

## SUMMARY:

### QUALITY OF CARE IN CZECH PSYCHIATRIC HOSPITALS

Rybová L.

**Background:** The subject of this article is quality of care in Czech psychiatric hospitals/mental institutions in context of rights of patients and rights of persons with mental illness. The aim of this article is to analyse current knowledge about conditions of care and protection of human rights in psychiatric institutions and to discuss causes of existing problems in context of the system of mental health care in Czech Republic.

**Methods:** Analysis of legal regulations, secondary analysis of results of previous surveys of quality of care in Czech psychiatric institutions, secondary analysis of human rights reports and own survey.

**Results:** Survey confirmed that high percentage of patients in psychiatric hospitals/mental institutions doesn't obtain information about rights during hospitalization. Patients aren't informed about their diagnosis, medication, side effects of medication. Despite of these findings most of responding patients are fairly satisfied with conditions of care.

**Conclusions:** Survey verified hypothesis that psychiatric patients can participate in questioning about satisfaction with care and that results can be used for assessment of quality of care. Monitoring of human rights in psychiatric hospitals can be carried out by non-governmental organizations of users of care.

**Key words:** mental health, rights of patients, rights of persons with mental illness, quality of care, assessment, psychiatric hospitals/mental institutions

#### o autorce:

Mgr. Lucie Rybová je řešitelkou projektu *Pacientských důvěrníků a projektu Pacient pomáhá pacientovi – rozvoj dobrovolnických aktivit v psychiatrických léčebnách, které realizuje sdružení psychiatrických pacientů KOLUMBUS*

e-mail: (ripova.lucie@seznam.cz)

# Kvalita péče v psychiatrických léčebnách (1)

## Šetření dodržování práv pacientů a jejich spokojenosti s podmínkami péče

Lucie Rybová

### I ÚVODNÍ VYMEZENÍ PROBLÉMU

Duševní zdraví tvoří společně s fyzickým zdravím a sociální pohodou tři základní vzájemně propojené složky celkového zdraví, které zásadně ovlivňuje schopnost člověka uplatnit se v prostředí, ve kterém žije. Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby 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 nejpřírozejších podmínkách (Koncepte psychiatrie, 2001).

Společenské postavení a míra integrace osob s duševní poruchou ve značně míře souvisí se společenským postavením osob se zdravotním postižením. Začleněním osob s duševní poruchou do společnosti brání v České republice řada problémů, které se z různých důvodů dlouhodobě nedaří uspokojivě řešit. Zpráva o stavu lidských práv v České republice v roce 2006 (dále jen „Zpráva o lidských právech“) upozorňuje v souvislosti s právy osob se zdravotním postižením na nízký počet chráněných bytů či bytů na půl cesty a na zvyšování cen nájemného. V oblasti zaměstnávání je problémem nezajímání, a často i obavy zaměstnavatelů a nedostatek vhodných pracovních míst.

Ze specifických problémů osob s duševní poruchou je nutné zmínit především neschopnost dostatečně hájit svá práva, stigmatizaci, sociální vyloučení a diskriminaci. Přestože osoby s duševní poruchou mají stejná práva jako jiné skupiny osob se zdravotním

postižením, nejsou kvůli specifčnosti svého onemocnění schopny je samy dostatečně prosazovat a hájit. Hrozí jim proto častěji ztráta práce, bydlení i majetku. V soudních řízeních jsou práva osob s duševní poruchou obcházena či přímo porušována, neboť nemají kvalitní právní zastoupení. Poskytování bezplatné právní pomoci ohroženým skupinám osob, jako jsou právě osoby s duševní poruchou, není dosud v České republice legislativně upraveno. Placené právní služby jsou pro převážnou část psychiatrických pacientů nedostupné, a tak nejsou jejich práva v řízení o zákonnosti převzetí a držení v psychiatrické léčebně, ale i v majetkových či občanskoprávních sporech, dostatečně hájena (Ripová, 2003).

Osoby s duševní poruchou mají stejné právo na kvalitní zdravotní služby, odpovídající léčbu a technologie umožňující co nejlepší ochranu zdraví jako ostatní členové společnosti (Rada Evropy, 2006). Přesto je tato skupina pacientů přímo i nepřímo diskriminována, čelí sociálnímu vyloučení, které je důsledkem přetrvávající stigmatizace psychiatrických pacientů ve společnosti (Ripová, 2003). Diagnóza duševní poruchy znamená pro pacienta silné sociální stigma, neboť postoj veřejnosti je velmi ovlivněn iracionálními předsudky a nízkou informovaností o povaze a léčbě duševních poruch. Včasná diagnóza duševní poruchy proto pacientovi nepřináší úlevu, ale další problémy. Na pacienta s duševní poruchou bývá a priori okolím (zdravotníky nevyjímaje) pohlíženo jako na osobu neschopnou, která je neschopna jakéhokoliv rozhodnutí a podle toho je s ním i jednáno (Zpráva o lidských právech, 2001).

Pacienti s psychickou poruchou jsou proto velmi často (a mnohdy zbytečně) omezováni nebo zbavováni způsobilosti k právním úkonům. Nedostatečná je také kontrola výkonu funkce opatrovníka osob zbavených či omezených ve způsobilosti k právním úkonům v situacích, kdy dochází ke střetu zájmů mezi touto osobou a jejím opatrovníkem. V oblasti zdravotní péče jde nejčastěji o udělení souhlasu opatrovníka s hospitalizací v psychiatrické léčebně, souhlasu s léčebnými výkony (Ripová, 2002).

