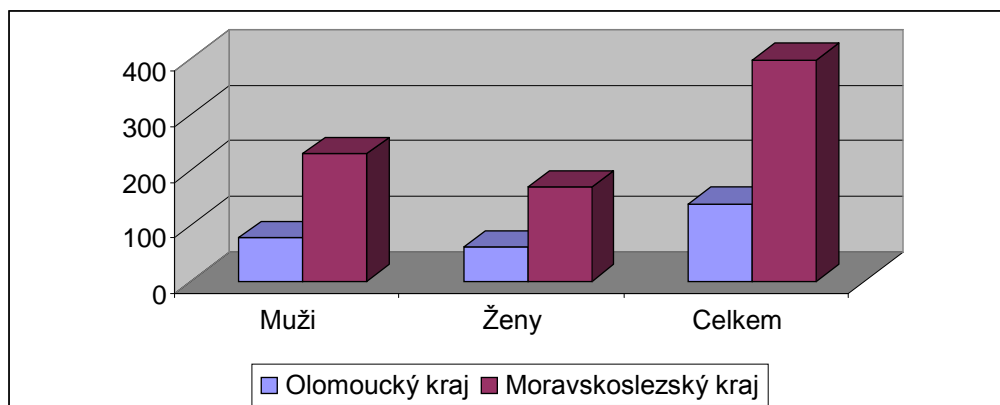
³⁷⁰ Připomínáme, že s ohledem na 23 městských obvodů Statutárního města Ostravy byly záměrně osloveny tři obvody s největším počtem obyvatel, a to Úřad městského obvodu Ostrava-Jih, Úřad městského obvodu Ostrava-Poruba a Úřad městského obvodu Slezská Ostrava, viz oddíl 3.2.1.

³⁷¹ Jednalo se o vyčerpávající soubor s výjimkou Ostravy-Poruby, kde pracovnice úřadu měly kumulované funkce, a vedoucí sociálního odboru vybrala z deseti pracovníků čtyři s největší zkušeností ve výkonu funkce veřejného opatrovníka, viz též oddíl 3.2.1.

kumulovaná funkce má své výhody: „...předejde se tím syndromu vyhoření.“³⁷² Z odpovědí vybíráme: „Proto tady máme víc lidí v terénu, kdybychom tady měli jednoho pracovníka, tak by byl za týden vyhořelý. Pro toho duševně nemocného člověka to pak není pomoc, protože má odstup, obává se, nesvěří se, neotevře se... nic vám neřekne, tomu člověku nepomůžete.“³⁷³ Jiná odpověď: „... kdybych nevykonávala kumulovanou funkci, měla bych na klienta více času.“³⁷⁴ Nebo: „I kdybychom se rozkrájely, tak stejně nemůžeme zajistit to, aby ta péče byla dostatečná.“³⁷⁵ Nebo: „S každým klientem v terénu je jiná práce, nebo jsou taková období, kdy ho nevidíte delší dobu, pak se něco stane, třeba vyhoří a vy musíte všeho nechat a jít to zajistit.“³⁷⁶

4.3.6 Dospělé osoby opatrované veřejnými opatrovníky

Veřejní opatrovníci (25 z 25) z jedenácti obcí Olomouckého a Moravskoslezského kraje se v době výzkumu starali celkem o 537 dospělých osob³⁷⁷, z toho bylo 307 mužů (57,2 %) a 230 žen (42,8 %), viz obr. 25.



Obr. 25 – Pohlaví dospělých osob opatrovaných veřejnými opatrovníky

Nejvíce opatrovaných osob (42,5 %) bylo ve věkové skupině 40-59 let, potom následovala věková skupina 18-39 let (31,5 %) a osoby ve věku nad 60 let (26 %), viz obr. 26 na s. 117.

³⁷² Rozhovor 6, řádek 3684

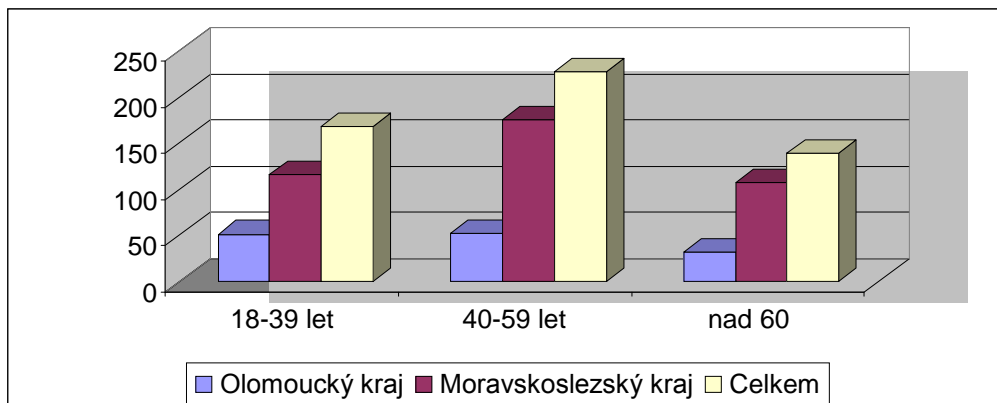
³⁷³ Rozhovor 8, řádek 4615-4617

³⁷⁴ Rozhovor 7, řádek 4488-4490

³⁷⁵ Rozhovor 8, řádek 4618

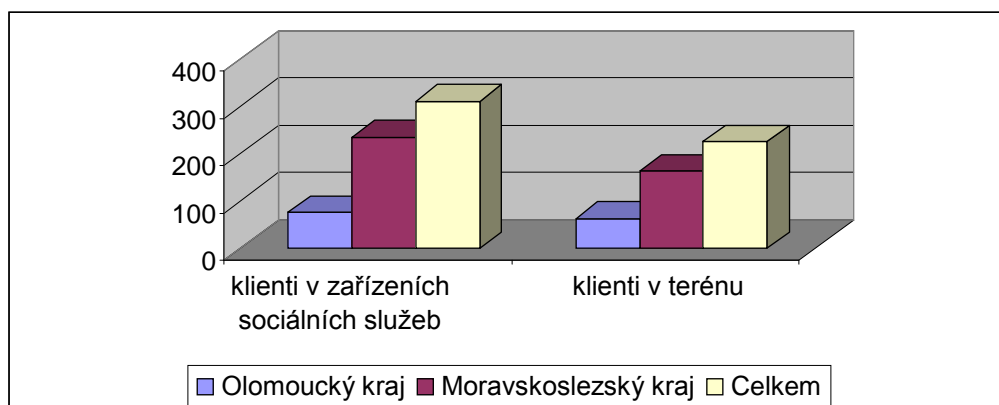
³⁷⁶ Rozhovor 6, řádek 3443-3446

³⁷⁷ Připomínám, že veřejní opatrovníci v rozhovorech pro označení dospělých osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům nejčastěji používali termíny „klienti“ nebo „opatrovanci“.



Obr. 26 – Osoby opatrované veřejnými opatrovníky podle věkových skupin

Obr. 27 ukazuje, že nejvíce opatrovaných osob (311 osob, 58 %) bylo ubytovaných v zařízeních sociálních služeb a v terénu³⁷⁸ bylo 226 osob (42 %), tj. dospělé osoby bydlí ve vlastním bytě či domě nebo bydlí s nějakou jinou osobou, anebo vůbec nemají vlastní bydlení.



Obr. 27 – Osoby opatrované veřejnými opatrovníky podle typu ubytování

Z rozhovorů a z analýzy kvalitativních dat vyplynulo, že převládající psychiatrická diagnóza u všech klientů je mentální retardace. Veřejní opatrovníci v rozhovoru uvedli (25 z 25), že péče o opatrované osoby je velmi náročná po psychické stránce, neboť se jedná o dospělé osoby s duševní poruchou. S těmito jedinci, zejména se schizofreniky, alkoholiky a osobami závislými na drogách, je těžká komunikace, někteří z nich totiž vůbec nejsou ochotni spolupracovat (nerespektují termíny schůzek, neužívají pravidelně léky apod.), nejsou schopni udržet si bydlení, přestože je hrazeno apod. Z rozhovorů vybíráme: „...a těm klientům to někdy těžko vysvětlujete, že bude zima, že musíme koupit dřevo, protože zrovna tady ten konkrétní klient, ten bydlí v sociálním domě a tam má byteček a on topí elektrickým přímotopem, takže si dovedete představit, když dva měsíce někdo topí elektrickým přímotopem, co vám to udělá

³⁷⁸ Termín „v terénu“ je převzat z rozhovorů.

s vyučtováním elektriny.³⁷⁹ Nebo: „...hrozně vás vyčerpají, protože to jednat s nimi, je někdy... no, chce to trpělivost, nemůžete jak se zdravým člověkem s nimi jednat.“³⁸⁰ Nebo: „Jeden náš klient [...], tak on má dvakrát do roka ty svoje stavy, kdy nedodrží léčbu, kdy se rozjízdí a on sedne do vlaku a jede do Prahy. Teď ho tam chytanou, pochopitelně a teď on: tady volejte, ti to vyřeší... a oni nám volají z nádraží, máme tady pana toho a toho, co s ním máme dělat?“³⁸¹ Nebo: „My už máme nesvéprávné i takové, kteří byli bezdomovci, jo? Oni [...], když uznají za vhodné, tak jdou spát do azylového domu, když uznají za vhodné, tak tam nejdou, za mrazu se nám potulují a teď, co my s něma, že?“³⁸² A s kterými dospělými osobami se veřejným opatrovníkům nejlépe či nejhůře komunikuje? Z odpovědí vybíráme: „...nejlepší je to s těma mentálně postiženými klientama, to jsou prostě taková důvěřivá lidé, kteří asi ani nejsou schopni domyslet, že mají nějaký rozsudek, prostě tady je nějaká paní na městě, která má ty moje korunečky, dá mně na tu zmrzlinku, ten člověk je šťastnej a jde si koupit zmrzlinku a vůbec nepřemýšlí, že tady ta ženská za něho všechno dělá, [...] nejtěžší klienti jsou alkoholici a lidi závislí na návykových látkách, gambleři, s těma je to strašně těžký.“³⁸³ Jiná odpověď: „Nejde to paušalizovat [...], s některýma není problém, s některýma se trápíme...“³⁸⁴

Veřejní opatrovníci (25 z 25) v rozhovoru uvedli, že jejich práce je velmi náročná po psychické stránce, ale všichni zároveň dodali, že ji vykonávají rádi, i když „někdy je to taková sisyfovská práce“.³⁸⁵ A co veřejné opatrovníky nejvíce těší na této práci? Z rozhovorů vybíráme: „...to, že za mnou přijdou a že ty problémy se mnou chtějí projednat, že mě neberou jak o úředníka, který půjde a něco vyřeší, oni se mnou řeší takové osobní problémy jako s nejbližší osobou.“³⁸⁶ Nebo: „Tato cílová skupina vám nikdy nepoděkuje, že vám napíše oficiální dopis pro primátora, tak to ne, poděkováním je pohled, který napíše, že obětuje deset korun na známku, aby vám poslala pohled, takže to je ta odměna, ale to je neměřitelné ... nebo, že vám důvěřuje a řekne vám věci navíc, ale jinak tady té radosti je méně.“³⁸⁷ Nebo: „Když zvládne s penězma hospodařit a i to, když to třeba nezvládne a přijde a řekne, já jsem koupil to a to, donese ty doklady, protože potřebuje někdy něco navíc a donese ten doklad, tak není problém jako vybrat ty peníze a dát mu je, ale naučit ho, že bez těch dokladů to nejde.“³⁸⁸

³⁷⁹ Rozhovor 1, řádek 88-93

³⁸⁰ Rozhovor 7, řádek 4488-4490

³⁸¹ Rozhovor 1, řádek 337-342, viz též např. Rozhovor 5, řádek 2849-2856 a Rozhovor 7, řádek 4282-4283

³⁸² Rozhovor 5, řádek 3015-3018

³⁸³ Rozhovor 1, řádek 443-464

³⁸⁴ Rozhovor 1, řádek 1094-1096

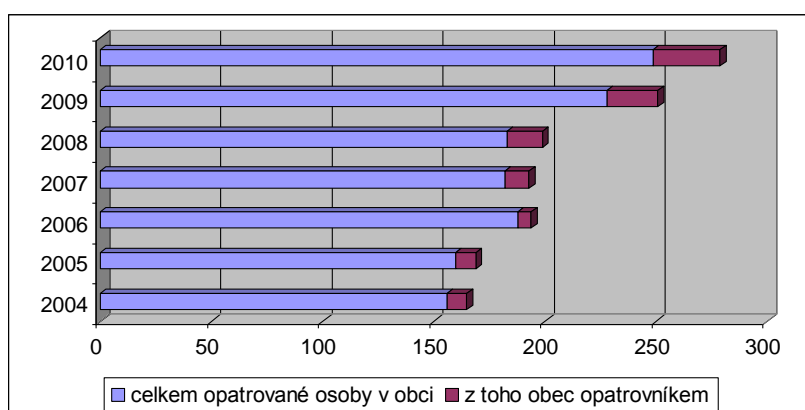
³⁸⁵ Rozhovor 6, řádek 4136

³⁸⁶ Rozhovor 7, řádek 4354-4357, viz též Rozhovor 9, řádek 5779-5780

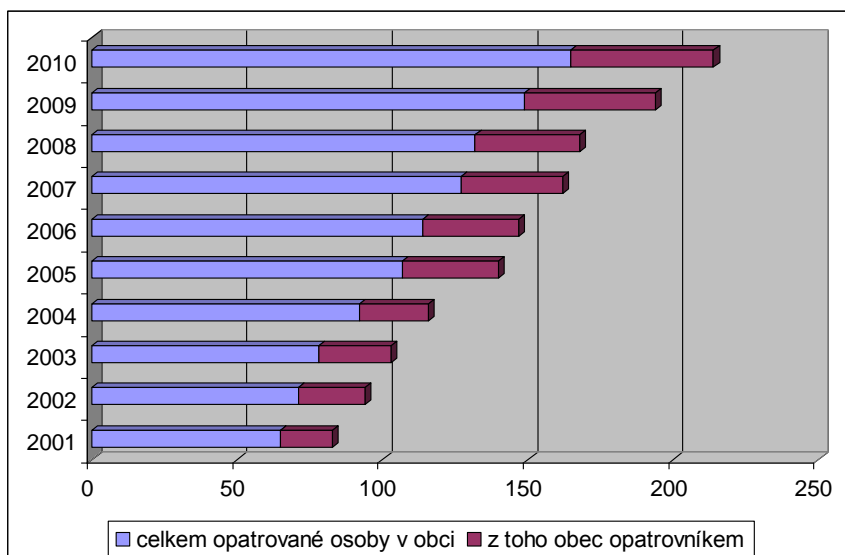
³⁸⁷ Rozhovor 6, řádek 4039-4051, viz též Rozhovor 9, řádek 6372-6373

³⁸⁸ Rozhovor 11, řádek 7575-7578

Nebo: „a pro mě je ještě hrozně fajn, když jsme za klienta podaly návrh na vrácení způsobilosti k právním úkonům, vyšlo to a on to zvládnul a vrátil se do společnosti.“³⁸⁹ Nebo: „ale ty výsledky té práce jsou, protože pokud ti klienti docházejí pravidelně, tak třeba se ten stav zlepší, oni cítí, že je pochválíme, takže ta sebedůvěra roste, a dostáváme je třeba i z té ulice na ubytovnu, že začnou normálně fungovat, že pracují, že si najdou práci v chráněných dílnách, i pro toho klienta je to prospěšné, potom se zas dostane do situace, kdy jde dolů, všechno spadne a začne se zase od nuly.“³⁹⁰ Počet opatrovaných osob ve vybraných obcích narůstá, což v rozhovoru potvrdili všichni veřejní opatrovníci (25 z 25). Pro ilustraci vybíráme ze sumarizačního dotazníku³⁹¹ údaje o vývoji počtu opatrovaných osob ve Statutárním městě Frýdek-Místek, ve městském obvodu Ostrava-Poruba a ve městě Nový Jičín, viz obr. 28 až 30.



Obr. 28 – Počet opatrovaných osob ve Statutárním městě Frýdek-Místek

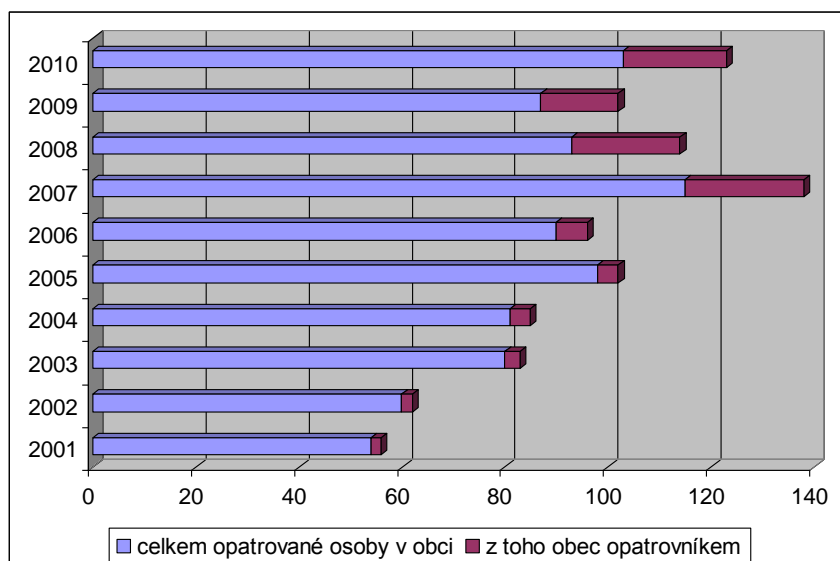


Obr. 29 – Počet opatrovaných osob v městském obvodu Ostrava-Poruba

³⁸⁹ Rozhovor 1, řádek 1408-1414

³⁹⁰ Rozhovor 8, řádek 4736-4740

³⁹¹ Písemná korespondence s obcemi dne 13. 7. 2011, dne 25. 6. 2011 a dne 4. 7. 2011, bliže viz oddíl 3.2.1.



Obr. 30 – Počet opatrovaných osob ve městě Nový Jičín

Veřejní opatrovníci (25) přemýšleli nad příčinami růstu opatrovaných osob. Z rozhovoru vybíráme: „Naše obec zaznamenala nárůst opatrovaných osob v souvislosti se zákonem o sociálních službách, začalo se rušit opatrovnictví, které vykonávalo zařízení kvůli střetu zájmu. V naší obci přibývá spousta lidí z terénu, nevím, čím to je, asi přibývá duševních poruch.“³⁹² Nebo: „V mnoha případech se rodinní příslušníci starat nechtějí, když zjistí, co to opatrovnictví obnáší. Druhá skupina – ti zase chtějí, vidí příspěvek na péči, ale nejsou vhodné osoby.“³⁹³

4.3.7 Běžné činnosti při výkonu funkce veřejného opatrovníka

Veřejný opatrovník při výkonu funkce veřejného opatrovníka vykonává řadu činností, mezi typická oprávnění patří vyřizování běžných (tj. nejčastěji prováděných) záležitostí, především zajišťování jídla a bydlení, vyřizování důchodu, pokud opatrovaná osoba nemá, spravování finančních prostředků apod., včetně péče o zdraví opatrovaných osob. Veřejní opatrovníci v zájmu opatrovaných osob úzce spolupracují s různými institucemi, nejčastěji s okresními soudy, zdravotnickými zařízeními, zařízeními sociálních služeb a Českou správou sociálního zabezpečení. Z analýzy kvalitativních dat vyplynulo, že běžné činnosti veřejných opatrovníků lze rozdělit do tří fází: a) přípravné, b) realizační a c) závěrečné. Výčet běžných činností, které veřejní opatrovníci v praxi skutečně vykonávají, je popsán níže.³⁹⁴

³⁹² Rozhovor 12, řádek 7693-7696

³⁹³ Rozhovor 12, řádek 7697-7699

³⁹⁴ Výčet činností byl verifikován pomocí sumarizačního dotazníku a na workshopu, viz oddíl 3.2.1.

A PŘÍPRAVNÁ FÁZE

■ Které běžné činnosti veřejný opatrovník v praxi skutečně dělá?

