RESUMÉ

Název diplomové práce: Problematika práv lidí se závažným duševní onemocněním hospitalizovaných v psychiatrické léčebně
Jméno a příjmení: Marcela Toušková
Studijní obor: sociální práce
Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Oldřich Matoušek
Oponent diplomové práce: MUDr. Jiří Bláhovec

Klíčová slova:
Duševně nemocný
Hospitalizace
Lidská práva
Pacientská advokacie
Psychiatrická léčebna

V České republice stále neexistuje specifická legislativa pro oblast péče o duševní zdraví. Stávající právní úprava dotýkající se problematiky hospitalizace psychiatrických pacientů je roztříštěná, zastaralá a tudíž nevyhovující.

Často dochází k tomu, že jsou lidé s duševním onemocněním vlivem výše popsané situace diskriminováni v přístupu k veřejným službám, častěji jim hrozí ztráta práce či majetku, během hospitalizace či soudních řízení jsou jejich práva mnohdy obcházena nebo přímo porušována.

Řada z nich tráví nemalou část svého života ve velkých zařízeních, která často trpí nedostatkem kvalifikovaného personálu a odpovídajícího vybavení. Dlouhodobé, někdy dokonce celoživotní umístění lidí s duševními problémy v ústavech, je neblahým důsledkem faktu, že v komunitě, která má být člověku nejblíže, panuje akutní nedostatek psychiatrických a podpůrných služeb.

Současná praxe v psychiatrických léčebnách napomáhá k mnoha porušování lidských práv. Patří mezi ně omezení v pohybu, nedostatek soukromí, omezená možnost telefonování či korespondenčního kontaktu a někdy také návštěv. Neméně významné je stále se ještě vyskytující zneužívání institutu zbavení způsobilosti k právním úkonům, nadužívání omezujících opatření či medikace.

Soudní řízení, jejichž předmětem je kontrola zákonnosti detence mají řadu nedostatků. Lidé s duševním onemocněním často nemají možnost podílet se na řízení, které se jich zásadním způsobem dotýká či předkládat důkazy, nejsou před soudem řádně zastoupeni a rozhodnutí soudu jim mnohdy nejsou ani doručena.

Oblast ochrany práv duševně nemocných je v České republice výrazně zanedbávána, přestože by, zejména dodržování lidských práv, mělo být základní osou systému péče.

Cílem práce je seznámení se současnou právní úpravou práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů a se stávající realizací psychiatrické hospitalizace. Současnou situaci podrobuji kritické analýze s cílem poukázat na nejpalčivější problémy praxe v kontextu lidských práv. Jedna z definovaných problémových oblastí je východiskem pro praktickou část diplomové práce. V té jsem hledala odpověď na otázku, zda jsou sami uživatelé psychiatrických služeb schopni podílet se na poskytování těchto služeb a to v roli informátora v oblasti lidských práv a komplexně informovat hospitalizované pacienty o jejich právech a povinnostech. Prostřednictvím jednoletého pilotního projektu jsem si ověřila, že sami uživatelé psychiatrických služeb mohou zaujmout

významné místo na poli péče o lidi se závažným duševním onemocněním, a že pacientská advokacie nemusí být protipólem profesionální péče v psychiatrických léčebnách.

OBSAH

Úvod 3

TEORETICKÁ ČÁST 5
1. Lidská práva 5
1.1. Lidská práva jako pojem 5
1.2. Stručná historie a vývoj lidských práv 7

2. Práva psychiatrických pacientů 9
2.1. Kdo je psychiatrický pacient? 9
2.2. Specifika práv duševně nemocných 10
2.3. Mezinárodní úmluvy týkající se problematiky lidských práv pacientů, které jsou součástí právního řádu ČR 11
2.4. Legislativní úprava ČR vztahující se k problematice práv hospitalizovaných lidí s duševním onemocněním 12
2.5. Další významné dokumenty 14

3. Úmluva o biomedicíně 16
3.1. Členění Úmluvy 16
3.2. Informovaný souhlas 19
3.2.1. Souhlas pacienta jako pojem 20
3.2.2. Forma souhlasu 22
3.2.3. Ochrana osob neschopných dát souhlas 23

4. Kritická analýza 25
4.1. Aktuální problémy a otázky 25
4.2. Legislativa 26
4.2.1. Úmluva o biomedicíně versus Zákon o péči o zdraví lidu a současná praxe 27
4.2.2. Psychiatrická detence 31
4.2.3. Zdravotnická dokumentace 34
4.2.4. Způsobilost k právním úkonům 35
4.2.5. Opatrovnictví 40
4.3. Podoba péče v psychiatrických léčebnách 42
4.3.1. Kapacita 43
4.3.2. Dostupnost 44
4.3.3. Prostorové možnosti 44
4.3.4. Režim 46
4.3.5. Personální zajištění 48
4.4. Kvalita péče 50

4.4.1. Monitoring kvality péče 51
4.4.2. Úroveň vztahu lékař - pacient 54
4.5. Informace, vzdělávání 55
4.5.1. Povědomí odborné a laické veřejnosti o problematice práv duševně nemocných 56
4.5.2. Informovanost pacientů týkající se jejich práv 58

PRAKTICKÁ ČÁST 61
5. Projekt poradci v psychiatrické léčebně 61
5.1. Cíl projektu 63
5.2. Cílová skupina 63
5.3. Realizační tým 64
5.4. Realizace projektu 64
5.4.1. Poradci 64
5.4.2. Psychiatrické léčebny 68
5.4.3. Vlastní práce poradců 71
5.4.4. Problematika zpětné vazby 76
5.5. Hodnocení projektu 78
5.5.1. Hodnocení projektu poradci 78
5.5.2. Hodnocení projektu pracovníky psychiatrických léčeben 81
5.5.3. Komentář koordinátorky projektu k hodnocení zdravotnickým personálem 90
5.5.4. Hodnocení projektu supervizorem 91
5.6. Návrh podoby budoucí realizace projektu 92
5.7. Statistika 95
5.7.1. Počet intervencí 96
5.7.2. Oblast intervencí 96
5.7.3. Vyhodnocení evidenčních listů 97
5.7.4. Porovnání jednotlivých léčeben navzájem 101
5.8. Shrnutí k projektu 104

Závěr 105

Seznam použité literatury 107
Přílohy 112
1 Prohlášení o mlčenlivosti 112
2 Etický kodex poradce 112
3 Třináctero poradce 113
4 Výkaz práce 114
5 Evidenční list 115
6 Dotazník 116

Úvod

Ve své diplomové práci se věnuji problematice práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů. Přestože duševně nemocní mají stejná práva jako jiní lidé, často patří mezi nejvíce izolované slupiny obyvatel. Zejména ústavní forma léčby duševních poruch je jedním z nejrizikovějších faktorů pro zajištění dodržování lidských práv a základních svobod. Pod rouškou odborné péče jsou mnozí pacienti nuceni snášet protiprávní jednání.

Oblast ochrany práv duševně nemocných je v České republice výrazně zanedbávána, ačkoliv by měla být základní osou systému péče.

V diplomové práci se zaměřuji na výše popsanou neblahou skutečnost. Mým záměrem je seznámení s legislativní úpravou práv hospitalizovaných pacientů a současnou realizací psychiatrické hospitalizace. Stávající situaci podrobuji kritické analýze s cílem poukázat na nejpalčivější problémy stávající praxe v kontextu lidských práv.

V práci vycházím zejména ze stávající legislativní úpravy práv pacientů, z mezinárodních dokumentů a v České republice realizovaných výzkumů. Za významný zdroj považuji také svoji praxi a zkušenosti získané v rámci práce v Centru pro rozvoj péče o duševní zdraví, kde jsem se podílela na několika projektech a v České asociaci pro psychické zdraví, ve které jsem samostatně realizovala projekt Poradci v psychiatrické léčebně, o kterém podrobně pojednávám v poslední kapitole.

Diplomová práce je rozdělena do pěti hlavních částí. První část podává základní informace o lidských právech a stručně zmiňuje jejich vývoj. Druhá část je již konkrétně zaměřena na psychiatrické pacienty. Vymezuje pojem psychiatrický pacient pro potřeby této práce a pojednává

o specifikách, která duševní nemoc přináší. Nedílnou součástí zmíněné kapitoly je přehled zákonů a dokumentů, které se k řešené problematice bezprostředně vztahují. Třetí část je věnována Úmluvě o lidských právech a biomedicíně, jako stěžejnímu právnímu předpisu současného medicínského práva. Vzhledem k jejímu zásadnímu významu se jí v práci zabývám poměrně podrobně. Čtvrtá část pod názvem Kritická analýza je stěžejní kapitolou této diplomové práce. Konkrétně se zaměřuje na aktuální problematické okruhy práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů a snaží se nalézt příčiny tohoto stavu. Pátá část je věnována již výše zmíněnému pilotnímu projektu, jehož primárním cílem bylo vytvořit kriteria pro hájení zájmů duševně nemocných v psychiatrických léčebnách. Prostřednictvím projektu jsem ověřovala, zda jsou sami uživatelé psychiatrických služeb, kteří mají osobní zkušenost s hospitalizací, schopni informovat pacienty psychiatrických léčeben o jejich právech a povinnostech a dále, zda jsou psychiatrické léčebny ochotny na tomto programu participovat.

Přínos práce spatřuji zejména v pojmenování problémových oblastí týkajících se lidských práv psychiatrických pacientů v průběhu hospitalizace, ve zprostředkování osobních pohledů na tuto problematiku, ale i postojů samotných pacientů a pracovníků léčeben.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Lidská práva

Pro účely diplomové práce je definování pojmu lidská práva a pozastavení se nad jejich vývojem nezbytné. Přesto se těmto kapitolám budu věnovat pouze stručně, neboť primárně je tato práce věnována úžeji specifikované skupině lidských práv a to, výše zmíněným právům hospitalizovaných psychiatrických pacientů.

1.1. Lidská práva jako pojem

Jak uvádí všeobecná encyklopedie, lidská práva jsou práva, která vycházejí z lidské přirozenosti a z principů humanity. Významový obsah těchto práv závisí na dějinném pojetí člověka, na kulturních, společenských, hospodářských a politických faktorech (Všeobecná encyklopedie, 1999).

Pojem právo nelze jednoznačně vymezit. Jedná se o multidimenzionální fenomén, proto ho není možné vyjádřit jedinou definicí. Může být zkoumán v několika rovinách. Pro potřeby zvoleného tématu je významné především rozlišení na právo pozitivní a právo přirozené. Toto rozdělení je založeno na představě, že kromě státem stanovených pravidel chování (pozitivní právo) existuje na státu nezávislé, vyšší přirozené právo. Přirozené právo-ius naturale představuje souhrn principů a nezadatelných subjektivních práv. Předchází pozitivnímu právu a podle některých názorů je mu i nadřazeno (Gerloch, 2000).

Lidská práva jsou významnými subjektivními právy občanů. Někdy jsou označována také jako základní lidská a občanská práva či základní práva a svobody. Vztahují se

k člověku jako lidské bytosti nezávisle na státu. Jsou to práva individua, která mu náleží od přirozenosti a jako taková svým vznikem stát předcházejí (Knap, 1995).

Základními atributy těchto práv jsou, jak dále uvádí Gerloch (2000):

- **nezadatelnost** - ačkoliv nejsou produktem státní moci, stát je musí uznat
- **nezrušitelnost** – není možné, aby stát tato práva platně zrušil
- **nezcizitelnost** - nikdo nemůže být těchto práv zbaven, ani se jich nemůže zbavit sám
- **nepromlčitelnost** - jsou trvale vynutitelná

Nejedná se však o práva neomezitelná. Omezení je možné pouze v mezích zákona a to za předpokladu, že podstatou a smyslem tohoto omezení jsou dva důvody:

- je-li to nezbytné pro výkon jiných práv
- z důvodu veřejného zájmu

S pojmem lidské právo kromě výše zmíněné právní vědy pracuje také řada společensko vědních disciplín. Patří mezi ně sociologie, filozofie, historie, politologie, ale také psychologie a významná část věd přírodních, jako například biologie, ekologie, etologie a environmentalistika. Avšak v každé z těchto vědních disciplín je pojem lidské právo čímsi navzájem pojmově odlišným. V těchto, nikoliv právních disciplínách, se pojem lidské právo kryje s pojmem nárok nebo požadavek člověka na cosi zásadního, čeho je třeba k lidskému životu (Hanuš, 2001).

1.2. Stručná historie a vývoj lidských práv

Vývoj ideových představ týkajících se lidských a občanských práv a svobod lze stopovat od antiky až po současnost.

Pojem přirozeného práva je právě jedním z produktů antiky. Měl filozofický význam a vyjadřoval poměr mezi člověkem a veškerenstvem. Myšlenka priority přirozeného práva před právem pozitivním se objevuje u Sofistů, kteří formulovali postulát rovnosti lidí.

Rovněž Aristoteles rozlišoval právo přirozené od práva pozitivního. Obsah přirozeného práva viděl v právu na život, rodinu a vlastnictví.

Klasickým vyjádřením pojmu přirozeného práva bylo stoické „suum cuique tribuee" (každému co jeho jest), jež mělo svůj původ již u Platóna. Charakteristický znak přirozeného práva shledávali Stoikové ve svobodě a rovnosti. Stali se tak původci nauky o rovnosti lidí a nositeli názoru, že lidská podstata tkví především ve svobodě (Komárková, 1990).

Další významné impulsy k akceptování práv lidí přineslo křesťanství a později také renesance.

Jak dále uvádí Komárková (1990), rozhodující obrat v chápání postavení člověka ve společnosti však přineslo 18. století. *Deklarace práv člověk a občana*, která byla formulována nejprve ve státech vznikající severoamerické Unie (Prohlášení nezávislosti Spojených států amerických 1776) a prostřednictvím francouzské revoluce (Deklarace práv člověka a občana 1789) přenesena na evropský kontinent je významná v poselství univerzality.

Ta spočívá v tom, že zohledňuje požadavek, že lidské bytosti přísluší jistá práva právě proto, že je lidskou bytostí.

Oba tyto dokumenty měly vliv na další vývoj lidských práv, jak v zemích svého původu, tak také v ostatních civilizovaných státech tehdejšího světa, kde se myšlenky těchto dokumentů začaly více či méně prosazovat a uplatňovat.

Mezinárodní ochrana lidských práv se stala centrem pozornosti v souvislosti s druhou světovou válkou, jako projev odporu demokratických států s masivním porušováním lidských práv, které s sebou přinesla.

Významným dokumentem, který ve světovém měřítku zakotvuje lidská práva je *Všeobecná deklarace lidských práv* přijatá a vyhlášená Valným shromážděním OSN 10. prosince 1948. Jedná se o právně nezávazný dokument, vzhledem k jehož obsahu je jeho politická autorita celosvětově uznávána.

Tato deklarace byla později doplněna dalšími texty schválenými rovněž Valným shromážděním OSN 16. prosince 1966. Jedná se o dva pakty, které začaly platit počátkem roku 1977 – *Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech* a *Mezinárodní pakt o občanských a politických právech*. Oba tyto pakty zavádějí vedle obecné povinnosti poctivého plnění mezinárodních smluv i zvláštní mezinárodní kontrolní opatření, za účelem dodržení závazků plynoucích z paktu.

2. Práva psychiatrických pacientů

2.1. Kdo je psychiatrický pacient

Psychiatričtí pacienti jsou lidé trpící duševní poruchou, přičemž tento termín představuje dosti široké spektrum diagnóz.

Existuje mnoho definic duševního onemocnění. Pro účely této práce vystačí definice Světové zdravotnické organizace (WHO). "Duševní porucha je zjevná porucha duševní činnosti, natolik specifická ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti nebo sociálního postavení nebo obou, a to v takovém stupni, který nemůže být hodnocen jako selhání (Höschl, 1996, s. 3)."

Hospitalizovaní psychiatričtí pacienti, na něž se tato práce zaměřuje především, jsou lidé, jejichž zdravotní stav již není formou ambulantní péče zvládnutelný nebo kteří se momentálně nachází ve stavu akutní ataky svého onemocnění.

Do této kategorie můžeme zařadit pacienty s psychotickými či těžkými neurotickými poruchami a chronickými formami některých onemocnění, pacienty s diagnózou závislosti v odvykacím programu, mentální retardací spojenou s duševní poruchou a některé další.

Z toho vyplývá, že se v psychiatrických léčebnách setkávají lidé s různými diagnózami a tudíž s diametrálně odlišnými problémy a potřebami.

Podle údajů WHO je nejčastější psychiatrickou poruchou deprese, což platí celosvětově (WHR, 2001).

Nejfrekventovanějšími diagnózami, pro něž jsou lidé hospitalizováni v lůžkových psychiatrických zařízeních však jsou již několik let schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy. Během roku 2002 bylo 904 pacientů

hospitalizováno déle než jeden rok. Z toho 36 % tvořili pacienti se schizofrenií (ÚZIS ČR, 2004).

Prevalence duševních poruch v populaci je poměrně vysoká. Počet nových pacientů na psychiatrických pracovištích vzrostl za posledních 5 let o 28 %, tedy téměř o třetinu(tamtéž).

V souvislosti se současnou společenskou situací, která se stává stále méně přehlednou, v níž se životní tempo zrychluje a lidé se častěji ocitají v zátěžových situacích lze předpokládat, že nárůst problematiky osob s duševním onemocněním je nevyhnutelným jevem, který bude stále častější. Nezaměstnanost, chudoba, rozpad sociálních sítí, samota, socioekonomický neklid a další faktory jsou rizikovými činiteli, kteří se významně podílí na nárůstu psychických poruch.

2.2. Specifika práv duševně nemocných

Závažné duševní onemocnění jde ruku v ruce se značným utrpením, které pacient prožívá.

Podle Libermana (1999) ho provázejí různorodé symptomy, které mnohdy vedou k narušení sociálních, komunikačních a kognitivních funkcí.

Během onemocnění dochází v různé míře ke změnám všech základních kvalit duševního života postiženého. Lidé pod vlivem duševní nemoci jinak vnímají, myslí a prožívají. Důsledkem nemoci může být pokles pracovního výkonu, pasivita a ochuzení zájmů. Duševně nemocní často selhávají na běžném trhu práce i v sociálních vztazích. Tím dochází kesnížení sebevědomí, ztrátě motivace a zesílení příznaků nemoci.

Vlivem duševní poruchy se nemocní stávají sociálně neobratnými, zranitelnými, bezbrannými a mnohdy také

nezodpovědnými za sebe samotné. Nejsou schopni sami prosazovat a hájit svá práva, mnohdy je ani neznají.

Společnost a její právní systém má být zárukou, že se s takto postiženými lidmi bude jednat důstojně, že budou dodržována jejich základní lidská práva.

Ačkoliv zákonná kodifikace práv lidí s duševním onemocněním ještě nezaručuje, jak bude zřejmé později, jejich skutečné naplňování, můžeme ji vnímat jako základní vstřícný krok směrem k psychiatrickým pacientům.

2.3. Mezinárodní úmluvy týkající se problematiky lidských práv psychiatrických pacientů, které jsou součástí právního řádu ČR

Mezinárodní či nadnárodní legislativa má převážně deklaratorní charakter. Tyto ratifikované a vyhlášené mezinárodní smlouvy o lidských právech a svobodách, jsou v České republice bezprostředně závazné a mají přednost před zákonem (Ústava ČR, čl. 10).

- **Mezinárodní pakt o občanských a politických právech** (International Covenant on Civil and Political Rights) Vyhlášen 16. 12. 1966 Valným shromážděním OSN v New Yorku. Tehdejší ČSSR ratifikovala 23. 12. 1975, pakt nabyl platnosti 23. 3. 1976
- **Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech** (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) Vyhlášen 16. 12. 1966 Valným shromážděním OSN v New Yorku. Tehdejší ČSSR ratifikovala 23. 12. 1975, pakt nabyl platnosti 23. 3. 1976.
- **Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod** (Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms) Vyhlášena Radou Evropy

4. 11. 1950 v Římě. Tehdejší ČSFR ratifikovala 18. 3. 1992, v platnost vešla 1. 1. 1993.

- **Evropská sociální charta** (European Social Charter) Vyhlášena Radou Evropy 18. 10. 1961 v Turíně. Česká republika ratifikovala 3. 11. 1999, v platnost vešla 3. 12. 1999.
- **Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně** (Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine) Vyhlášena Radou Evropy 4. 4. 1997 v Oviedu. Česká republika ratifikovala 22. 6. 2001, v platnost vešla 1. 10. 2001.

2.4. Legislativní úprava ČR vztahující se k problematice práv hospitalizovaných lidí s duševním onemocněním

- **Zákon č. 1/1993 Sb. Ústava České republiky**
  Ústava, jako základní zákon státu, vymezuje základní postavení občana ČR v čl. 2 odst. 4, že „každý může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá". Toto klíčové ustanovení je východiskem pro úpravu lidských práv a svobod.
- **Zákon č. 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod**
  Jedná se o ideovou platformu lidských práv veškeré zákonodárné, výkonné i soudní činnosti. Byla sepsána a přijata Federálním shromážděním ČSFR a po rozdělení státu 16. 12. 1992 přijata jako součást ústavního pořádku. Podle § 1 odst. 1 ústavního zákona č. 23/1991 Sb. byla ustanovena její nadřazenost nad zákony,

včetně zákonů ústavních. Dává tedy českému ústavnímu pořádku určitou hodnotovou orientaci.

- **Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu**
  Upravuje zejména souhlas s léčbou, podmínky pro provedení psychiatrické detence, vedení zdravotnické dokumentace a přístup k ní, stížnostní procedury na způsob výkonu lékařské péče.
- **Zákon č. 260/2001,** kterým se mění z č. 20/1966 o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Pojednává o zpracování osobních údajů souvisejících se zajišťováním zdravotní péče.
- **Zákon 40/1964 Sb. občanský zákoník**
  Řeší především otázku opatrovnictví a způsobilost k právním úkonům.
- **Zákon 99/1963 Sb. občanský soudní řád**
  Zabývá se detenčním řízením, opatrovnickým řízením a řízením o způsobilosti k právním úkonům.
- **Zákon č. 140/1961 Sb. trestní zákon**
  Upravuje nutnou obranu, nepříčetnost vzhledem k trestní odpovědnosti za spáchání trestního činu, trestně právní odpovědnost zdravotnického personálu: zejména neposkytnutí pomoci, ublížení na zdraví, omezování osobní svobody, neoprávněné nakládání s osobními údaji.
- **Zákon č. 141/1961 Sb. o trestním řízení soudním**
  V rámci sledované problematiky se zabývá zejména otázkou nutné obhajoby a problematiky ochranné léčby.
- **Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví**
  Upravuje práva a povinnosti v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví.
- **Zákon č. 328/1999 Sb. o občanských průkazech**

2.5. Další významné dokumenty

Jedná se o dokumenty, v nichž je zakotveno mnoho důležitých zásad, které mají být dodrženy během psychiatrické léčby a při umisťování pacienta do psychiatrické léčebny, práva pacientů a jejich rodin. Ačkoliv nejsou tyto dokumenty součástí právního řádu ČR, platí i v České republice, která je členem Evropské unie a rovněž členským státem Rady Evropy.

