

# Závěrečná zpráva projektu APEL

(Audit práv a etiky léčby v psychiatrických léčebnách)



**C**entrum pro rozvoj péče o duševní zdraví  
entre for Mental Health Care Development

---

Kamenická 25, Praha 7, 170 00, Czech Republic  
Tel.: +42 02 33376300, Fax: +42 02 33376301, E-mail: [cmhcd@cmhcd.cz](mailto:cmhcd@cmhcd.cz)

# Obsah

<b>ÚVOD</b>	<b>3</b>
<b>HISTORIE PROJEKTU APEL</b>	<b>3</b>
<b>CÍLE PROJEKTU</b>	<b>4</b>
<b>ROZSAH A OMEZENÍ PROJEKTU</b>	<b>4</b>
<b>POUŽITÁ METODIKA</b>	<b>5</b>
<b>PROJEKTOVÝ TÝM</b>	<b>5</b>
<b>PŘÍPRAVA DOTAZNÍKŮ</b>	<b>6</b>
<b>POSTUP ŠETŘENÍ A ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ</b>	<b>6</b>
<b>VÝSLEDKY</b>	<b>8</b>
<b>BODOVÉ HODNOCENÍ LÉČEBEN</b>	<b>8</b>
<b>POROVNÁNÍ HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ PODLE JEJICH ZDROJŮ</b>	<b>12</b>
<b>PŘIPOMÍNKY K POUŽITÝM DOTAZNÍKŮM</b>	<b>14</b>
<b>SHRNUTÍ, NÁVRHY A DOPORUČENÍ</b>	<b>21</b>
<b>SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ</b>	<b>21</b>
<b>NÁVRHY A DOPORUČENÍ TÝKAJÍCÍ SE METODIKY ŠETŘENÍ A NAVAZUJÍCÍHO PROJEKTU</b>	<b>25</b>
<b>NÁVRHY A DOPORUČENÍ SMĚŘUJÍCÍ K LŮŽKOVÝM PSYCHIATRICKÝM ZAŘÍZENÍM</b>	<b>26</b>
<b>NÁVRHY A DOPORUČENÍ SMĚŘUJÍCÍ KE STÁTNÍ SPRÁVĚ A ODBORNÝM SPOLEČNOSTEM</b>	<b>27</b>
<b>ZÁVĚR</b>	<b>28</b>
<b>NAPLNĚNÍ CÍLŮ PROJEKTU A PŘEDPOKLÁDANÉ DALŠÍ VYUŽITÍ VÝSLEDKŮ PROJEKTU</b>	<b>28</b>
<b>PODĚKOVÁNÍ ZA SPOLUPRÁCI</b>	<b>28</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	<b>29</b>
<b>ZÁKLADNÍ DOTAZNÍK</b>	<b>30</b>
<b>DOTAZNÍK PRO ROZHOVOR S PACIENTEM</b>	<b>47</b>
<b>CITACE ZÁKONNÝCH NOREM</b>	<b>63</b>

# Úvod

## Historie projektu APEL

Krátce po politických změnách v roce 1989 se odborná i širší veřejnost začala zajímat o stav lidských práv v psychiatrických zařízeních. Celá diskuse se v tehdejší době soustředila převážně na otázku, jak dalece byla psychiatrie v době komunismu zneužívána pro politické účely. Geneva Initiative on Psychiatry ve spolupráci s Českou psychiatrickou společností zorganizovala v roce 1992 na téma práva psychiatrických pacientů celostátní seminář. Závěrem těchto akcí a diskusí bylo konstatování, že zneužívání psychiatrie pro politické účely nebylo v socialistickém Československu masivním jevem. Tímto konstatováním odborná veřejnost na jistou dobu otázku práv psychiatrických pacientů konzervovala.

V souvislosti s posilováním občanských aktivit, emancipací pacientů a rodinných příslušníků i v souvislosti s rostoucím zájmem o stav lidských práv v kandidátských zemích EU a v neposlední řadě s celkovou demokratizací naší společnosti se otázka práv psychiatrických pacientů v posledních letech znovu otevírá. Nyní ne již na tak rudimentární úrovni jako po roce 1989. Jako výsledek tohoto procesu vznikla mezi humanisticky založenými profesionály a dalšími zainteresovanými v oblasti péče o pacienty psychiatrických služeb myšlenka vypracování metodiky či nástroje kterým by jednak bylo možné zmapovat současnou úroveň dodržování práv psychiatrických pacientů v lůžkových psychiatrických zařízeních a zároveň kontinuálně zlepšovat stav věcí.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví si od roku 1995, kdy vzniklo, klade za cíl přispívat k procesu transformace péče o duševně nemocné v České republice. Významně se podílelo na vzniku koncepce oboru psychiatrie, iniciovalo a podpořilo řadu modelových projektů týkajících se zejména komunitních rehabilitačních služeb a vytváření regionálních sítí služeb. Spolupracovalo s řadou psychiatrických léčeben v projektech zaměřených na propojení akutní nemocniční péče s extramurálními rehabilitačními službami.

Od roku 1998 připravovalo i projekt zaměřený na otázky zlepšení ochrany práv duševně nemocných, jehož součástí bylo vytvoření nástrojů pro hodnocení kvality lůžkové péče, audit kvality péče v několika lůžkových zařízeních, srovnání problematiky práv duševně nemocných v ČR se zahraničím, jak z hlediska legislativy, tak vžité praxe. Projekt předpokládal vytvoření detailního střednědobého plánu transformačních kroků v jedné z velkých psychiatrických léčeben. Na takto rozsáhlý a komplexní projekt se nepodařilo získat finanční prostředky a proto byly jednotlivé části původního projektu rozděleny do samostatných projektů, které se Centrum pro rozvoj péče o duševního zdraví pokouší postupně realizovat.

Projekt APEL (Audit Práv a Etiky Léčby) vznikl z iniciativy Vládní komise pro bioetiku v medicíně, jejíž členové vypracovali první verzi dotazníku. Projekt pak byl realizován Centrem pro rozvoj péče o duševního zdraví ve spolupráci s Vládním zmocněncem pro lidská práva a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Projekt bylo možno realizovat díky otevřenosti a konstruktivní spolupráci psychiatrických léčeben.

## Cíle projektu

- Vyzkoušet připravené nástroje pro hodnocení lůžkové péče v praxi a shromáždit podklady pro jejich úpravu.
- Orientačně porovnat kvalitu péče z hlediska lidských práv duševně nemocných v několika lůžkových psychiatrických zařízeních.
- Zapojit formou interních hodnotících skupin část personálu psychiatrických léčeben do procesu vytváření standardní metodiky hodnocení kvality péče a zvýšit tím citlivost personálu k otázkám práv duševně nemocných.

## Rozsah a omezení projektu

Rozsah a metodika šetření použitého v projektu byly ovlivněny omezeným časovým rámcem i rozpočtem projektu.

Šetření bylo nutno omezit na čtyři psychiatrická lůžková zařízení, ačkoliv zájem a ochotu podílet se na projektu projevilo více oslovených zařízení. Vzhledem k omezeným možnostem se projektový tým rozhodl provést šetření pouze v psychiatrických léčebnách (lůžka v psychiatrických léčebnách představují více než 80% celkové psychiatrické lůžkové kapacity). Srovnání situace ve velkých psychiatrických léčebnách a psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, které by bylo jistě zajímavé, tak nebylo možno provést.

Do šetření nebyla zahrnuta lůžková psychiatrická péče o dětské pacienty. Dětská psychiatrie je z pohledu ochrany lidských práv velmi specifická a její hodnocení vyžaduje odlišné nástroje, jejichž příprava přesahovala možnosti projektového týmu.

Do šetření nebyla zahrnuta ani specializovaná oddělení pro léčbu závislostí a sexuologická oddělení. Lze však předpokládat, že pro tato oddělení lze použít prakticky shodná měřítká jako pro běžná psychiatrická oddělení, doplněná o standardy provádění ochranných léčeb.

Jistým omezením bylo i to, že v časovém harmonogramu projektu nebylo možno zajistit pilotní šetření celého týmu externích hodnotitelů zajišťující dostatečně reliabilitu dalších šetření.

# Použitá metodika

## Projektový tým

### Vedení projektu:

MUDr. Jan Pfeiffer – odborný garant projektu  
MUDr. Jan Stuchlík – koordinátor projektu  
MUDr. Ondřej Pěč – konzultant, psychiatr  
Mgr. Jitka Styblíková – asistent projektu  
Bc. Mirka Styblíková – administrátor

### Externí hodnotitelé:

Mgr. Michal Balabán (právník, zástupce uživatelské skupiny Kolumbus)  
MUDr. Pavel Baudiš, CSc. (psychiatr, PCP Praha)  
Anna Kachlíková (zástupce uživatelské skupiny Kolumbus)  
Robert Kaňka (právník)  
Mgr. Milan Milner (Milner, Zapotil a spol., advokátní kancelář)  
Bc. Alena Pavlíčková (sociální pracovnice, Fokus Mladá Boleslav)  
MUDr. Ondřej Pěč (psychiatr, ESET, CRPDZ)  
Mgr. Filip Pospíšil (lidskoprávní expert, antropolog)  
Ing. Radek Prouza (zástupce uživatelské skupiny Kolumbus)  
MUDr. Jan Stuchlík (psychiatr, Fokus Mladá Boleslav, CRPDZ)  
Bc. Saša Vidovič (psychiatrická sestra, agentura domácí péče Victory)  
RNDr. Mgr. Ladislav Zamboj (lidskoprávní expert, Poradna pro občanství, občanská a lidská práva)

### Interní hodnotitelské týmy psychiatrických léčení:

#### PL Jihlava

Prim. MUDr. Josef Svatoň  
MUDr. Dagmar Dvořáková  
Mgr. Terezie Štokrová  
Staniční sestra Jitka Viktorová

#### PL Kosmonosy

Simona Francová  
Hana Hejnová  
Prim. MUDr. Jiří Bazika

#### PL Opava

Dagmar Krupičková  
Prim. MUDr. Chvíla Libor, CSc.  
Prim. MUDr. Taraba Petr  
Prim. MUDr. Drábková Nina  
JUDr. Tichý Jindřich

#### PL Praha – Bohnice

Prim. MUDr. Zdeňka Vyhnánková  
Mgr. Vladimír Ochrana  
Dana Vetešníková

#### PL Bílá Voda

Mgr. Markéta Richtrová  
Hermína Buchtelová  
Jana Švehlová  
Zdena Šínová  
(Na zpracování dotazníku na oddělení potom měly největší podíl staniční sestry – Grigoriadisová, Bicanová, Jahodová, Michálková, Malířová)

## Příprava dotazníků

### Základní dotazník (Příloha 1, strana 30)

V roce 2001 zmocněnec vlády ČR pro lidská práva MUDr. Jan Jařab podpořil ideu vypracovat nástroj na hodnocení úrovně lidských práv v psychiatrických zařízeních. Tato idea byla rozpracovávána v rámci Výboru pro lidská práva a biomedicínu spadajícího do gesce MUDr. Jana Jařaba. Vypracováním první verze dotazníku byli pověřeni MUDr. Jan Pfeiffer (CRPDZ), MUDr. Pavel Baudiš (PCP) a MUDr. Martin Dušek (PL Bohnice). Autorem názvu pro dotazník - APEL byl MUDr. Martin Dušek. Počátkem roku 2002 byla první verze dotazníku oponována členy Vládního výboru pro lidská práva a biomedicínu. Na základě výzvy MUDr. Jana Jařaba přistoupilo MZ ČR k financování projektu modelového vyzkoušení dotazníku v několika psychiatrických léčebnách.

V šetření byl základní dotazník používán ve shodné podobě externími hodnotiteli i interními hodnotitelskými týmy léčeben.