1. Veřejný opatrovník studuje platné právní předpisy o opatrovnictví

- Veřejný opatrovník průběžně studuje zejména občanský zákoník a občanský soudní řád.
- Veřejný opatrovník se průběžně informuje o platné právní úpravě o opatrovnictví, případně o dalších dokumentech souvisejících s výkonem opatrovnické funkce.

2. Veřejný opatrovník zjišťuje informace o (novém) klientovi

- Veřejný opatrovník zjišťuje informace o (novém) klientovi především z těchto dokumentů:
 - usnesení
 - rozsudku
 - znaleckého posudku
 - prostřednictvím ošetřujícího lékaře, pokud je klient hospitalizovaný
 - ze spisu kolegyně (kolegu), která měla na starosti opatrovnickou agendu
 - od kolegů z jiných oddělení

B REALIZAČNÍ FÁZE

■ Které běžné činnosti veřejný opatrovník v praxi skutečně dělá?

1. Veřejný opatrovník provádí sociální šetření u (nového) klienta

- Veřejný opatrovník při provádění sociálního šetření u (nového) klienta zjišťuje zejména:
 - v jakých podmínkách klient bydlí (byt, zařízení sociálních služeb apod.)
 - zda má klient zajištěnou celodenní stravu
 - zda má klient osobní doklady
 - zda má klient praktického lékaře
 - zda má klient odborného lékaře
 - zda má klient zubního lékaře
 - zda klient užívá léky
 - u které zdravotní pojišťovny je klient pojištěný
 - zda klient pobírá důchod
 - zda má klient, kromě důchodu, i další příjmy
 - zda má klient dluhy
 - zda má klient úspory
 - zda má klient majetek
 - délku léčby u klienta hospitalizovaného ve zdravotnickém zařízení
 - rodinné zázemí
 - další potřeby klienta a jeho přání

2. Veřejný opatrovník zajišťuje klientovi základní a jiné potřeby

- V praxi veřejný opatrovník velmi často zajišťuje klientovi tyto základní a jiné potřeby:
 - a) *osobní a jiné doklady*
 - vyřizuje klientovi rodný list, pokud ho nemá
 - vyřizuje klientovi občanský průkaz
 - vyřizuje průkazky na slevy na dopravu (vlak apod.)
 - vyřizuje klientovi průkaz zdravotního pojištění
 - vyřizuje pas, pokud je to nutné
 - zjišťuje, zda má klient další potřebné doklady (nájemní smlouvu, rozsudek o rozvodu apod.), a pokud je nemá, tak mu je podle potřeby zajistí

b) jídlo a jiné potřeby

- doprovází klienta při nákupu potravin, oblečení, obuvi a jiných věcí (bytových doplňků, elektroniky apod.)
- kupuje potraviny, příp. vitamínové doplňky, oblečení, boty, hygienické potřeby a jiné věci (bytové doplňky apod.) nebo zajišťuje nákup nebo dává jen souhlas
- vyřizuje donášku obědů, nákup stravenek, platí obědy, vyplácí klientovi přiměřenou hotovost na nákup potravin
- kupuje mobilní telefon a dobíjecí kupón do mobilního telefonu
- kupuje dárky u příležitosti narozenin a vánoc nebo dává jen souhlas
- kupuje klientovi dárky pro jeho blízké osoby
- klientovi, který je umístěný v zařízení sociálních služeb, posílá peníze na jídlo, ošacení, boty, dárky, kapesné, hygienické potřeby aj. na účet zařízení (záleží na typu zařízení, veřejný opatrovník v mnoha případech doprovází klienty na nákupy nebo jim nakupují sami, kromě nákupu potravin)
- klientovi, který je umístěný v zařízení sociálních služeb, vybírá kapesné z vkladní knížky na drobné nákupy a předává je sociální pracovníci
- klienta umístěného v zařízení sociálních služeb pravidelně navštěvuje, zjišťuje jeho přání a potřeby, a pokud je to vhodné, potom i v těchto případech doprovází klienta na některé nákupy, zajišťuje také pobyt mimo zařízení, jako jsou různé ozdravné pobyty pořádané neziskovými organizacemi apod.

c) bydlení

- vyhledává bydlení (byt, podnájem, ubytovnu apod.)
- jedná s vlastníky bytů (podnájmů, ubytoven apod.)
- píše žádosti o umístění klienta do zařízení sociálních služeb
- kupuje a prodává byt či pozemky a jiné nemovitosti
- zajišťuje úhrady za bydlení
- vyřizuje vystěhování z bytu a likvidaci zařízení

d) smlouvy

- vyřizuje nájemní smlouvu od občanů nebo od pronajímatelů
- podepisuje smlouvy o bydlení, včetně dodatků ke smlouvám
- uzavírá smlouvy na dodávku elektrické energie nebo plynu
- uzavírá za klienta smlouvy a dodatky ke smlouvám o poskytování sociální péče s poskytovateli sociálních služeb
- uzavírá za klienta pracovní smlouvy v případě nástupu do zaměstnání

e) důchod a jiné příjmy

- vyřizuje klientovi důchod, pokud ho nemá
- přebírá za klienta důchod
- vyřizuje příspěvek na péči
- vyřizuje dávky v hmotné nouzi
- zakládá a spravuje klientovi běžný účet, vkladní knížku a pojištění (např. stavební, životní, pojištění domácnosti a penzijní připojištění)
- zajišťuje vinkulaci vkladní knížky
- žádá soud o výběr hotovosti z vinkulované vkladní knížky
- žádá soud o odvinkulování vkladní knížky
- vyplácí klientům omezeným ve způsobilosti k právním úkonům kapesné
- zasílá (nebo připravuje podklad, protože účetnictví v některých úřadech dělá finanční odbor) klientům, kteří jsou umístěni v zařízeních sociálních služeb, kapesné formou převodu z účtu na účet (nebo vybírá kapesné z vkladní knížky na drobné nákupy a předává je sociální pracovníci)
- prodává a nakupuje nemovitosti (nejde-li o běžnou záležitost, je k nakládání s majetkem třeba schválení soudu)

- vede evidenci o hospodaření s finančními prostředky klientů (v některých úřadech pohyby na depozitních účtech eviduje příslušný finanční odbor)
- klienta pravidelně informuje o pohybu jeho finančních prostředků a zůstatku

f) zdravotní péči

- kupuje klientovi léky
- vyzvedává klientovi léky
- připomíná klientovi, kdy si má vzít lék
- ověřuje u lékaře, zda klient užívá léky
- vyřizuje klientovi zdravotní pojišťovnu, pokud nemá
- shání klientovi praktického lékaře, psychiatra, očního lékaře aj., pokud nemá
- podle potřeby doprovází klienta k lékaři, příp. do psychiatrické léčebny
- připomíná klientovi termín kontroly u lékaře
- ověřuje, zda se klient dostavil na kontrolu k lékaři
- pokud to zdravotnická zařízení vyžadují, podepisuje za klienta informovaný souhlas s prováděním vyšetřovacích i léčebných výkonů a s hospitalizací
- pokud to zdravotnická zařízení vyžadují, podepisuje za klienta informovaný souhlas s přemístěním na jiné oddělení
- pokud to zdravotnická zařízení vyžadují, podepisuje za klienta informovaný souhlas s opuštěním nemocnice či psychiatrické léčebny
- zajišťuje převoz klienta do zdravotnického zařízení
- chodí k lékařské posudkové komisi

g) úhradu poplatků a opakujících se plateb

Veřejný opatrovník platí za klienta hotově nebo převodem z účtu zejména:

- nájem (ubytování)
- elektřinu
- plyn
- vodu
- komunální odpad
- regulační poplatky
- daň z nemovitosti
- opravu spotřebičů
- výživné
- záchyt u klientů alkoholiků
- poplatek za televizi
- penzijní připojištění
- dobíjecí karty do mobilu
- poplatek za psa
- jízdné
- pojištění domácnosti
- stavební spoření
- dárky blízkým
- hrobová místa
- životní pojištění
- malování, zámečnické a elektrikářské práce v bytě

h) úhradu dluhů a pokut za přestupky

- veřejný opatrovník domlouvá s finančními společnostmi splátkový kalendář
- platí za klienta veškeré jeho dluhy, půjčky apod.
- vyřizuje exekuce (na některých úřadech tuto činnost vykonává právní odbor)
- vyřizuje pokuty za přestupky klientů
- píše odpory proti platebním příkazům, když klienty ještě nemají běžící exekuce (na některých úřadech tuto činnost vykonává právní odbor)
- obesílá finanční společnosti, zda mají klienti dluhy

3. Veřejný opatrovník spolupracuje se soudy a ostatními institucemi

a) *Veřejný opatrovník při zajišťování základních a jiných potřeb klienta velmi často spolupracuje s (se):*

- sociálními pracovníky v zařízeních sociálních služeb
- lékaři a všeobecnými sestrami
- soudními úředníky
- soudci
- Policií České republiky
- městskou policií
- pracovníky charity
- pracovníky Okresní správy sociálního zabezpečení
- pracovníky České správy sociálního zabezpečení
- pracovníky bankovních institucí
- pracovníky úřadu práce
- pracovníky pojišťoven
- pracovníky finančních institucí
- zaměstnavateli, pokud klienti pracují
- veřejnými opatrovníky z jiných obcí
- posudkovým lékařem
- speciální základní školou, pokud ji klienti navštěvují
- bytovými podniky včetně řemeslníků atd.

b) *Veřejný opatrovník při spolupráci s okresními soudy vykonává především tyto běžné činnosti:*

- předkládá okresnímu soudu zprávu o výkonu funkce opatrovníka
- podává návrhy pro okresní soud na schválení právních úkonů za klienta
- zastupuje klienta u okresního soudu, příp. i u krajského soudu
- na vyžádání soudu provádí šetření v domácnostech osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům a na základě šetření navrhuje soudu opatření k nápravě
- podává návrhy pro okresní soud ve věci úpravy nebo vrácení způsobilosti pro klienty (někteří klienti si je podávají sami)
- píše žádosti na soud o změnu opatrovníka, když je klient umístěn do zařízení sociálních služeb mimo region a klient má v tom regionu trvalé bydliště
- provádí sociální šetření, kde zjišťuje sociální poměry potencionálního opatrovníka, pokud to soud žádá
- fotí okresnímu soudu kopii peněžního deníku, pokud to soud vyžaduje
- zastupuje klienty v dědickém řízení
- pokud klient nabyt majetek (byt, garáž, motorové vozidlo, pozemky, lesy a jiné), vykonává činnosti spojené s pronájmem nebo prodejem zděděných nemovitostí (převody a další potřebné úkony s tím související)

4. Veřejný opatrovník je v přímém kontaktu s klienty a s jeho rodinou, blízkými

- je v osobním i v telefonickém kontaktu s klienty v terénu
- udržuje kontakt i s rodinou (příbuznými, známými atd.) klienta, pokud klient má rodinu a je ze strany rodiny zájem udržovat s veřejným opatrovníkem kontakt
- je v osobním nebo telefonickém kontaktu s klienty v zařízení sociálních služeb a zároveň komunikuje prostřednictvím sociální pracovníce
- zajišťuje 24 hodinovou pracovní pohotovost pro případy poskytnutí okamžité pomoci klientům v terénu (z jedenácti obcí tuto činnost v praxi vykonávala pouze jedna obec)

5. Veřejný opatrovník poskytuje profesionální rady o výkonu opatrovnictví

- fyzickým osobám, tj. rodinným příslušníkům a osobám blízkým, které soudy ustanovily opatrovníky
- občanům, kteří ještě nebyly soudem ustanoveny do funkce opatrovníka, ale o funkci opatrovníka se zajímají
- kolegům (veřejným opatrovníkům) z jiných obcí nebo vzájemně konzultují problematiku opatrovnictví dospělých osob

6. Veřejný opatrovník vykonává i jiné činnosti ve prospěch klienta

- píše finančním společnostem oznámení o ustanovení obce opatrovníkem a žádá je o spolupráci
- vede spisovou dokumentaci o klientech, kterým dělá opatrovníka
- archivuje dokumenty o klientech, kterým dělá opatrovníka
- zúčastňuje se školení, kurzů, seminářů aj. o opatrovnictví

C ZÁVĚREČNÁ FÁZE

■ Které běžné činnosti veřejný opatrovník v praxi skutečně dělá?

1. Veřejný opatrovník předkládá po skončení zastupování závěrečný účet ze správy majetku

- Dnem úmrtí klienta končí výkon opatrovnícké funkce, proto veřejný opatrovník obvykle okresnímu soudu předkládá nejen závěrečné vyúčtování, kde uvede zůstatek finančních prostředků na účtu či na vkladní knížce, ale také vrátí soudu Listinu o ustanovení opatrovníka, pokud ji má, a předá soudu zůstatek finančních prostředků a vkladní knížku, příp. vkladné knížky (praxe však bývá různá, záleží na příslušném soudu).
- V případě úmrtí klienta veřejný opatrovník poskytuje informace také notáři, který vede dědické řízení.
- Závěrečný účet se podává i v případě změny opatrovníka.

Při péči o opatrované osoby je nutný osobní kontakt veřejného opatrovníka s opatrovanou osobou. Jak často jsou tedy veřejní opatrovníci v kontaktu s opatrovanými osobami? Veřejní opatrovníci navštěvují opatrované osoby ubytované v zařízeních sociálních služeb podle potřeby, minimálně však jeden až dvakrát za rok a komunikují s opatrovanými osobami zejména prostřednictvím sociálních pracovníků, nebo jsou s opatrovanými osobami v telefonickém kontaktu.³⁹⁵ S opatrovanými osobami, které jsou v terénu, jsou veřejní opatrovníci velmi často v kontaktu, a to např. i čtyřikrát týdně, minimálně však jedenkrát za týden. Z odpovědí vybíráme: „*Takže s těma chodícima [v terénu] jeden až třikrát týdně, to jsou ti, co mají svoje domácnosti. Co se týče léčeben a ostatních zařízení, tak se snažíme, abychom je tam alespoň dvakrát ročně navštívili. To je teda ale maximum, víc to nejde. [...]* Pochopitelně, kdybychom na to měli prostor, tak já tam klidně budu jezdit každé měsíc, ale já na to nemám kapacitně. Pak se třeba stane, že jeden z klientů si vyžádá naši přítomnost, tak

³⁹⁵ Pouze v jednom případě veřejná opatrovnice uvedla, že s jednotlivými opatrovanými osobami [všichni mají mentální retardaci] v kontaktu není, vše řeší společně se sociální pracovníci ústavu (rozhovor 13, řádek 7733-7738).

*prostě sedneme a jedem.*³⁹⁶ Nebo: „...ti, co jsou v pobytových sociálních zařízeních, tak ty navštěvuji jedenkrát až dvakrát ročně ... na to nemám čas, ale nebyla jsem schopná si to momentálně zorganizovat, vím, že by to mělo být, jsem s nimi v kontaktu alespoň v nějakém, přes sociální pracovníce, s někým i telefonuji ... jsou osoby, které ten kontakt, teď nechci, aby to vyznělo nějak surově, je jim to jedno.”³⁹⁷ Zajišťování běžných činností, popsanych v tomto oddílu, je časově náročné. Z rozhovorů a z analýzy kvalitativních dat vyplynulo, že pracovní doba veřejných opatrovníků je velmi náročná. Z odpovědí vybíráme: „...sice skončím o půl čtvrté nebo v pět, ale my máme takzvané pohotovostní telefony – jsme klientovi 24 hodin k dispozici, takže týden mám pohotovost já, potom kolegyně, potom kolega a zase já...”³⁹⁸ Nebo: „stává se, že v noci mi zavolají z policie, že ten ta ten udělat to a to ...”³⁹⁹ Nebo: „My nemůžeme životy klientů zaškatulkovat na osm a půl pracovní hodiny, [...] to nejde, kdyby někdo volal, sorry, já už jsem dnes dopracovala, nemáš co jíst, tak umři třeba, to prostě nejde.”⁴⁰⁰ Z rozhovorů jednoznačně vyplynulo, že práce veřejného opatrovníka „to je neskutečně mravenčí práce.”⁴⁰¹

4.3.8 Problémy při výkonu funkce veřejného opatrovníka

Z rozhovorů a následné analýzy dat byly identifikovány problémy, které veřejným opatrovníkům velmi často ztěžují výkon funkce.⁴⁰²

1. Platná právní úprava o opatrovnictví je příliš obecná.
2. Rozsah omezení způsobilosti k právním úkonům je v rozsudku stanoven neadekvátně k situaci osoby omezené ve způsobilosti k právním úkonům.
3. Chybí metodika pro výkon funkce veřejného opatrovníka.
4. Chybí přehledná brožura s návodem k efektivní realizaci činností veřejného opatrovníka.
5. Je nedostatek zařízení se zvláštním režimem pro umístění alkoholiků a schizofreniků.
6. Je nízké povědomí veřejnosti o institutu opatrovnictví.
7. Chybí supervize a systematické vzdělávání veřejných opatrovníků.
8. Je nedostatečná spolupráce lékařů při péči o zdraví opatrovaných osob.

³⁹⁶ Rozhovor 1, řádek 646-658 Rozhovor 10, řádek 6717-6720 Rozhovor 6, řádek 3373

³⁹⁷ Rozhovor 10, řádek 6717-6720

³⁹⁸ Rozhovor 1, řádek 323-325

³⁹⁹ Rozhovor 1, řádek 334-335

⁴⁰⁰ Rozhovor 1, řádek 347-351

⁴⁰¹ Rozhovor 6, řádek 3373

⁴⁰² JURÍČKOVÁ, L., FILKA, J., IVANOVÁ, K., Identifikace aktuálních problémů ve výkonu funkce veřejného opatrovníka, *Kontakt*, 2011, v tisku.

Prvním problémem při výkonu funkce veřejného opatrovníka je, podle výzkumu, obecnost platné právní úpravy o opatrovnictví. Pokud veřejní opatrovníci (25 z 25) nemají jasně stanovené pravomoci a odpovědnosti pro výkon své funkce, nejsou si jisti, zda práci vykonávají dobře. Z odpovědí respondentů vybíráme: „*My nevíme, zda to, co děláme, děláme dobře, ale děláme to s citem, selským rozumem... děláme to podle nejlepšího vědomí a svědomí.*“⁴⁰³ Nebo: „*My jako veřejní opatrovníci máme za povinnost činit za opatrovance právní úkony, ke kterým není on sám způsobilý. Ale ... co je to právní úkon? Občanský soudní řád říká, že právní úkon je projev vůle směřující zejména ke vzniku, změně nebo zániku těch práv nebo povinností, které právní předpisy s takovým projevem spojují. Vy tomu rozumíte?*“⁴⁰⁴

Druhým problémem, který velmi ztěžuje práci veřejným opatrovníkům (18 z 25), je specifikace rozsahu omezení způsobilosti k právním úkonům v rozsudku. Z odpovědí respondentů vybíráme: „*Rozsudek u omezeného nelze v praxi dodržovat, protože soud stanoví omezenému oprávnění hospodařit s nízkou finanční částkou, např. 500 Kč týdně. My ale víme, že mu nemůžeme dát jen 500 Kč na týden, ale 700 nebo 900 Kč, protože, když nám klient řekne, že nechce zajišťovat obědy a chodí tam a tam a vyjde ho to levněji, tak musíme ctít a respektovat jeho práva.*“⁴⁰⁵

Třetím problémem, jak jej vidí při výkonu své funkce veřejní opatrovníci, je absence metodiky pro výkon veřejného opatrovnictví, což v rozhovoru uvedli všichni respondenti (25 z 25). Z odpovědí respondentů vybíráme: „*Chybí nám takový metodický postup, aby ten člověk věděl, čeho se má chytit, když nastane taková nebo maková situace a nemá s ní zkušenost, protože ne každá obec má tu možnost pověřit na tom městě výkonem opatrovnictví člověka, který má zkušenosti s opatrovnictvím.*“⁴⁰⁶ Nebo: „*a nikde není ani napsáno, o kolik opatrovanců by se měl veřejný opatrovník starat.*“⁴⁰⁷ Nebo: „*... mne třeba osobně chybí, že při těch základních věcech by mělo být jednoznačně dané, [...] jakým způsobem řešit situaci, když je po pracovní době, protože tohle není žádným způsobem vyřešené.*“⁴⁰⁸

Čtvrtým problémem je absence brožury s návodem k efektivní realizaci činnosti veřejného opatrovníka. Veřejní opatrovníci by uvítali přehlednou brožuru, která by uceleně popisovala běžné činnosti nejčastěji vykonávané veřejným opatrovníkem při výkonu jeho funkce a která by předkládala doporučení, jak běžné činnosti nejlépe realizovat v praxi.