- **Zelená kniha. Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropu.**
  Byla přijata Evropskou komisí 14. 10. 2005 v Bruselu jako první reakce na v následujícím bodě uvedený Akční plán. Jejím cílem je navrhnout strategii EU v oblasti duševního zdraví. Usiluje o diskusi evropských orgánů, vlád, ale i zdravotnických pracovníků, pacientských organizací a občanské společnosti jako celku (Zelená kniha, 2005).
- **Akční plán duševního zdraví pro Evropu (Mental Health Declaraion for Europe)**
  Tento akční plán byl přijat Světovou zdravotnickou organizací 14. 1. 2005 v Helsinkách. Podporují ho ministři zdravotnictví členských států v Evropském regionu WHO. Jedná se o výzvu k přípravě a realizaci politické koncepce a legislativy, jež pomohou vyvíjet aktivity duševního zdraví, které povedou ke zlepšení pocitu zdraví a duševní pohody populace jako celku a začlenění lidí s duševními problémy do společnosti (Akční plán duševního zdraví pro Evropu, 2005).
- **Madridská deklarace (The Declaration of Madrid)**
  Byla přijata 23. 3. 2002 na Kongresu o osobách se zdravotním postižením v Madridu. Deklarace stanoví základní program akcí a opatření, které mají přispět

k plnému uplatnění práv osob se zdravotním postižením, k vytvoření jejich rovných příležitostí a přístupu ke společenským zdrojům.

- **Charta základních práv Evropské unie (The Charter of Fundamentals Rights of the European Union)**
  Zveřejněná na zasedání Rady Evropské unie 7. 12. 2000 v Nice.
- **Světová deklarace zdraví (World Health Declaretion)**
  Přijata světovou zdravotnickou komunitou na 51. Světovém zdravotnickém shromáždění (World Health Assembly) v květnu 1998.
- **Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě**
  Vyhlásila WHO v roce 1994 v Kodani.
- **Mezinárodní listina práv hospitalizovaných pacientů** – APA (American Psychological Association), Washington, prosinec 1992.
- **Zásady ochrany duševně nemocných (Principles for the Protection of Persóna with Mental Illness)**
  Přijaty rezolucí Generálního shromáždění OSN 17. 12. 1991.
- **Deklarace lidských práv a duševního zdraví**
  Schválila Světová federace pro duševní zdraví v roce 1989.
- **Deklarace práv duševně postižených lidí**
  Rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20. 12. 1971.
- **Všeobecná deklarace lidských práv** (Universal Declaration of Human Rights)
  Vyhlášená Valným shromážděním OSN 10. 12. 1948.

3. Úmluva o biomedicíně

V roce 1997 byla Radou Evropy vyhlášena Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně.

Nejčastěji se konvence nazývá Úmluva o biomedicíně (dále jen Úmluva)

Od 1. 10. 2001 se tato Úmluva stala základním předpisem tzv. medicínského práva v České republice. Vzhledem ke stěžejnímu významu Úmluvy se jí budu podrobně věnovat na následujících stránkách.

Úmluva zakládá široký okruh práv osobám, které se podrobují zákrokům v souvislosti s léčbou, tedy také hospitalizovaným psychiatrickým pacientům.

Cílem Úmluvy je zakotvení určitého minimálního standardu, který má být zaručen ve všech členských státech (Císařová, 2004).

Česká Ústava ve svém článku 10[1] staví Úmluvu nad zákony, tudíž má ve vztahu k zákonným a podzákonným normám aplikační přednost.

Z dokumentu vyplývají tři základní okruhy práv pacientů:

1. právo na profesionální péči
2. ochrana pacientovy svobody rozhodování
3. právo na soukromí

3.1. Členění Úmluvy

V kontextu zvoleného tématu je nejdůležitější zejména obecná část Úmluvy, především Preambule a články 1 až 10.

[1] Ratifikované a vyhlášené mezinárodní smlouvy o lidských právech a základních svobodách, jimiž je ČR vázána, jsou bezprostředně závazné a mají přednost před zákonem.

Preambule a článek 1 popisují účel Úmluvy a povinnost států zaručit její dodržování pomocí předpisů národního práva.

Článek 2 stanovuje přednost zájmů člověka před zájmy společnosti nebo vědy, čímž vyjadřuje nadřazenost lidské bytosti nad vědou či společností.

Článek 3 garantuje rovnou dostupnost zdravotní péče, což znamená především nepřítomnost neoprávněné diskriminace. Článek dále zaručuje zdravotní péči patřičné kvality pro všechny.

Jak uvádí Císařová (2004), nejedná se o individuálně vymahatelné právo, ale o povinnost státu usilovat o zabezpečení kvalitní péče, což zohledňuje ekonomické možnosti jednotlivých členských států.

Článek 4 stanovuje, že „jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví" musí být proveden v souladu s příslušnými profesními standardy a povinnostmi.

Zde je nutné jednak definovat, co je oním zákrokem v oblasti péče o zdraví a dále, co jsou příslušné profesní standardy a povinnosti.

Zákrok v oblasti péče o zdraví

Podle vysvětlující zprávy k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně (dále jen vysvětlující zpráva), kterou schválil Výbor ministrů Rady Evropy, se jedná o úkony preventivní péče, diagnostiky, léčby nebo rehabilitace, případně terapeutický experiment.

Zákrokem je též činnost psychologů a další úkony, při nichž nemusí dojít k fyzickému kontaktu s pacientem. Patří sem například skupinová terapie či pohovor. Jedná se tedy

o zákroky, které směřují k obnově či udržení zdraví pacienta (Císařová, 2004)

Příslušné profesní standardy a povinnosti

Úmluva předpokládá, že ve všech zemích platí základní zásady řádného výkonu zdravotnického povolání, a že zainteresovaní odborníci podílející se na lékařském výkonu podléhají zákonným a etickým imperativům. Tento článek se týká profesionálních zdravotnických pracovníků obecně, včetně psychologů, jakož i sociálních pracovníků, kteří jsou členy týmů zapojených do rozhodování nebo provádění zákroků (Vysvětlující zpráva).

Článek 5až 9 pojednává o souhlasu pacienta. Smyslem tohoto ustanovení je ochrana pacientovy svobody rozhodovat o svém osudu. Potvrzuje na mezinárodní úrovni již uznávané pravidlo, že nikdo nesmí být nucen podstoupit jakýkoli zákrok, aniž by k tomu dal souhlas.

„Toto pravidlo jasně vymezuje svébytnost pacienta ve vztahu k profesionálním zdravotnickým pracovníkům a vede k odklonu od paternalistických přístupů, které by mohly přehlížet přání pacienta. (Vysvětlující zpráva, bod 34)"

Vzhledem k mimořádné důležitosti tohoto ustanovení se jím budu zabývat podrobně později.

Článek 10 se zaměřuje na ochranu soukromí pacienta. Spadají sem pravidla pro vedení zdravotnické dokumentace, právo pacienta znát veškeré informace shromážděné o jeho zdravotním stavu, ale také pravidla pro předávání informací mezi jednotlivými zdravotnickými pracovníky a povinnost lékařské mlčenlivosti. Vedle práva znát informace má pacient také právo nebýt obeznámen s určitými aspekty svého

zdraví, pokud si to žádá. Přání tohoto druhu musí být respektováno.

Zvláštní část Úmluvy (články 11–22) se k problematice práv psychiatrických pacientů nevztahuje.

Významný je ale článek 26, který pojednává o omezení výkonu práv, tedy umožňuje odchýlení se od některých ustanovení Úmluvy. Toto odchýlení je možné pouze na základě zákona, pokud je to nezbytné v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných.

Vysvětlující zpráva v bodě 152 uvádí, že „osoba, která může být vzhledem ke své duševní poruše potenciálním zdrojem ohrožení zdraví ostatních, smí být podle zákona podrobena určité míře omezení volnosti pohybu nebo jí může být uloženo povinné léčení, a to bez jejího souhlasu. Zde je možné - kromě případů uvažovaných v čl. 7 - uplatnit omezení v zájmu ochrany práv a svobod jiných lidí".

3.2. Informovaný souhlas

Institut informovaného souhlasu s lékařským zákrokem má již více než stoletou tradici. Prvním soudním rozhodnutím, které o tomto institutu pojednává je pravděpodobně rozsudek z roku 1894 a obdobné rozsudky z počátku 19. století. V současné době je tato oblast a s ním spojené právo nejvíce diskutovanou otázkou medicínského práva. V této oblasti je nejzřetelnější změna v chápání vztahu mezi pacientem a lékařem z paternalistického typu na moderní, kooperativní typ, kdy se pacient na volbě péče spolupodílí (Císařová, 2004, s. 66).

3.2.1. Souhlas pacienta jako pojem

Souhlas pacienta se zákrokem je právní úkon (§ 34 občanský zákoník) a tudíž je projevem vůle (§ 35 tamtéž).

Jako takový musí být učiněn svobodně a vážně, určitě a srozumitelně, jinak je neplatný. (§ 37 občasný zákoník). Absolutně neplatný je právní úkon pokud ten, kdo jej učinil, nemá způsobilost k právním úkonům. Neplatný je však i právní úkon osoby, která jedná v duševní poruše, jež ji činí k tomuto právnímu úkonu neschopnou, aniž by u této osoby došlo k soudnímu rozhodnutí o zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům (Jedlička a kol. 2002).

Článek 5 Úmluvy o biomedicíně výslovně uvádí, že „jakýkoliv 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 kdykoliv svobodně svůj souhlas odvolat".

Znamená to tedy, že souhlas musí být učiněn se znalostí jeho předmětu. Dává pacientovi právo na informace, které potřebuje k tomu, aby mohl zvolit takový postoj k zákroku, který odpovídá jeho přesvědčení a hodnotám (Císařová, 2004, s. 68).

Pojem svobodný znamená, že pacient musí souhlas udělit sám (kromě výjimek zástupného souhlasu) a bez jakéhokoliv nátlaku. Svůj souhlas může také kdykoliv odvolat a toto jeho rozhodnutí musí být respektováno.

Pojem informovaný souhlas představuje řádné poučení pacienta. Sdělená informace musí popisovat účel, povahu a rizika zákroku. Informace o rizicích musí zahrnovat

nejenom rizika nezbytně spojená se samotným zákrokem, ale také jakákoliv rizika související s charakteristickými rysy každého člověka, jako jsou například věk, existence jiných chorob apod. Pokud pacient požaduje doplňující informace, musí být řádně zodpovězeny. Poskytnutí informace musí být jasné a vhodně formulované. Musí pacientovi poskytnou možnost zvážit nutnost a účelnost plánovaného zákroku i metody realizace zákroku v porovnání s riziky, nepohodlím a bolestí, které zákrok způsobí (Vysvětlující zpráva).

Poučení musí být poskytnuto předem a s dostatečným předstihem, který je závislý na závažnosti plánovaného zákroku.

Císařová (2004, s. 70-74) uvádí, že tato úprava vede k otázce, zda je prioritní

a) zájem na co nejlepším zdraví pacienta nebo
b) pacientovo právo rozhodnout se, co se s jeho osobou stane.

Z rozdílných názorů na význam pacientova zdraví a vůle vyplývají rozdílná měřítka na obsah poučení.

Rozlišujeme čtyři varianty:

a) <u>Standard konkrétního lékaře</u>
Jedná se o extrémně paternalistický přístup kdy je dostatečným poučením takové poučení, o kterém se konkrétní lékař domnívá, že je dostatečné. Znamená to, že lékař prakticky rozhoduje za pacienta.

b) <u>Standard průměrného lékaře</u>
Dostatečné poučení vychází z převládajícího názoru lékařské komunity. Měřítkem je obecně uznávaná medicínská praxe.

c) Standard průměrného pacienta

Jedná se o takové poučení, jaké by potřeboval průměrný rozumný pacient. Tento přístup sice zohledňuje pacientovu svobodu rozhodování, ale nedává mu právo lišit se v názorech od průměru.

d) Standard konkrétního pacienta

V tomto případě je poučení dostatečné tehdy, jestliže pacient dostal všechny informace, které by mohly mít vliv na jeho rozhodnutí, včetně zohlednění jeho individuálních preferencí. Odborník v tomto případě poskytuje informace s přihlédnutím k individuálním zvláštnostem pacienta.

Otázka, který z uvedených přístupů má být praktikován není jednoznačně zodpověditelná, nicméně z rozhodnutí soudů v posledních letech vyplývá, že poučení má zachovat autonomii konkrétního pacienta, tudíž se prosazuje čtvrtý bod d).

Přesto je dnes stále velmi rozšířena nesprávná představa, že samotným vstupem do zařízení pacient uděluje generální souhlas ke všem zákrokům, které lékaři uznají za vhodné.

Závěrem lze říci, že právo pacienta rozhodovat o provedení či neprovedení zákroku je dnes obecně uznávaným pravidlem. Nepředchází-li však souhlasu dostatečné poučení, stává se z něj pouhá formalita.

3.2.2. Forma souhlasu

Forma souhlasu není Úmluvou předepsána. Ve vysvětlující zprávě se však uvádí, že souhlas může mít různé podoby. Může být výslovný nebo předpokládaný.

Výslovný souhlas může být buď ústní nebo písemný. Požadavek písemného souhlasu závisí do značné míry na

povaze zákroku. Panuje shoda v tom, že by nebylo vhodné vyžadovat výslovný souhlas v případě četných rutinních lékařských výkonů. Souhlas se proto často mlčky předpokládá, pokud je dotyčný dostatečně informován.

3.2.3. Ochrana osob neschopných dát souhlas

Článek 6 Úmluvy poskytuje ochranu osobám neschopným dát souhlas. Zákrok na osobě, která není schopna dát souhlas může být proveden pouze tehdy, je-li to k jejímu prospěchu. Za nezletilou osobu uděluje souhlas její zákonný zástupce či jiná úřední osoba nebo orgán pověřený zákonem.

Úmluva, jak uvádí vysvětlující zpráva v bodě 42, odkazuje na vnitrostátní právní řád. Ponechává na vnitrostátní právní úpravě, aby bylo odpovídajícím způsobem stanoveno, zda je určitá osoba schopna dát souhlas k zákroku a aby zohledňovala nutnost zbavení způsobilosti k autonomnímu rozhodování pouze tam, kde je to nezbytné v nejvlastnějším zájmu této osoby. Pokud byla dospělá osoba prohlášená za nezpůsobilou dát souhlas, ale v určitém okamžiku již netrpí sníženou duševní schopností (protože např. v její chorobě nastal příznivý vývoj), musí dát tato osoba souhlas sama.

Zpráva dále v bodě 46 říká, že se nesmí nikdy zcela vyloučit účast dospělých osob neschopných dát souhlas. Tato myšlenka se promítá do povinnosti zapojit dospělé osoby do procedury udělení souhlasu, kdykoli je to možné. Je tedy nezbytné vysvětlit těmto osobám význam a okolnosti zákroku a pak získat jejich názor.

Článek 7 se přímo zabývá specifickou problematikou léčení osob se závažnými duševními poruchami. Ve zmíněném článku je uvedeno, že osoba s vážnou duševní poruchou může být podrobena zákroku bez svého souhlasu, je-li zákrok

zaměřen na léčbu její duševní poruchy. A to vše pouze v případě, že by bez takové léčby došlo se vší pravděpodobností k závažnému poškození jejího zdraví.

Vysvětlující zpráva uvádí podmínky, za kterých je tato realizace možná.

1. Dotyčný trpí duševní poruchou tj. musí být pozorováno narušení duševních schopností dotyčného (bod 51).
2. Zákrok je nezbytný právě k léčení těchto duševních poruch (bod 52).
3. Bez léčby pacienta by pravděpodobně došlo k vážnému poškození jeho zdraví např. když osoba trpí sebevražednými sklony (bod 54).
4. Je nutné dodržovat opatření stanovená zákonem na ochranu těchto osob. Tyto podmínky musí zahrnovat náležité dozorčí, kontrolní a odvolací řízení, jako například zajištění ochrany soudním orgánem (bod 55).

Článek 8 pamatuje na naléhavé situace, které vedou ke konfliktu dvou povinností a to jednak k povinnosti poskytnout ošetření a povinnosti získat souhlas pacienta. Článek opravňuje lékaře jednat ve stavu nouze bez souhlasu pacienta, pokud jeho zdravotní stav vyžaduje nezbytný léčebný zákrok, který nesnese odkladu a který je proveden pro přímý prospěch dotyčného. Ale i v těchto mimořádných situacích musí profesionální zdravotničtí pracovníci vyvinout úsilí, aby zajistili to, co by si přál sám pacient (Úmluva o biomedicíně, čl. 8, vysvětlující zpráva).

4. Kritická analýza

4.1. Aktuální problémy a otázky

K problematice lidských práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů se vztahuje celá řada oblastí, jejichž současná podoba je značně nevyhovující. Pro přehlednost se nejprve pokusím vyjmenovat ty nejzávažnější a poté se budu jednotlivým otázkám věnovat podrobněji.

Legislativa

- Stávající legislativa dotýkající se problematiky hospitalizace psychiatrických pacientů je zakomponována do celé řady předpisů, jak je zjevné například z výše uvedeného výčtu vnitrostátních norem. Tím se stává roztříštěnou a pro praxi velmi nepřehlednou. Mnohé předpisy jsou zastaralé a dnes již nevyhovující.
- Chybí specifická legislativa pro oblast péče o duševní zdraví.
- Chybí specifické kontrolní mechanismy dodržování základních norem v praxi.
- Chybí závazné standardy péče a nástroje pro zajištění kvality péče.

Podoba péče

- Koncentrace péče o psychiatrické pacienty do velkých lůžkových zařízení.
- Špatné materiální a personální zajištění v současných psychiatrických léčebnách.
- Nedostatek podpory v komunitě.

Kvalita péče

- Chybí monitoring kvality péče

- Úroveň vztahu lékař-pacient

Informace/vzdělání

- Nízká úroveň povědomí odborné i laické veřejnosti o problematice práv duševně nemocných.
- Nízká informovanost pacientů týkající se jejich práv.

4.2. Legislativa

Česká legislativa týkající se oblasti péče o duševně nemocné je zastaralá, roztříštěná a značně nevyhovující.

Tuto skutečnost potvrzuje také Evropský výbor Rady Evropy pro zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT/Inf (2004)4), jehož návštěva, mimo jiné také v psychiatrické léčebně, proběhla v roce 2002. Podle CPT i nadále přetrvává mnoho nedostatků v praxi psychiatrických léčeben včetně toho, že nejsou plněny mezinárodní konvence.

Také Světová zdravotnická organizace (WHO, 2001) označila úroveň právní ochrany pacientů v ČR za nedostačující.

Nedokonalost legislativního rámce vytváří značné vakuum v oblasti ochrany práv duševně nemocných. Proto vnímám jako důležité podrobit stávající legislativní úpravu, vztahující se k hospitalizaci lidí se závažným duševním onemocněním, kritické analýze.

4.2.1. Úmluva o biomedicíně versus Zákon o péči o zdraví lidu a současná praxe

Po prostudování obou právních předpisů je zjevné, že existující a stále platný český zákon přiznává pacientům práva mnohem menšího rozsahu, nežli garantuje Úmluva.

To je, jak uvádí Císařová (2004), podle článku 27 Úmluvy, nepřípustné. Vzhledem k tomu, že ústava staví Úmluvu nad zákon, dochází k derogaci zákonných norem a Úmluva platí přímo. Vzhledem ke stručnosti a poměrné obecnosti Úmluvy hodnotí tento stav jako značně nevyhovující. Nikdy se patrně nepočítalo s tím, že Úmluva bude v některém státě výhradním pramenem práva pro danou oblast.

V České republice tomu tak, bohužel, je.

Jak uvádí WHO (2001), více než čtvrtina ze 160 zemí světa nemá specifickou legislativní úpravu pro oblast péče o duševní zdraví. Mezi tyto země patří i Česká republika.

Informovaný souhlas

Pojem informovaného souhlasu je jedním ze základních v oblasti péče o duševní zdraví.

Jak je uvedeno výše (viz kapitola 3.2.), jeho stávající pojetí dokládá přednost individuálních zájmů nad zájmy kolektivními. Vychází z principu autonomie a odráží velikost významu připisovaného svobodnému rozhodování. Vyjadřuje smluvní povahu vztahu mezi poskytovatelem péče a pacientem. Jeho podstatou je konsensuální základ, dohoda o druhu, rozsahu a podmínkách péče. Pouze ve výjimečných, výslovně daných případech, je možné se bez konsensu obejít a poskytovat péči i bez souhlasu pacienta (CRPDZ, 2005).

Ačkoliv je zákon č. 20/1966 o péči o zdraví lidu stěžejním vnitrostátním právním předpisem, který upravuje poskytování zdravotní péče v České republice, pojem informovaného souhlasu nezná.

Dalším faktem, který je z hlediska dodržování práv psychiatrických pacientů nevhodný, je chybějící obligatorní písemná forma pro informovaný souhlas. Lze jej tedy udělit i ústně, což znamená, že je velmi těžko prokazatelný a není možné ho podrobit kontrole. Navíc ho lze, jako jiné právní úkony, učinit výslovně či konkludentně tj. mlčky.

Na tomto místě je nezbytné zmínit ještě jednu formu souhlasu a to presumovaný souhlas, jak ho užívá zákon o péči o zdraví lidu (§ 23 odst. 2). Vzhledem k dnes již existující Úmluvě o lidských právech a biomedicíně je nezbytné důrazně rozlišovat tyto dva druhy souhlasu.