### Dotazník pro rozhovor s pacientem (Příloha 2, strana 47)

Dotazník pro rozhovor s pacientem byl vytvořen z hlavního dotazníku vyřazením položek, pro jejichž hodnocení pacient nemá informace (systém vzdělávání personálu, otázky týkající se kontrolních mechanismů a podobně). Oproti hlavnímu dotazníku byly položky přeformulovány do podoby otázek přímo pokládaných pacientovi.

V šetření byl dotazník pro rozhovor s pacientem používán pouze externími hodnotiteli.

## Postup šetření a zpracování výsledků

### Vyžádání spolupráce psychiatrických léčeben

O projektu bylo dopisem informováno 6 psychiatrických léčeben. Zájem o spolupráci projevily léčebny v Bílé Vodě, Brně, Jihlavě, Kosmonosích, Opařanech, Opavě a Praze. Psychiatrická léčebna v Brně v průběhu následného vyjasňování podmínek šetření svou účast v projektu odvolala. Léčebna v Bílé Vodě zpracovala pouze interní hodnocení, hodnocení externím týmem nemohlo být provedeno vzhledem k omezenému rozsahu projektu. Dětská psychiatrická léčebna v Opařanech přislíbila připomínky k metodice z pohledu péče o dětské psychiatrické pacienty. Připomínky nejsou dosud k dispozici.

### Postup šetření

Šetření ve čtyřech psychiatrických léčebnách proběhla v období od listopadu 2002 do ledna 2003. Léčebny obdržely dotazníky pro interní hodnocení přibližně měsíc předem společně s dispozicemi pro složení práci interního týmu. Požadavky na interní tým byly:

- Interní tým by měl být složen nejméně ze tří osob, zástupců různých profesí. Členové interního týmu by měli být z různých oddělení léčebny.
- Interní tým by se měl pokusit hodnotit léčebnu jako celek.

### Složení externího týmu a reliabilita hodnocení

Externí tým hodnotitelů byl sestaven z pracovníků Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a přizvaných odborníků. Při sestavování jsme nebyli schopni zajistit, aby šetření ve všech léčebnách prováděl tým ve stejném složení. Vytvořili jsme proto dvě pracovní skupiny, v nichž obou byli přítomni zástupci těchto odborností:

- lékař, psychiatr
- zdravotní sestra
- sociální pracovník
- právník
- odborník v oblasti lidských práv
- uživatel psychiatrických služeb

Šetření v první psychiatrické léčebně prováděly obě pracovní skupiny společně a výsledky byly v týmu podrobně diskutovány, aby bylo zajištěno shodné hledisko při šetření v dalších léčebnách, kde již šetření prováděla vždy jen jedna pracovní skupina.

Šetření externích týmů

Externí týmy pracovaly ve všech čtyřech hodnocených léčebnách shodným způsobem. Tým navštívil všechna běžná oddělení a vybral tři oddělení, která byla pak hodnocena dotazníkem. Hodnocení na odděleních prováděl celý tým společně, dotazník však vyplňoval zvlášť každý člen týmu hodnotitelů během devadesátiminutového sezení s týmem oddělení (vždy nejméně tři lidé). Do hodnocení byly v každé z léčeben zařazeny 3 z těchto oddělení:

- akutní příjmové oddělení
- resocializační oddělení pro dlouhodobě hospitalizované pacienty
- uzavřené oddělení
- gerontopsychiatrické oddělení

Rozhovory s pacienty těchto oddělení prováděli jednotliví členové externího týmu jednotlivě, pouze při prvním šetření, kterého se účastnily obě pracovní skupiny, po dvojicích.

Šetření proběhlo ve všech léčebnách podle shodného časového harmonogramu.

První den	8 <sup>00</sup> -9 <sup>00</sup>	Schůzka s vedením PL
	9 <sup>00</sup> -11 <sup>00</sup>	Orientační prohlídka hlavních typů oddělení
	11 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	Týmové šetření na oddělení I
	13 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>	Oběd
	14 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>	Týmové šetření na oddělení II
	Večer	Porovnání výsledků
Druhý den	8 <sup>00</sup> -10 <sup>00</sup>	Týmové šetření na oddělení III
	10 <sup>00</sup> -12 <sup>00</sup>	Individuální rozhovory s pacienty
	12 <sup>00</sup> -14 <sup>00</sup>	Oběd, porovnání výsledků druhého dne
	14 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	Schůzka s interním hodnotitelským týmem, porovnání výsledků

Zpracování výsledků

Předběžné výsledky šetření a připomínky k metodice byly diskutovány externími hodnotiteli formou e-mailové konference. Po zpracování připomínek externích hodnotitelů na dvou pracovních setkáních byly výstupy poskytnuty interním hodnotitelským týmům léčeben.

Konečná podoba zprávy byla schválena na závěrečné pracovní konferenci projektu, kam byli přizváni všichni účastníci projektu.

# Výsledky

## Bodové hodnocení léčeben

### Metoda sumarizace výsledků

Získané údaje byly sumarizovány. Týmy v léčebnách v některých případech označovaly více možností. Důvodem k označení více možností byly v zásadě tři situace:

- členové hodnotícího týmu se neshodli na jedné variantě
- ani jedna za variant neodpovídala přesně skutečnosti
- na různých odděleních léčebny byla situace různá

U poslední zmíněné možnosti by bylo logické použít nejhorší označenou variantu jako hodnocení v celé léčebně. Protože však nebylo ve všech případech zaznamenáváno, z jakého důvodu je označeno více možností, bylo výsledné hodnocení vypočítáváno aritmetickým průměrem. Shodný postup byl proto použit i pro sumarizaci výsledků hodnocení externích hodnotitelů.

### Komentáře k bodovému hodnocení

Bodové hodnocení není přiřazeno léčebnám jmenovitě. Zpracovatelé nechtěli v průběhu šetření vytvářet atmosféru soutěže a snažili se motivovat interní hodnotitelské týmy k maximální otevřenosti. Přestože šetření v první léčebně prováděli všichni externí hodnotitelé společně, aby byl zajištěna reliabilita, v dalších šetřeních se jednotlivé týmy externích hodnotitelů lišily v otázce, zda úkolem externích hodnotitelů je pouze zaznamenávat odpovědi personálu na odděleních, nebo zda tyto odpovědi kriticky hodnotit a zaznamenávat své vlastní hodnocení. Za těchto okolností by zveřejnění jakéhosi „pořadí“ hodnocených léčeben nebylo korektní a byly by v něm znevýhodněny ty léčebny, v nichž je personál kritičtější ke stávající praxi.

Tabulka výsledků je uvedena na následujících stranách.

Otázka	Bodové hodnocení											
	PL - I			PL - II			PL - III			PL - IV		
	Externí tým	Tým PL	Pacienti	Externí tým	Tým PL	Pacienti	Externí tým	Tým PL	Pacienti	Externí tým	Tým PL	Pacienti
<b>1</b>	1,40	2,50	1,86	2,00	3,00	3,00	2,25	3,00	1,67	2,42	3,00	1,00
<b>2</b>	1,13	2,00		1,63	2,00		2,25	2,00		2,25	2,00	
<b>3</b>	1,56	1,50	1,20	1,25	2,00	1,50	2,25	2,00	1,25	2,00	2,50	1,00
<b>4</b>	1,96	2,00	1,83	1,60	2,00	1,50	2,00	2,00	2,00	1,91	2,00	1,00
<b>5</b>	1,35	1,00	2,00	1,15	1,00	1,25	1,45	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>6</b>	1,45	3,00	1,75	1,46	1,00	1,40	1,27	1,00	1,50	1,50	2,50	1,33
<b>7</b>	1,68	2,00	1,00	1,18		0,40	2,50	3,00	1,33	1,83	2,50	2,00
<b>8</b>	1,55	2,00	1,50	1,60	2,00	1,50	1,82	2,00	1,33	2,00	2,50	1,67
<b>9</b>	1,81	2,00	2,00	1,54	2,00	1,00	1,30	1,00	1,75	1,42	2,00	1,67
<b>10</b>	2,35	2,00	1,88	2,38	3,00	2,00	2,67	3,00	3,00	3,00	3,00	2,50
<b>11</b>	2,70	3,00	2,63	2,77	3,00	2,75	2,83	3,00	2,67	3,00	3,00	2,50
<b>12</b>	1,70	2,00	2,13	2,08	2,00	2,00	2,50	3,00	2,75	2,25	2,50	2,25
<b>13</b>	1,67	1,00	1,29	1,20	1,00	1,00	1,92	2,00	2,00	2,36	1,00	3,00
<b>14</b>	2,00	2,00	1,88	1,75	2,00	2,00	1,89	2,00	2,25	2,64	2,00	2,50
<b>15</b>	1,00	1,00	1,00	1,78	1,00	1,00	1,83	2,00	1,50	2,20	2,00	1,00
<b>16</b>	1,30	2,00	1,00	1,11	2,00	1,50	1,92	2,00	1,50	1,88	1,50	
<b>17</b>	1,95	2,00	1,50	1,56	2,00	2,00	2,09	2,00	3,00	2,75	3,00	1,00
<b>18</b>	2,29	2,00	1,33	1,11	2,00	1,00	1,82	1,00	2,00	2,88	3,00	1,00
<b>19</b>	2,18	2,00		1,33	2,00		2,00	2,00		2,56	2,50	
<b>20</b>	1,61	2,00		1,17	1,00		1,91	2,00		3,00	3,00	
<b>21</b>	1,62	2,00		1,60	2,00		1,91	2,00		2,50	2,00	
<b>22</b>	2,19	2,00		1,69	2,00		2,58	3,00		2,00	3,00	
<b>23</b>	2,43	2,50	3,00	1,85	2,00	1,75	2,25	2,00	2,00	2,45	2,50	2,00
<b>24</b>	2,55	3,00	2,67	2,69	3,00	2,00	2,80	3,00	2,00	2,75	2,50	2,33
<b>25</b>	1,50	1,00	1,38	2,69	3,00	1,60	1,27	1,00	1,00	2,18	2,50	1,50
<b>26</b>	1,43	2,00	1,75	1,62	2,00	1,40	1,50	1,00	1,25	1,75	2,00	1,50
<b>27</b>	2,65	2,00	2,13	2,62	3,00	1,80	2,91	3,00	2,75	2,58	2,50	1,75
<b>28</b>	1,91	3,00	1,88	1,77	3,00	1,00	2,75	3,00	1,50	1,58	2,00	1,25
<b>29</b>	1,30	2,00	1,75	1,31	2,00	1,25	1,17	1,00	1,00	1,75	2,00	1,00