Od poloviny 20. století probíhá v demokraticky a ekonomicky vyspělých zemích západní Evropy proces proměny systému péče o osoby s duševní poruchou. Potřeba specifických, nově definovaných cílů péče o osoby s duševní poruchou, vyvstává po druhé světové válce v souvislosti se všeobecným hnutím humanizace a vzrůstu významu lidského individua a jeho práv (WHO, 2001). Klasický, tzv. institucionální systém mající své kořeny v 19. století, kde hlavním místem pomoci osobám s duševní poruchou byly psychiatrické léčebny, je v rozvinutých státech postupně nahrazován systémem komunitním, pro který je charakteristická snaha respektovat pacienta a jeho potřeby a poskytovat péči co nejbližší pacientově domovu (Knapp, McDavid, 2005, Thornicroft, 2003).

Systém péče o osoby s duševní poruchou nebyl po roce 1989 zásadněji reformován. Právní úprava týkající se péče o duševní zdraví je nedostatečná, zastaralá a roztržitěná. Česká republika nemá, na rozdíl od většiny vyspělých západních zemí, samostatný zákon o duševním zdraví (Ripová, 2001). V porovnání s vyspělými evropskými státy je péče o osoby s psychickými poruchami v ČR méně rozvinuta (Raiter a kol., 2004). V péči o osoby s duševní poruchou převládá lůžková a ústavní péče. Síť psychiatrických ambulančních je poměrně hustá a kvalitní, ale přetížená, a z tohoto důvodu neplní kvalitně funkci základního článku diagnostiky a péče, pro kterou je určena. Zcela nedostatečně rozvinutá je tzv. intermediární sféra, která zahrnuje krizová centra, denní stacionáře a zařízení poskytující programy chráněného bydlení a chráněné práce. Psychiatrická péče je přetížena v důsledku suplování neexistující sítě sociální pomoci (Raiter a kol., 2004). Sociální péče o osoby s psychickým onemocněním je stále koncentrována do tzv. ústavů sociální péče, kde jsou jejich potřeby jen málo zohledněny. Specializovaných rezidenčních zařízení sociálních služeb pouze pro osoby s duševní poruchou je velmi málo.

Změny v přístupu k pacientům, ve smyslu partnerského přístupu a otevřenější komunikace, jak to vidíme v jiných oblastech medi-

cíny, jsou spíše než snahou lékařů vyvolávány rostoucí náročností ze strany pacientů. Vyšší samostatnost a sebedůvěru pacientů aktivně podporují a prosazují uvnitř psychiatrické odborné obce spíše jen osvícení a nadšení jednotlivci a většina ostatních tyto změny pouze pasivně chápe a přijímá jen do okamžiku, než začnou představovat nějakou konkrétní komplikaci nebo zátěž. Mnoho psychiatrů dospívá k potřebě otevřenější komunikace s pacienty až na základě tlaku ze strany pacientů, který je v poslední době patrný. Postoj k informovanosti pacientů lze shrnout do věty: „*at se pacienti někde lépe informují, a pak s nimi budeme lépe komunikovat*“. Zapojování rodiny a přirozeného zájmu pacientů do léčebného procesu je pro mnoho psychiatrů nepřijatelnou komplikací, která může jejich práci s pacientem spíše narušit (Raiter a kol., 2004). Pacientská sdružení poukazují na to, že pacienti v psychiatrických léčebnách nejsou považováni za partnery, zachází se s nimi jako s dětmi, nejsou řádně informováni, jejich soukromí není respektováno. Tyto stížnosti se přitom netýkají jen pacientů nedobrovolně hospitalizovaných, ale i těch, kteří se přicházejí léčit dobrovolně. (Zpráva o lidských právech, 2001).

Ochrana práv osob s duševní poruchou obecně a práv pacientů v psychiatrických léčebnách nevěnují odpovědné instituce dostatečnou pozornost. Porušování práv pacientů v psychiatrických léčebnách je poprvé zmíněno ve Zprávě o stavu lidských práv v České republice až v roce 2001. „*U této skupiny zdravotně postižených osob je s odkazem na specifčnost jejich zdravotního postižení zejména v průběhu ústavní léčby mnohem častěji než u jiných skupin pacientů zasahováno do jejich základních lidských práv: práva na osobní svobodu a bezpečnost, práva na zachování lidské důstojnosti, práva na soudní ochranu a účast v soudním řízení, práva na informace a ochranu svých osobních údajů. Dosavadní kasuistické informace svědčí o tom, že úroveň zacházení s pacienty, respektování jejich lidské důstojnosti, jejich informování o léčbě, kontroly nad omezeními osobní svobody či zásahy do osobní integrity a mechanismů pro vyřizování stížností je v jednotlivých zařízeních, ba dokonce i na jednotlivých odděleních téhož zařízení, často diametrálně rozdílná. Zatímco nejlepší zařízení aktivně usilují o humanizaci psychiatrické péče podle vzoru vyspělých států EU, jinde se situace od roku 1989 změnila pouze nepatrně*“ (Zpráva o lidských právech, 2001). Před, ale ani po zveřejnění této zprávy, nebyla práva pacientů v psychiatrických léčebnách systematicky monitorována. Z pozdějších ojedinělých výzkumů a šetření, např. Centra pro rozvoj pé-

če o duševní zdraví (2003), Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT, 2006) a ze zprávy veřejného ochránce práv (2008) vyplývá, že porušování práv pacientů v psychiatrických léčebnách není výjimečným jevem a že tento problém přetrvává do současnosti.