Presumovaný souhlas je souhlas, který lze předpokládat a tudíž si mnozí lékaři absenci aktivního nesouhlasu vysvětlují jako pacientův souhlas. Ve skutečnosti však tento souhlas nikdy neexistoval. Na rozdíl od konkludentního souhlasu, kdy vůle pacienta souhlasit existovala a kde se tudíž jedná o skutečně platný souhlas.

Dnes již, vzhledem k existenci Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, nelze uvažovat o zákonné léčbě realizované pouze na základě presumovaného souhlasu (CRPDZ, 2005¡ Císařová, 2004).

Neméně významným problémem je požadavek míry informovanosti pacienta, který svůj souhlas uděluje. Článek 5 Úmluvy umožňuje jakýkoliv zákrok pouze za podmínky, že k němu osoba poskytla „informovaný souhlas". To ovšem nekoresponduje s § 23 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu, který ukládá lékaři povinnost „poučit vhodným způsobem

nemocného". Z výše uvedeného ustanovení zákona o péči o zdraví lidu je zřejmé, že se ponechává na lékaři a jeho úvaze, aby zvolil při informování pacienta řešení, které považuje za vhodné. Je tedy na lékaři, aby rozhodl.

To odpovídá výroku Jana Pfeiffera, kterým hodnotí medicínu u nás: „Doktor ví, pacient poslouchá" (In Hušek, Magazín Právo, 2003, s. 6).

Rovněž Císařová (2004) hovoří o ostrém kontrastu Úmluvy a zákona o péči o zdraví lidu, jež ukládá lékaři povinnost pacienta přiměřeně informovat. „Přiměřené" informování nemocného je nedostatečné, Úmluva vyžaduje informování „řádné", které pojednává jak o účelu a povaze zákroku, tak o jeho rizicích. Jak dále uvádí, velkým problémem je, že jsou lékaři zvyklí na režim zastaralého zákona a považují ho za závazný. Mnozí ho navíc shledávají jako správný a etický.

Rozpor je také v možnosti informovat další osoby. Zákon o péči o zdraví lidu v § 23 odst. 1 uvádí, že „lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny ……". Toto tvrzení ovšem vylučuje článek 10 Úmluvy ze kterého vyplývá nemožnost poskytovat informace třetím osobám, přičemž, jak uvádí Císařová (2004), rodinní příslušníci nejsou výjimkou. Lékař, či jiný odborný pracovník, je oprávněn informovat pacientovu rodinu a jeho blízké pouze se souhlasem pacienta.

Ze současné právní úpravy je zřejmé, že souhlas se vždy musí vztahovat ke konkrétnímu vyšetřovacímu nebo léčebnému úkonu. Jak je mi však známo, souhlas s hospitalizací je v prostředí českých psychiatrických léčeben běžně považován za souhlas s medikací a léčebnými výkony, tudíž mnohdy dochází k farmakoterapii pacienta bez

jeho souhlasu, natož aby byl obeznámen s variantami či negativy stanovené léčby.

Pro doplnění svých úvah (nejednou) využiji výsledků výzkumu v rámci projektu APEL, který realizovalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (dále jen CRPDZ) ve spolupráci s tehdejším zmocněncem pro lidská práva, Janem Jařabem, a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Cílem projektu bylo vytvořit nástroj pro hodnocení psychiatrické lůžkové péče v praxi.

Výše zmíněnou osobní zkušenost lze potvrdit vyjádřením lékařky (APEL,CRPDZ, 2003), která chápe informovaný souhlas jako *„kus papíru*", jako *„hrozný alibismus*". *„No vezměte si, jak je to formulované. Tady v těch třech větách vlastně souhlasíte úplně se vším. Jsou tu obecné formulace jako že souhlasí s přiměřenou léčbou, s nutným omezením vycházek a pohybu apod. A současně, jestli by to měl být informovaný souhlas, musela bych všechno vysvětlovat (…….) V těch pár větách je toho schovaného hrozně moc. A lékař tady na příjmu spěchá, protože má plnou čekárnu. Spěchá kvůli dalšímu pacientovi. Tohohle chce mít už z krku. A ne mu všechno podrobně vysvětlovat. Takže se ten papír tak přisune a řekne se, aby se tady podepsal, jestli souhlasí se vstupem a hotovo.*"

Mnozí pacienti, troufám si říci, že ti více znalí života za léčebenskou zdí, mnohdy i přes svůj nesouhlas s hospitalizací, volí strategii podepsání dobrovolného vstupu do léčebny, neboť tím mají zpravidla zaručenu větší volnost, například v podobě samostatných vycházek. Tato okolnost ovšem zcela mění smysl institutu informovaného souhlasu.

4.2.2. Psychiatrická detence

Psychiatrická detence (omezení pohybu psychiatrického pacienta) není v právním řádu ČR nijak výslovně upravena.

Zákon o péči o zdraví lidu v § 23 odst. 4 uvádí, že je bez souhlasu nemocného možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony a také převzít nemocného do ústavní péče, jestliže osoba, mimo jiné, jeví známky duševní choroby a ohrožuje sebe nebo své okolí. V § 24 dále uvádí, že převzetí nemocného do ústavní péče bez jeho písemného souhlasu je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo.

Samotné řízení o přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotnické péče již upravuje občanský soudní řád č. 99/1963 Sb. V § 191b říká, že o každém, kdo je nedobrovolně hospitalizovaný, a o kom je tedy léčebna povinna učinit oznámení, zahájí soud *řízení o vyslovení přípustnosti převzetí a dalším držení*. Umístěný je účastníkem řízení, tudíž má právo se nechat před soudem zastupovat. O tomto a také o dalších procesních právech má být pacient poučen, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Nestanoví-li si umístěný zákonného zástupce, bude mu ustanoven opatrovník pro řízení z řad advokátů (§ 191b odst. 2).

Soud poté provede důkazy potřebné pro posouzení, vyslechne umístěného i ošetřujícího lékaře, popřípadě další osoby. Do sedmi dnů ode dne oznámení rozhodne usnesením (§ 191b odst. 3, 4).

Usnesení musí být doručeno pacientovi s výjimkou situace, kdy podle ošetřujícího lékaře není schopen chápat obsah takového rozhodnutí (§ 191c odst. 1).

Jestliže soud shledal, že převzetí pacienta bylo v souladu se zákonem a umístěný je nadále omezen ve styku s vnějším světem, pokračuje soud v řízení o vyslovení

přípustnosti dalšího držení v ústavu. Ke zjištění, zda je další držení pacienta v ústavu nutné, soud ustanoví znalce. (§ 191d, odst. 1, 2).

Dále nařídí jednání, ke kterému je přizván také pacient, pokud ovšem podle vyjádření lékaře toho je schopen § 191d, odst. 3).

Rozsudek musí být vyhlášen do 3 měsíců od výroku o přípustnosti převzetí (§ 191d, odst. 4).

Ačkoliv by se mohlo zdát, že soudní ochrana nedobrovolně hospitalizovaných psychiatrických pacientů je zaručena, praxe ukazuje, že je tomu jinak.

Pacient ve většině případech není poučen, s odkazem na svůj stav, o svých právech a vůbec netuší, že probíhá nějaké řízení, natož aby věděl, že si může pro řízení zvolit svého zástupce. Opatrovník pro řízení má zpravidla pouze formální funkci, je otázkou, do jaké míry sleduje opravdový zájem pacienta. Je také běžnou praxí, že usnesení/rozsudek nebývá pacientovi doručen s „ohledem" na jeho špatný zdravotní stav. A celková délka řízení, kterou zákon umožňuje, je také na pováženou.

Soudci, vzhledem k faktu, že nejsou odborníky na danou problematiku, souhlas s nedobrovolnou hospitalizací pacienta vysloví, vpodstatě, vždy.

Toto tvrzení dosvědčují také následující vyjádření zaměstnanců psychiatrické léčebny, získané v rámci projektu APEL (CRPDZ, 2003).

„Nevíme tady o případu, kdy by soudce nepotvrdil návrh lékaře na nedobrovolnou hospitalizaci. Soud potvrzuje obecné přesvědčení, že lékaři vždy vědí nejlíp. To je klasické středoevropské přesvědčení…."

Vzhledem ke zmíněnému faktu nelze očekávat, že by se soud, kromě vyjádření k přípustnosti psychiatrické detence, vyjadřoval také k obsahu psychiatrické léčby.

Zcela bez právní úpravy zůstává regulace režimu na uzavřených odděleních psychiatrických léčeben. Nejsou závazně upraveny režim stravování, pravidla hygieny, dostupnost telefonického spojení, frekvence návštěv či vycházek, otázky ošacení, kulturního vyžití či sexuálních aktivit apod. Chybí pravidla pro omezení pacientů v nakládání s jejich vlastními finančními prostředky, není upraveno případné odebírání občanských průkazů či věcí osobní potřeby (jedná se zejména o mobilní telefony, ale také brýle, apod.)

Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně odkazuje v bodě 55 na Doporučení No R(83) 2 Výboru ministrů Rady Evropy týkající se právní ochrany osob trpících duševní poruchou a umístěných do ochranné léčby v psychiatrické léčebně (schválena 22. 2. 1983). Tato zpráva stanovuje celou řadu zásad, které mají být během hospitalizace dodrženy.

Neméně důležité je Doporučení 1235(1994) o psychiatrii a lidských právech, které přijalo Parlamentní shromáždění Rady Evropy.

Ačkoliv nejsou tato doporučení pro členské státy závazná, s ohledem na výjimečnou povahu dané problematiky jsou považována Radou Evropy, konkrétně Pracovní skupinou pro psychiatrii a lidská práva (CDBI – PH) za nezbytná.

Česká republika však žádná taková závazná pravidla nemá, neexistuje ani český překlad výše zmíněných materiálů a pokud je mi známo, tak ani žádná z našich léčeben se těmito doporučeními Rady Evropy neřídí. To neklamně vypovídá o chabém zájmu odborné veřejnosti o lidskoprávní problematiku hospitalizovaných psychiatrických pacientů.

Velmi zásadní otázkou také zůstává, zda má být v rámci detence poskytována léčba směřující k celkové nápravě duševního stavu pacienta, jak je dnes praktikováno, nebo má být směřována pouze k odstranění stavu, kdy je člověk nebezpečný sobě a okolí.

Pokud je důvodem nedobrovolné hospitalizace pacienta jeho nebezpečnost (sobě či okolí), mělo by, podle mého názoru, po pominutí tohoto nebezpečí, dojít k propuštění nedobrovolně hospitalizovaného pacienta, neboť by důvod této hospitalizace pominul.

4.2.3. Zdravotnická dokumentace

Úmluva o biomedicíně v první větě druhého odstavce článku 10 stanoví, že pacient má právo znát „jakékoliv" informace shromážděné o jeho zdravotním stavu, pokud se s nimi chce seznámit.

Také zákon č. 260/2001, kterým se mění zákon o péči o zdraví lidu v § 67b) odst. 12 uvádí, že „pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci vedené o jeho osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu". Dále stanovuje, že se pacient z informací nesmí dozvědět skutečnosti o třetí osobě, a že za osoby mladší 18 let nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům mají právo na informace jejich zákonní zástupci.

Platná legislativa však jednoznačně neupravuje způsob tohoto informování pacientů. Nikde není zakotven nárok na přímý přístup k dokumentaci. Psychiatrická léčebna tudíž není povinna předložit pacientovi kompletní dokumentaci. Může ji nahradit kopií, opisem nebo ústním sdělením. Lze ale jen velmi těžko předpokládat, že v rámci opisu či ústního sdělení budou obsaženy „veškeré" informace, na které má pacient ze zákona nárok.

Jako příklad praxe využiji opět výše zmíněný projekt APEL (CRPDZ, 2003), kde bylo v rámci doplňkových rozhovorů s personálem zaznamenáno následující vyjádření.

„Pacientům jejich zdravotnickou dokumentaci neukazujeme, není to běžná praxe, ale vím, že někteří lékaři to tady řeší tak, že si vedou ještě jednu písemnou dokumentaci, takové poznámky. Ale je to spíš výjimečné. Když nás pacient požádá, většinou dostane odpověď, že dokumentace je majetkem léčebny."

Vzhledem k platné právní úpravě je alarmující také fakt, že všechny, v projektu dotazované, léčebny se vyjádřily, že *„seznamování pacienta s jeho lékařskou dokumentací je u všech pacientů v zařízení pokládáno za nevhodné*".

4.2.4. Způsobilost k právním úkonům

Institut omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům patří k největším zásahům do právních poměrů lidí se závažným duševním onemocněním.

Způsobilost fyzické osoby k právním úkonům lze definovat jako objektivním právem přiznanou schopnost vlastními projevy vůle nabývat práv a závazků. Platné české právo vychází z koncepce postupného a kontinuálního nabývání této způsobilosti. Občanský zákoník v § 8 stanoví, že způsobilost fyzické osoby k právním úkonům vzniká v plném rozsahu zletilostí.

Přestože v žádném mezinárodním lidskoprávním dokumentu, ani v Listině základních práv a svobod není zařazeno právo na způsobilost k právním úkonům mezi základní či lidská práva, svoji povahou jím zcela zřejmě je, neboť moderní právní řády na způsobilost váží celou řadu jiných oprávnění, která mezi základní práva patří

(Podkladový materiál k jednání komise Ministerstva zdravotnictví pro reformu psychiatrie. CRPDZ, 2004).

Občanský zákoník v § 10 říká, že jestliže fyzická osoba není schopna, z důvodu duševní poruchy, která není jenom přechodná, činit právní úkon, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví. Je-li tato osoba schopna činit jenom některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah tohoto omezení stanoví (§ 11 tamtéž).

Způsobilost tedy může být omezena či odebrána pouze pravomocným rozhodnutím soudu. Zbavením či omezením způsobilosti však nedochází ke zbavení či omezení subjektivních práv a povinností určité osoby. Osoba je i nadále oprávněna k výkonu svých práv, pokud tento výkon nespočívá v činění právního úkonu.

Nová práva či závazky potom tato osoba nabývá:

- na základě zákona (př. dědictví)
- na základě rozhodnutí soudu
- prostřednictvím zákonného zástupce – opatrovníka

Řízení o zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům upravuje občanský soudní řád, zákon č. 99/1963 Sb., který byl v roce 2005 novelizován. Tato novela zčásti posílila postavení osob, u nichž soud posuzuje zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům.

Podařilo se prosadit právo těchto osob na zastupování advokátem (§ 187, odst. 1). Do té doby byla úroveň právní pomoci poskytované těmto osobám naprosto nedostatečná. Opatrovníky pro řízení byli často pouze soudní úředníci (je mi známa situace, kdy tímto opatrovníkem byla zapisovatelka u soudu) nebo příslušné obecní úřady. Výkon této funkce byl tedy zpravidla pouze formální, bez znalosti posuzovaného a tudíž bez možnosti hájit jeho stanoviska.

Rovněž byla novelou (§ 187, odst. 3) zkrácena doba, po kterou je možno pacienta nuceně hospitalizovat v psychiatrickém zařízení z důvodu vypracování znaleckého posudku. Z původních tří měsíců byla tato doba zkrácena na šest týdnů.

I přes tyto dlouho očekávané změny zůstává řada legislativních nedostatků, ochrana zájmů posuzovaných lidí není účinná, ani dostatečně rychlá a flexibilní.

Návrh na zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům může dát vpodstatě kdokoliv.

Vyšetřovaný je sice oprávněn dát se jako účastník řízení zastupovat zástupcem, kterého si zvolí (§ 187odst. 1), ale z praxe jsou známy případy, kdy se hospitalizovaný pacient ani nedozvěděl, že bylo řízení o jeho způsobilosti zahájeno. Tudíž si ani nemohl zvolit svého zástupce a ani nebyl poučen o svých procesních právech a povinnostech, jak ukládá zákon.

Ve druhém odstavci téhož paragrafu je uvedeno, že „od výslechu vyšetřovaného může soud upustit, nelze-li tento výslech provést vůbec nebo bez újmy pro zdravotní stav vyšetřovaného. Pokud vyšetřovaný sám požádá, aby byl vyslechnut, soud ho vyslechne.“ Požádat může ale jenom tehdy, pokud o řízení byl zpraven (!). Soud dále může (§ 189) rozhodnout o upuštění od doručení rozhodnutí o způsobilosti k právním úkonům dotčené osobě.

Možnosti soudu upustit od výslechu posuzovaného a doručení rozhodnutí jsou nepřiměřeně široké. Je převládající praxí, že jsou pacienti nazíráni pouze skrze optiku soudních znalců a nebývají předvoláni k soudnímu

řízení. Toto je častým problémem u, zejména nedobrovolně, hospitalizovaných lidí s duševním onemocněním.

Odstavec 3 (§ 187) říká, že „o zdravotním stavu vyšetřovaného vyslechne soud vždy znalce." Kvalita těchto soudně znaleckých expertiz je ovšem diskutabilní.

Z rozhovoru s Jaromírou Sedláčkovou (ČAPZ, 2006), která poskytuje nezávislé právní poradenství v psychiatrické léčebně v Bohnicích vyplynulo, že soudní znalci mají o pacientech minimum informací a přesto vypracují posudek, který zpravidla potvrdí zásadní rozhodnutí o jejich způsobilosti. Někdy jim k rozhodnutí stačí vidět pacienta třeba i několik pouhých minut, zásadním vodítkem je zdravotnická dokumentace, kterou píše personál příslušného zařízení.

Také materiály CRPDZ uvádějí, že nikoli zanedbatelná část znaleckých posudků vykazuje určité vady. Psychiatrické závěry znalce jsou shledávány jako velmi obecné a vágní. Chybí jakékoliv hlubší úvahy o výhledu do budoucna, přestože prognóza vývoje pacientova onemocnění je z hlediska zbavování způsobilosti k právním úkonům nejpodstatnějším aspektem. Posudky vykazují očividné znaky rutinérství (Politika péče o duševní zdraví v ČR, 2005).

K dokreslení připojuji citaci pořízenu v rámci zmiňovaného projektu APEL.

„Ani si nedovedete představit, jaké to pro mě bylo, když jsem se dozvěděla, že jsem byla zbavena způsobilosti k právním úkonům. Doteď nemůžu pochopit, jak je to možné, že se to celé odehrálo bez mojí přítomnosti u soudu. Prý že by to ublížilo mému zdravotnímu stavu."

Významným problémem je fakt, že zákon především nedefinuje termín „duševní porucha". Vzhledem k tomu, že se zbavení či omezení způsobilosti týká především lidí

trpících duševní chorobou, je nezbytné vymezit tento pojem. Z právního hlediska je považován jako nejpřijatelnější výklad, ve kterém je „duševní porucha" považována za širší pojem, zahrnující nejenom duševní choroby, ale i jiné příčiny mentální a intelektové nedostačivosti (Nová, 2006).

V této souvislosti Nová (tamtéž) píše o diskrepanci, která umožňuje různý výklad stejných pojmů, čímž dochází k nejednotnosti soudního rozhodování a to zejména tam, kde se jedná o základní lidská práva.

Problémem je také chybějící jednotná a ucelená úprava právních důsledků specifického postavení osob se zrušenou či omezenou způsobilostí k právním úkonům.

Jak Nová (2006) dále uvádí, některé důsledky nejsou upraveny vůbec a tento nedostatek působí nedozírné těžkosti a problémy. Současnou českou právní úpravu v tomto směru shledává zoufale nedokonalou. Kritizuje zejména zákonem nedomyšlenou faktickou existenci osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům. Této osobě je ze zákona ustanoven opatrovník, který je oprávněn činit za tuto osobu právní úkony. Jestliže se jedná o nakládání s majetkem, nejde-li o běžnou záležitost, kterou, mimochodem, zákon také nedefinuje, je potřeba k takovému nakládání přivolení soudu. Zákon ale vůbec nepamatuje na další skutečnosti, kde by bylo schválení soudu namístě. Jedná se zejména o okruh právních úkonů, které se osoby opatrovance přímo dotýkají. Sem patří například výše zmiňovaný informovaný souhlas.

Současná právní úprava tedy umožňuje, aby zákonný zástupce podepsal za nesvéprávnou osobu například souhlas s hospitalizací a nikdo již nezkoumá, zda je tato hospitalizace pro pacienta skutečně žádoucí, nebo zda se touto hospitalizací vyřeší například bytová situace

opatrovníka apod. Takové úkony, které přímo souvisí s životem opatrovance, by měly být soudem přezkoumávány.

Chybí také povinný přezkum trvání důvodů pro zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům. Důsledkem je mnohdy dlouhé trvání tohoto rozhodnutí, ačkoliv jeho příčiny již pominuly.

4.2.5. Opatrovnictví

Opatrovnictví, v tomto případě hmotně právní opatrovnictví, upravuje občanský zákoník v § 26 – 30. Zákon říká, že pokud nejsou fyzické osoby způsobilé k právním úkonům, jednají za ně zákonní zástupci. Zákonným zástupcem osoby, jež byla omezena či zbavena způsobilosti k právním úkonům, je soudem stanovený opatrovník. Nemůže-li být opatrovníkem ustanoven příbuzný či jiná osoba, která splňuje podmínky pro ustanovení opatrovníkem, ustanoví soud opatrovníkem orgán místní správy, popřípadě jeho zařízení (jedná-li se o právnickou osobu).

V současné době neexistuje žádné, ani rámcové, vymezení předmětu činnosti opatrovníka, neexistují standardy, jimiž by byl výkon funkce vázán. Jak již bylo naznačeno výše, chybí také vhodná úprava kompetencí a působnosti opatrovníka v nemajetkové sféře opatrovance (CRPDZ, 2005).

V tomto ohledu je také nezbytné zdůraznit, že opatrovníky se z převážné části stávají členové rodin lidí zbavených či omezených ve způsobilosti, tedy neprofesionálové, lidé bez širších právních, ekonomických a jiných vhodných znalostí.

Za současných podmínek je také možné, aby byl výkonem funkce opatrovníka pověřen ústav, v jehož péči se

opatrovanec nachází, nebo se dokonce stává, že je opatrovníkem přímo zaměstnanec zařízení. Dle mého názoru se jedná o konflikt rolí, který je nepřípustný.

Žádný předpis také nestanovuje počet opatrovanců na jednoho opatrovníka. Jsou známy případy, kdy tento počet překročil 150 osob (tzv. veřejný opatrovník). Z toho lze dovodit, jaká je asi míra angažovanosti takového zástupce (CRPDZ, 2005).

