

Diplomová práce z oboru preventivní lékařství na téma

Práva psychiatrických pacientů v České republice
(Rights of Psychiatric Patients in Czech Republic)

Zpracovala Soňa Boušková

(3. LF Univerzity Karlovy, 6. ročník, 8. kruh)

Vedoucí práce PhDr. Eva Křížová

22. 5. 2006

Souhrn

Lidé trpící duševní poruchou mají stejná práva jako všichni ostatní. Přesto se stále střetávají s diskriminací a stigmatizací, mají problémy při hledání zaměstnání a bydlení. Je třeba informovat pacienty, jejich rodiny, ale také zaměstnance psychiatrických zařízení, jaká jsou práva psychicky nemocných. Specifické problémy v této oblasti jsou zejména nedobrovolné přijetí, nedobrovolné zadržování po dobrovolném přijetí a použití omezujících prostředků jako je izolace a poutání pacientů. Cílem této práce je zjistit, jak jsou práva psychiatrických pacientů dodržována v České republice.

Summary

People suffering from psychical disorders have the same rights as everybody else. Even though they still face the discrimination and stigmatisation, they have problems with finding the job and place for living. It is necessary to inform the patients and their families, but also the employees of the psychiatric facilities, what are the rights of psychically ill people. The specific problems in this area are mainly forced admission, involuntary detention after voluntary admission, isolation and fixation of the patients. The aim of this work is to find out, how are the rights of psychiatric patients followed in the Czech Republic.

OBSAH

Úvod.....	str. 3- 6
Definice duševního zdraví – str. 3	
Diagnóza duševního onemocnění – str. 4	
Duševní nemoc v historickém kontextu – str. 5	
Přehled současných poznatků.....	str. 7 – 23
Práva duševně nemocných – str.7	
Specifika v problematice práv duševně nemocných – str. 12	
Cíl práce.....	str. 24
Metodika.....	str.24
Materiál.....	str.25
Výsledky.....	str. 26 – 60
Epidemiologie duševních chorob str. 26	
Anketa mezi organizacemi, které se věnují duševně nemocným občanům str.32	
Zprávy vlády z let 2000 – 2004 str.43	
Diskuze.....	str. 61
Závěr.....	str. 62
Přílohy.....	str. 66 – 85
Seznam tabulek.....	str. 86
Literatura.....	str. 87

ÚVOD

Problematika práv duševně nemocných vzbuzuje v posledních letech nemalý zájem médií a dráždí obrazotvornost laické veřejnosti. Na stránkách tištěných periodik a na televizních obrazovkách se pravidelně objevují příběhy nebohých pacientů, které nemilosrdně semlelo psychiatrické soukolí. Historky o uprchlých klientech léčeben pro duševně choré nepřestávají lekat spořádané občany. Pro zpestření se občas vynoří hrůzostrašné zkazky o lékařích, na něž zaútočili vlastní pacienti. Nabízí se otázka, zda-li je situace v českých psychiatrických zařízeních skutečně tak dramatická a pakliže ano, co z toho plyne pro ty, kteří trpí psychickou dysfunkcí, pro jejich rodiny, jakož i pro ošetřující personál.

Duševně nemocní lidé představují obzvláště zranitelnou skupinu pacientů; potřebují citlivé zacházení, trpělivou péči a zachování pocitu důstojnosti snad více než kdo jiný. Navzdory zlepšení možností léčby a pozitivnímu vývoji v oblasti psychiatrické péče se duševně nemocní nebo lidé s duševním postižením střetávají i nadále s vyloučením ze společnosti, stigmatizací, diskriminací nebo nedodržováním základních lidských práv.

Jaká vlastně jsou práva pacientů s psychickou dysfunkcí? Jsou v České republice dostatečně dodržována? Těmito otázkami se zabývá následující práce.

Definice duševního zdraví

Zdraví je jednou ze základních podmínek spokojeného a aktivního života. Světová zdravotnická organizace jej definuje jako „stav úplné tělesné, duševní, sociální a mravní pohody, a nikoli jako pouhou nepřítomnost choroby nebo slabosti“. Duševní zdraví je pak podle WHO „stav duševní pohody, v němž jedinec uskutečňuje své schopnosti, dokáže se v životě vyrovnat s běžnými stresy, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen se podílet na životě své komunity“. Pokud se člověk nachází v situaci, která stav duševní pohody narušuje, je ohrožena kvalita jeho života. Někteří lidé mají zhoršenou schopnost vyrovnat se s problémovými stavy a snáze u nich propukne duševní choroba. Na stav mysli mají vliv faktory biologické

(genetika, pohlaví), individuální, rodinné, sociální, ekonomické a environmentální. Psychické onemocnění ovlivňuje jedince samotného, jeho nejbližší okolí a potažmo celou společnost. Duševní porucha může mít za následek narušené fungování postiženého člověka ve všech oblastech života, ztrátu jeho společenského postavení, komplikace v pracovní oblasti. Výdaje na péči o psychiatricky nemocné také nejsou zanedbatelné. Odhaduje se, že v Evropské unii náklady související s duševními nemocemi činí průměrně 3 % - 4 % z HDP, a to především v důsledku ztráty produktivity. Duševní poruchy jsou rovněž nejčastější příčinou předčasných odchodů do důchodu a invalidních důchodů. Poruchy jednání a chování v dětství představují náklady pro sociální, vzdělávací, jakož i trestní a soudní systém (1).

Diagnóza duševního onemocnění

Jak stojí v preambuli Deklarace lidských práv a duševního zdraví (*viz. příloha 1*): „diagnóza duševní nemoci stanovená praktikujícími psychiatry má být v souladu s přijatými lékařskými, vědeckými a etickými normami; obtíže při adaptaci na morální, sociální, politické a jiné hodnoty nemají být samy o sobě považovány za duševní nemoc; a přesto někdy byly a stále jsou tyto osoby označovány za duševně nemocné, diagnostikovány jako duševně nemocní, léčeny jako duševně nemocní a považovány za duševně nemocné“.

Nejrozšířenějšími duševními poruchami jsou v EU úzkostné stavy a deprese. Očekává se, že do roku 2020 se deprese stane nejvýznamnější příčinou nemocí v rozvinutém světě. Další vážná psychická onemocnění jsou: Alzheimerova choroba, demence, užívání alkoholu, drogová závislost a nespavost. Dle dostupných údajů lze říci, že v časovém rozmezí jednoho roku trpí alespoň jednou z duševních poruch více než 27 % Evropanů dospělého věku. (2) Podíl obyvatel v Evropě trpících závažnými duševními potížemi kolísá podle zpráv jednotlivých zemí mezi 1 % až 6 %.

Vzhledem k prokázanému vztahu mezi depresivními poruchami a sebevražedným jednáním je možné, že poroste počet pokusů o ukončení života. Bohužel jen malé procento případů deprese je včas diagnostikováno a vhodně léčeno.

Sebevražda je smutně častou příčinou smrti u dospívající mládeže a mladých lidí (15 % úmrtí mezi 15-24 lety), nezřídka související s užíváním drog a konzumací alkoholu. Počet sebevražd roste u starších lidí, zejména u mužů. V EU v současnosti každoročně umírá v důsledku sebevražd zhruba 58 000 občanů, což je vyšší počet než v případě úmrtí při dopravních nehodách, zavražděním nebo na následky infekce HIV.

Duševní nemoc v historickém kontextu

Způsob, jakým je pohlíženo na duševně nemocné, je dán společenským, kulturně historickým a ekonomickým vývojem. Co jedna společnost chápe pozitivně, například jako projev komunikace s vyšší mocí, může být v jiné kultuře pojímáno jako důkaz naprostého šílenství.

V nejstarších dobách byly obvykle psychické nemoci vysvětlovány posedlostí zlými duchy, či trestem bohů. S vědecktějším náhledem na lidské tělo přišli až řečtí lékaři. Zajímalo je, zdali psychické nemoci nemají také fyzický podklad. Na základě jejich pozorování vznikla teorie, že chorobné stavy mysli mají původ v neuspořádaném vnitřním prostředí a porušeném koloběhu tělesných tekutin a šťáv.

Od dob Platónových však došlo v očích lékařů k rozpojení mezi duší a tělem a trvalo staletí, než k sobě tyto dvě součásti lidského organismu našly pomyslnou cestičku zpět. Znovuoživení myšlenky dvou vzájemně neslučitelných podstat mělo na svědomí období osvícenství, které bylo postavené na kultu rozumu. V té době stáli psychicky nemocní lidé na samém okraji společnosti, utiskovaní a poníženi. V časech romantismu, které následovaly, bylo naopak zdůrazňováno spojení člověka s přírodou a se vším, co je v lidském životě prchavé, náhodné, vášnivé a iracionální.

Romantismus byl ve druhé polovině devatenáctého století vystřídán realismem a naturalismem, ve filozofických směrech pozitivismem a materialismem. V psychiatrii se rozvíjel biologicky zaměřený model, vedle nějž stál psychoanalytický směr.

Počátek dvacátého století s sebou přinesl jeden zásadní rozměr psychiatrie – její zneužitelnost. Nejdále zašli němečtí nacističtí lékaři během druhé světové války

v rámci programu rasové čistoty. „Do roku 1945 bylo 400 000 Němců násilně sterilizováno. Nejčastěji používanou diagnózou k ospravedlnění tohoto zákroku byla „slabomyslnost“, následovala schizofrenie. Dalšími onemocněními, u kterých bylo možno sterilizaci provést, byly dle zákona z roku 1933 maniodepresivní porucha, vrozená epilepsie, Huntingtonova chorea, vrozená slepota a hluchota, těžké fyzické deformity a chronický alkoholismus. Kolem 5000 lidí, převážně žen, podlehlo sterilizačním operacím“. (3)

Psychiatrie si následně vydobyla nepříznivou pověst také v zemích s totalitním režimem. V ČSSR a ostatních komunistických zemích se stala nástrojem moci stejně jako možností úniku pro ty, kterým by jinak hrozila perzekuce. Odtud pramení určitý ambivalentní vztah české laické veřejnosti k diagnóze psychického onemocnění. „Rostoucí obava z ohrožení individua prostřednictvím totalitních integračních procesů, případně nenápadných manipulací za pomoci prostředků masové komunikace i obava ze „smrti individua“ ... podněcují nedůvěru ve funkčnost institucí i v jejich rozumnost. Psychiatrie, která se legitimovala svým racionálním uspořádáním, se ocitá v podezření, že produkuje nové, složitě strukturované mocenské poměry, které jsou pro jednotlivce neproniknutelné. To je dáno mimo jiné také tím, že psychiatři nevystupují pouze jako lékaři, ale také jako ti, kteří mají ve své moci část dalších prostředků regulace – například posudkovou činnost v občanských a trestních záležitostech a podobně.“ (4) Lékaři a ostatní ošetřující personál psychiatrických zdravotnických zařízení stáli po „Sametové revoluci“ před nelehkým úkolem: vrátit tomuto výjimečnému oboru jeho vážnost a důvěryhodnost. Cesta k cíli však nevede jen skrze zlepšování technického zázemí a kvalitnější léčebné prostředky. Spočívá hlavně v lepší komunikaci a v důsledném dodržování práv duševně nemocných občanů.

PŘEHLED SOUČASNÝCH POZNATKŮ K PROBLEMATICE PRÁV DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH S PŘIHLÉDNUTÍM K SITUACI V ČESKÉ REPUBLICI

Právy psychicky nemocných se zabývá celá řada mezinárodních dokumentů. Tato problematika je chápána jako celosvětový problém a je jí věnována soustavná pozornost nejen pracovníky ve zdravotnictví, ale svá stanoviska k ní zaujímají nadnárodní společenství, vlády jednotlivých zemí a četné neziskové organizace.

Mezi nejdůležitější dokumenty pojednávající o právech duševně nemocných a zabývající se problematikou duševního zdraví patří: Všeobecná deklarace lidských práv a svobod, Valné shromáždění OSN, 1948; Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod, Rada Evropy, 1950; Deklarace práv duševně postižených lidí, Valné shromáždění OSN, 1971; Deklarace lidských práv a duševního zdraví, Nový Zéland, 1989 (viz. příloha 1); Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví, Valné shromáždění OSN, 1991; Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů, APA, Washington, 1992; Světová deklarace zdraví (World Health Declaration), WHA, 1998 a Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Rada Evropy, 1997 (viz. příloha 2). V České republice se duševně nemocný může opřít o etický kodex práv pacientů (viz. příloha 3). O vztazích mezi pacientem a lékařem pak pojednává Etický kodex České lékařské komory (viz. příloha 4).

Práva duševně nemocných

Pro výčet základních práv duševně nemocných pacientů je zde použit výňatek z prohlášení **Zásady ochrany osob s psychickým onemocněním**, přijatého rezolucí Valného shromáždění číslo 46/119 ze 17. prosince 1991.

Rozhodnutí o psychickém onemocnění

1. Rozhodnutí o psychickém onemocnění osoby bude učiněno v souladu s mezinárodně přijatými lékařskými normami.

2. Rozhodnutí o psychickém onemocnění nebude nikdy učiněno na základě politického, ekonomického nebo sociálního postavení nebo náležitosti k nějaké kulturní, rasové nebo náboženské skupině, nebo na základě jakéhokoli jiného důvodu, který se ke statutu psychického zdraví přímo nevztahuje.
3. Rodinný nebo profesní konflikt, nesoulad s morálními, společenskými, kulturními nebo politickými hodnotami nebo náboženskou vírou převládající v okolí dané osoby nebudou nikdy určujícím faktorem při diagnóze psychického onemocnění.
4. Skutečnost, že osoba byla v minulosti léčena nebo hospitalizována jako pacient, nepostačuje sama o sobě k rozhodnutí o psychickém onemocnění v současnosti ani v budoucnosti.
5. Žádná osoba ani orgán nerozhodne, ani jiným způsobem neoznačí, že daná osoba je psychicky nemocná, pokud to nebude pro účely přímo se vztahující k psychickému onemocnění nebo k následkům psychického onemocnění.

Upozornění na práva

1. Pacient psychiatrického zařízení bude informován co nejdříve po přijetí srozumitelnou formou a jazykem o všech svých právech podle současných Zásad a vnitrostátního práva, a tato informace bude zahrnovat objasnění uvedených práv a způsobu jejich uplatňování.
2. Pouze v případě, že pacient nebude schopen porozumět takovým informacím, bude o jeho právech informován osobní zmocněnec, pokud existuje a je přijatelný, a osoba či osoby nejlépe schopné zastupovat pacientovy zájmy a ochotné tak činit.
3. Pacient, který má potřebnou právní způsobilost, má právo určit osobu, která bude jeho jménem informována, stejně jako osobu, která bude zastupovat jeho zájmy před vedením zařízení.

Zásadní svobody a základní práva

1. Všechny osoby mají právo na nejlepší dostupnou péči o psychické zdraví, která bude součástí systému zdravotní a sociální péče.
2. Se všemi osobami s psychickým onemocněním, nebo s osobami, které jsou za takové považovány, bude jednáno humánně a s respektem k vlastní důstojnosti člověka.
3. Všechny osoby s psychickým onemocněním, nebo osoby, které jsou za takové považovány, mají právo na ochranu před ekonomickým, sexuálním nebo jiným využíváním, fyzickým i jiným zneužitím a ponižujícím zacházením.
4. Na základě psychického onemocnění se nesmí projevit žádná diskriminace. „Diskriminace“ je jakékoli rozlišování, vyloučení nebo upřednostňování, které způsobuje zrušení nebo porušení rovnoprávného využívání práv. Speciální opatření pouze k ochraně takových práv nebo k zajištění podpory takových práv osob s psychickým onemocněním nebudou považována za diskriminační. Diskriminace nezahrnuje jakékoli rozlišování, vyloučení nebo upřednostňování prováděné v souladu s ustanoveními těchto Zásad a nezbytné pro ochranu lidských práv osob s psychickým onemocněním nebo jiných osob.
5. Každá osoba s psychickým onemocněním bude mít právo využívat občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní práva, která jsou uznána Všeobecnou deklarací lidských práv, Mezinárodní úmluvou o hospodářských, společenských a kulturních právech, Mezinárodní úmluvou o občanských a politických právech a dalšími příslušnými dokumenty, jako je Deklarace práv invalidů a Soustava zásad pro ochranu veškerých osob jakýmkoli způsobem zadržených nebo vězněných.
6. Jakékoli rozhodnutí, že osoba není právně způsobilá z důvodu svého psychického onemocnění, a jakékoli rozhodnutí, že v důsledku této nezpůsobilosti bude jmenován osobní zástupce, bude uskutečněno pouze po spravedlivém projednání nezávislým a nestranným tribunálem, ustanoveným podle zákona dané země. Osoba, o jejíž způsobilost se jedná, bude mít nárok být zastupována právním zástupcem. Pokud osoba, o jejíž způsobilost se

jedná, sama nezajistí takové zastupování, bude jí toto zprostředkováno bezplatně, pokud tato osoba nemá dostatečné prostředky, aby za to zaplatila. Právní zástupce nebude v daném řízení zastupovat zároveň psychiatrické zařízení nebo jeho zaměstnance, a nebude také zastupovat člena rodiny osoby, o jejíž způsobilosti se jedná, pokud tribunál nerozhodne, že se nejedná o konflikt zájmů. Rozhodnutí o způsobilosti a nezbytnosti osobního zástupce budou kontrolována v přiměřených obdobích, předepsaných zákonem dané země. Osoba, o jejíž způsobilosti se jedná, její zákonný zástupce, pokud existuje, a veškeré jiné zainteresované osoby budou mít právo odvolat se proti takovému rozhodnutí k vyššímu soudu.

7. V případě, že soud nebo jiný oprávněný tribunál zjistí, že osoba s psychickým onemocněním není schopna postarat se o své záležitosti, budou učiněna opatření k zajištění ochrany jejích zájmů tak, jak je nezbytné a vhodné vzhledem ke stavu takové osoby.

Úloha společnosti a kultury

1. Každý pacient bude mít do nejvyšší možné míry právo na léčbu a péči ve společnosti, ve které žije.
2. Pokud léčba probíhá v psychiatrickém zařízení, bude mít pacient, kdykoli to bude možné, právo být léčen blízko svého domova nebo domova jeho příbuzných nebo přátel, a bude mít právo vrátit se do společnosti co nejdříve.
3. Každý pacient bude mít právo na léčbu, která vyhovuje jeho kulturnímu prostředí.

Normy péče

1. Každý pacient bude mít právo na takovou zdravotní a sociální péči, jaká odpovídá potřebám jeho zdraví, a má právo na péči a léčbu v souladu se stejnými normami jako ostatní nemocné osoby.

2. Každý pacient bude chráněn proti újmě, včetně neoprávněného podávání léků, zneužití ostatními pacienty, zaměstnanci nebo jinými osobami, i jiným činnostem, které způsobují psychický stres nebo nepříjemné fyzické situace.

Léčba

1. Každý pacient bude mít právo na co nejméně omezující a rušivou léčbu v co nejméně omezujícím prostředí, léčbu, která odpovídá zdravotním potřebám pacienta a potřebě chránit fyzickou bezpečnost ostatních.
2. Léčba a péče o každého pacienta bude založena na individuálně předepsaném plánu, který bude prodiskutován s pacientem, pravidelně kontrolován, revidován podle nutnosti, a bude pro něj zajištěn kvalifikovaný profesionální personál.
3. Péče o psychické zdraví bude vždy zajišťována v souladu s příslušnými normami etiky profesionálů v péči o psychické zdraví, včetně mezinárodně uznávaných norem, jako jsou Zásady lékařské etiky, vztahující se k roli zdravotního personálu, zejména lékařů, při ochraně vězňů a zadržených proti mučení a dalším krutostem, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání, přijaté Valným shromážděním Spojených národů. Znalosti a zkušenosti v oblasti psychického zdraví nebudou nikdy zneužity.
4. Léčba každého pacienta bude směřovat k zachování a zvyšování jeho osobní samostatnosti.

Podávání léků

1. Podávání léků bude vyhovovat zdravotním potřebám pacienta, léky budou podávány pacientovi pouze pro terapeutické nebo diagnostické účely a nikdy nebudou podány jako trest nebo pro pohodlí ostatních. Podle ustanovení odstavce 15, zásady 11, uvedeného níže, budou profesionálové v péči o psychické zdraví podávat pouze léky se známými nebo prokázanými účinky.

2. Veškeré podávané léky budou předepsány zákonně oprávněným profesionálem v péči o psychické zdraví a budou zapsány v pacientových záznamech.

Z uvedeného vyplývá, že člověk, trpící duševním onemocněním, má stejná práva jako všichni ostatní občané – právo na informace, právo na adekvátní terapii, právo na lidskou důstojnost, právo na ochranu před zneužíváním, právo na osvobození od diskriminace. Bohužel ne všechna tato práva jsou vždy dodržována, obvykle v „zájmu pacienta“, ať už skutečném či domnělém. Vyplývá to ze samotné podstaty některých psychických poruch. Obzvláště obtížná bývá situace lidí, kteří trpí bludy, jsou pod vlivem omamných látek, ohrožují sebe a své okolí.

Světová zdravotnická organizace, která sleduje zacházení s těmito lidmi v ústavech, označila úroveň sociální péče a právní ochranu v ČR za nedostačující. Jejich práva nejsou chráněna ani tak, jako je tomu v trestním řízení s osobami obviněnými z trestných činů. K tématu se v rozhlasové relaci dne 24. 11. 2003 vyjádřil Jan Jařab, tehdejší vládní zmocněnec pro lidská práva: *"Řekl bych, že těmto osobám ještě mnohé dlužíme, protože společnost si stále ještě dostatečně neuvědomuje, jaká situace duševně nemocných nebo mentálně postižených opravdu je. Snažíme se upravit procesní práva těchto lidí aspoň na úroveň doby první republiky nebo starého Rakouska, protože u nás v těchto oblastech práva trvá téměř beze změn stav nastolený za komunistického režimu,"*

Specifika v problematice práv duševně nemocných

Jak už bylo naznačeno v předchozím textu, mohou se během terapie mentálně nemocného pacienta vyskytnout okamžiky, kdy je třeba zasáhnout proti jeho vůli. Řeč je o nedobrovolné hospitalizaci, ochranné léčbě a omezujících opatřeních. Tato témata nejčastěji vyvolávají bouřlivé diskuse, jsou nejbolestivějším trnem v oku organizací, které se zabývají ochrannou pacientů a jsou předmětem nejdůkladnějších zkoumání komisí pro dodržování lidských práv.

Souhlas s léčbou

Podle **Zásad ochrany osob s psychickým onemocněním**, přijatých rezolucí Valného shromáždění číslo 46/119 ze 17. prosince 1991 musí pacient dát souhlas s léčbou. V **české legislativě** je povinnost získání IS v klinickém výzkumu zakotvena ve třech právních normách – v Zákonu č. 20/1966 Sb. ve znění pozdějších úprav (§27 písm.b), v Zákonu 79/1998 Sb. O léčivech (§§ 36 a 37) a ve Vyhlášce č. 230/1999 Sb., kterou vydala Ministerstva zdravotnictví a zemědělství (týká se rovněž veterinární medicíny). Vyhláškou se stanoví povinnosti vyplývající ze správné klinické praxe a jsou popsány podmínky klinického hodnocení léčiv. Zákon 79/1998 Sb. O léčivech rovněž stanoví peněžní pokuty pro právnické i fyzické osoby za porušení povinností nebo nedodržení zákazů stanovených zákonem. Pokud například zkoušející pokračuje v klinickém výzkumu u účastníka studie, který odvolal předchozí IS, vystavuje se riziku peněžní pokuty až do výše 500 000 Kč (§ 59 písm. i) zákona). Věcný obsah poučení subjektu hodnocení a písemného IS je stanoven v Příloze č. 2 k vyhlášce 230/1999 Sb. Zákon č. 79/1998 Sb. v § 37 zakazuje klinické hodnocení humánních léčiv, od něhož se nepředpokládá preventivní nebo léčebný přínos pro subjekty hodnocení.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, uvádí v ustanovení § 23 odst. 4 písm. b): *„Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče, jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí.“*

V dokumentu nazvaném Zásady ochrany osob s psychickým onemocněním, přijatých rezolucí Valného shromáždění číslo 46/119 ze 17. prosince 1991 se praví:

1. Pacientovi nebude poskytnuta žádná léčba bez jeho poučeného souhlasu, kromě případů uvedených v odstavcích 6, 7, 8, 13 a 15 této zásady.
2. Poučený souhlas je souhlas získaný ze svobodné vůle, bez hrozeb nebo nevhodných pohnutek, poté, kdy byl pacient v jazyce, kterému rozumí, řádně seznámen s adekvátní a srozumitelnou informací o:
 - a) Stanovení diagnózy;
 - b) Účelu, metodě, pravděpodobné délce a očekávaném přínosu navrhované léčby;

- c) Alternativních způsobech léčby, včetně takových, které jsou méně rušivé;
 - d) Možných bolestech nebo nepříjemných stavech, riziku a vedlejších účincích navrhované léčby.
3. Pacient může během procedury požadovat přítomnost osoby nebo více osob podle vlastní volby kvůli udělení souhlasu.
 4. Pacient má právo odmítnout nebo zastavit léčbu, kromě případů uvedených v odstavcích 6, 7, 8, 13 a 15 této zásady. Pacientovi musí být vysvětleny důsledky odmítnutí nebo zastavení léčby.
 5. Pacient nebude nikdy vyzván nebo ovlivňován k tomu, aby se vzdal práva na poučený souhlas. Pokud by se sám pacient chtěl vzdát tohoto práva, musí mu být vysvětleno, že léčba mu bez poučeného souhlasu nemůže být poskytnuta.
 6. Kromě případů uvedených v odstavcích 7, 8, 12, 13, 14 a 15 této zásady může být pacient léčen podle navrhovaného plánu léčby bez poučeného souhlasu pacienta, pokud jsou splněny následující podmínky:
 - a) Pacient je v příslušné době držen jako nedobrovolný pacient;
 - b) Nezávislý orgán na základě adekvátních informací, včetně informace upřesněné v odstavci 2 této zásady, souhlasí s tím, že v příslušné době je pacient nezpůsobilý dát nebo odmítnout poučený souhlas s navrhovaným plánem léčby, nebo, pokud je to dáno legislativou v dané zemi, že s ohledem na vlastní bezpečnost pacienta nebo na bezpečnost ostatních odmítá pacient takový souhlas bezdůvodně.
 - c) Nezávislý orgán souhlasí s tím, že navrhovaný plán léčby je v nejlepším zájmu pacientových zdravotních potřeb.
 7. Odstavec 6 uvedený výše se nevztahuje na pacienty s osobním zástupcem se zákonnou pravomocí k souhlasu s léčbou pacienta; ale, kromě případů uvedených v odstavcích 12, 13, 14 a 15 této zásady, může být pacient léčen bez svého poučeného souhlasu, pokud jeho osobní zástupce po obdržení informací popsanych v odstavci 2 této zásady jménem pacienta souhlasí.

8. Kromě případů uvedených v odstavcích 12, 13, 14 a 15 této zásady může být pacient léčen bez svého poučeného souhlasu, pokud zákonně oprávněný kvalifikovaný profesionál v péči o psychické zdraví rozhodne, že je to naléhavě nutné kvůli tomu, aby se předešlo okamžité nebo hrozící újmě pacienta nebo ostatních osob. Taková léčba nepřekročí dobu naprosto nezbytnou pro tento účel.
9. V případech, kdy je léčba schválena bez poučeného souhlasu pacienta, bude přesto vyvinuto úsilí informovat pacienta o podstatě léčby a všech možných alternativách, a zapojit pacienta podle možností do rozpracování plánu léčby.
10. Veškerá léčba bude ihned zaznamenána do zdravotních záznamů pacienta s uvedením, zda byla dobrovolná nebo nedobrovolná.
11. Fyzický nátlak nebo nedobrovolná izolace pacienta nebudou používány, pokud nejsou v souladu s oficiálně schválenými postupy psychiatrického zařízení, a pouze tehdy, pokud jde o jediný dostupný prostředek zabraňující okamžité nebo hrozící újmě pacienta nebo ostatních osob. Takové zacházení nepřekročí dobu naprosto nezbytnou pro tento účel. Všechny případy fyzického nátlaku nebo nedobrovolné izolace, jejich důvody, podstata a rozsah, budou zaznamenány ve zdravotních záznamech pacienta. Pacient, na kterého je činěn nátlak nebo který je izolován, bude udržován v humánních podmínkách a bude v péči a pod důsledným a pravidelným dohledem kvalifikovaného personálu. Pokud to odpovídá situaci a pokud existuje osobní zástupce, bude neprodleně informován o veškerém fyzickém nátlaku nebo nedobrovolné izolaci pacienta.
12. Sterilizace nebude nikdy prováděna jako léčba psychických onemocnění.
13. Důležité lékařské nebo operační zákroky mohou být osobě s psychickým onemocněním provedeny pouze v případech povolených zákonem v dané zemi, když se má za to, že by byly pro pacientovy zdravotní potřeby nejvhodnější, a když dá pacient poučený souhlas. Pokud ale pacient není schopen poučený souhlas poskytnout, bude zákrok schválen pouze po nezávislém přezkoumání.
14. Operační zákroky ohledně psychického stavu, ani jiná rušivá a nenávratná léčba, nebudou prováděny na pacientovi, který je v psychiatrickém zařízení

nedobrovolně, a podle toho, do jaké míry je jejich provádění povoleno zákonem v dané zemi, mohou být prováděny na ostatních pacientech pouze pokud dal pacient poučený souhlas a nezávislý vnější orgán souhlasí s tím, že existuje pravý poučený souhlas a že taková léčba je pro zdravotní potřeby pacienta nejlepší.