Sledování kvality péče a spokojenosti pacientů s využitím objektivních a subjektivních hodnotících metod bylo doposud v českých psychiatrických léčebnách prováděno jen sporadicky (Raiter a kol., 2006). Do posuzování kvality zdravotní péče jsou v zahraničí i u nás stále častěji zapojováni i samotní pacienti, v rámci kvalitativních i kvantitativních šetření. Psychiatrie je jedinou oblastí medicíny, kde je hodnocení kvality péče pacientem považováno částí české odborné veřejnosti minimálně za problematické, ne-li za nemožné. Polovina ze 199 psychiatrů a více než 75 % z 66 praktických lékařů dotazovaných v roce 2004 agenturou STEM/MARK zastávalo názor, že v psychiatrii není možné využít měření spokojenosti pacientů s poskytnutou péčí k hodnocení kvality této péče (Raiter a kol., 2004).

## 2 METODOLOGIE

Pro zpracování analytické a empirické části práce byla použita analýza právního rámce v ČR, sekundární analýza dokumentů a zpráv monitorujících dodržování práv pacientů v léčebnách, sekundární analýza výsledků dosavadních výzkumů ke kvalitě péče v psychiatrických léčebnách a vlastní dotazníkové šetření mezi pacienty.

Cílem je analyzovat dostupné poznatky o podmínkách péče, ochraně a dodržování práv pacientů v psychiatrických léčebnách v kontextu kvality zdravotní péče, a formou dotazníkového šetření zjistit názory a spokojenost samotných pacientů.

## 3. ANALYTICKÁ ČÁST

### 3.1 Lůžková péče v ČR

Lůžková psychiatrická péče je v ČR podle § 36 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, poskytována v psychiatrických odděleních nemocnic a v psychiatrických léčebnách. Ve 27 psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic (včetně psychiatrických klinik) je celkem 1546 lůžek. Průměrná kapacita psychiatrického oddělení je 50 lůžek. Celkový počet lůžek na psychiatrických odděleních se v posledních letech mírně zvýšil. V posledních 15 letech nevzniklo žádné nové psychiatrické oddělení. Lůžka psychiatrických oddělení jsou užívána pro krátkodobé akutní hospita-

lizace. Doba pobytu je limitována systémem sestupné platby. Kapacita psychiatrických oddělení je v průměru využívána ze 79 %. Průměrná délka hospitalizace činí 24 dní. V psychiatrických odděleních pracuje 143 psychiatrů, tzn. 1 psychiatr na 10,81 lůžka (Pfeiffer a kol., 2005).

Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR z roku 2006 bylo v České republice 17 psychiatrických léčeben pro dospělé s kapacitou 9442 lůžek. Zřizovatelem 14 psychiatrických léčeben je Ministerstvo zdravotnictví, dvě léčebny zřizuje kraj a jednu léčebnu jiná právnická osoba. Psychiatrické léčebny jsou odbornými léčebnými ústavami, kde je poskytována péče osobám „s poruchami zdraví, které mají vleklý průběh a potřebují zvláštní odbornou péči s výrazným rehabilitačním zaměřením“. Jejich péče má navazovat na péči nemocnic.

Formálně slouží psychiatrické léčebny pouze pro následnou péči, reálně je však přibližně 30 % jejich kapacity určeno k akutním příjmům (Pfeiffer a kol., 2005). Léčebny plní i úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde dosud psychiatrická oddělení nejsou nebo kde nemají odpovídající lůžkovou kapacitu. Fakticky se u mnohých léčeben jedná o psychiatrické nemocnice, které mají řadu specializovaných oddělení. Léčebny zajišťují i nařízené ochranné léčby psychiatrické, sexuologické, protitoxikomanické, protialkoholické.

Kapacita psychiatrických léčeben je využívána z 87 %. Průměrná délka hospitalizace činí 79 dní. Délka hospitalizace, včetně doby pobytu na lůžkách pro akutní péči, není formálně omezena (Pfeiffer a kol., 2005).

### 3.2. Analýza platné právní úpravy se vztahem k právům pacientů v psychiatrických léčebnách

Ochrana práv tedy závisí zejména na míře ochrany práv osob s duševní poruchou, pacientů. Platná právní úprava upravuje poskytování zdravotní péče a práva pacientů jednotně pro všechny skupiny pacientů, včetně práv osob s duševní poruchou. Jde o již zmíněný zákon o péči o zdraví lidu z roku 1966, který je zastaralý, byť byl v minulosti mnohokrát novelizován. V současnosti Poslanecká sněmovna projednává návrh zákona o zdravotních službách a návrh zákona o specifických zdravotních službách, jejichž cílem je mimo jiné implementovat závazky České republiky plynoucí s ratifikovaných mezinárodních úmluv.

Zásadní význam, z hlediska ochrany práv pacientů v psychiatrických léčebnách, má proto Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplika-

cí biologie a medicíny (dále jen „Úmluva“), kterou je Česká republika vázána od roku 2001 a která má vyšší právní sílu než zákony České republiky. Článek 1 Úmluvy zaručuje osobám s duševní poruchou stejná práva a ochranu při aplikaci biologie a medicíny, jaké se dostává ostatním skupinám pacientů: „Cílem Úmluvy je chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručit úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny.“ V rozporu s tímto článkem je stále poměrně častý názor lékařů, že psychiatrický pacient nemá znát svoji diagnózu a nemá mít přístup ke své zdravotnické dokumentaci.