Je tedy zjevné, že ani úprava opatrovnictví není ušetřena problematických aspektů. Ochrana zájmů opatrovaných by měla být účinnější, rychlá a pružná.

V tuto chvíli však nemůže být o rychlé ochraně řeč, vzhledem k dlouhým lhůtám ať již týkajících se samotného ustanovení opatrovníka či dalších pravomocných rozhodnutí s opatrovnictvím souvisejících.

Z výše popsané legislativní situace a převládající praxe je zjevné, že v České republice chybí moderní zákony, které by odpovídaly závazkům plynoucím z mezinárodních úmluv a které by odpovídajícím způsobem zakotvovaly lidská práva.

V České republice neexistuje v tomto ohledu žádná zřetelněji definovaná politika. Proces vytváření této politiky duševního zdraví je značně pomalý a netěší se valnému zájmu politických představitelů naší země (o tom jsem se mohla několikrát osobně přesvědčit na konferencích a seminářích konaných pod záštitou Senátu Parlamentu ČR).

Současný systém je poměrně komplikovaný a jak naznačuje tato práce, má mnoho nejasností.

Velkým nedostatkem je chybějící spolehlivý kontrolní mechanismus dodržování zákonných norem v praxi.

V českém právním řádu v současnosti absentuje jakákoli úprava systematické vnější kontroly vykonávané subjekty stojícími mimo zdravotnický systém. Ministerstvo zdravotnictví, jakožto zřizovatel psychiatrických léčeben, je zodpovědné za kontrolu kvality a dohled nad poskytováním zdravotní péče v těchto ústavech. Tuto svoji povinnost plní však jen nedostatečně, neboť k tomu není personálně vybaveno. Koncept lidských práv je do systému kvality zahrnut jen velmi okrajově. Takřka neexistuje orgán, který by a priori hájil zájmy pacientů léčeben. Uživatelé péče a jejich rodinní příslušníci nejsou do kontroly kvality takřka zahrnuti (CRPDZ, 2004).

4.3. Podoba péče v psychiatrických léčebnách

Lůžková péče o psychiatrické pacienty je soustřeďována zejména do velkých zařízení, především psychiatrických léčeben.

V současné době máme v České republice k dispozici 17 psychiatrických léčeben pro dospělé a 4 pro děti a mladistvé (ÚZIS ČR 2003).

Z hlediska dodržování a respektování práv je však ústavní forma léčby jedním z nejrizikovějších faktorů.

„Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Klient je do značné míry vydán všanc režimu….. Personál má vždycky mocenskou převahu a je vždycky v pokušení ji zneužít“, píše Matoušek (1999, s. 23).

V souvislosti s realizací psychiatrické hospitalizace v léčebně můžeme sledovat několik hlavních problematických oblastí:

- kapacita
- dostupnost

- prostorové možnosti a vybavení
- režim
- personální zajištění

4.3.1. Kapacita

Z informací UZIS ČR (2003, novější zatím nejsou k dispozici) vyplývá, že současná kapacita psychiatrických léčeben je 10. 045 lůžek.

Kromě psychiatrických léčeben jsou lidé s duševním onemocněním dále umisťováni na psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, na psychiatrické kliniky a do ústavů sociální péče.

Jak uvádí interní materiály CRPDZ, současná kapacita všech lůžkových zařízení pro psychiatrické pacienty v České republice činí 11. 591 lůžek.

Z jednotlivých údajů vyplývá, že více než 86 % lůžek je umístěno v psychiatrických léčebnách.

V roce 1990 byl počet lůžek v psychiatrických léčebnách 15. 000, do roku 1995 se tento počet snížil o více než 3. 500 lůžek. V posledních letech se však tento klesající trend výrazně zpomalil. V současné době připadá na 10. 000 obyvatel 11,04 psychiatrických lůžek. Deset psychiatrických léčeben má kapacitu vyšší než 600 lůžek, největší léčebna má kapacitu 1. 600 lůžek (CRPDZ pracovní materiál).

Pro srovnání – v zemích Evropské unie před rozšířením o nové členské státy činila střední hodnota počtu lůžek na 10. 000 obyvatel 8, 7 lůžek. V zemích s nejrozvinutějšími systémy péče o duševní zdraví je tento počet minimálně poloviční (tamtéž).

Psychiatrická léčebna je odborným léčebným ústavem, který poskytuje psychiatrickou lůžkovou léčbu.

Formálně slouží pro následnou péči, tedy dlouhodobější pobyt těch, kteří aktuálně nejsou schopni samostatného života v běžných životních podmínkách.

Reálně je však 30 % jejich kapacity (materiály CRPDZ) určeno k akutním příjmům. Poskytují tedy péči pacientům, jejichž stav je natolik závažný, že uzdravení bez hospitalizace není pravděpodobné, a kteří by současně nebyli schopni se o sebe v domácím prostředí postarat, ani to není v silách jejich okolí.

Psychiatrické léčebny mívají také funkci dlouhodobého azylu pro ty pacienty, kteří by sice byli schopni života mimo ústavní zařízení, avšak za zvláště upravených podmínek, které v daném místě nejsou vytvořeny.

4.3.2. Dostupnost

WHO ve své zprávě (WHR 2001) apeluje ke vzniku malých lůžkových zařízení s dobrou vazbou na komunitu. Současné geografické rozložení psychiatrických léčeben v ČR těmto trendům zdaleka neodpovídá.

Spádová oblast velkých psychiatrických léčeben je přibližně 1 milion obyvatel. Vzdálenost z okrajových částí spádové oblasti činí zhruba 200 km, což značně komplikuje kontakt pacientů s jejich rodinami a blízkými. Dětská psychiatrická léčebna v Opařanech slouží pro celou Českou republiku.

4.3.3. Prostorové možnosti

Již samotné prostředí se v mnoha léčebnách jeví jako vysoce problematické.

Hmotné podmínky se v jednotlivých psychiatrických léčebnách značně liší. Rozdíly jsou i mezi jednotlivými odděleními týž ústavů. Všechny léčebny jsou umístěny v objektech starších 100 let, a ačkoliv mnohé prošly renovací, nemohou mnohdy naplňovat optimální ubytovací standard.

Velké ložnice s mnoha lůžky – výjimkou nejsou ani ložnice s deseti postelemi – značně omezují soukromí pacientů.

Jak uvádí Matoušek (1999), prostorové přetížení je nejzávažnějším teritoriálním problémem současných ústavů. Přeplnění ústavů jde ruku v ruce s redukcí klientova osobního teritoria, které je obvykle omezeno na postel a noční stolek.

Tento stav je možné doložit například vyjádřením jedné pacientky (APEL, CRPDZ, 2003).

„Jsem na pokoji s dalšími sedmi lidmi a je to opravdu hrozné. Nemáme tu klid ani soukromí. Každou noc tady jeden spolubydlící vykřikuje nesmysly, nedá se tu spát……"

Nebo následujícím názorem lékaře (tamtéž).

„Na pavilonu pro 20 pacientek je jich 30. Ten kolos je opravdu hrozný. Doktorů je tam málo. Noví nemají zkušenosti. Pacienti jsou vytrženi z rodin, ze svého prostředí, jdou z jednoho pavilonu na druhý, na třetí, mění se jim doktoři, spolupacienti, není tam soukromí, je to hodně zoufalé."

Také estetická úroveň jednotlivých psychiatrických léčeben se různí.

Významným ukazatelem mohou být například hygienické podmínky. Některé psychiatrické léčebny nesplňují co do

kvantity hygienické normy. Kvalita hygienických zařízení je také různá.

Z výzkumu v rámci APELU (CRPDZ, 2003) mimo jiné vyplynulo, že ve dvou z celkem pěti zkoumaných psychiatrických léčebnách zcela chybí dveře od toalet. V jedné z léčeben jsou na toaletách nízké dveře, aby byla možná kontrola pacientů. Mnohé také zamykají koupelny na téměř celý den.

4.3.4. Režim

Velký a centralizovaný systém, jakým léčebna je, obtížně reaguje na různorodé potřeby a požadavky bez toho, aby jeho odpovědi byly unifikované a pro konkrétní situace příliš hrubé.

Režimy v léčebně se ne vždy setkávají s potřebami pacientů. Fungují pak samy pro sebe, z jakési vlastní potřeby. Snaží se přimět pacienty, aby jednali v jejich rámci. V tomto jejich samozřejmém fungování se pak už neklade otázka, jak právě tento režim má prospět právě tomuto pacientovi.

Goffman (1990) nazývá tyto instituce jako „totální", v souvislosti s institucionalizovaným jednáním, které od lidí vyžadují.

Rytmus dne je určován předepsaným programem. Podle tohoto programu pacienti vstávají, praktikují hygienu, stravují se, účastní se léčebných procedur, sledují televizi a uléhají ke spánku (Matoušek, 1999).

Pojmovými znaky péče jsou stále značná izolace a uzavřenost. Pacient je nucen vzdát se všech nároků na celospolečensky respektovanou životní formu.

Ilustrující může být toto vyjádření pacientky získané v rámci rozhovorů, jako součásti výše zmíněného projektu APEL.

„Vypadá to, že v léčebně vládne vojenský, absurdně přísný režim na povel…"

Jak dále uvádí Matoušek (1999), stěžejním problémem ústavní péče pro psychicky nemocné je smysluplná náplň dne. V mnohých léčebnách tráví pacienti většinu dne na denních místnostech, kde jsou ponecháni sami sobě.

Sama jsem při svých návštěvách psychiatrických léčeben byla svědkem bezprizorních, bloumajících pacientů, vděčných za jakýkoliv zájem a pozornost. Mnozí byli nuceni korzovat po chodbách, neboť jejich pokoje byly přes den uzamčené. Někteří trávili většinu dne před televizí, jiní se snažili zabavit na oné denní místnosti tím, co bylo po ruce. Těšili se na světlé okamžiky dne, kterými byla doba jídla nebo vycházky či propustky. Ale ani ty nejsou automatické. Je běžnou praxí, že ačkoliv mají pacienti na uzavřeném oddělení právo na vycházku s personálem, není jim tato varianta umožněna. V některých léčebnách si musí vycházku „zasloužit" například úklidem či obdobnou činností.

V rámci psychiatrické léčebny jsou kromě ubytování a stravování obvykle zajištěny také služby jako například holení, kadeřnictví či pedikúra. V mnohých zařízeních ale chybí obchod, bankomat, telefonní budka, poštovní schránka apod. Pro pacienty, kteří nemohou opustit zdi léčebny je to pak velký problém, neboť si nemohou vybrat peníze, cokoliv si koupit a jsou odkázáni na benevolenci zdravotních sester či sociálních pracovnic.

Negativním aspektem dlouhodobého pobytu v léčebně je *hospitalismus*.

Jedná se o adaptaci člověka na dlouhodobý pobyt v léčebném prostředí, doprovázenou oslabováním sociálních dovedností potřebných pro život mimo ústav (Matoušek, 2003).

Jak dále uvádí Matoušek (1999), redukce nároků a omezení podnětů má své zákonité následky v podobě ztráty zájmu o okolní svět a lidi, zhoršení schopnosti komunikovat, regresi, hledání náhradního uspokojení v podobě jídla či automatických pohybů.

Také Goffman (1990) považuje toto institucionalizované jednání za náhradu jednání pudového.

Dlouhodobí obyvatelé psychiatrických léčeben se během své „morální kariéry" učí, jaké duševní postoje jsou pro jejich emocionální přežití nezbytné. Podřizují se profesionálům, ale svoji agresi a vztek nad extrémně omezenými možnostmi sebeaktualizace a aktivity projevují v řadě provokací (Schmidbauer, 2000, s. 108).

V stereotypním prostředí, kterým psychiatrická léčebna bez pochyby je, se lidé/pacienti stávají vztahovačnými, agresivními a zvýšeně sugestibilními. Jsou uzavřenější, klesá jejich otevřenost a vstřícnost, v komunikaci neudržují oční kontakt. Přibývá obranných prvků v chování, zvyšuje se význam osobního teritoria (Matoušek, 1999).

4.3.5. Personální zajištění

K odborným zaměstnancům psychiatrických léčeben je možné směřovat celou řadu připomínek. Není ale mým záměrem očerňovat zaměstnance, je zřejmé, že tak, jako ve všech profesích jsou i mezi zaměstnanci léčeben ti, kteří se snaží dělat svoji práci „svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke

společnosti" (§ 55 zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu) a také ti, kteří do práce chodí jenom proto, že musí.

K dokreslení připojuji části rozhovorů získané v rámci projektu APEL a v rámci výzkumu agentury STEM/MARK.

„To je pravda. Ta komunikace je velký problém. Někdy se sestry chovají, jako byste byli kus hadru. Existují mezi sestrama rozdíly. Každý člověk má jiný charakter. Ale měly by si uvědomit, že jsou profesionálky a měly by se podle toho taky chovat" (CRPDZ, 2003).

„Personál byl velmi ochotný a příjemný, na jiném pavilonu to však bylo úplně jinak a člověk se tam cítil, jako by tam byl za trest (STEM/MARK, 2006, s. 105).

„Všem děkuji za pomoc a ochotu, krásné a milé vystupování (STEM/MARK, 2006, s. 103).

Totální instituce, jak píše Schmidbauer (2000, s. 108) „je ovládána napětím mezi pomáhajícími a chráněnci. Každá strana má své stereotypy pojetí těch druhých."

Obecně lze říci, že mezi personálem léčeben – tedy těmi, kteří jsou kompetentní, moudří a vědí a pacienty – kteří jsou mnohdy považováni za ty, kterým nelze věřit a kteří potřebují dohled, je nemalá propast.

Chamberlinová (1999) ve své autobiografii uvádí, že velká vzdálenost mezi pacienty a personálem v ústavech znemožňuje velmi významný lidský kontakt.

Pro ilustraci připojuji ještě jednu citaci pacienta psychiatrické léčebny.

„Pacienti v psychiatrické léčebně jsou stále pacienty a ne nesvéprávné stádo, jak nám některé vaše zaměstnankyně dávaly najevo" (STEM/MARK, 2006, s. 103).

Problematickým shledávám také specifický, můžeme nazvat domácký přístup k pacientům. K němu lze zařadit nevhodné oslovování, kdy pracovníci léčeben, zejména zdravotní sestry, ale někdy také sociální pracovníci, často pacientům tykají či je oslovují „babi", „dědo" apod. Mnohde absentuje zaklepání na dveře.

Zásadním problémem bývá také nedostatek personálu, který omezuje možnosti adekvátní péče a individuálního přístupu. Tento personální nedostatek rovněž klade vysoké nároky na pracovní vytížení zaměstnanců, které je mnohdy značné.

Příkladem může být rozhovor získaný opět v rámci výše zmíněného projektu (APEL, CRPDZ, 2003).

„No samozřejmě, že to je nedostatek personálu, když tam jsou 3 sestry na 50 lidí, tak k nim nepřistupují individuálně, chtějí, aby všichni najednou přišli na jídlo, aby všichni najednou přišli na léky. Když je někdo úzkostný a není schopný sejít z patra, no tak zlobí. Ony chtějí, aby pacienti byli hodní, protože jinak by to nezvládly, kdyby to neměly takhle zorganizované přesně po minutě. A jsou tam 12 hodin denně, to jsou opravdu šílené směny…"

Prostředí psychiatrických léčeben je mnohdy naprosto stejně, jako vůči pacientům, nastaveno odmítavě i vůči profesionálům, kteří by v zaběhnutém systému chtěli něco měnit. Bezprostřednímu kontaktu a empatickému dialogu mezi profesionály a pacienty brání byrokratické požadavky instituce.

4.4. Kvalita péče

Jak uvádí Koncepce oboru psychiatrie, která byla jako oficiální dokument předána Ministerstvu zdravotnictví ČR v roce 2000, následně schválena jeho vědeckou radou

a v roce 2002 podepsána tehdejší ministryní zdravotnictví (Marie Součková), „cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta v jeho přirozeném zázemí, aby byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi.“ Důsledky prosazování tohoto cíle jsou snaha o přesun kapacit od dlouhodobé lůžkové péče v psychiatrických léčebnách ke komunitní péči a požadavek na zvýšení kvality psychiatrické péče.

4.4.1. Monitoring kvality péče

V současné době chybí moderní systém, jež by zajišťoval kvalitu poskytované péče a vhodnými nástroji prováděl systematický monitoring této kvality, včetně kontroly dodržování práv pacientů v rámci zařízení. Nejsou realizovány nezávislé inspekce v psychiatrických léčebnách, nemluvě o zapojení rodinných příslušníků a pacientů do této kontrolní činnosti.

Zavedení monitoringu kvality péče je v souladu s Akčním plánem přijatým ministerskou konferencí o duševním zdraví, která se konala 12. - 15. ledna 2005 v Helsinkách v režii WHO.

K prioritám přijatého Akčního plánu patří podpora periodického a systematického výzkumu, zaměřeného na sledování kvality péče o duševní zdraví populace a rozvoj a implementaci nejlepších postupů (STEM/MARK, 2006).

Na tyto výzvy reagoval výzkum agentury STEM/MARK pod názvem Kvalita psychiatrické péče očima pacientů, jehož výsledky byly předloženy v lednu roku 2006. Cílem projektu bylo zapojit psychiatrická pracoviště do systému sledování kvality péče z pohledu pacientů a ověřit možnost zavedení moderních trendů při monitorování kvality psychiatrické

péče (Reiter, 2. národní konference Mainstreaming Mental Disability Policy, 2006).

Z výsledků vyplynulo, že ve všech dimenzích bylo hodnocení pacientů léčeben nižší než u pacientů nemocničních oddělení.

Zcela nejnižší hodnocení v rámci psychiatrických léčeben dosahuje v dimenzi „informace a komunikace" indikátor „frekvence hovorů s lékařem". Celých 62 % pacientů léčeben (z celkem 266 respondentů) bylo nespokojeno s průběhem rozhovoru s odborníky (včetně sociálních pracovníků). Stěžují si zejména na nesrozumitelnost odpovědí. Velké nedostatky byly shledány také v citové podpoře pacientů ze strany zaměstnanců léčeben.

V dimenzi „respekt, ohled a úcta" se jako problematické jeví „úcta a respekt ze strany personálu" či „důvěra k ošetřujícím sestrám". Celkově nejhůře byla v této oblasti hodnocena kategorie „potřeba většího zapojení do rozhodování o vlastní léčbě".

Starším pokusem o vytvoření nástroje pro hodnocení lůžkové péče v praxi byl, v této práci již mnohokrát zmiňovaný, projekt APEL, jehož výsledkem bylo také vytvoření dotazníku, který by kvalitu péče, zejména z hlediska lidských práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů, sledoval.

Žádný z těchto pokusů však zatím nevešel do praxe. V tomto ohledu je zásadním problémem přístup Ministerstva zdravotnictví ČR, jako zřizovatele psychiatrických léčeben. Je otázkou, zda vypracované materiály, které jsou výsledkem, ze státních peněz hrazených projektů, leží na

stole střídajících se ministrů nebo zda není problém kvality péče shledáván jako dostatečně urgentní.

„Česká republika jde proti proudu. Podepisuje se bez zaváhání pod strategické dokumenty zavazující ji transformovat psychiatrickou péči v souladu s trendem EU, a bez zaváhání je rovnou odesílá do skladiště nesplněných slibů" (Studihradová, 2005, s. 13).

Na posuzování kvality péče mají alarmující názor také psychiatři, kteří byli dotazováni (199 respondentů) v rámci projektu Psychiatrie v ČR-Implementace Koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče, realizovaný opět agenturou STEM/MARK (2004). Z výsledků mimo jiné vyplynulo, že „asi polovina psychiatrů se domnívá, že pacient není schopen hodnotit kvalitu poskytované péče, a že v psychiatrii není možné využít k hodnocení kvality měření spokojenosti pacientů" (tamtéž, s. 8).

Problém kontroly kvality péče je odrazem nejasností v tom, co je kvalitní péče o osoby s duševním onemocněním a nedohodu týkající se kritérií kvality a způsobu jejich hodnocení. Současné sporadické kontroly, které kromě MZČR realizuje také MPSV a jednotlivé kraje, jsou především reakcemi na urgentní situace, často uveřejněné v médiích. Obsahem těchto kontrol jsou zejména technické a administrativní aspekty péče, nikoliv péče samotná (CRPDZ, 2003).

S monitoringem kvality péče také úzce souvisí právo pacienta stěžovat si na péči. Jak je uvedeno v Zásadách ochrany duševně nemocných (zásada 21), „každý pacient a bývalý pacient má právo podat stížnost v souladu s postupy stanovenými vnitrostátním právem".

V České republice však prakticky neexistuje objektivní systém posuzování stížností pacientů v psychiatrických

léčebnách. Podání stížnosti k vedení zdravotnického zařízení, popřípadě k jeho zřizovateli nezajistí nezávislé posouzení. Stížnosti a připomínky psychiatrických pacientů potom zaznívají v prostředí, kde se na tyto osoby pohlíží s podezřením a jejich tvrzení jsou nezřídka zpochybňována.

Přitom podle WHO je jedním z klíčových úkolů členských zemí EU zajistit nezávislý orgán, který bude řešit stížnosti a podněty pacientů. V souvislosti s tímto cílem WHO vyzývá členské státy k podpoře vzniku institutu ombudsmana pro psychiatrickou péči.

4.4.2. Úroveň vztahu lékař – pacient

Na první pohled by se mohlo zdát, že úroveň vztahu lékaře a pacienta má pramalý vztah k otázce lidských práv. Opak je ale pravdou. Právě tento vztah, který determinuje jednání a zacházení s pacientem, je jedním z klíčových předmětů lidskoprávní problematiky a celého medicínského práva.

A jak uvádí Honzák: „Lékař sám je velmi významným, ne-li nejvýznamnějším léčebným prostředkem. Měl by proto vědět, jaké má účinky, včetně těch vedlejších, a jak se správně dávkovat (1999, s. 10).“

V pomáhajících profesích hraje vedle příslušné odbornosti významnou roli také lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a pacientem.

Kopřiva ve své knize Lidský vztah jako součást profese uvádí, že „v pomáhajících profesích má kvalita lidského vztahu pracovníka vůči klientovi (jedná se o uživatele služby, v našem případě pacienta – pozn. autora) prvořadý význam“ (1997, s. 13).