⁴⁰³ Rozhovor 1, řádek 402-404

⁴⁰⁴ Rozhovor 1, řádek 249-253

⁴⁰⁵ Rozhovor 2, řádek 1563-1567

⁴⁰⁶ Rozhovor 7, řádek 4403-4406

⁴⁰⁷ Rozhovor 8, řádek 4555

⁴⁰⁸ Rozhovor 9, řádek 6210-6214

Z odpovědí vybíráme: „...to by nám moc pomohlo.“⁴⁰⁹ Nebo: „Prostě v brožuře vypíchnout všechny běžné činnosti, to, co dělají všechny úřady...“⁴¹⁰

Pátým problémem, který trápí veřejné opatrovníky, je nedostatek zařízení se zvláštním režimem pro umístění alkoholiků a schizofreniků v Olomouckém a Moravskoslezském kraji, což uvedli v rozhovoru téměř všichni veřejní opatrovníci (24 z 25). Z odpovědí respondentů vybíráme: „... je zejména nedostatek domovů se zvláštním režimem, pořadníky jsou tam na spoustu roků a chtějí peníze, ale my v praxi máme klienty alkoholiky a schizofreniky, kteří ty peníze nemají, ani důchod, ani příspěvek na péči, a těch klientů stále přibývá.“⁴¹¹ Jiná odpověď: „Do chráněného bydlení nám je vezmou jen na dobu určitou a pak se obvykle chovají tak, že už jim nechtějí prodloužit smlouvu, musíme hledat další zařízení a těch míst není tolik a jsou na to pořadníky.“⁴¹²

Šestým problémem je, podle veřejných opatrovníků, nízké povědomí veřejnosti o institutu opatrovnictví dospělých osob. Veřejní opatrovníci (24 z 25) uvedli, že laická i odborná veřejnost je považuje za pečovatelky a současně si myslí, že veřejný opatrovník zodpovídá za všechny činy nezpůsobilého. Z odpovědí respondentů vybíráme: „... ani ti lékaři pořádně neví, co ta funkce veřejného opatrovníka obnáší ... ale to není možné se všemi chodit k lékaři, když jich máte patnáct a všichni jsou v terénu, a to nemluvíme o těch veřejných opatrovnících, kteří k tomu ještě vykonávají kumulovanou funkci, jo?“⁴¹³ Nebo: „Informovanost lékařů i laické veřejnosti je naprosto nedostatečná... mnozí vůbec nevědí, že něco takového jako veřejné opatrovnictví existuje nebo, že nesvéprávní lidé jsou duševně nemocní.“⁴¹⁴ Nebo: „Banky či jiné finanční instituce poskytují omezenému nebo zcela zbavenému půjčky, občanku neotáčí, ta smlouva je pak neplatná, peníze je třeba vrátit, a my to musíme řešit, protože se klient neoprávněně obohatal.“⁴¹⁵ Nebo: „A rodinní opatrovníci většinou nemají o opatrovnictví ani páru, například nechávají si důchody nesvéprávných a neudělají nic proto, aby pozichrovali budoucnost toho člověka, že je potřeba dát žádosti do zařízení sociálních služeb, tam se čeká roky, nám pak ti lidi volají a my pak tu situaci řešíme.“⁴¹⁶

Sedmým problémem, který velmi ztěžuje práci všem veřejným opatrovníkům (25 z 25), je absence supervize a systematického vzdělávání veřejného opatrovníka. Z odpovědí

⁴⁰⁹ Rozhovor 2, řádek 682

⁴¹⁰ Rozhovor 8, řádek 5536-5538

⁴¹¹ Rozhovor 11, řádek 7358-7361

⁴¹² Rozhovor 6, řádek 4138-4140

⁴¹³ Rozhovor 7, řádek 4326-4328

⁴¹⁴ Rozhovor 8, řádek 5327-5328

⁴¹⁵ Rozhovor 1, řádek 799-801

⁴¹⁶ Rozhovor 2, řádek 1541-1544

respondentů vybíráme: „Počet nesvéprávných přibývá a práce s nimi je velice náročná po psychické stránce.“⁴¹⁷

Osmým problémem, který velmi ztěžuje práci veřejným opatrovníkům (24 z 25), je nedostatečná spolupráce lékařů s veřejnými opatrovníky při péči o zdraví opatrovaných osob. Tento problém je podrobněji vyhodnocen samostatně, viz oddíl 4.3.9.

4.3.9 Hodnocení spolupráce s pracovníky ve zdravotnictví

V oddílu 4.3.7 bylo zmíněno, že veřejní opatrovníci (25) v zájmu opatrovaných osob rovněž úzce spolupracují se zdravotnickými zařízeními, tzn., že spolupracují při péči o zdraví opatrovaných osob se zdravotnickými pracovníky.⁴¹⁸ Z odpovědí respondentů vyplynulo, že veřejní opatrovníci při péči o zdraví klienta spolupracují častěji s lékaři než sestrami. Z odpovědí respondentů vystihuje situaci tato přímá citace: „*My se sestřičkami nepřicházíme tak často do styku, vlastně jenom, když jdeme do té ordinace, potom třeba, když ten klient je v nemocnici, potom třeba, když chceme lékaře k telefonu ... ale se sestřičkami jsme zatím neměly problém.*“⁴¹⁹ I když veřejní opatrovníci nepřicházejí s všeobecnými sestrami často do styku, myslí si, že sestry jsou ochotnější a vstřícnější než lékaři. Z analýzy kvalitativních dat vyplynulo, že veřejní opatrovníci při kategorii „Zdraví klienta“ tematizovali následující činnosti vůči lékařům:

- Sháníme klientům lékaře, pokud nemá.
- Doprovázíme klienty k lékaři.
- Radíme se s lékaři.
- Podepisujeme za klienty informovaný souhlas.
- Žádáme lékaře o vypsání lékařské zprávy o zdravotním stavu klienta.
- Vyřizujeme pro klienty, jejichž soběstačnost výrazně klesla, příspěvek na péči.

V rámci diskuse ve skupinách respondenti spontánně označovali výše zvolené činnosti buď za bezproblémové, nebo spíše problémové. Činnost „radíme se s lékaři“ byla označována jako bezproblémová. Ostatní činnosti byly shledávány za „spíše problémové“. Bezproblémová činnost byla ve výzkumu hodnocena následovně: Všichni veřejní opatrovníci (25 z 25) se radí s lékařem nejčastěji o zdravotním stavu klienta a o jeho další léčbě a tuto spolupráci si pochvalují. Z odpovědí respondentů vybíráme: „*Mne osobně se s lékaři spolupracuje výborně.*“

⁴¹⁷ Rozhovor 12, řádek 7594

⁴¹⁸ JURÍČKOVÁ, L., KLIMENT, P., IVANOVÁ, K., FILKA, J., Veřejní opatrovníci a jejich zkušenosti z praxe, In VIII. Hradecké dny sociální práce, v tisku.

⁴¹⁹ Rozhovor 6, řádek 3787-3789

*Dnes mám zrovna schůzku s jednou psychiatrickou, kvůli jednomu klientovi, kterej s náma nespolupracuje [...], abychom se domluvily, co a jak dál, jak mám s ním komunikovat. A musím říct, že moje spolupráce s lékaři, teď nemluvim, jaká je se špitálníkama, ne, mluvim o psychiatrech, tak ta je exkluzivní. Mám výbornou zkušenost, kdykoliv jsem něco potřebovala [...] věřeli, naslouchají, prostě mi poradí, co mám dělat, každej krok spolu konzultujeme.*⁴²⁰ Veřejní opatrovníci (15 z 25) si myslí, že jedním z důvodů bezproblémové činnosti s psychiatry je zejména jejich častý kontakt s klientem, který s lékařem navázal bližší vztah, jehož znakem může být silná vazba a důvěra. Jiná odpověď: *„Třeba máme tady výjimku, jednoho psychiatra, který má přehled o sociálních službách, on ví, že kromě domova pro seniory existují i jiná zařízení sociálních služeb ... zajímá ho, co bude s klientem po propuštění z nemocnice, zda má kde jít, tak tam ta spolupráce je výborná.*⁴²¹ Nebo: *„Víte, občas se vyskytne problém s praktickým lékařem, ale oni to taky nemají jednoduché, jsou pracovní vytížení... my taky.*⁴²² Z odpovědí respondentů vyplynulo, že veřejní opatrovníci si často u lékaře ověřují, zda se klient dostavil na kontrolu a tuto spolupráci s lékaři si většinou pochvalují. Z odpovědí vybíráme: *„... třeba se stane, že patnáctého má pán přijít na injekci, pokud nepřijde, šestnáctého mi volá paní doktorka, co se stalo, kdepak je pan K., prosím vás pošlete nám ho.*⁴²³ Jiná odpověď: *„Jsou lékaři, kteří jsou vstřícní, dokáží vyslechnout, projeví komplexní zájem o klienta, berou nás jako partnery a pak narazíte na lékaře, se kterými ta spolupráce prostě vázne.*⁴²⁴

V rámci spolupráce mezi veřejnými opatrovníky a lékaři jako zásadní je možno vybrat tyto „spíše problémové“ činnosti:

1. Sháníme klientům, pokud nemá.
2. Doprovázíme klienta k lékaři.
3. Podepisujeme za klienty informovaný souhlas.
4. Žádáme lékaře o vypsání lékařské zprávy o zdravotním stavu klienta.
5. Vyřizujeme pro klienty, jejichž soběstačnost výrazně klesla, příspěvek na péči.

Z odpovědí veřejných opatrovníků vyplynulo, že veřejní opatrovníci (10 z 25) mají problém sehnat klientovi praktického lékaře a psychiatra. Veřejní opatrovníci si myslí, že jedním z důvodů odmítnutí přijetí pojištěnce do své péče může být i struktura klientely. Z odpovědí vybíráme: *„Zkontaktovali jsme pět psychiatrů, každý z nich uvedl, že nové pacienty nepřibírá, dva z nich se poté ptali na podrobnosti, o jaké klienty se jedná, když jsme jim sdělili,*

⁴²⁰ Rozhovor 1, řádek 608-614

⁴²¹ Rozhovor 6, řádek 3703-3705

⁴²² Rozhovor 2, řádek 1576-1577

⁴²³ Rozhovor 1, řádek 615-616

⁴²⁴ Rozhovor 1, řádek 1116-1117

že se jedná o osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům, řekli nám, že takové pacienty nepřijmou.⁴²⁵ Nebo: „A nám zase odmítnul přijmout klienta do péče praktický lékař.“⁴²⁶

Veřejní opatrovníci (25 z 25) nejčastěji doprovází klienta k psychiatrovi, k praktickému lékaři a k odbornému lékaři (neurologovi, gynekologovi, očnímu lékaři apod.), nejméně k zubaři a do psychiatrické léčebny. Veřejní opatrovníci se při činnosti „doprovázíme klienta k lékaři“ setkávají v praxi především s těmito problémovými situacemi:

- a) s dlouhou čekací dobou na vyšetření a občas i s neochotou praktického lékaře klienta ošetřit (12 z 25). Z výpovědí vybíráme: „S jedním klientem psychicky nemocným jsme tam seděli šest hodin, a to bylo domluveno, že přijdem. A už se stalo, že odmítl praktický lékař klienta ošetřit.“⁴²⁷ Nebo: „Měli jsme paní, byla nechodící, byla na ulici a [...] dovezli jsme ji k praktickému lékaři a on vám řekne, teď je poslední den v měsíci, já dělám papíry, já vůbec nemám čas, zajděte si do nemocnice.“⁴²⁸
- b) se striktním vyžadováním přítomnosti veřejného opatrovníka u vyšetření klienta, ošetření nebo kontrole. Naprostá většina veřejných opatrovníků (23 z 25) si myslí, že jedním z důvodů, proč se lékaři tak chovají, je především nízké povědomí lékařů o institutu opatrovnictví. Z odpovědí vybíráme: „... oni neví, co ta funkce veřejného opatrovníka obnáší ... ale to není možné se všemi chodit k lékaři, když jich máte patnáct a všichni jsou v terénu, jo?“⁴²⁹ Nebo: „...a já zase říkám různým zařízením, který mají nějaký způsob s náma bojovat, a říkají nám, pokud nepřijdete s paní tou a tou, neuděláte doprovod, my ji neošetříme, tak já říkám, ale já nejsem doprovod, já nejsem pečovatelka, já jsem veřejný opatrovník, já zastupuji klienta v právních úkonech, jo, [...] my nemůžeme za to, že paní ta a ta nechodí na kontroly.“⁴³⁰ Nebo: „Některej doktor ty vaše argumenty vezme, jinej ne.“⁴³¹ Nebo: „Je to tím povoláním.“⁴³²

Veřejní opatrovníci podepisují za klienty zbavené způsobilosti k právním úkonům informovaný souhlas jak s provedením vyšetřovacích nebo léčebných výkonů (zejména s operačním výkonem i s podáním anestézie), tak s převzetím do ústavní péče. Jiná situace je

⁴²⁵ Rozhovor 4, řádek 2184-2196

⁴²⁶ Rozhovor 9, řádek 6005

⁴²⁷ Rozhovor 4, řádek 2184

⁴²⁸ Rozhovor 9, řádek 6051-6053

⁴²⁹ Rozhovor 9, řádek 3929-3931

⁴³⁰ Rozhovor 4, řádek 2367

⁴³¹ Rozhovor 1, řádek 3929-3931

⁴³² Rozhovor 13, řádek 7779

při podepisování souhlasu u klientů pouze omezených ve způsobilosti k právním úkonům. Ze třinácti úřadů nepodepisují informovaný souhlas za tyto klienty čtyři úřady, protože zdravotnická zařízení to po nich nevyžadují. A co si o tom myslí veřejní opatrovníci? „*Znovu opakují, je to proto, že hodně lékařů vůbec se neseťkává s pojmem nesvéprávný, vůbec neví, co to je osoba omezená ve způsobilosti k právním úkonům a co to je osoba zcela zbavená ...*“⁴³³ Nebo: „*A oni ani nevědí, kdo je veřejný opatrovník, co teďka mají dělat, jako s tím se setkáváme docela často.*“⁴³⁴

A co ještě trápí veřejné opatrovníky? Z odpovědí vybíráme: „*Chtějí, abychom ten souhlas podepisovali i tehdy, když nejsme u příjmu klienta, anebo se nám stalo, že se jednalo o akutní operační zákrok v celkové narkóze, klienta přivezla sanitka bez nás a ta nemocnice po nás chtěla dodatečně podepsat souhlas s hospitalizací... ta odpovědnost za ty lidi je obrovská... my nemáme lékařské vzdělání, a tak jsme jim navrhli, aby požádali soud o zahájení řízení o vyslovení přípustnosti převzetí do ústavu nebo držení v ústavu zdravotnické péče.*“⁴³⁵

A jak skončila diskuse na téma informovaný souhlas? Z odpovědí vybíráme: „*Chce to srozumitelný výklad, jak to dělat ... je to o těch kompetencích, ani my je nemáme jednoznačně vymezené.*“⁴³⁶ Jiná odpověď: „*Ti lékaři ví, co dělají.*“⁴³⁷ Některá zdravotnická zařízení vyžadují při podepisování souhlasu přítomnost veřejného opatrovníka, jiná zařízení posílají formulář k podpisu faxem. Veřejní opatrovníci (15 z 25) se v praxi setkávají i s tím, že jim některá zdravotnická zařízení nesdělují, kdy klienta propustí. Z odpovědí vybíráme: „*My od nich nemáme zpětnou vazbu ... oni nám ho propustí z nemocnice a neřeknou nám o tom a my jim říkáme, že je nesvéprávný a prosíme je, aby se s náma spojili.*“⁴³⁸

Když veřejní opatrovníci žádají lékaře o vypsání lékařské zprávy z důvodu umístění klienta do zařízení sociálních služeb, vyřízení důchodu apod., tak se dokonce setkávají s tím, že praktičtí lékaři nejsou ochotni napsat aktuální vyjádření o zdravotním stavu. Z odpovědí respondentů vybíráme: „*Ta praktická lékařka nám tady volala a řekla: Prosím vás, co to po mne chcete, já to nehodlám vypisovat a nebudu vám to vypisovat, já jsem vám v minulém roce v pololetí jedno vyjádření napsala. Navíc ten člověk tam u ní sedí.*“⁴³⁹ Jiná odpověď: „*Anebo čekáte hrozně dlouho na to vyjádření, my samozřejmě to potřebujeme co nejdřív, protože, když je někde nějaké místo v zařízení, tak potřebujeme tam tu žádost dát co nejdřív,*

⁴³³ Rozhovor 1, řádek 1112-1113

⁴³⁴ Rozhovor 1, řádek 1121-1122

⁴³⁵ Rozhovor 1, řádek 1507-1512

⁴³⁶ Rozhovor 4, řádek 2631

⁴³⁷ Rozhovor 10, řádek 6903

⁴³⁸ Rozhovor 6, řádek 3384-3385

⁴³⁹ Rozhovor 5, řádek 2955-2957

aby ten náš klient byl ve hře o to místo, jo, a ne až za nějaký měsíc.“⁴⁴⁰ Veřejní opatrovníci přemýšlí nad neochotou lékařů: „... to je asi o povaze toho člověka.“⁴⁴¹ Nebo: „Málokterý doktor má zájem vzdělávat se i v té sociální oblasti [...] taková ta stará garda těch lékařů, hlavně praktických lékařů, absolutně ne, oni žijou v představách domovů důchodců, že všichni jdou do domova důchodců. Když jsem řekla lékařům, že chci umístit klienta do domova se zvláštním režimem, tak mi řekl: Ježíšmarjá, kam ho to chcete zavřít?“⁴⁴² Jiná odpověď: „Já chápu, že když je období chřipek, že jsou zavaleni chřipkama a že nemají k tomu ten prostor.“⁴⁴³

Většina úřadů (10 z 13) má obtíže získat pro opatrovanou osobu rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči. Veřejní opatrovníci si myslí, že posudkoví lékaři nezohledňují všechny aspekty zdravotního stavu u klienta s duševní poruchou, což může být důvodem nepřiznání odpovídajícího příspěvku na péči. Na závěr rozhovoru všichni veřejní opatrovníci ohodnotili spolupráci s pracovníky ve zdravotnictví pomocí pětibodové škály, kde 1 je výborná spolupráce a 5 je velmi špatná spolupráce, viz tab. 30.

Tab. 30 – Hodnocení spolupráce s pracovníky ve zdravotnictví

Pracovníci ve zdravotnictví, se kterými veřejní opatrovníci úzce spolupracují při péči o opatrovanou osobu	Hodnocení spolupráce pomocí pětibodové škály (průměrná známka)	
	Olomoucký kraj (5 úřadů)	Moravskoslezský kraj (8 úřadů)
Lékaři v nemocnicích a v psychiatrických léčebnách	2,2	2,6
Lékaři v ambulancích:		
a) praktických lékařů pro dospělé	1,3	2,4
b) psychiatrických	1	2
c) zubních	0*	2,2
Posudkoví lékaři	1	3,6
Všeobecné sestry	1,3	1,9

*Veřejní opatrovníci z Olomouckého kraje nespupracují se zubními lékaři.