Otázka	Bodové hodnocení											
	PL - I			PL – II			PL - III			PL - IV		
	Externí tým	Tým PL	Pacienti	Externí tým	Tým PL	Pacienti	Externí tým	Tým PL	Pacienti	Externí tým	Tým PL	Pacienti
<b>30</b>	1,40	2,00	1,50	1,69	2,00	1,00	1,36	1,00	1,67	2,75	2,00	2,25
<b>31</b>	2,20	3,00		2,77	3,00		2,83	3,00		2,75	3,00	
<b>32</b>	2,52	3,00	2,00	1,69	2,00	1,50	2,50		2,00	2,25	2,00	1,75
<b>33</b>	1,00		1,00	1,15	2,00	1,00	1,00	3,00	1,50	1,08	1,00	1,00
<b>34</b>	2,09	2,00		2,00	2,00		2,58	3,00		2,00	3,00	
<b>35</b>	1,91	2,50		2,00	2,00		2,00	2,00		1,83	2,00	
<b>36</b>	1,70	1,00	1,50	1,58	1,00	1,00	2,67	3,00	2,00	1,00	1,00	1,50
<b>37</b>	2,23	3,00	2,63	2,15	2,00	2,40	1,67	2,00	1,50	2,73		2,00
<b>38</b>	2,21	2,00		2,10	2,00		2,17	2,00		1,73	2,00	
<b>39</b>	2,50	2,00		2,40	2,00		3,00	3,00		1,64	2,00	
<b>40</b>	1,72	2,00		2,00	3,00		1,83	2,00		1,18	2,00	
<b>41</b>	2,27	3,00		2,67	3,00		2,58	2,00		1,73	2,00	
<b>42</b>	2,64	2,00		2,38	2,00		1,64	2,00		2,67	2,50	
<b>43</b>	2,41	3,00	2,13	2,00	2,00	1,80	1,36	1,00	1,67	1,67	2,00	1,50
<b>44</b>	2,83	3,00	2,38	2,08	3,00	1,60	3,00	3,00	2,50	2,50	3,00	2,25
<b>45</b>	2,17	3,00	1,75	2,38	3,00	2,25	2,42	3,00	2,75	1,00	2,00	2,00
<b>46</b>	1,13	1,00	1,00	1,38	1,00	1,25	1,67	2,00	1,00	1,75	2,50	1,00
<b>47</b>	1,87	2,00		1,62	2,00		2,00	2,00		2,67	3,00	
<b>48</b>	2,18	2,00	2,00	1,77	3,00	1,67	2,50	3,00	2,00	2,67	3,00	2,00
<b>49</b>	1,90	2,00	1,50	1,92	3,00	1,00	2,33	2,00	1,50	2,17	2,00	1,25
<b>50</b>	1,71	2,00		2,00	3,00		2,00	2,00		1,50	2,00	
<b>51</b>	1,86	2,50		2,38	3,00		2,67	3,00		2,08	2,00	
<b>52</b>	2,00	2,00	1,38	2,62	2,00	1,00	2,09	2,00	1,50	2,42	3,00	1,00
<b>53</b>	2,09	3,00		1,15	3,00		2,00	2,00		2,08	2,00	
<b>54</b>	1,96	2,00	2,00	1,31	2,00	1,50	1,83	2,00	1,33	1,83	3,00	1,00
<b>55</b>	2,30	3,00	1,71	2,15	3,00	1,00	2,50	3,00	1,00	2,60	3,00	1,50
<b>56</b>	2,04	2,50		2,15	2,00		2,18	2,00		1,92	2,00	
<b>57</b>	1,40	2,00	1,17	1,55	2,00	1,00	2,22	2,00	1,00	1,33	2,00	1,00
<b>58</b>	1,87	2,00	1,29	2,18	2,00	1,50	2,20	2,00	1,25	1,82	2,00	1,00
<b>59</b>	1,65	2,00		1,17	2,00		1,80	2,00		1,42	2,00	

Otázka	Bodové hodnocení											
	PL - I			PL - II			PL - III			PL - IV		
	Externí tým	Tým PL	Pacienti	Externí tým	Tým PL	Pacienti	Externí tým	Tým PL	Pacienti	Externí tým	Tým PL	Pacienti
<b>62</b>	1,92	2,00		1,00	2,00		2,25	2,00		2,00	2,00	
<b>63</b>	1,65	2,00	1,50	1,83	2,00	1,50	1,90	2,00	1,67	2,00	2,00	1,33
<b>64</b>	1,83	2,00		1,42	2,00		2,25	3,00		2,08	3,00	
<b>65</b>	1,39	2,50	1,38	1,08	1,00	1,33	2,78	3,00	1,33	1,17	1,50	1,25
<b>66</b>	2,24	3,00		2,13	3,00		2,78	3,00		3,00	3,00	
<b>67</b>	1,18	2,00	1,25	1,46	2,00	1,67	1,25	1,00	1,00	1,33	1,00	1,75
<b>68</b>	1,26	2,00		1,38	2,00		1,92	2,00		1,08	1,50	
<b>69</b>	1,86	2,00		2,15	2,00		2,09	2,00		2,08	2,00	
<b>70</b>	2,05	2,00		2,33	3,00		2,36	2,00		2,67	3,00	
<b>71</b>	1,20	1,50		1,17	2,00		1,40	1,00		1,33	1,00	
<b>72</b>	1,57	2,00		1,25	2,00		2,27	2,00		2,20	2,50	
<b>73</b>	1,33	2,00		1,00	3,00		2,29	2,00			3,00	
<b>74</b>	1,10	2,00		1,62	2,00		2,00	2,00		1,25	2,00	
<b>75</b>	1,22	2,00		1,57	3,00		2,33	2,00		1,08	1,00	
<b>Průměry</b>	<b>1,83</b>	<b>2,14</b>	<b>1,71</b>	<b>1,77</b>	<b>2,19</b>	<b>1,50</b>	<b>2,11</b>	<b>2,15</b>	<b>1,72</b>	<b>2,03</b>	<b>2,24</b>	<b>1,57</b>
		<b>1,89</b>			<b>1,82</b>			<b>2,00</b>			<b>1,95</b>	

Interní hodnotitelský tým provedl šetření také v PL Bílá Voda. Nebylo však již možno vzhledem k finančním a časovým omezením projektu provést v Bílé Vodě šetření externím týmem. Skóre interního týmu v Bílé Vodě bylo **2,36**. Tento výsledek však nelze porovnávat s výsledky ostatních léčeben, protože v těch interní týmy upravovaly svá hodnocení při porovnávání výsledků externího a interního hodnotitelského týmu.

## Porovnání hodnocení výsledků podle jejich zdrojů

Při vyhodnocování dotazníků byla kladena zvláštní pozornost otázkám, v jejichž hodnocení se interní a externí tým, případně hodnotitelé a pacienti, výrazněji rozcházel. Přehled těchto otázek následuje:

	Počty otázek v jednotlivých léčebnách				Čísla otázek
	I	II	III	IV	
Otázky hodnocené výrazně hůře externím týmem než interním týmem	4	10	1	6	1, 6, 22, 28, 33, 34, 40, 45, 48, 49, 50, 53, 54, 62, 65, 73, 75
Otázky hodnocené výrazně lépe externím týmem než interním týmem	10	8	22	10	2, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 36, 38, 39, 41, 42, 43, 46, 49, 52, 57, 58, 62, 67, 70, 71, 72, 73, 75
Otázky hodnocené výrazně hůře externím týmem než pacienti	2	1	2	3	1, 5, 13, 17, 23, 33, 36, 45
Otázky hodnocené výrazně lépe externím týmem než pacienti	7	14	17	22	1, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 15, 17, 18, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 36, 37, 44, 46, 48, 49, 52, 54, 55, 57, 58, 63, 65
Otázky hodnocené výrazně hůře interním týmem než pacienti	3	0	6	4	5, 6, 9, 13, 14, 17, 18, 23, 30, 36, 43, 67
Otázky hodnocené výrazně lépe interním týmem než pacienti	23	28	21	28	1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 18, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 36, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 52, 54, 55, 57, 58, 63, 65, 67

### Otázky hodnocené výrazně hůře externím týmem než interním týmem

Zásadní rozdíly mezi hodnocením externích hodnotitelů a interních týmů se vyskytovaly jen ojediněle (nejvyšší počet takto hodnocených otázek byl 10, v jedné z hodnocených léčeben se vyskytla pouze jedná otázka). To vypovídá o skutečnosti, že interní týmy akceptovaly kritéria nastavená dotazníkem a neměly tendenci situaci v zařízení nadhodnocovat.

Rozdíly v hodnocení externího a interního týmu mohou vypovídat většinou o rozdílném pochopení otázky, nejčastěji šlo o nepřesně formulované otázky, v nichž bylo k rozlišení kategorií použito více parametrů současně. Externí a interní hodnotitelé pak přisuzovali některému z parametrů různou důležitost. V některých případech může rozdíl v hodnocení naznačovat „provozní slepotu“ interních hodnotitelů („situace je v pořádku, protože jiné řešení není možné“).

Některé rozdíly v hodnocení se opakovaly ve více léčebnách. Šlo o tyto otázky:

#### Otázka 1 - Podklady k přijetí k nedobrovolné hospitalizaci (strana 30)

Rozdíly se objevovaly v léčebnách, kde jsou pacienti přijímáni centrálně. Šetření nebylo prováděno v centrální příjmové kanceláři. Interní týmy považovaly proceduru ověřování údajů pro nedobrovolnou hospitalizaci za dostatečnou, externisté zohledňovali informace získané na odděleních o tom, že informace o pacientech přicházejících z příjmu na oddělení jsou někdy neúplné.

#### Otázka 6 - Vycházení z budovy/ zařízení (strana 31)

Interní týmy nezohledňovaly fakt, že dobrovolní pacienti jsou často umístěni na uzavřených odděleních, kde jsou pak stejná pravidla vycházek aplikována na všechny pacienty.

Otázka 28 - Zájem o potřeby klientů (strana 36)

Externí hodnotitelé na rozdíl od interních týmů kladli důraz na přítomnost mechanismů, kterými mohou pacienti hodnotit, případně měnit režim oddělení.

Otázka 73 - Kontrola zákroků, které výrazně zasahují do fyzické integrity pacienta (strana 46)

Interní týmy zdůrazňovaly fakt, že rizikové způsoby léčby jsou vždy z medicínského hlediska plně indikovány. Externí hodnotitelé postrádali existenci statistiky těchto zákroků a jasné mechanismy jejich zpětného vyhodnocování.

**Otázky hodnocené výrazně lépe externím týmem než interním týmem**

Externí tým hodnotil situaci významně lépe než interní tým ve velkém množství případů. Příčinou byla nejčastěji ne zcela přesná formulace otázek.

Otázka 13) Formy fyzického omezování používání v zařízení (strana 33)

Otázka byla ve třech léčebnách hodnocena lépe externími hodnotiteli než interním týmem. Příčinou je fakt, že externí hodnotitelé vztahovali odpověď k aktuálně hodnocenému oddělení, zatímco interní tým odpovídal za celou léčebnu.

**Otázky hodnocené výrazně hůře externími či interními hodnotiteli než pacienty**

Rozdíly tohoto typu vznikaly u otázek týkajících se nepříliš často se vyskytujících situací, kdy personál léčeben připouštěl, že takové situace nastávají, žádný z interviewovaných pacientů však neměl odpovídající osobní zkušenost.

Opakovaně se tato situace vyskytla u otázek:

Otázka 5) Umísťování pacientů na uzavřené oddělení (strana 31)Otázka 13) Formy fyzického omezování používání v zařízení (strana 33)Otázka 17) Způsob provedení omezení (strana 34)Otázka 23) Procedura přijetí na oddělení, seznámení se s prostředím (strana 35)Otázka 36) Počet lůžek na jednom pokoji (strana 38)

Otázka je převedena do dotazníku pro pacienty nesprávným způsobem. V hlavním dotazníku je rozlišovacím kritériem podíl pokojů s větším počtem lůžek. Pacientům je pak pokládána otázka, na jak velkém pokoji jsou umístěni.

**Otázky hodnocené výrazně lépe externími či interními hodnotiteli než pacienty**

Horší hodnocení ze strany pacientů se vyskytlo u velkého množství otázek. Tyto rozdíly vznikly dvěma odlišnými mechanismy:

- a) Otázka se z interviewovaných pacientů týkala jen jednoho pacienta, u ostatních odpověď nebyla kódována.
- b) Některé problémy mají pro pacienty mnohem větší důležitost, než jakou jim přisuzuje personál.

První mechanismem vznikly rozdíly například u otázek

Otázka 1) Podklady k přijetí k nedobrovolné hospitalizaci (strana 30)Otázka 5) Umísťování pacientů na uzavřené oddělení (strana 31)Otázka 48) Propojenost lůžkového zařízení se službami mimo nemocnici (strana 40)

Druhý mechanismus se uplatnil u následujících otázek. Rozdíly se u těchto otázek objevovaly opakovaně, u některých otázek dokonce ve všech hodnocených léčebnách.

Otázka 7) Dohoda o omezení svobody u pacientů dobrovolně hospitalizovaných (strana 31)

Personál léčeben často udává, že pacientovi jsou dostatečně vysvětleny důvody omezení vycházek. Pacienti naopak většinou zdůvodnění nevnímají jako dostatečné. Dohoda o omezení vycházek není pacientem písemně potvrzována.