15. Klinické zkoušky ani experimentální léčba nebudou na žádném pacientovi prováděny bez jeho poučeného souhlasu, vyjma pacienta, který není schopen dát poučený souhlas a který může být přijat ke klinickým zkouškám nebo experimentální léčbě, ale jedině se souhlasem kompetentního nezávislého kontrolního orgánu vytvořeného konkrétně pro tento účel.

V případech specifikovaných v odstavcích 6, 7, 8, 13, 14 a 15 této zásady bude mít pacient nebo jeho osobní zástupce nebo jiná zainteresovaná osoba právo odvolat se k soudnímu nebo jinému nezávislému orgánu proti léčbě, která byla pacientovi poskytnuta.

Je zřejmé, že souhlas s léčbou může být považován za svobodný a informovaný pouze tehdy, pokud je založen na úplném, přesném a srozumitelném informování o stavu pacienta a navrhované léčbě. Popis elektroléčby jako „spánkové terapie“ je příkladem méně než úplného a přesného informování o příslušné léčbě. S tím souvisí i požadavek, aby pacienti průběžně získávali odpovídající údaje o svém stavu a navrhovaných léčebných postupech. Odpovídající informace po provedení léčby (výsledky apod.) by rovněž měly být pacientům přístupné.

V **České republice** se bohužel povinnost informovat pacienty zatím dostatečně nevžila. Najít příčinu není snadné. Vzhledem k nedostatku personálu v některých psychiatrických zařízeních se nelze divit, že leckdy lékařům nezbyvá čas na podávání adekvátních informací. Nadto se stále značná část lékařů domnívá, že by pacienti nejen nerozuměli obsahu sdělení, ale že takové informace nepotřebují a někdy dokonce nesmějí vědět, aby nedošlo ke zhoršení jejich zdravotního stavu. Proto se zdravotníci uchylují k podávání neúplných a zkreslujících údajů. Je pravda, že obor psychiatrie má z tohoto hlediska komplikované postavení; mentálně postiženým pacientům, lidem trpícím bludy, jedincům pod vlivem návykových látek je opravdu nesnadné něco vysvětlit. Nicméně to neznamená, že nemůže být informována

rodina, poručník či opatrovník nemocného a že se pacientovo chápání nezlepší natolik, že bude možné jej informovat později.

Na zakořeněné nazírání zdravotnické veřejnosti na práva pacientů poukazuje Prof. PhDr. RNDr. Helena HAŠKOVCOVÁ, CSc. ve svém komentovaném vydání Etického kodexu práv pacientů: „Na stránkách zdravotnických novin proběhla v roce 1992 obsáhlá diskuse na téma práv pacientů. Někteří lékaři zcela zpochybnili základní prvky tohoto významného dokumentu a často kladli otázky typu: Má mít pacient vůbec nějaká práva? Potřebuje je? A když, tak k čemu? Nebude jich zneužívat vůči lékařům? Námitky jsou to jistě závažné a svědčí nejen o silně zakořeněné tradici paternalismu, ale také o určitém strachu z veřejné kontroly, jakož i o určité neinformovanosti.“

Čeští uživatelé zdravotní péče se teprve učí, jak být aktivní. Paternalistický model vztahu lékař-pacient se postupně bortí. Rozdílné zkušenosti, vědomosti a nutnost rozhodování (což platí zejména v posudkové činnosti) sice neumožňují naprostou rovnost mezi doktorem a klientem, ale pacient je lékařem partnerem v terapeutickém procesu, má možnost vyjádřit své názory a postoje, které musí být respektovány. Některým lidem vyhovuje pasivní role; netouží se dozvídat o svém zdravotním stavu, nechtějí zasahovat do své léčby a slepě důvěřují svému ošetřujícímu psychiatrovi. Tento postoj není vzácný, ale není možné jej anticipovat. Pacient musí vyjádřit své přání nebýt informován!

Nedobrovolné přijetí

V **České republice** je legislativně upraven nedobrovolný vstup Zákonem o zdraví lidu (§ 23, § 24, zák. ČNR č. 86/1992) a Občanským soudním řádem (§ 191 a-g, zák. č. 240/1993 Sb.). Právní definici nedobrovolného vstupu je však velmi úzká. Další problém je v často nedostatečné zkušenosti soudních čekatelů posuzujících nedobrovolně přijaté pacienty.

Pokud je jedinec trpící duševní poruchou umístěn do léčebného zařízení proti své vůli, musí ošetřující lékař odeslat „Hlášení přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného“, a to do 24 hodin od přijetí, nevyslovil-li pacient do té doby souhlas s léčbou. Každé nedobrovolné přijetí je velmi citlivou záležitostí a musí být zodpovědně

řešeno přijímajícím lékařem. Soudem určený pracovník se v zákonem stanovené lhůtě dostaví na oddělení a posoudí oprávněnost nedobrovolného přijetí.

V článku 5 Evropské konvence lidských práv (EKLP), tedy jeho části relevantní pro duševní postižení, stojí:

1. Nedobrovolná psychiatrická hospitalizace vyžaduje kodifikovaný zákon o péči o duševní zdraví.
2. Před nedobrovolnou hospitalizací jinou než krizovou musí existovat k lékařskému vyšetření prokazujícímu duševní poruchu.
3. Duševní porucha musí být dostatečně závažná („druh či stupeň“) pro nedobrovolnou hospitalizaci.
4. Pacient nedobrovolně hospitalizovaný by principiálně měl být zadržován pouze po dobu jeho poruchy daného stupně. Nicméně, propuštění ze zadržení po uzdravení nemusí být okamžité a bezpodmínečné. Stát může odložit propuštění o přiměřenou dobu, aby zajistil následnou péči (jako místo k bydlení).
5. Pacientovi nedobrovolně hospitalizovanému musejí být dány důvody k hospitalizaci rychle, v jazyce, kterému rozumí.
6. Po zadržení musí pacient dostat příležitost prozkoumat zákonnost svého zadržení před soudem. To může být provedeno:
 - a) poskytnutím brzké automatické revize nebo
 - b) tak, že pacientovi je poskytnuto právo podání žaloby/žádosti ke dni jeho volby nebo
 - c) oběma způsoby.
7. Pacientovi se musí dostat dalších možností zkoumat zákonnost svého zadržení alespoň jednou ročně.
8. Pacient usilující o první revizi po zadržení musí mít možnost obdržet rozumné rozhodnutí od soudu ohledně zákonnosti jeho zadržení. To musí jistě být za dobu kratší než 8 týdnů a eventuálně během čtyř týdnů.
9. Rozhodnutí druhé nebo další revize by mělo být získáno dříve než za 4 měsíce a eventuálně během dvou měsíců.
10. Pacient musí mít možnost být vyslyšen, buď osobně nebo, kde je to nutné, v nějaké formě zastoupení.

11. Pacientovi musí být poskytnuto právní zastoupení, kde je to kvůli jeho duševní nemoci nutné. Tato potřeba vzniká, když pacient není schopen adekvátně shromáždit a prezentovat argumenty ve svůj prospěch nebo se vyjádřit k jakékoli právní otázce, která může vyvstat.
12. Právník zastupující pacienta musí mít přístup k informacím o pacientovi uchovávaných v léčebně.
13. Pravomoc soudu musí dostačovat k rozhodování ve věcech klíčových k ospravedlnění zadržení včetně tedy schopnosti rozhodnout, zda pacientova porucha ještě trvá v rozsahu zapříčiňujícím nedobrovolné zadržení a Soud musí mít pravomoc propustit pacienta, pokud zadržení již není ospravedlněné.
14. Pokud po rozhodnutí, že pacient by měl být propuštěn, vydá soud příkaz, že toto propuštění má být odvislé od zajištění následné péče, musí mít soud pravomoc vynutit takové zajištění, takže propuštění není nepřiměřeně opožděno.
15. Každý, kdo je obětí jakéhokoli porušení článku 5, musí mít právně prosaditelné právo na náhradu před jeho národními soudy.

Pacient, který je přijat k nedobrovolné hospitalizaci, musí být řádně informován jak o svém stavu, tak o způsobu léčby a chodu oddělení. Pokud je to možné, měla by stejné informace obdržet také rodina nemocného. V případě, že je chápání postiženého člověka narušeno, musí se personál pokusit předkládaná sdělení podat tak, aby to odpovídalo duševnímu stavu pacienta, nebo se obrátit na zákonného zástupce či opatrovníka léčené osoby .

Přestože se jedinec nachází v nemocničním zařízení proti své vůli, není přípustné, aby mu bylo bráněno v kontaktu s okolním světem a rodinou, jak se v mnohých psychiatrických léčebnách děje. Pacient musí mít možnost přijímat a odesílat korespondenci a je třeba mu umožnit volný přístup k telefonu nebo prostředkům elektronické komunikace (podle článku 8 EKLP). Zachování spojení s vnějším světem je zcela nezbytné nejen z důvodů prevence zneužívání, ale i z hlediska léčby.

Situaci v ČR monitoruje Rada Evropy pro lidská práva spolu s mezinárodní organizací Mental Disability Advocacy Center (MDAC). Naše republika vzbuzuje zájem mimo jiné proto, že se čeští občané stále častěji obracejí na Evropský soud pro lidská práva. Zástupci Rady Evropy a MDAC proto na semináři roce 2002 poskytli českým odborníkům (státní správě, soudcům, lékařům ad.) podrobný právní výklad jednotlivých článků obecné evropské úmluvy k právům a svobodám. Ačkoliv se tato úmluva jeví jako „nezdravotnická“ (hovoří například o zákazu mučení), ve skutečnosti se prostřednictvím precedentních kauz řešených štrasburským soudem stala dokumentem hájícím práva pacientů, zejména těch nejzranitelnějších, umístěných v psychiatrických léčebnách či v léčebnách dlouhodobě nemocných. Dodržování práv duševně nemocných občanů České republiky sleduje také Evropský výbor pro prevenci nelidského zacházení s jedinci (CPT). V roce 2002 provedlo vlastní šetření podmínek nedobrovolně hospitalizovaných pacientů (např. v psychiatrické léčebně v Opavě) a jeho zástupci na semináři kritizovali některé nedostatky. Kritika se týkala nedořešených zákonů o zdravotnictví, ale také postupu vyšetřovatelů či soudců.

Závěry zprávy CPT z roku 2002 se shodují s výsledky studie APEL českého Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví z roku 2003. Nevyhovující situaci potvrdilo také šetření mezinárodního Centra za práva duševně nemocných osob, které se taktéž uskutečnilo v roce 2003.

Omezující opatření

V případě nutnosti a pouze na výslovné nařízení ošetřujícího lékaře je možné použít pro jinak nezvládnutelného pacienta různých omezujících opatření. V ČR nechvalně proslula klecová a síťová lůžka, ale stejně známá a pacienty obdobně negativně vnímaná je izolace neboli samotka. K medializaci problematiky přispěl dopis spisovatelky J. K. Rowling adresovaný předsedovi vlády ČR a prezidentovi ČR, ve kterém spisovatelka reagovala na reportáž zveřejněnou dne 13. června 2004 v týdeníku The Sunday Times o podmínkách v ústavech sociální péče v Rábech a Slatiňanech.

Způsoby omezování pacientů musí být upraveny jasně stanovenými pravidly. Počáteční pokusy o zvládnutí rozrušených nebo nebezpečných pacientů musí být

výhradně bezkontaktní (tj. použití ústních pokynů) a v případě nutnosti použití fyzického omezení je třeba pokusit se o manuální zvládnutí. Pokud dojde ve výjimečných případech k použití omezujících nástrojů (upoutání, svěrací kazajka apod.), je nezbytné je odstranit při nejbližší příležitosti; nikdy je nelze používat nebo jejich použití prodlužovat jako způsob trestu.

O používání klecových lůžek a ostatních omezujících nástrojů pojednává metodické opatření ministerstva zdravotnictví vydané v roce 2005, jež se týká **používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky** (viz zpráva vlády 2004). Podle údajů ministerstva zdravotnictví se v roce 2004 používalo v psychiatrických léčebnách v ČR z celkového počtu 9601 lůžek 175 lůžek síťových.

Právům lidí s duševním onemocněním byl věnován seminář Lidská práva a duševní zdraví, který se na podzim 2003 uskutečnil v Senátu PSP. Zástupci MDAC na semináři poukázali mimo jiné na skutečnost, že i v Evropském roce osob se zdravotním postižením byli v psychiatrických léčebnách nalezeni lidé, kteří převážnou část pobytu v ústavu strávili v klecích.

Používání klecových a síťových lůžek přílehlavě komentoval člen Evropského parlamentu John Bowis: *„Říkám politikům ve své vlasti i v České republice, že se to může stát i jim. A pokud byste to byli vy nebo vaše manželka, dcera nebo vaše matka, chtěli byste být uzavřeni na takovém lůžku? A pokud odpovíte ne, nemůžete chtít, aby se to stalo komukoli jinému.“*

Ochranné léčení

Ochranné léčení je jedním ze tří u nás v současné době existujících ochranných opatření. Druhým z nich je takzvaná ochranná výchova mladistvých podle ustanovení § 84 a 85 trestního zákona a třetím zabránění věci dle ustanovení § 73 trestního zákona. Institut ochranného léčení v sobě zahrnuje složku represivní i preventivní.

Podle §72 trestního zákona existují dvě modalitty: ochranné léčení ukládané obligatorně a fakultativně. Pachateli trestného činu ochranné léčení nařizuje soud na základě posudku soudních znalců. Ti posuzují například příčetnost v době spáchání činu a nebezpečnost pachatele pro společnost.

Soud může uložit ochranné léčení psychiatrické, sexuologické, protialkoholní, protitoxikomanické a kombinované. Existuje forma ambulantní a ústavní, přičemž mohou přecházet jedna v druhou. Doba trvání léčení není v zákoně stanovena. O propuštění nebo změně ochranného léčení rozhoduje soud.

Určitou analogií ochranného léčení ústavního je zabezpečovací detence. Je určena „pro zvláštní kategorii pachatelů (typicky zvláště závažných úmyslných trestných činů, trpících duševní poruchou a bez potřebného náhledu na svůj zdravotní stav a spáchanou trestnou činnost)... zabezpečovací detence je určena především pro pachatele závažné úmyslné trestné činnosti, kteří dokazují, že nemají zájem podrobit se léčbě své psychické poruchy, ačkoliv bez tohoto kroku jejich další pobyt na svobodě je nebezpečný“. (5) Problematické je rozhodnout, zda pacient skutečně nejeví zájem o léčbu svého duševního stavu, nebo je-li jeho resocializace nemožná. Tento úkol spadá do kompetence soudních znalců.

Pacienti v ochranném léčení mají samozřejmě stejná práva jako ostatní duševně nemocní. Je třeba zajistit jejich ochranu před týráním, mučením a ponižováním a zaujmout k nim profesionální postoj bez ohledu na závažnost spáchaného činu a osobní antipatie.

Svéprávnost

Svéprávnost je zastaralý termín představující způsobilost občana vlastními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnost. Osoby trpící duševní poruchou mohou být za určitých okolností soudem označeny jako „nesvéprávné“. V úvahu připadá buď zbavení způsobilosti k právním úkonům, anebo její omezení. Toto opatření sleduje nikoliv represí, nýbrž ochranu osob stížených psychickým onemocněním, zejména ochranu jejich majetkových práv. Řízení probíhá podle ustanovení § 186 občanského

soudního řádu. Podle § 187 se stanoví osobě, o niž jde, opatrovník pro řízení, který nemusí být shodný s opatrovníkem, který se stane zákonným zástupcem na základě rozhodnutí soudu. Tím obvykle bývá rodinný příslušník nebo jiná vhodná osoba, která za něj nadále činí právní úkony.

Mezi duševní poruchy, které nejčastěji vedou ke zbavení způsobilosti k právním úkonům, patří především schizofrenie, trvalá porucha s bludy, pokročilá stadia různých forem demence, poruchy chování a myšlení vyvolané účinkem psychoaktivních látek, středně těžká a těžká mentální retardace. Onemocnění, která mohou vést k omezení svéprávnosti, jsou převážně ta, která narušují některé složky osobnosti ovlivňující schopnost nakládat s finančními prostředky. Omezení způsobilosti k právním úkonům se pak týká oblasti majetkoprávní a pracovněprávní. Ostatní práva (právo volit, rodičovská práva, možnost řídit motorové vozidlo či dokonce právo nosit zbraň) jsou zachována.

Praxe bohužel bývá taková, že soudci stačí pouze jedno písemné vyjádření psychiatra, aby člověka prohlásil nezpůsobilým. Koná-li se „stání“, má lékař pravomoc doporučit soudci, že přítomnost posuzované osoby není žádoucí. Často neexistují žádní skuteční svědci a názor psychiatra je přijímán jako nepopíratelná vědecká pravda. Někdy člověk, který nyní žije pod opatrovnictvím, není ani informován o soudním rozhodnutí. Zamítnuto je jen málo žádostí o opatrovnictví. Je nasnadě, že zbavení svéprávnosti může být zneužito, obvykle těmi, kterým by blaho nemocného mělo ležet na srdci nejvíc – jeho rodinou. Důvodem bývá obvykle majetek. „Chci prodat jeho chatu,“ bylo odůvodnění uvedené jedním žadatelem.

Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) k problematice šetření nezpůsobilosti uvádí: „Případy nezpůsobilosti řeší nižší soudci. Osoba, jejíž způsobilost je posuzována, obvykle o tomto opatření vůči své osobě neví. V České republice soudce občas navštíví dotyčnou osobu v psychiatrické léčebně, ale není to v pravém smyslu stání a pacient není v začínajícím soudu řádně zastupován: mnohdy pacienti ani neřeknou, že člověk, který jej přišel navštívit, je soudce.“

CÍL PRÁCE

Psychicky nemocní lidé jsou z hlediska práv pacientů velmi specifickou a problematickou skupinou. Narážejí na četné problémy způsobené stigmatizací a diskriminací a často se setkávají s ústrky a odsouzením ze strany zaměstnavatele, okolí a někdy dokonce rodiny. Mohou se stát snadnou obětí zneužívání a ponižování. Proto si zaslouží zvýšenou pozornost a ochranu, obzvláště pak tehdy, nejsou-li sami schopni o sobě rozhodovat. To platí hlavně o pacientech umístěných v psychiatrických léčebnách. Jak již bylo zmíněno výše, práva osob trpících duševní poruchou jsou stejná, jako práva ostatních a musí být respektována. Cílem této práce je zjistit, jak jsou v České republice dodržována práva pacientů a jaký postoj k této otázce zaujímají patientská sdružení a orgány vlády.

METODIKA

Během práce jsem pečlivě prostudovala mezinárodní dokumenty týkající se problematiky práv duševně nemocných, zprávy Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, který mimo jiné monitoruje dodržování lidských práv v psychiatrických zařízeních (viz kapitola Přehled současných poznatků), a využila jsem i jiných pramenů (viz seznam literatury a přílohy). Přečetla jsem literaturu pojednávající o etickém aspektu této otázky a seznámila se zákony, které se týkají práv psychicky nemocných občanů (viz seznam literatury a přílohy). K citacím a dokreslení překládaných údajů jsem použila článků na dané téma ze sedmého ročníku časopisu Psychiatrie (viz seznam literatury), z listopadového čísla časopisu Web Tempus z roku 2001 a z časopisu Trestněprávní revue číslo 12/2004 (viz citace). Pro získání dalších informací o právech psychiatricky nemocných v ČR jsem prostudovala relevantní materiály na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví, jakož i cíle a plány vlády týkající se daného tématu (program Zdraví 21, zejména cíl 6, kterého se týká také plán vlády na Zlepšení duševního zdraví). Z internetových pramenů jsem využila stránek WHO, Společnosti J. E. Purkyně a také Lékařské komory. Navštívila jsem internetové stránky UZIS, kde jsem vyhledávala epidemiologická data. Udělala jsem

anketu mezi patientskými organizacemi a sdruženími, která se zabývají právy lidí s duševním onemocněním. Zpracovala jsem stručné výňatky ze zpráv vlády z roku 2000 až 2004.

MATERIÁL

- 1) Při sběru dat jsem provedla retrospektivní rešerši materiálů dostupných na internetových stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky k ozřejmení počtu ošetřených a hospitalizovaných pacientů s duševní poruchou a vysledování prevalence a incidence některých psychiatrických onemocnění za rok 2004. Výsledky jsou zpracovány do tabulek a v příloze je pak uvedeno podrobné srovnání jednotlivých krajů.

- 2) Prostřednictvím elektronické pošty jsem oslovila dvanáct organizací, které se zabývají pomocí psychicky nemocným pacientům: VIDA centrum, občanská sdružení Kolumbus, Krystal, Bílý kruh bezpečí, Domino, Baobab, POLIDON a občanské sdružení MENS SANA, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Českou asociaci pro psychické zdraví, Českou katolickou charitu, a Remedium Praha. Požádala jsem o vyjádření také internetovou psychologickou poradnu. Všem jsem položila stejné dvě otázky týkající se práv pacientů trpících duševní poruchou. Obdržela jsem šest odpovědí, z nichž dvě nebylo možné pro tuto práci použít. Zbývající čtyři jsou uvedeny v následujícím textu; připojila jsem také mnou upravené statistiky, které mi laskavě poskytlo VIDA centrum.

- 3) Podrobně jsem pročetla zprávy vlády z let 2000 až 2004 a zpracovala jsem krátké upravené výňatky, které dokumentují vývoj situace v ČR za tyto roky. Informace obsažené v této části textu poukazují na to, že vláda si je vědoma nevyhovujícího stavu v oblasti dodržování práv psychiatrických pacientů, zabývá se touto otázkou a vyvíjí iniciativy vedoucí k nápravě.

VÝSLEDKY

Epidemiologie duševních chorob

Následující statistiky byly převzaty ze stránek ÚZIS. Dokumentují počet ošetření v psychiatrických zařízeních v ČR za rok 2004 v jednotlivých krajích. Z uvedených dat vyplývá, že narůstá počet ambulantních ošetření, stejně jako hospitalizací. Tento trend si lze vysvětlit zvyšujícím se počtem stresujících situací v životě obyvatel ČR, jako je pracovní přetížení a zátěžové rodinné situace, snazším přístupem mladých lidí k návykovým látkám. S rozvojem naší společnosti logicky stoupá procento těch, kteří vyhledávají psychiatrickou pomoc. Bylo by také možno vyvodit, že strach občanů z diagnózy psychického onemocnění a tudíž ze stigmatizujícího označení „blázen“, v posledních letech poklesl. Je to důsledek vyšší informovanosti veřejnosti, zlepšující se pověsti psychiatrie a dokonalejších možností terapie. Klienti využívající služeb psychiatrie a psychologie si zároveň začínají uvědomovat svá patientská a občanská práva a přistupují aktivněji ke své léčbě.

Z porovnání počtu vyšetření podle pohlaví vyplývá, že psychiatrickou péči vyhledávají častěji ženy než muži (3036,1 vyšetření na 10 000 žen; 2128,9 ošetření na 10 000 mužů), což potvrzuje také srovnání míry počtu ošetření v jednotlivých krajích. Osoby ženského pohlaví jsou náchylnější ke vzniku některých duševních poruch a jsou také vesměs ochotnější nechat si pomoci, na což má kromě jiného vliv nutnost péče o rodinu. Z podílu vyšetření na jednotlivé skupiny psychiatrických diagnóz podle pohlaví je zřejmé, že ženy se častěji potýkají s afektivními a neurotickými poruchami, schizofreniemi a organickými duševními poruchami. Muži jsou častěji ošetřováni v souvislosti s vývojovými poruchami v dětství a adolescenci, a poruchami způsobenými nadužíváním alkoholu a psychotropních látek. Zajímavé je zmínit také vyšetření na sexuální poruchy a dysfunkce a problémy spojené s patologickým hráčstvím, které svým počtem nepřekročily hranici 13 000 vyšetření, a nepředstavují pro společnost významný problém, jsou však spojená téměř výhradě s mužskou populací; u všech tří jmenovaných onemocnění byl podíl mužů vyšší než 70 %. (tabulka 1)

Stejně jako v roce 2003 došlo i v roce 2004 k nárůstu počtu vyšetřených osob na duševní poruchy (nárůst o 8,1 % resp. o 7,3 %). Největší nárůst míry prevalence a incidence byl zaznamenán u skupin diagnóz neurotické a afektivní poruchy, kam patří řada onemocnění vyvolaná stresem a zvýšenými požadavky a tlakem společnosti (tabulka 4, tabulka 6).

Od roku 1999 vzrostl počet ošetřených pacientů u dospělé populace o třetinu (přesně o 37 %), počet prvních ošetření u dětí se udržoval na zhruba stejné úrovni. Celkově bylo v roce 2004 ošetřeno 449 680 pacientů (tabulka 2, tabulka 5). Duševní poruchy a poruchy chování jsou pátým nejčastějším důvodem hospitalizace (tabulka 3).

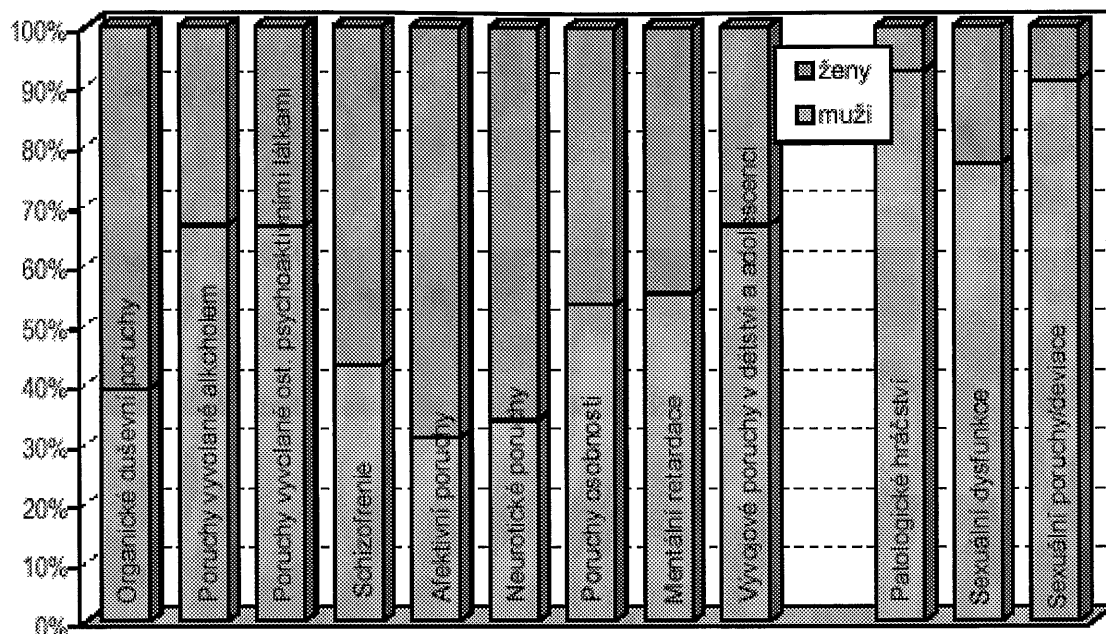
V psychiatrických léčebnách (PL) bylo v posledních letech ukončeno kolem 40 tisíc hospitalizací ročně. V tomto roce ukončených 40 280 představuje hospitalizovanost 394,8 případu na 100 000 obyvatel (tabulka 2). Pacienti byli v PL léčeni v 93,8 % na poruchy duševní a poruchy chování a ve 3,2 % na nemoci nervové soustavy. Jejich průměrný věk byl 45,3 roku. V PL byla nejdelší průměrná ošetrovací doba ze všech zdravotnických lůžkových zařízení, činila téměř 3 měsíce. Přes pět procent hospitalizací skončilo úmrtím. Zemřeli 2134 pacienti, většinou dlouhodobě léčení. Průměrná ošetrovací doba těch pacientů, kteří v léčebnách zemřeli, byla téměř jeden rok (312 dní).