Článek 5 Úmluvy specifikuje podmínky tzv. informovaného souhlasu pacienta s léčbou: „Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.“ Pouze v situacích nouze vyžadující neodkladná řešení (Čl. 8 Úmluvy), kdy nelze získat příslušný souhlas, lze jakýkoliv nutný lékařský zákrok provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotčené osoby. Dotčená osoba může svůj souhlas kdykoliv odvolat. Nedobrovolnou léčbu upravuje článek 7 Úmluvy: „V souladu s podmínkami stanovenými v zákonu na ochranu těchto osob včetně právní úpravy pro dohled, kontrolu a odvolání, může být osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu, je-li zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy, pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vši pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví.“ Z článku vyplývá, že o zákroku (tzn. i o léčbě) bez souhlasu pacienta lze uvažovat pouze u vážných duševní poruch, a to za současného splnění další důležité podmínky, která spočívá v tom, že tento zákrok je zaměřen na léčbu duševní poruchy (nikoliv například na pouhé zklidnění pacienta, jak je tomu při užití medikace jako omezovacího prostředku), a že bez takovéto léčby by se vši pravděpodobností došlo k závažnému poškození zdraví pacienta. Prakticky z toto článku vyplývá povinnost lékaře v případě sporu s pacientem prokázat, že nedobrovolně léčenému pacientovi hrozilo bez této léčby závažné poškození zdraví.

Pro posuzování kvality zdravotní péče o osoby s duševní poruchou je nutno vyjít z článku 4 Úmluvy, který stanoví, že „jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.“

Pro obor psychiatrie dosud nebyly závazné standardy zdravotní péče ministerstvem zdravotnictví schváleny, a to představuje vážný problém, zejména pro způsob zjišťování a hodnocení kvality péče v jednotlivých psychiatrických léčebnách, pro jejich vzájemné porovnávání, i pro srovnání systému komunitní péče s péčí lůžkovou.

Česká republika také nemá, na rozdíl od většiny vyspělých západních zemí (např. Velká Británie, Skotsko, Irsko, Holandsko, Německo, Rakousko, Itálie), ale i zemí bývalého východního bloku (např. Rumunsko, Litva, Rusko, Slovinsko), samostatný zákon o duševním zdraví, jehož význam spočívá v tom, že deklaruje práva osob s duševní poruchou, zejména v případě nedobrovolného umístění nebo léčby ve zdravotnickém zařízení a dále v tom, že vytváří právní rámec pro fungování celého systému péče o osoby s duševní poruchou. Absence takové právní normy v ČR znamená, že pro institucionální i systémové změny v péči o osoby s duševní poruchou není v českém právním řádu opora a to se dlouhodobě projevuje stagnací tohoto segmentu zdravotní péče. Existenci zákona na ochranu osob s duševní poruchou předpokládá i článek 7 Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.

### 3.3. Vnější kontrola dodržování práv pacientů v psychiatrických léčebnách

V roce 2005 byla schválena novela zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, která od 1. ledna 2006 rozšířila působnost veřejného ochránce práv (dále jen „ochránce“) o provádění systematických návštěv míst, kde se nacházejí osoby omezené na svobodě na základě rozhodnutí veřejné moci nebo v důsledku faktické situace – závislosti na poskytované péči. Nová působnost ochránce se vztahuje nejen na zařízení v nichž se vykonává např. vazba a trest odnětí svobody, ale nově i na zařízení, kde probíhá ochranná a ústavní výchova nebo ochranné léčení, ústavy sociální péče, zdravotnická zařízení včetně psychiatrických léčeben.

Při návštěvách ochránce zjišťuje, jak je s těmito osobami zacházeno a snaží se zajistit respektování jejich základních práv a posílit jejich ochranu před tzv. špatným zacházením. V případě péče o osoby s duševní poruchou může mít špatné zacházení podobu porušování základních práv, jako je např. právo na osobní svobodu, na nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, poskytování péče způsobem zasahujícím do lidské důstojnosti, zneužívajícím způsobem nebo způsobem prohlubujícím závislost osoby na po-

skytované péči (Zpráva veřejného ochránce práv, 2008).

Zákon opravňuje ochránce při provádění návštěv vstupovat bez předchozího upozornění do všech prostor zařízení a provádět v nich šetření, nahlížet do spisů, klást otázky jednotlivým zaměstnancům a rozmlouvat bez přítomnosti jiných osob s osobami umístěnými v zařízeních. Po provedení návštěvy vypracuje ochránce zprávu o svých zjištěních s doporučeními na provedení určitých opatření k nápravě a postupně se snaží přimět zařízení k aktivitě vedoucí ke zlepšení stavu. V případě názorové neshody ochránce o svých zjištěních informuje nadřízený úřad či svoje stanovisko zveřejní. Výsledkem práce ochránce v této agendě by mělo být vytvoření a následné prosazování určitých standardů zacházení s osobami, které by měly jednotlivé typy zařízení dodržovat. Systematické návštěvy ochránce vykonává podle určitého systému a předem sestaveného plánu na konkrétní časový úsek. V tomto smyslu jde též o návštěvy pravidelné, s výrazným preventivním zaměřením. Výběr konkrétních zařízení se řídí např. předchozími poznatky z praxe ochránce, referencemi získanými od veřejnosti či umístěných osob (pozitivními či negativními), výsledky činnosti resortních kontrolních mechanismů (Zpráva veřejného ochránce práv, 2008).