Otázka 18) Rozhodování o omezení (strana 34)

Pacienti se často domnívají, že o omezení rozhodl střední zdravotnický personál bez zřetelné domluvy s lékařem.

Otázka 27) Způsob jednání s pacienty (strana 36)

Personál v odpovědi pravděpodobně popisuje převažující způsob chování, pacienti často referují o své špatné zkušenosti, i ojedinelé.

Otázka 28) Zájem o potřeby klientů (strana 36)

Otázka neposkytuje jasné rozhodovací kritérium. „Rozumný“ domácí řád je vnímán odlišně personálem a pacienty.

Otázka 32) Zařazování pacientů do pracovních programů (strana 37)

Účast na pracích spojených s chodem oddělení (například úklid a mytí nádobí) je pacienty často vnímána jako povinnost. V jednom případě pacient udával, že v případě odmítnutí práce na oddělení mu budou zrušeny samostatné vycházky mimo areál léčebny. Někteří pacienti uváděli, že odmítnutí by mohlo být hodnoceno jako zhoršení zdravotního stavu.

Otázka 44) Dostupnost personálu – sester (strana 40)

Pacienti referují o situacích, kdy nemohli kontaktovat personál. V žádné z hodnocených léčeben nebyl zaveden objektivní kontrolní mechanismus zajišťující dostupnost sester v nočních hodinách.

Otázka 49) Poskytování informací o právech psychiatrických pacientů (strana 41)

Personál i pacienti se shodují v tom, že nejsou dostupné písemné materiály o právech pacientů. Personál uvádí, že tyto informace jsou poskytovány na dotaz, pacienti však často nevědí, koho se mají zeptat. Někdy uvádějí, že by takový dotaz mohl být považován za nevhodný.

Otázka 52) Poskytování informací o právech osobám, které nejsou schopny lehce tyto informace vnímat nebo jim porozumět (strana 41)

Velmi obdobná situace jako u otázky 49.

Otázka 54) Konkrétní podoba provádění informovaného souhlasu (strana 42)Otázka 55) Postup u pacientů v režimu nedobrovolné hospitalizace (strana 42)Otázka 57) Informace o rizicích terapie (strana 42)Otázka 58) Míra respektování přání pacienta při výběru terapie (strana 43)

Otázky se týkají téže situace. Pacienti se často necítí být dostatečně informováni o možnostech terapie, rizicích a alternativách. Písemné záznamy v dokumentaci potvrzované pacientem se v žádné z hodnocených léčeben neuvádějí.

## Připomínky k použitým dotazníkům

V průběhu sbírání informací a jejich vyhodnocování byly shromažďovány připomínky k použitým dotazníkům. Souhrn připomínek následuje.

### Obecné připomínky k hlavnímu dotazníku

Změna základní logiky dotazníku

Současný přístup, kdy každá otázka popisuje tři možné situace, by měl být nahrazen pouze popisem standardní situace (v současných otázkách kategorie 3), u níž by pak hodnotitel kódoval pouze splněno/nespolečně.

Způsob použití dotazníku

V upravené metodice by měl být dotazník použit k sebehodnocení týmem oddělení. Externí tým hodnotitelů by se měl následovně pokusit hodnocení co nejvíce verifikovat.

### Úvod k dotazníku

Dotazník by měl být opatřen úvodem a návodem k vyplnění, který by měl obsahovat přinejmenším:

#### Pravidla

- otázky zaměřené na dokumentaci je třeba ověřit namátkovou kontrolou zdravotnické dokumentace pacientů
- otázky na existenci vnitřních předpisů nebo výkaznictví je nutno ověřit nahlédnutím do těchto předpisů

#### Slovník některých použitých pojmů

- Některé pojmy bylo během šetření třeba opakovaně vyjasňovat. V upravené verzi dotazníku by měly být uvedeny definice těchto pojmů:
  - o informovaný souhlas
  - o statut dobrovolně hospitalizovaného pacienta
  - o statut otevřeného a uzavřeného oddělení

#### Výpis z relevantních hygienických norem

- Vyjmenování nejzákladnějších požadavků stanovených hygienickými normami (prostor pro jednoho pacienta, počty sociálních zařízení atd.) urychlí práci s dotazníkem.

#### Metodika přepočtu dávek psychofarmak

- Hodnocení používaných dávek psychofarmak je nutno objektivizovat kontrolou zdravotnické dokumentace a vyčíslením používaných dávek léků formou ekvivalentu.

### Řazení otázek

Bylo by přehlednější řadit otázky do tématických okruhů.

Otázky týkající se vnitřní kontroly by bylo účelnější přiřadit k tématům, jejichž kontrolování se týkají.

### Rozdělení, kde které otázky používat

K otázkám, které se týkají přijímání pacientů je třeba uvést, že je lze vynechat na odděleních, která nejsou příjmová. V léčebnách, kde je přijímání pacientů řešeno společnou příjmovou kanceláří musí být centrální příjem jedním z hodnocených míst.

Některé otázky lze vztáhnout na jednotlivé oddělení nebo celou léčebnu. V upraveném dotazníku by měly být otázky vztaheny k hodnocenému oddělení. U otázek, které je nezbytné vztáhnout na celou léčebnu (systém vzdělávání a výchovy personálu, kontrolní mechanismy), je to třeba zřetelně uvést.

### **Obecné připomínky k dotazníku pro pacienty**

#### Způsob použití dotazníku

Dotazník by měl být použit shodně s dosavadní metodikou. To znamená, že tazatel by měl respektovat a zaznamenat názor pacienta. V případě, že pacientovo vyjádření nelze jednoznačně zařadit do některé z kategorií uvedených v otázce, nemělo by být zaznamenáno žádné hodnocení. Nová metodika by měla předpokládat rozhovory s vyšším počtem pacientů na každém hodnoceném oddělení.

Dotazník pro pacienty by bylo možné koncipovat tak, aby mohl být vyplněn pacientem samostatně nebo za minimální asistence externím hodnotitelem.

#### Vytvoření nového dotazníku

Dotazník pro klienty vytvořený výběrem otázek pro personál je natolik nevyhovující, že by bylo účelné vytvořit nový dotazník pro klienty zcela samostatně.

#### Doplnění typu hospitalizace

V položce „typ hospitalizace“ by kromě dobrovolné a nedobrovolné hospitalizace měla být uvedena ochranná léčba.

## Připomínky k jednotlivým otázkám

Vzhledem k tomu, že dotazník pro pacienty je výběrem otázek hlavního dotazníku, jsou připomínky k jednotlivým otázkám uvedeny společně.

č	Název otázky	Připomínky
1	<b>Podklady k přijetí k nedobrovolné hospitalizaci</b> (viz strana 30)	V některých léčebnách je přijímání pacientů včetně příjmového vyšetření řešeno centrálně. V těchto případech je třeba hodnotit také centrální příjem.
2	<b>Spolupráce s policií, záchranou službou</b> (viz strana 30)	Zpřesnit formulaci otázky. Rozdělit na dvě otázky: zda je spolupráce vyhovující, zda zařízení vyvíjí nějakou aktivitu kultivující spolupráci.
3	<b>Vlastní příjem</b> (viz strana 30)	Otázku je vhodné rozdělit do dvou samostatných otázek. První se týká informování přijímaného pacienta o navrhované léčbě a poučení o jeho právech. Druhá otázka popisuje, zda jsou aktuálně řešeny potíže pacienta vzniklé hospitalizací (nezaopatřené děti, domácí zvířata a podobně).
4	<b>Posuzování oprávněnosti nedobrovolné hospitalizace</b> (viz strana 30)	Lépe definovat rozdíl mezi kategoriemi 2 a 3.
5	<b>Umíst'ování pacientů na uzavřené oddělení</b> (viz strana 31)	Otázka není dostatečně srozumitelná. Praxe v léčebnách (naprostá většina lůžkové kapacity je na uzavřených odděleních) vede k nepochopení požadavku umístit na uzavřená oddělení pouze nedobrovolně hospitalizované pacienty.
6	<b>Vycházení z budovy/ zařízení</b> (viz strana 31)	Otázku je třeba rozdělit na dvě. Jedna se týká praxe samostatných vycházek, druhá pak frekvence a dostupnosti společných vycházek v doprovodu personálu. Je třeba samostatně definovat pro dobrovolné a nedobrovolné pacienty.
7	<b>Dohoda o omezení svobody u pacientů dobrovolně hospitalizovaných</b> (viz strana 31)	Doformulovat kategorii 2. Dohoda je formální, zaznamenává se v dokumentaci, není však zaznamenán (a potvrzen podpisem) souhlas pacienta s dohodou.
8	<b>Propuštění pacienta z léčby na vlastní žádost</b> (viz strana 31)	Rozdělit na dvě otázky popisující odděleně praxi informování pacientů o možnosti požádat o ukončení hospitalizace a samotnou praxi propuštění na vlastní žádost.
9	<b>Dostupnost telefonování</b> (viz strana 32)	Rozdělit na otázky zabývající se dostupností telefonních automatů a možností užívat vlastní mobilní telefon.
10	<b>Možnost návštěv</b> (viz strana 32)	Vyškrtnout formulaci: „rozumným“ domácím řádem.
11	<b>Korespondence pacientů</b> (viz strana 32)	
12	<b>Prohlížení osobních věcí pacientů</b> (viz strana 33)	Otázka je obsahově shodná s otázkou 24, je třeba otázky buď sloučit nebo jednu formulovat tak, aby se týkala kontroly osobních věcí při přijetí a druhou při pobytu na oddělení.
13	<b>Formy fyzického omezování používání v zařízení</b> (viz strana 33)	Chyba v nadpisu. Kategorie 3 není dobře formulovaná. Zamyslet se nad škálováním.
14	<b>Četnost používání fyzického omezování</b> (viz strana 33)	Otázku nahradit otázkou na existenci statistik a výkaznictví (a jejího vyhodnocování). Četnost hodnotit na základě tvrdých dat.