Nejvíce hospitalizovaných v PL mělo bydliště v Moravskoslezském kraji (6161), Jihomoravském kraji (5039) a Středočeském kraji (4095). Nejvyšší specifická hospitalizovanost 592,6 případu na 100 000 obyvatel byla v kraji Zlínském (viz příloha 5).

Alarmující je skutečnost, že se v žádné zprávě neuvádí, kolik bylo v daném roce nedobrovolných hospitalizací, zda a kolikrát byly použity omezující prostředky. Pouze některé kraje uvádějí data týkající se ochranné léčby.

Tabulka 1

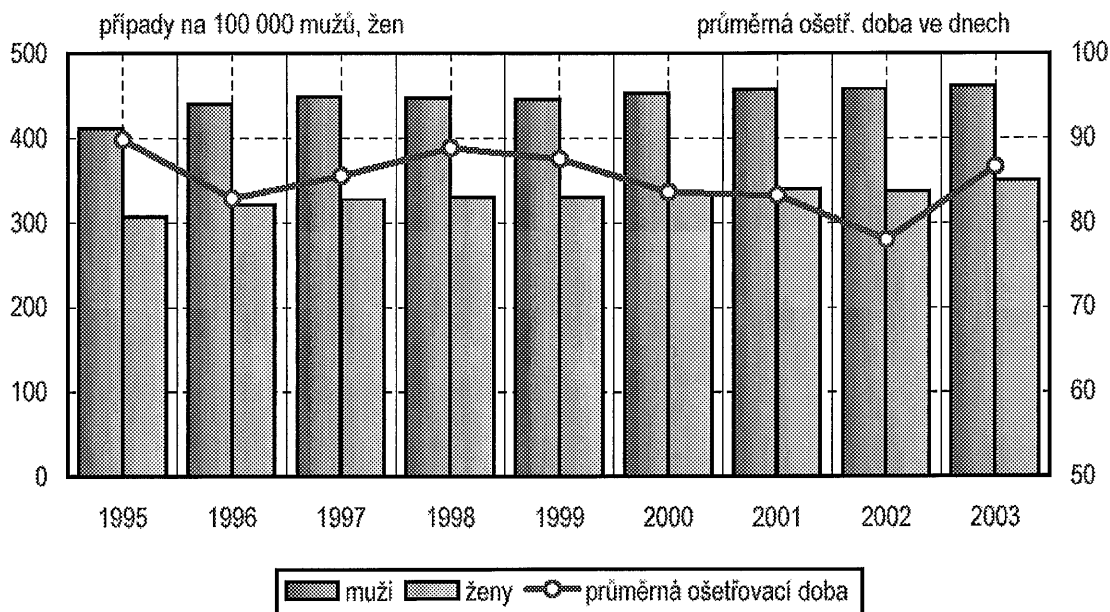
Podíl prvních ošetření ve sledovaném roce na vybrané diagnózy podle pohlaví



Tabulka 1 dokumentuje procentuální zastoupení mužů a žen u vybraných psychiatrických diagnóz za rok 2004.

Tabulka 2

Vývoj hospitalizovanosti a průměrné ošetřovací doby v PL v letech 1995 - 2003



Tabulka 2 sleduje vývoj hospitalizovanosti v psychiatrických léčebnách v letech 1995 až 2003. Je z ní patrný nárůst počtu hospitalizovaných mužů i žen. Ukazuje také průměrnou dobu ošetřování v PL.

Tabulka 3

Hospitalizovaní v ČR podle příčin hospitalizace

Kapitola (MKN-10)		Počet případů hospitalizace				Průměrná ošetrovací doba ve dnech		Průměrný věk	
		absolutně		na 100 000 obyvatel		muži	ženy	muži	ženy
		muži	ženy	muži	ženy				
I.	Některé infekční a parazitární nemoci	25 097	26 730	504,8	510,6	8,6	8,0	31,4	36,5
II.	Novotvary	97 938	106 451	1 969,9	2 033,4	8,9	8,8	61,2	57,7
III.	Nemoci krve, krevtovorných orgánů a ... imunity	5 485	7 562	110,3	144,4	8,3	9,0	50,0	58,1
IV.	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	20 837	30 750	419,1	587,4	10,5	9,7	52,6	57,0
V.	Poruchy duševní a poruchy chování	17 558	17 656	353,2	337,3	14,0	17,5	36,1	42,7
VI.	Nemoci nervové soustavy	30 073	31 455	604,9	600,8	7,8	8,0	45,5	49,2
VII.	Nemoci oka a očních adnex	27 360	43 561	550,3	832,1	3,8	3,6	61,8	67,2
VIII.	Nemoci ucha a bradavkového výběžku	8 989	8 982	180,8	171,6	6,3	6,6	36,2	43,1
IX.	Nemoci oběhové soustavy	191 137	179 859	3 844,5	3 435,6	8,6	11,1	64,3	69,3
X.	Nemoci dýchací soustavy	81 598	63 506	1 641,2	1 213,1	6,9	7,0	33,4	35,8
XI.	Nemoci trávicí soustavy	106 906	110 046	2 150,3	2 102,0	6,7	7,0	48,9	51,7
XII.	Nemoci kůže a podkožního vaziva	16 004	15 764	321,9	301,1	10,9	10,6	43,4	47,1
XIII.	Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	79 901	101 931	1 607,1	1 947,0	8,0	9,5	49,4	56,3
XIV.	Nemoci močové a pohlavní soustavy	59 134	124 871	1 189,4	2 385,2	6,0	4,5	52,0	46,4
XV.	Těhotenství, porod a šestinedělí	x	155 551	x	2 971,3	x	5,6	x	28,0
XVI.	Některé stavy vzniklé v perinatálním období	12 547	10 306	252,4	196,9	10,7	10,6	0,0	0,0
XVII.	Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	8 570	6 839	172,4	130,6	6,0	6,1	10,3	14,8
XVIII.	Příznaky, znaky a ... nálezy nezařazené jinde	49 276	62 170	991,1	1 187,5	5,3	5,5	45,1	45,8
XIX.	Poranění, otravy a ... následky vnějších příčin	113 629	82 952	2 285,5	1 584,5	6,5	9,1	37,5	51,1
XXI.	Faktory ovlivňující zdrav. stav a kontakt se zdr. službami	67 839	130 896	1 364,5	2 500,3	5,7	4,9	18,3	25,5
	Celkem	1 019 878	1 317 838	20 513,5	25 172,7	7,5	7,6	47,0	47,4

Údaje se týkají všech pacientů hospitalizovaných v nemocnicích ČR všech rezortů. Za jeden případ hospitalizace se považuje každé ukončení hospitalizace na jednom oddělení, ať již hospitalizace skončila propuštěním nebo úmrtím pacienta, či jeho přeložením na jiné oddělení nemocnice. Pokud byl pacient hospitalizován v roce vícekrát nebo na více odděleních, byl tedy započítán několikanásobně. Do souboru byli zahrnuti všichni pacienti hospitalizovaní na území ČR, včetně cizinců a bezdomovců, jejichž pobyt v nemocnici byl ukončen ve sledovaném roce bez ohledu na to, ve kterém roce začal.

Tabulka 4

Incidence a prevalence vybraných psychiatrických diagnóz

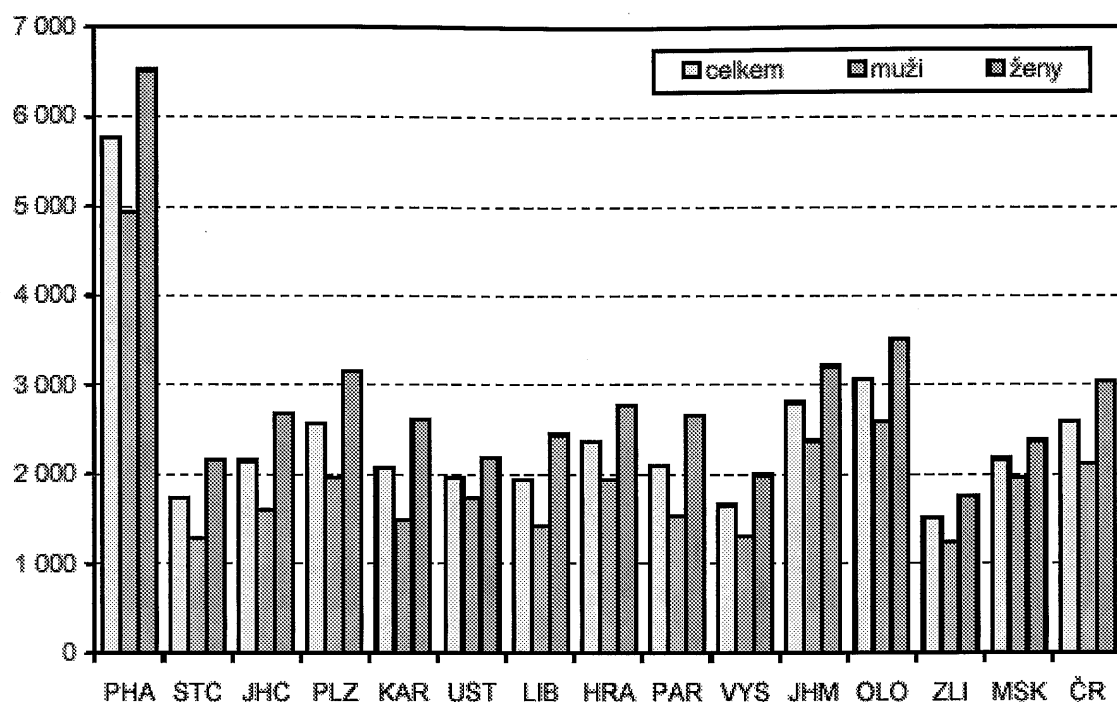
Kraj	Organické duševní poruchy F00-F09		Poruchy vyvolané alkoholem F10		Poruchy vyvol. ostat. psychoaktiv. látkami F11-F19		Schizofrenie F20-F29		Afektivní poruchy F30-F39		Neurotické poruchy F40-F48 F50-F59	
	na 10 000 obyvatel											
	inc.	prev.	inc.	prev.	inc.	prev.	inc.	prev.	inc.	prev.	inc.	prev.
Hl. m. Praha	17,9	73,8	7,5	33,5	11,6	34,1	6,8	61,0	34,2	170,2	85,5	334,2
Středočeský	10,5	34,5	3,6	10,5	2,4	8,8	2,1	21,2	14,0	59,6	28,4	121,7
Jihočeský	12,5	50,0	4,1	13,0	2,4	6,7	5,2	35,2	16,6	82,5	47,8	137,4
Plzeňský	17,7	49,4	8,0	25,3	4,4	19,8	3,8	35,0	21,2	82,8	62,1	195,0
Karlovarský	9,2	29,8	5,1	13,7	3,7	7,9	4,6	29,6	20,9	48,3	41,6	102,3
Ústecký	14,0	41,0	2,9	12,0	2,9	14,6	3,9	35,3	13,0	62,7	44,3	140,1
Liberecký	10,0	32,7	4,8	19,9	2,1	5,7	2,9	39,1	13,0	70,4	43,7	130,2
Královéhradecký	8,9	38,3	6,3	23,4	2,6	9,3	4,1	38,5	16,6	97,8	49,3	183,6
Pardubický	11,4	49,5	5,0	15,2	1,0	2,4	6,3	43,2	15,3	87,4	26,7	124,4
Vysočina	8,4	34,6	2,5	10,6	0,9	2,4	2,0	24,5	13,5	74,6	16,6	87,4
Jihomoravský	14,5	44,1	7,0	25,1	2,8	6,7	4,6	40,5	16,2	76,3	57,5	216,7
Olomoucký	20,1	68,3	11,5	42,8	2,9	10,3	6,9	60,5	27,9	125,7	55,3	249,9
Zlínský	8,5	29,3	10,8	35,6	1,5	5,2	2,8	40,0	7,9	47,0	30,0	98,9
Moravskoslezský	17,6	60,7	8,1	39,6	2,0	8,4	4,1	35,8	11,0	47,7	43,5	132,2
ČR	13,7	48,1	6,3	24,3	3,5	11,4	4,3	39,1	17,5	83,2	47,5	172,3

Kraj	Poruchy osobnosti F60-F63 F68-F69		Sexuální poruchy F64-F66		Mentální retardace F70-F79		Vývojové poruchy v dětství a adolescenci F80-F98		Neurčená duševní porucha F99		Neplodnost N46,N97		Vývojové poruchy mužských pohl. orgánů Q53-Q55	
	na 10 000 obyvatel													
	inc.	prev.	inc.	prev.	inc.	prev.	inc.	prev.	inc.	prev.	inc.	prev.	inc.	prev.
Hl. m. Praha	12,5	60,6	2,2	6,6	1,4	9,0	9,5	33,2	2,5	7,6	8,6	13,3	0,1	0,1
Středočeský	4,4	17,5	0,2	1,3	1,1	12,2	2,4	8,4	0,3	1,8	1,0	2,1	-	0,1
Jihočeský	4,8	13,5	0,2	1,6	3,1	13,0	7,6	24,3	0,0	0,0	0,9	1,3	-	0,2
Plzeňský	5,2	38,3	0,7	1,3	3,2	21,0	8,9	20,3	2,8	4,6	0,0	0,0	-	0,4
Karlovarský	5,4	14,0	0,5	1,1	4,5	21,6	4,2	20,7	0,9	1,4	-	-	-	-
Ústecký	5,9	19,4	0,2	5,5	3,1	19,1	7,5	22,0	0,8	1,2	0,9	1,5	0,2	0,2
Liberecký	4,1	16,0	0,8	3,3	1,1	9,3	5,0	18,5	0,9	1,1	3,6	5,4	-	0,2
Královéhradecký	6,7	36,5	1,0	2,0	2,6	20,8	9,4	33,1	0,6	1,3	0,0	0,8	-	0,4
Pardubický	3,5	16,5	0,0	0,3	2,0	21,2	7,2	15,9	0,6	2,2	0,0	0,0	-	0,4
Vysočina	2,3	11,1	0,1	1,0	1,4	14,8	1,5	8,3	0,2	0,8	0,1	0,1	-	0,3
Jihomoravský	4,9	19,3	0,6	15,4	2,1	15,9	10,8	24,9	0,6	2,3	0,3	1,2	0,1	0,1
Olomoucký	11,7	41,7	0,3	1,6	2,5	33,1	7,8	24,2	14,7	15,2	-	0,1	-	0,5
Zlínský	4,0	12,1	0,0	0,2	1,7	18,3	6,0	17,0	0,4	0,6	-	0,0	0,0	0,3
Moravskoslezský	3,7	19,9	0,2	1,4	1,6	15,8	4,8	17,5	0,6	0,7	0,2	0,9	0,0	0,1
ČR	5,9	25,6	0,6	3,8	2,1	16,6	6,8	20,8	1,8	3,1	1,4	2,5	0,0	0,0

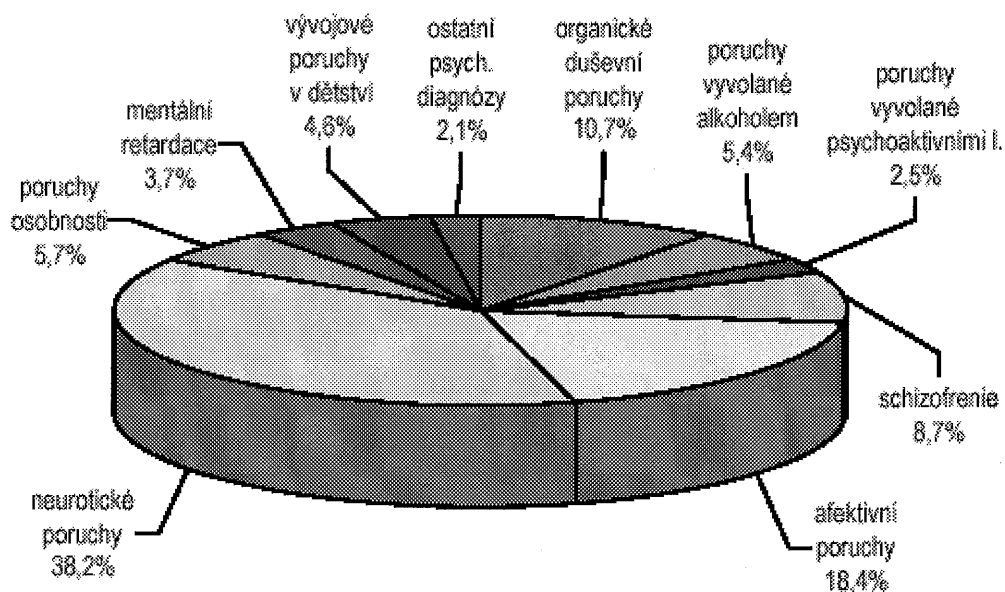
Tabulka 4 poskytuje srovnání jednotlivých krajů s průměrem ČR z hlediska incidence a prevalence duševních poruch.

Tabulka 5
Tabulka 6

Počet ambulantních ošetření - vyšetření v oboru psychiatrie
na 10 000 obyvatel



Struktura počtu prvních ošetření v ambulantních
psychiatrických zařízeních v roce 2004 - vybrané diagnózy



Tabulka 5 srovnává jednotlivé kraje z hlediska počtu prvních vyšetření/ošetření, ilustruje také zastoupení mužů a žen. Tabulka 6 ukazuje, jaké duševní poruchy vedly pacienty k návštěvě psychiatrické ambulance.

Anketa mezi organizacemi, které se věnují duševně nemocným občanům

Lidé trpící duševním onemocněním se často obracejí se svými problémy na různé organizace, které se zabývají ochrannou práv pacientů, pomáhají při zvládnání obtížných situací, hledání práce či chráněného bydlení. Dvanáct z nich jsem prostřednictvím e-mailu požádala o vyjádření k problematice ochrany práv psychicky nemocných pacientů. Napsala jsem rovněž do internetové psychologické poradny. Všem organizacím jsem položila stejné dvě otázky:

- 1) *Jaké jsou nejčastější dotazy či problémy vašich klientů z oblasti dodržování lidských práv a hlavně práv duševně nemocných?***
- 2) *Jsou podle vašeho názoru a vašich zkušeností práva duševně nemocných v České republice dostatečně dodržována a chráněna?***

Odepsalo mi šesti organizací, jenom čtyři z odpovědí však byly použitelné pro účely této práce. V následujícím textu jsou stručně shrnuty reakce, které jsem obdržela od VIDA centra (informační centrum pro problematiku duševního zdraví a nemoci), občanského sdružení POLIDON (POdpora Ldí s Duševním Onemocněním), občanského sdružení Krystal a z Internetové poradny.

VIDA centrum

„Problematika... je velmi ožehavým tématem a rozhodně není černá a bílá.... stručně řečeno, problematika dodržování nebo nedodržování lidských práv duševně nemocných se v dotazech ve VIDě a VIDA centrech moc neobjevuje, jak dokládám statistikami. Ovšem je třeba se zeptat proč a na to není jednoznačná odpověď. Rozhodně jsou práva porušována v psychiatrických léčebnách a nenápadně i v jiných službách.“

VYHODNOCENÍ STATISTIKY ÚDAJŮ Z VIDA CENTER ZA ROK 2003

Základním údajem pro VIDA centra je počet zodpovězených dotazů. Jeden klient může mít několik dotazů nebo naopak klient může navštívit poradnu kvůli zodpovězení jednoho dotazu opakovaně. Počet dotazů je tedy údajem, který nejlépe odpovídá charakteru práce VIDA center. Uváděné údaje jsou ze 6 VIDA center.

Počet klientů 257

Počet dotazů 309

Druh klientů: 57 % žen, 43 % mužů

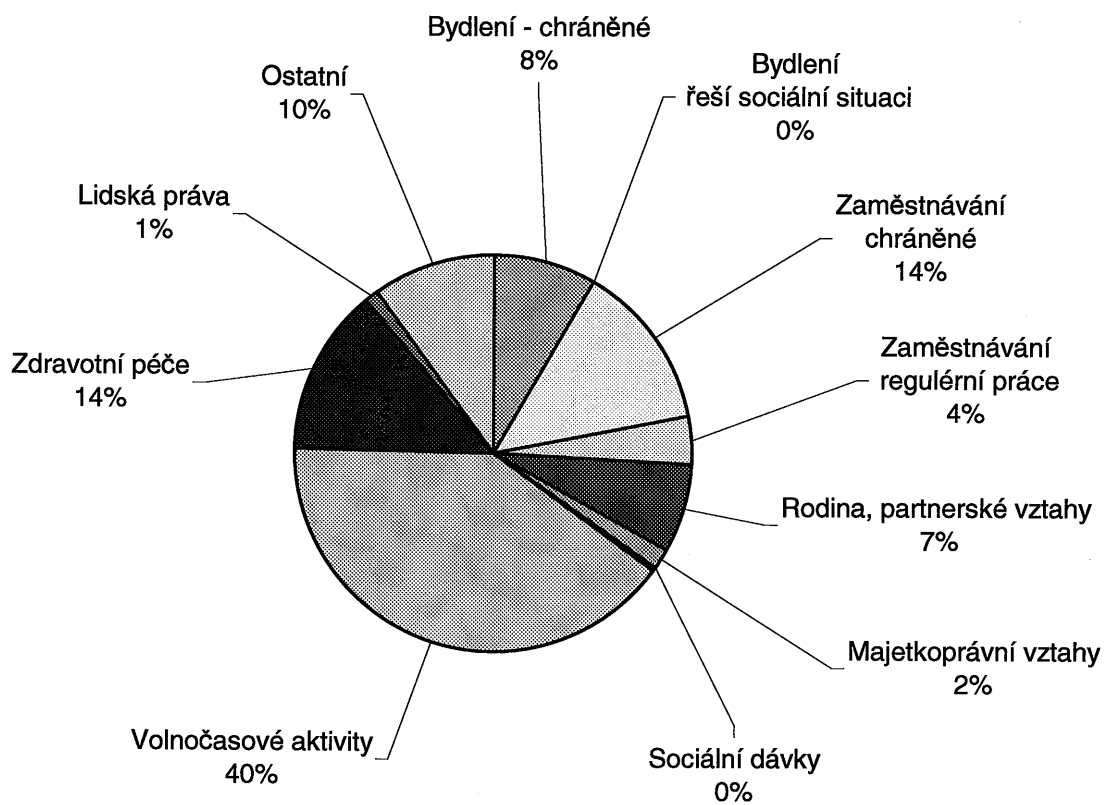
57,8 % uživatelů péče, 13,1 % rodičů a příbuzných, 3,2 % odborníků v dané oblasti, 24,3 % veřejnosti, 1,6 % organizací

Dle četnosti dotazů: převládaly volnočasové aktivity (40,5 %) poté zaměstnávání - chráněné (13,6 %), zdravotní péče (13,6 %). Celkové rozdělení dotazů je uvedeno v následující tabulce:

Klasifikace dotazů:	Počet dotazů	Procenta
Bydlení chráněné	26	8,4
Bydlení – řeší sociální situaci	0	0
Zaměstnávání – chráněné	42	13,6
Zaměstnávání – regulérní práce	12	3,9
Rodina, partnerské vztahy	22	7,1
Majetkoprávní vztahy (dělba majetku při rozvodu, dědictví...)	5	1,6
Sociální dávky	1	0,3
Volnočasové aktivity	125	40,5
Zdravotní péče	42	13,6
Lidská práva	3	1
Ostatní	31	10
CELKEM	309	100

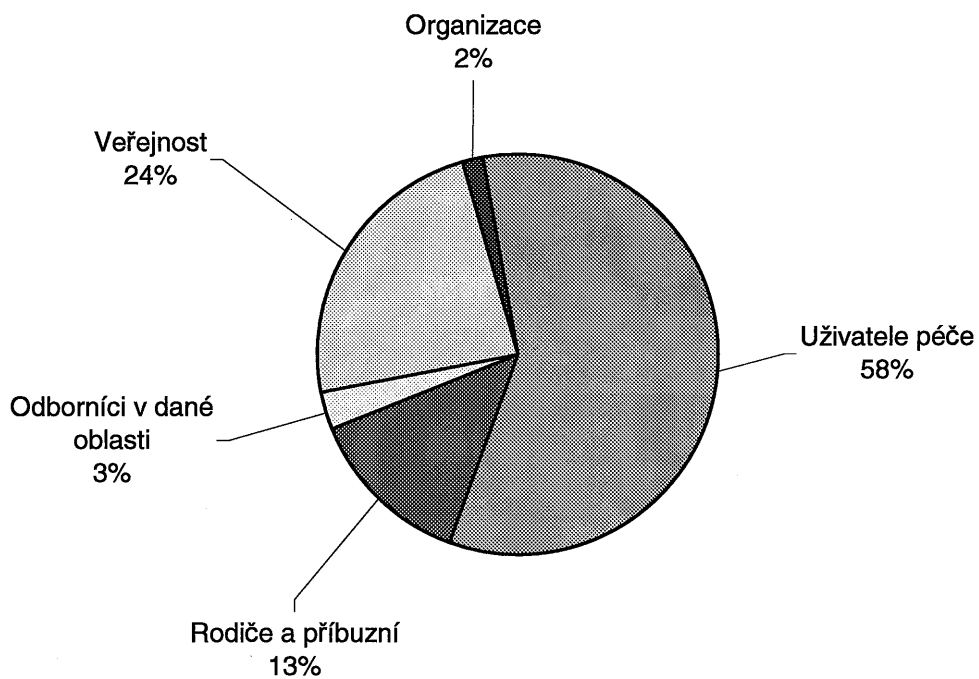
Následující graf zobrazuje, s jakými dotazy lidé VIDA centra v roce 2003 navštěvovali.

Statistické třídění dotazů za rok 2003



Následující graf zobrazuje, jaký druh klientů VIDA centra v roce 2003 navštěvovali. 57,8 % uživatelů péče, 13,1 % rodičů a příbuzných, 3,2 % odborníků v dané oblasti, 24,3 % veřejnosti, 1,6 % organizací.

