

Lubica Juríčková, Kateřina Ivanová,
Jaroslav Filka

Opatrovnictví osob s duševní poruchou



Lubica Juríčková, Kateřina Ivanová,
Jaroslav Filka

Opatrovnictví osob s duševní poruchou

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

OPATROVNICTVÍ OSOB S DUŠEVNÍ PORUCHOU

Hlavní autorka a editorka: PhDr. Mgr. Lubica Juričková, Ph.D.

Autorský kolektiv: Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.
ThLic. PhDr. Ing. Jaroslav Filka

Recenze: Prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.
MUDr. Mgr. Jolana Těšínová

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce
nakladatelství Grada Publishing, a.s.

Knih je dedikována projektu Studentské grantové soutěže Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, číslo projektu: LF_2013_021, název projektu: Zdravotnická politika ve vztahu k péči o pacienty s duševní poruchou.

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

© Grada Publishing, a.s., 2014

Cover Photo © fotobanka allphoto, 2014

Obrázky dodali autoři.

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 5377. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 160

1. vydání, Praha 2014

Vytiskla Tiskárna PROTISK, s.r.o., České Budějovice

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-4786-6

TIRÁŽ ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-8899-9 ve formátu PDF

ISBN 978-80-247-8900-2 ve formátu EPUB

Obsah

Úvod	9
1 Institucionalizace opatrovnictví	11
1.1 Východiska pro institucionalizaci opatrovnictví	11
1.1.1 Sociální stát jako produkt historického vývoje solidarity	12
1.1.2 Esping-Andersenova typologie sociálního státu	14
1.1.3 Přístupy k péči o osoby s duševní poruchou	17
1.2 Současná podoba institucionalizace opatrovnictví	19
1.2.1 Vývoj právní úpravy institutu opatrovnictví	20
1.2.2 Paradigma náhradního rozhodování	23
1.2.3 Podpora osob s duševní poruchou v úmluvě	24
1.2.4 Podpora osob s duševní poruchou v jiných dokumentech	28
1.3 Shrnutí	33
2 Zdravotnicko-sociální kontext opatrovnictví	35
2.1 Duševní poruchy v kontextu opatrovnictví	35
2.1.1 Normalita duševního zdraví a pojetí nemoci	36
2.1.2 Stigma duševní poruchy a proces nálepkování	38
2.1.3 Klinické formy duševních poruch	41
2.2 Psychiatrická péče o osoby s duševní poruchou	48
2.2.1 Péče v psychiatrických ambulancích	49
2.2.2 Péče v lůžkových zařízeních	52
2.3 Sociální péče o osoby s duševní poruchou	54
2.3.1 Poskytování sociálních služeb	55
2.3.2 Poskytování příspěvku na péči	57
2.4 Shrnutí	59
3 Systém opatrovnictví a praxe	61
3.1 Schéma systému opatrovnictví	61
3.2 Dvojí soudní řízení	63
3.2.1 Řízení o způsobilosti k právním úkonům	63
3.2.2 Řízení opatrovnické	66
3.3 Navrhovatelé	67
3.3.1 Typy navrhovatelů	68