č	Název otázky	Připomínky
15	<b>Délka trvání restriktivních opatření</b> (viz strana 33)	Otázku na délku používání rozdělit podle jednotlivých prostředků omezení (tyhle časy nechat pro kurty, pro izolace nastavit jiné), požadavek opakovaného zhodnocení lékařem při potřebě prodloužit použití fyzického omezení.
16	<b>Indikace fyzického omezení</b> (viz strana 34)	Do kategorie jedna by mělo být uvedeno také užívání fyzického omezení z "výchovných" důvodů. Otázku rozdělit - v jedné popisovat indikace, ve druhé popsat, zda je omezení užíváno i u dobrovolně hospitalizovaných a zda je ohlašováno soudu.
17	<b>Způsob provedení omezení</b> (viz strana 34)	
18	<b>Rozhodování o omezení</b> (viz strana 34)	Kategorii 1 formulovat přesněji: O fyzickém omezení může rozhodnout ošetřující personál i bez konzultace s lékařem.
19	<b>Dokumentace</b> (viz strana 34)	Pojmenovat otázku přesněji, v definitivní metodice nutno zařadit kontrolu dokumentace. Námět, zda nerozdělit užívání síťových lůžek a kurtů v případě neklidu či agresivity a zmatenosti u gerontopsychiatrických pacientů (aby nespadli z postele - proč ovšem v některých zařízeních stačí zvýšené okraje lůžek a jinde ne).
20	<b>Standardizace indikací, provádění dokumentace omezování v zařízení</b> (viz strana 34)	
21	<b>Kontrola indikací a provádění fyzického omezování</b> (viz strana 35)	Asi by bylo vhodné zařadit otázku na existenci přesné statistiky užívání restriktivních opatření.
22	<b>Vzdělávání personálu v oblasti používání restriktivních opatření</b> (viz strana 35)	V otázce by mělo být jasně vysvětleno, že se netýká oddělení, kde se restriktivní metody neužívají a situace je řešena okamžitým překladem na neklidové oddělení.
23	<b>Procedura přijetí na oddělení, seznámení se s prostředím</b> (viz strana 35)	V kategorii 3 uvést i možnost představení nového pacienta na komunitě.
24	<b>Kontrola osobních věcí</b> (viz strana 35)	Otázka je obsahově shodná s otázkou 12, je třeba otázky buď sloučit nebo jednu formulovat tak, aby se týkala kontroly osobních věcí při přijetí a druhou při pobytu na oddělení.
25	<b>Kontaktní osoba na oddělení</b> (viz strana 36)	Není jasné, zda by měl být systém klíčových pracovníků považován za ideální standard na všech typech oddělení. Akutní příjmová oddělení nemusí být pro tento systém vhodná (krátké pobyty pacientů a směňování personálu). Otázku by bylo vhodné pravděpodobně vyškrtnout bez náhrady.
26	<b>Respekt k soukromí pacientů</b> (viz strana 36)	Rozdělit na více otázek podle kritérií, uzamykatelné noční stolky, záchody, personál klepe na dveře. V nové formulaci neuvádět „vyčká na vyzvání“.
27	<b>Způsob jednání s pacienty</b> (viz strana 36)	Rozdělit na otázku o způsobu oslovování a o užívání zvýšeného hlasu nebo nadávek.
28	<b>Zájem o potřeby klientů</b> (viz strana 36)	Formulovat dvě otázky, jedna na možnosti výjimek v domácím řádu, druhá na individuální přístup při stanovení denních terapeutických programů.  Výraz „domácí řád je nadřazen...“ je třeba definovat jinak.
29	<b>Zacházení s osobními doklady pacientů</b> (viz strana 37)	Doplnit, zda jsou doklady vydávány na dovolenky - automaticky, na požádání, vůbec, jsou pacienti informováni o tom, že by si doklady mohli ponechat či kdykoliv vyzvednout. Přidat otázku na to, jak je ošetřeno vydávání osobních dokladů příbuzným.

č	Název otázky	Připomínky
30	<b>Zacházení s cennostmi a finančními prostředky pacientů</b> (viz strana 37)	Přeformulovat, paušál, bývá zvykem regulovat výběr, usměrnění pacienta v definovaných případech.
31	<b>Využívání finančních prostředků pacientů zařízením</b> (viz strana 37)	Otázku vyřadit z otázek pokládaných na odděleních, pokládat vedení, je k úvaze, jak hodnotit situaci, kdy zařízení využívá úroků na základě příkazní smlouvy podepsané klientem.
32	<b>Zařazování pacientů do pracovních programů</b> (viz strana 37)	Rozdělit otázku - systematická rehabilitace, využívání na práce na oddělení, než nastavíme ideální standard, je třeba zjistit legislativní možnosti (zda je možné zaměstnat někoho, kdo je hospitalizován a tedy v PN).
33	<b>Způsob odměňování za práci klientů</b> (viz strana 38)	Opět – zjistit legislativní možnosti zaměstnávání.
34	<b>Péče organizace o zabezpečení důstojného zacházení s pacienty</b> (viz strana 38)	Zpřesnit hranice mezi kategoriemi.
35	<b>Vzhled personálu</b> (viz strana 38)	Škálovat.
36	<b>Počet lůžek na jednom pokoji</b> (viz strana 38)	Odkaz na hygienické normy.
37	<b>Možnost oděvu dle volby pacienta</b> (viz strana 38)	Zmínit výjimky, kdy je odůvodněně používáno ústavní oblečení - například inkontinentní pacienti, přidat otázku na inkontinenční pomůcky.
38	<b>Estetická úroveň prostředí</b> (viz strana 39)	Je hodně subjektivní.
39	<b>Zápach v budovách</b> (viz strana 39)	Je značně subjektivní.
40	<b>Hygienické podmínky (kvantita a kvalita hygienických zařízení)</b> (viz strana 39)	Přejmenovat otázku, odkázat na výpis z hygienických norem.
41	<b>Podmínky stravování</b> (viz strana 39)	
42	<b>Možnost uložení osobních věcí</b> (viz strana 39)	
43	<b>Možnost uvaření kávy, čaje</b> (viz strana 40)	Zpřesnit formulaci, v kategorii 3 popsat zdůvodnitelná omezení (noční hodiny, omezení přístupu pacientům, kteří by si mohli ublížit, v době organizovaného programu).
44	<b>Dostupnost personálu – sester</b> (viz strana 40)	V kategorii tři zpřesnit formulaci: místo „na oddělení“ dát „mezi pacienty“
45	<b>Prostory pro návštěvy</b> (viz strana 40)	Do kategorie 3 uvést možnost, že oddělení nemá vlastní prostor pro návštěvy, všichni pacienti však vždy mohou s návštěvou opustit oddělení a využít možnosti mimo oddělení (park, kavárna v blízkosti atd.).
46	<b>Individuální terapeutické plány</b> (viz strana 40)	Definovat individuálně terapeutický plán (někde ho zaměňují s ošetřovatelským plánem zaměřeným čistě somaticky).
47	<b>Charakter terapeutických- rehabilitačních programů</b> (viz strana 40)	Zpřesnit formulaci.

č	Název otázky	Připomínky
48	<b>Propojenost lůžkového zařízení se službami mimo nemocnici</b> (viz strana 40)	Najít způsob, jak odpovědi personálu verifikovat.
49	<b>Poskytování informací o právech psychiatrických pacientů</b> (viz strana 41)	Vyvěšování na nástěnkách (a obnovování, když to zmizí).
50	<b>Míra znalosti svých práv ze strany pacientů</b> (viz strana 41)	Otázka neodpovídá metodě, chtělo by to počítat lidi, možná je otázka nesmyslná a k posouzení stačí otázky 49 a 51.
51	<b>Míra znalosti práv ze strany zaměstnanců</b> (viz strana 41)	Použít jiná rozlišovací kritéria (systematické vzdělávání personálu k tomu, aby byl schopen informovat pacienty o jejich právech).
52	<b>Poskytování informací o právech osobám, které nejsou schopny lehce tyto informace vnímat nebo jim porozumět</b> (viz strana 41)	
53	<b>Existence doporučení či normy týkající se informovaného souhlasu v zařízení</b> (viz strana 42)	Odkaz na definici informovaného souhlasu, přesunout za otázku 54.
54	<b>Konkrétní podoba provádění informovaného souhlasu</b> (viz strana 42)	Odkaz na definici informovaného souhlasu.
55	<b>Postup u pacientů v režimu nedobrovolné hospitalizace</b> (viz strana 42)	Zpřesnit název otázky, zostřít kritéria, v kategorii 2 - "ne vždy se přihlíží..."
56	<b>Poskytování péče bez souhlasu</b> (viz strana 42)	V kategorii 2 a 3 použít formulaci "ohrožuje sebe nebo okolí".
57	<b>Informace o rizicích terapie</b> (viz strana 42)	Přehozené názvy otázek 57 a 58, kategorii 3 neformulovat dvojitou negací, není to příliš srozumitelné.
58	<b>Míra respektování přání pacienta při výběru terapie</b> (viz strana 43)	Přehozené názvy otázek 57 a 58.
59	<b>Dokumentace informovaného souhlasu</b> (viz strana 43)	Potřeba ověřit v dokumentaci.
60	<b>Typy zásahů</b> (viz strana 43)	Zpřesnit název, rozdělit na kategorie - více než jeden z uvedených, jeden z uvedených, žádný.
61	<b>Četnost zákroků</b> (viz strana 43)	Vypustit, není se o co opřít, místo toho zařadit otázku na existenci přesné statistiky, na základě srovnávání statistických údajů pak nastavit normy o tom, co je a co není časté používání.
62	<b>Definice indikací k zákrokům</b> (viz strana 43)	Předřadit otázce 61.
63	<b>Přístupnost dokumentace pacientovi</b> (viz strana 44)	Opravit pravopisné chyby, do kategorie 2 formulovat, že se tak opravdu alespoň občas děje. Zajistit právní konzultaci, zda současné zákony neznemožňují poskytování zdravotní dokumentace.
64	<b>Poskytování informací o pacientovi jiným osobám</b> (viz strana 44)	Předefinovat kategorie, neuvádět formulaci "postupuje se v souladu se zákonnými předpisy".
65	<b>Podávání stížností</b> (viz strana 44)	Ve dvojce požadovat interní předpis, ve trojce pak písemný informační materiál pro pacienty obsahující postup podávání stížností.
66	<b>Vyřizování stížností</b> (viz strana 44)	Změnit formulace, formální vyřizování znamená, jestli je dokumentace, jestli je šetřena opodstatněnost, odvolání.

č	Název otázky	Připomínky
67	<b>Forma obhajoby zájmů klientů</b> (viz strana 44)	Vyjmenovat jednotlivé možnosti, spoluspráva, NGO, svépomocné organizace atd.
68	<b>Kontrola dodržování práv pacientů v rámci zařízení</b> (viz strana 45)	Používat termín vnitřní kontrola.
69	<b>Kontrola etiky péče a chování zaměstnanců</b> (viz strana 45)	Opravit překlepy, do kategorie 3 zařadit požadavek pravidelného hodnocení zaměstnanců.
70	<b>Forma postihu za porušování práv pacientů, etických norem ze strany zaměstnanců</b> (viz strana 45)	Jasněji formulovat kategorie.
71	<b>Kontrola dostatečné informovanosti pacientů o jejich právech</b> (viz strana 45)	Doporučeno otázku vyřadit (???)
72	<b>Kontrola fyzického omezování</b> (viz strana 45)	Přeřadit k otázkám o fyzickém omezování, doformulovat.
73	<b>Kontrola zákroků, které výrazně zasahují do fyzické integrity pacienta</b> (viz strana 46)	Přidat k otázkám týkajícím se rizikových zákroků přeformulovat.
74	<b>Vnější (na zařízení nezávislá) kontrola dodržování práv pacientů v zařízení</b> (viz strana 46)	Otázky 74 a 75 by asi bylo dobré spojit do jedné, formulovat možnosti, co je nezávislá zpětná vazba.
75	<b>Práce se zpětnou vazbou v oblasti dodržování práv duševně nemocných</b> (viz strana 46)	Otázky 74 a 75 by asi bylo dobré spojit do jedné, formulovat možnosti, co je nezávislá zpětná vazba.

V průběhu šetření a hodnocení se vyskytly připomínky k 68 otázkám z celkových 75. U části z nich jde o drobné úpravy typu zpřesnění formulace, u některých je však třeba zásadního přepracování. Opakovaně se ukazovala systémová chyba, že u řady otázek jsou jednotlivé kategorie definovány několika parametry. V reálné situaci jsou pak splněny jen některé parametry a situace tedy neodpovídá přesně žádné z popsaných kategorií. Otázky obsahující tuto chybu bude třeba v opravené verzi dotazníku rozdělit na více otázek používajících vždy jen jedno hodnotící kritérium.

# Shrnutí, návrhy a doporučení

## Shrnutí výsledků šetření

Jako jeden z nejdůležitějších faktů v průběhu projektu je třeba zmínit ochotu ke spolupráci, s níž se tým hodnotitelů v psychiatrických léčebnách setkával ze strany managementu léčeben i personálu hodnocených oddělení. Interní hodnotitelské týmy léčeben i jednotlivé týmy na odděleních reflektovaly problémy v praxi psychiatrické lůžkové péče, neobjevily se tendence tyto problémy zastírat či bagatelizovat. Samotná práce interních týmů s dotazníkem často vedla ke zvýšení citlivosti k problematice práv pacientů a k úvahám o možných zlepšení současné situace.