### 3. 4. Analýza faktorů ovlivňujících kvalitu péče v psychiatrických léčebnách v kontextu práv pacientů

Hospitalizace v psychiatrické léčebně znamená velké stigma, které si pacient sebou odnáší po propuštění do života. Delším pobytem v léčebně dochází i k přetrhání rodinných a sociálních vazeb, které jsou nesmírně důležité pro další pacientův život. Jde o závažné rozhodnutí, které má dopad na celý pacientův osobní i pracovní život. Proto by k hospitalizaci v psychiatrické léčebně mělo docházet jen v nejkrajnějším případě, na co nejkratší možnou dobu a pouze na základě rozhodnutí soudu (Ripová, 2003).

Geografické rozložení psychiatrických léčeben, které byly budovány převážně na okraji měst a na venkově, neodpovídá doporučenému trendu léčby osob s duševní poruchou. Léčba by měla probíhat v malých lůžkových zařízeních s dobrou vazbou na komunitu. Spádová oblast velkých léčeben je přibližně 1 milion obyvatel a největší vzdálenost z okrajových částí spádové oblasti je přibližně 200 km, což výrazně komplikuje možnost kontaktu pacientů s jejich rodinami a blízkými. Dětská psychiatrická léčebna v Opařanech slouží pro celou ČR. V evropských zemích podobné zařízení neexistuje

(Pfeiffer a kol., 2005). Požadavek vyplývající z dokumentu OSN – Zásady ochrany duševně nemocných z roku 1991: „pokud se léčba odehrává v zařízení péče o duševní zdraví, má pacient právo léčit se blízko svého domova, rodiny a přátel“, tak v případě léčby v psychiatrické léčebně naplněn není (Zpráva veřejného ochránce práv, 2008).

Podle Zásad ochrany duševně nemocných může být porušením lidských práv osob s duševní poruchou jak neposkytování adekvátní péče umožňující důstojný život, tak i poskytování restriktivní, výrazně omezující péče. Výchozím kritériem pro hodnocení kvality péče o pacienty s duševní poruchou je s ohledem na tyto principy, míra respektu lidských práv stávajících a potenciálních klientů systému péče o duševní zdraví. V tomto ohledu je kvalita péče v psychiatrických léčebnách více než problematická. Prostředí v léčebnách je zásadním faktorem negativně ovlivňujícím míru naplnění práv pacientů. V ČR má 10 psychiatrických léčeben kapacitu vyšší než 600 lůžek (největší má 1600 lůžek). Hmotné podmínky v jednotlivých léčebnách se značně liší. Prakticky všechny léčebny jsou umístěny v objektech starších 100 let, které ani po rekonstrukci nemohou splňovat podmínky pro ubytovací standard, natož vytvořit pacientovi minimální intimitu a soukromí (ložnice s více než 10 lůžky, nízké počty sociálních zařízení atd.).

V psychiatrických léčebnách pracuje celkem 465 psychiatrů (1 lékař na 21,6 lůžek) a 1530 zdravotních sester. Personální obsazení, kvalita péče (včetně respektu k právům hospitalizovaných pacientů) se různí. Neexistují závazné minimální standardy péče (Pfeiffer a kol., 2005). Respektování a dodržování práv pacientů v praxi ovlivňuje zejména aktuální počet a složení zdravotnického personálu, který není v oblasti lidských práv a zacházení s agresivními či problematickými pacienty systematicky školen. Péče o pacienty probíhá v rámci jednotného režimu, který snadno vede ke špatnému zacházení a porušování jejich práv. Pacienti jsou velmi vágně (pokud vůbec) při příjmu a během hospitalizace informováni o svých právech. Nedostatečně je lékaři naplňováno i právo pacienta na informace. Pacienti jsou nedostatečně informováni o lécích, které užívají a o jejich vedlejších účincích (Ripová, 2002). V léčebnách nepůsobí nezávislé komise složené ze zástupců z řad pacientů, jejich rodinných příslušníků a právníků, které by hájily práva a zájmy pacientů, jak je to běžné v zahraničí. Etické komise v léčebnách projednávají jen specifické případy související s ochrannou sexuologickou léčbou.

Problém práv pacientů již hospitalizovaných, tj. podmínek, za nichž hospitalizace probíhá, je z velké části dosud nezmapovaný. První systematictější šetření práv pacientů v léčebnách uskutečnilo, pod záštitou zmocněnce vlády pro lidská práva, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Výzkum pod názvem APEL (Audit práv a etiky léčby) probíhal od listopadu 2002 do února 2003 ve čtyřech léčebnách, které se do projektu dobrovolně zapojily. Šetření odhalilo řadu nedostatků. Jednalo se především o používání a dokumentaci omezovacích prostředků, porušování práva pacientů na soukromí a ochranu lidské důstojnosti, omezování kontaktu pacientů s vnějším světem a absence vnitřních kontrolních mechanismů (Scheffler, Potůček, 2008, str. 105).

### 3. 5. Podmínky péče v psychiatrických léčebnách podle šetření ochránce

V průběhu roku 2008 provedl veřejný ochránce práv (dále jen ochránce) v osmi psychiatrických léčebnách (PL Šternberk, PL Kosmonosy, PL Kroměříž, PL Dobřany, PL Havlíčkův Brod, PL Lnáře, PL Opava a PL Horní Beřkovice) systematické návštěvy. Jako jeden z důvodů pro výběr psychiatrických léčeben uvedl ochránce skutečnost, že momenty, které lze podřadit pod pojem špatného zacházení, nejsou v rámci psychiatrické péče podrobeny žádné efektivní kontrole. Vnitřní i vnější kontrolní mechanismy jsou zaměřeny na zdravotní a hygienická pravidla a na hospodaření léčeben s finančními prostředky. Kontrola zdravotními pojišťovnami je zaměřena na kvalitu poskytované péče prostřednictvím kontroly hospodaření s proplácenými finančními prostředky a na plnění limitů pojišťoven. Působení obecných soudů v rámci detenčního řízení je zaměřeno na přípustnost převzetí nebo držení v léčebně, nikoli na jeho podmínky. Možnost pacientů stěžovat si, je zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (§ 11 odst. 2), vyslovena jen pro pojištěnce a pouze pro případ pochybnosti o náležitosti poskytované zdravotní péče, navíc bez další úpravy stížnostní procedury. Nejvíce tak jako kontrolní mechanismus vyhovuje žaloba na ochranu osobnosti, která není pacienty často využívána. Tento způsob ochrany ale není dostatečně pružný, ani vhodný pro řešení běžných záležitostí (Zpráva veřejného ochránce práv, 2008).