3.3.2	Příbuzenská vazba navrhovatelů k budoucím opatrovancům	68
3.4	Soudní znalci z oboru psychiatrie	70
3.5	Soudci v soudním řízení	72
3.6	Osoby s duševní poruchou jako opatrovanci	73
3.6.1	Opatrovanci podle věkových skupin a pohlaví	74
3.6.2	Opatrovanci podle psychiatrických diagnóz	74
3.6.3	Nejčastější diagnózy ve věkových skupinách opatrovanců	76
3.6.4	Opatrovanci podle typu soudního rozhodnutí	77
3.7	Opatrovníci	79
3.7.1	Osoby blízké jako soukromí opatrovníci	80
3.7.2	Obce jako veřejní opatrovníci	81
3.8	Shrnutí	81
4	Výkon veřejného opatrovnictví v praxi	84
4.1	Povinnosti veřejných opatrovníků a osvědčená praxe	84
4.1.1	Činnosti realizované veřejnými opatrovníky v praxi	84
4.1.2	Praktické rady veřejných opatrovníků	91
4.1.3	Komunikace veřejných opatrovníků s opatrovanci	99
4.1.4	Péče o zdraví opatrovanců	101
4.2	Problémy při výkonu funkce veřejného opatrovníka	104
4.3	Shrnutí	108
5	Perspektivy vývoje opatrovnictví	110
5.1	Demografická podmíněnost vývoje opatrovnictví	110
5.1.1	Proměny struktury obyvatelstva	111
5.1.2	Proměny rodinných struktur	112
5.2	Změna systému péče o osoby s duševní poruchou	114
5.2.1	Reforma psychiatrické péče	114
5.2.2	Transformace sociálních služeb	118
5.2.3	Provázanost péče o osoby s duševní poruchou	120
5.3	Nová koncepce právní ochrany osob s duševní poruchou	122
5.3.1	Paradigma podporovaného rozhodování	122
5.3.2	Podpůrná opatření	124
5.3.3	Právní institut omezení svéprávnosti	125
5.3.4	Výkon opatrovnictví od roku 2014	127
5.4	Shrnutí	130

Závěr	133
Literatura	135
Seznam zkratk	150
Slovník termínů	151
Souhrn	153
Summary	155
Příloha	157
Výzkum opatrovnictví UP (2009–2011)	157
Rejstřík	159

Autoři děkují soudcům a veřejným opatrovníkům z Olomouckého kraje a Moravskoslezského kraje za spolupráci při výzkumu opatrovnictví osob s duševní poruchou.

Úvod

Obecně je možné fenoménu opatrovnictví rozumět jako jednání za druhého se souhlasem společnosti. Jedná se o společenskou instituci, která se zabývá ochranou, resp. podporou osob, které byly společností uznány nezpůsobilými rozhodovat a jednat o svých záležitostech. Pokud nahlížíme na instituci opatrovnictví systémově, jsou úzce propojeny aspekty zdravotní a sociální. V České republice (dále jen ČR) jsou systémy zdravotní a sociální péče rezortně odděleny, přestože existuje těsná návaznost a provázanost této péče (Juríčková, 2012). Poskytování účinné a vysoce kvalitní zdravotní i sociální péče o duševní zdraví a jeho léčba, jakož i přístup duševně nemocných ke službám, představují hlavní prioritu nové evropské strategie, proto je zapotřebí komplexní přístup k péči o osoby s duševní poruchou (Komise evropských společenství, 2005).

Dospělé osoby (ve věku nad 18 let) trpící duševní poruchou bývají ve způsobilosti k právním úkonům často omezovány nebo způsobilosti úplně zbavovány a zároveň jim bývá pravomocně ustanoven opatrovník. Dospělé osoby s duševní poruchou jsou klíčovými aktéry v systému opatrovnictví – jsou ve zvýšené míře ohroženy zanedbáváním péče nebo nedůstojným jednáním, což je činí rizikovou skupinou (Ivanová a kol., 2009). V ČR se od roku 2000 počet dospělých osob, které okresní soudy zbavily způsobilosti k právním úkonům nebo je omezily ve způsobilosti k právním úkonům, neustále zvyšuje (ročenky MSp). V ČR zatím není podrobná statistika o těchto osobách ani o jejich opatrovnících, proto bylo třeba chybějící údaje zjistit výzkumem.