V průběhu šetření se podařilo shromáždit velké množství připomínek k použitému nástroji (dotazníku) a způsobu jeho použití (metodice). Na základě těchto připomínek bude možno vytvořit druhou verzi dotazníku i metodiku šetření. Přes zjištěné nedostatky, dotazník i způsob jeho použití umožňovaly hodnocení kvality péče z hlediska práv duševně nemocných a porovnávání kvality péče v jednotlivých léčebnách.

### Zjištěné problémy v lůžkové péči o duševně nemocné

Problémy či nedostatky zjištěné šetřením lze podle jejich příčin rozdělit do několika okruhů.

#### Nevyhovující zvyklosti v praxi psychiatrických léčeben

V jednotlivých zařízeních jsou používány praktiky, které personál vnímá jako jediné možné, ačkoliv v jiných léčebnách je problematika řešena jiným, citlivějším způsobem. Odstranění těchto nedostatků by prakticky nevyžadovalo finanční náklady.

Je možno uvést následující příklady:

- Ve třech hodnocených léčebnách personál uváděl, že z technických důvodů (přijímající lékař nemá přístup k faxu) není během víkendů dodržena povinnost ohlašovat soudu nedobrovolné přijetí do 24 hodin.
- Prakticky ve všech léčebnách je zvykem, že pacient při přijetí podepisuje obecný souhlas s léčbou. O souhlas s jednotlivými léčebnými úkony pak již žádán není (výjimkou je používání elektrokonvulzivní terapie). O tom, zda byl informován o variantách léčby, předpokládaných výsledcích, rizicích a vedlejších účincích, není vedena dokumentace. Chápání pojmu „informovaný souhlas“ je nejednotné.
- Souhlas s léčbou není rozlišován od souhlasu s hospitalizací. K tomuto problému chybí jednoznačný právní výklad.
- Opakovaně se hodnotící tým setkával se situací, kdy byla dobrovolně hospitalizovaným pacientům omezena možnost samostatných vycházek. V dokumentaci pacientů nebývá zaznamenáván jejich souhlas či nesouhlas s tímto omezením.
- V jednotlivých léčebnách je velmi odlišný způsob v zacházení s osobními doklady pacientů. Prakticky vždy jsou osobní doklady pacientů ukládány centrálně a možnost, aby si je pacient ponechal u sebe, je velmi omezená. Ve dvou léčebnách nejsou pacientům osobní doklady vydávány na dovolenky. Pacient místo svých osobních dokladů dostává potvrzení, že je na propustce z psychiatrické léčebny. Personál zdůvodňuje tuto praxi obavami ze ztráty dokladů.
- V žádné z hodnocených léčeben není zvykem umožnit pacientům přístup k vlastní zdravotní dokumentaci (ani je informovat o takové možnosti). Na otázku, jak by v případě žádosti pacienta o nahlédnutí do své dokumentace personál postupoval, se odpovědi různily. Odpověď někdy byla, že pacientově žádosti by bylo vyhověno (ale v praxi o to pacienti neřádají). Někdy však personál vylučoval možnost přístupu pacienta ke své dokumentaci

obecně – dokumentace je majetkem zdravotnického zařízení, nikdo jiný na ni nemá právo. Přístup k tomuto problému se lišil i na různých odděleních jedné léčebny. V jednom případě zaznamenali externí hodnotitelé sdělení pacienta, který uváděl, že mu přístup ke zdravotní dokumentaci nebyl umožněn, ačkoliv o to žádal.

- V jedné z hodnocených léčeben v době hodnocení vznikal tištěný informační materiál o právech pacientů, který bude dostávat každý přijímaný pacient. V ostatních léčebnách personál uváděl, že pacienti jsou informováni o svých právech ústně. Toto řešení bylo považováno za dostatečné, i když zaměstnanci léčeben sami často uváděli, že podstatná část personálu není v otázkách práv pacientů orientovaná natolik, aby byla schopna pacienty informovat. Ve zdravotnické dokumentaci se skutečnost, že byl pacient informován o právech, nezaznamenává. Personál také často zmiňoval, že informace o právech pacientů jsou vyvěšeny na nástěnkách. Tým externích hodnotitelů pak velmi často zjišťoval, že informační materiály na nástěnkách chybějí.
- V jedné z hodnocených léčeben jsou na toaletách nízké dveře. Personál toto uspořádání vnímá jako vhodný způsob, jak zajistit kontrolu například depresivních pacientů a zabránit pokusům o sebevraždu. Toalety, které neposkytují základní soukromí, jsou však nuceni používat všichni pacienti oddělení. Jedno z takto vybavených oddělení bylo nedávno přestavěno, podoba toalet však zůstala zachována. V ostatních psychiatrických léčebnách jsou používány toalety s běžnými dveřmi (většinou je není možno zevnitř zamykat) a dohled nad pacienty s rizikem sebevraždy či sebepoškození je prováděn jinými způsoby. Externí tým zaznamenal také dva případy, kdy dveře toalet zcela chyběly.
- Ve třech z hodnocených léčeben mohou pacienti používat vlastní mobilní telefony. Na mobilní telefon je pohlíženo jako na jinou cennou věc. Pacient podepisuje prohlášení, že zařízení nenese odpovědnost za případnou ztrátu cenností, které si ponechá u sebe. V jedné léčebně však jsou mobilní telefony pacientům odebírány. Personál některých oddělení to vysvětluje tím, že by docházelo ke krádežím telefonů, na jiných odděleních se personál odvolává na vnitřní předpis zakazující užívání mobilních telefonů v celé léčebně. Vedení léčebny existenci takového předpisu popírá.
- Personál i management hodnocených léčeben uváděl, že stížnosti pacientů jsou prošetřovány a důsledně řešeny. Ve všech léčebnách však chyběl formalizovaný systém pravidel pro podávání stížností. Pacienti na otázku, komu a jak by si v případě potřeby mohli stěžovat, často neuměli odpovědět.

#### Problémy způsobené převážně nedostatkem personálu nebo nedostatečným vyškolením personálu

- Problémem tohoto typu je například dostupnost personálu pro pacienty, zejména v nočních hodinách. Ve všech hodnocených léčebnách zmiňovala tento problém alespoň část dotazovaných pacientů. Neexistují kontrolní mechanismy dostupnosti personálu na odděleních v nočních hodinách.
- V jednotlivých hodnocených léčebnách se velmi výrazně lišily způsoby používání prostředků fyzického omezování pacientů a také jejich četnost. Ve dvou hodnocených léčebnách neexistoval písemný pokyn týkající se používání prostředků fyzického omezování.

V jedné z léčeben byly situace vyžadující fyzické omezení pacienta řešeny překladem na specializované oddělení, které je dostatečně obsazené personálem kvalitně vycvičeným v této problematice. V žádné z hodnocených léčeben nebyla vedena souhrnná statistika použití prostředků fyzického omezení. Četnost těchto případů by bylo možné zjistit z dokumentace jednotlivých pacientů, to však přesahovalo technické možnosti hodnotícího týmu. Četnost případů fyzického omezení byla tedy personálem léčeben orientačně odhadována. I z takto orientačně zjištěných údajů vyplývá, že v léčebně, kde jsou pacienti, jejichž stav vyžaduje fyzické omezení, soustředěni na jediné oddělení, je celková četnost používání prostředků fyzického omezování výrazně nižší.

Výrazně se lišilo používání síťových lůžek u gerontopsychiatrických pacientů. Na některých odděleních jsou síťová lůžka používána jako ochrana u zmatených pacientů před pádem a úrazem. Na jiných odděleních stejného typu jsou zvýšené pelesti lůžek považovány za dostatečně spolehlivé.

Jeden z dotazovaných pacientů popisoval situaci, kdy byl umístěn po dobu přibližně jednoho týdne na izolaci, protože se nevrátil z propustky. Podle svého vyjádření nebyl v té době agresivní či neklidný. Pokud by pacientovo sdělení bylo pravdivé, mělo fyzické omezení charakter trestu.

- S problematikou práv duševně nemocných je personál seznamován spíše nesystematicky, většinou pouze v rámci nástupní praxe.

#### Nedostatky ve vnitřních kontrolních mechanismech léčeben

Jednotlivé léčebny mají v různé míře a podrobnosti zpracovány metodické pokyny týkající se postupů při nedobrovolném přijetí, použití omezujících prostředků a podobně. I tam, kde takové pokyny existují, většinou chybí mechanismy vnitřní kontroly zajišťující dodržování těchto pokynů.

Jde zejména o tyto nedostatky:

- Není vedena statistika použití prostředků fyzického omezení (síťových lůžek, kurtů, izolačních místností).
- Není vždy zajištěno zpětné zhodnocení nutnosti a způsobu použití prostředků fyzického omezení.
- Neexistuje systematická kontrola dostupnosti personálu na odděleních v nočních hodinách.

#### Nedostatky způsobené stavebně technickým charakterem zařízení

Budovy psychiatrických léčeben jsou většinou více než sto let staré. Rekonstrukce a opravy jsou investičně velmi nákladné (v jedné z hodnocených léčeben jsou investiční náklady na celkovou rekonstrukci všech budov odhadovány na téměř 1 miliardu Kč) a budovy často ani po rekonstrukci nemohou poskytnout pacientům dostatečnou kvalitu prostředí a ubytování srovnatelnou s běžnými zdravotnickými zařízeními. Problémy, které plynou z této situace, jsou:

- Pacienti jsou velmi často umístěni na velkých pokojích s více než 6 lůžky (během šetření viděl externí tým hodnotitelů i pokoje s 11 – 13 lůžky). V některých budovách byly pokoje rozděleny na menší, tím však v centrální části budovy vznikly spojovací chodby bez přirozeného osvětlení působící velmi stísněně a neútně.
- Umísťování pacientů na uzavřená oddělení se ne vždy řídí skutečnou potřebou danou zdravotním stavem pacienta. Příjmová oddělení nemohou být stavebně technicky rozdělena na uzavřenou a otevřenou část s variabilní velikostí. I dobrovolně hospitalizovaní pacienti bývají umísťováni na uzavřená oddělení, protože kapacita otevřených oddělení není dostatečná. V jedné z hodnocených léčeben je tento problém „řešen“ tím, že všechna příjmová oddělení jsou formálně označována jako otevřená. Tato situace současně ukazuje absenci závazného standardu definujícího uzavřené a otevřené oddělení.

#### Problémy v systému péče, na jejichž řešení mají lůžková zařízení jen omezený vliv

Řadu problémů, které se objevují v praxi lůžkových psychiatrických zařízení, nemohou tato zařízení svým vlastním chováním ovlivnit. Do této kategorie patří zejména tyto okruhy problémů:

- Až na zcela ojedinělé výjimky neexistují organizace či instituce, které by se zabývaly nezávislou obhajobou práv hospitalizovaných duševně nemocných.

- Neexistuje systematická kontrola dodržování práv hospitalizovaných v lůžkových psychiatrických zařízeních ze strany státu a zdravotních pojišťoven. Nejsou ani nestátní neziskové organizace, které by se touto problematikou zabývaly. Personál některých hodnocených oddělení udával, že neví o tom, že by na oddělení (případně v celé psychiatrické léčebně) byla provedena jakákoliv vnější kontrola.
- Posouzení nutnosti nedobrovolné hospitalizace ze strany soudu je často zcela formální. V některých léčebnách je zajišťováno jediným soudcem z místně příslušného soudu, který během roku posoudí stovky případů nedobrovolné hospitalizace. V jedné z hodnocených léčeben personál uváděl, že neví o případu, kdy by soudce nepotvrdil návrh lékaře na nedobrovolnou hospitalizaci.
- Neexistuje jednotný výklad práva na přístup pacientů ke zdravotní dokumentaci.
- Neexistuje jednotný právní výklad pojmu „informovaný souhlas“.
- Opatrovník pro řízení neplní v případě detenčních řízení funkci, kterou mu ukládá zákon. Ve třech hodnocených léčebnách personál uváděl, že neví o situaci, kdy by byl opatrovník pro řízení fyzicky přítomen.