Statistické třídění klientů za rok 2003



VYHODNOCENÍ STATISTIKY ÚDAJŮ Z VIDA CENTER A VIDA ZA ROK 2004

Základním údajem pro VIDU a VIDA centra je počet zodpovězených dotazů. Jeden klient může mít několik dotazů nebo naopak klient může navštívit poradnu kvůli zodpovězení jednoho dotazu opakovaně. Počet dotazů je tedy údajem, který nejlépe odpovídá charakteru práce VIDA center. Uváděné údaje jsou z VIDA, o.s. a 7 VIDA center (VIDA centrum Kolín začalo fungovat od října 2004)

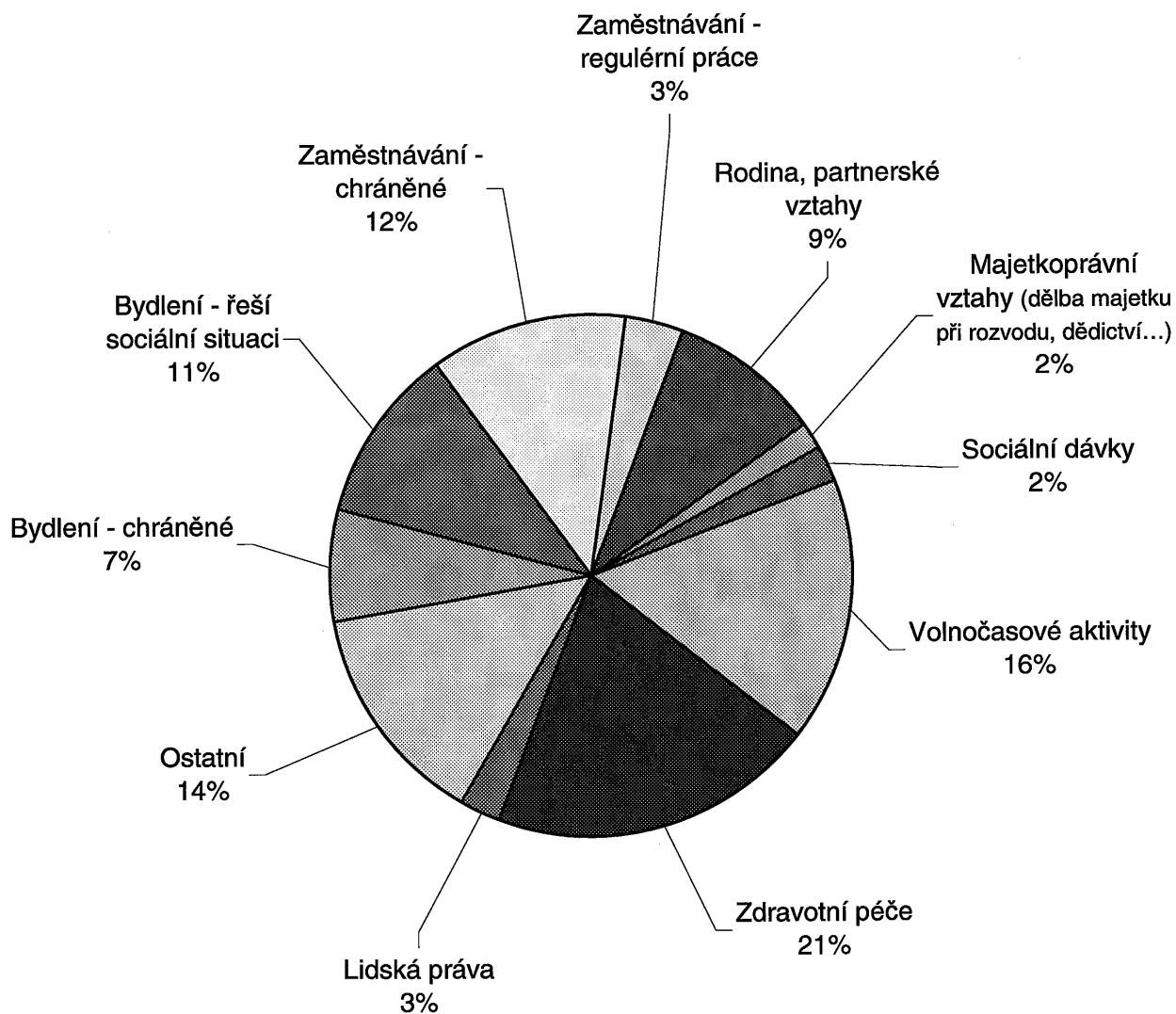
Počet klientů 346
Počet dotazů 438
Druh klientů: 60 % žen, 40 % mužů
67 % uživatelů péče, 13,3 % rodičů a příbuzných, 4,9 % odborníků v dané oblasti, 14,2 % veřejnosti, 0,6 % organizací

Dle četnosti dotazů: převládaly dotazy na zdravotní péči (20,1 %), poté volnočasové aktivity (16,43 %) ostatní dotazy (13,93 %), zaměstnávání – chráněné (12,33 %), bydlení – řeší sociální situaci (10,96 %). Celkové rozdělení dotazů je uvedeno v následující tabulce:

Klasifikace dotazů:	Počet dotazů	Procenta
Bydlení - chráněné	30	6,85
Bydlení - řeší sociální situaci	48	10,96
Zaměstnávání - chráněné	54	12,33
Zaměstnávání - regulérní práce	15	3,42
Rodina, partnerské vztahy	41	9,36
Majetkoprávní vztahy (dělba majetku při rozvodu, dědictví...)	8	1,83
Sociální dávky	10	2,28
Volnočasové aktivity	72	16,43
Zdravotní péče	88	20,1
Lidská práva	11	2,51
Ostatní	61	13,93
CELKEM	438	100

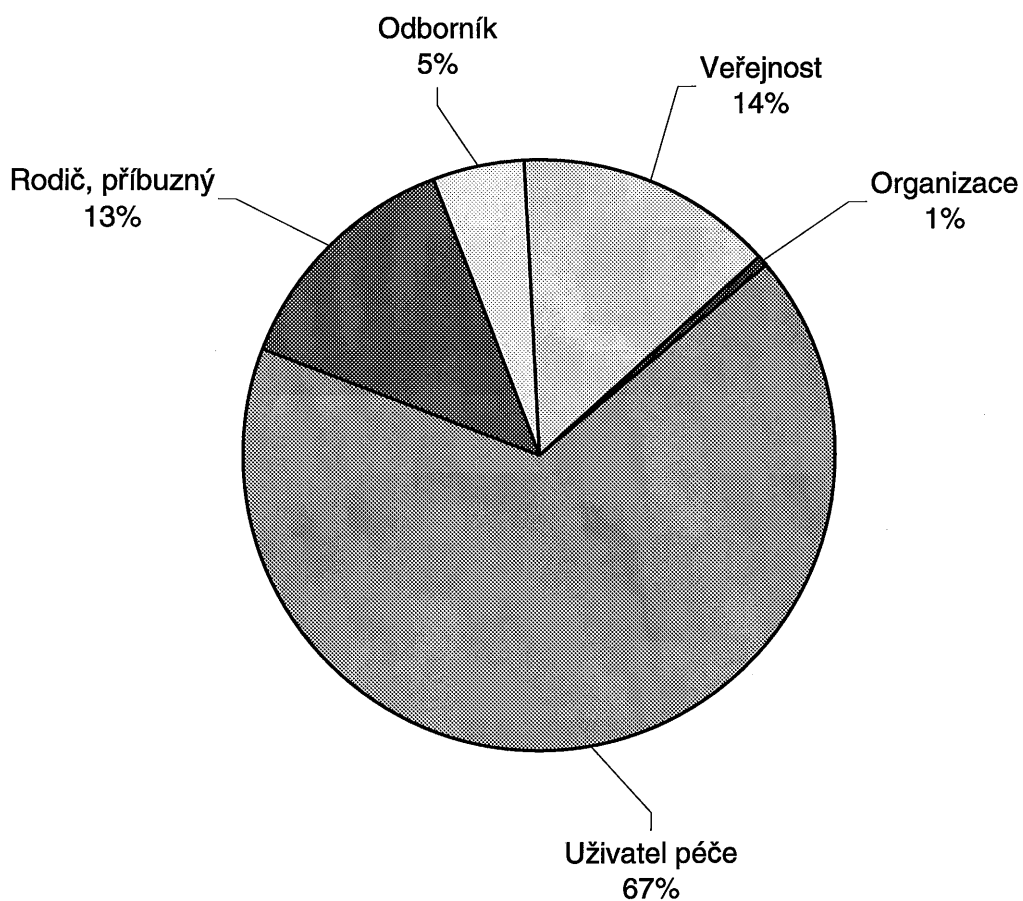
Následující graf zobrazuje, s jakými dotazy se lidé na VIDU a VIDA centra v roce 2004 obraceli.

Statistické třídění dotazů za rok 2004



Následující graf zobrazuje, jaký druh klientů se na VIDU a VIDA centra v roce 2004 obraceli. 67 % uživatelů péče, 13,3 % rodičů a příbuzných, 4,9 % odborníků v dané oblasti, 14,2 % veřejnosti, 0,6 % organizací

Statistické třídění klientů za rok 2004



VYHODNOCENÍ STATISTIKY ÚDAJŮ Z VIDA CENTER A VIDA ZA ROK 2005

Základním údajem pro VIDU a VIDA centra je počet zodpovězených dotazů. Jeden klient může mít několik dotazů nebo naopak klient může navštívit poradnu kvůli zodpovězení jednoho dotazu opakovaně. Počet dotazů je tedy údajem, který nejlépe odpovídá charakteru práce VIDA center. Uváděné údaje jsou z VIDA, o.s. a 8 VIDA center (Brno, Jeseník, Jihlava, Kolín, Pardubice, Praha, Sokolov, Ústí nad Labem)

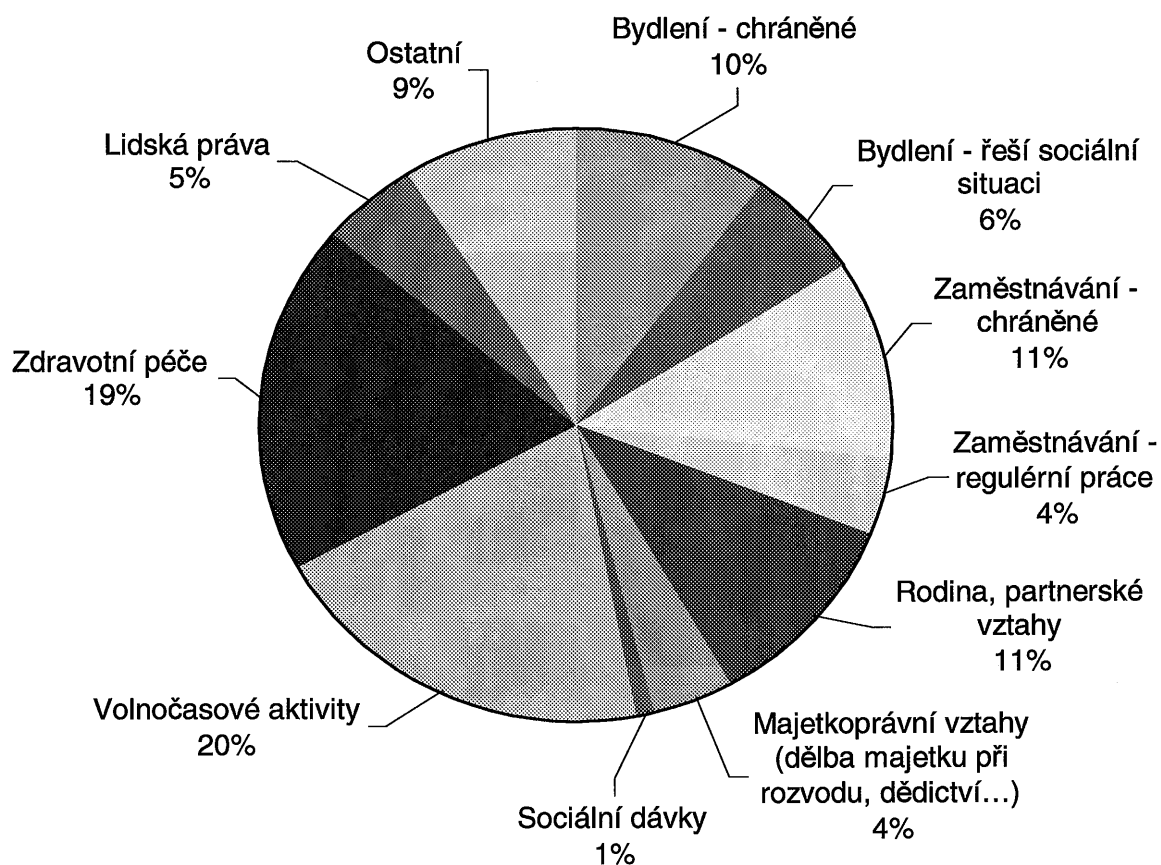
Počet klientů 390
Počet dotazů 483
Druh klientů: 64 % žen, 36 % mužů
69 % uživatelů péče, 11 % rodičů a příbuzných, 4 % odborníků v dané oblasti, 16 % veřejnosti, 0 % organizací

Podle četnosti dotazů: převládaly dotazy na volnočasové aktivity (20 %), poté zdravotní péči (19 %), ostatní dotazy (9 %), zaměstnávání – chráněné (11 %), rodina, partnerské vztahy (11 %), bydlení – chráněné (10%). Celkové rozdělení dotazů je uvedeno v následující tabulce:

Klasifikace dotazů:	Počet dotazů	Procenta
Bydlení – chráněné	48	10
Bydlení – řeší sociální situaci	29	6
Zaměstnávání – chráněné	52	11
Zaměstnávání – regulérní práce	18	4
Rodina, partnerské vztahy	52	11
Majetkoprávní vztahy (dělba majetku při rozvodu, dědictví...)	17	4
Sociální dávky	7	1
Volnočasové aktivity	99	20
Zdravotní péče	95	19
Lidská práva	22	5
Ostatní	44	9
CELKEM	483	100

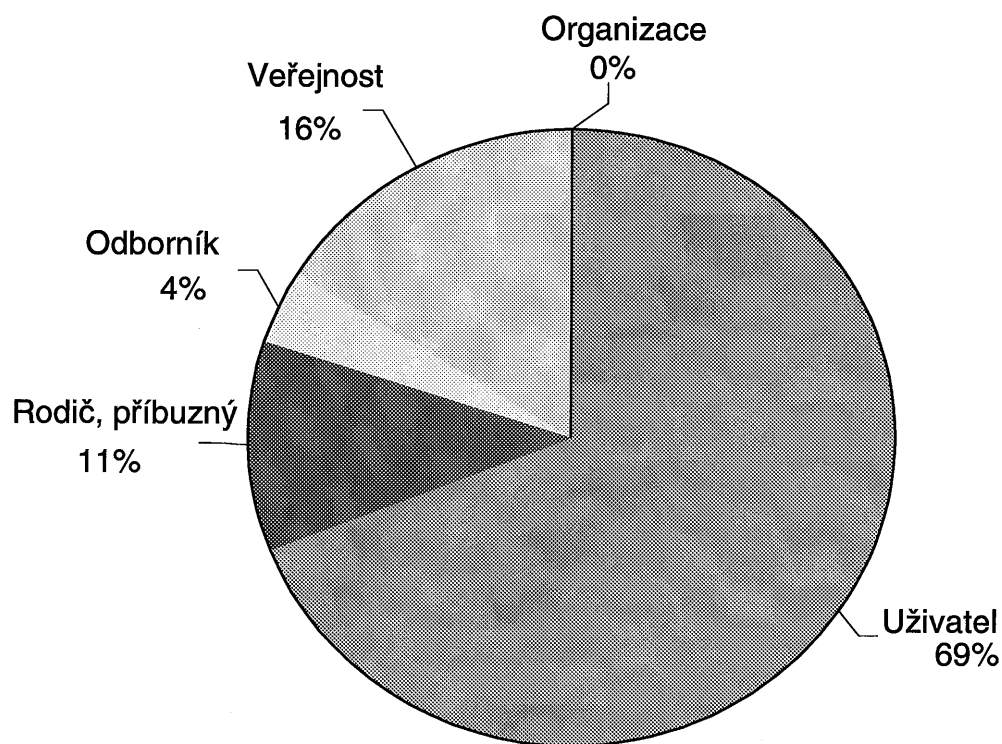
Následující graf zobrazuje, s jakými dotazy se lidé na VIDU a VIDA centra v roce 2005 obraceli.

Statistické třídění dotazů za rok 2005



Následující graf zobrazuje, jaký druh klientů se na VIDU a VIDA centra v roce 2005 obraceli. 69 % uživatelů péče, 11 % rodičů a příbuzných, 4 % odborníků v dané oblasti, 16 % veřejnosti, 0 % organizací.

Statistické třídění klientů za rok 2005



Krystal

„Naše sdružení se svou vlastní formou zabývá právě destigmatizací psychických onemocnění ve společnosti... Zkušenosti lidí, kteří v jakékoli formě přijdou do styku s psychickým onemocněním, ať již jako pacienti nebo jako jejich nejbližší, jsou si ve své podstatě značně podobné. V reálném životě nenarážejí nemocní ani tak na nedodržování práv, ale spíše na jejich špatné vysvětlování z jakékoli pozice. Především u zaměstnavatelů. Tam pak dochází velmi často ke ztrátě zaměstnání a propadu v sociální síti... Velké procento pacientů pak i tímto vlivem končí v částečném nebo plném invalidním důchodu. Žel velké nepochopení bývá i ze strany praktických lékařů. Specifikum psychických onemocnění je velmi špatně definovatelné i pro odborníka a stává se pak velice často, že lidé, u kterých dochází k takovému onemocnění, bývají často i lékaři označováni za fluktuanty. Dochází pak k tomu, že nedostatečně rozpoznané příznaky psychického onemocnění vyústí ve zhoršení zdravotního stavu a následnému plnému propuknutí onemocnění. Zároveň i doposud přetrvávající způsoby léčby psychických onemocnění zastaralými formami, tedy jen léky, bývají častou příčinou toho, že pacienti již ztrácejí naději a uchylují se do ústraní společnosti, tedy i před lékaři. Není žel mnoho dobrých odborníků, kteří umí zkombinovat dnes již velmi dobré léky s léčbou například ergoterapeutickou.“

POLIDON

„Naše organizace pracuje již 6. rokem s touto skupinou obyvatel a můžeme upřímně říci, že práva duševně nemocných v naší republice jsou podle našeho názoru dodržována stejně jako u většinové společnosti. To, na co si naši klienti nejčastěji stěžují je, že mají malý invalidní důchod. Lidská práva je příliš nezajímají a pokud ano, tak je důležité znát názor všech zainteresovaných stran, protože pohled klienta (pacienta) může být stejně jako zdravých subjektivně vnímán jako ubližování nebo zkreslen momentálním zdravotním stavem.“

Internetová poradna – sekce psychologické poradenství

„Dotazy týkající se lidí s duševním onemocněním dostáváme poměrně často... Obracejí se na nás lidé s těmito potížemi: ptají se na způsob léčby, který zvolil jejich psychiatr, často chtějí vědět jaké jsou účinky léků, které berou... Co se týče např. schizofrenie, tady se často ptají blízcí lidé nemocných. Zajímají se o příznaky této psychické poruchy, jak komunikovat s člověkem, který trpí schizofrenií, jak pomoci. Někdy se ptají jak zbavit takového člověka svéprávnosti, jak jej donutit k hospitalizaci, je-li to nezbytné a on to odmítá. Doposud nemáme zkušenost s tím, že by nám přišel dotaz týkající se přímo porušování práv osob s psychickým onemocněním.“

Výňatky ze zpráv vlády z let 2000-2004

O stavu dodržování práv duševně nemocných nejvíce vypovídají následující výňatky ze zpráv vlády. Z uvedených údajů vyplývá, že je této problematice věnována soustavná pozornost, obzvláště pak otázkám nedobrovolného přijetí, omezujících opatření a ochranné léčby. Situace se neustále zlepšuje, bohužel však nedostatečným tempem.

Zpráva 2000

11. Práva pacientů

11.5. Specifickou skupinu pacientů představují duševně nemocní, jejichž práva byla dlouho opomíjena. Zatímco v jiných oblastech jsou relikty paternalistické právní tradice předlistopadového období postupně odstraňovány, v případě práv duševně nemocných (a mentálně postižených) se tak dosud nestalo, a to především proto, že osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům či nedobrovolně hospitalizované nemohou účinně svá práva hájit a navíc jsou nadále v očích veřejnosti stigmatizovány jako nedůvěryhodné. Zejména současná úprava procesních práv osob v řízeních o způsobilosti k právním úkonům a v řízení o přípustnosti převzetí a

držení v ústavech zdravotnické péče je z hlediska ochrany lidských práv nevyhovující. Ustanovení § 186 občanského soudního řádu například umožňuje neinformovat osobu, o jejíž způsobilost jde, o zahájení řízení; ustanovení § 187 umožňuje upustit od vyslechnutí této osoby a od poučení o účelu vyšetření a § 189 explicitně zmiňuje možnost upustit od nařízení jednání a dokonce i od doručení rozhodnutí. Tato omezení práv nemocného jsou přitom odůvodněna buď vágními „důvody vhodnosti“ nebo paternalistickou obavou o „nepříznivé působení“ na osobu způsobilosti zbavenou. Takové odůvodnění je nepřijatelné, protože není-li osoba schopna význam rozhodnutí pochopit, nelze předpokládat jeho nepříznivé účinky, a je-li osoba schopna jeho význam pochopit, pak bude působení daleko nepříznivější, až posléze výsledek řízení zjistí. Ve velkém počtu případů se totiž postupuje právě tímto postupem; osoba není informována o zahájení řízení, není vyslechnuta, od jednání je upuštěno a rozhodnutí o tomto zásahu do občanských práv není osobě ani doručeno.

11.6. Dne 6. prosince 2000 schválila RLP podnět adresovaný ministru spravedlnosti, na jehož přípravě se podíleli zástupci nestátních neziskových organizací působících v oblasti psychiatrické péče (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Česká asociace pro psychické zdraví) a Svazu pacientů ČR. Podnět směřuje k tomu, aby byla ještě před připravovanou rekodifikací občanského soudního řízení zásadně novelizována ustanovení §§ 186 až 192 občanského soudního řádu, jež se týkají řízení o způsobilosti k právním úkonům a o přípustnosti převzetí nebo držení v ústavech zdravotní péče. Návrh RLP směřuje k posílení procesních práv osob, o jejichž způsobilosti k právním úkonům se řízení vede, jakož i osob, které jsou nedobrovolně hospitalizovány v ústavech zdravotní péče. Těmto osobám musí být umožněno, aby si zvolily právního zástupce, a teprve pokud si ho nezvolí, může jim soud určit opatrovníka pro řízení. Vzhledem k tomu, že za současné praxe jsou opatrovníky pro řízení obvykle určováni soudní úředníci, kteří svou funkci vykonávají zcela formálně, by měl zákon rovněž upravit povinnosti opatrovníka pro řízení při zastupování zájmů osoby. MSp se o obsahu podnětu vyjádřilo příznivě a zvažuje, zda úpravu procesních práv duševně nemocných zařadí do novelizace o. s. ř. už v roce 2001, anebo až do rekodifikace, která se chystá v letech 2002-2003. Podle stanoviska RLP by však takový odklad řešení ochrany práv této dlouho opomíjené kategorie osob nebyl vhodný.

11.7. V lednu 2001 formalizovala RLP činnost skupiny odborníků, která připravila návrh zmíněný v bodu 12. 6., rozšířila ji a ustavila ji jako pracovní skupinu ve smyslu svého statutu. Cílem činnosti pracovní skupiny bude přispívat k naplňování závazků ČR plynoucích z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, sledovat dodržování práv pacientů plynoucích z této Úmluvy ve zdravotnické praxi a navrhopat opatření směřující k odstranění existujícího nesouladu mezi závazky plynoucími z Úmluvy a současným stavem vnitrostátního práva. Členy skupiny jsou pracovníci státní správy, zástupci odborné veřejnosti zabývající se právy pacientů a zástupce všeobecné patientské organizace. Pracovní skupina by se vzhledem ke svému složení mohla stát platformou pro kultivaci tolik potřebné diskuse odborníků i občanských aktivistů o problémech medicíny z perspektivy lidských práv.

Zpráva 2001

4.6.1. Osoby umístěné ve zdravotnických zařízeních pro duševní chorobu

Právům osob, které jsou umístěny ve zdravotnickém zařízení z důvodu duševní choroby, začíná být věnována větší pozornost teprve v posledních letech. Příčinou je zřejmě skutečnost, že této skupině osob brání v účinném působení na veřejnost jednak sama duševní choroba, jednak stigma s ní spojené. Rovněž nevládní organizace zaměřené na ochranu práv duševně nemocných jsou v ČR ve srovnání se zahraničím málo rozvinuté; prakticky neexistují organizace, jež by se specializovaly na dohled nad podmínkami v psychiatrických zařízeních či poskytovaly těmto osobám právní pomoc. V praxi se duševně nemocní často setkávají s tím, že se k nim už v soudních řízeních o umístění do ústavu přistupuje jako k nerovnoprávným. Je to dáno zejména přetrvávajícím paternalismem, který přitom často vychází z *bona fide* humanistického přesvědčení. Svůj podíl na této situaci však má i skutečnost, že se legislativa upravující práva těchto osob od roku 1989 vůbec nezměnila, což kontrastuje s vývojem v oblasti práv jiných oslabených skupin (odsouzení, zdravotně postižení apod.). Rada pro lidská práva proto navrhla ve svém podnětu z 6. prosince 2000 posílení procesních práv těchto osob novelizací příslušných ustanovení OSŘ (§ 186 až § 193), která upravují řízení o přípustnosti převzetí či držení v ústavu zdravotnické péče a řízení o způsobilosti k právním

úkonům. Základem navrhované úpravy je výslovně stanovená povinnost osobu informovat o jednotlivých krocích v řízení a o jejích právech, včetně práva nechat se zastupovat právním zástupcem. Ministr spravedlnosti dosud novelizaci OSŘ nenavrhl; o její podobě (dílčí novelizace v roce 2002 nebo začlenění do rekodifikace procesního práva občanského v roce 2003) se však nadále jedná.

Problematickým aspektem umístování duševně nemocných ve zdravotnických zařízeních je i asistence Policie ČR při zajištění a převozu duševně nemocného do ústavu. Lékaři často shledávají asistenci nedostatečnou, protože je zaručena jen tehdy, jestliže osoba výslovně ohrožuje sebe nebo své okolí. Naproti tomu obhájcí práv pacientů upozorňují na případy, kdy se Policie ČR dopustila nepřiměřeného použití síly nebo asistovala u převozu do ústavu osoby, jež sebe ani své okolí neohrožovala. Ústavní soud v roce 2001 rozhodoval o jednom případě, kdy byla za policejní asistence nedobrovolně převezena do ústavu osoba, u níž k tomu objektivně nebyl důvod.

Výše zmíněné problémy související se samotným převzetím či držením v psychiatrickém zařízení se ovšem jeví jako dílčí ve srovnání s daleko větším – a z velké části dosud nezmapovaným – problémem práv pacientů již hospitalizovaných, tj. podmínek, za nichž hospitalizace probíhá. K první systematictější orientaci směřuje průzkum navržený příslušným výborem Rady pro lidská práva, Výborem pro lidská práva a biomedicínu, jenž bude realizován v roce 2002. Dosavadní kazuistické 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. Pacientská sdružení si nadále stěžují na to, že uživatelé péče mnohde nejsou považováni za partnery, zachází se s nimi jako s dětmi, nejsou řádně informováni, jejich soukromí není respektováno a jejich svoboda je omezována spíše podle potřeb personálu než jejich vlastních. Tyto stížnosti se přitom netýkají jen pacientů nedobrovolně hospitalizovaných, ale i těch, kdo se přicházejí léčit dobrovolně. I na odděleních pro dobrovolně hospitalizované pacienty se totiž v některých zařízeních uplatňuje výrazně restriktivní režim, a pokud pacient projeví zájem zdravotnické zařízení opustit, je informován o možnosti přechodu na

nedobrovolnou hospitalizaci (a tedy další restrikce osobní svobody). Tím se hospitalizace stává *de facto* vynucenou, aniž přitom o přípustnosti jakéhokoli omezení osobní svobody rozhodl soud.

Podle dosavadního stavu poznání v této oblasti nejsou základním problémem výše uvedené dílčí nedostatky práva procesního, ale prakticky úplná absence hmotněprávních ustanovení týkajících se práv duševně nemocných, nedobrovolně i dobrovolně hospitalizovaných a osob zbavených způsobilosti k právním úkonům či v této způsobilosti omezených. Ve vyspělých evropských zemích jsou tato práva většinou upravena velmi podrobně, ať už ve speciálním předpisu o duševním zdraví, anebo v základním předpisu občanského práva hmotného.

Jako krátkodobý cíl v ochraně práv duševně nemocných se tedy jeví dílčí novelizace existujících ustanovení práva procesního, zatímco střednědobým až dlouhodobým cílem musí být buď vytvoření speciálního zákona o duševním zdraví, nebo komplexní úprava v připravované rekodifikaci občanského zákoníku.

Zpráva 2002

4.7. Osoby omezené na svobodě *de facto*

4.7.1. Definice omezení na svobodě *de facto* podle mezinárodních smluv o lidských právech: Podle převládajícího výkladu právního řádu ČR se za omezení svobody považují pouze situace jako například výkon trestu odnětí svobody či vazby, zajištění orgány policie nebo výkon trestu vězení v armádě. Takové úzké vymezení však nezahrnuje mnohé jiné situace, kdy umístění osob v různých zařízeních sice není z právního hlediska sankcí, ale vzhledem k uplatňovaným režimovým opatřením nebo k jejich závislosti na péči jiných (děti, staří lidé, mentálně postižení, osoby trpící duševní poruchou) je jejich svoboda omezena *de facto*. Opční protokol k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (dále v tomto oddílu jen „Opční protokol“), který schválilo Valné shromáždění OSN dne 18. prosince 2002, však i tyto osoby považuje za omezené na svobodě. Podle Opčního protokolu je charakteristickým znakem zbavení či omezení svobody absence svobodné možnosti opustit zařízení, kde je osoba držena nebo umístěna.

Závislost těchto osob na zařízeních, kde jsou umístěny, a na péči, kterou tato zařízení poskytují, významně omezuje jejich možnost svobodně se rozhodnout, zda v zařízení zůstanou anebo je opustí. Omezení svobody v tomto případě tedy nespočívá v ustanovení zákona, které obsahuje příkaz podrobit se omezení svobody, ale ve faktické situaci, v jejímž důsledku je do značné míry anebo zcela omezena svobodná volba osoby opustit zařízení například i v případě, že je v něm vystavena špatnému zacházení.

Podobně vymezené širší pojetí již funguje ve smluvním systému Rady Evropy, neboť CPT jako kontrolní orgán zřízený Evropskou úmluvou o zabránění mučení svůj mandát vztahuje nejen na policejní zařízení, věznice a vazební věznice či zařízení pro výkon ochranné nebo ústavní výchovy, ale také na ústavy sociální péče nebo psychiatrická zařízení.

4.7.2. Zákonná úprava práv osob v ústavní péči

Ochrana práv osob omezených na svobodě *de facto* – v důsledku umístění do různých typů ústavní péče – je dosud na okraji zájmu veřejnosti, legislativců, právníků a až na výjimky zůstává i na okraji zájmu ochránců lidských práv. Ve většině situací nejsou práva a povinnosti těchto osob v dostatečné míře upraveny žádným zákonem, ba dokonce ani vyhláškou, ale řídí se jen vnitřními řády jednotlivých zařízení. Soulad těchto vnitřních řádů s Listinou a mezinárodními smlouvami o lidských právech přitom v podstatě není zmapován, o reálné situaci v ústavech různého typu ani nemluvě. Osoby umístěné v ústavní péči (zejména pak osoby trpící duševní poruchou či mentálním postižením) jsou ze samotné povahy věci zjevně znevýhodněny svou závislostí na péči či postižením intelektu, a pokud si vůbec stěžují, obvykle se jejich stížnosti nedostanou mimo zdi předmětného zařízení.