Laicky je možné tento lidský vztah popsat jako zájem o lidi, vnímavost, vlídnost, ochotu, empatii, porozumění, apod.

Je tedy zřejmé, že kvalita vztahu mezi lékařem a pacientem se významně odráží na procesu léčby, tvoří půdu a rámec léčebného procesu.

Tento vztah mezi lékařem (odborníkem) a pacientem by měl být symetrický a komunikace mezi nimi obousměrná.

Jak uvádí Haškovcová (1997), lékař a pacient jsou si občansky rovni, liší se pouze specializovanou vzdělaností.

V praxi se však ukazuje, že má lékař ve vztahu k nemocnému značně dominantní roli. Snaží se přesvědčit pacienty, aby se řídili jeho pravidly a pacienti jsou, více méně, naučení opatření lékaře souhlasně a bez rozpaků přijímat.

Balint (1999, s. 186) hovoří o „apoštolské funkci", kdy „každý lékař má určitou, avšak téměř nevyvratitelnou představu o tom, jak by se měl pacient v případě nemoci chovat". Tuto představu připodobňuje k jakémusi vnuknutí, které lékaři vyjeví, co by každý pacient měl či neměl očekávat nebo snášet a které mu dává za povinnost pacienta o své pravdě přesvědčit.

Jedná se však o velmi paternalistický přístup, který nevede pacienty k zodpovědnému přístupu k jejich nemoci a neumožňuje, aby se stali autonomními spolupracovníky lékařů a ostatního personálu.

Jak uvádí Šimek (1995), otázka realizace principu respektu k autonomii nemocného je jedním z ústředních problémů lékařské etiky.

4.5. Informace, vzdělávání

Tato kapitola informuje o velmi úzkém vztahu mezi nedostatečně informovanou veřejností i samotnými klienty a v souvislosti s tím vytvářeným negativním obrazem duševně nemocného člověka.

4.5.1. Povědomí odborné a laické veřejnosti o problematice práv duševně nemocných

Diagnóza duševní poruchy má na život pacienta dalekosáhlý dopad. Čeká ho nejenom šok v podobě psychiatrické péče, ale také stigma psychiatrického pacienta.

Stigma duševní nemoci je označení pro ty vlastnosti, které odlišují psychiatrické pacienty od ostatních lidí. Je založeno na stereotypu duševně nemocného (Libiger, 2001).

Tento stereotyp je rigidní, pasivně přijímaný způsob posuzování určitých skupin lidí na základě tradic a předsudků (Praško, 2001).

Stereotypy duševních onemocnění se promítají do zpráv v masmédiích, vtipů o bláznech, hovorových obratů a celkovému přístupu veřejnosti, který je nezřídka bezohledný a lhostejný. Lidé s duševním onemocněním jsou mnohdy nazíráni jako divní, nevyzpytatelní, nekontrolovatelní, agresivní a nebezpeční, nezodpovědní, líní, apod. Důsledkem takového přístupu k duševně nemocným lidem je značná izolace a diskriminace. Stigmatizace mění role i sociální status nemocných, mnohdy ovlivňuje i jejich identitu.

Jak uvádí Vágnerová (1999), nedokáže – li se člověk alespoň v minimální míře přizpůsobit běžným požadavkům společnosti, vyvolává negativní odezvu okolí. Společenskou reakcí na odchylku od normy je odmítnutí odlišného jedince, popřípadě snaha o jeho úplné vyloučení.

Jak dále uvádí Praško (2001), také psychiatrický personál je často nositelem krajně negativních postojů k duševním poruchám. Zajímá se především o informace, které potvrzují jeho negativní přesvědčení, opačné informace diskvalifikuje. Výsledkem je potvrzení a zesílení původního stereotypu.

Zdrojem těchto stereotypních představ jsou obavy a strach z duševních nemocí a jejich nositelů, sycené tradiční interpretací. Duševní nemoc je vnímána jako něco abstraktního, tajemného a nesrozumitelného a tudíž je pro mnoho lidí děsivá.

U hospitalizovaných psychiatrických pacientů je tato situace více než běžná a to zejména proto, že důvodem hospitalizace je duševní porucha, tedy to, že je pacient ve svém chování a prožívání odlišný od běžné populace. Samotný fakt psychiatrické hospitalizace tedy často znamená automatické nálepkování. Psychiatrická léčebna je místem, kde jsou v centru pozornosti příznaky nemoci a nutnost potýkat se s nimi a tím často dochází k tomu, že mnohdy i „normální" jednání pacientů je profesionály interpretováno v termínech nemoci.

Výše zmíněné pověry a z nich vycházející přístup k duševně nemocným přetrvává ve velmi živé podobě. Tento pokřivený obraz o lidech s duševním onemocněním znesnadňuje terapeutický proces a snižuje naději na úspěšnou rehabilitaci. Znemožňuje také naplňování mezinárodních konvencí které každému garantují humánní jednání a právo na respekt vůči své osobě, zakazují diskriminaci na základě psychického onemocnění, deklarují právo na život ve společnosti a léčbu v komunitě.

Cílů deklarovaných v mezinárodních úmluvách lze mimo jiné dosáhnout zaměřením se na potřebu destigmatizace, konkrétně na změnu stereotypu člověka trpícího duševní poruchou. Historicky vleklé předsudky lze zmírňovat zvýšením povědomí a znalostí odborné i laické veřejnosti o původu, projevech a léčbě duševních poruch. Nezbytné je také profesionální vzdělávání zdravotnických pracovníků (mezi které se řadí také sociální pracovník) v oblasti destigmatizace a práv pacientů. Neméně významný je

konstruktivní dialog s médii, která obraz duševně nemocných také utvářejí.

„Jestliže naše společnost významně nepřehodnotí svůj vztah k lidem s psychickými problémy, budou se tito pacienti stále častěji setkávat s lhostejností a přehlížením spíše než s péčí a zájmem“ (Chamberlinová, 1999, s. 209).

Aby se však eticko-právní principy lidských práv rozšířily do dané populace, je nezbytná jednak kultivace lidských hodnot v jejich duchu a dále potom seznamování s jejich literou a obsahem v rámci předávání lidskoprávních vědomostí a znalostí (Šilhánová, 2004).

4.5.2. Informovanost pacientů týkající se jejich práv

Orientace ve složitých právních problémech, které s sebou mnohdy psychiatrická hospitalizace přináší, je nesnadná. Pacienti psychiatrických léčeben (a nejenom ti) často nevědí, jaká základní práva v souvislosti s hospitalizací mají, jak je v praxi využívat a hájit. Avšak znalost těchto informací může pobyt v léčebném ústavu učinit příjemnějším, neboť pacientovi umožní vědět, co se může dít a jaká rizika lze očekávat. Toto vědění dává pacientovi jakousi jistotu.

Ačkoliv je dobrá znalost práv pacienta patrně nejlepším způsobem, jak předcházet problémům a nedorozuměním, je zřejmé, že pobyt v psychiatrické léčebně si člověk dopředu zpravidla neplánuje a tudíž řada pacientů nemá o této problematice dostatečné povědomí.

Je tedy na psychiatrických léčebnách, aby pacienta poučily o jeho právech a také povinnostech. Současná sdělení léčeben týkající se práv psychiatrických pacientů však shledávám jako nedostatečná, nejasná a nefunkční.

Důvodem může být to, jak uvádí Honzák (1999), že se mnozí jeho kolegové (lékaři) domnívají, že stačí, když práva nemocných znají zdravotníci, protože ti je dovedou lépe obhájit a zajistit.

Výsledky projetu APEL (CRPDZ, 2003) dokládají, že 33 % pacientů (z celkem 120 dotázaných respondentů) neobdrželo v psychiatrické léčebně informace o tom, jaká jsou jejich práva. Celých 50 % pacientů uvedlo, že zařízení poskytuje pacientům informace pouze na jejich žádost, a že je na tom kterém zaměstnanci, jak dalece pacienty o jejich právech informuje. Písemné materiály o právech pacientů k dispozici nejsou. Pouze 17 % respondentů se vyjádřilo, že v zařízení existuje jasný systém zajišťující pacientům informace. Tyto informace jsou snadno dostupné a existují v písemné podobě vyvěšené na nástěnkách.

Existence těchto materiálů však ještě nezaručuje kvalitu sdělovaných informací. Jak jsem zjistila například z materiálu určeného pacientům v psychiatrické léčebně v Bohnicích (www.plbohnice.cz), „pacienti mají právo na přiměřené poučení" , což, jak bylo napsáno dříve, je za současné legislativní situace (existence Úmluvy o biomedicíně) nepřípustné. Mnohem více jsem ale byla překvapena z tvrzení, že „pacient má nárok na podrobné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl (!) k nestandardnímu postupu či experimentu". Zdrojem této informace jsou podle materiálu bohnické léčebny „Příkazy ředitele" a „Organizační řád", který vznikl v roce 1992. Z těchto a dalších tvrzení nabývám dojmu, že si z Úmluvy ratifikované Českou republikou v roce 2001 nikdo nic moc nedělá.

A i kdyby byly písemné informace o lidských právech, které léčebny pacientům poskytují v náležité a srozumitelné formě, je řada pacientů, kteří si je na nástěnce stejně

nepřečtou. Důvodem toho je například prostý fakt, že jim byly, z důvodu jejich bezpečnosti, odebrány dioptrické brýle.

Na (nejenom) tuto situaci se snažil reagovat pilotní projekt Práva pacientů v psychiatrické léčebně, o kterém pojednává praktická část.

PRAKTICKÁ ČÁST

5. Projekt poradci v psychiatrické léčebně

Projekt Poradci v psychiatrické léčebně je pilotním projektem, jehož nositelem byla Česká asociace pro psychické zdraví a který jsem, v roli koordinátorky projektu, realizovala v době od května 2005 do dubna 2006.

Tato část diplomové práce zahrnuje zkušenosti získané v rámci tohoto pilotní programu, formuluje některé kritické body a navrhuje možnou podobu jeho realizace do budoucna.

5.1. Cíl projektu

V rámci projektu jsme si kladli za cíl vytvořit model práce poradců z řad klientů, kteří budou schopni efektivně podávat informace lidem hospitalizovaným na příjmových pavilonech psychiatrických léčeben s cílem zvýšit jejich právní povědomí. Měla být navržena transparentní kritéria pro hájení zájmů duševně nemocných v léčebnách se zaměřením na zkvalitnění české pacientské advokacie a posílení její důvěryhodnosti v rámci léčeben.

Vyjádřením pacientská advokacie se rozumí aktivity vykonávané lidmi, kteří mají osobní zkušenost s psychiatrickou péčí a zabývají se obranou a prosazováním práv a zájmů dalších lidí s takovouto zkušeností (Prouza in Sborník ČSDZ, 2001).

Přestože duševně nemocní mají stejná práva jako jiní občané, nejsou schopni je často v důsledku svého onemocnění sami prosazovat a hájit. Z těchto důvodů je zapotřebí vytvářet specifické mechanismy ochrany jejich práv. Vedle změny právních norem to v praxi znamená vytváření programů obhajování práv duševně nemocných a mechanismů kontroly nad jejich dodržováním.

Jedním z nejcharakterističtějších znaků pacientské advokacie je oboustranně shodná zkušenost s duševním onemocněním, tedy uživatele – advokáta i pacienta. Osoba, která prošla nebo prochází totožnou zkušeností, čelí obdobnému problému, má tím i klíčovou roli v pomoci ostatním.

Jak uvádí Prouza „ten, kdo pomáhá, má možnost pozorovat vlastní problém z náležitého odstupu. Pomáháním druhým navíc získává pocit společenské užitečnosti. Dále tato role odvádí pozornost od nadměrného zabývání se sebou samým" (tamtéž, s. 38).

Projektový záměr vycházel především z Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu, který byl, jak již je uvedeno výše, přijat Světovou zdravotnickou organizací v lednu 2005 v Helsinkách a jež podporují ministři zdravotnictví členských států, včetně České republiky.

Mezi výzvy tohoto plánu patří mimo jiné:

- kolektivně řešit stigmatizaci, diskriminaci a nerovnost a zmocnit a podpořit jedince s psychickými problémy, aby se aktivně zapojili do tohoto procesu
- uznat zkušenosti a poznatky uživatelů služby jako platformu pro plánování a rozvoj služeb
- stanovit standardy pro zastoupení uživatelů ve výborech a skupinách odpovědných za plánování, poskytování, kontrolu a inspekci aktivit duševního zdraví
- podněcovat vytváření a rozvoj organizací uživatelů služby, zastupujících jedince s duševnímu problémy

Prostřednictvím projektu jsem tedy hledala odpovědi na otázky, zda jsou sami uživatelé psychiatrických služeb schopni zaujmout roli informátora v oblasti lidských práv a kompletně informovat hospitalizované pacienty o jejich právech a povinnostech a dále, zda je péče v léčebnách protipólem ke svépomoci nebo zda se mohou vzájemně doplňovat a podporovat. V tomto směru je také významnou otázkou ochota psychiatrických léčeben spolupracovat.

5.2. Cílová skupina

- Primární cílovou skupinou byli *lidé, kteří se prvně/podruhé ocitli na příjmových pavilonech psychiatrických léčeben*. V této situaci a v neznámém prostředí se mnohdy cítí ztracení, zmatení a bez informací.
- Neméně důležitou cílovou skupinou byli *pracovníci psychiatrických léčeben* s nimiž byla v rámci projektu navázána spolupráce.
- Mezi další cílovou skupinu patřili *poradci* – lidé, kteří mají osobní zkušenost s hospitalizací v psychiatrické léčebně a byli v rámci projektu proškoleni v oblasti komunikace, psychiatrického minima a právní problematiky a pro něž byla samotná realizace projektu pracovní rehabilitací.

5.3. Realizační tým

- *Koordinátorka projektu*
  Koordinátorka byla zodpovědná za plánování a celkovou realizaci projektu. Připravovala podklady pro jednotlivé fáze projektu, organizovala dílčí akce, udržovala kontakt s realizačním týmem projektu, vypracovávala zprávy a zápisy z jednotlivých akcí.

- *Poradci*
  Bývalí i stávající uživatelé psychiatrických služeb, kteří mají osobní zkušenost s hospitalizací v psychiatrické léčebně či na psychiatrickém oddělení nemocnic. Po absolvování základního výcviku pravidelně docházeli na příjmová oddělení psychiatrických léčeben a léčebného sanatoria poskytovat informace pacientům. V rámci své práce využívali své osobní zkušenosti, osobního příběhu.
- *Supervizor*
  Psychiatr akreditovaný u Českého institutu supervize vedl pravidelná skupinová supervizí setkání poradců.
- *Lektoři výcviku*
  Odborníci, kteří proškolovali poradce v jednotlivých výše zmíněných oblastech.

5.4. Realizace projektu

Vlastní realizace pilotního projektu zahrnovala celou řadu dílčích aktivit, které jednotlivě nelze detailně popisovat. Na následujících stránkách se však pokusím nastínit ty nejdůležitější, které měly zásadní vliv na další vývoj projektu.

5.4.1. Poradci

Výběr poradců

Vzhledem k harmonogramu projektu, jehož časová dotace byla poměrně šibeniční, nebylo možné tipovat poradce z případné široké řady zájemců, ze strany uživatelů. Proto byli osloveni pracovníci VIDA center[2] s nabídkou práce poradce v tomto projektu. Důvodem této volby byl také fakt,

[2] Jedná se o Informační centra pro problematiku duševního zdraví a nemoci, kde sami uživatelé psychiatrických služeb poskytují podporu a cílené informace z oblasti péče o duševní zdraví, zejména o následných službách.

že se jednalo o v rámci o.s. VIDA[3] proškolené pracovníky, kteří se osvědčili v praxi.

Do projektu se zpočátku přihlásilo 11 lidí – poradců. V průběhu realizace projektu se však tento počet měnil. Se dvěma poradci byla ještě dříve než začali docházet do léčebny, rozvázána, po vzájemné dohodě, spolupráce. Důvodem byl jejich psychický stav. Další poradkyně pozastavila spolupráci na projektu ze zdravotních důvodů - nikoliv psychických. V rámci programu proto byli později proškoleni a do léčeben začali docházet další 2 poradci.

Celkem tedy službu realizovalo 10 poradců, z toho 5 žen a 5 mužů.

S poradci byla uzavřena *dohoda o provedení práce*, jejíž součástí byla *náplň práce poradce*.

Náplní práce byli:

- samostatné poskytování informací a rad v oblasti práv a povinností pacientů v průběhu hospitalizace včetně informací o režimu psychiatrické léčebny (sanatoria)
- administrativní činnosti spojené s výkonem práce (vedení evidenčních listů, přehledu odpracovaných hodin, aj.)
- účast na pracovních schůzkách
- spolupráce s koordinátorkou projektu
- přiměřená prezentace a propagace projektu
- průběžné vzdělávání

[3] O.s. VIDA vzniklo s cílem pomáhat rozvoji VIDA center, podporovat rozvoj uživatelského hnutí a proces destigmatizace osob s duševním onemocněním.

Kromě výše zmíněných dokumentů bylo s poradci uzavřeno také *Prohlášení o mlčenlivosti* (Příloha č. 1).

Výcvik poradců

Výcvik I. – TEORETICKÁ ČÁST

Jednalo se o čtyřdenní výcvik, jehož obsahem byly následující oblasti:

- komunikace–komunikační techniky, nácvik komunikačních dovedností
- právní problematika související s hospitalizací v psychiatrické léčebně
- psychiatrické minimum – přehled diagnóz, se kterými se poradci mohou setkat na příjmovém oddělení, přehled projevů těchto nemocí duše, přehled profesionálních terapeutických intervencí

V rámci výcviku byli poradci seznámeni s *etickým kodexem poradce* (Příloha č. 2), který byl vytvořen pro potřeby tohoto projektu a sami si vytvořili *třináctero poradce* (Příloha č. 3), tj. přehled nejdůležitějších vlastností a schopností, které by měl poradce v psychiatrické léčebně mít.

Původně byl plánován pouze výše zmíněný, vesměs teoretický, výcvik. V jeho průběhu jsme si však uvědomili, že vedle teoretických znalostí poradců jsou nezbytné především praktické dovednosti. Proto jsme zorganizovali ještě výcvik druhý.

Výcvik II. – PRAKTICKÁ ČÁST

Obsahem tohoto jednodenního výcviku byl nácvik praktických dovedností

V první části výcviku byly ve spolupráci s poradci stanoveny problémové okruhy, se kterými se mohou při návštěvě pacientů v psychiatrické léčebně setkat. Druhá část již byla konkrétním nácvikem těchto situací a návodem, jak za daných okolností jednat.

Výstupem obou výcviků jsou *skripta poradce*.

Odměna poradců

Finanční odměna poradců činila 45,- Kč hrubého za hodinu práce.

Pravidla pro vyplácení platu se v průběhu projektu drobně upravovala až do této výsledné podoby

ZCELA	Vykazované hodiny poradenství v psychiatrické léčebně/léčebném sanatoriu
	Účast na provozně technických schůzkách s koordinátorkou projektu
	Účast na supervizích
POLOVINOU	Čas strávený na cestě[4]

Počet odpracovaných hodin poradci prokazovali podepsaným výkazem práce. Jeho vzhled procházel v průběhu projektu také malými změnami. Konečná podoba viz Příloha č. 4.

Cestovné

Výdaje za jízdné poradců do psychiatrických léčeben/sanatoria a na pracovní schůzky byly hrazeny z projektu a poradcům propláceny oproti předloženým dokladům.

[4] Mnozí poradci cestovali do psychiatrických léčeben/sanatoria mnoho kilometrů ne přímými spoji.

Obsah sdělovaných informací

Konkrétní podoba obsahu sdělovaných informací prošla od prvotního projektového záměru poměrně významnými změnami.

Při původně plánovaném záměru informovat pacienty o jejich právech a povinnostech v rámci hospitalizace, s cílem zvýšit jejich právní povědomí, se vyskytly obavy, neboť práva pacientů jsou poměrně ožehavým tématem a bylo pravděpodobné, že by nás ředitelé léčeben ke svým pacientům nepustili.

Proto jsme dospěli k následujícímu vydefinování námi poskytované služby.

V první řadě chceme pacientům poskytnout:

PODPORU, POSÍLENÍ a POVZBUZENÍ

JASNÉ INFORMACE O REŽIMU ODDĚLENÍ

INFORMACE O SLUŽBÁCH V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ/SANATORIU

VYSVĚTLENÍ co znamená
nedobrovolná hospitalizace a její režim
souhlas s léčbou
informování příbuzných a blízkých
problematika nahlížení do spisů, apod.

5.4.2. Psychiatrické léčebny

Projekt se primárně zaměřoval na pacienty psychiatrických léčeben.

Psychiatrická léčebna je odborným léčebným ústavem, který poskytuje psychiatrickou lůžkovou léčbu těm pacientům, na jejichž zdravotní stav již ambulantní léčba nestačí. Z hlediska dodržování a respektování práv je však ústavní forma léčby jedním z nejrizikovějších faktorů.

Dojednávání spolupráce s psychiatrickými léčebnami probíhalo následovně.

Jednání s řediteli léčeben

V rámci projektu byly osloveny 3 psychiatrické léčebny a jedno léčebné sanatorium, v jejichž blízkosti fungují VIDA centra.

Ředitelé těchto psychiatrických léčeben a primářka léčebného sanatoria byli v průběhu měsíce července 2005 osloveni dopisem informujícím o projektovém záměru a žádajícím o spolupráci. Následně byli jednotliví ředitelé kontaktováni telefonicky nebo formou osobní návštěvy.

Tento moment shledávám nejobtížnějším na celém projektu. Reakce byla v různých léčebnách různá. Každý z ředitelů měl své námitky:

- že poradci budou léčebnu hanit a nabádat proti ní
- že jejich pacienti mají dostatek informací a žádné další nepotřebují
- že informace (páva a povinnosti) může podávat pouze vzdělaný personál oddělení, který dokáže odhadnout schopnosti pacienta

Nakonec se podařilo navázat spolupráci se všemi oslovenými léčebnami i léčebným sanatoriem, které níže uvádím.

Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod[5]

Pavilon 7A Příjmové koedukované oddělení

Pavilon 6 Uzavřené koedukované rehabilitační oddělení

Psychiatrická léčebna Kosmonosy

Pavilon A Příjmové oddělení mužů

[5] V havlíčkobrodské léčebně byl projekt předčasně (31. 1. 2006) ukončen z důvodu nedostatku poradců, kteří by do psychiatrické léčebny dojížděli.