Během návštěv se ochránce zaměřil především na právní stránku hospitalizace a péče, tedy i na komunikaci léčebny s příslušným soudem, na informovaný souhlas, na důstojnost prostředí léčebny, záruky ochrany práv pacientů, režim jednotlivých odděle-

ní. Značnou pozornost věnoval ochránce i používání omezovacích prostředků. Po ukončení návštěv vypracoval ochránce podrobnou zprávu, ve které léčebnám vytkl více či méně závažné nedostatky. Zjištění ochránce lze rozdělit do následujících oblastí:

### **Materiální nedostatky v léčebnách**

Nedostatek peněz na rekonstrukce a adaptace stávajících oddělení a na zaplacení většího počtu personálu se odráží do oblasti práv pacientů v psychiatrických léčebnách. Zvláště citelně jsou postiženi pacienti trpící demencí a těžkým mentálním postižením. Zcela ojedinělé jsou bezbariérové přístupy, často chybějí výtahy, oddělení jsou velká, členitá a málo přehledná. To vše vyžaduje restriktivnější přístup k pacientům, kteří bývají omezováni ve volném pohybu, místo aby pro ně bylo vytvořeno co nejbezpečnější prostředí. Za neuspokojivý důsledek materiální nedostatečnosti léčeben považuje ochránce i skutečnost, že síťová lůžka a lůžka v izolačních místnostech bývají zahrnuta do lůžkového fondu léčebny a běžně slouží k ubytování pacientů. V okamžiku, kdy je např. lůžko třeba použít k omezení, musí být stávající pacient přemístěn jinde.

### **Chybí návazné sociální služby**

Poměrně mnoho pacientů zůstává v psychiatrických léčebnách jen proto, že neexistuje síť návazných sociálních služeb. Jedná se o pacienty, kterým by stačila ambulantní péče, ale díky dlouhodobé nemoci ztratili sociální zájem a schopnost zapojit se samostatně do společnosti.

V důsledku této situace jsou pacienti nuceni trávit svůj život v léčebně, jejíž péče je drahá a režim i podmínky jsou zde hodně omezující.

### **Situace na příjmových odděleních (oddělení neklidu)**

V uzavřených příjmových odděleních (oddělení neklidu) žijí pacienti obvykle i několik měsíců bez možnosti mít alespoň chvíli soukromí, v neustálém hluku a ruchu. Společným znakem pacientů v těchto odděleních je neklid, nikoli diagnóza, takže se zde pohromadě léčí pacienti s nejrůznějšími duševními poruchami, v různých fázích chorob, lidé s různým osobnostním profilem. Jsou sem umisťováni pacienti s poruchou osobnosti a chování, pacienti se sexuálními deviacemi, mentálně postižení pacienti, pacienti se schizofrenií apod.

Pohromadě tak zde mohou žít pachatelé trestných činů s například psychicky a sociálně křehkými pacienty. Ochránce upozornil, že v takovém prostředí je obtížné udržet

řád, ale především zde nelze pracovat terapeuticky. Ani jedna skupina pacientů tak nedostává to, z čeho by mohla profitovat, a naopak může docházet k prohlubování bezraděje a psychopatologie, k rozvoji šikany a zneužívání slabších silnějšími.

### **Udělování souhlasu pacienta s vyšetřovacími i léčebnými úkony**

V některých případech pacienti zároveň se souhlasem s hospitalizací podepisují i souhlas se všemi vyšetřovacími i léčebnými úkony. Ochránce upozornil, že takto obecně formulovaný souhlas nespĺňuje požadavky na informovaný souhlas ve smyslu zákona a vede tak i k nerespektování práv pacienta. Souhlas by měl být dle ochránce požadován jen pro vyšetřovací a léčebné úkony, které lze v nejbližší době očekávat. Ochránce dále doporučil v průběhu hospitalizace vyšetřovat a léčit pacienty s jejich informovaným souhlasem a nedoporučil slučovat tento souhlas se souhlasem s hospitalizací.

### **Hospitalizace**

#### **gerontopsychiatrických pacientů**

Za velký právní i etický problém ochránce považuje (ne)dobrovolnou hospitalizaci gerontopsychiatrických pacientů. Ti jsou sice právně kompetentní, ale z důvodu organických poruch (nejčastěji demence) nejsou schopni komplexně vnímat realitu a platně udělit souhlas s hospitalizací. Lékaři jsou v obtížné situaci a v některých případech akceptují prostou schopnost podepsat se na formulář, jako vyjádření souhlasu s hospitalizací. Ochránce v této souvislosti doporučuje posuzovat kompetenci pacienta k tomuto právnímu úkonu na základě jeho zdravotního stavu, tedy nepřijímat souhlas formálně od pacientů, kteří mají sníženou schopnost úsudku. Stávající uspořádání vystavuje nepohyblivé pacienty značnému riziku (nehledě na faktická režimová omezení), proto doporučuje hledat nová řešení tak, aby gerontopsychiatrická oddělení mohla být umístěna do přízemních podlaží, s možností vycházek seniorů (např. atriových dvůr).