### **Shrnutí hlavních problémů**

Jako hlavní problémy vyčleňujeme ty problémy, které by mohly představovat nedodržení stávajících zákonných norem. Jedná se zejména o tyto otázky:

- Neoznámení nedobrovolného přijetí v zákonem stanovené lhůtě může být považováno za porušení zákona 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu (viz str. 63).
- Umístění dobrovolně hospitalizovaných pacientů na uzavřených odděleních a omezení či zrušení vycházek u dobrovolně hospitalizovaných pacientů bez jejich výslovného souhlasu by mohlo být vykládáno jako omezování či zbavení osobní svobody podle trestního zákona (viz str. 63).
- Vzhledem k nejasnému právnímu výkladu je případ, kdy pacientovi nebyly na jeho žádost poskytnuty veškeré informace, vedené v jeho zdravotnické dokumentaci, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu, může být porušením zákona 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu (viz str. 63).
- Odebírání osobních dokladů či jejich nevydávání na dovolenky může být v případě pacientova nesouhlasu hodnoceno jako porušení zákona 328/1999 Sb. O občanských průkazech (viz str. 64)
- Pokud by bylo prokázáno tvrzení interviewovaného pacienta o umístění do izolace jako trest, mohlo by být kvalifikováno jako nehumánní zacházení podle Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (viz str. 64).

## Návrhy a doporučení týkající se metodiky šetření a navazujícího projektu

Na základě praktických zkušeností s prvními verzemi dotazníků a metodikou šetření je třeba přepracovat dotazníky, navrhnout změny ve způsobu šetření a vytvořené nástroje ověřit v nejméně dvou psychiatrických lůžkových zařízeních (ideálně v jedné velké psychiatrické léčebně a jednom psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice).

### Hlavní změny v základním dotazníku

- Ponechat základní strukturu otázek nabízející tři varianty odpovědí. Tato podoba umožňuje porovnávání kvality péče v různých lůžkových zařízeních a je více motivující než navrhovaná podoba obsahující pouze jeden popis stavu (standard).
- Rozdělit otázky používající více hodnotících kritérií současně.
- Vypustit otázky, u nichž není shoda v tom, zda třetí varianta odpovědi popisuje minimální standard.
- Seskupit otázky logicky podle okruhů problematiky, kterou mapují.
- Vybavit dotazník úvodní částí obsahující návod k použití dotazníku, slovník používaných pojmů, výběr z relevantních hygienických norem, zákonů a předpisů.
- Připravit verze dotazníku obsahující jen otázky, které jsou v daném místě použití dotazníku zodpověditelné (verze pro oddělení, pro centrální příjmovou kancelář, pro management lůžkového zařízení)

### Hlavní změny v dotazníku pro rozhovor s pacientem

- Dotazník pro rozhovor s pacientem by měl vycházet z okruhů problémů. Otázky pro pacienty by však měly být připraveny zvlášť, verze používající výběr otázek z hlavního dotazníku je jen obtížně použitelná.
- Je třeba zvážit, zda by dotazník neměl být vyplňován pacientem samostatně.

### Hlavní změny v metodice šetření

- Upravená metodika předpokládá použití dotazníků k sebehodnocení na všech odděleních lůžkového psychiatrického zařízení, navíc pak sebehodnocení pracovníky centrálního příjmu (omezené na problematiku přijímání pacientů) a managementu lůžkového zařízení (omezené na problematiku interních předpisů, vzdělávání personálu, zacházení s deponovanými finančními prostředky pacientů a kontrolní činnost managementu.)
- Úkolem externích hodnotitelů bude podle možností objektivizovat a ověřit výsledky získané sebehodnocením. K tomu účelu bude pro externí hodnotitele připraven metodický pokyn.
- Nová metodika hodnocení by měla zahrnovat výrazné zvýšení počtu interviewovaných pacientů.

## Návrhy týkající se obsahu navazujícího projektu

Řešitelé projektu předpokládají pokračování projektu v dalším období. Obsahem navazujícího projektu by mělo být zejména:

- Dokončení upravené metodiky a nástrojů.
- Ověření metodiky a nástrojů v dalším šetření, tentokrát zahrnujícím i psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice.
- Využití vytvořené sítě partnerů z obou projektů k systematické výměně příkladů dobré praxe.
- Vytvoření široké expertní skupiny s cílem navrhnout minimální standard dodržování lidských práv v psychiatrické lůžkové péči.

## Návrhy a doporučení směřující k lůžkovým psychiatrickým zařízením

V průběhu šetření a při následném vyhodnocování vznikaly návrhy opatření, která by psychiatrické léčebny mohly okamžitě nebo ve velmi krátké době zavést a která by vedla ke zvýšení kvality péče z hlediska ochrany práv duševně nemocných. Některé z těchto návrhů vzešly z interních hodnotitelských týmů léčeben.

- Vytvořit stálou pracovní skupinu nebo systém společných setkání sloužící k pokračující diskusi o právech hospitalizovaných duševně nemocných a k výměně příkladů dobré praxe mezi léčebnami.
- Vytvořit písemné informační materiály o právech duševně nemocných dostupné všem hospitalizovaným pacientům a rodinným příslušníkům.
- Vzájemně porovnat a doplnit vnitřní předpisy používané v psychiatrických léčebnách.
- Na základě jednoznačného právního výkladu (MZ) zavádět do praxe používání informovaného souhlasu pacientů s léčebnými postupy a zaznamenávat informovaný souhlas pacienta do jeho zdravotní dokumentace.
- V případech, kdy dobrovolně hospitalizovaným pacientům musí být omezena možnost samostatných vycházek, by měl být zaznamenáván písemný souhlas pacienta s tímto omezením. Ošetřující lékař by měl také zvažovat, zda je pacient schopen takový souhlas poskytnout, a v případě pochybností spíše volit převedení pacienta do režimu nedobrovolné hospitalizace.
- Zavést centrální statistiku fyzického omezování pacientů a používání méně obvyklých či riskantních léčebných postupů. (Je vedena statistika elektrokonvulzivní terapie.) Bylo by vhodné najít technicky proveditelné řešení evidence a statistiky případů podávání vyšších než doporučených dávek psychofarmak. Statistika by měla sloužit jako podklad pro zpětné hodnocení těchto případů.
- Věnovat systematickou pozornost otázkám práv duševně nemocných v rámci kontinuálního vzdělávání personálu léčeben.
- Zavést či doplnit vnitřní kontrolní mechanismy.
- Zavést systém kontinuálního či periodického hodnocení kvality poskytované péče v rámci dodržování práv hospitalizovaných duševně nemocných.
- Vytvořit transparentní pravidla pro podávání stížností pacienty a jejich vyřizování. Zajistit, aby pacienti byli o těchto pravidlech dostatečně informováni.

- Aktivně a systematicky zjišťovat názory pacientů na kvalitu péče.

## Návrhy a doporučení směřující ke státní správě a odborným společnostem

Ke státní správě je možno směřovat celou řadu návrhů a připomínek týkajících se financování psychiatrické lůžkové péče a vytváření vnějších podmínek pro jejich zkvalitňování, nedostatků v legislativním rámci pro tuto oblast a podobně.

- O konkrétní podobě řešení řady otázek v problematice práv duševně nemocných by měla být vedena široká diskuse za účasti pacientů, rodinných příslušníků, zdravotníků, soudců, opatrovníků pro detenční řízení, advokátů, úředníků relevantních ministerstev a dalších zúčastněných. V této diskusi by měla být věnována pozornost rozhodnutím Evropského soudu pro lidská práva ve Štrasburku týkajícím se problematiky duševně nemocných.

Z dalších doporučení je možno uvést zejména:

- Zavést státní správou prováděnou kontrolu kvality psychiatrické lůžkové péče a systém hodnocení její kvality.
- Vytvářet a zpřesňovat pro hodnocení kvality psychiatrické lůžkové péče nástroje, především zavést závazné minimální standardy lůžkové psychiatrické péče.
- Podporovat systematicky nestátní organizace (zejména organizace uživatelů psychiatrických služeb) schopné zajistit nezávislou kontrolu kvality lůžkové psychiatrické péče a poskytovat psychiatrickým lůžkovým zařízením zpětnou vazbu v otázkách kvality péče a dodržování práv psychiatrických pacientů.
- Zajistit dodržování stávající legislativy vymezující roli opatrovníka pro detenční řízení.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR by mělo zajistit zpracování právního výkladu pojmu informovaný souhlas a poskytnout tento výklad odborné veřejnosti.
- Odborné společnosti by se měly zabývat problematikou informovaného souhlasu a zpracovat metodiku získávání a používání informovaného souhlasu u psychiatrických pacientů.
- Zařadit problematiku práv duševně nemocných do pregraduálního a postgraduálního vzdělávání zdravotníků.

## Závěr

### Naplnění cílů projektu a předpokládané další využití výsledků projektu

Projekt nemohl být realizován podle původně stanoveného harmonogramu, za cenu časového skluzu se však podařilo realizovat projekt v plánovaném rozsahu a naplnit stanovené cíle projektu:

- Otestovat nástroje pro hodnocení lůžkové péče.
- Porovnávat kvalitu péče z hlediska lidských práv duševně nemocných v několika psychiatrických léčebnách.
- Zvýšit tím citlivost personálu psychiatrických léčeben k otázkám práv duševně nemocných.

Za nejdůležitější přínos projektu považuje projektový tým právě zvýšení citlivosti personálu a managementu psychiatrických léčeben k problematice práv duševně nemocných.

Projektový tým předpokládá seznámení odborné veřejnosti s projektem a jeho výsledky formou:

- Publikace v odborném tisku.
- Pracovní konference či odborného semináře pořádané pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR a České psychiatrické společnosti.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví využije výsledků projektu k zpřesnění nástrojů pro hodnocení kvality lůžkové psychiatrické péče a připravuje navazující projekt, v jehož rámci budou upravené nástroje a metodika hodnocení ověřeny.

Dlouhodobým cílem, k němuž projekt přispívá, je vytvoření a zavedení závazného minimálního standardu psychiatrické lůžkové péče.

### Poděkování za spolupráci

Projektový tým děkuje personálu psychiatrických léčeben v Jihlavě, Kosmonosích, Opavě a Praze Bohnicích za vytvoření podmínek pro realizaci šetření, výbornou spolupráci po celou dobu projektu a především za aktivní spoluúčast při hodnocení péče a cenné připomínky k nástrojům i metodice hodnocení.

Poděkování patří také týmu psychiatrické léčebny v Bílé Vodě za ověření dotazníku formou sebehodnocení a poskytnuté připomínky a komentáře.

# Přílohy

Příloha 1: Základní dotazník (strana 30)

Příloha 2: Dotazník pro rozhovor s pacientem (strana 47)

Příloha 3: Citace zákonných norem (strana 63)

## Základní dotazník

# APEL

## Audit Práv a Etiky Léčby v psychiatrických léčebnách

### 1) Podklady k přijetí k nedobrovolné hospitalizaci

1. Lékař přijímá pacienta bez ověření informací o jeho nebezpečnosti (nechává to na lékaři oddělení.)	
2. Přijímající lékař se pokouší informace doplnit telefonátem rodině, policii atd. Toto zaznamenává do dokumentace.	
3. Přijímající lékař situaci nejprve diskutuje s lékařem záchranné služby. Má k dispozici zprávu policie, která dokumentuje nebezpečnost pacienta. A pokud je zapotřebí, zjišťuje sám další informace.	

### 2) Spolupráce s policií, záchrannou službou

1. Zařízení nechává úroveň spolupráce s policií a záchrannou službou při převozu pacientů k hospitalizaci tak, jak je.	
2. Zařízení se snaží občasnou diskusí alespoň u některých případů zlepšit úroveň spolupráce s policií a záchrannou službou.	
3. Zařízení se systematicky snaží zlepšit úroveň spolupráce s policií a záchrannou službou při převozu pacientů k hospitalizaci. Například je určen zaměstnanec zařízení, který má toto jasně v popisu práce.	