Nejrozsáhlejší výzkum opatrovnictví dospělých osob v ČR realizoval tým odborníků z Univerzity Palackého v Olomouci (dále jen UP) v letech 2009–2011, jehož výsledky jsou prezentovány v této knize. Výzkum navazuje na mezinárodní projekt *Advocacies for frail and incompetent elderly in Europe: Comparative analysis of national systems and innovative approaches* (dále jen ADEL), na kterém autoři publikace participovali. Metodologie uplatňovaná v projektu ADEL byla převzata i do zmíněného výzkumu s tím, že zkoumání bylo koncipováno jako výzkum kombinující kvantitativní a kvalitativní přístupy. Výzkum probíhal ve dvou etapách. První etapa, zaměřená na výzkum soudních spisů, byla realizována v letech 2009–2010 (dále jen výzkum soudních spisů, UP, 2009–2010). Ve druhé etapě, realizované v roce

2011, se zkoumal výkon veřejného opatrovnictví ve dvou krajích ČR (dále jen výzkum veřejných opatrovníků, UP, 2011).

Knih je členěna do pěti kapitol. V první kapitole jsou uvedena teoretická východiska pro institucionalizaci opatrovnictví a je přiblížena současná podoba institucionalizace opatrovnictví v ČR. Druhá kapitola se zabývá zdravotnicko-sociálním kontextem opatrovnictví v ČR. Ve třetí kapitole je popsán současný systém opatrovnictví v ČR a jsou prezentovány výsledky z doposud nejrozsáhlejšího výzkumu opatrovnictví osob s duševní poruchou v ČR. Výkon veřejného opatrovnictví v praxi je uveden ve čtvrté kapitole. Pátá kapitola je věnována trendům pro budoucí vývoj opatrovnictví v ČR.

Cílem knihy je přispět k vyšší informovanosti zaměstnanců veřejné správy, pracovníků výkonné moci, zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků, soukromých opatrovníků, příp. dalších zájemců o opatrovnictví osob s duševní poruchou, a ke zvýšení profesionality výkonu opatrovnické funkce. Kniha umožňuje hlubší porozumění současnému systému opatrovnictví osob s duševní poruchou, s přihlédnutím ke specifickým potřebám dospělých osob s duševní poruchou, a zprostředkovává ucelený vhled do výkonu opatrovnické funkce.

1 Institucionalizace opatrovnictví

Obecně je možné fenoménu opatrovnictví rozumět jako jednání za druhého se souhlasem společnosti. Jedná se o společenskou instituci, která se zabývá ochranou dospělých osob, jež byly společnostmi uznány nezpůsobilými rozhodovat o svých záležitostech. Vychází z premisy, že dospělé osoby nezpůsobilé k právním úkonům potřebují při rozhodování pomoc od fyzických osob či právnických osob, které jsou podle 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 poskytování podpory při právních úkonech a při rozhodování (Juríčková, Ivanová, Kliment, 2011), proto se nejprve zaměříme na východiska pro institucionalizaci opatrovnictví a na současnou podobu institucionalizace opatrovnictví v ČR.

1.1 Východiska pro institucionalizaci opatrovnictví

Rozdíly v institucích opatrovnictví jednotlivých států zásadním způsobem ovlivňuje konkrétní podoba sociálního státu a platná legislativa opatrovnictví v jednotlivých státech (Köller, Pilgram a kol., 2009). Sociální stát se stal realitou všech ekonomicky vyspělých zemí. Na formování sociálního státu se podílejí nejen faktory politické a ekonomické, ale i kulturní tradice země a myšlenkové proudy, směry i koncepce, které se promítají do různých politických hnutí. Tyto faktory ovlivňují i funkce státu, např. ochranu práv a svobod občanů, zajišťování veřejných sociálních služeb apod. (Večeřa, 1996). Cílem fungování státu v sociální oblasti je vytváření podmínek pro stabilitu společenského života (Tomeš, 2010). Vycházíme z Esping-Andersenovy typologie sociálního státu, neboť je považována v současné době za nejucelenější (Koldinská, in Matoušek a kol., 2007).¹ Pro pochopení vzniku a vývoje

1 S problematikou sociálního státu se čtenář může podrobněji seznámit např. v těchto odborných publikacích: Večeřa, M. *Sociální stát*. Praha: Slon, 1996; Schubert, K., Hegelich, S., Bazant, U. (eds.). *The Handbook of European Welfare Systems*. London and New York: Routledge, 2009; Tomeš, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010; Tomeš, I. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011.

institutu opatrovnictví je užitečné nahlédnout, jak se v dějinách měnily přístupy k péči o osoby s duševní poruchou a jak se vyvíjela právní ochrana těchto osob.