Pavilon B Příjmové oddělení žen

Psychiatrická léčebna Praha – Bohnice

Pavilon 2 Ženské příjmové uzavřené oddělení

Pavilon 3 Příjmové otevřené oddělení pro muže a ženy

Pavilon 26 Mužské příjmové uzavřené oddělení

Léčebné sanatorium Sadská

Pavilon A Příjmové oddělení[6]

V rámci dalšího dojednávání byly řediteli léčeben, popřípadě primáři příslušných oddělení stanoveny *kontaktní osoby* pro tento projekt. Jednalo se zpravidla o staniční sestry jednotlivých oddělení nebo sociální pracovnice. Tyto osoby měly být o projektu informovány a zpraveny o tom, že se na ně bude koordinátorka v rámci příprav a později také poradci, obracet, tudíž bude potřeba jejich aktivní spolupráce.

Bohužel jsem zjistila, že v tomto směru komunikace lékařů se zdravotními sestrami v některých psychiatrických léčebnách vázne. Některé, lékaři stanovené, kontaktní osoby vůbec netušily, že se kontaktními osobami staly a co to obnáší. Poprvé se tuto informaci dozvěděly až tehdy, když se na ně obrátila koordinátorka projektu.

Jednání s kontaktními osobami

Spolupráce s kontaktními osobami byla nedílnou součástí projektu.

Tyto osoby

- byly nezbytným zdrojem informací týkajících se režimu a chodu oddělení (čas jídla, zalévání kávy, režim návštěv, vycházek, apod.).

[6] V Léčebném sanatoriu Sadská služba proběhla pouze jednou, z důvodu rekonstrukce v rámci pavilonu.

- byly styčným bodem mezi ostatními pracovníky oddělení, koordinátorkou projektu a poradci (informovaly ostatní zaměstnance o realizaci projektu na oddělení, udržovaly zpětnou vazbu s koordinátorkou projektu, apod.).
- informovaly pacienty oddělení o realizované službě popřípadě tipovaly vhodné pacienty (nově přijatí lidé, jejichž zdravotní stav umožňoval službu poradců přijmout).

Ve spolupráci s nimi byl stanoven nejvhodnější den a doba návštěv na oddělení. Rovněž bylo dojednáno místo, kde budou schůzky poradců s pacienty probíhat.[7]

5.4.3. Vlastní práce poradců

Poradci docházeli na sjednané pavilony psychiatrických léčeben/sanatoria v předem dohodnutý den a čas. *Frekvence* návštěv byla v psychiatrických léčebnách *jednou za 14 dní* a v léčebném sanatoriu byla plánována jednou za měsíc.

Poradci pracovali vždy ve *dvojici muž* a *žena*.

Pacienti se o službě dozvídali zejména od zdravotnického personálu a také prostřednictvím letáku, který byl vyvěšený na každém pavilonu.

S pracovníky léčebny bylo dojednáno, že pacienty na komunitě upozorní na to, který den a ve kterém čase poradci pavilon navštíví a oni budou moci využít jejich služeb.

[7] Na některých odděleních dojednávala koordinátorka projektu (pavilony PL Bohnice, LS Sadská), jinde domlouvali sami poradci (PL Havlíčkův Brod, PL Kosmonosy)

Úkolem personálu dále bylo vytipovat vhodné pacienty – tj. ty, kteří jsou nově přijatí a zároveň jejichž zdravotní stav dovoluje pochopit sdělované skutečnosti.

Tento okamžik se ukázal jako jeden z problematických bodů našeho projektu. Můžeme se jenom domnívat, jakým způsobem, a zda vůbec, byli pacienti o naší službě informováni. (Situace se v jednotlivých psychiatrických léčebnách různila!) Stávalo se, že příjezd poradců nečekal mnohdy ani zdravotnický personál, natož aby o něm byli spraveni pacienti. Je také otázkou, zda bylo pacientům vysvětleno, o jakou službu se jedná a co od ní mohou očekávat, nebo zda byli pouze informováni o tom, že někdo přijde.

Musíme ale připustit také variantu, že i přes dobré informace neměli pacienti o službu zájem.

Stávalo se proto, že poradci „odchytávali" kolemjdoucí pacienty s nabídkou své služby.

Ověřili jsme si, že v tomto bodě je velmi důležitá spolupráce s pracovníky psychiatrických léčeben/sanatoria a je poměrně zásadní, jakým způsobem se pacienti o službě dozvěděli.

Vlastní *kontakt* s pacienty *probíhal* na místě k setkávání určeném (tj. individuálně pro každý pavilon). Zpravidla se jednalo o denní místnost, návštěvní místnost, jídelnu, popřípadě chodbu nebo kuřárnu.

Ne vždy byly tyto prostory pro realizaci služby vhodné. Mnohdy byli poradci i pacienti rušeni jinou probíhající návštěvou, apod. Bohužel tento fakt je jen velmi těžko ovlivnitelný. Je dán prostorovými možnostmi jednotlivých pavilonů a ty jsou v tomto směru omezené.

Setkali jsme se také s tím, že byli poradci kritizováni za své setkávání s pacienty na kuřárně. Někteří pracovníci léčeben nevidí v tomto setkání význam, působí na ně neprofesionálně a zbytečně. Hodnotí ho jako „vysedávání s cigaretou".

Já tento názor ale nesdílím. Mnoho pacientů se závažným duševním onemocněním ulevuje svému napětí právě prostřednictvím cigaret. V rámci realizace projektu jsme se setkali s tím, že pacient si přál realizovat schůzku výhradně na kuřárně. Tamní prostředí je, jak se ukázalo, pro řadu pacientů neformální a uvolněné.

Kontakt s pacienty *neprobíhal* na jejich pokojích, ačkoli původní projektový záměr tato setkávání předpokládal. Důvodem bylo respektování osobního prostoru pacientů. Nechtěli jsme, aby se cítili ohroženi, navíc pokoj sdílí zpravidla více lidí a někomu by mohlo být nepříjemné vést rozhovor před spolubydlícími. Mnozí poradci také připustili pocit nejistoty ze schůzek na pokojích pacientů.

Při dojednávání spolupráce s psychiatrickými léčebnami /sanatoriem jsme se domluvili, že rozhovoru poradců s pacienty nebude přítomen zdravotnický personál. Ne vždy tomu tak bylo.

Přesto tento fakt nelze označit za jednoznačně negativní. Někteří poradci si přítomnost zdravotnického personálu pochvalovali, cítili se bezpečněji. Dle jejich slov personál také „uváděl některé příběhy na pravou míru" apod.

Na druhou stranu se ale stávalo, že za přítomnosti personálu byli pacienti ostýchavější a po jejich vzdálení se se se zájmem a zvědavostí dotazovali na různá témata.

Rozhovor s pacientem trval individuálně od 10 minut až po 45 minut v případě, že na službu nečekali další zájemci.

V průběhu kontaktu s pacientem příjmového oddělení nebo před jeho ukončením vyplňovali poradci ve spolupráci s pacientem *evidenční list* (Příloha č. 5). Jednalo se o anonymní listinu, která sloužila pouze pro statistiku v rámci projektu.

V průběhu realizace projektu se však ukázalo, že vyplňování těchto evidenčních listů jako součást služby nebylo zcela vhodné. Kontakt s mnohdy akutně psychotickými pacienty ne vždy umožňoval vyplňování dotazníků, zjišťování stanovených údajů bylo v některých situacích ne zrovna šťastným řešením.

Proto také někteří poradci jednotlivé body evidenčního listu doplňovali, jak jsme později zjistili, až dodatečně, tak, jak se je domnívali.

Přesto mají tyto evidenční listy do budoucna smysl, ale v jiné, následující podobě, která bude zahrnovat níže uvedené informace

- Psychiatrická léčebna, pavilon
- Datum
- Zakázka pacienta – konkrétní, podrobnější popis
- Intervence poradce - konkrétní, podrobný popis
- Jméno poradce

Z toho vyplývá, že více, než na statistické údaje o pacientech léčeben bude evidenční list zacílen na kvalitu poskytované služby. Konkrétní popis pacientovy zakázky a odpovědi poradce budou zpětnou vazbou pro koordinátora projektu a supervizora. Zaznamenané odpovědi poradců budou procházet jejich hodnocením a bude se s nimi dále pracovat v rámci supervizních setkání.

V rámci projektu se poradci účastnili *supervize,* která probíhala za přítomnosti poradců, supervizora, ale také koordinátorky projektu. Poradci měli možnost zůstat na supervizi bez její přítomnosti, ale v rámci vyjasňování pravidel supervize se shodli, že si její účast na supervizích přejí. Nikdy nevyužili možnost toto rozhodnutí změnit.

Supervize týmu poradců sloužila především ke sdělování zážitků z jednotlivých služeb v psychiatrických léčebnách /léčebném sanatoriu. Poradci měli potřebu vzájemně se podělit o své zážitky a zkušenosti z jednotlivých oddělení.

Postupně se ukázalo, že supervize je velmi důležitým zdrojem informací o celkovém chodu projektu. Odhalovala nejenom pozitiva programu, ale také jeho nedostatky, na které bylo nebo ještě je potřeba reagovat.

V rámci realizace projektu se uskutečnilo 5 týmových supervizních setkání o délce 3, 5 až 5 hodin. Celkem tým poradců absolvoval 20 hodin supervize.

Mimoto se uskutečnilo jedno individuální setkání koordinátorky projektu se supervizorem o délce dvou hodin.

5.4.4. Problematika zpětné vazby

Zpětná vazba pacientů psychiatrických léčeben směrem k poradcům

V rámci supervizních setkání vyšlo najevo, že poradcům chybí zpětná vazba od pacientů, se kterými se v rámci služby setkali. Vzhledem k poměrně krátkodobým pobytům pacientů na příjmových odděleních se poradci s pacienty viděli zpravidla pouze jednou. Chyběly jim informace o tom, jak se pacientovi daří, apod.

Vzhledem k výše popsaným skutečnostem (krátká doba hospitalizace na příjmovém oddělení) a anonymitě poskytované služby ale není možné získávat od pacientů zpětnou vazbu. Obsahem projektu ani není jakési provázení pacienta a dlouhodobější sledování jeho případu, ale poskytnutí relevantních informací, které pacientovi umožní pochopení jemu neznámých skutečností týkajících se hospitalizace a umožní jeho svobodnější a samostatnější fungování.

Zpětná vazba pracovníků psychiatrických léčeben směrem k poradcům a naopak

Zpětná vazba mezi poradci a pracovníky vesměs neprobíhala. Poradci měli někdy pouze pocit, jakoby byli pro zdravotnické pracovníky ohrožujícím elementem. Také nejmenovaní zdravotničtí pracovníci připustili, že mají pocit, že jenom oni by měli být ti, kdo zasahují do léčby a tudíž by měli o všem vědět. Dalo by se říci, že tomu napovídají vyjádření některých pracovníků (viz Hodnocení projektu), v nichž si stěžují na chybějící zpětnou vazbu od poradců týkající se toho, co s pacienty řešili, o čem si povídali.

Zároveň musím konstatovat, že koordinátorka, poradci a patrně ani pracovníci neučinili žádný aktivní krok k tomu, aby byla vzájemná komunikace navázána.

Pro další realizaci projektu bude tato komunikace mezi zdravotnickým personálem a poradci nezbytná.

Zpětná vazba pracovníků psychiatrických léčeben a koordinátorky projektu

Také zpětná vazba mezi koordinátorkou projektu a pracovníky léčeben byla, jak se později ukázalo, nedostatečná. Koordinátorka seznámila kontaktní pracovníky s projektem a žádala o předání těchto informací ostatnímu personálu, se kterým se poradci v rámci své služby mohli setkat. Udržovala také v průběhu projektu kontakt s léčebnami[8], ale pravdou je, že lze tento kontakt označit za sporadický. Zároveň i z těchto kontaktů s psychiatrickými léčebnami nebylo zřejmé, že by o intenzivnější spolupráci měly zájem. Například v lednu letošního roku koordinátorka uskutečnila předem ohlášenou cestu do jedné z psychiatrických léčeben. Nikdo ji však nečekal a když se nahlásila kontaktním osobám s tím, že tam je a kdyby cokoliv bylo potřeba, že je k dispozici, nikdo ji již více neoslovil.

Ze zjištěných skutečností ale vyplývá, že je do budoucna potřeba věnovat větší pozornost zpětné vazbě mezi všemi, na projektu zúčastněnými, stranami. Ideálním řešením by byla pravidelná setkání všech těchto účastníků tváří v tvář. Četnost setkání bude záviset na možnostech zúčastněných stran.

[8] Intenzita kontaktu byla v jednotlivých léčebnách individuální.

5.1. Hodnocení projektu

Před ukončením vlastní realizace projektu jsem se rozhodla, že by bylo zajímavé, prostřednictvím malé sondy zjistit, jak projekt vnímají jednotlivé zúčastněné strany – poradci, pracovníci psychiatrických léčeben a supervizor. Konkrétně bylo mým záměrem zjistit, zda a v čem zúčastněné strany vidí přínos projektu, jaká odhalili v průběhu jeho realizace negativa a zda doporučují další pokračování takového programu.

Sonda byla provedena technikou dotazníku, který byl tvořen otevřenými, spíše návodnými, otázkami. Jednotlivé skupiny otázek byly vytvořeny na individuálním supervizím sezení koordinátory a supervizora projektu. Vycházely především z postupně zjišťovaných skutečností v rámci projektu a s ohledem na cíle sondy.

5.5.1. Hodnocení projektu poradci

Poradcům byly dotazníky předány v rámci supervizního setkání, včetně poučení o jejich vyplnění. Nepřítomným poradcům byl dotazník poslán poštou. Poradci měli možnost podílet se na vyplňování dotazníku společně. Pokud se tvůrci nemohli v některých kategoriích shodnout, odpovídali na dané body samostatně.

Celkem jsem obdržela čtyři, různými skupinami nebo jednotlivci vypracované odpovědi.

Jejich znění uvádím v následujícím textu, řazení odpovídá konstrukci dotazníku.

1A) Přínos projektu pro cílovou skupinu – pacienty na příjmovém oddělení psychiatrické léčebny

Poradce J:*„Myslím, že největší přínos pro pacienty příjmového oddělení bylo, že jsem jim zprostředkoval styk s civilním světem. Většina pacientů využila možnost si se mnou popovídat, svěřit se se svými problémy a tak si zpříjemnit svůj pobyt. Věřím také, že tyto pohovory pomohly uvolnit v nich napětí a přispívaly k celkovému uzdravování a uklidnění pacientů."*
„Mimo této pomoci jsem pomohl pacientům se lépe orientovat v tomto netypickém léčebném prostředí. Vysvětlil jsem jim postup léčby a jeho specifika."
„Spousta dotazů od pacientů byla i z odborných oblastí: bydlení v chráněných bytech, právní oblast, práce v chráněných dílnách, atd."

Poradkyně N: *„Pacienti si mohou popovídat o tom, co je trápí, svěřit se bez obav z přidání či změny léků. Vidí, že se nemoc může posunout k vyléčení, či s ní žít."*

Poradci J a P: *„Pacienti nemají před námi takový ostych jako před personálem. Lépe se orientují v chodu oddělení, v otázkách kolem dobrovolného a nedobrovolného vstupu a souhlasu s léčbou. Nejvíce se však pacienti ptají na soukromé věci, které se přímo netýkají léčby a pobytu v psychiatrické léčebně."*

Poradkyně R: *„Poznání, že jsme i my byli jako oni a dostali jsme se na druhou stranu. Že jim mohou být nápomocni nejenom lékaři a zdravotní sestry."*

1B) Přínos projektu pro Vás samotného – poradce

Poradce J: *„Mě samotného projekt obohatil v tom, že jsem se setkal s duševní nemocí jaksi "zvenku". Sám jsem „prodělal" kdysi schizofrenii a nyní jsem měl možnost hovořit s člověkem v okamžiku, kdy se nacházel ve stavu rozvinuté psychózy. Měl jsem možnost vidět sám sebe, když jsem byl nemocen já. Pomohlo mi to tak lépe pochopit své okolí v době své nemoci i svoji nemoc vůbec. Také jsem mohl uplatnit své zkušenosti s nemocí a předat je klientům."*

Poradkyně N: *„Můj zájem o osobní příběhy a snaha najít řešení."*

„Překlenutí obavy z uzavřeného pavilonu (ne však ze všech)."
„Snaha o pochopení pacientů, dát jim najevo, že je chápeme a věříme jim. To oni mohou také nám."

Poradci J a P: *„Naučili jsme se komunikovat s nezaléčenými pacienty v nepředvídaných situacích."*

Poradkyně R: *„Jiný pohled na moji nemoc."*

2) Naplnil projekt Vaše očekávání?

Poradce J: *„Projekt v podstatě naplnil mé očekávání. Rozvinul ve mně spoustu nových podnětů, jak pracovat s lidmi s duševním onemocněním. Díky ochotnému personálu, který s námi spolupracoval, jsme mohli do léčebny chodit pravidelně po 14 dnech."*

Ostatní poradci se shodují, že projekt jejich očekávání vesměs naplnil.

3) Slabé stránky projektu

Poradce J: *„Myslím, že pro zefektivnění naší práce by prospěly naše častější návštěvy oddělení a navázání bližšího kontaktu s klientem. Přeci jen šlo o návštěvy na příjmovém oddělení, kde pobyty pacientů jsou krátké (okolo jednoho týdne) a pak jsou přeloženi jinam, na jiná oddělení. A my jsme neměli možnost lépe sledovat vývoj jejich situace. Většinou jsme se viděli s klientem jen jednou. Takže nám tak trochu chyběla zpětná vazba."*

Poradkyně N: *„Nebyli nám doporučováni pacienti, museli jsme si je sami odchytávat".*

Poradci J a P: *„Složitá komunikace s pacienty v rozvinuté fázi nemoci."*
„Malý zájem pacientů."
„Chyběla zpětná vazba."
„Komplikované cestování do PL."

Poradkyně R: *„Někdy byly problémy s informovaností pracovníků léčeben."*

4) Smysl projektu do budoucna

Poradce J: *„Tento projekt do budoucna má určitě smysl především tím, že nemocným na příjmových odděleních zprostředkovává styk s civilním světem prostřednictvím poradce, který má své zkušenosti s nemocí a má také zkušenosti s průběhem léčby v těchto specifických léčebných zařízeních."*

Poradci se shodují, že projekt do budoucna smysl má a všichni jsou připraveni v něm nadále pokračovat.

5) Doporučení pro další fungování projektu

Poradce J: *„Stálo by za úvahu navázat na projekt tím, že by poradce pomáhal klientům v průběhu celé jejich léčby na klinice. Poradce by klientovi byl po ruce během celé léčby od příjmu až k propuštění a pak popřípadě i déle. Tím by se zefektivnila i jeho práce."*

Poradkyně R: *„Pro další fungování projektu by byla potřeba větší informovanost pracovníků léčeben."*

5.5.2. Hodnocení projektu pracovníky psychiatrických léčeben

Dotazníky hodnotící přínos a spokojenost pracovníků psychiatrických léčeben a léčebného sanatoria s projektem byly rozeslány všem kontaktním osobám s průvodním dopisem informujícím o tom, jak dotazníky vyplnit. Byly určeny pokud možno všem pracovníkům, kteří se s poradci v rámci realizace služby na oddělení setkali.

Součástí byla přiložená ofrankovaná a nadepsaná obálka s cílem pojistit si návratnost dotazníků.

- Ze 2 (z celkem osmi) oddělení se dotazníky nevrátily vůbec.
- Na jednom oddělení nebyl pochopen smysl dotazníků a tudíž jsou odpovědi nepoužitelné (dotazníky byly vyplněny pacienty oddělení)
- Z jednoho oddělení se vrátil pouze jeden dotazník, což vypovídá o subjektivním názoru jednoho pracovníka, ale neumožňuje objektivnější pohled na smysl poskytované služby pro daný pavilon.

Celkem jsem obdržela *26* kompletně vyplněných dotazníků.

Z důvodu zachování jisté anonymity nepřiřazuji odpovědi jednotlivým psychiatrickým léčebnám.

1A) Přínos projektu pro cílovou skupinu – pacienty na příjmovém oddělení psychiatrické léčebny

Odpovědi jednotlivých pracovníků psychiatrických léčeben můžeme rozdělit do několika následujících skupin. Ke každé skupině uvádím konkrétní příklady odpovědí.