Veřejným opatrovníkům z Olomouckého kraje se nejlépe spolupracuje s lékaři v psychiatrických ambulancích a s posudkovými lékaři. Veřejným opatrovníkům z Moravskoslezského kraje se nejlépe spolupracuje s všeobecnými sestrami a s lékaři v psychiatrických ambulancích. Nejhůře hodnotili spolupráci s lékaři veřejní opatrovníci v Moravskoslezském kraji, někteří dokonce s povzdechem: „Každého musíme výslovně prosit.“⁴⁴⁴

⁴⁴⁰ Rozhovor 4, řádek 1926-1929

⁴⁴¹ Rozhovor 13, řádek 7781-7782

⁴⁴² Rozhovor 6, řádek 3720-3723

⁴⁴³ Rozhovor 5, řádek 2980-2981

⁴⁴⁴ Rozhovor 9, řádek 6076

4.3.10 Doporučení pro zkvalitnění výkonu funkce veřejného opatrovníka

Z rozhovorů a z analýzy kvalitativních dat vyplynulo, že všichni respondenti z výběrového souboru, tj. 36, z toho 25 veřejných opatrovníků a 11 pracovníků vykonávajících pouze vedoucí funkci, doporučují pro zkvalitnění výkonu funkce veřejného opatrovníka následující opatření:

- Aktualizovat platnou právní úpravu o opatrovnictví, která je zastaralá a příliš obecná (36 z 36). Z odpovědí vybíráme: „V první řadě by se měl změnit občanský zákoník a občanský soudní řád, [...] aby byl ten veřejný opatrovník až na posledním místě a vymezit jeho pravomoci a další věci týkající se opatrovnictví, tam je to tak všeobecně napsáno, že z toho si člověk nic nedokáže vzít.“⁴⁴⁵ Jiné doporučení: „Co já bych zlepšila, tak to je proces před zbavením. Kdyby ti lidé, než budou zbaveni, mohli projít nějakým procesem pozorování ne jednoho odborníka, ale psychologa, psychiatra, sociálního pracovníka a tak dále.“⁴⁴⁶ Jiné doporučení: „... od prvního návrhu by ten člověk mohl být umístěný do pozorovacího zařízení. Od prvního okamžiku by o něj bylo postaráno a nikde by se zase netrápil. Že by se sfouklo jak pozorování, tak dlouhodobá spolupráce s ním a v nějaké době by se to uzavřelo. Mohlo by se to propojit, nejdřív by se našli vhodní opatrovníci, pak by se to posoudilo a hned vzápětí by měl být rozsudek.“⁴⁴⁷ Jiné doporučení: „... aby byly finančně zabezpečeni, když se rozhoduje o změně způsobilosti.“⁴⁴⁸ Jiné doporučení: „Soudy by měly neprodleně ustanovovat opatrovníka klientům. Setkáváme se i s tím, že klienti žádají o sociální příspěvek, už jsou zbaveni svéprávnosti, ale ještě nemají stálého opatrovníka, může to být i otázku měsíce, dvou.“⁴⁴⁹ Jiné doporučení: „Měla by být důslednější kontrola opatrovníků ze strany soudů.“⁴⁵⁰ Jiné doporučení: „A přesně vymezit kritéria pro výběr opatrovníka.“⁴⁵¹ Jiné doporučení: „...dát tomu opatrovníkovi buď nějakou výhodu, nebo nějakou odměnu, aby ho to motivovalo. Rozhodně to dneska nemůžete nechat jenom na morálním kreditu, to rozhodně ne, ta společnost je někde jinde.“⁴⁵² Jiné doporučení: „soud by měl mít pracovníka, který si nesvéprávné obejde, sám i prostě udělá šetření, protože to mě to vlastně brzdí, nemohu se pak tolik věnovat svým klientům.“⁴⁵³ Jiné doporučení: „... ti budoucí opatrovníci by měli být

⁴⁴⁵ Rozhovor 5, řádek 3104-3118

⁴⁴⁶ Rozhovor 1, řádek 1464-1469, řádek 1482-1483

⁴⁴⁷ Rozhovor 1, řádek 1474-1478

⁴⁴⁸ Rozhovor R4, ř. 2417-2424

⁴⁴⁹ Rozhovor 3, řádek 1951-1954, viz též např. Rozhovor 7, řádek 4305-4307

⁴⁵⁰ Rozhovor 12, řádek 7673-7674, viz též např. Rozhovor 1, řádek 1479-1481

⁴⁵¹ Rozhovor 12, řádek 7680, R8, r. 5831-5840

⁴⁵² Rozhovor 6, řádek 4093-4095

⁴⁵³ Rozhovor 4, řádek 2435-2442

u soudu líc informování.⁴⁵⁴ Jiné doporučení: „Chránit osobu toho veřejného opatrovníka, protože, až mě někdo napadne a budu nějaká pobítá ... to mi říkali přímo do očí, že já si stejně zjistím, kde bydlíte a jestli mi nevyhovíte, tak žiletkou vám pořežu děcka.“⁴⁵⁵ Jiné doporučení: „soudy by si měly vyměňovat zkušenosti a informace v tom smyslu, aby došlo k jednotnému náhledu na řešení těch případů, aby nebyly zásadní rozdíly v mentální úrovni lidí, kteří jsou zbavováni.“⁴⁵⁶ Jiné doporučení: „Já bych je úplně nezabavovala, protože, když si to vezmete do důsledků, tak zbavit úplně nejde, když zbavíte člověka úplně, že by nemohl dělat žádné právní úkony, tak by si opravdu nemohl ani koupit ten rohlík v samoobsluze, protože je ke všem právním úkonům zbavený, spíše ho omezit ve způsobilosti.“⁴⁵⁷

Mezi další doporučení patří:

- Rozsah omezení způsobilosti k právním úkonům stanovit v rozsudku adekvátně k situaci vyšetřované osoby (25 z 36). Z odpovědí vybíráme: „Měly by být přesně definovány práva a povinnosti opatrovníka a opatrovance, například včetně toho, jaké úkony může opatrovník za opatrovance činit pouze se souhlasem soudu, jakou finanční hotovostí může opatrovník za opatrovance disponovat bez souhlasu soudu apod.“⁴⁵⁸

- Vypracovat metodický pokyn pro výkon funkce veřejného opatrovníka (35 z 36). Z odpovědí vybíráme: „Stanovit maximální počet opatrovanců na jednoho opatrovníka, [...] s tím souvisí lepší možnost pravidelných návštěv opatrovanců a individuálního jednání.“⁴⁵⁹ Nebo: „Doporučuji, aby na dva klienty byl jeden sociální pracovník, protože to je tak náročná klientela, že to nevíte, co si oni usmyslí.“⁴⁶⁰

- Zlepšit spolupráci veřejných opatrovníků s lékaři při péči o zdraví opatrovaných osob (33 z 36). Z odpovědí vybíráme: „Doporučujeme edukaci zdravotnických pracovníků, prostě je vzdělávat i v této oblasti, aby věděli, že existuje osoba nesvéprávná, že ta osoba má nějakou duševní poruchu, pro kterou byla zbavena svéprávnosti, že je to dospělá osoba, která má ustanoveného opatrovníka, že existuje i veřejný opatrovník a ten pro toho nesvéprávného dělá to a to ...“⁴⁶¹ Nebo: „informovat zejména lékaře, protože mnozí z nich vůbec nevědí, že něco takového, jako je veřejný opatrovník, existuje.“⁴⁶²

⁴⁵⁴ Rozhovor 5, řádek 3104-3118

⁴⁵⁵ Rozhovor 5, řádek 3104-3118

⁴⁵⁶ Rozhovor 7, řádek 4222-4229

⁴⁵⁷ Rozhovor 2, řádek 1640-1645

⁴⁵⁸ Rozhovor 12, řádek 7677-7679, viz též např. Rozhovor 12, řádek 7663

⁴⁵⁹ Rozhovor 12, řádek 7663-7666

⁴⁶⁰ Rozhovor 1, řádek 1110-1111

⁴⁶¹ Rozhovor 6, řádek 3890-3893

⁴⁶² Rozhovor 8, řádek 5327-5334

- Vytvořit podmínky pro to, aby bylo dostatek zařízení se zvláštním režimem pro umístění alkoholiků a schizofreniků (36 z 36).⁴⁶³ Z odpovědí vybíráme: „*Je nutná i nějaká transformace zdravotnictví, zdravotnictví bylo dříve více přístupno, nebo bylo možno jim pomoci jako je přeléčit, i oni dneska hledají prostředky, takže už to tak nefunguje a je to někdy takové kolečko, chvílku zdravotnické zařízení, chvílku někde v bytě a zase přeléčení, jako že ti lidé by potřebovali komplexnější léčbu, ale předpisy to neumožňují, je to taky o penězích.*“⁴⁶⁴ Nebo: „*Abychom mohli tyto lidi umístit v zařízení, měli tu možnost, protože potřebují pomoc a ty služby, aby byla možnost to ufinancovat, a většinou tito lidé mají první stupeň závislosti, takže jsou rádi, když dostanou 800 korun na péči, protože oni si chodí, dokážou si uvařit, nakoupit, ale když má první stupeň závislosti, tak ho to zařízení nevezme, protože potřebují taky zaplatit ten personál a z něčeho to zaplatit.*“⁴⁶⁵ Nebo: „*Je málo pobytových sociálních zařízení, jsou zařízení, která nechtějí vykonávat služby pro tyto skupiny lidí, protože tato skupina lidí je strašně náročná.*“⁴⁶⁶ Nebo: „*Ty ubytovny jsou drahé pro ně, takže oni z těch svých důchodů na ně prostě nemají a kapacita ústavů a chráněných bydlení je malá. ... Město nějaké ubytovny má, třeba jedna ubytovna, ta je spíše pro Rómy, takového člověka my tam nechceme dát, nebo ani bychom nemohli dát, ten by se tam ani nedostal, protože oni by ho okamžitě o tu částku, kterou dostal, okradli.*“⁴⁶⁷ Nebo: „*Problémy s bydlením – na chráněném bydlení je jich 4 až 5, někdo potřebuje bydlet sám... tato zařízení chybí.*“⁴⁶⁸ Nebo: „*U žádosti o přijetí do sociálního zařízení by se neměl zkoumat příjem.*“⁴⁶⁹

- Zabezpečit lepší provázanost sociální i zdravotní péče (28 z 36). Z odpovědí vybíráme: „*Takže ty systémy, sociální a zdravotní, nejsou propojeny ideálně, nenavazují, existují vedle sebe. Není tam myšleno na některé situace. A nehledě na to, že třeba takové získání důchodu tomu člověku je marná snaha, protože nemá odpracované roky, tím pádem vznikne mu nárok na důchod, ale nevznikne mu nárok na výplatu toho důchodu, protože nesplní některou z podmínek k přiznání invalidního nebo starobního důchodu. ... Takže, kdo to bude platit, protože veřejný opatrovník to platí ze svého rozpočtu, to, že ho soud ustanoví veřejným opatrovníkem, tak pro něho jsou to navíc výdaje, že to hradí ze svého rozpočtu.*“⁴⁷⁰

- Vytvořit podmínky pro zaměstnávání osob omezených ve způsobilosti k právním úkonům (8 z 36). Z odpovědí vybíráme: „*kdyby ti lidé se mohli někde uplatnit, nemuseli by*

⁴⁶³ Viz např. Rozhovor 11, řádek 7175; Rozhovor 8, řádek 5327-5334; Rozhovor 8, řádek 5338-5368

⁴⁶⁴ Rozhovor 5, řádek 3119-3558

⁴⁶⁵ Rozhovor 4, řádek 2417-2424

⁴⁶⁶ Rozhovor 4, řádek 2435-2442

⁴⁶⁷ Rozhovor 5, řádek 3006-3010

⁴⁶⁸ Rozhovor 5, řádek 3104-3118

⁴⁶⁹ Rozhovor 8, řádek 5338-5368

⁴⁷⁰ Rozhovor 5, řádek 3119-3558

za to dostávat příjem, ale vím, že ráno vstanu a jdu do dílny, kde budu navlíkat korálky. Oni jsou schopní. Měli by takovej ten pocit, já nejsem nemožnej, já jsem ještě něco dokázal, ale tohle tady chybí. Chráněné bydlení, chráněné dílny pro lidi s psychiatrickou diagnózou tady nejsou, [...] nejsou.⁴⁷¹ Nebo: „chtěla bych říct, že ve společnosti se hodně pracuje kolem důchodců, kolem domů s pečovatelskou službou, kolem penzionů, je velkej trend se starat o postižené děti, je to trend. Ale tady ta skupina lidí s psychiatrickým onemocněním, ještě by byla schopná něco udělat, být prospěšná... chráněné dílny, chráněné bydlení... ještě něco dělat, a být tam kontrolování, nemuseli by mít opatrovníka, ale ti lidi se opravdu flákají, nikdo to neřeší, nemají možnost si přivydělat, spolu komunikovat, jsou rozstrkaní po těch ubytovnách a víme, že ti lidi po nich plivou.“⁴⁷²

• Zvýšit povědomí laické veřejnosti o institutu opatrovnictví (34 z 36). Z odpovědi vybíráme: „Já si myslím, že ta laická společnost nevidí, to vidím jako hodně důležité, že nevidí a neoceňují, co ta sociální pracovnice dělá. Protože, kdyby toho člověka nechali tak, ... tak se nám tady válí a posedávají všude, plno těch lidí smradlavých, špinavých, které každému budou vadit, kteří budou mít ty igelitky, budou tady polehávat [...] je mravenčí práce, která není vidět, která není oceněná tou společností.“⁴⁷³ Nebo: „Pro laickou veřejnost nesvéprávný znamená zavřít do ústavu.“⁴⁷⁴ Nebo: „Když by jsme se měli zeptat, co by se mělo zlepšit, tak je to v tom obecném pojetí nazírání společnosti na tyto lidi celkem, naučili jsme se vidět, že máme lidi s tělesným postižením, se smyslovým postižením, ale psychiatrické diagnózy, mentální postižení, to je něco, co stojí na okraji společnosti a bude tomu tak u nás ještě docela dlouho, protože ti lidé nejsou nijak nápadní na první pohled. [...] Omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům vůbec není chápáno v tom omezení toho právního úkonu, které má sloužit k ochraně toho člověka, oni za tím vidí zbavení jakýchsi práv nebo povinností a právem chráněných zájmů, to je katastrofa, ten člověk nemá právo na nic v rámci té společnosti, vždyť on je omezený, ale děje se tak někdy i u odborné veřejnosti, i lékaři v tom mají hokej, že si to neuvědomí.“⁴⁷⁵

• Uspořádat supervize a systematicky vzdělávat veřejné opatrovníky (25 z 36 odpovědí). Z odpovědí vybíráme: „supervize... třeba jednou za týden nebo za 14 dní, [...] mohlo by to předcházet syndromu vyhoření, vyčerpanosti z té práce a může to mít i motivující prvek. Problém je v tom, že to stojí peníze a zaměstnavatel se s tím ne vždy ztotožňuje.“⁴⁷⁶

⁴⁷¹ Rozhovor 1, řádek 1450-1453

⁴⁷² Rozhovor 1, řádek 1435-1449

⁴⁷³ Rozhovor 8, řádek 5424-5429, viz též např. Rozhovor 1, řádek 1440-1442, Rozhovor 8, řádek 5327-5334

⁴⁷⁴ Rozhovor 8, řádek 5327-5334

⁴⁷⁵ Rozhovor 10, řádek 6584-6602; viz též Rozhovor 10, řádek 6969-6973

⁴⁷⁶ Rozhovor 11, řádek 7455

4.4 Shrnutí výsledků z výzkumu

Návrh na zahájení řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům v Moravskoslezském a Olomouckém kraji v letech 2006 – 2008 podalo 1 092 osob, z toho 659 fyzických osob (60,3 %) a 433 právnických osob (39,7 %). Z fyzických osob to byli především rodiče dospělých osob, tj. matka a otec (34,4 %). V obou krajích bylo v letech 2006 – 2008 zbaveno způsobilosti nebo omezeno ve způsobilosti k právním úkonům 1 092 dospělých osob, z toho 592 mužů (54,2 %) a 500 žen (45,8 %). Průměrný věk dospělých osob v obou krajích byl 44 let. U téměř poloviny osob (48,0 %) byla diagnostikována Mentální retardace (F70–F79), u třetiny osob (29,0 %) Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00–F09) a u sedminy osob (14,6 %) Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20–F29). Počet fyzických osob ustanovených opatrovníkem (soukromí opatrovníci) byl v obou krajích vyšší (79,3 %) než počet právnických osob ustanovených opatrovníkem (20,7 %). Nejčastější psychiatrickou diagnózou, pro kterou okresní soudy: a) úplně zbavily dospělé osoby k právním úkonům, byla v obou krajích Střední mentální retardace (F71; 24,2 %) a b) částečně zbavily způsobilosti k právním úkonům, byla Lehká mentální retardace (F70; 32,7 %). Funkci soukromého opatrovníka v obou krajích vykonávaly nejčastěji ženy (76 %). Průměrný věk soukromých opatrovníků v obou krajích byl 50,3 let. Funkci veřejného opatrovníka nejčastěji vykonávaly obce (194 z 226).

V jedenácti obcích (třinácti úřadech) Olomouckého a Moravskoslezského kraje v roce 2011 vykonávali jménem obce funkci veřejného opatrovníka nejčastěji pracovníci sociálního odboru (24 z 25), a to ženy (22 z 25). Průměrný věk veřejných opatrovníků z vybraných obcí byl 42, 8 let. Více než polovina veřejných opatrovníků (13 z 25) měla na starosti pouze agendu osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům. Veřejní opatrovníci z vybraných obcí (25 z 25) se v době výzkumu starali o 537 dospělých osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům, z toho bylo nejvíce mužů (57,2 %). Převládající diagnóza u všech opatrovaných osob byla mentální retardace. Nejvíce dospělých osob (58 %) bylo ubytovaných v zařízeních sociálních služeb. Mezi typická oprávnění veřejných opatrovníků patří vyřizování běžných záležitostí spojených s každodenním životem opatrované osoby, např. zajištění jídla a bydlení, zajištění a spravování finančních prostředků, péče o zdraví opatrované osoby apod.

Byly identifikovány tyto problémy, které veřejným opatrovníkům velmi často ztěžují výkon funkce:

- platná právní úprava o opatrovnictví je příliš obecná,

- rozsah omezení způsobilosti k právním úkonům je v rozsudku stanoven neadekvátně k situaci osoby omezené ve způsobilosti k právním úkonům,
- chybí metodika pro výkon funkce veřejného opatrovníka,
- chybí přehledná brožura s návodem k efektivní činnosti veřejného opatrovníka,
- je nedostatek zařízení se zvláštním režimem pro umístění alkoholiků a schizofreniků,
- je nízké povědomí veřejnosti o institutu opatrovnictví,
- chybí supervize a systematické vzdělávání veřejných opatrovníků a
- je nedostatečná spolupráce lékařů při péči o zdraví opatrovaných osob.

Veřejní opatrovníci se setkávají v praxi především s těmito problémovými situacemi při péči o zdraví opatrovaných osob:

- ✓ s dlouhou čekací dobou na vyšetření a občas i s neochotou praktického lékaře opatrovanou osobu ošetřit (12 z 25),
- ✓ se striktním vyžadováním přítomnosti veřejného opatrovníka u vyšetření opatrované osoby (23 z 25),
- ✓ sehnat opatrované osobě praktického lékaře a psychiatra (10 z 25).

V Moravskoslezském kraji se veřejným opatrovníkům nejhůře spolupracuje při péči o zdraví opatrované osoby s posudkovými lékaři. V Olomouckém kraji se veřejným opatrovníkům nejhůře spolupracuje při péči o zdraví opatrované osoby s lékaři v nemocnicích a v psychiatrických léčebnách. Za účelem zlepšení spolupráce lékařů při péči o zdraví opatrovaných osob naprostá většina respondentů z výběrového souboru (33 z 36), tj. veřejných opatrovníků i pracovníků pověřených pouze řízením výkonu opatrovnické funkce, doporučují pro zefektivnění výkonu funkce veřejného opatrovníka edukaci lékařů.