1.1.1 Sociální stát jako produkt historického vývoje solidarity

Pojem sociální stát (*welfare state*)² souvisí s pojmem sociální politika, pro kterou sociální stát vytváří sociálně-politický, právní a ekonomický rámec (Večeřa, 1996). Pojem sociální stát není v odborné literatuře jednoznačně definovaný. Podle Krebse a kol. (2010) sociální stát lze nejčastěji charakterizovat jako stát, který se výrazně angažuje v řešení sociálních problémů svých občanů, má rozsáhlý systém sociálního zabezpečení, vysokou míru redistribuce, je náročný na ekonomické zdroje a vede k centralizaci, byrokratizaci a anonymitě. Večeřa (1996) chápe sociální stát šířeji, jako „systém sociální politiky navázaný na konkrétní stát a jeho sociální politiku“. Tomeš (2010) vnímá sociální stát jako „produkt historického vývoje veřejně organizované solidarity, která je odpovědí na mezinárodně uznané právo občanů na důstojné životní minimum“.

Základy moderní koncepce sociálního státu se připisují anglickému lordovi Beveridgemu (1879–1963), který v roce 1942 vypracoval první komplexní systém sociálního zabezpečení a v něm použil termín *welfare state* (Durdisová a kol., 2002). Tomeš (2010) upřesňuje, že „myšlenka sociálního státu se zrodila zvolna, zpočátku jako produkt křesťanské dobročinnosti, později jako reakce na postupné transformační procesy, které začaly s rozvojem měst a tržní ekonomiky ve 12.–16. století“. Stát už v 17. století uznal jako svou povinnost pečovat o chudé, práce neschopné občany, v obavách před rostoucím sociálním napětím (Tomeš, 2010). Pracovní podmínky dělníků a jejich sociální poměry se staly neudržitelnými. Sociální napětí se začalo zvyšovat v období industrializace v 19. století. Na tuto situaci reagovali liberálové a socialisté. Koncepce sociálního státu však není výsledkem socialismu, ale vychází především z křesťanské filantropie³ a z osvícenského pojetí společenské smlouvy.

2 V odborné literatuře se anglický výraz *welfare state* překládá různě, nejčastěji jako sociální stát či stát veřejných sociálních služeb (Krebs a kol., 2010). Pro účely této knihy se používá pojem sociální stát.

3 Pojem filantropie má mnoho podob, může to být dobrovolná pomoc chudým jako projev křesťanské lásky k bližnímu nebo fakultativní sociální pomoci v hmotné nouzi či poskytování sociální péče (Tomeš, 2010).

Společenská (sociální) solidarita⁴ se stala nezbytným prvkem stát-
nosti (Tomeš, 2010). „Solidarita je hodnotou, jejíž uplatňování vede
k vzájemné podpoře, k sociální soudržnosti společnosti, k prevenci
sociálních konfliktů a k zajištění lidsky důstojného života všem obča-
nům“ (Krebs a kol., 2010). Solidarita souvisí především „s utvářením
rozdělování životních podmínek a prostředků jedinců a sociálních
skupin (zejména rodin) v zájmu naplnění ideje sociální spravedlnos-
ti“ (Krebs a kol., 2010). Myšlenky o sociálně spravedlivější společnos-
ti založené na solidaritě se objevily v sociálních hnutích v 19. století.
Aktivní sociální politiku státu a jeho sociální odpovědnost za občany
požadovali zejména sociální demokraté. V Evropě začaly vznikat sys-
témy sociálního pojištění a sociální péče (Tomeš, 2010).