Ve zdravotnických zařízeních nejsou práva a povinnosti pacientů upraveny ani ve vztahu k výkonu ochranného léčení jako jasně trestně-právního institutu podle trestního zákona, §154 ani ve vztahu k dalším situacím omezení svobody na základě zákonného oprávnění, natož v případech dobrovolného umístění v zdravotnickém zařízení. Nejsou ani stanoveny jednotlivé formy přípustného, respektive nepřípustného zacházení.

Vnitřní kontrola zdravotnických zařízení je zaměřena obecně na úroveň zdravotní zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů. Např.

převzetí a držení nemocného v ústavu zdravotnické péče bez jeho souhlasu podle občanského soudního řádu, umístění v protialkoholní záchytné stanici apod.

Faktické omezení svobody u *de iure* dobrovolných hospitalizací může spočívat v režimových opatřeních u pacientů s duševními poruchami, v závislosti na zařízení a poskytované péči v léčebnách dlouhodobě nemocných apod. Vnější kontrola v této oblasti prakticky neexistuje.

Zvlášť naléhavý problém představuje ochrana osob zbavených způsobilosti k právním úkonům a procesní postavení osob v řízeních o způsobilosti, právě tak jako v řízeních o přípustnosti (nedobrovolného) převzetí nebo držení v ústavu zdravotnické péče. Na nedostatky procesní úpravy obsažené v občanském soudním řádu¹⁵⁷ upozornila Rada pro lidská práva již v roce 2000 v podnětu adresovaném ministru spravedlnosti. Postavení osob v řízeních o zbavení způsobilosti je velmi slabé, jejich zastupování zůstává pouze formální a navíc zákon výslovně umožňuje nedoručování rozhodnutí (viz Zpráva 2001). Hlavním nedostatkem úpravy řízení o převzetí v ústavu zdravotnické péče je skutečnost, že soud vyslechne pouze pacienta a jeho ošetřujícího lékaře; v souladu s doporučeními Rady Evropy, s legislativou většiny vyspělých zemí i s právní tradicí meziválečného Československa by však bylo, aby soud rozhodoval na základě stanoviska nejméně jednoho orgánu odborníka nezávislého na ošetřujícím lékaři. Za současného stavu, kdy je osoba většinou jen zcela formálně zastupována opatrovníkem pro řízení, totiž soudy rozhodují o zákonnosti převzetí *de facto* mechanickým potvrzováním stanoviska ošetřujícího lékaře.

Problematická je i skutečnost, že o tom, zda k nedobrovolnému převzetí došlo ze zákonných důvodů, rozhoduje soud až do sedmi dnů od oznámení. (Podle údajů z praxe dokonce některé léčebny běžně překračují lhůtu 24 hodin určenou k oznámení o převzetí a některé soudy zase překračují dobu sedmi dnů k rozhodnutí.) Lhůta sedmi dnů je sama o sobě poměrně dlouhá, připustíme-li možnost, že nedobrovolné převzetí nebylo v souladu se zákonnými důvody. Navíc soudy v praxi podle tohoto ustanovení pouze rozhodují, zda důvody pro (nedobrovolné) převzetí existovaly v okamžiku převzetí samotného, tedy až jeden týden před rozhodnutím soudu; a nezabývají se přitom otázkou, zda důvody pro nedobrovolné pobyt osoby ve zdravotnickém zařízení nadále trvají. Výsledkem může být v praxi skutečnost, že soud rozhodne o tom, že převzetí bylo v souladu se zákonnými důvody, protože osoba v okamžiku převzetí ohrožovala sebe nebo své okolí – a přitom v době

rozhodování soudu již tento stav neplatí. Kromě toho se z rozhodnutí o přípustnosti převzetí často nesprávně dovozuje, že se osoba tudíž musí podrobit jakékoli nedobrovolné léčbě, jakou lékaři určí. *Bylo by proto zřejmě vhodné buď posunout rozhodování soudu blíže k samotnému aktu nedobrovolné hospitalizace (převzetí), anebo oddělit posuzování přípustnosti převzetí a rozhodování o tom, zda důvody pro nedobrovolnou hospitalizaci nadále trvají.*

Neméně závažná je také úplná absence hmotněprávní úpravy v oblasti opatrovnictví, která výrazně zaostává nejen za právními řády vyspělých zemí, ale i za někdejší prvorepublikovou úpravou. S úrovní práv osob umístěných v ústavní péči bezprostředně souvisí i skutečnost, že ani zákon, ani judikatura nevyklučuje to, aby byli opatrovníky – často hromadnými – určováni ředitelé zařízení, v nichž jsou jejich opatrovanci umístěni. *Tento stav je typický pro bývalé socialistické státy a je na mezinárodní úrovni předmětem stále silnější kritiky, takže by měl být urychleně změněn. Urychlené přijetí návrhu novelizace občanského soudního řádu, předloženého Radou pro lidská práva, představuje nezbytný, byť pouze dílčí krok k nápravě, která bude muset zahrnout především novou (mnohem propracovanější) hmotněprávní úpravu v oblasti opatrovnictví, přijetí nového zákona o sociálních službách atd.*

4.7.3. Reálná úroveň práv osob v ústavní péči

Zásadním problémem při praktickém naplňování základních práv garantovaných Listinou není jen absence pozitivní právní úpravy, ale i skutečnost, že v ústavní péči – ať již jde o ústavy sociální péče, ústavní a ochrannou výchovu, či lůžková psychiatrická zařízení – je obecně umístěno podstatně více osob, než je běžné ve vyspělých zemích EU. Navíc jsou mnohá tato zařízení z historických důvodů velmi rozsáhlá, což samo o sobě ztěžuje jejich reformu. K udržování těchto naddimenzovaných zařízení přispívá i systém financování platbami za lůžka, který nestimuluje rozvoj alternativ k ústavní péči (chráněného bydlení, komunitní péče) a naopak fakticky penalizuje ta ústavní zařízení, která činí kroky k integraci zdravotně postižených do komunity.

Ačkoli situace není systematicky zmapována, je zřejmé, že mezi ústavními zařízeními existují výrazné rozdíly, jež často odrážejí rozdílnou orientaci jejich vedoucích pracovníků. Některá ústavní zařízení postupují důsledně k humanizaci

podmínek, od mnohalůžkových pokojů k 2-3lůžkovým, od paternalisticko-represivního přístupu k nové orientaci na respekt k soukromí pacientů (chovanců, „klientů“) a k jejich přáním jako aktivních subjektů. Otevírají se navenek, rozšiřují možnosti návštěv, vytvářejí kulturní programy integrující osoby „uvnitř“ a „vně“ zařízení. Na druhé straně se však mnohá jiná zařízení svým autoritářským režimem a necitlivým přístupem nadále podobají tomu, jak vypadala před rokem 1989. *Nadále trvá např. velmi rozšířené používání různých – i velmi drastických – forem restrikce osobní svobody, například tzv. klecí či síťových lůžek v psychiatrických zařízeních, které je předmětem rostoucí kritiky ze strany mezinárodních organizací zabývajících se lidskými právy a mělo by být omezeno na nejnižší možnou míru nebo vůbec odstraněno.*

K vyhodnocení problémů v některých lůžkových psychiatrických zařízeních směřuje projekt APEL (Audit práv a etiky léčby), zahájený z podnětu Výboru pro lidská práva a biomedicínu Rady pro lidská práva. Otázka zajištění evropských standardů lidské důstojnosti se však týká i jiných zdravotnických ústavů, jakož i zařízení pro děti, kde se vykonává ústavní a ochranná výchova, ústavů sociální péče apod. Je zřejmé, že situaci ve všech těchto zařízeních je možno zásadně ovlivnit jen vytvořením na jednotlivých resortech nezávislého systému systematické kontroly. Bez takové systematické kontroly nelze za současného stavu ani reálně vyhodnotit situaci ve stovkách (často odlehlých) zařízeních, natož navrhnout konkrétní kroky k nápravě s výjimkou *ad hoc* odstraňování nejproblematictějších postupů.

4.8. Nezávislý systém kontroly a prevence špatného zacházení

Opční protokol k Úmluvě proti mučení vytváří dvousložkový systém prevence mučení a jiného krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání. Zřizuje mezinárodní mechanismus, jehož úkolem bude vykonávat kontrolní návštěvy v místech, kde jsou drženy osoby omezené na svobodě; a kromě toho zavazuje smluvní státy, aby jeden nebo více obdobných mechanismů zřídily také na vnitrostátní úrovni nejpozději do jednoho roku od nabytí platnosti, ratifikace či přistoupení smluvní strany k Opčnímu protokolu. Země EU a kandidátské země včetně ČR vyjadřovaly návrhu Opčnímu protokolu po celou dobu schvalovacího procesu absolutní podporu. V současné době připravuje ČR návrh na jeho podpis a počítá s následnou ratifikací.

Osoby omezené na svobodě – ať již jde o omezení na základě zákona, anebo o omezení *de facto* – jsou vystaveny zvýšenému riziku mučení anebo krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání (dále jen „špatné zacházení“). Výskytu takového jednání nelze úplně zabránit, ale zavedením účinných kontrolních mechanismů je možné mu předcházet či minimalizovat jeho výskyt. Za účinnou lze považovat kontrolu, která je vykonávána systematicky, s preventivním účinkem a nezaměřuje se výlučně na dodržování zákonnosti, ale sleduje také hledisko důstojnosti podmínek v zařízeních a zacházení s umístěnými osobami ve smyslu mezinárodních závazků vyplývajících ze smluv o lidských právech. Důležitým předpokladem účinnosti kontroly je také zajištění její plné nezávislosti na kontrolovaných subjektech i jejich nadřízených orgánech.

Orgán, který by v tomto smyslu vykonával systematickou, preventivní vnější kontrolu míst, kde se nacházejí osoby omezené na svobodě, v ČR neexistuje. V šesti resortech, do jejichž působnosti tato místa patří (resorty spravedlnosti, školství, mládeže a tělovýchovy, obrany, vnitra, zdravotnictví a práce a sociálních věcí), fungují do různé míry propracované mechanismy kontroly. Pouze v jednom případě však splňují všechna výše uvedená kritéria Vláda proto uložila místopředsedovi vypracovat návrh zákonné úpravy dohledu nad zadržováním a vytvořila pracovní skupinu k tomuto účelu. Výsledkem její práce je návrh věcného záměru novelizace zákona o Veřejném ochránci práv.¹⁶² Navrhovaná změna spočívá v rozšíření věcné i personální působnosti veřejného ochránce práv. Věcná působnost se rozšíří o úkol zjišťovat, jak je zacházeno s osobami omezenými na svobodě, s cílem posílit ochranu těchto osob před špatným zacházením. Rozšířením personální působnosti by měly být mezi kontrolované subjekty zahrnuta všechna místa, kde se mohou nacházet osoby omezené na svobodě, a to bez ohledu na to, zda je toto omezení založeno na úředním rozhodnutí či zákonném oprávnění anebo je faktickým důsledkem situace, ve které se konkrétní osoba nachází. Hlavní přínos zavedení kontrolního systému spočívá v samotné možnosti realizace neohlášené náhodné kontroly, která v mnoha případech potenciálního pachatele mučení či špatného zacházení odradí dřív, než k takovému jednání dojde. Jeho následky mohou být natolik závažné, že je bezpochyby účinnější mu předcházet než se snažit o nápravu následků, které jsou v mnoha případech nevratné.

Zpráva 2003

4.5. Práva osob trpících duševní poruchou

4.5.1. Procesní práva osob trpících duševní poruchou

Ani v roce 2003 se nepodařilo dosáhnout zásadní změny v oblasti práv osob trpících duševní poruchou, jež byla předmětem kritiky v předchozích zprávách a vzbuzuje též rostoucí kritickou odezvu u odborné veřejnosti (jak právnické, tak lékařské), hromadných sdělovacích prostředků a pozvolna se rozvíjejícího hnutí uživatelů péče a jejich rodin. Příslušné resorty – nejen ministerstvo zdravotnictví jako garant zákona o zdravotní péči a dalších zdravotnických předpisů, ale též ministerstvo spravedlnosti jako garant základních předpisů práva občanského – dlouho neprojevovaly v této oblasti téměř žádnou vlastní iniciativu a také jejich reakce na iniciativu ze strany Rady pro lidská práva či občanské a odborné veřejnosti byly velmi váhavé. I v roce 2003 tudíž zůstala zachována neuspokojivá úprava procesních práv osob v řízeních o způsobilosti k právním úkonům a o přípustnosti převzetí či držení v ústavu zdravotnické péče (§ 186 až § 191 občanského soudního řádu, dále jen „OSŘ“). Návrh novelizace této úpravy přitom Rada schválila již v roce 2000, kdy jej adresovala ministerstvu spravedlnosti, avšak navzdory příslibům ze strany ministerstva spravedlnosti nebyly tyto pasáže do novelizace provedené v roce 2001 zařazeny. V roce 2002 byl návrh výborem pro lidská práva a biomedicínu nově zredigován a ministerstvo spravedlnosti přislíbilo jeho zařazení do novelizace připravované v roce 2003. Návrh novelizace OSŘ, předložený ministerstvem spravedlnosti do meziresortního připomínkového řízení, však byl oproti návrhům Rady pro lidská práva značně oslaben. Zmocněnec pro lidská práva proto nakonec souhlasil se stažením této části z novelizace. K řešení problematiky pak byla v září 2003 vytvořena pracovní skupina složená ze zástupců soudnictví i odborné veřejnosti reprezentované v jednom z výborů Rady vlády pro lidská práva – Výboru pro lidská práva a biomedicínu. V důsledku nedostatečné iniciativy ministerstva spravedlnosti však její existence zůstala až do konce roku 2003 pouze formální.

Úkol změnit tuto úpravu se proto opět posouvá do dalšího roku, s předpokladem zařazení o novelizace OSŘ chystané na první pololetí 2004/179. Novela nově upraví zastupování opatrovníkem pro řízení z řad advokátů v obou typech řízení, o

způsobilosti k právním úkonům i v tzv. detenčním řízení, a odstraní i některé jiné zjevné nedostatky současné úpravy. V žádném případě však nepůjde o řešení definitivní, jež bude moci vyjít až z nové hmotněprávní úpravy.

Jednou z otázek, kterou nebude možno vyřešit v připravované novelizaci OSŘ, je i indikace k nedobrovolné hospitalizaci. Odborníci i občanská veřejnost totiž upozorňují na to, že současný systém může paradoxně selhávat oběma směry. Na jedné straně může být až příliš snadno a na neúměrně dlouhou dobu zbaven svobody jedinec, jenž ohrožuje sebe nebo své okolí, avšak na druhé straně se čekání na přímé fyzické ohrožení osoby nebo jejího okolí jeví u mnoha pacientů jako protismyslné. Často se vyskytují situace, kdy se stav pacienta před očima jeho rodiny progresivně zhoršuje, avšak nemocný v důsledku choroby nemá náhled svého stavu a odmítá léčbu; přitom však nedobrovolná hospitalizace může nastat až v době, kdy je konstatováno, že sebe nebo své okolí „ohrožuje“. Pokud by se ovšem měly rozšířit zákonné možnosti nedobrovolné hospitalizace, měla by taková změna být tím spíše provázena posílením procesních záruk, tj. tím, aby soud rozhodoval co nejrychleji a na základě posudků odborníků nezávislých na ošetřujícím lékaři.

CPT ve své zprávě z návštěvy v roce 2002 upozornil v souvislosti s řízením o vyslovení přípustnosti držení v ústavu zdravotnické péče na nepřijatelnou praxi, kdy v psychiatrických léčebnách je překračována tříměsíční lhůta pro vyhlášení rozsudku o přípustnosti dalšího držení v ústavu zdravotnické péče, 181 počítané od výroku o přípustnosti převzetí. Děje se tak v případech, kdy znalec nepodá včas znalecký posudek nebo kdy je nutno ustanovit nového opatrovníka a v řízení nelze pokračovat. Ministerstvo zdravotnictví reagovalo tím, že počátkem ledna 2004 rozeslalo ředitelům psychiatrických léčeben dopis, ve kterém upozorňuje na následky nedodržení tříměsíční lhůty.

Světová zdravotnická organizace (WHO) a Rada Evropy věnovaly v roce 2003 zvýšenou pozornost právům osob s duševní poruchou, což souviselo mj. i s diskusemi o přípravě mezinárodní úmluvy o právech zdravotně postižených, mezi nimiž jsou osoby trpící duševní poruchou zvláště ohroženou kategorií. Na mezinárodní konferenci v Kodani (únor 2003) a poté ve své zprávě z návštěvy v ČR zdůraznil komisař Rady Evropy pro lidská práva Álvaro Gil-Robles své znepokojení nad tím, že v ČR a dalších zemích bývalého sovětského bloku zůstává běžnou praxí ustanovování ředitelů ústavů jako trvalých opatrovníků, což představuje zjevný konflikt zájmů. Rovněž další pozorovatelé, vnitrostátní i zahraniční, upozornili na

potřebu změny hmotněprávní úpravy, a to jak v oblasti opatrovnictví (konkrétní povinnosti opatrovníků, jemnější diferenciací jednotlivých forem zastupování opatrovníky, zřízení kontrolního orgánu nad opatrovníky), tak v oblasti specifických práv osob s duševní poruchou. Návrh nového zákona o zdravotní péči, připravený ministerstvem zdravotnictví, však v této oblasti zůstává poměrně kusý; jen v malé míře reflektuje potřeby detailnější úpravy, jež by odrážela značné rozdíly mezi osobami s duševní poruchou a jinými skupinami pacientů.

Systém pravidelných kontrol by bylo vhodné zavést nejen ve vztahu k zacházení s osobami v ústavní péči a podmínkám jejich pobytu, ale i ve vztahu k tomu, zda trvají důvody umístění osoby do ústavní péče v případě výkonu ochranného léčení a nedobrovolného držení v ústavu zdravotnické péče.

4.5.2. Výsledky studie APEL

Dalším impulsem ke zlepšení podmínek v ústavní péči, konkrétně v lůžkových psychiatrických zařízeních, by se měla stát studie APEL (Audit práv a etiky léčby), realizovaná z iniciativy zmocněnce vlády pro lidská práva ve čtyřech zařízeních od listopadu 2002 do února 2003. Studie prokázala větší či menší nedostatky prakticky ve všech sledovaných aspektech práv hospitalizovaných osob, ať již šlo o používání restriktivních prostředků a jejich evidenci, dodržování soukromí, důstojnost podmínek, možnost komunikace s vnějším světem a existenci vnitřních kontrolních mechanismů. Je přitom zřejmé, že ústavy, které na studii participovaly, zdaleka nepatří k těm nejhorším, neboť již svou dobrovolnou účastí na tomto pilotním projektu daly najevo svou snahu o reflexi problémů a jejich postupné řešení.

Mezinárodní nevládní organizace Centrum advokacie pro duševně postižené (Mental Disability Advocacy Center) vyvolala ve druhé polovině roku 2003 rozsáhlé diskuse zveřejněním studie o používání klecových a síťových lůžek v psychiatrických zařízeních a ústavech sociální péče ve čtyřech zemích (ČR, Slovensko, Maďarsko, Slovinsko). Používání těchto lůžek označila za porušení lidských práv a vyzvala všechny čtyři státy, kde se dosud běžně užívají, k jejich úplnému a okamžitému odstranění jakožto nehumánní formy restrikce.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ve své reakci připustilo problém „nadměrného užívání“ síťových lůžek a vypracovalo metodiku k jejich omezení. Ministerstvo

zdravotnictví v současnosti připravuje ve spolupráci s Českou psychiatrickou společností vypracování standardů pro používání síťových lůžek ve svém resortu.

Poskytovatelé ústavní péče namítají, že problematiku síťových lůžek nelze vnímat mimo kontext obecného problému restriktivních opatření vůči neklidným pacientům. Obávají se, že okamžitý zákaz jejich používání by mohl vést k častějšímu využívání jiných, ještě škodlivějších forem restrikce (farmakologické tlumení či poutání, tzv. kurtování). K tomu, aby bylo možno omezit všechny tyto restriktivní prostředky, podle jejich názoru chybějí finanční prostředky potřebné ke zvýšení počtu kvalifikovaného personálu, takže používání restrikcí za současného stavu nemá alternativu; přitom síťová lůžka lze údajně považovat za menší zásah do práv nemocného než farmakologický útlum či poutání. Této argumentaci je nutno věnovat pozornost, avšak nelze ji přijmout jako celek, neboť by mohla vést k nihilismu a trpnému přijetí současného *statu quo*, jehož neuspokojivý charakter vesměs přiznávají i sami poskytovatelé ústavní péče. Spíše než okamžitý a plošný zákaz síťových lůžek se však jeví jako racionální prosazovat souběžně následující priority:

- Vést přesnou evidenci s odůvodněním každého použití síťových lůžek a směřovat tak k minimalizaci jejich používání po co nejkratší dobu použití u neklidných psychotických pacientů v psychiatrické péči.
- Usilovat o úplnou eliminaci jejich používání u mentálně postižených v ústavech sociální péče a u starých osob trpících kognitivními poruchami (delirantní stavy, demence), kde omezení mobility představuje nejen zásah do práv, ale i přímé ohrožení života.
- Omezovat rovněž používání jiných restriktivních prostředků a sledovat, zda omezování či eliminace síťových lůžek nejsou kompenzovány zvýšeným využitím jiných forem fyzické či farmakologické restrikce.
- Rozvíjet alternativy k používání síťových lůžek podle moderní praxe vyspělých zemí (ne všechny jsou personálně náročné), edukací personálu.
- Vytvářet podmínky pro rozvoj mimoústavní (ambulantní, komunitní) péče a směřovat tak k významné redukci ústavů jako takových, což může přispět ke zlepšení personálního zajištění péče ústavní.

Posledně jmenovaná strategie je ovšem významná především sama o sobě, nejen v souvislosti se síťovými lůžky, jež zůstávají v kontextu práv osob trpících duševní poruchou *de facto* jen dílčím problémem.

4.6. Novela zákona o veřejném ochránci práv – zřízení kontrolního orgánu pro dohled nad zadržováním

Navrhovaná úprava rozšiřuje věcnou i personální působnost veřejného ochránce práv o provádění systematických preventivních návštěv v místech, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě veřejnou mocí nebo v důsledku závislosti na poskytované péči, při nichž bude ochránce zjišťovat, jak je s těmito osobami zacházeno. Oprávnění vykonávat návštěvy se má vztahovat nejen na zařízení provozovaná státem, ale i zařízení provozovaná nestátními subjekty, neboť ani závazek státu zabraňovat mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání není omezen jen na státní/veřejnou sféru. Cílem navrhované úpravy je posílit ochranu osob umístěných v zařízeních před špatným zacházením.

Při kontrolních návštěvách bude mít ochránce mimo jiné oprávnění rozmlouvat s osobami umístěnými v zařízeních bez přítomnosti jiných osob. Jako sankční mechanismus předpokládá návrh (v dosavadní působnosti ochránce již zavedené) oprávnění obracet se s žádostí o pomoc na jiné úřady, na zřizovatele zařízení, popřípadě na vládu a v poslední řadě na Poslaneckou sněmovnu, spolu s oprávněním obrátit se na veřejnost a prostřednictvím médií vyvíjet tlak na rezistentní instituci. Návrh stanoví, že kromě ochránce, resp. zaměstnanců Kanceláře veřejného ochránce práv, se kontrolních návštěv budou moci účastnit i externí odborníci ochráncem za tímto účelem pověřeni. Účinnost změny zákona se předpokládá od 1. ledna 2005.

Novela zákona o veřejném ochránci práv by rovněž měla splňovat požadavky Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, který zavazuje smluvní státy, aby na vnitrostátní úrovni zřídily mechanismus nezávislé pravidelné kontroly v místech, kde jsou drženy osoby omezené na svobodě.

Zřízení mechanismu vnější nezávislé systematické a preventivní kontroly míst, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě, je významným krokem k lepšímu zacházení s těmito osobami. Nedostatečná však stále zůstává zákonná úprava práv a povinností osob omezených na svobodě de facto, např. v ústavách sociální péče a v psychiatrických léčebnách, včetně práva na nezávislý přezkum jejich stížností, a úprava podmínek a standardů poskytované péče v těchto zařízeních. S tím souvisí i nutnost školení personálu v oblasti práv pacientů a

informování pacientů o jejich právech. Jeví se proto jako vhodné, aby jednotlivé resorty zvážily změny příslušných právních předpisů.

Zpráva 2004

4.6. Výkon ochranného léčení ústavního a tzv. zabezpečovací detence

Jedním z ochranných opatření, které může soud uložit v trestním řízení, je ochranné léčení, které se vykonává buď v ambulantní nebo ústavní formě. Zatímco v případě ambulantního léčení je osoba, které bylo ochranné léčení uloženo na svobodě, ústavní ochranné léčení se vykonává v psychiatrické léčebně, případně ve věznici, pokud byl jeho výkon nařízen současně s výkonem trestu odnětí svobody. Podle návrhu nového trestního zákona by mělo být po vzoru zahraničních právních úprav vytvořeno další, nové ochranné opatření – tzv. zabezpečovací detence. Zabezpečovací detence by se měla vykonávat v detenčních ústavech se zvláštní ostrahou. Podmínky pro uložení a trvání ochranného léčení ústavního a zabezpečovací detence jsou, resp. budou upraveny trestním zákonem, procesní pravidla pro řízení o těchto ochranných opatřeních pak upravuje, resp. bude upravovat trestní řád. Podmínky výkonu ochranného léčení ústavního a zabezpečovací detence však dosud nejsou upraveny žádnou zákonnou normou. Zákon by měl stanovit zejména práva a povinnosti dotčených osob, postavení zaměstnanců zařízení, případně dalších osob a dozor nad výkonem těchto ochranných opatření.

Vzhledem k tomu, že dotčené osoby jsou, resp. budou při výkonu obou uvedených institutů zbaveny osobní svobody a podrobeny značnému omezení dalších práv a svobod, je žádoucí, aby podmínky výkonu obou zmíněných ochranných opatření byly upraveny zákonem, stejně jako tomu je v jiných případech omezení osobní svobody. Absence zákonné úpravy v dané oblasti ohrožuje nejen práva a svobody osob, kterým je výkon ochranného opatření uložen, ale omezuje i personál zařízení, neboť tento trpí značnou právní nejistotou, do jaké míry je oprávněn zasahovat do práv osob umístěných v zařízeních.

Nevyhovující situaci by měl částečně řešit zákon o výkonu zabezpečovací detence, o jehož vypracování a předložení do konce května 2005 rozhodla vláda.¹⁴¹

Právní úpravu mají připravit ministr spravedlnosti ve spolupráci s ministryní zdravotnictví. Současně vláda schválila návrh na zřízení ústavu pro výkon zabezpečovací detence. *Stejně tak ovšem bude nezbytné vypracovat i zákon o výkonu ústavního ochranného léčení. K výše uvedeným důvodům dále přistupuje i skutečnost, že oba instituty budou na základě zákona a rozhodnutí soudu vzájemně propustné, a je proto třeba, aby právní úprava jejich výkonu byla komplexní a provázaná. Neujasněnost podmínek výkonu ochranného léčení v průběhu výkonu trestu odnětí svobody navíc komplikuje realizaci léčebných a terapeutických programů ve věznicích.*

4.8. Používání restriktivních opatření v psychiatrických zařízeních a zařízeních sociálních služeb

V roce 2004 pokračovala diskuze o používání prostředků omezujících pohyb, zejména tzv. klecových a síťových lůžek, v psychiatrických zařízeních a zařízeních sociálních služeb, a to jak mezi odborníky z oboru psychiatrie a sociálních služeb, tak i v médiích. Tyto prostředky se používají v psychiatrických zařízeních v resortu ministerstva zdravotnictví a také v ústavech sociální péče či jiných zařízeních sociálních služeb v resortu ministerstva práce a sociálních věcí.

Bývalý ministr zdravotnictví Jozef Kubinyi vydal dne 13. července 2004 pokyn všem ředitelům zdravotnických zařízení přímo řízených ministerstvem, aby „ve svém zdravotnickém zařízení s okamžitou platností zakázali využívání klecových lůžek a nařídili jejich likvidaci“ a dále požádal „o postupné zřizování místností speciálně vybavených proti možnému poranění neklidných pacientů tak, aby ve svém zdravotnickém zařízení mohli do konce roku 2004 zakázat využívání lůžek síťových“. Na základě tohoto pokynu byla ve zdravotnických zařízeních odstraněna všechna klecová lůžka a počet síťových lůžek se celkově snížil. Při využívání síťových lůžek by měla zdravotnická zařízení i nadále postupovat podle pokynu ministra zdravotnictví s ohledem na své ekonomické a personální možnosti.