DISKUSE

Ze smíšeného výzkumu vyplynulo, že návrh na zbavení způsobilosti k právním úkonům podali především rodinní příslušníci (59,1 %). K obdobným výsledkům dospěly rovněž empirické studie z USA, např. ve státě Massachusetts to bylo 81,2 %, ve státě Pennsylvania 58,1 % a ve státě Colorado 55,7 %.⁴⁷⁷ Výzkumy ze zahraničí prokázaly, že přibližně 82 % navrhovatelů se stalo zároveň i opatrovníky.⁴⁷⁸ V ČR soud při dokazování způsobilosti k právním úkonům přihlíží k různým důkazům, stěžejní je znalecký posudek, který vypracovává soudní znalec z oblasti psychiatrie. Na problémy v činnosti soudních znalců, zvláště na absenci kontroly nad činností znalců a na neadekvátní odměňování znalců, upozorňuje Liga lidských práv.⁴⁷⁹ Podle Bašteckého je chybná diagnóza a porušení etických norem, zejména ve znalecké činnosti, projevem zneužití psychiatrie.⁴⁸⁰

Z 1 092 dospělých osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům bylo 54 % mužů a 46 % žen. Z výsledků smíšeného výzkumu vyplynulo, že v obou krajích ve věkové skupině od 18 let do 59 let byl vyšší podíl mužů (nad 62 %) a ve věkové skupině nad 60 let byl vyšší podíl žen (nad 53 %). K obdobným závěrům dospěly i zahraniční výzkumy, které realizovali např. Moye, aj.,⁴⁸¹ Quinnová,⁴⁸² Dudley a Goins,⁴⁸³ Reynolds a Carson.⁴⁸⁴ Nejčastějším důvodem pro zbavení způsobilosti nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům byla u téměř poloviny opatrovaných osob (48 %) Mentální retardace (F70-F79). V Olomouckém kraji a Moravskoslezském kraji byla nejčastější psychiatrickou diagnózou, pro kterou byli muži (592 z 1 092) zbaveni způsobilosti nebo omezení ve způsobilosti k právním úkonům Střední mentální retardace (F71; 23, 1%), u žen

⁴⁷⁷ MOYE, J., aj., Clinical Evidence in Guardianship of Older Adults in Inadequate: Findings From a Tri-State Study, *The Gerontologist*, 2007, roč. 47, č. 5, s. 608.

⁴⁷⁸ MOYE, J., aj., Statutory Reform is Associated with Improved Court Practice: Results of a Tri-State Comparison, *Behavioral Science and the Law*, 2007, č. 25, s. 431.

⁴⁷⁹ LIGA LIDSKÝCH PRÁV, *Problémy v v činnosti soudních znalců z oboru zdravotnictví*, s. 7, http://www.llp.cz/_files/file/SYSTEMOVE_DOPORUCENI_7.pdf.

⁴⁸⁰ BAŠTECKÝ, J., *Psychiatrie, právo a společnost*, s. 36.

⁴⁸¹ MOYE, J., aj., Clinical Evidence in Guardianship of Older Adults in Inadequate: Findings From a Tri-State Study, *The Gerontologist*, 2007, roč. 47, č. 5, s. 607.

⁴⁸² QUINN, M. J., *Guardianships of Adults*, s. 9, 101.

⁴⁸³ DUDLEY, K. C., GOINS, R. T., Guardianship Capacity Evaluations of Older Adults: Comparing Current Practice to Legal Standards in Two States, *Journal of Aging and Social Policy*, 2003, roč. 15, č. 1, s. 104.

⁴⁸⁴ REYNOLDS, S. L., CARSON, L. D., Dependent on the kindness of strangers: professional guardians for older adults who lack decisional capacity, *Aging and Mental Health*, 1999, roč. 3, č. 4, s. 306.

(500 z 1 092) Demence u Alzheimerovy nemoci (F00; 23,2 %). Ve věkové skupině nad 60 let to byla Demence u Alzheimerovy nemoci (F00; 50,4 %). Podobné závěry prokázaly i výzkumy ze zahraničí.⁴⁸⁵

Okresní soudy v obou krajích v letech 2006 – 2008 úplně zbavily způsobilosti k právním úkonům 933 osob (85,4 %), z toho byla třetina osob (32,7 %) ve věkové skupině 18-23 let, tím se ČR liší od jiných zemí Evropské unie, např. v Rakousku v roce 2009 téměř polovina dospělých osob zbavených k právním úkonům (48,5 %) patřila do věkové skupiny nad 65 let⁴⁸⁶ a v Německu v roce 2006 (37,2 %) patřila do věkové skupiny 40-59 let.⁴⁸⁷ Ze smíšeného výzkumu jednoznačně vyplynulo, že okresní soudy v obou krajích ve většině případů úplně zbavují způsobilosti k právním úkonům (933 z 1 092). Ze zahraničních empirických studií vyplynulo, že soudy v těchto zemích také ve většině případů úplně zbavují způsobilosti k právním úkonům.⁴⁸⁸ Marečková a Matiaško uvádějí, že „zarážející jsou zejména tři fakta, a to nepoměr mezi počtem rozhodnutí o zbavení způsobilosti k právním úkonům a rozhodnutí o omezení způsobilosti k právním úkonům, dále extrémně nízký počet rozhodnutí o navrácení způsobilosti k právním úkonům, signalizující neochotu soudů způsobilost navracet, a obrovský nárůst počtu rozhodnutí o zbavení způsobilosti k právním úkonům v roce 2007 [2 543], který se udržel i v roce 2008 [2 767].“ Uekertová a Duizenda upozorňují, že proces zbavení a proces ustanovení opatrovníka se liší stát od státu i v závislosti na soudcích.⁴⁸⁹

Dospělým osobám zbaveným způsobilosti nebo omezeným ve způsobilosti k právním úkonům (1 092) okresní soudy ve vybraných krajích v letech 2006 – 2008 pravomocně ustanovily opatrovníka. Nejčastější typ opatrovníků tvořili rodinní příslušníci a osoby blízké (866 z 1 092), a to matka nebo otec (51,6 %), potom syn nebo dcera (20,4 %). V USA, v Německu nebo v Japonsku, na rozdíl od ČR, vykonávají opatrovnickou funkci také soukromí profesionální opatrovníci.⁴⁹⁰ Ze smíšeného výzkumu rovněž vyplynulo, že soukromým

⁴⁸⁵ MOYE, J., aj., Clinical Evidence in Guardianship of Older Adults in Inadequate: Findings From a Tri-State Study, *The Gerontologist*, 2007, roč. 47, č. 5, s. 607; MILLAR, D. S., RENZAGLIA, A., Factors Affecting Guardianship Practices for Young Adults With Disabilities, *Exceptional Children*, 2002, roč. 68, č. 4, s. 465-484; KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, s. 4.

⁴⁸⁶ FUCHS, W., PILGRAM, A., *Social Research Interim Report Austria*, s. 6.

⁴⁸⁷ ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, *Guardianship and power of attorney in Germany: empirical reality and statistical background*, s. 3.

⁴⁸⁸ DUDLEY, K. C., GOINS, R. T., Guardianship Capacity Evaluations of Older Adults: Comparing Current Practice to Legal Standards in Two States, *Journal of Aging and Social Policy*, 2003, roč. 15, č. 1, s. 106.

⁴⁸⁹ UEKERT, B. K., DUIZEND, R. V., Adult Guardianship: A „best guess“ National Estimate and the Momentum for Reform, *Future trends in state courts*, 2011, s. 5.

⁴⁹⁰ QUINN, M. J., *Guardianships of Adults*, s. 43; KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, s. 9; MIZUNO, Y., NANBA, Y., Aging society and the adult guardianship system, *Geriatrics and Gerontology International*, 2003, roč. 3, č. 4, s. 225.

opatrovníkem se stávají v naprosté většině případů ženy (76,6 %). Rovněž ze zahraničních empirických studií vyplývá, že nejčastěji vykonávají opatrovnickou funkci ženy.⁴⁹¹ „Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice“ také potvrzuje, že osobami, které nejčastěji pečují o své blízké, jsou především ženy, které jsou v 80 % zaměstnané. Péče o závislého seniora je často zajištěna dospělými dětmi (53 %). Podle Jeřábka rozsah a intenzita péče poskytované seniorům jejich rodinami jsou úměrné potřebám seniorů.⁴⁹² Podle Sýkorové dospělé děti, které mají zkušenost s péčí o rodiče, které se neumí nebo nemůžou o sebe postarat, vyjadřují strach o rodiče, pocit bezmoci, zažívanou psychickou zátěž. Strategie, jimiž děti zvládají péči o takového rodiče, jsou diferencované – zahrnují např. přerušování pracovního poměru, vyváženou dělbu odpovědnosti mezi dospělými dětmi a jejich rodinami, využívání zdravotní a pečovatelské služby. Důležitá se pro zajištění péče jeví podpora vlastní rodiny pečujícího, pochopení partnera, participace blízkých na pomoci, mimo rodinu rovněž vstřícnost zaměstnavatele.⁴⁹³ Quiniová, Bužgová a Ivanová upozorňují na případy týrání a „finanční“ zneužívání opatrovaných osob rodinnými opatrovníky.⁴⁹⁴ Výzkumů zaměřených na osoby blízké, které vykonávají funkci opatrovníka, je poměrně málo, jsou spíše kvalitativního charakteru.⁴⁹⁵

Ze smíšeného výzkumu vyplynulo, že v obou krajích v letech 2006 – 2008 okresní soudy nejčastěji ustanovily veřejným opatrovníkem obce (194 z 226). Statutární zástupce obce obvykle pověřil výkonem funkce veřejného opatrovníka pracovníka sociálního odboru, aby jménem obce jednal v běžných záležitostech u soudu a u jiných institucí v zájmu opatrovaných osob. Z výsledku smíšeného výzkumu vyplynulo, že funkci veřejného opatrovníka ve vybraných obcích v roce 2011 nejčastěji vykonávaly ženy (22 z 25). V době výzkumu více než polovina veřejných opatrovníků (13 z 25) uvedla, že má na starosti pouze výkon opatrovnické funkce. Online výzkum, který v USA realizovalo centrum „National Center for State Courts' Center for Elders and the Courts“ v roce 2009, prokázal, že je nedostatek veřejných opatrovníků i soukromých profesionálních opatrovníků.⁴⁹⁶

⁴⁹¹ WEBB-BRIDGES, Ch., aj., Patients with Dementia and Their Carers, *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1114, 2007, s. 133; REYNOLDS, S. L., CARSON, L. D., Dependent on the kindness of strangers: professional guardians for older adults who lack decisional capacity, *Aging and Mental Health*, 1999, roč. 3, č. 4, s. 301-310; QUINN, M. J., *Guardianships of Adults*, s. 9, 81, 101.

⁴⁹² JEŘÁBEK, H., Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty, *Sociologický časopis*, 2009, roč. 45, č. 2, s. 263, 264.

⁴⁹³ SÝKOROVÁ, D., *Autonomie ve stáří*, s. 206, 207.

⁴⁹⁴ QUINN, M. J., *Guardianships of Adults*, s. 79-81; BUŽGOVÁ, R., IVANOVÁ, K., Violation of ethical principles in institutional care for older people, *Nursing Ethics*, 2011, roč. 18, č. 1, s. 64-78.

⁴⁹⁵ BARKER, J., C., KING, D., Taking Care of My Parents' Friends: Non-Kin Guardians and Their Older Female Wards, *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2001, roč. 13, č. 1, s. 45-69.

⁴⁹⁶ UEKERT, B. K., *Adult Guardianship Court Data and Issues: Results from an Online Survey*, 2010, s. 4.

Počet osob zbavených nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům, kterým vybrané obce byly ustanoveny veřejným opatrovníkem, se zvyšuje. To potvrzují i výsledky z mezinárodního projektu ADEL. Z tohoto projektu také vyplynulo, že počet dospělých osob zbavených způsobilosti k právním úkonům ve vybraných zemích Evropské unie se zvyšuje, zejména počet osob ve věku nad 65 let, čím vzrůstá také důležitost veřejných opatrovníků a jejich úlohy jako case manažera.⁴⁹⁷ Potvrzují to i další zahraniční empirické studie.⁴⁹⁸ Jedná se o trend, který zajímá celou Evropu. Podle MDAC dochází v ČR k nadužívání institutu způsobilosti k právním úkonům – zvyšující se počet osob signalizuje formalistický přístup k posuzování způsobilosti k právním úkonům.⁴⁹⁹

Ze smíšeného výzkumu je patrné, že veřejný opatrovník při výkonu funkce veřejného opatrovníka vykonává řadu činností, mezi typická oprávnění veřejných opatrovníků patří vyřizování běžných záležitostí, především zajišťování jídla a bydlení, spravování majetku a péče o zdraví dospělých osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům. Zahraniční empirické studie potvrzují, že činnosti veřejných opatrovníků jsou obdobné.⁵⁰⁰ Smíšený výzkum identifikoval problémy, s nimiž se veřejní opatrovníci setkávají při výkonu své funkce. Na problémy v systému opatrovnictví dospělých osob upozorňují různí badatelé v zahraničí,⁵⁰¹ např. Uekertová a Duizenda zdůrazňují potřebu zjišťování podrobných údajů o opatrovnictví dospělých osob s cílem zlepšit opatrovnícký proces i kvalitu poskytovaných služeb dospělých osobám zbaveným způsobilosti k právním úkonům.⁵⁰² Smíšený výzkum prokázal, že dlouhotrvajícím problémem, který veřejným

⁴⁹⁷ KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, s. 7, 10.

⁴⁹⁸ QUINN, M. J., *Guardianships of Adults*, s. 104; REYNOLDS, S. L., CARSON, L. D., Dependent on the kindness of strangers: professional guardians for older adults who lack decisional capacity, *Aging and Mental Health*, 1999, roč. 3, č. 4, s. 306; UEKERT, B. K., SCHAUFFLER, R., The need for improved adult guardianship data, *Judicature*, 2010, roč. 93, č. 5, s. 204; BENETT, H., HALLEN, P., Guardianship and financial management legislation: what doctors in aged care need to know, *Internal Medicine Journal*, 2005, č. 35, s. 482; DORON, I., Mental Incapacity, Guardianship, and the Elderly: An Exploratory Study of Ontario's Consent and Capacity Board, *Canadian Journal of Law and Society*, 2003, roč. 18, č. 1, s. 131; UEKERT, B. K., DUIZEND, R. V., Adult Guardianship: A „best guess“ National Estimate and the Momentum for Reform, *Future trends in state courts*, 2011, s. 108-109;

⁴⁹⁹ MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M., *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*, s. 98.

⁵⁰⁰ UEKERT, B. K., *Adult Guardianship Court Data and Issues: Results from an Online Survey*, 2010, s. 3.

⁵⁰¹ QUINN, M. J., *Guardianships of Adults*, s. 104; WRIGHT, J. L., Guardianship for your own good: Improving the well-being of respondents and wards in the USA, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2010, s. 354, 359-360; TEASTER, P. B., aj., *Public Guardianship: In the Best Interests of Incapacitated People?*, s. 122-132, BANDY, R. J., aj., Medical Decision-making During the Guardianship Process for Incapacitated, Hospitalized Adults, *J Gen Intern Med*, 2010, roč. 25, č. 10, s. 1003, s. 1006-1008.

⁵⁰² UEKERT, B. K., DUIZEND, R. V., Adult Guardianship: A „best guess“ National Estimate and the Momentum for Reform, *Future trends in state courts*, 2011, s. 111.

opatrovníkům velmi ztěžuje práci, jsou nedostatky v platné právní úpravě o opatrovnictví dospělých osob. To dokazuje ve výzkumu také mezinárodní nevládní organizace MDAC.⁵⁰³ Česká právní úprava o opatrovnictví dospělých osob je příliš obecná, což klade vyšší nároky nejen na soudce, ale i na veřejné opatrovníky. Práva a povinnosti veřejných opatrovníků nejsou v zákonu č. 99/1963 Sb. jednoznačně vymezeny. V zákonu č. 99/1963 Sb. (§ 192, odst. 2) je uvedeno: „V usnesení, kterým soud ustanovuje opatrovníka, uvede i rozsah opatrovnických práv a povinností.“ Rovněž v usnesení je rozsah opatrovnických práv a povinností veřejného opatrovníka formulován příliš obecně.

Podle Nové v předválečné české právní úpravě bylo právem zakotveno, že opatrovník osoby, která je zcela zbavena způsobilosti k právním úkonům, má též povinnost o opatrovanou osobu pečovat a zajišťovat její záležitosti včetně těch, které leží i mimo oblast právních úkonů. Vzhledem k tomu, že taková povinnost opatrovníkům vymezena není, je pochopitelné, že ani veřejní opatrovníci neznají přesné hranice svého pověření. Skutečný život totiž velmi často vyžaduje i péči mimo vymezenou oblast.⁵⁰⁴ Potřebu jednoznačně vymezit práva a povinnosti opatrovníků, s cílem ochrany osob zbavených nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům, zdůrazňuje také MDAC.⁵⁰⁵ Nevyhovující stávající právní úprava opatrovnictví dospělých osob v ČR je předmětem diskusí či kritiky mnoha odborníků.⁵⁰⁶ V současnosti se v ČR připravuje nový občanský zákoník. Podle Eliáše a Zuklínové platný občanský zákoník nemůže být tedy plně inspirujícím legislativním materiálem pro současnost, neboť v mnohém zastaral.⁵⁰⁷

Více než dvě třetiny veřejných opatrovníků v rozhovorech uvedly (18 z 25), že jim velmi ztěžuje práci specifikace rozsahu omezení způsobilosti k právním úkonům v rozsudku. Rozsah omezení se specifikuje buď negativním výčtem úkonů, které posuzovaný nemůže provádět, nebo pozitivním výčtem úkonů, ke kterým je osoba způsobilá.⁵⁰⁸ Podle MDAC přístup, kdy soud vyjmenuje jasně ta práva, která odebírá, je mnohem přiměřenější a slučitelnější s lidskými právy.⁵⁰⁹ S názorem MDAC souhlasí i Krause, který rovněž

⁵⁰³ MDAC, *Opatrovnictví a lidská práva v České republice*, s. 6. Na nedostatky platné právní úpravy řízení o způsobilosti k právním úkonům upozorňuje i Liga lidských práv v dokumentu *Řízení o způsobilosti k právním úkonům: Systémové doporučení Ligy lidských práv č. 8*, s. 9-19.

⁵⁰⁴ NOVÁ, H., *Problémy opatrovnictví, Sociální péče*, 2004, roč. 5, č. 2, s. 6.

⁵⁰⁵ MDAC, *Opatrovnictví a lidská práva v České republice*, s. 58.

⁵⁰⁶ Např. dne 28. 8. 2008 zaslaly ministru spravedlnosti ČR neziskové organizace, např. MDAC (Centrum advokacie duševně postižených), Liga lidských práv, QUIP – společnost pro změnu; Česká asociace pro psychické zdraví, občanské sdružení Kolumbus a jiné, dokument „Návrh reformy opatrovnictví (systému uplatňování způsobilosti k právním úkonům osob s postižením)“.

⁵⁰⁷ ELIÁŠ, K., ZUKLÍNOVÁ, M., *Návrh občanského zákoníku*, s. 5.

⁵⁰⁸ PAVLOVSKÝ, P., aj., *Soudní psychiatrie a psychologie*, s. 18.

⁵⁰⁹ MDAC, *Opatrovnictví a lidská práva v České republice*, s. 58.

potvrzuje, že přirozeným zájmem osoby zbavované způsobilosti k právním úkonům či omezené, odpovídá spíše negativní výčet, především je přesnější a zároveň odpovídá i ustanovení článku 2, odst. 3, Listiny základních práv a svobod a článku 2, odst. 4, Ústavy ČR.⁵¹⁰ Rovněž Doporučení č. R(99)4 Výboru ministrů členským státům ze dne 23. 2. 1999 (zásada 3) stanovuje, že zákon by měl umožňovat v co nejvyšší míře zachovat způsobilost k právním úkonům.⁵¹¹ Tento trend odpovídá i mezinárodní Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením. Podle Fialy ve vyspělých zemích, např. v Kanadě, Švédsku, Finsku, Německu, Velké Británii apod., se stále více uplatňuje nová koncepce opatrovnictví tzv. podporované rozhodování.⁵¹² Spočívá v tom, že dospělé osobě zbavené nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům je ustanovena podpůrná osoba, která jí má pomáhat činit vlastní rozhodnutí. Podobně jako veřejní opatrovníci z výběrového souboru, i Šiška zdůrazňuje, že v praxi způsobuje potíže i nedostatečné nebo nepřiměřené vymezení rozsahu omezení způsobilosti k právním úkonům v rozsudku soudu. Šiška dodává: „I v tomto případě platí, že poskytnutí maximální možné míry samostatnosti osobám s duševní poruchou, která není jen přechodná, je pro ně významným motivačním a socializačním impulsem. Rozsah omezení soudy určují mnohdy nejednoznačně, což způsobuje nejistotu o tom, kde kterým právním úkonům dotčená osoba způsobilá je a ke kterým už není, nebo neuvážlivě a omezují občana ve způsobilosti ve větším rozsahu, než odpovídá jeho duševního stavu a faktickým možnostem. Někdy dokonce tak, že omezení se ve svých důsledcích prakticky rovná zbavení způsobilosti k právním úkonům.“⁵¹³

Jedním z důvodů, který se na náročnosti opatrovnické funkce podílí a ztěžuje plnění úkolů veřejných opatrovníků, je nedostatečná spolupráce se zdravotnickými pracovníky, zejména s lékaři. K podobným závěrům dospěl i Paulík při výzkumu zvládnání pracovní zátěže sociálních pracovníků.⁵¹⁴ Veřejným opatrovníkům z obou krajů se hůře spolupracuje s lékaři než všeobecnými sestrami. Ukazuje se, že při hodnocení spolupráce je nutné vzít v úvahu i objektivní charakteristiky, které podmiňují rozdíly mezi oběma kraji, např. dostupnost zdravotní péče, počet praktických lékařů, případně jejich věk, vytíženost, informace apod. Hellebrandová je toho názoru, že nevyjasněné kompetence můžou ztěžovat interdisciplinární

⁵¹⁰ KRAUSE, E., Způsobilost k právním úkonům, řízení o zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům, *In Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*, s. 52.