Myšlenkové koncepcce sociálního státu ovlivnila také řada význam-
ných politiků na přelomu 19. a 20. století, např. Bismarck a jiní, kteří
zdůrazňovali nejen ochranu jedince státem před některými náhodným-
i vlivy, ale také garanci minimálního životního standardu. Dvacáté
století kladlo důraz na regulační zásahy státu v sociální i ekonomické
oblasti a stát se postupně stal významným subjektem sociální politiky.
Diskuze o sociálních právech probíhala také na území ČR. Engliš přišel
s představou demokratického státu, který pečuje o národní kulturní
a vzdělanostní rozvoj i blaho svých občanů. Z Rakouska-Uherska byla
převzata řada zákonů, např. zákon o nemocenském pojištění, pojiště-
ní hornickém, penzijním pojištění, sociálním pojištění, zákony proti
nezaměstnanosti atd., které vytvořily českou alternativu sociálního
státu (Tomeš, 2010).

Příčiny vzniku sociálního státu je nutno hledat i v politickém vý-
voji, v němž se mění vztahy mezi jedincem a státem – stát je od toho,
aby jedinci sloužil a usnadňoval mu život. Příčiny byly i demografic-
ko-sociální. Vliv na koncepci sociálního státu měla řada jevů, např.
vysoká zaměstnanost žen, oddělení rodičovských a prarodičovských
generací, zmenšování rodin atd., které omezily možnosti zajišťování

4 Princip solidarity patří „k základním evropským hodnotám deklarovaným
v Evropské sociální chartě (1961), v Komunitární chartě sociálních práv pra-
cujících (1989) a v Chartě základních práv EU (2000)“ (Tomeš, 2010). Mezi
další a určující principy sociální politiky se řadí princip sociální spravedlnos-
ti, princip ekvivalence, princip subsidiarity a princip participace (Krebs a kol.,
2010). Důraz kladený na jednotlivé principy prosazované sociální politikou zá-
visí na hodnotách, které společnost preferuje (Čabanová, Munková, in Potůček
a kol., 2010).

sociální pomoci vlastními silami, prostřednictvím rodiny, přátel, obce apod. Řešení těchto aktivit a odpovědnost za ně se přesouvá v určité míře i na stát, zvláště v 60. a 70. letech 20. století je převáděno na institucionalizovanou profesionální úroveň (nemocnice, domovy pro důchodce atd.). Klientela sociálního státu se tak postupně rozšiřovala (Krebs a kol., 2010). V současnosti již není pochyb o tom, že stát má sociální odpovědnost vůči svým občanům (Tomeš, 2010).

V odborné literatuře 80. a 90. 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 (Tomeš, 2010). Sociální stát je nejen příliš drahý pro společnost, ale i neefektivní a nespravedlivý, protože svými zásahy zvýhodňuje určité vrstvy obyvatelstva na úkor jiných (Krebs a kol., 2010). Od koncepce státu jako štědrého poskytovatele sociální politiky se postupně upouští (Durdisová a kol., 2002). Usiluje se 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“ (Tomeš, 2010). Diskuze na téma sociální stát probíhají v rovině ekonomické, politické a kulturně společenské a netýkají se jen jeho samotné existence, ale spíše toho, jak by měla být vnímána role státu v sociální politice a obsah pojmu solidarita (Žižková, 2000), aby byly naplněny požadavky na efektivní fungování sociálního státu (Krebs a kol., 2010). Role státu se v sociální politice vyvíjí a mění. Vývoj struktury, obsahu a dynamiky sociálních států je determinován řadou faktorů (demografické, ekonomické, politické, kulturní aj.), které ve vzájemné interakci profilují jedinečnost každého sociálního státu (Večeřa, 1996).