V lednu 2005 vydalo ministerstvo zdravotnictví metodické opatření k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních. Návrh metodického opatření vypracovala na základě diskuze odborníků z oboru psychiatrie Česká psychiatrická společnost a projednala jej komise ministerstva zdravotnictví pro implementaci koncepce oboru psychiatrie. Metodické opatření stanoví, že použití

omezujících prostředků je nutno považovat za krajní řešení v případech, kdy je to nezbytně nutné pro ochranu pacienta, ostatních pacientů, věcí v jeho okolí a personálu zařízení, a to až tehdy, byly-li ostatní možnosti vyčerpány. O užití omezovacích prostředků má rozhodovat zásadně lékař, u dobrovolně hospitalizovaných pacientů se vyžaduje rovněž jejich souhlas nebo souhlas zákonného zástupce poskytnutý do 24 hodin, jinak je užití omezovacích prostředků důvodem pro oznámení soudu podle zákona o péči o zdraví lidu. Metodické opatření dále obsahuje výčet přípustných omezovacích prostředků, postup při jejich použití a způsob evidence.

Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo v červnu 2004 metodické opatření k postupu při mimořádném použití klecových lůžek opatřených sítí v zařízeních sociálních služeb, které zakazuje užívání klecových lůžek a stanoví, že síťová lůžka mohou být použita pouze na dobu nezbytně nutnou v mimořádných situacích, při nichž je ohrožen život či zdraví klienta nebo jiné osoby. Návrh na použití lůžka má vždy schvalovat lékař. V případě, že klient má zákonného zástupce, vyžaduje se i jeho souhlas. Metodické opatření dále stanoví obsah povinné evidence o použití lůžka. V případě opakovaného užití lůžka u jednoho klienta se předpokládá posouzení vhodnosti postupu nezávislým odborníkem.

V září 2004 vláda parlamentu předložila návrh novely zákona o sociálním zabezpečení. Návrh novely zákona obsahuje ustanovení, které určuje závazná pravidla pro mimořádné užití jakéhokoliv prostředku omezujícího pohyb uživatele sociálních služeb. Opatření omezující pohyb osoby se při poskytování ústavní sociální péče zakazuje, povoluje se výjimečně pouze v případech přímého ohrožení jejího zdraví a života nebo zdraví a života jiných osob, a to pouze po dobu nezbytně nutnou. Návrh obsahuje také pravidla vedení evidence o použití opatření omezujícího pohyb a předpokládá, že ke každému užití opatření omezujícího pohyb se bude vyjadřovat lékař. Zákonnou úpravu používání restriktivních prostředků by bylo vhodné vypracovat i v resortu ministerstva zdravotnictví.

V roce 2004 zahájilo ministerstvo práce a sociálních věcí výcvik budoucích průvodců dobrou praxí v problematice omezování pohybu uživatele sociálních služeb. Na rok 2005 připravuje dále ministerstvo práce a sociálních věcí vyhlášení inovativního dotačního programu na podporu poskytovatelům v odstraňování omezovacích prostředků ze zařízení sociálních služeb.

DISKUSE

Jak je zřejmé z epidemiologických dat, stoupá během poledních let počet ošetřených i hospitalizovaných pacientů, kteří trpí duševním onemocněním. Narůstá obzvláště procento afektivních poruch. Duševní poruchy a poruchy chování jsou na pátém místě v příčinách hospitalizace. Otázka dodržování práv psychicky nemocných jedinců je proto stále aktuálnější.

Z ankety mezi sdruženími, která se zabývají pomocí lidem trpícím duševní poruchou vyplývá, že pacienti nejsou dostatečně informováni ani o své chorobě, natož pak o svých právech. Nemocní a jejich rodiny se obracejí na patientské organizace s otázkami, které se týkají jejich onemocnění a možností léčby, možností chráněného bydlení a podpory v zaměstnání. Příbuzní pak chtějí vědět, jak se mají k nemocnému chovat, zajímá je také dědičnost nemoci. Objevují se i dotazy na zbavení svéprávnosti a nedobrovolnou hospitalizaci, zejména tehdy, když se některý člen rodiny odmítá jít léčit. Palčivým problémem pro pacienty je zejména finanční otázka (důchod), zaměstnání a bydlení. Ze statistik VIDA centra lze vyčíst, že dalším častým trápením pacientů je otázka rodinných vztahů a volnočasových aktivit. Sdružení také upozorňují na nedostatky v primární péči. Na vině je nedostatečná informovanost praktických lékařů o diagnostice duševních poruch a o nových možnostech léčby. Pacienti se často u svých praktiků setkávají s nepochopením a někdy dokonce s odsouzením. Přitom právě systém primární péče by měl zajišťovat včasný záchyt duševních poruch.

Zprávy vlády dokumentují vývoj situace v ČR za poslední roky. Přes veškeré snahy o zlepšení stavu stále platí zastaralé zákony, které umožňují porušování práv pacientů. Řeč je zejména o nedobrovolné hospitalizaci a zbavení způsobilosti k právním úkonům. Při nedobrovolném přijetí není dodržováno právo pacienta na informace. Některá psychiatrická zařízení odsouvají podávání hlášení o nedobrovolném přijetí za povinnou lhůtu 24 hodin. Rozhodování soudů o adekvátnosti tohoto patření je často zdlouhavé a je obvykle postaveno pouze na vyjádření ošetřujícího psychiatra. Nevyhovující je proces zbavení či omezení svéprávnosti. Současná legislativa umožňuje obejít pacienta a stává se, že někdy

nemocný ani neví, že byl zbaven způsobilosti k právním úkonům. V obou uvedených případech neexistuje dostatečná objektivní kontrola. Sledováním práv lidí umístěných v psychiatrických léčebnách sledují zejména nevládní organizace, které se setkávají s neochotou zaměstnanců ke spolupráci.

Ve zprávách vlády je také zmíněna problematika omezujících prostředků. Nadužívání klecových a sítových lůžek a izolace, případně používání omezujících prostředků k trestání pacientů, bylo až do ledna roku 2005, kdy vešlo v platnost metodické opatření ministerstva zdravotnictví, běžnou praxí. Omezujícími prostředky byl také často řešen nedostatek personálu v psychiatrických zařízeních.

ZÁVĚR

Hlavními faktory, které mají na svědomí porušování práv psychiatrických pacientů, jsou zastaralá nevyhovující legislativa, nedostatečně funkční systém kontroly psychiatrických zařízení a jejich personálu, nízká informovanost o právech duševně nemocných. Je třeba podat srozumitelné informace nejen pacientům samotným, ale také laické i odborné veřejnosti. Nevědomost totiž nezřídka plodí strach a nedůvěru, což je ke škodě nemocných, jejich okolí a potažmo celé společnosti. Je nasnadě, že nejsnazším krokem vedoucím k nápravě zmíněných problému je hlavně prevence.

Předcházení psychickým problémům

Prevence spočívá především ve zvýšení informovanosti. Pacientům je třeba sdělovat údaje, které se týkají jejich zdravotního stavu a průběhu léčby. Pokud je chápání nemocného narušeno, měla by být informována rodina, poručník či opatrovník. Do studijních programů pracovníků ve zdravotnictví je nutné zařadit přednášky na téma práv psychiatrických pacientů. Zároveň je nezbytné podporovat veškeré iniciativy vedoucí ke zmírnění stále přetrvávající stigmatizace a diskriminace. Je třeba zasadit se o zlepšení pracovních, sociálních a životních podmínek osob trpících psychickým onemocněním.

V rámci primární prevence je zapotřebí zvýšit povědomí o prevalenci, příznacích a léčitelnosti duševních poruch. Největší pozornost by se měla zaměřit na rizikové skupiny, pro které je obzvláště nutné zajistit programy prevence deprese, úzkosti, škodlivého stresu, sebevraždy a ostatních rizik, vypracované na základě specifických potřeb těchto skupin a citlivé k jejich zázemí a kultuře.

Významnou roli v předcházení vzniku duševních poruch a v péči o pacienty hrají sdružení, která se zabývají pomocí psychicky nemocným a jejich rodinám. Existující organizace je třeba podporovat a spolupracovat s nimi. Také je vhodné napomáhat vzniku dalších podobných společností a svépomocných skupin, zřizovat telefonní linky pomoci a webové stránky.

Zkvalitnění životních podmínek

Je třeba se zasadit o zlepšení životních podmínek psychicky nemocných lidí v běžném životě i v zařízeních psychiatrické péče.

Do této oblasti spadá problematika chráněného bydlení a podpora zaměstnanosti občanů s duševní poruchou. Duševně nemocní nebo lidé s duševním postižením se v kontaktu s ostatními lidmi střetávají se strachem a předsudky, které se mnohdy zakládají na nepochopení problematiky duševních nemocí. Stigma zvyšuje osobní újmu, vyloučení ze společnosti a může být překážkou přístupu k bydlení a zaměstnání. Strach ze stigmatizace může těmto lidem bránit i ve vyhledání pomoci.

Je rovněž nutné změnit postoj veřejnosti, sociálních partnerů a veřejných orgánů zlepšením povědomí o duševních nemocech i možnostech léčby a podporou zařazení duševně nemocných a lidí s duševním postižením do pracovního života. Tak lze dosáhnout lepšího přijetí a vnímání těchto lidí ve společnosti. Je zapotřebí vytvářet takové pracovní a životní podmínky, které napomáhají duševnímu zdraví, a pobízet k co nejrychlejšímu návratu jedinců, kteří se zotavili z psychických problémů, na pracoviště, anebo k jejich podpoře, pokud již pracují.

Zařazení do společnosti může podpořit deinstitucionalizace služeb v oblasti duševního zdraví a zavedení služeb v rámci primární péče, komunitních středisek a všeobecných nemocnic, což odpovídá potřebám pacienta a jeho rodiny.

Studie vypracovaná pro Evropskou komisi pod názvem „Included in Society“ (Zařazení do společnosti) potvrdila, že nahrazení psychiatrických zařízení alternativami zajišťovanými komunitou obecně poskytuje příležitosti pro lepší kvalitu života postižených lidí.

Prevence špatného zacházení

Práce s duševně nemocnými a duševně postiženými bude vždy náročná pro všechny kategorie personálu. Lékaři a zdravotní sestry by měli být empatičtí, ochotní a vstřícní. Vzhledem k charakteru jejich povolání se tento přístup automaticky očekává, nicméně ve stávající situaci Českého zdravotnictví (nedostatek finančních prostředků, času i personálu) je leckdy zapotřebí si tento aspekt péče o pacienty připomenout. V souvislosti s tím je nutné si uvědomit, že ošetřujícímu personálu v psychiatrických zařízeních často vypomáhají s běžnými denními úkoly pomocné síly. S vědomím náročnosti práce, která je čeká, je zcela zásadní, aby byl tento pomocný personál pečlivě vybírán a získal dostatečné školení jak před tím, než se zhostí svých povinností, tak během práce. Tito lidé by měli být pod dohledem kvalifikovaného ošetřujícího personálu a podléhat mu.

Řádný dohled nad zaměstnanci psychiatrických zařízení může rovněž významně přispět k prevenci špatného zacházení. Musí být zřejmé, že fyzické nebo psychologické zneužívání pacientů je nepřijatelné a bude tvrdě stíháno. Z obecnějšího pohledu by měl způsob řízení zajistit, aby nebyla léčebná úloha personálu psychiatrického zařízení podružná ohledům bezpečnosti.

Závěr

Práva duševně nemocných pacientů jsou v současné době v České republice dodržována nedostatečně, jak vyplývá z odpovědí organizací zabývajících pomocí pacientům s psychickými poruchami, jakož i ze zpráv vlády. Z výše uvedených informací je však patrné, že si je vláda České republiky vědoma tohoto neuspokojivého stavu a věnuje této problematice značnou pozornost. Pozitivní je také zlepšující se přístup občanů ČR ke svému zdraví. Přesto je třeba se touto otázkou nadále soustavně zabývat a upozorňovat na nedostatky v této oblasti.

Příloha 1

DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV A DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Světová federace pro duševní zdraví

Deklarace vychází z Luxorské deklarace, schválena byla Radou ředitelů Světové federace pro duševní zdraví 20. srpna 1989 na Světovém kongresu o duševním zdraví v Aucklandu na Novém Zélandu.

PREAMBULE

Protože

základní dokument Světové federace pro duševní zdraví z r. 1948 nazvaný "duševní zdraví a světové občanství" považuje duševní zdraví za "poučenou, promyšlenou a odpovědnou oddanost lidstvu jako celku" vybudovanou na "svobodném souhlasu... a úctě k individuálním a společenským rozdílům;"

Protože

osoby, veřejně označené za duševně nemocné, odborně diagnostikované jako duševně nemocné, léčené jako duševně nemocné a považované za duševně nemocné, nebo osoby trpící emočními problémy, podle slov Všeobecné deklarace lidských práv, vyhlášené Spojenými národy v r. 1948, sdílejí "neodmyslitelnou důstojnost", "stejná a nezadatelná práva jako všichni členové lidské rodiny" a podle slov základního dokumentu Světové federace pro duševní zdraví z r. 1948 také "společnou humanitu" osob všude na světě;

Protože

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako "stav úplné tělesné, duševní, sociální a mravní pohody, a nikoli jako pouhou nepřítomnost choroby nebo slabosti;"

Protože

diagnóza duševní nemoci stanovená praktikujícími psychiatry má být v souladu s přijatými lékařskými, vědeckými a etickými normami; obtíže při adaptaci na morální, sociální, politické a jiné hodnoty nemají být samy o sobě považovány za duševní nemoc; a přesto někdy byly a stále jsou tyto osoby označovány za duševně nemocné, diagnostikovány jako duševně nemocní, léčeny jako duševně nemocní a považovány za duševně nemocné;

Protože

závažné duševní nemoci zhoršují nejen schopnost jedince pracovat, milovat a hrát si, ale zhoršují také život celé rodiny a společnosti a pro společnost jsou stálou zátěží;

Protože

Světová federace pro duševní zdraví potvrdila princip uživatelského a konzumentského zapojení do plánování, provádění a řízení služeb pro duševní zdraví;

Protože

Světová federace pro duševní zdraví potvrzuje základní práva a svobody vytyčené ve Všeobecné deklaraci lidských práv Spojenými národy v r. 1948 a následné dokumenty lidských práv;

Protože

Světová federace pro duševní zdraví uznává tyto principy, k uskutečnění těchto principů by potřebovala znát charakteristické rysy společenských, ekonomických, sociálních, duchovních a jiných problémů jednotlivých typů společnosti, mají být pro všechny časy dodržovány minimální, základní normy lidských práv, jež přesahují limity politických a společenských seskupení;

Proto

Světová federace pro duševní zdraví vyhláší tuto deklaraci:

Článek 1

Podpora duševního zdraví je odpovědností vládních a nevládních organizací i mezivládního systému, zejména v dobách krize. Chtějí-li programy pro zdraví držet krok s definicí zdraví stanovenou Světovou zdravotnickou organizací ("stav plné tělesné, duševní, sociální a mravní pohody a nikoli pouze nepřítomnost choroby nebo slabosti") a chtějí-li uznávat zájem Světové federace pro duševní zdraví na optimálním fungování, musejí přispívat k vývoji jedince a k odpovědnosti rodiny za osobní a skupinové zdraví, i k propagaci nejvyšší možné kvality života.

Článek 2

Prevence duševního nebo emočního strádání je základní složkou jakéhokoli systému služeb pro duševní zdraví. Vzdělávání v tomto ohledu se musí rozšířit na všechny, kdo poskytují péči o zdraví, i na veřejnost. Preventivní snahy se musejí rozšířit i za hranice systému péče o duševní zdraví, aby byly poskytovány optimální podmínky pro vývoj, počínaje rodinným poradenstvím a prenatální a perinatální péčí, přes prevenci v průběhu celého životního cyklu spolu s adekvátní všeobecnou péčí o zdraví, příležitostí ke vzdělání, zaměstnání a spolu se sociálním zabezpečením. Nejvyšší prioritu má mít výzkum prevence duševního zdraví.

Článek 3

Prevence duševních nemocí a péče o ty, kteří duševní nemocí, trpí vyžaduje kooperaci vládních a nevládních zdravotnických, vědeckých a sociálních systémů, vzdělávacích institucí - zvláště univerzit -, vyžaduje uznání iniciativ mezivládního systému, kooperaci činnosti a podporu výzkumu stejně jako diagnostických a léčebných možností na národní, státní a lokální úrovni. Toto vše má zahrnovat i podporu a posilování společenského vlivu, účast dobrovolných sdružení duševního zdraví, uznání a podporu spotřebitelských a svépomocných skupin a podporu spolupráce mezi různými odborníky, dobrovolníky a spotřebitelskými skupinami.

Článek 4

Základní práva osob, které jsou označeny za duševně nemocné, odborně diagnostikovány jako duševně nemocné, léčeny jako duševně nemocné a považovány za duševně nemocné nebo trpící emočními problémy, jsou stejná jako práva všech ostatních občanů. Tato práva zahrnují právo na důstojnou, lidskou a kvalifikovanou léčbu, na přístup k lékařsky, psychologicky nebo sociálně indikované technice a na osvobození od nespravedlivého donucování; právo na osvobození od diskriminace, pokud jde o nespravedlnost v přístupu k terapii nebo o nespravedlivé omezování skupin socioekonomické, společenské, etnické, rasové, náboženské, pohlavní a sexuální orientace či o omezování věkové skupiny; právo každé osoby na přiměřené informace o svém klinickém stavu; právo na soukromí a důvěru; právo na ochranu osobního vlastnictví; právo nebýt duševně nebo tělesně zneužíván; právo na osvobození od odborného i neodborného odmítání a zavrhování, a naproti tomu právo na léčbu včetně hospitalizace se zárukami přijatelného lékařského, etického a legálního odborného vyjádření; a u nedobrovolných pacientů právo na nezaujaté zastupování, přezkoumání a odvolání.

Článek 5

Všechny duševně nemocné osoby mají právo být léčeny za stejných odborných a etických podmínek jako ostatní nemocné osoby. V tom musejí být zahrnuty snahy o podporu nejvyššího stupně sebeurčení a osobní odpovědnosti. Léčba musí být uskutečňována v prostředí akceptovaném společností, nejméně zasahujícím způsobem a za co nejméně omezujících podmínek. Léčba má být uskutečňována v nejlepší zájmu pacienta, nikoli v zájmu rodiny, společnosti, odborníků nebo státu. Léčení osob, jejichž schopnost zvládat sebe byla nemocí zhoršena, má zahrnovat psychosociální rehabilitaci zacílenou na obnovu dovedností důležitých pro život; v úvahu musejí být vzaty jejich potřeby bydlení, zaměstnání, přepravy, důchodu, informací a trvalé péče po propuštění z nemocnice.

Článek 6

Všechny populace zahrnují zranitelné skupiny se zvláštním rizikem duševních poruch. Zahrnují oběti společnosti a jiného násilí, kolektivního zneužívání, mobilitu (emigranti, uprchlíci), věk (kojenci, děti a staří lidé), menšiny (etnické, rasové, socioekonomické), ztrátu občanských práv (vojáci, vězňové) a zdravotní stav. Životní krize, jako úmrtí blízké osoby, rozpad rodiny, nezaměstnanost, také vystavují osoby riziku, a členové takových skupin vyžadují zvláštní preventivní, ale i terapeutickou pozornost a péči o ochranu jejich zdraví a lidských práv.

Článek 7

Spolupráce mezi sektory je základem ochrany lidských a zákonných práv těch, kdo jsou nebo byli duševně nemocní anebo jim hrozí riziko duševní nemoci. Veřejné instituce musejí také uznat povinnost reagovat na velké sociální problémy vztahující se k duševnímu zdraví a na dopady katastrof na duševní zdraví. Veřejná odpovědnost má zahrnovat zajištění specializovaných služeb pro duševní zdraví, kdekoli je to možné, v souvislosti s možnostmi primární péče a zajištění veřejného vzdělávání, pokud jde o duševní zdraví, duševní nemoci a způsoby, jak je zvládat.

Článek 8

Nic z požadavků/doporučení v této deklaraci obsažených nesmí být interpretováno tak, aby to některému státu, některé skupině nebo osobě dávalo právo domnívat se nebo udělat něco, co by vedlo k porušení kteréhokoli práva a kterékoli svobody zde uvedených.

Příloha 2

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny – části týkající se práv duševně nemocných pacientů

Kapitola I - Obecná ustanovení

Článek 1 - Účel a předmět

Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny.

Každá smluvní strana přijme do svého právního řádu opatření nezbytná pro zajištění účinnosti ustanovení této Úmluvy.

Článek 2 - Nadřazenost lidské bytosti

Zájmy a blaho lidské bytosti budou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy.

Článek 3 – Rovná dostupnost zdravotní péče

Smluvní strany, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učiní odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality.

Článek 4 - Profesionální standardy

Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.

Kapitola II - Souhlas

Článek 5 - Obecné pravidlo

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.

Článek 6 - Ochrana osob neschopných dát souhlas

1. Podle článků 17 a 20 uvedených níže může být proveden zákrok na osobě, která není schopna dát souhlas, pouze pokud je to k jejímu přímému prospěchu.
2. Jestliže nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být zákrok proveden bez svolení jejího zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánu, které jsou k tomuto zmocněny zákonem. Názor nezletilé osoby bude zohledněn jako faktor, jehož závaznost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti.
3. Pokud podle platného práva dospělá osoba není schopna dát souhlas se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů, lze zákrok provést pouze se souhlasem jejího zákonného zástupce nebo příslušného orgánu nebo osoby či instituce pověřených ze zákona. Dle možnosti se dotčená osoba zúčastní udělení zástupného souhlasu.
4. Zákonný zástupce, příslušný orgán, osoba, nebo instituce pověřené ze zákona podle výše uvedených odstavců 2 a 3, obdrží na základě stejných podmínek informace uvedené v článku 5.
5. Zástupný souhlas podle výše uvedených odstavců 2 a 3 lze kdykoliv odvolat, je-li to v nejlepším zájmu dotčené osoby.

Článek 7 - Ochrana osob s duševní poruchou

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 vší pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví.

Článek 8 - Stav nouze vyžadující neodkladná řešení

Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby.

Článek 9 - Dříve vyslovená přání

Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.

Kapitola III – Ochrana soukromí a právo na informace

Článek 10 – Ochrana soukromí a právo na informace

1. Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví.
2. Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebyť takto informován je nutno respektovat.
3. Pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odstavce 2.

Kapitola IV - Lidský genom

Článek 11 - Zákaz diskriminace

Jakákoliv forma diskriminace osoby z důvodu jejího genetického dědictví je zakázána.

Kapitola V - Vědecký výzkum

Článek 15 - Obecné pravidlo

Vědecký výzkum v oblasti biologie a medicíny bude prováděn svobodně při respektování ustanovení této Úmluvy a v souladu s dalšími právními předpisy, které slouží ochraně lidské bytosti.

Článek 16 - Ochrana osob zapojených do vědeckého výzkumu

Vědecký výzkum na člověku lze provádět pouze tehdy, pokud jsou splněny všechny následující podmínky:

- i. k výzkumu na člověku neexistuje žádná alternativa srovnatelného účinku,
- ii. rizika výzkumu, kterým by mohla být vystavena dotyčná osoba, nejsou neúměrně vysoká vzhledem k možnému prospěchu z výzkumu,
- iii. výzkumný projekt byl schválen příslušným orgánem po nezávislém posouzení jeho vědeckého přínosu včetně zhodnocení významu cíle výzkumu a multidisciplinárního posouzení jeho etické přijatelnosti,
- iv. osoby zapojené do výzkumu byly informovány o svých právech a zárukách, které zákon stanoví na jejich ochranu,
- v. nezbytný souhlas podle článku 5 byl dán výslovně, konkrétně, a je zdokumentován. Takový souhlas lze kdykoliv svobodně odvolat.

Článek 17 - Ochrana osob neschopných dát souhlas k výzkumu

1. U osoby neschopné dát souhlas podle článku 5 lze výzkum provádět pouze při splnění všech následujících podmínek:
 - i. jsou splněny podmínky stanovené v článku 16, pododstavcích i až iv;
 - ii. výsledky výzkumu mohou přinést skutečný a přímý prospěch pro zdraví dotčené osoby;
 - iii. výzkum srovnatelného účinku nelze provádět na žádných jednotlivcích schopných dát souhlas;
 - iv. nezbytná potvrzení souhlasu podle článku 6 byla dána konkrétně a písemně a
 - v. zúčastněná osoba s tím neprojevuje nesouhlas.
2. Pokud výzkum nemůže představovat přímý prospěch pro zdraví dotčené osoby, lze takový výzkum povolit za podmínek uvedených v odstavci 1, pododstavcích i, iii, iv a v, pouze výjimečně, při splnění podmínek, stanovených zákonem na ochranu takové osoby, a při splnění následujících podmínek:
 - i. cílem tohoto výzkumu je cestou podstatného zlepšení vědeckého poznání zdravotního stavu, nemoci či poruchy dotčeného získat výsledky, které mohou přinést prospěch dotčené osobě nebo jiným osobám ve stejné věkové kategorii, nebo postiženým stejnou nemocí nebo poruchou, nebo osobám ve stejném zdravotním stavu;
 - ii. tento výzkum představuje pouze minimální riziko a minimální zátěž pro dotčeného jednotlivce.

Článek 20 - Ochrana osob neschopných dát souhlas s odebráním orgánu

1. Odběr orgánu či tkáně nelze provést u osoby, která není schopna dát souhlas podle článku 5.
2. Při splnění ochranných podmínek, stanovených zákonem na ochranu těchto osob, lze výjimečně povolit odběr obnovitelné tkáně od osoby, která není sama schopna dát souhlas, pokud jsou splněny následující podmínky:
 - i. není k dispozici žádný kompatibilní dárce, který je schopný dát souhlas,
 - ii. příjemcem je bratr nebo sestra dárce,
 - iii. darování musí představovat možnost záchrany života příjemce,
 - iv. souhlas podle odstavců 2 a 3 článku 6 byl dán konkrétně a písemně, v souladu se zákonem a se souhlasem příslušného orgánu,
 - v. uvažovaný dárce s tím neprojevuje nesouhlas.

Příloha 3

Úplný text etického kodexu práv pacientů

(1) Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

(2) Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

(3) Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zaslíbeně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich zúčastní.

(4) Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

(5) V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

(6) Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy, týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

(7) Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

(8) Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude uvedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

(9) Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k

nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

(10) Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musejí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

(11) Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha 4 – relevantní úseky Etického kodexu České lékařské komory

§ 1

Obecné zásady

(1) Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.

(2) Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení, a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.

(3) Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.

§ 2

Lékař a výkon povolání

(1) Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).

(6) Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost, nebo které vykazují účinky dopingového typu k jiným než léčebným účelům.

(11) Lékař je povinen při výkonu povolání vést a uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou. Ve všech případech je nutná přiměřená ochrana znemožňující změnu, zničení nebo zneužití.

(13) Lékař nesmí sám nebo po dohodě s jinými ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. V rámci své pravomoci nesmí poskytovat odborně neodpovídající vyjádření, z nichž by plynuly občanům neoprávněné výhody.

(14) Pokud lékař doporučuje ve své léčebné praxi léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.

(17) Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozuje.

§ 3

Lékař a nemocný

(1) Lékař plní vůči každému nemocnému své profesionální povinnosti. Vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

(2) Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.

(3) Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.

(4) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.

(5) Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.

§ 5

Lékař a nelékař

(1) Lékař spolupracuje se zdravotními pracovníky vyškolenými v různých specializovaných činnostech. Pověřil-li je diagnostickými nebo léčebnými úkoly a dalšími procedurami, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí tyto úkony vykonávat.

(2) Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která není lékařem a nepatří k zdravotnímu personálu. Tyto osoby nesmějí být přítomny ani jako diváci při lékařských výkonech. Výjimkou z uvedených zásad jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech a dalších osob, s jejichž přítomností

pacient souhlasí, není pokud není lékařsky zdůvodněných námitek. Závěrečná ustanovení.

Tento Stavovský předpis č. 10 - Etický kodex České lékařské komory nabývá účinnosti dne 1. 1. 1996.

Příloha 5

Psychiatrie vč. AT a sexuologie – srovnání jednotlivých krajů

**Psychiatrie vč. AT a sexuologie - činnost ve Zlínském kraji v roce 2004
Zlín - 30.8.2005**

Ambulantní péče

V roce 2004 bylo v kraji provedeno celkem 89 318 ošetření a vyšetření, což představuje o 10,0 % více než v předchozím roce. Na 10 000 obyvatel tak připadá 1 511 ošetření, republikový průměr činil 2 594. Z porovnání počtu ošetření vyplývá, že psychiatrickou péčí vyhledávají především ženy, na 10 000 žen připadá v kraji téměř 1 760 ošetření, na stejný počet mužů 1 248. Celkově bylo v kraji vyšetřeno 17 959 pacientů, z toho 1 195 do 14 let, 713 mladistvých ve věku 15-19 a 16 051 starších 20 let. Nárůst počtu pacientů oproti minulému roku byl zaznamenán u obou pohlaví, žen bylo o 7,1 % více a nárůst u mužů dosáhl 6,2 %. Každý pacient navštívil svého psychiatra průměrně 5krát během roku. V rámci ochranné léčby bylo ošetřeno 152 pacientů a počet ošetření dosáhl 768.