#### **Nedobrovolné hospitalizace**

Ochránce zjistil, že dosáhnout propuštění z iniciativy nedobrovolně hospitalizovaného pacienta z důvodu neodůvodněnosti dalšího držení v léčebně (§ 191f občanského soudního řádu) je prakticky nemožné, pokud nemá podporu rodiny nebo přátel, aby u soudu uspěl, ba aby byl vůbec u soudu slyšen (faktická možnost realizovat svoje práva). Totéž platí o právní pomoci k zahájení řízení o navrácení způsobilosti k právním úkonům. Po skončení detenčního řízení je již pro pacien-

ta nedosažitelná pomoc advokáta. Pacientům uvnitř léčebny není k dispozici žádná jiná možnost základní právní pomoci – žádný důvěrník, klíčový pracovník ani právně zdatný dobrovolník. Ochránce doporučil lékařům, aby svým jednáním se soudními úředníky nebo soudci přispívali k možnosti realizace práv pacientů a v případě odebírání formálních souhlasů nadále u pacienta posuzovali jeho způsobilost dát souhlas s hospitalizací. Soudcům doporučil, aby dbali na provádění výslechu umístěného a na správnost případného přijímání souhlasu s hospitalizací.

### **Používání omezovacích prostředků**

Především na gerontopsychiatrických odděleních jsou omezovací prostředky používány v případech, kdy personál oddělení není schopen zajistit soustavný dohled u nemocného a zabránit tak jeho zranění či poškození. V některých případech byl omezovací prostředek používán trvale, tedy ne jako řešení aktuálního ohrožení, ale jako řešení dlouhodobé. V zařízeních sociálních služeb by takové zacházení bylo nelegální, v prostředí zdravotnického zařízení jde o zacházení nehumánní. Ochránce proto doporučil Ministerstvu zdravotnictví jako zřizovateli léčeben, kterých se výše uvedené týká, vyjádřit se k tomu, že v jím zřizovaných zdravotnických zařízeních jsou lidé v takové míře omezováni mechanickými prostředky z důvodu nemožnosti zajistit jim dohled. Respektive z důvodů, které neleží na straně personálu těchto zařízení. Za velkou chybu považuje ochránce též skutečnost, že použití omezení není dostatečně upraveno v zákonném právním předpisu speciálním pro zdravotnictví a že k dispozici je pouze metodické opatření Ministerstva zdravotnictví z roku 2004.

V oblasti používání omezovacích opatření zjistil ochránce četná pochybení jako např.:

- některé typy omezovacích prostředků nejsou léčebnou chápány jako omezení (umístění na uzavřené oddělení, postraniče, neklidová medikace);
- vnitřní předpisy léčebny nejsou kompletní, dostatečně podrobné;
- postup při užívání prostředků jednotlivými pracovníky není jednotný;
- nedostatečné nebo úplně chybějící záznamy (o situaci ústící v omezení, o trvání a druhu omezení);
- omezování jen z důvodu neklidu bez současného ohrožení života nebo zdraví;
- konkrétní případ nadměrného omezení;
- pouze formální ordinace lékařů a faktické rozhodování o omezování sestrami;
- v určitých případech fakticky trvalé omezování z důvodu nedostatku personálu.

Ochránce upozornil, že každé rozhodnutí o omezení je výhradně v kompetenci lékaře, výjimky jsou možné jen tehdy, když situace vyžaduje bezodkladné řešení. Lékař však v těchto případech musí být neprodleně informován, aby omezení potvrdil nebo zavěděl jiný postup. V případě medikace ochránce odmítá formální ordinace lékařů i s ohledem na sestry, které si při své náročné práci zaslouží jasné pokyny. Dále ochránce doporučil nepoužívat při ordinování obecné formulace „pro případ neklidu“, „prevence pádu“ apod. Doporučil vždy, kdy je možné dopředu u konkrétního pacienta předvídat stav, kdy lékař nařizuje užití omezujícího prostředku, takový stav podrobně popsat.

### **Dodržování práva pacientů**

#### **na soukromí a zachování důstojnosti**

Návštěvy ochránce ukázaly nízkou úroveň zajištění soukromí při provádění hygienických úkonů. Nejhorší situace je na gerontopsychiatrických odděleních, kde jsou choullostivé ošetřovatelské i hygienické úkony běžně prováděny před zraky ostatních pacientů. V žádné navštívené léčebně není pacientům umožněno zamknout se na toaletách, na několika odděleních nebyly kabinky opatřeny dveřmi, na jednom dokonce chyběly i kabinky. Pacienti tak byli vidět hned při otevření dveří z chodby či společenské místnosti. Tento stav považuje ochránce za nedůstojný a požaduje provedení patřičných stavebních úprav. To samé platí pro používání sprch. Ve třech léčebnách navíc ochránce zjistil, že sprchování probíhá pod přímým dohledem personálu opačného pohlaví. Podle ochránce je naprosto nezbytné respektovat jistou míru intimity a nevystavovat pacienta vizuální kontrole ve větší míře, než je nezbytné.

#### **Režim na oddělení**

Ochránce shledal řadu pochybení týkajících se nastavení režimu a pravidel na odděleních.