1.1.2 Esping-Andersenova typologie sociálního státu

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, tedy schopnosti státu převzít odpovědnost za zajištění občana místo trhu (Esping-Andersen, 1990). Typologie také umožní analyzovat sociální problémy, „protože ty se projevují v různých typech sociálního státu s odlišnou intenzitou a v různých podobách“ (Keller, 2009).

Při konstrukci typů sociálního státu je použito různých indikátorů, které se vztahují jak k institucionálnímu složení, tak k výsledkům fungování sociálních systémů. Podle Esping-Andersena (1990) jsou typy sociálního státu výsledkem interakce tří faktorů, a to povahy mobilizace tříd, třídně politické koaliční struktury a historického dědictví institucionalizace jednotlivých režimů. Esping-Andersen (1990) poukázal na rozdílnost sociálního státu a na základě způsobu stratifikace, míry dekomodifikace a vztahů mezi státem, trhem i rodinou vytvořil tři typy sociálního státu, a to stát liberální, korporativní a sociálně-demokratický, později je doplnil o čtvrtý typ – jihoevropský (Esping-Andersen a kol., 2009).

- **Liberální** (též anglosaský) **sociální stát** má kořeny ve filozofii tzv. *laissez faire*. Zdůrazňuje individuální odpovědnost jednotlivce za uspokojování sociálních potřeb (Krebs a kol., 2010). Stát přenesl roli provozovatele sociálních služeb především na nestátní organizace (Koldinská, in Matoušek a kol., 2007). Státní intervence do sociální oblasti jsou minimální a přicházejí na řadu, až když rodina a trh selhávají (Večeřa, 1996). „Úsilí o ekonomickou konkurenceschopnost je tedy zapláceno rostoucí nerovností a nárůstem počtu chudých, ať již mají práci, anebo nikoliv“ (Keller, 2009). Sociální dávky jsou zaměřeny na klienty s nízkými příjmy (Večeřa, 1996). Tomuto typu se nejvíce blíží USA a Velká Británie.
- **Korporativní** (též konzervativní, kontinentální) **sociální stát** „oproti egalitárním systémům konzervuje statusové rozdíly mezi jednotlivými profesemi a obory činnosti, silně je v něm zastoupen vliv profesních korporací, výrazná je etatická tradice ve smyslu privilegizace státních úředníků v systému sociálního zabezpečení“ (Keller, 2009). Korporativní typ je hodnotově zakotven v křesťanství, je silně vázán k udržení tradiční rodiny (Čabanová, Munková, in Potůček a kol., 2010). Až do sedmdesátých let 20. století byl korporativní 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“ (Keller, 2009). Tomuto typu se blíží sociální politiky např. Německa a Rakouska.
- **Sociálně-demokratický** (též skandinávský) **sociální stát** vychází ze zásad univerzalizmu, tj. všichni občané jsou zaopatřeni proti sociálním rizikům nezávisle na své výdělečné činnosti. Tento typ

státu je považován za nejštedřejší a nejnákladnější, klade důraz na rozvoj široké škály sociálních služeb poskytovaných veřejným sektorem a všestrannou podporu rodiny (Koldinská, in Matoušek a kol., 2007). Sociálně-demokratický model byl všeobecně považován za nejvyspělejší typ sociálního státu, avšak od poloviny 80. a 90. let 20. století dochází i v zemích, které tento model státu aplikují, k prudkému nárůstu nezaměstnanosti a veřejné zadluženosti. Financování tohoto modelu spočívalo, na rozdíl od modelu korporativního, ale i liberálního, převážně na daních (Keller, 2009). Typickými představiteli tohoto typu jsou skandinávské země, např. Švédsko, Norsko, Finsko a Dánsko.