I. Odpovědi typu **Projekt je dobrý, má smysl, ale pro jiná oddělení**

- *„Určitě je to dobrý projekt pro uzavřená oddělení, tam určitě ocení pomoc „laika z venku". Na našem oddělení mají pacienti možnost řešit si své problémy mimo oddělení v rámci propustek, které mají možnost čerpat denně."*

- *„Na našem oddělení nebyl tento projekt využit vzhledem k možnostem propustek a otevřenému oddělení."*
- *„Vzhledem ke koncepci a typu našeho oddělení využívali klienti službu poradců sporadicky. Služba měla víceméně podpůrný význam."*
- *„Projekt smysl má, ale asi pro jiné pacienty z jiných oddělení."*
- *„Projekt se hodí na doléčovací oddělení, ne pro příjmová oddělení."*
- *„Rozhodně pozitivní je alespoň „zájem" o psychiatrické pacienty. Má pro jejich onemocnění někdo pochopení a snaží se jim poskytnout nějakou formu pomoci. Spíše se ale projekt hodí na oddělení doléčovací, které se zabývá psychiatrickou rehabilitací…."*

II. Odpovědi typu **Přátelské setkání, popovídání, podpora, zájem**

- *„Názor od lidí, kteří byli v podobné situaci či si vyzkoušeli žít také „za ploty". A že nyní jsou schopni „normálně" žít, vrátit se do normálního života."*
- *„Že se pacienti měli možnost setkat s někým jiným než personálem příslušného oddělení."*
- *„Vědomí, že o naše pacienty mají zájem ostatní lidi, že nejsou osamoceni."*
- *„Projekt pomohl pacientům odpovědět na některé nejasné otázky a problémy v jejich životě nebo byl alespoň přátelským setkáním a popovídáním."*
- *„…. poznání, že nezůstávají na své problémy sami, navázání kontaktu s lidmi, kteří prožili něco podobného či stejného a získali určité zkušenosti s řešením problému."*

- *„Smysl projekt určitě má, vždy je dobré, když se o duševně nemocné někdo zajímá."*
- *„….vybraní pacienti byli rozhodně potěšeni zájmem zvenčí"*
- *„…..pacienti byli zcela jistě rádi, že má o ně někdo zájem. I nyní po ukončení projektu se zajímají, zda opět přijdou poradci."*
- *„….všichni byli rádi, že má o ně zájem někdo zvenčí."*

III. Odpovědi typu **Jakýkoliv kontakt je přínosem, ale chybí konkrétní forma pomoci**

- *„Jakýkoliv kontakt pacientů s lidmi nezdravotníky je vítaný, nicméně pacienti mají pocit, že kromě popovídání jim služba nic nepřináší. Ze strany pacientů je zájem o informace o bydlení, chráněných dílnách, možnostech zaměstnání, apod."*
- *„Pacienti vítají každou pomoc, ovšem přínosnější při pobytu u nás jim je přímá pomoc v PL – možnost telefonování, půjčit si peníze, atd."*
- *„Byl zaznamenán malý zájem pacientů, kteří spíše očekávají konkrétní formu pomoci než jen poradenství."*

IV. Odpovědi typu **Nemá smysl**

- *„Smysl pro pacienty na našem neklidovém oddělení nevidím žádný, přestože jsme vybírali ty nejschopnější pacienty k rozhovorům, nikdy se o jeho průběhu nebo výsledcích žádný nezmínil, při cíleném dotazu jen zmínili, že si povídali, ale nevědí moc o čem……rozhovory na jejich chování neměly vliv."*

V. Ostatní odpovědi

- *„Domnívám se, že hlavním smyslem je pomoci pacientům seberealizovat se po propuštění."*

1b) Přínos projektu pro Vás samotného – zdravotnického pracovníka

Odpovědi jsou seřazeny sestupně od pozitivních po víceméně negativní.

- *„Každý takový projekt vítám."* (2x)
- *„Oceňuji rozšířené možnosti pacientů na uzavřených odděleních."* (2x)
- *„Vědomí, že i pomoc může přicházet mimo rodinný kruh."*
- *„Zásadního nic, snad pozitivní poznání, že některé kompetence lze ponechat klientům samotným (záleží však na stavu klienta) či že některé klientovy záležitosti lze řešit i s pomocí neodborníka."*
- *„Přečetla jsem si o tomto projektu, téma je zajímavé, je dobré o takové činnosti vědět."*
- *„Dozvěděla jsem se o vaší existenci."*
- *„Nijak jsem to nezkoumala, za mé služby jsem tu poradce zastihla pouze dvakrát."*
- *„Očekávala jsem širší pomoc, dostávají pouze všeobecné informace."*
- *„Nenaplnil, očekávala jsem víc, než všeobecné informace. Chybí zpětná vazba. Hodnotím jen jako novou zkušenost, která práci s pacienty mnoho neovlivnila."* *(2x)*
- *„Moje očekávání nenaplnil, poradci většinou nikoho z pacientů neodchytili."*
- *„Nebyl jsem s projektem seznámen, s konkrétní náplní projektu. …s pracovníky jsem nikdy nepřišel do styku."*
- *„Nevím."* *(3x)*
- *„Nevím, chyběla mi zpětná vazba od pacientů a poradců."*

- *„Netroufám si hodnotit."*
- *„Projekt nám osobně mnoho nepřinesl, protože návštěvy nebyly tak časté a především pracovníci nám nedali zpětnou vazbu, co s pacienty řešili a jak s nimi postupovali."*
- *„Pro mě osobně projekt nepřinesl nic, ani jsem netušil, že je součástí většího projektu, poradci mě nikdy nekontaktovali a pokud vím, ani nikoho jiného ze spolupracovníků. Očekávání jsem od projektu neměl žádná, jak řečeno, vůbec nešlo poznat, že o nějaký projekt jde, ……"*
- *„Nic nového mi nepřinesl, nic."* (5x)

2) Slabé stránky projektu

I v tomto bodě můžeme odpovědi rozdělit do několika následujících oblastí.

I. Odpovědi typu **Nevím o žádných negativech**

- *„Nevím o ničem."* (7x)
- *„Neobjevily se zásadní problémy ani v kontaktu s poradci ani co se týká jejich práce s klientem."*

II. Odpovědi typu **Nevyhovující doba služby**

- *„Nedošlo ke shodě v určení vhodného času k návštěvě oddělení."*
- *„Nesnadná a obtížná komunikace s některými pacientkami z důvodu ne zcela vyhovující doby služby."*
- *„V poslední době zástupci chtějí od nás vytipovat zájemce o jejich službu…. Jinak nějaká negativa*

projekt nepřinesl, ale ani nic nového nebo pro pacienty zajímavého. Také doba návštěv je špatná.

- *Docházka v nepravidelném čase.*"

III. Odpovědi typu **Žádná konkrétní pomoc**

- *„Pomoc je pouze v obecné rovině, nebyla pacientům nabídnuta konkrétní pomoc.*"
- *„Není konkrétní pomoc, pouze obecné informace.*"
- *„Negativa snad žádná, pouze nevhodná doba návštěv, očekávala bych víc konkrétní pomoci.*"
- *„Projekt asi nepřinesl nic negativního, jen by ta pomoc asi měla být víc konkrétní a prezentována širšímu druhu pacientů, ne jenom dva nebo tři.*"

IV. Odpovědi typu **Zpětná vazba, nedostatek informací**

- *„Chyběla zpětná vazba.*" (2x)
- *„Chyběla mi zpětná vazba od poradců, ale i pacientů.*"
- *„Nebyla zpětná vazba ze strany pracovníků sdružení.*"
- *„Zpětná vazba chybí. Pracovníci nás měli seznámit s principy projektu. Neznáme ani cíle.*"
- *„Chybí informovanost – pacient – sestra – účastníci projektu.*"
- *„Nebyl jsem spokojen s informovaností o projektu. Myslím, že by bylo vhodné hodinové seznámení s projektem, které by přednášeli sami pracovníci. Zároveň by odpovídali na případné dotazy.*"

V. Ostatní odpovědi

- *„Nedokáži odpovědět.*"
- *„S výběrem poradců – dle mého názoru někteří poradci působili na první dojem „hůř" než naši pacienti.*"

- *„Negativního stejně jako pozitivního projekt dle mého názoru nepřinesl nic. A asi dvakrát se stalo, že i přes předchozí ohlášení poradci nedorazili, a to bez omluvy, což mě nepotěšilo, neboť práce s výběrem vhodných pacientů a jejich přesvědčování, aby k rozhovoru svolili, bylo zcela zbytečně ztraceným časem."*

3) Smysl projektu do budoucna

Odpovědi pracovníků jsou zobecňujícím způsobem rozděleny do několika následujících kategorií

I. Odpovědi typu **ANO**

- *„Ano."* (2x)
- *„Pro pacienty zcela určitě. Jsou vděčni za kontakty a zájem zvenčí. Zmenšuje se jejich izolovanost a zvyšuje možnost seberealizace po propuštění."*
- *„Určitě, smysluplná je každá dobře míněná činnost."*
- *„Má smysl, každá pomoc pro psychiatrické pacienty je důležitá."*
- *„Samozřejmě každý projekt péče o pacienty má svůj smysl, ale nám chybí zpětná vazba, zda nějaká služba byla realizována a jak."*
- *„Myslím si, že má. Hlavně co se týče pacientů, jejich seberealizace."*
- *„Určitě ano, cokoliv pomůže pacientům, byť by to byly pouze informace a ne konkrétní pomoc je dobré. Jde asi i o ten pocit, že se o ně někdo zajímá a pomáhá jim."*
- *„Má smysl u určitých skupin pacientů."*
- *„Ano, bylo by dobré rozšířit projekt do více regionů, protože naše léčebna má velikou spádovou oblast."*

- *„Pacienti zde tuto službu využívali málo, ale myslím, že projekt smysl má."*

II. Odpovědi typu **ANO, ale na jiném oddělení**

- *„Určitě, ale větší význam by měl pravděpodobně na doléčovacím oddělení."*
- *„Určitě ano, ale pro jiný typ oddělení – uzavřené." (4x)*
- *„Snad ano, ale na jiném typu oddělení – uzavřené."*
- *„Jistě, na uzavřených odděleních."*
- *„Smysl má určitě, lépe bude sloužit pacientům na akutních příjmových uzavřených pavilonech."*

III. Odpovědi typu **ANO, ale pokud se služby rozšíří**

- *„Projekt smysl má, ovšem pouze pokud se služby rozšíří."*
- *„Smysl jistě má, dobré by bylo rozšíření služeb."*
- *„Více rozpracovány cíle projektu a kteří pacienti jsou „optimální" pro tento projekt."*

IV. Odpovědi typu **NE**

- *„Myslím, že ne, nebo alespoň ne tak, jak doposud."*
- *„V dané podobě na odděleních našeho typu, tj. uzavřených příjmových, naprosto žádný."*

III. Odpovědi typu **NEVÍM**

- *„Nedokáži posoudit."*
- *„Nevím."*

5.5.3. Komentář koordinátorky projektu k hodnocení zdravotnickým personálem

Sdělení získaná od pracovníků léčeben jsou cennými informacemi, jak na projekt nahlíží „druhá strana".

I přes doporučení, která jsem v rámci průzkumu od pracovníků léčeben obdržela se domnívám, že by měla být zachována idea projektu, kterou je vést pacienty prostřednictvím vhodných, jak pracovníci mnohdy uváděli „všeobecných", informací k maximální samostatnosti a schopnosti uspokojovat své potřeby a to i v době hospitalizace.

Z jedné psychiatrické léčebny se ozývaly hlasy, že chybí konkrétní pomoc, aktivita. Jako příklad bylo uváděno zprostředkování telefonického kontaktu, kontaktu s rodinou, možnost poslání SMS, poslání dopisu nebo dokonce půjčení peněz. Chápu, že by tato služba byla pro psychiatrické léčebny příjemná, ale domnívám se, že tyto aktivity jsou náplní práce sociálních pracovníků, kteří v každé léčebně jsou. Cílem projektu bylo naopak dovést pacienty k tomu, aby si sami a aktivně dokázali říct o to, co potřebují, a aby o pomoc požádali na správném místě – tj. neostýchali se oslovit kompetentní osoby v rámci léčebny.

Z jiných hodnocení vyplývá, že zdravotničtí pracovníci nebyli s projektem seznámeni, že je konkrétně nikdo neinformoval a neznali prý ani cíle projektu. Ačkoliv byla míra informování v jednotlivých léčebnách různá, musím odkázat do vlastních řad pracovníků, neboť kontaktní osoby obdržely materiál o projektu v písemné podobě a to s prosbou, aby s projektem seznámily své kolegy. Zdá se tedy, že také předávání informací na úrovni kontaktní osoba – ostatní pracovníci pavilonu nebylo dostatečné.

Na druhé straně jsem si ale i já, koordinátorka projektu, vědoma svých nedostatků a také nedostatků na

straně poradců. Je zjevné, že jsem podcenila oblast péče o, na projektu spolupracující, pracovníky v léčebnách. Měla jsem se více zajímat o to, jak jsou v projektu spokojeni, co jim chybí a co by bylo potřeba změnit.

5.5.4. Hodnocení projektu supervizorem

Supervizor se k projektu vyjádřil následovně: *„Jako supervizor projektu vidím přínos především v nové zkušenosti supervize. Zkušenosti s „poradcem". Narozdíl od dosud prováděných supervizí (individuální, skupinové) se v supervizi týmu poradců objevují nové skutečnosti a to v kumulaci rolí v roli poradců. Poradce je člověk se zkušeností pobytu v psychiatrické léčebně nebo oddělení, tedy se zkušeností pacienta ústavní psychiatrie, mnohdy pacientem psychiatrie i nadále zůstává v ambulantní péči. Současně je v roli pomáhajícího poradce a k dispozici současným pacientům léčebny. Není ani terapeutem, ani pacientem. Současně je „jaksi obojím". Do léčebny přichází „zvenčí", ale jeho vlastní zkušenost pacienta, kterou prožil uvnitř léčebny, je v jeho roli poradce „s ním". Je „poradcem" se vším tím, co to v sobě obsahuje. A nelze nepřipomenout, že většina poradců již měla za sebou zkušenost pomáhajících v projektu VIDA, tedy informující pacienty o možnostech následné péče po propuštění z léčebny."*

Supervizor konstatuje, *„že se s tímto novým fenoménem musel vyrovnat a ve společné kontraktaci v úvodu vyjasnit „pro koho vlastně přichází supervizi poskytnout". Jako jednoduché východisko se pak jevilo, aby supervizi poskytoval „týmu poradců". Také tomu tak nakonec bylo. Bylo tomu však ještě trochu jinak, protože v úvodním kontraktu došlo k dohodě, že supervize se vždy účastní i koordinátorka projektu Marcela. Také se vždy supervizní*

práce zúčastnila, tým nevyužil nikdy nabídku k tomu, že supervize může proběhnout jen se členy týmu, bez koordinátorky. Patrně nebylo potřeba."

„Nebyla učiněna nabídka k individuální supervizi poradců, nebyla ani vyžádána. Takže supervizi jsem poskytoval týmu poradců s koordinátorkou."

„Myslím, že jsem vnímal tým poradců s koordinátorkou jako konzistentně pracující tým. Jedno kratší supervizní sezení vyžádala koordinátorka Marcela nad problémem způsobu hodnocení projektu, což se ukázalo i pro supervizora jako užitečné."

„Celkově zůstává příjemný pocit z práce s novu zkušeností."

„K negativním stránkám projektu mě toho moc nenapadá, snad jen, že spíše nižší ohodnocení práce supervizora, které je v možnostech projektu, je vyváženo právě výše popsanou novou zkušeností."

Smysl projektu do budoucna supervizor vnímá *„jako další možnost pomoci pacientům orientovat se v situaci „přijetí do léčebny", tzn. mít kontakt s někým, kdo mi rozumí a dostat informaci o tom, jak a s kým mohu řešit v takto obtížné situaci, některé problémy".*

„V tomto smyslu bych byl pro pokračování projektu vcelku všemi deseti."

5.6. Návrh podoby budoucí realizace projektu

Cíl

Poradci vedou pacienty prostřednictvím vhodných informací k maximální samostatnosti a schopnosti uspokojovat své potřeby a to i v době jejich hospitalizace.

Poradci

Bývalí i stávající uživatelé psychiatrických služeb, kteří mají osobní zkušenost s hospitalizací v psychiatrické léčebně či na psychiatrickém oddělení nemocnic. Po absolvování základního výcviku (teoretická i praktická část) pravidelně docházejí na příjmová oddělení psychiatrických léčeben poskytovat informace pacientům. V rámci práce využívají svého osobního příběhu.

Kontaktní osoba

Pro každý pavilon psychiatrické léčebny, na kterém služba probíhá, je stanovena kontaktní osoba, na kterou se v případě potřeby obracejí poradci i koordinátor projektu.

Koordinátor projektu

- je zodpovědný za celkovou realizaci projektu
- bedlivě dbá na informovanost kontaktní osoby a ostatních pracovníků oddělení. S kontaktní osobou udržuje pravidelný kontakt s cílem mapovat průběh realizace projektu. Včas informuje kontaktní osobu o významných změnách v rámci projektu. Ve spolupráci s léčebnou řeší případné problémové situace související s projektem.
- tipuje a vybírá poradce pro realizaci služby
- zajišťuje adekvátní proškolení poradce
- organizuje a realizuje provozně technické schůzky s poradci
- zajišťuje supervizi poradců
- konzultuje a řeší s projektem související problémy poradců

- vede a je zodpovědný za agendu projektu (smlouvy, evidenční listy, výkazy práce, apod.)

Obsah služby

- **Vlastní zkušenost –** poradci mají sami zkušenost s duševní nemocí, popř. hospitalizací v psychiatrické léčebně
- **Povzbuzení, posílení, podpora** - poradci naslouchají pacientovi, jeho životnímu příběhu
- **Poskytnutí informací o**
  - **režimu oddělení –** program oddělení, čas stravování, možnost zalévání kávy, režim návštěv, vycházek, apod.
  - **kompetencích a rolích personálu v PL** – na koho se pacient může obrátit s daným problémem
  - **službách v PL** – jeli např. v prostorách léčebny k dispozici telefonní budka, dopisní schránka, trafika, obchod, možnost trávení volného času, apod.
  - **následných službách** – jakých služeb může pacient využít po odchodu z PL
  - **právech pacienta** – jedná se o dodržování nebo spíše respektování běžných práv, jako je např. právo říct si o hrnek
  - **povinnostech pacienta** – jedná se zejména o povinnost dodržovat provozní řád a režim zařízení, lékařem stanovený léčebný režim, nepožívat v průběhu hospitalizace alkoholické nápoje a jiné návykové látky, při příjmu odevzdat jakoukoliv zbraň.
  - **základních pojmech týkajících se právní problematiky hospitalizovaných pacientů –** poradci jsou schopni vysvětlit pojmy dobrovolná

/nedobrovolná hospitalizace, souhlas s léčbou, revers, nahlížení do dokumentace, ale neposkytují právní poradenství

Způsob poskytování služby

- službu v PL konají vždy 2 poradci, nejlépe muž a žena minimálně 1x za měsíc
- na pavilon docházejí pravidelně v den a čas, který byl sjednán s kontaktní osobou
- intervence probíhá na místě k tomu určeném – dojednáno s kontaktní osobou
- po skončení služby poradce vyplní evidenční list

Supervize

Poradci se účastní pravidelných supervizních setkání, které vede pověřený supervizor/ka.

Zpětná vazba

Koordinátor dojedná schůzku s kontaktní osobou daného pavilonu. Schůzky se zúčastní poradci, kteří na pavilon docházejí, koordinátor, kontaktní osoba pro daný pavilon a případně další pracovníci psychiatrické léčebny, aby byla možnost oboustranného rozhovoru. Frekvence minimálně jednou za rok.

5.7. Statistika

V této části bych chtěla věnovat pozornost evidenčním listům a jejich vyhodnocení. Jak již bylo uvedeno dříve, evidenční listy jsou anonymní listiny, které vyplňovali poradci ve spolupráci s pacienty. Tyto listy byly průběžně shromažďovány v průběhu celé realizace projektu. Vypovídají

nejenom o celkovém počtu intervencí, které poradci pacientům poskytli, ale také o skladbě pacientů, se kterými hovořili.

5.7.1. Počet intervencí

PL, pavilon	Počet intervencí Na jednotlivých pavilonech	Počet intervencí v jednotlivých PL celkem
PL Havlíčkův Brod	18[9]	18
PL Kosmonosy, p. A	12	29
PL Kosmonosy, p. B	17	
PL Praha, p. 2	31	113
PL Praha, p. 3	30	
PL Praha, p. 26	52	
LS Sadská, p. A	1	1
Počet intervencí celkem		**161**

Tabulka č. 1 Počet intervencí

5.7.2. Oblast intervencí

V následujících bodech shrnuji oblasti nejčastějších dotazů a odpovědí.

I. Z evidenčních listů vyplývá, že nejdůležitější na práci poradců byl *rozhovor*, který představoval jisté *partnerství* a *blízkost*. Pacienti se na poradce obraceli se svým životním příběhem a žádali pochopení a povzbuzení.

II. Druhou nejčastější oblast můžeme souhrnně označit jako odkázání *na kompetentní osoby, doporučení*

[9] Vzhledem k neúplnostem v evidenčních listech, které poradci předložili, nelze odvodit, kolik intervencí proběhlo na jednotlivých navštěvovaných pavilonech.

odborníků. Pacienti se na poradce obraceli s otázkami týkajícími se jejich zdravotního stavu, medikace, riskantnosti vyšetření, apod. V těchto případech poradci posilovali pacienty, aby se neostýchali ptát se kompetentních osob (lékař na pavilonu, psycholog, sociální pracovník)

III. *Informace o následných službách* – pacienti se zajímali především o možnosti trávení volného času po propuštění z léčebny, o možnosti chráněného bydlení a chráněné práce.

IV. *Informace o právech* – jednalo se zpravidla o dotazy nedobrovolně hospitalizovaných pacientů, kteří si žádali více informací.

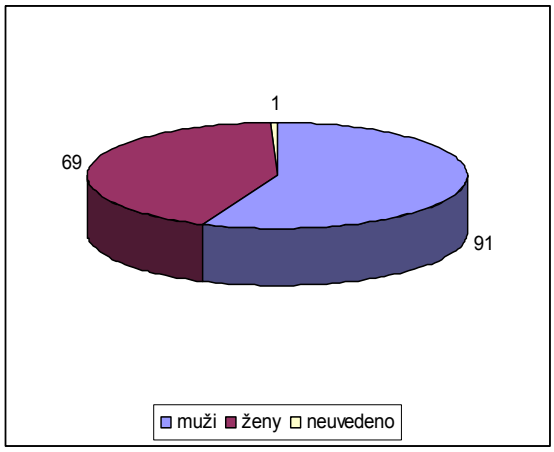
V. *Informace vztahující se k režimu oddělení* – pacienti potřebovali více informací o chodu pavilonu, o možnostech vycházek, návštěv, apod.

5.7.3. Vyhodnocení evidenčních listů

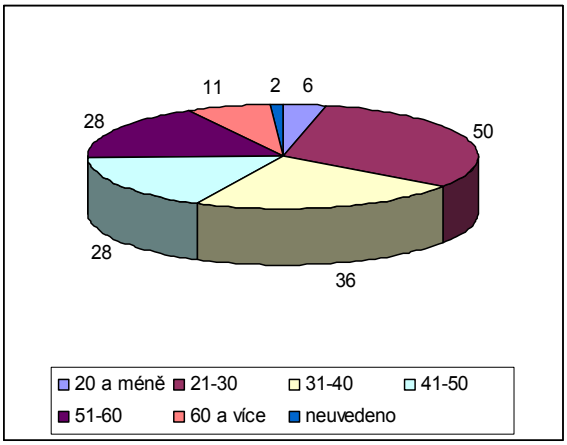
Ačkoliv jsem v průběhu realizace projektu dospěla k závěru, že evidenční listy ve své původní podobě nejsou zcela vhodné, mají svoji vypovídající hodnotu. Informují nás o skladbě pacientů, se kterými poradci komunikovali.