⁵¹¹ Doporučení č. R(99)4 Výboru ministrů členským státům ze dne 23. 2. 1999 (zásada 3), <http://www.reformaopatrovnictvi.cz/data/doporuzeni%20RE.pdf>.

⁵¹² FIALA, J., Několik poznámek k mezinárodním trendům ohledně opatrovnictví, *In Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*, s. 113-114.

⁵¹³ ŠIŠKA, J., http://www.inclusion-europe.org/Justice/CZ/CZ_NC.pdf.

⁵¹⁴ PAULÍK, K., K otázce zvládnání pracovních nároků v sociální práci, *Kontakt*, 2006, roč. 8, č. 2, s. 298.

spolupráci.⁵¹⁵ Lze souhlasit s názorem Hellebrandové, že mezi bariéry, které ztěžují interdisciplinární spolupráci, lze zařadit i rozdílný status profesí, kulturu organizace a stereotypy. Podle Mlčáka sociální pracovníci cítí deficit především v profesních kompetencích psychologického charakteru a potom v kompetencích právní a organizační povahy.⁵¹⁶ Podle Zavázalové, Zikmundové a Zaremby zdravotní a sociální péči, zejména o staré občany, není možno od sebe oddělovat.⁵¹⁷

Naprostá většina veřejných opatrovníků (23 z 25) si myslí, že jedním z důvodů „spíše problémové“ činnosti je nedostatečné povědomí lékařů o institutu opatrovnictví. To potvrzují i odborníci ze zahraničí, např. Bennett a Hallen jsou toho názoru, že vzhledem k demografickým prognózám, zdravotničtí pracovníci by měli mít povědomí o opatrovnictví dospělých osob.⁵¹⁸ Problematika opatrovnictví dospělých osob je neznámá nejen laické, ale i odborné veřejnosti, což potvrzují veřejní opatrovníci z výběrového souboru. Veřejní opatrovníci (24 z 25) v rozhovoru uvedli, že problémem při výkonu funkce veřejného opatrovníka je nízké povědomí nejen odborné, ale i laické veřejnosti o institutu opatrovnictví dospělých osob. Potvrzuje to i výzkum realizovaný v rámci mezinárodního projektu ADEL.⁵¹⁹

Veřejní opatrovníci (24 z 25) v rozhovoru zdůraznili, že v Olomouckém kraji a v Moravskoslezském kraji je nedostatek zařízení se zvláštním režimem pro umístění alkoholiků a schizofreniků. Ve zprávě „Opatrovnictví a lidská práva v České republice“ se uvádí: „V zákonech neexistuje žádné ustanovení, podle kterého opatrovník musí hledat co nejméně omezující alternativy bydlení, aby dospělá osoba mohla žít v komunitě. [...] a to má zřejmý vliv na dospělé osoby žijící v institucích, jejichž opatrovníci nejsou institucionálně vázáni zasazovat se o pro ně lepší alternativy bydlení. Toto je jedna z hlavních příčin, proč se v ČR stále spoléhá na institucionální péči, která umožňuje pokračující vyloučení osob se zdravotním postižením ze společnosti.“⁵²⁰ V péči o osoby se zdravotním postižením směřují trendy v ČR k realizaci principu subsidiarity a k principu deinstitucionalizace.⁵²¹ Francová a Novotný zjistili, že jedním z limitů realizace těchto principů lze označit neadekvátně

⁵¹⁵ HELLEBRANDOVÁ, K., Interdisciplinární přístup, In *Interdisciplinární spolupráce*, s. 5.

⁵¹⁶ MLČÁK, Z., *Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty*, s. 282.

⁵¹⁷ ZAVÁZALOVÁ, H., ZIKMUNDOVÁ, K., ZAREMBA, V., Terénní zdravotnické a sociální služby pro seniory, In KALVACH, Z., aj., *Geriatric a Gerontologie*, s. 467.

⁵¹⁸ BENNETT, H., HALLEN, P., Guardianship and financial management legislation: what doctors in aged care need to know, *Internal Medicine Journal*, roč. 35, č. 8, s. 482.

⁵¹⁹ ŠPATENKOVÁ, N., OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K., Systém zdravotně sociální péče o křehké a nekompetentní seniory – expertní šetření v rámci projektu ADEL, In *Sociológia zdravia a choroby*, s. 62.

⁵²⁰ MDAC, *Opatrovnictví a lidská práva v České republice*, s. 62.

⁵²¹ MATOUŠEK, O., aj., *Sociální služby*, s. 174-175.

nastavené podmínky vyplácení příspěvku na péči ze zákona o sociálních službách.⁵²² Podle Jeřábka rodinná solidarita a rodinná soudržnost se projevuje především v situacích náročné osobní péče.⁵²³ Vlivem společenských změn a s měnící se socioekonomickou situací rodin klesá počet rodin ochotných a schopných se o svého nesoběstačného člena rodiny postarat. Ve velkých městech je možno pozorovat stav sociální anomie, zejména ve vztahu k stabilitě rodiny a péči o seniory.⁵²⁴ Podle Tóthové, Veisové a Bártlové výhodou poskytování péče v domácím prostředí je z pohledu lékařů i sester především známé prostředí pro seniora, lepší spolupráce s jeho rodinou, nestresující prostředí a lepší možnost navázat kontakt se seniorem.⁵²⁵ Podle Bártlové je role laického rodinného pečovatele nezaměnitelná. Je nutné respektovat sociální vazby rodiny, jejich význam pro nemocné a seniory a vytvořit dostatečnou síť sociálních i zdravotnických služeb, které budou sloužit k usnadnění této péče.⁵²⁶

Z analýzy kvalitativních dat rovněž vyplynulo, že veřejným opatrovníkům (25 z 25) chybí supervize, především externí supervize a systematické vzdělávání veřejných opatrovníků. Všichni veřejní opatrovníci v rozhovorech potvrdili, že práce s opatrovanou osobou je velice náročná po psychické stránce. Podle Havrdové, Hajného aj., z hlediska účelu má vzdělávací aspekt supervize zlepšit odbornou kompetenci pracovníka při práci s klientem.⁵²⁷ Autorka disertační práce je toho názoru, že zejména nedostatek finančních prostředků může být jedním z důvodů, proč se management obcí „brání“ uspořádání supervize pro zaměstnance. Podle MDAC opatrovníci neprocházejí žádným povinným školením a seminářů či kurzů o opatrovnictví je v ČR poskromnu, což také potvrdili všichni veřejní opatrovníci z výběrového souboru.⁵²⁸ Rovněž z výzkumu realizovaného v USA v roce 2009 vyplynula potřeba systematického vzdělávání opatrovníků, např. ve státě Florida rodinní opatrovníci absolvují minimálně osmihodinovou instruktáž o opatrovnictví, ve státě Kansas vzdělávají opatrovníky formou brožur, ve státě Nebraska opatrovníci po absolvování povinné výuky obdrží certifikát.⁵²⁹ Podle Fialy s nedostatečnou kvalifikací opatrovníků „zápasí“ mnoho zemí, např. kurz opatrovnictví v Maďarsku trvá šest dní a obsahuje základní poznatky z oblasti

⁵²² FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A., Podmínky péče o seniory se sníženou soběstačností v kontextu současných změn, *Kontakt*, roč. 8, č. 2, s. 335.

⁵²³ JEŘÁBEK, H., Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty, *Sociologický časopis*, roč. 45, č. 2, s. 263-264.

⁵²⁴ KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, s. 7.

⁵²⁵ TÓTHOVÁ, V., VEISOVÁ, V., BÁRTLOVÁ, S., Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí, *Kontakt*, roč. 13, č. 2, s. 132-135.

⁵²⁶ BÁRTLOVÁ, S., Postavení laických pečovatelských týmů v péči o seniory a nemocné, *Kontakt*, roč. 8, č. 2, s. 239.

⁵²⁷ HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M., aj., *Praktická supervize*, s. 52.

⁵²⁸ MDAC, *Opatrovnictví a lidská práva v České republice*, s. 46.

⁵²⁹ UEKERT, B. K., *Adult Guardianship Court Data and Issues: Results from an Online Survey*, 2010, s. 15.

práva, veřejné správy i sociální péče.⁵³⁰ Z výzkumu, který srovnával systémy opatrovnictví ve třech vybraných státech USA (Massachusetts, Pennsylvania a Colorado) je patrné, že pro zkvalitnění péče o osoby zbavené nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům by bylo užitečné vzdělávat nejen opatrovníky, ale také zdravotnické pracovníky v oblasti opatrovnictví dospělých osob a soudcům rozšířit obzor v problematice duševních poruch.⁵³¹

Výkon funkce veřejného opatrovníka v ČR je ovlivněn různými faktory, v širším kontextu zejména sociální a zdravotní politikou státu, potažmo principy distributivní spravedlnosti a legislativou, v užším kontextu konkrétními rozhodnutími soudů či přístupy vedení jednotlivých obcí. Všeobecně je problematika opatrovnictví v ČR charakterizována zejména nedostatkem informací a neprovázaností jednotlivých úkonů v rámci systému opatrovnictví dospělých osob.⁵³² Na problémy v systému opatrovnictví dospělých osob, především na nedostatečnou kontrolu ze strany soudů, na nedostatek soukromých profesionálních opatrovníků i veřejných opatrovníků, na nízkou motivaci stávajících opatrovníků, na nedostatky v právní úpravě týkající se opatrovnictví dospělých osob, na nedostatek finančních zdrojů, na absenci systematického vzdělávání odborné i laické veřejnosti a na nedostatek podrobných údajů o navrhovatelích, opatrovaných osobách a jejich opatrovnících upozorňují také badatelé v zahraničí.⁵³³ Výzkum opatrovnictví v rámci projektu ADEL prokázal, že v ČR zatím nejsou k dispozici dostatečné podklady k tak závažnému rozhodování, jako je další směřování institutu opatrovnictví dospělých osob.⁵³⁴

Výzkum zaměřený na legislativní úpravu systému opatrovnictví, který realizoval MDAC, jednoznačně prokázal nutnost reformy současného systému opatrovnictví dospělých osob v ČR. Podle MDAC v Kanadě a ve Velké Británii již došlo k reformě právní úpravy

⁵³⁰ FIALA, J., Několik poznámek k mezinárodním trendům ohledně opatrovnictví, In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*, s. 113.

⁵³¹ MOYE, J., aj., Clinical Evidence in Guardianship of Older Adults in Inadequate: Findings From a Tri-State Study, *The Gerontologist*, 2007, roč. 47, č. 5, s. 611.

⁵³² LIGA LIDSKÝCH PRÁV, MDAC, *Rozhodování osob s duševní poruchou: zásady pro poskytování asistence*, s. 4.

⁵³³ UEKERT, B., K., *Adult Guardianship Court Data and Issues: Results from an Online Survey*, 2010, s. 4-5; CRAMPTON, A., The Importance of Adult Guardianship for Social Work Practice, *Journal of Gerontological Social Work*, 2004, roč. 43, č. 2-3, s. 119; QUINN, M. J., *Guardianship of Adults*, s. 96-104; WRIGHT, J. L., Guardianship for your own good: Improving the well-being of respondents and wards in the USA, *International Journal of Law and Psychiatry*, roč. 33, č. 5-6, s. 354, 359-360; TEASTER, P. B., aj., *Public Guardianship: In the Best Interests of Incapacitated People?*, s. 122-123; WILBER, K., REISER, T., HARTER, K., New Perspectives on Conservatorship: the Views of Older Adult Conservatees and their Conservators, *Aging Neuropsychology and Cognition*, 2001, roč. 8, č. 3, s. 236-237; MELAMED, Y., DORON, I., SCHNITT, D., Guardianship of people with mental disorders, *Social Science and Medicine*, 2007, č. 65, s. 1121-1122.

⁵³⁴ KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, s. 7.

systemu opatrovnictví a objevily se jiné prostředky ochrany a pomoci lidem s duševní poruchou, zejména podpůrné rozhodování.⁵³⁵ Podle Wrightové je nutné v USA do systému opatrovnictví zavést peněžní i nepeněžní stimuly k podpoře chování nutného pro zlepšení duševního zdraví opatrovaných osob.⁵³⁶ Studie, která porovnávala systémy opatrovnictví dospělých osob z právního hlediska ve vybraných zemích Maryland (USA), Švédsko, Německo, Japonsko a Izrael, ukázala, že zmíněné země v reformách opatrovnictví podporují autonomii osob, avšak vzhledem k rozdílné kulturní tradici jsou nástroje rozdílné.⁵³⁷ K podobným závěrům dospěly i odborníci v rámci mezinárodního projektu ADEL.⁵³⁸ Podle Marečkové a Matiaška lze od druhé poloviny 20. století vysledovat, že mnohé státy (např. Německo, Rakousko, Švédsko, Francie, Japonsko, Velká Británie, Maďarsko, Nový Zéland) opouštějí klasické paradigma náhradního rozhodování (substitute decision-making) a paternalismu a zaměřují se na posílení práva na seburčení a zachování svobody rozhodovat se lidí s duševním postižením (fyzickým i mentálním).⁵³⁹ Podle MDAC se tedy světové společenství přiklání ke koncepci tzv. podporovaného rozhodování (supported decision-making), jehož východiskem je skutečnost, že každá osoba je schopna se rozhodovat, může však potřebovat větší či menší míru podpory.⁵⁴⁰ Formy přístupů k péči o osoby s duševní poruchou úzce souvisejí zejména s filozoficko-náboženským pojetím, přírodovědeckými znalostmi a kulturní vyspělostí společnosti.

⁵³⁵ MDAC, *Opatrovnictví a lidská práva v České republice*, s. 11.

⁵³⁶ WRIGHT, J. L., Guardianship for your own good: Improving the well-being of respondents and wards in the USA, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2010, roč. 33, s. 350.

⁵³⁷ DORON, I., Elder Guardianship Kaleidoskope – a comparative perspective, *International Journal of Law, Policy and the Family*, 2002, č. 16, s. 390-392.

⁵³⁸ KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj., *ADEL*, s. 7.

⁵³⁹ MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M., *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*, s. 149.

⁵⁴⁰ LIGA LIDSKÝCH PRÁV, MDAC, *Rozhodování osob s duševní poruchou: zásady pro poskytování asistence*, s. 5.

ZÁVĚR A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vytvoření podkladů pro analýzu systému opatrovnictví v České republice a jeho prognózu, které bylo hlavním cílem disertační práce a realizovalo se smíšeným výzkumem, se podařilo zajistit v celém rozsahu stanoveném dílčími cíli (viz s. 13). Studium vývoje přístupu k osobám s duševní poruchou prokázalo kontinuitu péče o tyto osoby od starověku až po současnost. Studium vývoje právní úpravy institutu opatrovnictví doložilo zakotvenost systému opatrovnictví v České republice v římském právu. Rozdíly ve strukturách opatrovnických institucí v konkrétních zemích podmiňuje aplikovaný koncept sociálního státu, a samozřejmě také jeho vyjádření v platné právní úpravě. V České republice je institut opatrovnictví koncipován jako nástroj ochrany dospělých osob s duševní poruchou a jeho realizační forma zaznamenala výraznou změnu přijetím Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (zákon č. 10/2010 Sb. m. s.). Přijetím Úmluvy se Česká republika zavázala k implementaci všech práv a svobod, které Úmluva garantuje, a to předpokládá i zásadní změnu systému opatrovnictví v České republice.

Vzhledem k tomu, že studium demografických údajů prokázalo, že česká populace bude progresivně stárnout a úbytek vícečlenných domácností povede ke snižování počtu rodinných příslušníků, kteří se budou moci o stárnoucí osoby postarat, bude se rovněž více zatěžovat systém zdravotní i sociální péče. Zvyšování počtu osob ve vyšším věku významně ovlivní zdravotní i sociální sféru, neboť se zvyšujícím se věkem narůstá prevalence chorob a multimorbidita, včetně demence, a proto bude nutné stávající systém opatrovnictví v České republice modifikovat, což nebude možné bez jeho komplexnější analýzy. Potvrdilo se tedy, že hlavní cíl disertační práce je stanoven realisticky a věcně ke stávajícím společenským trendům v České republice.

Metodologie smíšeného výzkumu realizujícího naplnění stanoveného cíle disertační práce, verifikovaná v zahraničí a v roce 2009 rovněž v České republice orientačním výzkumem v rámci mezinárodního projektu ADEL, se prokázala jako nosná také v první fázi námi realizovaného smíšeného výzkumu. Jako nosná se také potvrdila metodologie zvolená pro druhou etapu smíšeného výzkumu. Technika polostrukturovaného rozhovoru byla přiměřená pro získávání informací od veřejných opatrovníků a umožnila analyzovat kvalitativní data pomocí metody obsahové analýzy. Podklady shromážděné realizovaným smíšeným výzkumem prokázaly, že se zvyšuje počet opatrovaných osob obcemi v Olomouckém kraji a Moravskoslezském kraji, a tím roste i významnost role veřejného opatrovníka v tomto státě. Výsledky ze smíšeného výzkumu prokázaly, že veřejní opatrovníci

v obou krajích nemají vytvořené náležité podmínky pro výkon funkce veřejného opatrovníka tak, aby mohli dále zkvalitňovat péči o opatrované osoby.

V rámci zajištění kvality sociální i zdravotní péče o opatrované osoby bude potřebné:

1. **Na úrovni státu** zabezpečit adekvátní legislativní úpravu systému opatrovnictví dospělých osob. Situaci v dohledné době zlepši nově připravovaný občanský zákoník.
2. **Na úrovni krajů** zabezpečit metodicky a institucionálně výkon funkce veřejného opatrovnictví. Smíšený výzkum prokázal, že veřejným opatrovníkům z vybraných obcí Olomouckého a Moravskoslezského kraje chybí informační brožura, která by uceleně popisovala běžné činnosti, které nejčastěji vykonává veřejný opatrovník při výkonu opatrovnické funkce. Návrh autorky vypracovat přehlednou brožuru pro veřejné opatrovníky z vybraných obcí podpořili i veřejní opatrovníci (18 z 25) na workshopu dne 16. září 2011 v Olomouci.⁵⁴¹ Autorka práce doporučuje, aby vybrané kraje, v rámci zkvalitnění funkce veřejného opatrovníka, zajistily také zpracování metodického pokynu pro veřejného opatrovníka.
3. **Na úrovni obcí** k výkonu funkce veřejného opatrovníka přispět zejména systematickým vzděláváním veřejných opatrovníků. Smíšený výzkum prokázal absenci systematického vzdělávání veřejných opatrovníků, proto autorka práce dává podnět k zavedení systematického vzdělávání veřejných opatrovníků a k rozšíření nabídky vhodných kurzů či seminářů pro veřejné opatrovníky.