- **Jihoevropský** (též rudimentární, latinský) **sociální stát** bývá označován jako „duální stát“, protože obsahuje prvky korporativního typu (tj. důchodové zajištění a zajištění v nezaměstnanosti spočívá v pojištění hrazeném z příjmu ze zaměstnání) i sociálně-demokratického typu (tj. zdravotní péče a vzdělávání jsou financovány z daní) (Keller, 2009). „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, výrazně častěji zde žijí pohromadě dvě i tři generace“ (Keller, 2009). Typickým představitelem je Španělsko.

Stručně charakterizované typy či modely sociálního státu jsou abstrakcí podstatných znaků. Ve skutečnosti nemohou existovat v jednotlivých zemích v této čisté modelové podobě (Schubert, Hegelich, Bazant a kol., 2009).⁵ Reálná sociální politika v každé zemi je vždy výsledkem kombinace prvků všech typů (Krebs a kol., 2010). Totéž platí i pro model sociální politiky ČR, ani ji nemůžeme jednoznačně přiřadit jen k jednomu typu. Vědečtí odborníci (Köller, Pilgram a kol., 2009) v rámci mezinárodního projektu ADEL přiřadili ČR k tzv. **přechodnému typu**. Podle Koldinské (in Štefko, 2011) 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

5 Sociální systémy v 27 zemích jsou přehledně popsány v knize *The Handbook of European Welfare Systems* (Schubert, K., Hegelich, S., Bazant, U. a kol., 2009).

změnám, včetně sociálních reforem. 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 univerzalismus a na monopolní postavení státu v sociální oblasti. Byl to model rovnostářský a náročný na ekonomické zdroje, opírající se o rozsáhlou redistribuci a stimulující spíše pasivní chování obyvatel. Základním rysem byl státní paternalismus.⁶ Nová podoba soudobé politiky se vytváří postupně a jsou v ní zastoupeny prvky všech výše uvedených typů. Systémová změna sociální politiky je spojena se zeslabením prvků nedistributivního typu, tj. omezení sociální velikosti státu při současném posílení prvků výkonových a reziduálních vedeném snahou po úsporné a zároveň účinné sociální politice (Krebs a kol., 2010). Jedním ze stěžejních úkolů zdravotně-sociální politiky ČR je podpora a péče o osoby s duševní poruchou.

1.1.3 Přístupy 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 nacházejí v nejstarších písemných památkách starověku, např. ve staroegyptských papyrech,⁷ na starobabylónských klínopisných 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 (Šedivec, 2008). Raný a střední starověk je spojen s obdobím, kdy existence člověka byla vázána na zdatnost, sílu a obratnost. S nemocnými a postiženými duševními chorobami se zacházelo velmi krutým způsobem, buď je rodina ponechala napospas svému osudu, nebo se jich legitimně zbavovala (Jesenský, 2000). Ve staroegyptském písemnictví se také připomíná nejstarší popis stařecké demence. Popisy duševních chorob lze najít i ve Starém zákoně, v němž jsou duševní choroby považovány,

6 Viz oddíl 1.2.2.

7 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, 1994; Řihová a kol., 2005).

podobně jako v řecké mytologii, za boží trest (Šedivec, 2008). Humanitní přístup k duševně chorým jako první zdůraznili staroindičtí lékaři. Počínaje Hippokratem (kolem roku 460 př. n. l.) je možné již soustavněji sledovat vývoj medicínského nazírání na duševní choroby a vývoj zdravotnické péče o duševně choré (Vencovský, 1983). Přístup k péči o osoby s duševní chorobou ve starověku lze též charakterizovat jako represivně lhostejný a výběrově utilizační (Jesenský, 2000).

Středověké lékařství bylo pokračováním starověké hippokratovské medicíny. Duševní choroby byly popisovány jako přirozené nemoci mozku a vysvětlovány poruchou tělesných šťáv. Středověcí lékaři doporučovali somatickou léčbu, zejména pročišťování, projímadla, zvracívé prostředky apod. (Šedivec, 2008). V 15. století vznikly první neklášterní azyly a nemocnice pro duševně choré, budované většinou městy. V 15. století vznikla také 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 (Vencovský, 1983). Jesenský (2000) označuje přístup k péči o osoby s duševní poruchou v 15. až 16. století za humánně filantropický.