Do struktury prvních vyšetření podle vybraných diagnóz je pacient započítáván tolikrát, pro kolik onemocnění byl prvně ošetřen. Ve sledovaném roce v kraji byla nejčastější první vyšetření pro neurotické poruchy (32,5 %), afektivní poruchy (15,4 %), schizofrenii (13,1 %), poruchy vyvolané alkoholem (11,7 %) a organické duševní poruchy (9,6 %).

Sledujeme-li strukturu vyšetření podle pohlaví, tato zůstává u žen zachována u prvních třech diagnostických skupin onemocnění, přičemž neurotické poruchy dosahují 40 %; následují organické duševní poruchy (9,9 %) a poruchy způsobené alkoholem (5,8 %). Muži byli nejčastěji vyšetřeni pro neurotické poruchy (22,4 %), v souvislosti s nadužíváním alkoholu (19,6 %) a pro schizofrenii (13,2 %).

U dětí ve věku 0-14 let tvoří 98,9 % všech prvních ošetření tři skupiny onemocnění: vývojové poruchy v dětství a adolescenci (72,0 %), mentální retardace (13,8 %) a neurotické poruchy (13,1 %). Mladiství ve věkové skupině 15-19 let navštívili psychiatrickou ambulanci z důvodu neurotického onemocnění (35,0 %), vývojových poruch v adolescenci (21,0 %) a mentální retardace (16,6 %).

Nově zjištěná onemocnění, tj. poprvé diagnostikovaná v životě pacienta představovala téměř čtvrtinu všech prvních ošetření (24,2 %). Nejvyšší míra incidence byla zaznamenána u neurotických poruch 30,0 ošetření na 10 000 obyvatel, poruchy vyvolané alkoholem 10,8 a organická duševní onemocnění 8,5 ošetření na 10 000 obyvatel kraje. V roce 2004 v České republice počet nově zjištěných onemocnění v propočtu na stejný počet obyvatelstva dosahuje u neurotických poruch hodnoty 47,4, u afektivních poruch 17,5 a u duševních poruch organického podkladu 13,7.

Činnost AT poraden - zneužívání psychoaktivních látek

Během roku bylo v AT poradnách kraje léčeno a evidováno pro abusus alkoholu 545 žen a 1 416 mužů, což je celkově o 59 pacientů více než v předchozím roce. Nejvíce léčených pacientů (61,6 %) bylo ve věkové skupině nad 40 let. Relace 41,5 léčených pro nadužívání alkoholu v tomto okrese přesahuje hodnoty udávané za republiku (24,7 na 10 000 obyvatel).

Uživatelů drog oproti minulému roku přibýlo; a to především ve věkové skupině 20-29 let, kdy u obou pohlaví vzrostl počet narkomanů preferujících stimulantia o celou polovinu. Také vzrostl počet chlapců do 14 let experimentujících s pervitinem a prchavými rozpustidly. Podobně jako u alkoholu u uživatelů drog převládali muži, kteří upřednostňovali v 35,8 % sedativa a hypnotika, stimulantia v 29,1 % a kombinaci drog v 16,6 %. U žen podíl nadužívání sedativ a hypnotik dosahuje 73,4 %, stimulantii 16,5 % a kombinace drog 5,0 %. Zde uváděné počty se týkají tzv. „živé kartotéky“, tedy pacientů sledovaných zdravotně a sociálně se zprávou či záznamem v dokumentaci ne starším než jeden rok a všichni pacienti aktivně léčení. Můžeme tedy předpokládat, že skutečný počet osob zneužívající psychoaktivní látky v kraji je vyšší než zde uváděné údaje vykázané na příloze ambulantního výkazu.

Lůžková péče

Lůžková péče v oboru psychiatrie je v kraji poskytována v Psychiatrické léčebně Kroměříž a v Dětské psychiatrické léčebně Branky. Na psychiatrických odděleních obou léčeben bylo celkem hospitalizováno 4932 pacientů, což je o 64 pacientů méně než v roce předcházejícím. Psychiatrická léčebna v Kroměříži slouží pacientům z celé republiky, převážně jsou hospitalizováni muži (57 %) a zhruba 58 % pacientů mělo své bydliště v okresech Zlínského kraje.

Psychiatrie včetně AT a sexuologie – Jihomoravský kraj v roce 2004 Brno – 10. 8. 2005

Činnost ambulantních pracovišť

V průběhu roku 2004 poskytly psychiatrické ambulance léčeným osobám 315 119 ošetření-vyšetření (dále jen ošetření), což představuje proti předchozímu roku nárůst o 13 %. V relaci na 10 tisíc obyvatel kraje bylo provedeno 2807 vyšetření. V samostatných ordinacích bylo pacientům poskytnuto 82 %, v ambulantní části lůžkových zařízení 15 % a v ostatních ambulantních zařízeních 3 % ze všech ošetření. Ženy se na celkovém počtu ošetření podílely 59 %, děti do 14 let necelými 5 %.

Počet prvních ošetření ve sledovaném roce vzrostl proti roku 2003 o 11 %, na 51 165. To odpovídá počtu léčených pacientů v daném roce, protože každý pacient může být započítán jen jednou. 78 % prvních ošetření provedli lékaři v samostatných ordinacích, 18 % v ambulantní části lůžkových zařízení a 4 % v ostatních ambulantních zařízeních. Také ve skupině prvních ošetření tvořily ženy přes 58 % ošetřených. Potvrzuje se tím skutečnost, že ženy stále tvoří větší část pacientů v psychiatrických ordinacích. Nejvíce prvních ošetření bylo provedeno v Brně-městě, a to 769 na 10 tisíc obyvatel. Proti roku předchozímu došlo k nárůstu o 17 %. Nejméně prvních ošetření bylo provedeno v okrese Brno-venkov, 148 ošetření na 10 tisíc obyvatel.

Psychiatrická ošetření jsou sledována také podle věku pacientů, a to ve věkových skupinách 0-14 let, 15-19 let a starší 20 ti let. Nejrizikovější skupinou jsou pacienti starší 20 ti let, u kterých připadlo na 10 tisíc osob 3 210 ošetření, z toho bylo 508 prvních ošetření. U dorostu je počet ošetření asi o třetinu nižší, 2368 ošetření na 10 tisíc mladistvých ve věku 15-19 let, z toho bylo 437 ošetření prvních. Na 10 tisíc dětí do 14 let připadlo 865 ošetření a 188 prvních ošetření. Při porovnání absolutního počtu ošetření s předchozím rokem došlo u dětských pacientů k nepatrnému poklesu, u dorostu byl zaznamenán nárůst o 16 % a u dospělých osob o více než 13 %. V rámci ochranné léčby bylo provedeno 2356 ošetření, z toho bylo 198 prvních. Nejčastějším onemocněním v ordinaci psychiatrů byly neurotické poruchy následovány afektivními poruchami.

Činnost pracovišť AT

V porovnání s rokem 2003 došlo k navýšení pacientů o téměř 20 %. V Brně-městě byla nově zřízena Městská protialkoholní a protidrogová ordinace s lékařským úvazkem 3,00 a během roku zachytila bezmála 600 AT pacientů.

V „živé“ kartotéce bylo evidováno 2706 alkoholiků, 630 žen a 2076 mužů, a proti roku 2003 se jejich počet zvýšil o 18 %. Na alkoholu závislých bylo 81 % evidovaných osob. Nejvíce léčených alkoholiků bylo, stejně jako v minulém roce, ve věku nad 40 let, 360 žen a 1100 mužů, což představuje téměř polovinu z celkového počtu. Krajský průměr v přepočtu na 10 tisíc obyvatel činil 24 léčených alkoholiků (ČR 25). Z 1134 pacientů užívajících drogy bylo 385 žen a 749 mužů, závislost u nich přesáhla 73 %. Proti roku 2003 došlo k nárůstu pacientů o 23 %. Nejčastěji užívanou psychoaktivní látkou jsou stimulanty, z nich v 95 % případů metamfetamin. Dalšími výrazně nadužívanými látkami byla kombinace drog a sedativa a hypnotika. Opiáty a opioidy byly užity ve 164 případech, z toho heroin užili 122 pacienti. Krajský průměr v přepočtu na 10 tisíc obyvatel činil 10 léčených toxikomanů (ČR 15). Pro užívání tabáku bylo léčeno či registrováno celkem 168 pacientů, 66 žen a 102 mužů, z toho 146 bylo závislých.

Lůžková péče

Celkem bylo v nemocnicích hospitalizováno 3 006 pacientů, průměrná ošetrovací doba činila 23 dny. Nemocniční letalita, tj. počet zemřelých na tisíc osob, které opustily nemocnici, činila 1,7. V odborném léčebném ústavu poskytovalo péči na 780 lůžkách 37,22 lékařů a 272,36 ZPBD. Hospitalizováni byli 3432 pacienti s průměrnou ošetrovací dobou 79,9 dne. Nemocniční letalita činila 23,4.

Psychiatrie vč. AT a sexuologie – Moravskoslezský kraj v roce 2004 Ostrava – 1. 6. 2005

Ambulantní péče

Z celkového počtu 274 030 (ČR 2 647 852) všech ambulantních ošetření – vyšetření (dále jen ošetření) bylo 72 %, absolutně 197 681 ošetření, provedeno v samostatných ordinacích lékaře psychiatra a sexuologa. Navýšení počtu ošetření proti roku 2003 činilo v kraji 7 %. Z celkového počtu ošetření představovaly ženy 56 %. Děti ve věku 0-14 let zaujímaly 3 % z celku. Nejvyšší počet všech ošetření na 10 000 obyvatel byl zaznamenán v okrese Ostrava 3553,06, průměr v kraji činil 2177,28 ošetření (ČR 2 594,17).

Počet prvních ošetření vzrostl na 47 986 ošetření, což proti roku 2003 představuje zvýšení o 7 %, z toho ženy zaujímaly 56 %. Počet prvních ošetření na 10 000 obyvatel v kraji činil 381,27 (ČR 440,56).

Z hlediska věkové struktury pacientů bylo 92 % všech ošetření v kraji poskytnuto pacientům ve věku 20 a více let, děti 0-14 let představovaly 3 % a mládež 15-19 let 5 % z celku. V přepočtu na 10 000 dospělých bylo provedeno 2597,23 ošetření, z toho 443,80 bylo prvních.

V rámci ochranné léčby bylo provedeno celkem 2647 ošetření, což proti roku 2003 činilo nárůst o 9,5 %. Tento celkový počet zahrnoval také 631 prvních ošetření, u nichž došlo proti roku 2003 k nárůstu o 86 %.

Nejčastější byla první ošetření pro neurotické poruchy (34,7 %), organické duševní poruchy (15,9 %) a afektivní poruchy (12,5 %). K nárůstu proti roku 2003 došlo v kraji hlavně u poruch osobnosti o 16 % a u poruch vyvolaných alkoholem o 12 %. V přepočtu na 10 000 obyvatel připadalo nejvíce neurotických poruch 132,24 (ČR 172,25) a organických duševních poruch 60,73 (ČR 48,09) prvně ošetřených. Ve věkové skupině 0-19 let připadlo na 10 000 obyvatel 77,58 (ČR 96,65) prvně ošetřených pro vývojové poruchy v dětství a adolescenci.

Činnost pracovišť AT

V roce 2004 bylo léčeno a evidováno 4162 (ČR 25 235) pacientů „živé kartotéky“ pro alkoholismus. Jedná se o pacienty sledované zdravotně a sociálně se zprávou nebo záznamem v dokumentaci ne starší jednoho roku. Převážná část sledovaných alkoholiků byli muži (74 %), z nichž 61 %, absolutně 1 885, bylo starších 40 let. V relaci na 10 000 osob příslušné věkové skupiny však připadlo nejvíce alkoholiků (60,45) do věkové skupiny 30-39 let. Průměr za kraj vykázal 33,07 (ČR 24,72) léčených alkoholiků na 10 000 obyvatel. Závislých na alkoholu bylo v kraji 75,49 % (ČR 77,49 %) léčených alkoholiků.

V Moravskoslezském kraji byl zaznamenán 7% pokles počtu léčených a evidovaných toxikomanů. Na 10 000 obyvatel připadlo v kraji 16,49 (ČR 15,08) toxikomanů, v roce 2003 byl průměr za kraj 17,62. Z celkového počtu toxikomanů připadlo na muže 64 %, z toho nejvíce bylo ve věku 20-29 let (40 %). Závislost na drogách byla prokázána u 81,07 % pacientů v kraji (ČR 77,39 %). Největší zastoupení měly léčené osoby zneužívající kombinaci více psychoaktivních látek, 4,1 pacientů „živé kartotéky“ na 10 000 obyvatel. Stejně jako v roce 2003 měly vysoké zastoupení léčené osoby zneužívající stimulantia, 3,2 pacientů na 10 000 obyvatel, z toho nejrozšířenější metamfetamin, známější pod názvem pervitin, 2,1 pacientů na 10 000 obyvatel (ČR 2,5). Na třetím místě byli pacienti léčeni v důsledku zneužívání opiátů a opioidů, 2,2 na 10 000 obyvatel, s významným zastoupením uživatelů heroínu, 1,4 pacientů.

Lůžková péče

Lůžkovou péči psychiatrického oboru zajišťovala v Moravskoslezském kraji 4 nemocniční oddělení a Psychiatrická léčebna v Opavě s detašovaným pracovištěm v Holčovicích. Průměrná ošetrovací doba na nemocničních odděleních v kraji 15,2 dne byla nižší než v České republice 21,2 dne. Průměrná ošetrovací doba v psychiatrické léčebně dosáhla 52,8 dne a byla nižší než v ČR 76,2 dne. Využití lůžek ve dnech maximální lůžkové kapacity v PL Opava 329,7 dne bylo pouze nepatrně nižší než průměr za léčebny v České republice 331,8 dne. Na lůžkových psychiatrických odděleních nemocnic v kraji bylo využito ve dnech 300,4 vyšší, než byl průměr v České republice 294,8 dne.

Psychiatrie vč. AT a sexuologie – činnost v Olomouckém kraji v roce 2004 Olomouc – 15. 6. 2005

Ambulantní péče v oboru psychiatrie

Celkem bylo provedeno 194 944 ošetření – vyšetření (dále jen ošetření), což představuje nárůst proti roku 2003 o 9,1 %. Z celkového počtu ošetření tvořilo 58,9 % ošetření žen a 41,1 % mužů. Počet prvních ošetření činil celkem 43 158. V přepočtu na 10 000 obyvatel připadlo celkem 3068 ošetření (ČR 2 594). Počet ošetření u dětí (0 – 14 let) dosáhl 862 ošetření na 10 000 dětí této věkové skupiny a u dorostu (15 – 19 let) 2079 ošetření na 10 000 dorostu.

Ze sledovaných vybraných diagnóz (resp. skupin onemocnění) se nejvíce pacientů léčilo na neurotické poruchy (F40-F48, F50-F59), což představovalo 36,5 % z vybraných onemocnění. Necelou pětinu z vybraných onemocnění zaujímaly afektivní poruchy (F30-F39) a desetinu organické duševní poruchy (F00-F09).

Činnost pracovišť AT

Počet pacientů „živé“ kartotéky za rok 2004 dosáhl celkem 3095 pacientů. Celkový počet léčených a evidovaných pacientů představoval 1828 alkoholiků a 1 267 toxikomanů. Na závislost se léčilo v obou skupinách přes 60 % osob. Na 10 000 obyvatel připadalo 28,8 alkoholiků (ČR 24,7) a 19,9 toxikomanů (ČR 15,1).

Významnou úlohu pro snížení počtu konzumentů alkoholu a drog hraje aktivní prevence u dospělé populace a zejména u dětí a dorostu. Do působnosti Ministerstva zdravotnictví patří primární prevence, v rámci které propaguje programy zaměřené na výchovu ke zdravému životnímu stylu a na prevenci šíření HIV u uživatelů drog.

Činnost lůžkových psychiatrických oddělení

Akutní léčebnou péči poskytovala 2 lůžková oddělení nemocnic. V roce 2004 bylo na těchto odděleních hospitalizováno 1289 pacientů s průměrnou ošetrovací dobou 22,5 dní (ČR 21,2). Dlouhodobou léčebnou péči pro 2670 hospitalizovaných pacientů poskytovala další 2 oddělení. Průměrná ošetrovací doba byla 79,8 dní (ČR 76,2).

Ambulantní péče

Ambulantní péči v oboru psychiatrie v roce 2004 zabezpečovalo v kraji Vysočina celkem 25 zdravotnických zařízení. Jedno z nich z důvodu úmrtí provozovatele ukončilo činnost v listopadu 2004. Data o činnosti psychiatrického oboru v kraji za rok 2004 nelze porovnávat s údaji za rok 2003, jelikož dvě zdravotnická zařízení v tomto roce neodevzdala výkaz a udávané hodnoty jsou nižší, než skutečné. V průběhu roku 2004 bylo ve 23 psychiatrických ordinacích kraje poskytnuto celkem 85 888 ambulantních ošetření – vyšetření (dále jen ošetření), z toho bylo 14 443 prvních. Počet ošetření na 1 léčeného pacienta dosahoval hodnoty 5,95, bylo to jen o málo více než v ČR (5,89).

Psychiatrickou péčí, stejně jako v celé republice, vyhledávaly častěji ženy (61 % ošetření a přibližně 62 % prvních ošetření) než muži. Z celkového počtu ošetřených byla 2 % dětí do 14 let, první ošetření vyhledala skoro 3 % dětí tohoto věku.

Rychle se měnící životní styl a vzrůstající nároky společnosti zatím po psychické stránce nezasáhly obyvatele Vysočiny v takovém rozsahu, jako v ostatních oblastech ČR. Svědčí o tom výrazně nižší počty ambulantních psychiatrických ošetření, kdy v kraji bylo poskytnuto na 10 000 obyvatel 279 prvních ošetření, ale v ČR 441 těchto ošetření. Nižší hodnoty než v celé republice byly zaznamenány i u počtu prvních vyšetření pro vybraná psychiatrická onemocnění. Z této skupiny psychiatrických diagnóz byly v roce 2004, stejně jako v předchozím roce i celé ČR, nejčastější příčinou ošetření v kraji neurotické poruchy, kdy v přepočtu na 10 000 obyvatel připadalo 87 léčených pacientů (ČR 172) a afektivní poruchy s 75 léčenými pacienty (ČR 83). Nejméně pacientů na tento počet obyvatel se léčilo, také jako v ČR, pro poruchy vyvolané alkoholem (11; ČR 24) a poruchy osobnosti (11; ČR 26). Pozitivní je skutečnost, že hodnota pacientů léčených pro vývojové poruchy v dětství a adolescenci na 10 000 obyvatel ve věku 0-19 let (37) dosahovala v kraji Vysočina pouze třetinové hodnoty pro ČR (97).

Činnost pracovišť AT

V roce 2004 bylo v kraji Vysočina vykázáno celkem 990 pacientů užívajících psychoaktivní látky. Na 10 000 obyvatel připadalo 16 alkoholiků (ČR 25) a pouze 4 narkomani (ČR 15). Alkohol nejvíce požívali lidé ve věku od 30-39 let (27 z 10 000). Drogy mládež od 15-19 let (22 na 10 000 obyvatel stejného věku). Se závislostí na alkoholu se léčilo 84 % sledovaných, je to o 6 % více než v ČR. Naopak daleko lepší situace než v ČR je u drogově závislých. V kraji jich je pouze 47 %, ze shora uvedeného nízkého počtu léčených, což je téměř o 30 % méně než v ČR.

Činnost lůžkových oddělení

V kraji sídlí tři psychiatrické léčebny (dále jen PL), z toho jedna dětská a jedno oddělení s touto péčí v nemocnici. Slouží obyvatelům daleko širší spádové oblasti než je kraj Vysočina. Léčených pacientů v PL (4 877) byla téměř jedna devítina ze všech léčených v ČR (41 986). Oddělení v nemocnici mělo pouze 50 lůžek s 639 hospitalizovanými. Průměrná ošetřovací doba na nemocničním oddělení v kraji 26,1 dne byla vyšší než v ČR (21,2) o 4,9 dní. Mnohem déle pobývali pacienti v PL, v průměru 101,8 dne, bylo to o 25,6 dní více než činil průměr pro ČR (76,2). Z toho plyne, že zde jsou převážně léčeni pacienti se závažnějším psychiatrickým onemocněním.

Psychiatrie vč. AT a sexuologie – Pardubický kraj v roce 2004 Pardubice – 11. 8. 2005

Ambulantní péče

Proti roku 2003 je mírný nárůst v počtu ošetření/vyšetření. V průběhu roku 2004 bylo provedeno celkem 106 519 ošetření a proti roku 2003 to znamená nárůst 4,6 %. Ošetřeny byly zejména ženy (64,4 %), jejichž podíl proti roku předchozímu nepatrně vzrostl. Nárůst ošetření je dán rostoucím počtem prvních ošetření. Počet prvních ošetření v kraji proti roku 2003 mírně vzrostl a dosáhl hodnoty 18 457 prvních ošetření, což je 4,2 % nárůst. Největší podíl těchto ošetření připadá opět na ženy (62,1 %) a věkovou skupinu 20 let a více (91,3 %). Na jednoho léčeného pacienta připadá v Pardubickém kraji celkem 5,9 ošetření/vyšetření. Porovnáme-li přepočtené prvních ošetření pro vybraná onemocnění na 10 tisíc obyvatel kraje s relací za ČR, vidíme vyšší hodnoty za ČR u poruch vyvolaných alkoholem o 9,09, dále u neurotických poruch o 47,84, poruch osobnosti o 9,08 a u vývojových poruch v dětství a adolescenci o 25,26 vyšetření.

Z vybraných diagnóz v roce 2004 jsou nejčastější příčinou prvního psychiatrického ošetření neurotické poruchy, u kterých na 10 tisíc obyvatel připadá 124 prvních ošetření, což je oproti ČR lepší stav o 48 ošetření, a proti roku 2003 je nárůst u této Dg 9,3 %. Dále následují afektivní poruchy, organické duševní poruchy a schizofrenie. I u těchto prvních ošetření pro daná onemocnění je proti roku 2003 zaznamenán mírný nárůst. U dětí 0-14 let byly nejčastější příčinou prvního vyšetření zejména vývojové poruchy v dětství a adolescenci (685 prvních ošetření), a se stejnou četností 137 prvních ošetření následují mentální retardace a neurotické poruchy. U pacientů ve věku 15-19 let u vybraných diagnóz bylo nejvíce provedeno prvních ošetření pro neurotické poruchy (252). Proti roku 2003 je to mírný nárůst. Další nejčastější první vyšetření v této věkové skupině jsou pro Dg mentální retardace a vývojové poruchy v dětství a adolescenci. Značný nárůst u této věkové skupiny je v porovnání s rokem 2003 u prvních ošetření pro schizofrenii (44,4 %) a u vyšetření pro afektivní poruchy (19,4 %). U pacientů starších 20 let a více jsou nejčetnější provedená první ošetření opět pro neurotické poruchy (5896) a dále pro afektivní poruchy a organické duševní poruchy. Jednotkou pro tato zjišťování je diagnóza a ne pacient, který tak může být započítán ve více skupinách diagnóz.

Pracoviště AT

V Pardubickém kraji bylo v roce 2004 léčeno 1894 pacientů užívajících psychoaktivní látky, z toho bylo 76 % mužů. Jedná se o pacienty tzv. „živé kartotéky“, kam jsou řazeni aktivně léčení pacienti, pacienti sledovaní zdravotně a sociálně se zprávou nebo záznamem v dokumentaci ne starším než 1 rok a také všichni pacienti s uloženou ochrannou léčbou. Počet těchto pacientů v posledních letech kolísá, ale podíl žen počet i podíl žen stále stoupá, a to z 1/5 v roce 2000 na téměř 1/4 v roce 2004.

Z celkového počtu pacientů užívajících psychoaktivní látky tvoří 90,8 % pacienti užívající alkohol. Proti minulému roku stoupl počet těchto pacientů o 2,5 %. Pacienti užívající drogy tvoří 9,2 % z celkového počtu, proti roku 2003 stoupl počet těchto pacientů o 29,6 %.

Lůžková péče

Kromě péče ambulantní je v kraji poskytována v oboru i péče lůžková, a to jak v nemocnicích, tak i v jednom z odborných léčebných ústavů. Tuto péči v roce 2004 využilo 1391 pacientů a od roku 2000 tak došlo k růstu o téměř 200 pacientů při stejném počtu lůžek, jejich vyšším využití a vyššímu počtu lékařů.

Psychiatrie vč. AT a sexuologie – Královéhradecký kraj v roce 2004 Hradec Králové – 28. 6. 2005

Činnost ambulantních služeb oboru psychiatrie

Celkem bylo v roce 2004 provedeno 129 468 ambulantních psychiatrických ošetření - vyšetření, což představuje oproti předchozímu roku nárůst o 1,6 %. Z toho 91,1 % ve věkové skupině 20 a více let, u dětí ve

věku 0-14 let 4,2 % a u 15-19letých 4,7 %. V relaci na 10 000 obyvatel bylo provedeno 2365,6 ošetření (ČR 2 594,2). Z porovnání počtu ošetření podle pohlaví vyplývá, že psychiatrickou péčí vyhledávaly častěji ženy než muži (2774,2 ošetření na 10 000 žen a 1937,2 ošetření na 10 000 mužů), tato teze byla potvrzena také při srovnání míry počtu ošetření v ČR.

Celkový počet prvních ošetření v kraji zůstává téměř stejný jako v roce 2003. Za sledovaný rok bylo provedeno 26 349 prvních ošetření, což představuje 481,7 ošetřených osob na 10 000 obyvatel (v ČR 440,6 ošetřených). Z hlediska struktury prvních ošetření byla v roce 2004 nejčastější vyšetření pro poruchy neurotické, které tvořily 37,8 %, poruchy afektivní (20,1 %), pro schizofrenii (7,9 %) a organické duševní poruchy (7,9 %). V porovnání s rokem 2003 nedošlo k významným změnám ve struktuře prvních ošetření. Nejvyšší míra prevalence prvních ošetření na 10 000 obyvatel byla zjištěna u skupiny diagnóz pro neurotické poruchy (183,6 případů), v ČR (172,3). Hladinu 50 ošetření na 10 000 obyvatel překročila také míra prevalence vývojových poruch v dětství a adolescenci (152,3) a afektivních poruch (97,8). V rámci ochranné léčby bylo provedeno 1791 ošetření/vyšetření, z nichž 293 bylo prvních, což představuje proti roku 2003 snížení o 1,6 %.

Pacienti ambulantních pracovišť AT dle užívané psychoaktivní látky

V Královéhradeckém kraji v roce 2004 vykazovalo činnost 21 ambulantních zařízení AT péče. Celkový počet pacientů v „živé kartotéce“ AT pracovišť byl 2842 osob (nárůst proti roku 2003 o 15,1 %), z toho 80,0 % alkoholiků. V průběhu roku bylo léčeno a evidováno pro alkoholismus 2273 osob. Závislých na alkoholu bylo 1500 (66,0 %). Na 10 000 obyvatel připadlo v Královéhradeckém kraji 41,6 léčených alkoholiků (ČR 24,7). Léčených a evidovaných toxikomanů bylo 569, z toho se závislostí 59,8 % osob. Na 10 000 obyvatel vykazuje Královéhradecký kraj 10,4 toxikomanů, průměr ČR činil 15,1.

Psychiatrická lůžková péče

V Královéhradeckém kraji jsou v nemocnicích 3 lůžková oddělení psychiatrie (ve Fakultní nemocnici Hradec Králové, v Oblastní nemocnici Jičín a.s., v Oblastní nemocnici Náchod a.s.) a 1 lůžkové oddělení v odborném léčebném ústavu (OLÚ) Léčebna návykových nemocí Nechanice při Fakultní nemocnici Hradec Králové. Průměrný počet lůžek je shodný jako v roce 2003. Průměrná ošetřovací doba je zhruba na stejné úrovni jako v předchozím roce (v kraji dosahuje 24,1, průměr za ČR 21,2). Psychiatrické stacionáře se v Královéhradeckém kraji nevyskytují.