#### **Podávání stížností**

Ve vztahu k podávání stížností doporučil ochránce zpřístupnit pravidla podávání a vyřizování stížností všem pacientům. Doporučil evidovat stížnosti centrálně a v pravidelných intervalech je vyhodnocovat a zvážit používání schránek na stížnosti a připomínky. Ochránce upozornil, že pravidla musí jasně stanovit, jakým způsobem si lze stěžovat, kdo stížnost vyřizuje, v jaké lhůtě a jak bude o vyřízení stěžovatel vyrozuměn, popř. na koho se obrátit v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti.

### **Závěr zprávy ochránce**

V závěru zprávy ochránce konstatoval, že je třeba zlepšit situaci v oblasti financování, jistoty vzájemných práv a povinností pacientů a zdravotnických zařízení, humanizace psychiatrických léčeben. Léčebnám ochránce doporučil aktivně spolupracovat s poskytovateli sociálních služeb a samosprávami na zlepšení dostupnosti návazných sociálních služeb. Dále ochránce apeloval na Ministerstvo zdravotnictví, aby iniciovalo odbornou diskuzi s představiteli psychiatrických léčeben i zdravotních pojišťoven, jejímž předmětem bude financování psychiatrické péče a její další vývoj. Ministerstvu práce a sociálních věcí ochránce doporučil aktivně spolupracovat s kraji na doplnění sítě sociálních služeb. Krajům ochránce doporučil zahájit konkrétní řešení situace duševně nemocných na svém území, například formou vyjednání veřejného závazku za zajištění jednotlivých druhů sociálních služeb mezi dotčenými subjekty (kraj, obec, neziskové organizace, Ministerstvo zdravotnictví). Ministerstvo zdravotnictví a kraje ochránce požádal, aby jej do konce června 2009 informovaly o tom, jaké kroky k naplnění výše uvedených doporučení byly podniknuty.

*Dokončení článku naleznete v následujícím čísle časopisu (3/2009).*

*Práce byla zpracována v rámci podpory řešení výzkumného záměru FSV UK „Rozvoj české společnosti v EU: výzvy a rizika“ – MSM 0021620841.*

### **7. Literatura**

1. Doporučení Rady Evropy K zajištění ochrany lidských práv a důstojnosti jedinců s duševní poruchou, zejména pacientů nedobrovolně umístěných v psychiatrickém zařízení. Štrasburk: 2001.
2. Haškovcová, H. Práva pacientů – komentované vydání. Havířov: Nakladatelství A. Kutilové, 1996.
3. McDaid, D., Knapp, M., Curran, C. Mental health III: Funding mental health in Europe. In Policy brief. WHO, 2005. ISBN 0 335 21467 3.
4. Pfeiffer, J. a kol. Politika péče o duševní zdraví v ČR. Zpráva o současném stavu. Praha: Open Society Fund, 2005.
5. Pfeiffer, J. a kol. Politika péče o duševní zdraví v ČR. Cesty k její realizaci. Praha: Open Society Fund, 2005.
6. Raiter, T. a kol. Psychiatrie v ČR 2004. Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče. Praha: STEM/MARK, 2004.

7. Raiter, T. a kol. Kvalita psychiatrické péče očima pacientů. Praha: STEM/MARK, 2006.
8. Ripová, L. Význam sociálních vztahů v léčbě a procesu destigmatizace duševně nemocných. In Zdravotní politika a ekonomika č. 1. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2001. s. 191–242. ISSN 1213-8096.
9. Ripová, L. Práva pacientů v psychiatrické léčebně. Esprit, 2003, 7, č. 2, s. 8.
10. Ripová, L. Medikace jako forma trestu a jak se proti tomu bránit. Esprit, 7, 2003, č. 4, s. 9.
11. Ripová, L. Péče o duševní zdraví očima právníka. Esprit, 2002, 6, č. 7–8, s. 6–9.
12. Ripová, L. V České republice dosud neproběhla reforma v oblasti péče o duševně nemocné. Zdravotnické noviny, 2002, č. 28.
13. Ripová, L. Kvalita péče a ochrana práv osob s duševní nemocí v 21. století. Zdravotnické noviny, 2002, č. 48.
14. Ripová, L. Ochrana práv lidí s duševním onemocněním v roce 2003. In Zpráva o lidských právech v ČR v roce 2003. ČHV. (www.helcom.cz.)
15. Scheffler, Richard, Potůček, Martin. (ed.) Mental health care reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the present. I. vyd. Prague: Karolinum Press, 2008. 258 s. ISBN 978-80-246-1466-3.
16. Thornicroft, G., Tansella, M. What are the arguments for community based mental health care? WHO, 2003.
17. World Health Organization (2001). World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Geneva: ISBN 92-4156-201-3.
18. Zpráva o stavu lidských práv v České republice v roce 2006. Sekretariát Rady vlády ČR pro lidská práva. Praha: Úřad vlády, 2007. ISBN 978-80-87041-26-0.
19. Zpráva pro Vládu České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 27. března až 7. dubna 2006 a 21. až 24. června 2006. (www.vlada.cz.)
20. Zpráva o stavu lidských práv v České republice v roce 2002. Sekretariát Rady vlády ČR pro lidská práva. (www.vlada.cz.)
21. Zpráva o stavu lidských práv v České republice v roce 2001. Sekretariát Rady vlády ČR pro lidská práva. (www.vlada.cz.)
22. Zpráva veřejného ochránce práv z návštěv psychiatrických léčeben. Brno: 2008. (www.ochrance.cz.)
23. Projekt APEL – závěrečná zpráva. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2003.