Nejprve v grafech znázorňuji souhrnné údaje ze všech psychiatrických léčeben a léčebného sanatoria, poté v tabulkách (viz následující kapitola) uvádím porovnání jednotlivých léčeben navzájem.

Graf č. 1 Pohlaví pacientů

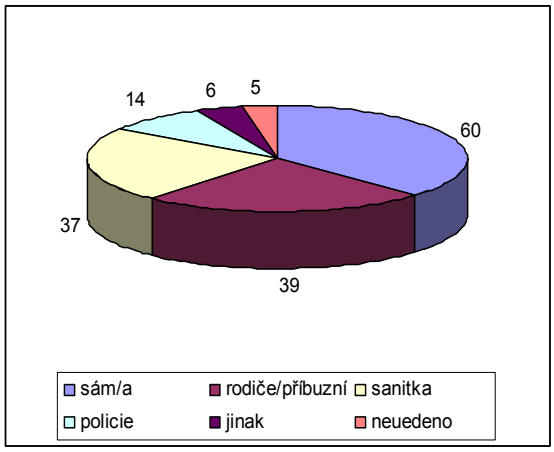


Graf č. 2 Věk pacientů



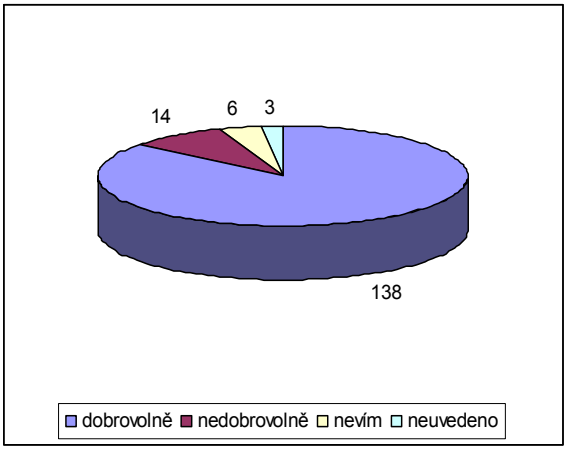
Většina pacientů, s nimiž měli poradci možnost mluvit, byli mladí lidé ve věku od 21 do 30 let.

Graf č. 3 Jak se pacient dostal do PL (LS)



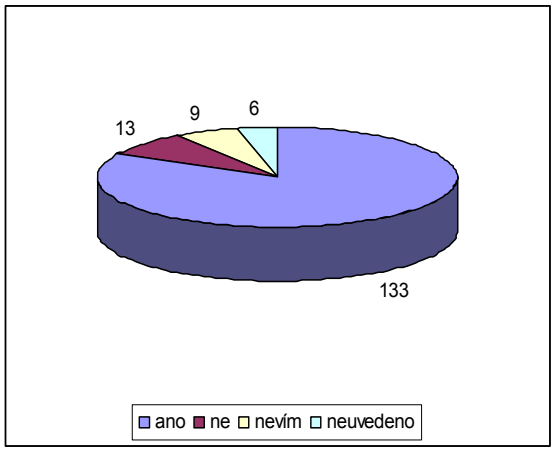
Přibližně 37 % pacientů se do psychiatrické léčebny dostalo z vlastního rozhodnutí. Ve 24 % je do léčebny odváželi rodiče nebo příbuzní, popřípadě zorganizovali převoz. Téměř u 9 % pacientů asistovala při převozu do léčebny policie.

Graf č. 4 (Ne)dobrovolnost hospitalizace



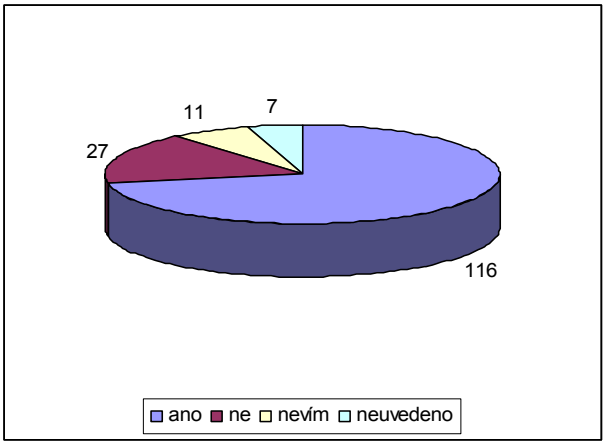
Necelých 86 % pacientů bylo dobrovolně hospitalizovaných. Nedobrovolnou hospitalizaci uvedlo 14 pacientů z celkového počtu 161 dotázaných.

Graf č. 5 Souhlas s léčbou



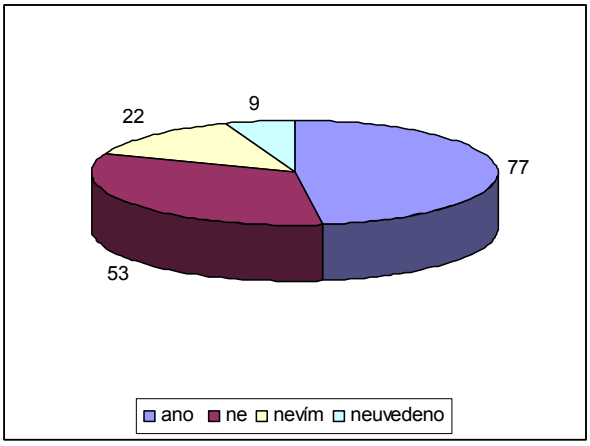
Necelých 83 % respondentů uvedlo, že podepisovalo souhlas s léčbou. 8 % pacientů tento souhlas buď nepodepsalo nebo nikdy nevidělo.

Graf č. 6 Poučení o právech a povinnostech zaměstnanci PL (LS)



72 % pacientů uvádí, že byli zaměstnanci poučeni o svých právech a povinnostech. Někteří doplňují, že se jednalo o písemné informace v šanonech.

Graf č. 7 Předchozí informovanost o právech a povinnostech



Přibližně 48 % pacientů uvádí, že již byli někdy v minulosti informováni o svých právech a povinnostech a 33 % připustilo, že nebylo takto informováno nikdy. Do této skupiny patří také pacienti, kteří byli hospitalizovaní poprvé

5.7.4. Porovnání jednotlivých léčeben navzájem

Tabulka č. 2 Pohlaví pacientů

PL	Havlíčkův Brod	Kosmonosy	Praha	LS Sadská
muž	14	12	64	1
žena	3	17	49	0
neuvedeno	1	0	0	0
CELKEM	**18**	**29**	**113**	**1**

Tabulka č. 3 Věk pacientů

PL	Havlíčkův Brod	Kosmonosy	Praha	LS Sadská
20 a méně	0	0	5	1
21 – 30	8	10	32	0
31 – 40	4	11	21	0
41 – 50	3	3	22	0
51 – 60	3	3	22	0
60 a více	0	2	9	0
neuvedeno	0	0	2	0
CELKEM	**18**	**29**	**113**	**1**

Tabulka č. 4 Jak se pacient dostal do PL (LS)

PL	Havlíčkův Brod	Kosmonosy	Praha	LS Sadská
sám/a	7	9	44	0
rodiče/příbuzní	2	9	27	1
sanitka	7	6	24	0
policie	1	2	11	0
jinak	1	0	5	0
neuvedeno	0	3	2	0
CELKEM	**18**	**29**	**113**	**1**

Tabulka č. 5 (Ne)dobrovolnost hospitalizace

PL, LS	Havlíčkův Brod	Kosmonosy	Praha	Sadská
dobrovolně	18	23	96	1
nedobrovolně	0	2	12	0
nevím	0	2	4	0
neuvedeno	0	2	1	0
CELKEM	**18**	**29**	**113**	**1**

Tabulka č. 6 Souhlas s léčbou

PL, LS	Havlíčkův Brod	Kosmonosy	Praha	Sadská
ano	14	24	94	1
ne	3	1	9	0
nevím	1	1	7	0
neuvedeno	0	3	3	0
CELKEM	**18**	**29**	**113**	**1**

Tabulka č. 7 Poučení o právech a povinnostech zaměstnanci PL (LS)

PL, LS	Havlíčkův Brod	Kosmonosy	Praha	Sadská
ano	12	20	83	1
ne	3	5	19	0
nevím	3	1	7	0
neuvedeno	0	3	4	0
CELKEM	**18**	**29**	**113**	**1**

Tabulka č. 8 Předchozí informovanost o právech a povinnostech

PL, LS	Havlíčkův Brod	Kosmonosy	Praha	Sadská
ano	8	18	51	0
ne	6	6	40	0
nevím	4	2	16	0
neuvedeno	0	3	6	1
CELKEM	**18**	**29**	**113**	**1**

5.8. Shrnutí k projektu

Cílem této kapitoly bylo prezentovat průběh realizace jednoletého pilotního projektu Poradci v psychiatrické léčebně. Dále nastínit pozitiva i negativa programu, poukázat na důležité momenty a navrhnout jeho podobu do budoucna.

Jak již bylo naznačeno v průběžně psaných komentářích, je zjevné, že se spolupráce mezi svépomocí a psychiatrickými léčebnami nevylučuje, nicméně realizace této spolupráce vyžaduje dlouhodobé a kontinuální úsilí. Je nezbytné investovat mnoho času a energie jak do navázání vztahu s léčebnou, tak také k jeho udržení.

Prostřednictvím projektu jsem si také ověřila, že sami uživatelé psychiatrických služeb mohou zaujmout významné místo na poli péče o lidi se závažným duševním onemocněním. Ačkoliv poradci poskytované informace o právech pacientů měly z hlediska komplexnosti jisté nedostatky, jednalo se v některých případech o první a jediné informace, které kdy pacienti získali. Z tohoto hlediska je lze hodnotit jako velmi cenné. Navíc fakt, že poradci využívají svoji osobní zkušenost a otevřeně hovoří o svém příběhu je zcela novým rozměrem. V tomto aspektu jsou poradci nenahraditelní, nikdo jiný nemůže takovou svoji zkušenost zprostředkovat.

Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zabývala problematikou lidských práv a základních svobod hospitalizovaných psychiatrických pacientů, neboť ústavní forma léčby lidí se závažným duševním onemocněním je z hlediska dodržování zmíněných práv jedním z nejrizikovějších faktorů.

Základním předpokladem pro realizaci těchto prioritních předpokladů demokracie je vytvoření potřebného legislativního prostředí, které by tato práva a svobody garantovalo a chránilo.

Ačkoliv došlo po roce 1989 k zásadním změnám v nazírání na tuto problematiku a k výraznému zlepšení v možnostech realizace základních práv a svobod osob se zdravotním postižením, stále jsou znatelné vlivy mnohaletého paternalistického přístupu, jehož atributy byli pasivita v přijímání péče, potlačení suverenity a nezávislosti na minimum.

Z tohoto důvodu jsem se v teoretické části zaměřila na výčet právních norem a dokumentů, které se k dané problematice vztahují. Podrobně jsem se také věnovala Úmluvě o biomedicíně, jež je stěžejním právním předpisem upravujícím medicínské právo a tudíž by měla být důvěrně známa všem pracovníkům, kteří se věnují péči o hospitalizované psychiatrické pacienty. Dále jsem se pokusila vytvořit ucelený přehled problémových okruhů, které se v našich podmínkách v současné době vyskytují. Z této teoretické části vyplývá poměrně velká šíře problému, který současná psychiatrická péče představuje.

V praktické části jsem se věnovala popisu pilotního projektu, který jsem v roli koordinátorky samostatně realizovala. Jeho cílem bylo vytvořit model práce poradců z řad klientů, kteří budou schopni efektivně podávat

informace lidem hospitalizovaným na příjmových pavilonech psychiatrických léčeben s cílem zvýšit jejich právní povědomí. Ze sondy, která byla v rámci projektu realizována vyplynulo, že by se uživatelé psychiatrických služeb a profesionálové mohli společně podílet na vytváření vhodných podmínek pro hospitalizované duševně nemocné pacienty. Zdá se však, že strana profesionálních pracovníků je na tuto spolupráci připravena méně, nežli samotní uživatelé.

Ochrana a naplňování lidských práv a svobod je složitý proces. V podmínkách České republiky se především jedná o aktivní akceptaci principů těchto práv a také o jejich důslednou implementaci do celého právního řádu. Ochrana lidských a občanských práv současně vyžaduje, aby uplatňování jejich principů a zásad bylo institucionálně zabezpečeno v činnosti příslušných orgánů.

Seznam použité literatury

Akční plán duševního zdraví pro Evropu. WHO, EUR/04/5047810/7, 2005 Helsinki

Balint, M.: Lékař, jeho pacienta nemoc. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 1. ISBN 80-7169-734-6.

Císařová, Sovová a kol.: Trestní právo a zdravotnictví. 2. vyd. Praha: Nakladatelství Orac, 2004, ISBN 80-86199-75-4.

Gerloch A.: Teorie práva. 1. vyd. Dobrá voda u Pelhřimova: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2000. ISBN 80-86473-01-5

Goffman, E.: Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Othet inmates. 1. vyd. Doubleday: New York, 1990. ISBN 0-385-00016-2.

Hanuš, J.: Lidská práva: nárok na obecnou platnost a kulturní diferenciaci. 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 80-85959-86-0.

Haškovcová, H.: Lékařská etika. 2. vyd. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-54-X.

Honzák, R.: Komunikační pasti v medicíně: Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem. 2. vyd. Praha: Gelén, 1999. ISBN 80-7262-032-0.

Höschl, C.: Psychiatrie pro praktické lékaře. 1. vyd. Jinočany: H&H, 1966. ISBN 80-85-787-962.

Hušek, M.: V kleci. Magazín Právo, 22. listopadu 2003, s. 4 -7

Chamberlinová, J.: Na vlastní pěst: Pacientem řízené alternativy systému psychiatrického zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Identita, 1999. ISBN 80-238-5532-8.

Interní materiály CRPDZ, Praha.

Jedlička, Švestka, Škárová a kol. Občanský zákoník komentář. 7. vydání, Praha: C. H. Beck, 2002. ISBN 80-7179-662-X.

Knapp, V.: Teorie práva. 1. vyd., Praha: C. H. Beck, 1995. ISBN 80-7179-028-1.

Komárková, B.: Původ a význam lidských práv. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. ISBN 80-04-25384-9.

Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. 2. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN – 80-7178-150-9.

Kvalita psychiatrické péče očima pacientů. Kvalitativní výzkum mezi pacienty psychiatrie. Závěrečná zpráva. STEM/MARK a. s., Praha, 2006.

Liberman, R. P.: handbook of Psychiatric Rehabilitation. Kalifornia: UCLA Schoul of Medicíně, Psychiatric Rehabilitation Consultants Camarillo, 1999.
Libiger, J.: Stigma duševního onemocnění. Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii. 2001, roč. 5, č. 1, s. 38-40.

Matoušek, O.: Ústavní péče. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 1999. ISBN 80-85850-76-1.

Matoušek, O: Slovník sociální práce. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

Nová, H.: Nesvéprávní – nedostatečná právní ochrana (3.). Právo a rodina. 2006, roč. 8, č. 2, s. 24 – 28.

Podkladový materiál k jednání komise Ministerstva zdravotnictví pro reformu psychiatrie. CRPDZ, Praha 2004.

Politika péče o duševní zdraví v ČR. Zpráva o současném stavu. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi. CRPDZ, Praha 2005.

Praško, J.: Stigmatizace u „psychogenních poruch". Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii. 2001, roč. 5, č 1, s. 32-37.

Psychiatrická péče 2002: zdravotnická statistika. Praha: UZIS ČR, 2004. ISBN 80-7280-299-2.

Psychiatrie v ČR 2004. Implementace Koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče. Závěrečná zpráva. STEM/MARK a. s., Praha 2004.

Reforma péče o duševně nemocné, koncepce oboru psychiatrie a její implementace – podkladový materiál pro jednání na MZ ČR. CRPDZ, Praha, 2002.

Report to the Czech Government on the visit to the Czech Republic carried out by the European committe for the

Prevention of torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 21 to 30 April 2002. Strasbourg, 2004.

Sborník České společnosti pro duševní zdraví: Svépomocné skupiny a pacientské kluby, Praha: CRPDZ, 2001.

Schmidbauer, W.: Psychická úskalí pomáhajících profesí. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-312-9.

Studihradová, A.: Deklarace duševního zdraví. ESPRIT Časopis (nejen) pro duševní zdraví. ČAPZ, Praha, 7-8/2005, s. 13-14.

Šilhánová, L.: Ochrana lidských práv v ČR. Praha: Český helsinský výbor, 2004.

Šimek, J.: Lékařská etika v současné medicíně. Česká a slovenská psychiatrie, 1995, 91, Suppl. 1., s. 3-10.

The World Health Report 2001. Mental Helath: New Understanding, New Hope, France, 2001, ISBN 92 4 156201 3.

UZIS ČR, aktuální informace č. 29/2003

Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

Všeobecná encyklopedie, 1. vydání, Praha: Diderot, 1999. ISBN 80-902555-6-6.

Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně.

Zásady ochrany duševně nemocných. Rezoluce 46/119 ze 17. 12. 1991

Závěrečná zpráva projektu APEL (Audit práv etiky léčby v psychiatrické léčebně), Praha, CRPDZ, 2003.

Zelená kniha, KOM(2005) 484 v konečném znění. Brusel.

2. národní konference Mainstreaming Mental Disability Policy. Přednáška Tomáše Reitera.Praha, CRPDZ, 22. 3. 2006.

Zákony

Zákon č. 1/1993 Sb. Ústava České republiky
Zákon č. 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu
Zákon č. 260/2001, kterým se mění z. č. 20/1966 Sb.
Zákon č. 40/1964 Sb. Občanský zákoník
Zákon č. 99/ 1963 Sb. Občanský soudní řád
Zákon č. 96/2011 Sb. m. s. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Www.plbohnice.cz/uploads/plb/prava_pac.php

Rozhovor s Jaromírou Sedláčkovou, Praha, 4. dubna 2006

Přílohy

Příloha č. 1

Prohlášení o mlčenlivosti

Poradce (jméno a příjmení), datum narození se zavazuje k zachování mlčenlivosti o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem své náplně práce v rámci projektu Poradci v psychiatrických léčebnách, s výjimkou případů, kdy skutečnosti sděluje se souhlasem pacienta.

Příloha č. 2

Etický kodex poradce

- Cílem je poskytování informací lidem, kteří se v důsledku psychických problémů ocitli na příjmových či akutních odděleních psychiatrických léčeben (sanatorií)
- Při poskytování informací dbá poradce na jejich pravdivost, přesnost a jednoznačnost
- Poradce je povinen vést o setkání s pacientem záznam – evidenční list
- Poradce respektuje a chrání důvěrné informace získané v průběhu práce s pacientem Chrání pacientovu totožnost
- Poradce své služby poskytuje bezplatně
- Poradce má právo odmítnou setkání s pacientem. V tom případě se snaží pro pacienta zajistit setkání s některým ze svých kolegů
- Poradce je způsobilý poskytovat informace až po absolvování základního výcviku

- Poradce se účastní vzdělávacích akcí v rámci tohoto projektu
- Poradce zodpovědně plní povinnosti vyplývající ze závazku vůči svému zaměstnavateli

Příloha č. 3

Třináctero poradce

1. sebevzdělávání
2. týmová práce
3. znalost a orientace v prostředí
4. schopnost a ochota pracovat se zpětnou vazbou
5. stanovení a zachování hranic
6. komunikativnost
7. využití vlastní zkušenosti (např. vyrovnání se s duševní nemocí)
8. úcta a respekt
9. naslouchání
10. diskrétnost
11. zodpovědný přístup
12. pozitivní přístup
13. profesní přístup
    - nedirektivnost
    - soustředění se
    - nepřebírat zodpovědnost
    - nezaměňovat pracovní činnost s osobními zájmy
    - zevnějšek, vizáž
    - slušnost + vstřícnost

Příloha č. 4

Výkaz práce

Jméno a příjmení ……

datum	**co** (služba v PL, pracovní schůzka, …)	**počet odpracovaných hodin**	**čas na cestě**
POČET HODIN CELKEM			

Podpis……..

Příloha č. 5

Evidenční list

Datum ……

Psychiatrická léčebna/léčební sanatorium……

Pohlaví ☐ žena ☐ muž

Věk ☐ 20 a méně ☐ 21-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51-60 ☐ 60 –

Jak jste se dostal/a do PL (LS)?

☐ sám/a ☐ rodiče/příbuzní ☐ sanitka ☐ policie

☐ jinak, řekněte jak…….

Jste dobrovolně či nedobrovolně hospitalizovaný/á?

☐ dobrovolně ☐ nedobrovolně ☐ nevím

Podepisoval/a jste souhlas s léčbou?

☐ ano ☐ ne ☐ nevím

Byl/a jste zaměstnanci PL (LS) informován/a o vašich právech a povinnostech?

☐ ano ☐ ne ☐ nevím

Byl/a jste již někdy takto informován/a?

☐ ano ☐ ne ☐ nevím

Zakázka ……

Sdělená informace ……

Poradce …… **Délka konzultace** ……

Příloha č. 6

Dotazník

1) Přínos projektu

A) pro cílovou skupinu – pacienty na příjmovém oddělení psychiatrické léčebny/léčebného sanatoria

Smysl projektu pro pacienty.

Co nového jim přinesl?

V čem pomohl, čemu prospěl?

……

……

B) pro Vás samotného – poradce/zdravotnického pracovníka

Co nového, jiného, přinesl projekt Vám osobně?

……

……

2) Naplnil projekt Vaše očekávání?

……

……

3) Negativa projektu

Co negativního projekt přinesl?

S čím jste v rámci projektu nebyl/a spokojen/a?

……

……

4) Má projekt do budoucna smysl?

……

……

5) Doručení pro další fungování projektu.

……

……

Evidenční list knihovny

DIPLOMOVÉ PRÁCE SE PŮJČUJÍ POUZE PREZENČNĚ !

UŽIVATEL

potvrzuje svým podpisem, že tuto diplomovou práci: Toušková, M: Problematika práv lidí se závažným duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrické léčebně použije pro svou práci tak, že ji uvede ve svém seznamu literatury a bude ji řádně citovat jako každý jiný pramen.

Jméno uživatele	Katedra/ pracoviště	Bydliště uživatele	Název práce	Datum	Podpis