Psychiatrie vč. AT1) a sexuologie – Středočeský kraj v roce 2004 Praha – 1. 9. 2005

Ambulantní péče

Počet ošetření (vyšetření) v psychiatrických ambulancích se proti předchozímu roku zvýšil o 34 906 ošetření, tj. o 21,5 %. Tento nárůst je však z větší části (cca 24 tis. ošetření) způsoben především faktem, že v předchozím roce tři zařízení nepředložila i přes povinnost danou zákonem statistický výkaz. Z porovnání počtu ošetření podle pohlaví vyplývá, že psychiatrickou péčí vyhledávaly častěji ženy než muži; z celkového počtu ošetření (vyšetření) připadlo 63,83 % na ženy, což je o téměř 4 procentní body více, než je poměr v celé České republice.

Statistickým zjišťováním jsou sledovány též počty prvních ošetření pacientů v daném roce, neboli počet pacientů, kteří byli v psychiatrických ambulancích v daném roce léčeni. V roce 2004 to bylo u lékařů ve Středočeském kraji 30 321 pacientů, což ve srovnání s předchozím rokem bylo o 5129 více. První ošetření v hodnoceném roce vyhledalo 63,18 % žen.

V kraji jsou dvě ambulantní zařízení, v okrese Benešov a Kolín, která se specializují na léčbu dětí a dorostu. Proto také z pohledu věkové struktury pacientů byl v těchto okresech zaznamenán v roce 2004 nejvyšší podíl pacientů těchto věkových kategorií v kraji, a tím i nejvyšší podíl ošetření. Z celkového počtu ošetření dětí ve věku 0-14 let ve výši 5555 bylo v uvedených okresech provedeno 4211 ošetření, tedy tři čtvrtiny. Proti roku 2003 došlo k nárůstu tohoto ukazatele ve Středočeském kraji o 10,8 %.

Statisticky jsou též sledovány vybrané skupiny diagnóz, pro které byli pacienti v daném roce prvně ošetřeni. Nejčastějšími vyšetřeními, tak jako v jiných letech, byly u pacientů v roce 2004 neurotické poruchy (39,7 %) a afektivní poruchy (19,5 %). Dalšími častými poruchami, které byly u pacientů diagnostikovány, byly organické duševní poruchy a též schizofrenie, i když jejich výskyt byl v porovnání s předchozími skupinami diagnóz již nižší a procento ošetření pro tato onemocnění bylo u organických duševních chorob 11,3 % a schizofrenie 6,9 %. Počet ošetření v přepočtu na 10 000 obyvatel je ve Středočeském kraji ve všech vybraných onemocněních značně nižší než v celé ČR. Největší je tento rozdíl u vývojových poruch v dětství a adolescenci, kde je tento ukazatel ve Středočeském kraji o téměř 60 % nižší než v ČR a u poruch vyvolaných alkoholem, kde je o necelých 57 % méně případů na 10 000 obyvatel než v ČR (proti roku 2003 se tento rozdíl ještě prohloubil). Právě na tyto ukazatele bude mít vliv blízkost hlavního města Prahy, kde jsou umístěna specializovaná pracoviště, která jsou využívána i obyvateli Středočeského kraje.

AT pracoviště

Počet pacientů AT pracovišť, kteří tvoří tzv. živou kartotéku, byl v roce 2004 vykázan v počtu 3436 pacientů, z toho v souvislosti s alkoholem 53,6 % a v souvislosti s drogami 46,4 % pacientů. V přepočtu na 10 000 obyvatel je ve Středočeském kraji, ve srovnání s Českou republikou, o 8,54 pacienta s alkoholovým návykem méně (tj. o 34,5 %) a u osob užívajících drogy je sice jejich počet také nižší, avšak tento rozdíl je menší (o 7 %). Výrazněji nižší je však podíl pacientů závislých na drogách. Ti tvoří 58,81 % z celkového počtu pacientů užívajících drogy v kraji, proti 77,39 % závislých v celé České republice. Avšak i v tomto případě může být část pacientů, bydlících ve Středočeském kraji, v kartotékách lékařů v Praze. Proti roku 2003 došlo ke snížení počtu pacientů AT pracovišť. V souvislosti s alkoholem to byl téměř 10 % úbytek pacientů a v souvislosti s drogami skoro 17 % pokles pacientů. Došlo však ke zvýšení podílu závislých na alkoholu o téměř 9 procentních bodů a o více než 14 procentních bodů u podílu závislých na drogách.

Lůžková péče

V nemocnicích Středočeského kraje není žádné lůžkové psychiatrické oddělení, v kraji jsou však k dispozici 2 odborné léčebny specializované na psychiatrii se 680 lůžky pro dospělé na 3 odděleních - psychiatrie, AT a gerontopsychiatrie. V roce 2004 bylo na psychiatrických odděleních odborných léčebných ústavů Středočeského kraje hospitalizováno 2 661 pacientů. Vyšší nemocniční letalita oproti celorepublikovému průměru je ovlivněna již zmíněnou specializací jednoho ze zařízení na léčbu starších pacientů. Zde je i výrazně vyšší průměrná ošetřovací doba pacientů ovlivňující průměr v kraji.

Psychiatrie vč. AT a sexuologie – kraj Hlavní město Praha v roce 2004 **Hlavní město Praha – 29. 6. 2005**

Ambulantní péče

Počet ošetření v roce 2004 dosáhl počtu 672 015, tj. o necelých 50 tisíc víc než předchozí rok. Nadpoloviční podíl ošetření je a byl poskytován ženám, v roce 2004 se na počtu ošetření podílely 59,2 %. Počet prvních ošetření ve sledovaném roce se vlastně rovná počtu pacientů v daném roce ošetřených (lhostejno kolikrát) a tedy počtu léčených pacientů. Těch bylo v kraji Hl. m. Praha evidováno 97 144, ženy zaujímaly 60,3 %, děti do 14 let věku 4,3 % z celku. Počet ošetření na jednoho léčeného pacienta se tak pohyboval na úrovni téměř 7 ošetření, v celé republice je o málo nižší, necelých 6 ošetření na jednoho léčeného pacienta.

Z vybraných sledovaných onemocnění se nejčastěji vyskytovaly neurotické poruchy (38 958 léčených pacientů), s výrazným odstupem jsou následovány afektivními poruchami (19 837) a ty opět s nezanedbatelným odstupem organickými duševními poruchami (8597). Výskyt všech vybraných onemocnění je v kraji vyšší než v ČR, bereme-li údaj relativně na počet obyvatel. Zdůvodnění ale není v horším zdravotním stavu obyvatel kraje,

ale v možnostech zdravotnických zařízení. Jejich síť je v hlavním městě hustší a stahuje určitou část pacientů z bližšího i vzdálenějšího okolí.

Činnost ambulantních pracovišť AT

V „živé kartotéce“ bylo evidováno 4227 alkoholiků (2444 mužů a 1783 žen), z toho 91,7 % bylo na alkoholu závislých. Pacientů užívajících drogy léčila pracoviště AT 5 131 (3251 mužů a 1880 žen), závislých 93,2 %. Nejčastěji užívanou drogou byly opiáty a opioidy (47,1 %), z nich pak nejvíc heroin (87,1 % z opiátů a opioidů), a to mezi muži i ženami. Na druhém místě najdeme stimulantia (16,4 %), ale pouze v celku a u mužů. Druhou nejčastější drogou žen byla sedativa a hypnotika (jen u žen 26,4 %). Tabák užívalo celkem 211 pacientů (4,1 %), 121 mužů a 90 žen. Závislost v tomto případě činila 100 %.

Lůžková péče

Na 5 psychiatrických nemocničních odděleních k 31. 12. 2004 byli pacienti v průměru ošetřováni 26,2 dní a nemocniční letalita činila 8,2 pacientů. Na 5 psychiatrických odděleních odborných léčebných ústavů k 31. 12. 2004 byli pacienti v průměru ošetřováni 68,2 dní a nemocniční letalita činila 54,7 pacientů.

Psychiatrie včetně AT 1 a sexuologie – Ústecký kraj v roce 2004

Ústí nad Labem – 20. 6. 2005

Ambulantní péče

V průběhu roku bylo provedeno 161 043 vyšetření, což představuje oproti roku 2003 nárůst o 3,44 %. Počet prvních vyšetření v roce 2004 se rovná počtu pacientů, kteří prošli v daném roce ordinací, stoupl oproti roku 2003 o 1,99 % z 28 353 na 28 918. Ordinace navštívilo 15 839 žen, což je o 9,54 % více než mužů. Je to způsobeno tím, že na 1 Pracoviště AT - zdravotnická péče pro osoby závislé na alkoholu a psychoaktivních látkách vyšetření s dětmi i s dospělými dětmi chodí převážně matky, které jsou také někdy zahrnuty do počtu vyšetřených pacientů. Z 28 918 pacientů, neboli prvních vyšetření ve sledovaném roce, tvoří 7,17 % věková skupina do 14 let, 6,33 % věková skupina 15-19 let, 86,50 % pacienti nad 20 let. V ČR se provedlo u 449 680 pacientů 2 647 852 vyšetření.

Ústecký kraj se na počtu pacientů podílel 6,43 % a v počtu vyšetření 6,08 %. V Ústeckém kraji na 1 LM připadá 642 vyšetřených pacientů, 3575 vyšetření a z toho vyplývá, že 1 pacient byl v průměru 5-6krát na vyšetření v roce. Na 10 000 žen v kraji připadá 378 vyšetřených patientek a 2184 vyšetření. Na 10 000 mužů v kraji připadá 325 vyšetřených pacientů a 1732 vyšetření. Pro porovnání uvádíme, že na 10 000 žen v ČR připadá 511 patientek a 3036 vyšetření a na 10 000 mužů v ČR připadá 366 pacientů a 2129 vyšetření.

Ve výkazech se také sledují počty prvních ošetření v roce podle druhu onemocnění (diagnóz) a z toho nově zjištěná onemocnění prvně v životě. Pacientů s organickou duševní poruchou je 3362, z toho 1150 s nově zjištěnou poruchou. Dále: poruchy vyvolané alkoholem 988/241, poruchy vyvolané psychoaktivními látkami 1196/238, schizofrenie 2894/319, afektivní poruchy 5145/1 066, neurotické poruchy 11 494/3 634, poruchy osobnosti 1592/481, sexuální poruchy 453/15, mentální retardace 1570/251, vývojové poruchy v dětství 1802/615 a neurčená duševní porucha 99/62. V porovnání s rokem 2003 byl sice ve skupině diagnóz poruchy osobnosti (F60–F63, F68–F69) jenom malý nárůst a to 6,13 %, ale z toho diagnóza F63.0 patologické hráčství se navýšila o 191,67 % ze 48 na 140. K nejvyššímu nárůstu došlo u organických duševních poruch a to o 14,16 % z 2945 na 3362 a největšímu úbytku 13,16 % u neurčených duševních poruch ze 114 na 99.

Pracoviště AT

Z ročního výkazu nelze přesně určit kolik alkoholiků a toxikomanů navštívilo v roce 2004 ordinaci, ale víme, že 282 žen a 556 mužů se léčí ze závislosti na alkohol a 321 žen a 667 mužů má již poruchu vyvolanou alkoholem (F10). Z celkového počtu 988 pacientů, kteří mají poruchu vyvolanou alkoholem, je 241 nově zjištěných.

Z pacientů, kteří užívají drogy se léčí 281 žen a 749 mužů. U obou pohlaví došlo k poklesu, u žen z 397 na 281, to je o 29,22 %, u mužů z 927 na 749, to je o 19,20 %. Poruchu vyvolanou drogami má 321 žen a 875 mužů.

Z celkového počtu 1 196 pacientů, kteří mají poruchu vyvolanou drogami je 238 nových, to je o 12,82 % méně než v roce 2003. Část alkoholiků a toxikomanů odmítá léčbu.

Činnost psychiatrických oddělení nemocnic

V nemocnicích kraje v roce 2004 byla psychiatrická péče zajištěna na 3 lůžkových odděleních, v Litoměřicích, v Mostě, v Ústí nad Labem. Celkem bylo hospitalizováno 3480 pacientů, což je o 8,44 % více než v roce předchozím. Ošetrovací doba léčby jednoho pacienta byla průměrně 16,3 dnů.

Činnost v psychiatrických léčebnách

V Ústeckém kraji byla péče o pacienty s psychiatrickým onemocněním zajištěna také ve čtyřech odborných léčebných ústavech. Tři zařízení jsou pro dospělé pacienty a jedna léčebna pro děti. V těchto zařízeních bylo hospitalizováno 4031 pacientů s průměrnou ošetrovací dobou 70,9 dnů.

Psychiatrie včetně AT a sexuologie – činnost v Libereckém kraji v roce 2004 Liberec – 12. 7. 2005

Ambulantní péče

Během roku 2004 poskytovalo ambulantní péči v oboru psychiatrie v Libereckém kraji celkem 23 pracovišť. V roce 2004 bylo v Libereckém kraji provedeno přes 83 tisíc ambulantních ošetření, resp. vyšetření (dále jen ošetření), z 65 % u žen. V roce 2004 bylo ošetřeno přes 15 tisíc pacientů, z toho 60 % žen (tento podíl je shodný i s průměrem za celou Českou republiku). Každý ošetřený pacient navštívil psychiatrickou ordinaci během roku průměrně 5,5krát, České republice je tento průměr téměř shodný – 5,9 ošetření na jednoho pacienta za rok.

Podobně jako v roce 2003 byly i v roce 2004 z vybraných diagnóz nejčastější příčinou návštěvy psychiatra neurotické poruchy (35 %), afektivní poruchy (18,9 %) a schizofrenie (10,5 %). I v roce 2004 přetrvál stav, kdy se v České republice častěji než v našem kraji vyskytla diagnóza organických duševních poruch než schizofrenie.

Pracoviště AT

Předkládaný materiál poskytuje i informace o pacientech léčených pro alkohol a drogy na ambulantních pracovištích AT. Z uvedených dat vyplývá, že počet těchto pacientů (vztažený na počet obyvatel) je v Libereckém kraji značně nižší než v průměru celé České republiky. Zatímco v ČR připadá v přepočtu na 10 000 obyvatel 24,72 léčených alkoholiků a 15,08 léčených narkomanů, v Libereckém kraji je to pouze 16,26 pacientů užívajících alkohol a 3,72 užívající drogy. Největší podíl léčených uživatelů drog je ve věkové skupině 20-29 let, léčeným alkoholiků je nejčastěji více než 30 let.

Lůžková péče

V našem kraji byla v roce 2004 psychiatrická oddělení ve dvou zdravotnických zařízeních – v Krajské nemocnici Liberec (2 oddělení) a v Psychiatrickém sanatoriu v České Lípě. Psychiatrické sanatorium v České Lípě však 1. 1. 2005 ukončilo činnost své lůžkové části a stalo se tak pouze ambulantním zařízením.

Psychiatrie vč. AT a sexuologie – Karlovarský kraj v roce 2004 Karlovy Vary – 26. 8. 2005

Ambulantní péče

Ambulantní péči v psychiatrických oborech v kraji zabezpečovalo 19 pracovišť. Během roku 2004 bylo 9541 pacientům poskytnuto celkem 62 963 vyšetření (ošetření). Průměrný počet ošetření jednoho pacienta v kraji byl 6,6 za rok, což je více než průměr v celé ČR, kde dosáhl hodnoty 5,9. Mezi pacienty v ordinacích tohoto oboru

bylo necelých 62 % žen a přes 8 % dětí do 14 let. I ošetřovány byly ženy častěji než muži. Z celkového počtu vyšetření (ošetření) téměř 65 % představovala ošetření žen, více než 3 % ošetření dětí ve věku do 14 let.

Nejvíce pacientů bylo ošetřeno pro neurotické poruchy, téměř 40 %, pro afektivní poruchy 19 %, schizofrenii přes 11 %, pro organické duševní poruchy necelých 12 %, 8 % pro vývojové poruchy v dětství a adolescenci a přes 5 % shodně pro poruchy osobnosti a poruchy vyvolané alkoholem. Děti do 14 let věku bylo nejvíce ošetřeno pro vývojové poruchy v dětství, neurotické poruchy a mentální retardaci.

Ambulantní AT pracoviště

Na ambulantních AT pracovištích se pro užívání drog v Karlovarském kraji léčilo celkem 245 pacientů, z nich takřka 78 % závislých, pro alkohol 367 pacientů, z nichž bylo přes 63 % závislých.

Lůžková oddělení

Psychiatrické oddělení nemocnice mělo celkem 45 lůžek. O 642 hospitalizovaných pacientů v roce 2004 pečovali 4 lékaři a průměrná ošetrovací doba, která v roce 2003 činila 22,4 dne se v roce 2004 zkrátila na 19,1 dne.

Psychiatrie vč. AT a sexuologie – Plzeňský kraj v roce 2004

Plzeň – 26. 8. 2005

Ambulantní péče v oboru psychiatrie

Zdravotní péči v oboru psychiatrie, včetně AT a sexuologie, byla poskytována v kraji na 55 ambulantních pracovištích. V roce 2004 bylo provedeno 141 373 ambulantních ošetření/vyšetření (dále jen ošetření), z 63 % u žen. V roce 2004 bylo ošetřeno 26 170 pacientů, z toho 60 % žen (tento podíl je shodný i s průměrem za celou Českou republiku). Každý ošetřený pacient navštívil psychiatrickou ordinaci během roku průměrně 5,4krát.

Podobně jako v roce 2003 byly i v roce 2004 z vybraných diagnóz nejčastější příčinou návštěvy psychiatra neurotické poruchy (39 %), afektivní poruchy (17 %), a organické duševní poruchy 10 %.

Pracoviště AT

Zatímco v ČR připadá v přepočtu na 10 tisíc obyvatel 24,72 léčených alkoholiků a 15,08 léčených narkomanů, v kraji je to 21,30 pacientů užívajících alkohol a 20,16 užívající drogy. Největší podíl léčených uživatelů drog je ve věkové skupině 20-29 let, léčeným alkoholikům je nejčastěji více než 30 let.

Lůžková péče

Lůžkovou péči zajišťovala psychiatrická oddělení ve třech nemocnicích a v odborném léčebném ústavu – Psychiatrické léčebně Dobřany.

Psychiatrie včetně AT a sexuologie – Jihočeský kraj v roce 2004

České Budějovice – 22. 6. 2005

Ambulantní péče

Péče v oboru psychiatrie (včetně AT a sexuologie) byla v roce 2004 poskytována na 48 ambulantních pracovištích, z nichž jedno v průběhu roku ukončilo svoji činnost.

V roce 2004 bylo v kraji provedeno téměř 135 tisíc ošetření – vyšetření (dále jen ošetření). Při porovnání s předcházejícím rokem se jednalo o nárůst počtu ošetření o 3,8 %. Počet ošetření se ale zvýšil pouze u žen, u mužů naopak klesl. Ženám bylo poskytnuto 63 % z celkového počtu všech ošetření (v roce 2002 i 2003 to bylo 60 %). Na 10 tisíc žen Jihočeského kraje připadlo v průměru 2680 ošetření a na 10 tisíc mužů 1610 ošetření. Celkem bylo v roce 2004 provedeno 23 049 prvních ošetření, což je o 2,3 % méně než v minulém roce. Pokles počtu pacientů byl zaznamenán u obou pohlaví, u mužů byl absolutně i relativně vyšší než u žen. Počet prvních ošetření u žen činil 62,3 % z celkového počtu prvních ošetření a proti předchozímu roku se tento podíl nepatrně zvýšil. Pokud by se počet prvních ošetření rovnal počtu pacientů, pak by na jednu léčenou ženu připadalo v průměru 5,9 ošetření a na jednoho léčeného muže 5,7 ošetření. V průměru by na 10 tisíc žen připadlo v Jihočeském kraji 451 léčených žen a na 10 tisíc mužů 283 léčených mužů. Psychiatrickou pomoc tedy vyhledávaly více ženy než muži.

Na děti ve věku 0 - 14 let připadla 4 % z celkového počtu vyšetření. Počet ošetření u dětí se téměř nezměnil (poklesl o necelé 1 %). Z celkového počtu prvních ošetření činil podíl dětských pacientů 6,2 %. Pokud by byl počet prvních ošetření totožný s počtem pacientů, pak by na jedno léčené dítě v průměru připadlo 3,8 ošetření. Na rozdíl od dospělých mezi dětskými pacienty převažovali chlapci.

Z vybraných sledovaných onemocnění se nejčastěji vyskytovaly neurotické poruchy, byly diagnostikovány u 8595 pacientů. Druhou nejčetnější skupinou byly afektivní poruchy (diagnostikovány u 5159 pacientů) a na dalším místě organické duševní poruchy (diagnostikovány u 3125 pacientů). U dorostu ve věku 15-19 let byly nejčastější diagnózou neurotické poruchy, u dětí byly převážně diagnostikovány vývojové poruchy v dětství a adolescenci.

Činnost ambulantních pracovišť AT

V „živé kartotéce“ bylo evidováno 645 alkoholiků a 425 uživatelů drog. V přepočtu na 10 tisíc obyvatel bylo v Jihočeském kraji registrováno 10,3 alkoholiků a 6,8 uživatelů drog, což byl výrazně menší počet registrovaných uživatelů alkoholu a psychoaktivních látek než jejich průměrný počet za celou republiku (v ČR 24,7 léčených alkoholiků a 15,1 léčených narkomanů). Nejčastěji užívanou drogou byly opiáty a opioidy, které preferoval jako svou hlavní drogu přibližně každý třetí uživatel drog. Na druhém místě se svým počtem uživatelů umístily kanabinoidy, které upřednostňoval přibližně každý čtvrtý uživatel drog. Jak u alkoholiků, tak u uživatelů psychoaktivních látek převažovali muži (z celkového počtu léčených alkoholiků bylo 69 % mužů a z celkového počtu léčených uživatelů psychoaktivních látek bylo 61 % mužů). Výjimkou byla sedativa a hypnotika, kde byl vyšší podíl žen než mužů.

Lůžková péče

Lůžkovou péčí psychiatrického oboru v Jihočeském kraji zajišťovala 2 nemocniční oddělení a 3 psychiatrické léčebny. Na lůžkových odděleních nemocnic bylo hospitalizováno 1006 pacientů. Počet hospitalizovaných proti minulému roku mírně poklesl (o 2,5 %). Průměrná ošetrovací doba se příliš nezměnila. V psychiatrických léčebnách bylo hospitalizováno 1724 pacientů. Počet hospitalizovaných se proti předchozímu roku zvýšil o 10,7 %. Průměrná ošetrovací doba se snížila.

Seznam tabulek:

Tabulka 1 - str. 28 - Podíl prvních ošetření ve sledovaném roce na vybrané diagnózy podle pohlaví - Tabulka 1 dokumentuje procentuální zastoupení mužů a žen u vybraných psychiatrických diagnóz za rok 2004.

Tabulka 2 - str. 28 - Vývoj hospitalizovanosti a průměrné ošetrovací doby v PL v letech 1995 – 2003 - Tabulka 2 sleduje vývoj hospitalizovanosti v psychiatrických léčebnách v letech 1995 až 2003. Je z ní patrný nárůst počtu hospitalizovaných mužů i žen. Ukazuje také průměrnou dobu ošetřování v PL.

Tabulka 3 - str. 29 - Hospitalizovaní v ČR podle příčin hospitalizace

Tabulka 4 - str. 30 - Incidence a prevalence vybraných psychiatrických diagnóz - Tabulka 4 poskytuje srovnání jednotlivých krajů s průměrem ČR z hlediska incidence a prevalence duševních poruch.

Tabulka 5 - str. 31 - Počet ambulantních ošetření – vyšetření v oboru psychiatrie na 10 000 obyvatel - Tabulka 5 srovnává jednotlivé kraje z hlediska počtu prvních vyšetření/ošetření, ilustruje také zastoupení mužů a žen.

Tabulka 6 - str. 31 - Struktura počtu prvních ošetření v ambulantních psychiatrických zařízeních v roce 2004 – vybrané diagnózy - Tabulka 6 ukazuje, jaké duševní poruchy vedly pacienty k návštěvě psychiatrické ambulance.

Citace v pořadí v jakém se objevovaly v textu:

(1), (2) ZELENÁ KNIHA Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva, Komise evropských společností , Brusel dne 14.10.2005

(3) Bachrach S. In the name of public health – Nazi racial hygiene, N Engl J Med 2004

(4) – Zrcadlení sporu o duši a tělo v psychiatrii - Lajkep T., Ústav lékařské etiky LF MU, Psychiatrie, Ročník 7, 2003, Supplementum 2

(5) - K institutu zabezpečovací detence v návrhu nového trestního zákona, JUDr. Král V., Praha časopis Trestněprávní revue č. 12/2004

Zdroje:

Seznam použité literatury:

Časopisy:

Bachrach S., In the name of public health – Nazi racial hygiene. (Ve jménu veřejného zdraví – nacistická rasová hygiena), N Engl J Med 2004

Baudiš P., Zájmy a práva nemocného a společnosti, Psychiatrie, Ročník 7, 2003, Supplementum 2

Buriánek J., Hospitalizace v psychiatrické léčbě proti vůli pacienta, WebTempus, listopad 2001

Král V., K institutu zabezpečovací detence v návrhu nového trestního zákona, , Praha časopis Trestněprávní revue č. 12/20

Lajkep T., Bioetická konvence Rady Evropy a její vliv na další rozvoj psychiatrie, Psychiatrie, Ročník 7, 2003, Supplementum 2

Lajkep T., Zrcadlení sporu o duši a tělo v psychiatrii, Psychiatrie, Ročník 7, 2003, Supplementum 2

Niveau G, Preventing human rights abuses in psychiatric establishments: the work of the CPT, *European Psychiatry*, 2004 May; 19(3)

Ripová L., Ochrana práv duševně nemocných v České republice z perspektivy Světové zdravotnické organizace, sborník 5/2002 Institutu pro zdravotní politiku a ekonomiku

Stárková L., Raboch J., Novotná I., Bašný Z., Kallert T., Mezinárodní projekt Eunomia – nedobrovolný vstup a nedobrovolná léčba pacientů s akutní duševní poruchou, *Psychiatrie, Ročník 7*, 2003, Supplementum 2

Tůma I., Informovaný souhlas v klinickém výzkumu, *Psychiatrie, Ročník 7*, 2003, Supplementum 2

Knižní zdroje:

Baudiš P., Libiger J., *Psychiatrie a etika*, Galén 2002

Haškovcová H., *Etický kodex práva pacientů*, komentované vydání, Nakl. Aleny Krtilové, Havířov 1996

Haškovcová H., *Fenomén stáří*, Panorama 1990

Haškovcová H., *Lékařská etika*, Galén 2001, 3. vydání

Höschl C., Libiger J., Švestka J., *Psychiatrie*, Tigis 2002

Šimek V., Špalek V., Křížová E., Janečková H., *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*, Karolinum 2002

Špatenková N. a kol., *Krizová intervence pro praxi*, Grada 2004

Internetové odkazy:

www.who.int

www.pubmed.gov

www.cpt.coe.int

www.mdac.info

www.mentalhealth.org

www.cmha-bc.org

www.lkcr.cz

www.mzcr.cz

www.mpsv.cz

www.statnisprava.cz

www.uzis.cz

www.csljep.cz

Důležité dokumenty týkající se problematiky práv duševně nemocných lidí:

Všeobecná deklarace lidských práv a svobod, Valné shromáždění OSN, 1948

Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod, Rada Evropy, 1950

Deklarace práv duševně postižených lidí, Valné shromáždění OSN, 1971

Deklarace lidských práv a duševního zdraví, Nový Zéland, 1989

Zásady pro ochranu psychicky nemocných osob a pro zlepšení péče o psychické zdraví, Valné shromáždění OSN, 1991

Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů, APA, Washington, 1992

Světová deklarace zdraví (World Health Declaration), WHA, 1998

Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Rada Evropy

Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Světová zdravotnická organizace Evropa, leden 2005

Deklarace o duševním zdraví pro Evropu, Světová zdravotnická organizace Evropa,
leden 2005

Etický kodex práv pacientů

Etický kodex České lékařské komor

Přehled nejdůležitějších právních norem a předpisů ČR k této problematice:

- Ústavní zákon č.1/1993 Sb., Ústava České republiky
- Usnesení ČNR č.2/1993 Sb., o vyhlášení listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky
- Ústavní zákon č. 23/ 1991 Sb.kterým se uvozuje listina základních práv a svobod jako ústavní zákon Federálního shromáždění České a Slovenské Federativní Republiky
- Zákon č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv
- Zákon č. 20/ 1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 40/ 1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 99/ 1963 Sb., občanský soudní řád
- Zákon č. 140/ 1961 Sb., trestní zákon
- Zákon č. 141/1961 Sb., trestní řízení soudním (trestní řád)
- Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině
- Zákon č. 100/ 1988 Sb., o sociálním zabezpečení
- Zákon č. 155/ 1995 Sb., o důchodovém pojištění
- Zákon č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti
- Zákon č. 463/1991 Sb., o životním minimu

Metodické opatření ministerstva zdravotnictví k používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních české republiky, leden 2005