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 a chemickými procesy. Duševní poruchy byly považovány za choroby mozku. Postupně vznikala zařízení, která sloužila systematické péči o duševně choré, i když často společně s tuláky a kriminálníky.⁸ Péče o duševně choré v Čechách byla až do konce 18. století na úrovni středověku. Neklidní duševně choří byli zavíráni do vězení a klidní duševně nemocní byli umísťováni ve špitálech. Institucionální péče o duševně choré v Čechách je spojena s dvorním dekretem císaře Josefa II. z 19. března 1783, v němž nařídil, aby při nemocnici milosrdných bratří v Praze bylo zřízeno oddělení pro duševně choré kněze (Vencovský, 1983). Ve větších městech byly budovány samostatné budovy pro duševně choré, odděleně od nemocnic. Zdravotnická péče o duševně nemocné byla na nízké úrovni, svou úlohu sehrávaly i dobové předsudky o nevléčitelnosti duševně chorých, na které se pohlíželo jako na obtížné a zbytečné lidi (Šedivec, 2008). Radikální změna v nazírání na péči o duševně choré je spjata

8 Foucault (1994) např. popisuje, v jakých konkrétních podobách se duševní choroby jevíly osvícenskému myšlení.

se jménem francouzského lékaře Pinela (1745–1826), který tvrdil, že duševní choroby jsou léčitelné a nejlepší prostředím k léčbě se může vytvořit v psychiatrických nemocnicích. Reforma péče o duševně choré nemůže být čistě charitativní záležitostí, ale primárně spadá do odpovědnosti státu (in Vencovský, 1983). Přístup k péči o osoby s duševní poruchou a tělesným postižením v 17. až 18. století lze charakterizovat jako altruisticko-segregační (Jesenský, 2000).

V 19. a 20. století byly koncepce duševních nemocí od autorů, jako byli např. Reil, Griesinger, Alzheimer, Kraepelin, Bleuler, Kuffner, Kretschmer, Conrad a kol., značně rozdílné (Šedivec, 2008). Přístup k péči o osoby s duševní poruchou v 19. a 20. století lze charakterizovat jako rehabilitačně emancipační (Jesenský, 2000). Psychiatrie se plně medicinizovala. Došlo k rozvoji poznatků o mozku a jeho funkci (Raboch, in Raboch, Wenigová a kol., 2012; Turner, in Albrecht, Fitzpatrick, Scrimshaw, 2001). Dochází k výrazné ochraně práv osob s duševní poruchou. Důraz se klade na autonomii a důstojnost osob s duševní poruchou a na jejich integraci do společnosti.

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.

1.2 Současná podoba institucionalizace opatrovnictví

Ve stárnoucích společnostech otázky spoluúčasti osob s duševní poruchou ve společenském životě a možnosti svobodného rozhodování o jejich životě mají zásadní význam. Stát se stále více potýká s povinnostmi chránit osobní práva těchto osob (Köller, Pilgram a kol., 2009). Pozornost se také soustřeďuje na péči a podporu dospělých osob, které byly zbaveny způsobilosti k právním úkonům nebo omezeny v této způsobilosti z důvodu duševní poruchy, a na jejich zrovnoprávnění se zdravými občany. V Evropě se uplatňují zásady formulované v dokumentu Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (Tomeš, 2011). Přijetím této úmluvy se ČR zavázala k implementaci všech práv a svobod, které úmluva garantuje, což předpokládá i zásadní změnu systému opatrovnictví v ČR (Marečková, Matiaško, 2010). Současná právní úprava institutu opatrovnictví má kořeny v římském právu, proto se nejprve zaměříme na to, jak římská společnost (450 let př. n. l.) poskytovala ochranu osobám s duševní poruchou.