Na všech třech uvedených úrovních dbát o **rozšíření znalostí laické i odborné veřejnosti o institutu opatrovnictví dospělých osob**. Smíšený výzkum identifikoval vzdělávací potřeby laické i odborné veřejnosti, a proto bude potřebné:

- a) **Pro laickou veřejnost** realizovat následný výzkum, který upřesní dosavadní znalosti o opatrovnictví dospělých osob a připraví podklady k následné informační kampani. Autorka navrhuje, že vhodnou formou rozšíření znalostí o opatrovnictví by mohly být zejména odborné diskuse v médiích.
- b) **Pro odbornou veřejnost** smíšený výzkum identifikoval především vzdělávací potřeby lékařů. Autorka práce proto navrhuje:
 - zahrnout do výuky na Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci do 5. ročníku studijního programu Všeobecné lékařství do předmětu „Sociální lékařství I“ nové téma – Péče

⁵⁴¹ Autorka práce, ve spolupráci s vybranými obcemi, zpracovala brožuru „Praktický rádce veřejného opatrovníka“.

o specifickou skupinu obyvatelstva, tj. skupinu dospělých osob zbavených způsobilosti nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům, kterým okresní soudy pravomocně ustanovily opatrovníka (viz příl. 2),

- v předmětu „Komunikace s handicapovanými pacienty“ zohlednit rovněž komunikaci s dospělými osobami zbavenými nebo omezenými ve způsobilosti k právním úkonům,
- realizovat další, navazující výzkum ve zdravotnických zařízeních (zejména v nemocnicích, psychiatrických léčebnách, v ambulancích praktického lékaře a v psychiatrických ambulancích), který by zjistil aktuální obtíže při ošetření, vyšetření či léčbě pacienta zbaveného způsobilosti nebo omezeného ve způsobilosti k právním úkonům a stanovil, co pomůže situaci zlepšit,
- průběžně vzdělávat lékaře z praxe, především praktické lékaře, o problematice opatrovnictví dospělých osob.

Managementu Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci se poskytuje empiricky podložený podnět ke zkvalitnění výuky mediků. Výsledky ze smíšeného výzkumu tedy poslouží nejen ke zkvalitnění systému péče o dospělé osoby zbavené způsobilosti nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům a k edukaci jednotlivců a týmů pečujících o tyto osoby, ale také okresním soudům jako podklad spoluvytvářející zpětnou vazbu k posuzování způsobilosti osob k právním úkonům, dále též veřejným opatrovníkům z Olomouckého a Moravskoslezského kraje ke zkvalitnění výkonu jejich funkce. Mohou se také stát vodítkem pro rodinné opatrovníky a další zájemce o problematiku opatrovnictví dospělých osob. Pro plnou objektivizaci dosažených výsledků by bylo vhodné pokračovat ve výzkumu a rozšířit ho na další obce a na zdravotnická zařízení v České republice, příp. i na rodinné opatrovníky, soudní znalce a soudce.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

Publikační činnost autorky práce:

- JURÍČKOVÁ, L., KLIMENT, P., IVANOVÁ, K.** Výzkum opatrovnictví v České republice. In STEJSKALOVÁ, E. (ed.). *Sborník konference metody popularizace vědy*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2009. 190 s. ISBN 978-80-244-2455-2. S. 127-128.
- JURÍČKOVÁ, L., KLIMENT, P., IVANOVÁ, K.** Důvody zbavení způsobilosti k právním úkonům a volba opatrovníka v seniorském věku. In DORKOVÁ, Z., aj. (ed.). *Týmová péče o seniory*. 1. vyd. Zlín: Univ. T. Bati, 2009. 190 s. ISBN 978-80-7318-895-5. S. 18-24.
- IVANOVÁ, K., BELLOVÁ, J., BUŽGOVÁ, R., **JURÍČKOVÁ, L.,** KLIMENT, P., LUŽNÝ, J., POLÁŠEK, V., SVOBODA J., ŠPATENKOVÁ, N., VANČURA, P. *Advocacies for frail and incompetent elderly in Europe (ADEL): Ochrana křehkých a nekompetentních seniorů v Evropě*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2009. 88 s. ISBN 978-80-244-2452-1.
- IVANOVÁ, K., LUŽNÝ, J., **JURÍČKOVÁ, L.,** aj. Guardianship in the Czech Republic: New Challenges for Health-social Policy – Priorities for Further Research. In *Working Conference Health Services Research in Europe*. Netherlands, Hague: 8.–9. 4. 2010, s. 161-162, www.healthservicesresearch.eu.
- JURÍČKOVÁ, L.** Guardianship of the Incompetent Elderly in the Czech Republic. In *Transforming Care: Provision, Quality and Inequalities in Late Life*. Denmark, Copenhagen: SFI, 2010, www.sfi.dk/transformingcare2010.
- IVANOVÁ, K., **JURÍČKOVÁ, L.,** KLIMENT, P. Empirical Data Reality of Guardianship in the Czech Republic and Selected European Union Countries. In *Health and Well-being in Radically Changing Societies*. Belgium, Ghent: 26.–28. 8. 2010, s. 162, www.eshms.org.
- IVANOVÁ, K., **JURÍČKOVÁ, L.,** KLIMENT, P. Legitimita systému opatrovnictví. In BEDNÁRIK, R., JEŘÁBEK, H., SMÉKALOVÁ, L. (eds.). *Aktuální otázky české a slovenské společnosti I: Sborník k 45. výročí založení Československé sociologické společnosti*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2010. 382 s. ISBN 978-80-7399-963-6. S. 265-277.
- JURÍČKOVÁ, L.,** IVANOVÁ, K. Opatrovnictví nekompetentních dospělých v České republice (dílní výsledky z výzkumu). In MODRIANSKÝ, M., (ed.). *Konference vědeckých prací studentů DSP 2010: abstrakta*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého v Olomouci, 2010. 72 s. ISBN 978-80-244-2562-7. S. 53.
- JURÍČKOVÁ, L.,** IVANOVÁ, K. Empirická realita opatrovnictví v České republice: dílní výsledky z mezinárodního projektu ADEL. In ADAMCOVÁ, J. (ed.). *Sociológia zdravia a choroby: Nové poznatky a trendy*. 1. vyd. Slovensko (Bratislava): Sekcia sociológie zdravotníctva Slovenskej sociologickej spoločnosti pri SAV a Katedra sociológie Vysoké školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 190 s. ISBN 978-80-85447-17-0. S. 41-51.
- JURÍČKOVÁ, L.,** IVANOVÁ, K., KLIMENT, P. Adult Guardianship System in the Czech Republic in Comparison with Selected European Union Countries. *Sociológia – Slovak Sociological Review*. Spring 2011, Vol. 43, No 3, pp. 266-285. ISSN 0049-1225. ISSN 1336-8613.
- JURÍČKOVÁ, L.,** KLIMENT, P., IVANOVÁ, K., FILKA, J. Veřejní opatrovníci a jejich zkušenosti z praxe. In *VIII Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové, 2011. V tisku.

- JURÍČKOVÁ, L., FILKA, J., IVANOVÁ, K. Identifikace aktuálních problémů ve výkonu funkce veřejného opatrovníka. In *Kontakt*. České Budějovice, 2011. V tisku.
- LUŽNÝ, J., JURÍČKOVÁ, L., IVANOVÁ, K. Elder abuse and neglect in seniors with psychiatric morbidity. In *7th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*, 2011, Dostupné z: http://www.oudconsultancy.nl/Resources/Proceedings_7th_Violence_in_Clinical_Psychiatry_2011.pdf, s. 295.

Literatura a prameny:

- BALÍK, S., BALÍK S. ml. *Rukověť k dějinám římského práva a jeho institucí*. 2. rozš. vyd. Plzeň: A. Čeněk, 2007. 221 s. ISBN 978-80-7380-021-5.
- BARNARD, A. *Key Themes in Health and Social Care*. 1. vyd. New York: Routledge, 2011. 400 s. ISBN 978-0-415-47638-6.
- BANDY, R. J., aj. Medical Decision-making During the Guardianship Process for Incapacitated, Hospitalized Adults. *J Gen Intern Med*, 2010, roč. 25, č. 10, s. 1003-1008.
- BARKER, J., C., KING, D. Taking Care of My Parents' Friends: Non-Kin Guardians and Their Older Female Wards. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2001, roč. 13, č. 1, s. 45-69.
- BÁRTLOVÁ, S. Postavení laických pečovatелů v péči o seniory a nemocné. *Kontakt*, 2006, roč. 8, č. 2, s. 200-435.
- BAŠTECKÝ, J. *Psychiatrie, právo a společnost*. 1. vyd. Praha: Galén, 218 s. ISBN 80-85824-45-0.
- BAŠTECKÝ, J. Způsobnost k právním úkonům podle občanského zákoníku z pohledu psychiatra. *Bulletin advokacie*, 2005, č. 10, s. 27-28.
- BAŠTECKÝ, J., KÜMPEL, Q., VOTĚCHOVSKÝ, M., aj. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s. ISBN 80-7169-070-8.
- BAUDIŠ, P. *Psychiatrie v číslech*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 32 s. ISBN 80-85121-35-2.
- BAYER, A., REBAN, J. *Alzheimer's disease and related conditions*. 1. vyd. Rudolfov: MEDEA Press, 2004. 330 s. ISBN 80-239-2529-6.
- BENNETT, H., HALLEN, P. Guardianship and financial management legislation: what doctors in aged care need to know. *Internal Medicine Journal*, 2005, roč. 35, č. 8, s. 482-487.
- BERNABEI, R., aj. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. *BMJ*, 1998, roč. 316, s. 1348-1351.
- BLANKMAN, K. Guardianship Models in the Netherlands and Western Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1997, roč. 20, č. 1, s. 47-57.
- BOORSMA, M., aj. Effects of multidisciplinary integrated care on duality of care in residential care facilities for elderly people. *CMAJ*, 2011, roč. 183, č. 11, s. 724-732.
- BURCIN, B., KUČERA, T. Nová kmenová prognóza populačního vývoje České republiky (2003-2065). *Demografie 2004*. 2004, roč. 46, č. 2, s. 100-111.
- BURCIN, B., KUČERA, T. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008 – 2070*. 30 s. [online]. [cit. 2011-12-04]. Dostupné z: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/Prognóza_2010.pdf.

- BUŽGOVÁ, R., IVANOVÁ, K. Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nursing Ethics*, 2011, roč. 18, č. 1, s. 64-78.
- Čísařské nařízení ze dne 28. června 1916, č. 207 ř. z., o zbavení svéprávnosti. 2. vyd. Praha: Československý kompas, 1931. Sv. XVII. Nesporné řízení (komentované zákony Československé republiky).
- CRAMPTON, A. The Importace of Adult Guardianship for Social Work Practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 2004, roč. 43, č. 2-3, s. 117-129.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Populační prognóza ČR do r. 2050* [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/p/4025-04>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD (ČSÚ). *Ženy a muži v datech*. 1. vyd. Praha: ČSÚ, 2011. 76 s. ISBN 978-80-250-2127-9.
- Deklarace práv osob s mentální retardací (1971)*. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: <http://www2.ohchr.org/english/law/pdf/res2856.pdf>.
- Deklarace práv osob s postižením (1975)*. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 375 s. ISBN 80-7184-141-2.
- Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky – Zdraví pro všechny v 21. století* (usnesení č. 1046/2002), [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/0/EB38C24D74FA63E8C12571B600702FA2.
- Doporučení CM/Rec(2009)6 Výboru ministrů členským státům o stárnutí a postižení v 21. století: udržitelný rozvoj s cílem umožnit větší kvalitu života v otevřené společnosti*. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/integration/05_recommendations_and_resolutions/presentation.asp#TopOfPage.
- Doporučení Rec(2004)10 Výboru ministrů členským státům o ochraně a lidských právech a důstojnosti osob s duševní poruchou*. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: <http://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=775685&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864>.
- Doporučení Rec(2006)5 Výboru ministrů členským státům o Akčním plánu Rady Evropy na podporu práv a plného zapojení lidí s postižením do společnosti: zlepšování kvality života lidí s postižením v Evropě v letech 2006 až 2015*. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/integration/05_recommendations_and_resolutions/presentation.asp#TopOfPage.
- Doporučení Rec99(4) Výboru ministrů členským státům o zásadách právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob*. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: <http://www.reformaopatrovnictvi.cz/data/doporuzeni%20RE.pdf>.
- DORON, I. Elder Guardianship Kaleidoskope – a comparative perspective. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 2002, č. 16, s. 368-398.
- Druhý akční program Společenství ve zdravotní oblasti pro léta 2008 – 2013*. [online]. [cit. 2011-11-31]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/zakladni-informace_1713_8.html.
- DUDLEY, K. C., GOINS, R. T. Guardianship Capacity Evaluations of Older Adults: Comparing Current Practice to Legal Standards in Two States. *Journal of Aging and Social Policy*, 2003, roč. 15, č. 1, s. 97-115.
- DURDISOVÁ, J., aj. *Sociální politika*. 2. přeprac. vyd. Praha: Aspi, 2002. 377 s. ISBN 80-86395-33-2.

- DUŠEK, K., PROCHÁZKOVÁ-VEČEŘOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
- ELIÁŠ, K., ZUKLÍNOVÁ, M. *Návrh občanského zákoníku (část první až čtvrtá)*. s. 1. [online]. [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: http://www.cak.cz/files/550/OZ-konsolidovan__verze.pdf.
- ESPING-ANDERSEN, G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. 1. vyd. New Jersey: Univ. Press, 1990. 248 s. ISBN 0-691-09457-8.
- ESPING-ANDERSEN, G. Tři politické ekonomie sociálního státu. *Sociologický časopis*. 1991, roč. 27, č. 5, s. 545-567.
- ESPING-ANDERSEN, G., aj. *Why we need a New Welfare State*. 1. vyd. New York: Oxford University Press, 2009. 244 s. ISBN 978-0-19-925643-3.
- FIALA, J. Několik poznámek k mezinárodním trendům ohledně opatrovnictví. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. 2. vyd. Praha: QUIP – společnost pro změnu, 2008, s. 113-115.
- FRANCOVÁ, H., NOVOTNÝ, A. Podmínky péče o seniory se sníženou soběstačností v kontextu současných změn. *Kontakt*, 2008, roč. 8, č. 2, s. 247-478.
- FUCHS, W., PILGRAM, A. *Social Research Interim Report Austria*. 31 s. In ADEL, KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj. *ADEL: Advocacies for Frail and Incompetent Elderly in Europe*. 2009. Interim Report.
- GAVISK, M., GREENE, E. Guardianship Determinations by Judges, Attorneys, and Guardians. *Behavioral Science and the Law*, 2007, č. 25, s. 339-353.
- GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z. *Propedeutika sociálního lékařství*. 3. upr. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2005. 176 s. ISBN 80-244-1120-2.
- HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M., aj. *Praktická supervize*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
- HELLEBRANDOVÁ, K. Interdisciplinární přístup. In HELLEBRANDOVÁ, K., HANUŠOVÁ, J. *Interdisciplinární spolupráce*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 24 s. ISBN 80-86991-79-2.
- HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A., KOUPILOVÁ, I. *Sociální lékařství*. 3. vyd. Brno: Masarykova univ., 2006. 137 s. ISBN 80-210-3954-X.
- HOLMEROVÁ, I. Boj s Alzheimerovou demencí pokračuje. *Sestra*, 1999, roč. 9, č. 8, s. 6. ISSN 1210-0404.
- HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., aj. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přeprac. a doplněné vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. 144 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
- ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik. *Guardianship and power of attorney in Germany: empirical reality and statistical background*. 21 s. In ADEL, KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj. *ADEL: Advocacies for Frail and Incompetent Elderly in Europe*. 2009. Interim Report.
- Isidor ze Sevilly: Etymologie IV*. Praha: Oikoymenh, 2003. 142 s. ISBN 80-7298-090-4.

- IVANOVÁ, K. *Ochrana křehkých a nekompetentních seniorů v ČR*. Habilitační práce obhájena na LF MU v Brně v roce 2010.
- IVANOVÁ, K., ŠPATENKOVÁ, N., BUŽGOVÁ, R. Rizikové senioři – sociální fenomén demografického stárnutí populace. In RYŠAVÝ, D. (ed.). *ACTA SOCIOLOGICA – ANDRAGOGICA 2009*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2010. 174 s. ISBN 978-80-244-2483-5. S. 67-78.
- JERÁBEK, H. Rodinná péče o seniory jako „práce z lásky“: nové argumenty. *Sociologický časopis*, 2009, roč. 45, č. 2, s. 243-265.
- JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. 276 s. ISBN 80-7041-196-1.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., aj. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Z. *Respektování lidské důstojnosti*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2004. 66 s. ISBN 80-239-4334-0.
- KALVACH, Z., HOLMEROVÁ, I. Obecná východiska ke zdravotně-sociálním službám pro seniory. In KALVACH, Z., aj., *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. S. 465-467.
- KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. 2. vyd. Praha: SLON, 2009. 160 s. ISBN 978-80-7419-017-9.
- KINCL, J., URFUS, V., SKŘEJPEK, M. *Římské právo*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 1995. 386 s. ISBN 80-7179-031-1.
- KOLDINSKÁ, K. Nový model sociálního státu, nebo nová forma evropského sociálního modelu? In KOLDINSKÁ, K., ŠTEFKO, M. (eds.). *Sociální reformy ve střední Evropě – cesta k novému modelu sociálního státu?* 1. vyd. Praha: Auditorium, 2011. 240 s. ISBN 978-80-87284-14-8.
- KOLDINSKÁ, K. Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích. In MATOUŠEK, O., aj. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj. *ADEL: Advocacies for Frail and Incompetent Elderly in Europe*. 2009. Interim Report.
- KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj. *ADEL: Glossary*. 2009. Interim report.
- KÖLLER, R., PILGRAM, A., aj. Guideline for research institutes, In *ADEL*, 2009. Interim report.
- KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ. *Bílá kniha, Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008 – 2013*. [online]. [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: <http://www.ec.europa.eu>.
- Koncepce oboru psychiatrie* [online]. [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: www.ceskapsychiatrie.cz.
- KRAUSE, E. Způsobilost k právním úkonům, řízení o zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům. In *Sborník příspěvků ze seminářů pořádaných v rámci projektu Život do svých rukou*. 2. vyd. Praha: QUIP – společnost pro změnu, 2008. 129 s. ISBN 80-903921-0-5. S. 51-52.
- KREBS, V., aj. *Sociální politika*. 5., přeprac. a aktualizované vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 544 s. ISBN 978-80-7357-585-4.
- KRONICK, J. C. Alternativní metodologie pro analýzu kvalitativních dat. *Sociologický časopis*, 1997, roč. 33, č. 33, s. 57-66.

- KUČERA, M., BARTOŇOVÁ, D. *Jaká bude struktura domácností v roce 2030?* [online]. [cit. 2011-12-18]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=271.
- KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 112 s. ISBN 80-247-1491-4.
- LAMSER, V. *Základy sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1966. 336 s.
- LÁT, J. Biologické pojetí normality. In SYŘIŠŤOVÁ, E., aj., *Normalita osobnosti*. 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1972, s. 22-105.
- LEE, W., aj. PACE: A model for integrated care of frail older patients. *Geriatrics*, 1998, roč. 53, č. 6, s. 62-74.
- LIGA LIDSKÝCH PRÁV, MDAC. *Problémy v činnosti soudních znalců z oboru zdravotnictví. Systémové doporučení Ligy lidských práv č. 7*. 2008. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: http://www.llp.cz/_files/file/SYSTEMOVE_DOPORUCENI_7.pdf.
- LIGA LIDSKÝCH PRÁV, MDAC. *Rozhodování osob s duševní poruchou: zásady pro poskytování asistence. Systémové doporučení Ligy lidských práv č. 6*. 2008. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: http://www.llp.cz/_files/file/asistence_rozhodovani_dusevne_nemocnych.pdf.
- LIGA LIDSKÝCH PRÁV, MDAC. *Řízení o způsobilosti k právním úkonům. Systémové doporučení Ligy lidských práv č. 8*. 2008. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: http://www.llp.cz/_files/file/systemova%20doporučení/Systemove_doporučení_8.pdf.
- LINCOLN, Y. S., GUBA, E. G. *Naturalistic inquiry*. 1. vyd. Newbury Park (California); London; New Delhi: SAGE Publications, 1985. 416 s. ISBN 0-8039-2431-3.
- Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. (Listina základních práv a svobod) [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>.
- LUŽNÝ, J. Quality of Life in Mentally Ill People. In UEHARA, T. (ed.). *Psychiatric Disorders – Worldwide Advances*. 1. vyd. Croatia: Rijeka, 2011. 336 s. ISBN 978-953-307-833-5. S. 151-162.
- LUŽNÝ, J., IVANOVÁ, K. Je ještě možné zlepšit kvalitu života těchto seniorů? *Vojenské zdravotnické listy*. 2010, roč. 79, č. 3, s. 96-104.
- MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání*. 1. vyd. Praha: Linde, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7201-801-7.
- MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M. *Jak poradit lidem s postižením v otázkách způsobilosti k právním úkonům*. 1. vyd. Liga lidských práv: Brno, 2009. 70 s. ISBN 978-80-903473-6.
- MARSHALL, C., ROSSMAN, G. B. *Designing Qualitative Research*. 5. vyd. Los Angeles; London; New Delhi: SAGE, 2011. 321 s. ISBN 978-1-4129-7044-0.
- MATULNÍK, J., aj. Poznatky z výzkumu Sociálne a zdravotné dôsledky zmien demografického správania na Slovensku. In MATULNÍK, J., MINICHOVÁ, M. (eds.). *Sociálne dimenzie zdravia a zdravotníctva*. 1. vyd. Trnava: Slovenská sociologická spoločnosť pri SAV, 2005. 244 s. ISBN 80-85447-13-4. S. 219-233.
- MAŠKOVÁ, M. Problémy s demografickým stárnutím. In KALIBOVÁ, K., PAVLÍK, Z., VODÁKOVÁ, A. *Demografie (nejen) pro demografy*. 3., přeprac. vyd. Praha: SLON, 2009. ISBN 978-80-7419-012-4. S. 214-225.
- MATIAŠKO, M. *Lidé s mentálním a duševním postižením a problém jejich právního postavení v České republice*. [online]. [cit. 2011-12-19]. Dostupné z: <http://www.helcom.cz/view.php?cisloclanku=2010052003>.

- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3., rozš. a přeprac. vyd. Praha: SLON, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.
- MATOUŠEK, O., aj. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MELAMED, Y., DORON, I., SCHNITT, D. Guardianship of people with mental disorders. *Social Science and Medicine*, 2007, č. 65, s. 1121-1122.
- MENTAL DISABILITY ADVOCACY CENTER (MDAC). *Opatrovnictví a lidská práva v České republice: analýza právní úpravy a politiky v oblasti opatrovnictví*. 2007. [online]. [cit. 2011-12-19]. http://www.mdac.info/documents/Czech_report_Czech.pdf.
- MILLAR, D. S., RENZAGLIA, A. Factors Affecting Guardianship Practices for Young Adults With Disabilities. *Exceptional Children*, 2002, roč. 68, č. 4, s. 465-484.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR (MPSV ČR). *Podpora transformace sociálních služeb*. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR (MPSV ČR). *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012*. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR (MPSV ČR). *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí – 2010*, s. 136. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11544/rocenka_2010.pdf.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR (MPSV ČR). *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí – 2009*, s. 139. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9854/statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2009.pdf.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR (MPSV ČR). *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči 2010*. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR (MPSV ČR). *Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice, 2005*. [online]. [cit. 2010-12-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/>.
- MINISTERSTVO SPRÁVEDLNOSTI ČR. *Statistický přehled soudních agend* [online] [cit. 2011-11-11]. Dostupné z: <http://portal.justice.cz/Justice2/MS/ms.aspx?j=33&o=23&k=399>.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MITCHELL, E. *Typologizace sociálního státu v díle G. Esping-Andersena*, s. 9. [online]. [cit. 2011-09-07]. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=337&lst=119>.
- MIZUNO, Y., NANBA, Y. Aging society and the adult guardianship system. *Geriatrics and Gerontology International*, 2003, roč. 3, č. 4, s. 225-235.
- MLČÁK, Z. *Profesní kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univ., 2005. 352 s. ISBN 80-7368-129-3.
- MOYE, J., aj. Clinical Evidence in Guardianship of Older Adults Is Inadequate: Findings From a Tri-State Study. *The Gerontologist*, 2007, roč. 47, č. 5, s. 604-612.
- MOYE, J., aj. Statutory Reform is Associated with Improved Court Practice: Results of a Tri-State Comparison. *Behavioral Science and the Law*, 2007, č. 25, s. 425-436.

- MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 1. vyd. Praha: SLON, 2006. 312 s. ISBN 80-86429-58-X.
- Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)*. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf.
- Návrh Doporučení Výboru ministrů členským státům Rady Evropy o zásadách týkajících se trvalých plných mocí a předběžných právních prohlášení pro případ nezpůsobilosti (2008)*. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: <http://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=775685&BackColorInternet=DBDCF2&BackColorIntranet=FDC864&BackColorLogged=FDC864>.
- NOVÁ, H. Problémy opatrovnictví. Část 3: Dodržování lidské důstojnosti v oblasti sociální péče. *Sociální péče*, 2004, roč. 5, č. 2, s. 6-7.
- O'SULLIVAN, J. L., HOFFMANN, D. E. The Guardianship Puzzle: Whatever Happened to Due Process. *Maryland Journal of Contemporary Legal Issues*, 1996, roč. 7, č. 1, s. 11-80.
- PASTORKOVÁ, R., aj. Posuzování stupně závislosti z pohledu posudkového lékaře. In HAVLÍK, J. (ed.). *Problematika generace 50 plus: sborník VII. mezinárodní konference*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univ. 135 s. ISBN 978-80-7394-260-1. S. 76-82.
- PAULÍK, K. K otázce zvládnání pracovních nároků v sociální práci. *Kontakt*, 2006, roč. 8, č. 2, s. 292-300.
- PAVLOVSKÝ, P., aj. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3., rozš. a aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 232 s. ISBN 978-80-247-2618-2.
- PIDRMAN, V. *Demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- POTŮČEK, M., aj. *Veřejná politika*. 1. vyd. Praha: SLON, 2005 – dotisk 2010. 396 s. ISBN 978-80-86429-50-2.
- POTŮČEK, M. *Křižovatky české sociální reformy*. 1. vyd. Praha: SLON, 1999. 317 s. ISBN 80-85850-70-2.
- Principy ochrany osob s duševní nemocí a zlepšování duševního zdraví (1991)*. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: <http://www2.ohchr.org/english/law/principles.htm>.
- PROKŮPEK, J. Normalita osobnosti a duševní zdraví. In SYŘIŠŤOVÁ, E., aj., *Normalita osobnosti*. 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1972, s. 148-161.
- PRŮŠA, L. *Vývoj vybavenosti regionů službami sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením*, s. 6. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: <http://kdem.vse.cz/resources/relik11/sbornik/download/pdf/197-Prusa-Ladislav-paper.pdf>.
- PUNCH, K. F. *Úspěšný návrh výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 232 s. ISBN 978-80-7367-468-7.
- QUINN, M. J. *Guardianships of Adults: Achieving Justice, Autonomy, and Safety*. 1. vyd. New York: Springer Publishing Company, 2005. 332 s. ISBN 0-8261-2684-7.
- RAITER, T. *Psychiatrie v ČR 2004* [online]. [cit. 2011-09-07]. Dostupné z: [www.cmhcd.cz/dokumenty/STEMMARKBariery_psychiatrie_zaverecna_zprava\(2\).pdf](http://www.cmhcd.cz/dokumenty/STEMMARKBariery_psychiatrie_zaverecna_zprava(2).pdf).
- REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- REKTOROVÁ, I., aj. *Kognitivní poruchy a demence*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 192 s. ISBN 978-80-7387-017-1.

- REYNOLDS, S. L., CARSON, L. D. Dependent on the kindness of strangers: professional guardians for older adults who lack decisional capacity. *Aging and Mental Health*, 1999, roč. 3, č. 4, s. 301-310.
- RIPKA, V., MAREŠ, M. The Czech welfare system. In SCHUBERT, K., HEGELICH, S., BAZANT, U. (eds.). *The Handbook of European Welfare Systems*. London and New York: Routledge, 2009. 547 s. ISBN 978-0-415-48275-2. S. 101-119.
- ŘÍHOVÁ, M., aj. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 140 s. ISBN 80-246-1021-3.
- SCHNEIDER, M., KOUDELKA, F. *Úvod do základů sociologických výzkumů*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 1993. 118 s.
- SCHOTT, H. *Kronika medicíny*. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, 1994. 648 s. ISBN 80-85873-16-8.
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: MAXDORF, 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0.
- SOKOL, J. *Moc, peníze a právo*. 1. vyd. Plzeň: A. Čeněk, 2007. 290 s. ISBN 978-80-7380-066-6.
- SRB, V. *1000 let obyvatelstva českých zemí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 276 s. ISBN 80-246-0712-3
- Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání *Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením* (2010). In Sbirka mezinárodních smluv č. 10, částka 4, s. 66-128 [online]. [cit. 2011-09-07]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf>
- Standardní pravidla zrovnoprávnění příležitostí osob s postižením (1993)* [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: <http://www.independentliving.org/standardrules/StandardRules.pdf>.
- STOLÍNOVÁ, J., MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998. 352 s. ISBN 80-85824-88-4.
- STUCKLER, D., BASU, S., MCKEE, M. Budget crises, health, and social welfare programmes. In *British Medical Journal*, 2010, roč. 341, s. 77-79.
- STUHLÍKOVÁ, E., SYŘIŠŤOVÁ, E. Na okraj filosofických úvah o normalitě. In SYŘIŠŤOVÁ, E., aj. *Normalita osobnosti*. 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1972, s. 215-228.
- SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
- SYŘIŠŤOVÁ, E. *Normalita osobnosti*. 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1972, s. 7.
- ŠEDIVEC, V. *Přehled dějin psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2008. 58 s. ISBN 978-80-87142-00-4.
- ŠIŠKA, J. Project „Justice, Rights and Inclusion for People with Intellectual Disabilities“: *Způsobilost mít práva a způsobilost k právním úkonům v právním řádu České republiky*. [online]. [cit. 2011-11-10]. Dostupné z: http://www.inclusion-europe.org/Justice/CZ/CZ_NC.pdf.
- ŠPATENKOVÁ, N., OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K. Systém zdravotně sociální péče o křehké a nekompetentní seniory – expertní šetření v rámci projektu ADEL. In ADAMCOVÁ, J. *Sociológia zdravia a choroby: Nové poznatky a trendy*. 1. vyd. Bratislava: Sekcia sociológie Slovenskej sociologickej spoločnosti pri Slovenskej akadémii vied a Katedra sociológie Vysokiej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2011. S. 59-69.

- TEASTER, P. B., SCHMIDT, Jr. W. C., WOOD, E. F., LAWRENCE, S. A., MENDIONDO, M., S. *Public Guardianship: In the Best Interests of Incapacitated People?* 1. vyd. California: Praeger, 2010. 262 s. ISBN 978-0-313-37827-0.
- TĚŠINOVÁ, J., ŽDÁREK, R., POLICAR, R. *Medicínské právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2011. 414 s. ISBN 978-80-7400-050-8.
- TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 440 s. ISBN 978-80-7367-680-3.
- TÓTHOVÁ, V., VEISOVÁ, V., BÁRTLOVÁ, S. Názory lékařů a všeobecných sester na výhody a nevýhody péče o seniory v domácím prostředí, *Kontakt*, 2011, roč. 13, č. 2, s. 129-137.
- UEKERT, B. K. *Adult Guardianship Court and Issues: Results from an Online Survey*, 2010 [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: www.eldersandcourts.org.
- UEKERT, B. K., DUIZEND, R. V. Adult Guardianship: A „best guess“ National Estimate and the Momentum for Reform. *Future trends in state courts*, 2011, s. 108-109.
- UEKERT, B. K., SCHAUFFLER, R. The need for improved adult guardianship data. *Judicature*, 2010, roč. 93, č. 5, s. 201-205.
- Úmluva o lidských právech a biomedicině*. Předpis č. 96/2001 Sb. m. s., SBÍRKA MEZINÁRODNÍCH SMLUV, roč. 2001, č. 44, rozeslaná 2. 10. 2001. [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2001/sb044-01m.pdf>.
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod* [online]. [cit. 2011-10-19]. Dostupné z: http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/82E3CE7F-5D3D-46EB-8C13-4F3262F9E20B/0/CZE_CONV.pdf.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division. *World Population Ageing 2009*. New York, 2009. [online]. [cit. 2011-12-26]. Dostupné z: http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *MKN-10 a její aktualizace*, s. 1. [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/cz/mkn/MKN-10_aktualizace.pdf.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Psychiatrická péče 2010* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2010>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2010* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: [http://www.kvary.czso.cz/csu/2011ediciplan.nsf/t/F7003184CB/\\$File/400711.pdf](http://www.kvary.czso.cz/csu/2011ediciplan.nsf/t/F7003184CB/$File/400711.pdf).
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2010. 52 s. ISBN 978-80-7280-900-4.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Zdravotnická ročenka 2000* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2000>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Zdravotnická ročenka 2001* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2001>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Zdravotnická ročenka 2002* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2002>.

- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Zdravotnická ročenka 2003* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2003>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Zdravotnická ročenka 2004* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2004>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Zdravotnická ročenka 2005* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2005>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Zdravotnická ročenka 2006* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2006>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Zdravotnická ročenka 2007* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2007>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Zdravotnická ročenka 2008* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2008>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Zdravotnická ročenka 2009* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2009>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Zdravotnická ročenka 2010* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2010* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-moravskoslezskeho-kraje-2010>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS ČR). *Zdravotnická ročenka Olomouckého kraje 2010* [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-olomouckeho-kraje-2010>.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VÁŇOVÁ, A., ZVONÍKOVÁ, A. Posuzování invalidity a stupně závislosti v roce 2010. In *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*. Praha: MPSV ČR, 2011. 124 s. ISBN 978-80-7421-032-7. S. 22-25.
- VENCOVSKÝ, E. „Čtení“ o psychiatrii. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1983. 248 s.
- VONDRÁČEK, V., DOBIÁŠ, J. Význam normality v lékařské psychologii a psychiatrii. In SYŘIŠŤOVÁ, E., aj. *Normalita osobnosti*. 1. vyd. Praha: AVICENUM, 1972, s. 129-147.
- WEBB-BRIDGES, Ch., aj. Patients with Dementia and Their Carers, *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1114. 2007, s. 130-126.
- WEISS, G., LONNQUIST, L. E. *The sociology of health, healing, and illness*. 7. vyd. Boston: Pearson, 2012. 438 s. ISBN 978-0-205-82883-8.
- WERNEROVÁ, J., ZVONÍKOVÁ, A. Sociální reforma 2011 a návrh novely zákona o sociálních službách, In *Aktuality pro lékařskou posudkovou službu*, Praha: MPSV ČR, 2011. 124 s. ISBN 978-80-7421-032-7. S. 13-21.

- WILBER, K., REISER, T., HARTER, K. New Perspectives on Conservatorship: the Views of Older Adult Conservatees and their Conservators. *Aging Neuropsychology and Cognition*, 2001, roč. 8, č. 3, s. 236-237.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti disability a zdraví: MKF*. Praha: 2001. 147 s. ISBN 80-85047-19-5.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *MKN-10* [online]. [cit. 2011-12-19]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The new European policy for health – Health 2020: Vision, values, main directions and approaches*. [online]. [cit. 2011-12-10]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/147724/wd09E_Health2020_111332.pdf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Zdraví 21 – zdraví do 21. století*. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace. Praha: 2001. 147 s. ISBN 80-85047-19-5. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>.
- World Population Ageing 2009* [online]. [cit. 2011-12-19]. Dostupné z: http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf.
- WRIGHT, J. L. Guardianship for your own good: Improving the well-being of respondents and wards in the USA. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2010, roč. 33, č. 5-6, s. 350-368.
- Základní východiska a cíle koncepce sociálních služeb Olomouckého kraje* [online]. [cit. 2011-09-07]. Dostupné z: <http://www.kr-olomoucky.cz/clanky/dokumenty/673/zakladni-vychodiska-a-cile-koncepce-socialnich-sluzeb-olomouckeho-kraje.pdf>.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. [cit. 2011-09-07]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=
- Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích [online]. [cit. 2011-09-07]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=128/2000.
- Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích [online]. [cit. 2011-09-07]. Dostupné z: <http://www.zakonycr.cz/seznamy/129-2000-sb-zakon-o-krajich-%28krajske-zrizeni%29.html>
- Zákon č. 20/1877, o úpravě poručenských a opatrovnických věcí. In Císařské nařízení ze dne 28. června 1916, č. 207 ř. z., o zbavení svéprávnosti. 2. vyd. Praha: Československý kompas, 1931. Sv. XVII. Nesporné řízení (komentované zákony Československé republiky).
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu [online]. [cit. 2011-09-07]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=20/1966.
- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník [online]. [cit. 2011-09-07]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1964&typeLaw=zakon&what=Rok&stranka=8>.
- Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině [online]. [cit. 2011-09-07]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=94/1963&PC_8411_l=94/1963&PC_8411_ps=10

- Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád [online]. [cit. 2011-09-07]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=1963&typeLaw=zakon&what=Rok>
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce [online]. [cit. 2011-09-07]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z262_2006_6
- ZAVÁZALOVÁ, H., ZIKMUNDOVÁ, K., ZAREMBA, V. Terénní zdravotnické a sociální služby pro seniory. In KALVACH, Z., aj., *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6. S. 467-473.
- ZICH, F. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola finanční a správní, 116 s. ISBN 80-86754-19-7.
- ŽÁČEK, A. *Metody studia zdraví a nemocí v populaci: Úvod do epidemiologie neinfekčních chorob*. 2. upravené a doplněné vyd. Praha: Avicenum, 1984. 403 s.
- ŽIDLICKÁ, M. *Dějiny soukromého práva*. 1. vyd. Brno: STING, 2010. 92 s. ISBN 978-80-86342-87-0.

ROZŠIŘUJÍCÍ BIBLIOGRAFIE

- BOWLING, A. *Research Methods in Health*. 3. vyd. New York: Open Univ. Press, 2010. 525 s. ISBN 978-033523364-9.
- ČESKÝ NORMALIZAČNÍ INSTITUT. *ČSN ISO 214 (01 0148). Dokumentace – Abstrakty pro publikace a dokumentaci*. 3. vyd. Praha: Český normalizační institut, 2001. 16. s.
- ČESKÝ NORMALIZAČNÍ INSTITUT. *ČSN ISO 2145 (01 0184). Dokumentace – Číslování oddílů a pododdílů psaných dokumentů*. 2. vyd. Praha: Český normalizační institut, 1997. 8 s.
- ČESKÝ NORMALIZAČNÍ INSTITUT. *ČSN ISO 7144 (01 0161). Dokumentace – Formální úprava disertací a podobných dokumentů*. 1. vyd. Praha: Český normalizační institut, 1996. 24 s.
- HOLČÍK, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. 1. vyd. Brno, Masarykova univ., 2010. 294 s. ISBN 978-80-210-5239-0.
- IVANOVÁ, K., JURÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. Dotisk 2. vydání. Olomouc: Univ. Palackého, 2009. 100 s. ISBN 978-80-244-1832-2.
- KŘÍŽOVÁ, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. 1. vyd. Praha: SLON, 2006. ISBN 80-86429-57-1.
- LAAN, G. *Otázky legitimity sociální práce*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1998. 262 s. ISBN 80-85834-41-3.
- MEŠKO, D., aj. *Akademická příručka. České, upravené vydání*. Martin (SR): Osveta, 2006. 481 s. ISBN 80-8063-219-7.
- MUSIL, L. „*Ráda bych Vám pomohla, ale ...*“: *Dilemata práce s klienty v organizacích*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.
- RABUŠIC, L. *Kde ty všechny děti jsou? Porodnost v sociologické perspektivě*. 1. vyd. Praha: SLON, 2001. 266 s. ISBN 80-86429-01-6.
- ŠIPR, K. (ed.). *Aktuální otázky praktického lékařství. Sborník*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2010. 36 s. ISBN 978-80-244-2528-3.
- TUČEK, M. *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*. 1. vyd. Praha: SLON, 2003. 429 s. ISBN 80-86429-22-9.
- VESELÝ, A. *Analýza a vymezení problému*. In VESELÝ, A., NEKOLA, M. (eds.). *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. 1. vyd. Praha: SLON, 2007. 407 s. ISBN 978-80-86429-75-5. S. 191-234.