### 3) Vlastní příjem

1. Přijímající lékař pacienta vyšetří, ale situaci s ním dále neprobírá a odešle jej povětšinou na uzavřené oddělení.	
2. Přijímající lékař se představí, seznámí s pacientem, vysvětlí pacientovi situaci, zdůvodní své rozhodnutí a poučí pacienta o jeho právech.	
3. Lékař zvažuje spolu s pacientem alternativy, poučí ho o právech. Pokud se přijímající lékař rozhodne k hospitalizaci pacienta proti jeho vůli, rozhodnutí mu podrobně vysvětlí a umožní mu kontaktovat organizaci či jím vybranou osobu/osoby, které by hájily pohled, zájmy a práva pacienta. Lékař se snaží pacientovi umožnit zabezpečení komplikací daných jeho hospitalizací (děti, pes doma, opuštěné atd.)	

### 4) Posuzování oprávněnosti nedobrovolné hospitalizace

1. Podmínkám posuzování oprávněnosti nedobrovolné hospitalizace soudcem ze spádového soudu se ze strany zařízení nevěnuje větší pozornost. Toto posuzování probíhá často ve chvatu, na chodbě, či dokonce telefonicky.	
2. Podmínkám posuzování oprávněnosti nedobrovolné hospitalizace soudcem ze spádového soudu se ze strany zařízení věnuje pozornost. Je snaha, aby tento proces probíhal důstojně, v klidu, v soukromí (např. v pracovně lékaře). Zařízení však nevyvíjí větší snahu zajistit u tohoto procesu osobu, která by „hájila“ pohled a zájmy pacienta.	

3. Podmínkám posuzování oprávněnosti nedobrovolné hospitalizace soudcem ze spádového soudu se ze strany zařízení věnuje značná pozornost. Zařízení se i snaží zajistit pacientovy podporu, osobu která by „hájila“ jeho pohled a zájmy.	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 5) Umíst'ování pacientů na uzavřené oddělení:

1. Na uzavřeném oddělení jsou běžně pacienti souhlasící s pobytem v ústavu. Dobrovolnost a nedobrovolnost hospitalizace není kritériem k umíst'ování či neumíst'ování pacientů na uzavřené oddělení. Hlavním kritériem je posouzení ošetřujícího personálu bez ohledu na nebezpečnost	
2. Na uzavřených odděleních jsou převážně pacienti nedobrovolně drženi v ústavu. Jen výjimečně jsou pacienti souhlasící s hospitalizací, ale aktuálně nebezpeční sobě či svému okolí, umíst'ování na uzavřená oddělení.	
3. Na uzavřené oddělení jsou umíst'ování jen pacienti nedobrovolně hospitalizovaní.	

### 6) Vycházení z budovy/ zařízení

1. Pacienti na otevřeném oddělení (dobrovolně hospitalizovaní) se musí, pokud chtějí vyjít z budovy, pokaždé dovolovat personálu. Areál léčebny mohou opustit jen na zvláštní povolení - „propustku“. Nedobrovolně hospitalizovaní pacienti budovu, kde jsou hospitalizovaní, prakticky neopouštějí.	
2. Dobrovolně hospitalizovaní pacienti mohou mimo programy volně opouštět budovu. Mimo areál mohou vycházet jen po ústním dovolení personálu. Vycházky nedobrovolně hospitalizovaných pacientů v areálu PL v doprovodu personálu nejsou časté.	
3. Dobrovolně hospitalizovaní pacienti mohou v podstatě kdykoliv opouštět budovu. O vycházce z areálu léčebny personál jen informují. Nedobrovolně hospitalizovaní pacienti mají pravidelné vycházky v doprovodu personálu.	

### 7) Dohoda o omezení svobody u pacientů dobrovolně hospitalizovaných

1. I když pacient podepíše souhlas s hospitalizací a léčbou, je plně na personálu určovat míru omezení. O tomto neprobíhá s pacientem žádná dohoda. Pokud ano, tato dohoda není nikde zaznamenávána.	
2. Probíhá dohoda, ale je formální.	
3. Pokud pacient podepíše souhlas s hospitalizací a léčbou a přesto jeho stav vyžaduje jistá omezení (překračující domácí řád), probíhá o tom s pacientem domluva. Tato domluva je zaznamenána v dokumentaci i s pacientovým podpisem. Pokud s omezeními nesouhlasí, nejsou aplikována, respektive v indikovaných případech je dobrovolná hospitalizace změněna na režim nedobrovolné hospitalizace.	

### 8) Propouštění pacienta z léčby na vlastní žádost

1. Pacienti nejsou informováni o možnosti ukončení hospitalizace na vlastní žádost. Propouštění dříve, nežli rozhodne lékař, je velmi zřídka, je prakticky možné jen s písemným souhlasem příbuzných pacienta.	
2. Pacienti jsou zběžně informováni o možnosti ukončení hospitalizace na vlastní žádost. Pokud o to požádají, ne automaticky se jim vyhovuje. Ne vždy je toto zaznamenáno v dokumentaci. Pokud personál uvažuje o propuštění na žádost pacienta, velmi často jsou příbuzní konzultováni, informováni bez souhlasu pacienta.	

3. Pacienti jsou písemně seznamováni s možností ukončení hospitalizace na vlastní žádost. Informace je běžně dostupná (například je vyvěšena na oddělení). Pokud nejsou v režimu nedobrovolné hospitalizace a o propuštění požádají, je jim vždy vyhověno. Informaci o propuštění rodině lékař poskytuje jen po souhlasu pacienta.	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 9) Dostupnost telefonování

1. Na odděleních není dostupný - či je jen těžko dostupný - telefonní automat. Použití telefon oddělení je pro pacienty velmi obtížné. Používání mobilních telefonů je na otevřených odděleních možné, je však značně regulováno. Na uzavřených odděleních (u nedobrovolně hospitalizovaných) je telefonní kontakt pro pacienty velmi složitý. Používání mobilních telefonů je zakázáno či velmi regulováno. Je často velmi obtížné telefonovat v soukromí. Je i zvykem kontrolovat komu a o čem pacient telefonuje.	
2. Pro pacienty na otevřených odděleních jsou telefonní automaty poměrně lehce dostupné. Problém drobných mincí či telefonních karet si však pacienti musí řešit sami. Pokud pacient telefonováním nenarušuje program, použití mobilních telefonů není v podstatě nijak regulováno. Na uzavřených odděleních (u nedobrovolně hospitalizovaných) je telefonní automat v prostorách, kam je pacientům umožňován přístup. Pokud není k dispozici telefonní automat, je pacientům umožňováno použití (alespoň jedenkrát denně) úřední telefon. Používání mobilních telefonů je možné. Je do značné míry regulováno, kdy a popřípadě komu mohou pacienti telefonovat.	
3. Na odděleních (otevřených i uzavřených) jsou veřejné telefonní aparáty dostupné naprosto bezbariérově. S problémem shánění drobných mincí či jinak se v případě potřeby pacientům pomáhá. Regulace telefonování, včetně používání mobilních telefonů, odpovídá zvyklostem v každé běžné společnosti (netelefonovat během hovoru s druhou osobou, nerušit telefonováním program či ostatní osoby atd. . .). Je tedy plně na pacientovi, kdy a komu volá, o čem hovoří, a to i v případě, kdy je hospitalizován nedobrovolně. (e- mailová dostupnost po zaplacení) Používání mobilu je pacientovi zakázáno jen za zcela výjimečných situací. (Pacient například opakovaně přivolává požárníky.)	

### 10) Možnost návštěv

1. Návštěvní hodiny jsou jasně časově vymezeny, mimo tuto dobu nejsou možné. Bývají řídkěji než denně. Je praxí omezovat možnost návštěv i v individuálních případech (s odůvodněním, že návštěvy jsou vzhledem k stavu pacienta nevhodné).	
2. Jsou vymezeny návštěvní hodiny každý den. Krom návštěvních hodiny může návštěva přijít po předběžném domluvě, dovolení personálu. Omezení návštěv v běžné návštěvní době je omezováno v individuálních případech jen výjimečně.	
3. Možnost návštěv je v zásadě neomezená. Návštěvy nejsou vhodné jen v době programů a v době nočního klidu, popřípadě dalších situací vymezených (rozumným) domácím řádem. Přijímání či nepřijímání návštěv je na rozhodnutí pacienta, personál do tohoto rozhodnutí prakticky nijak nezasahuje.	

### 11) Korespondence pacientů

1. Někteří pacienti nemají automaticky dostupnou možnost odesílání korespondence. Na oddělení si nelze opatřit známky, obálky atd. Pošta je někdy pacientům kontrolována.	
2. Odesílání a přijímání pošty samotnými pacienty není problém. Problémem není ani obstarávání známek, obálek. V zásadě je respektováno listovní tajemství, jsou však situace, kdy je pošta (odesílaná či došlá) pacientům kontrolována či personál žádá od pacientů upřesnění obsahu korespondence.	

3. V zařízení je zaveden systém zabezpečující dostupnost korespondence na všech odděleních. Poštovní schránka je pacientům dostupná v rámci areálu nebo je jinak bezproblémově zajištěno každodenní odesílání pošty. Například sociální pracovníce zajišťuje prodej známek a odesílání pošty. Obsah poštovních zásilek je kontrolován personálem jen zcela výjimečně, v jasně definovaných situacích (poštovní zásilky na detoxikačním oddělení).	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 12) Prohlížení osobních věcí pacientů

1. Osobních věcí pacientů (včetně věcí donesených návštěvou) se běžně prohlížejí. Pacienti na to nemusí být upozorněni a poskytnout souhlas.	
2. Prohlížení osobních věcí pacientů není výjimečné. Pacienti nejsou vždy informováni o důvodech kontroly. Prohlížení věcí pacientů se děje s jejich souhlasem, ten má však formální charakter.	
3. Prohlížení osobních věcí pacientů je výjimečné. Pokud je toho zapotřebí, je pacient informován o důvodu kontroly a je prováděna pouze po jeho výslovném souhlasu.	

### 13) Formy fyzického omezování používání v zařízení

1. V zařízení jsou používány jak kurty, tak izolace i síťová lůžka. Izolace nebývají čalouněné.	
2. V zařízení se využívá kurtů, případně umístování do polstrované izolace (často s odděleným příslušenstvím).	
3. Zařízení co nejčastěji využívá restriktivních metod za účasti personálu. Například místo kurtů je snaha držet pacienta personálem atd.	

### 14) Četnost používání fyzického omezování

1. Individuální fyzické omezování je používáno často. Přístupuje se k němu, aniž by byly dostatečně zvažovány jiné možnosti řešení.	
2. Fyzické omezování není příliš časté. Přístupuje se k němu vždy až po vyčerpání méně restriktivních způsobů řešení	
3. Individuální fyzické omezování se v zařízení prakticky nepoužívá	
<i>Uvedte, kolik pacientů bylo v minulém roce podrobováno jednotlivým typům fyzického omezení. Pokud chybí přesné údaje, postačí kvalifikovaný odhad.</i>	
1. Izolační místnost	
2. Kurty	
3. Svěrací kazajky	
4. Síťová lůžka	
5. Další- vyjmenovat	

### 15) Délka trvání restriktivních opatření

1. Délka trvání omezení je v průměru delší než 3 hodiny.	
----------------------------------------------------------	--

2. Fyzické omezování v průměru nepřesahuje 3 hodiny.	
3. Omezování v průměru nepřesahuje 1 hodinu.	

### 16) Indikace fyzického omezení

1. K fyzickému omezení se přistupuje u pacientů, kteří ohrožují své okolí a u neklidných pacientů. Omezení je uplatňováno i u pacientů léčených dobrovolně.	
2. K fyzickému omezení se přistupuje jen u pacientů, kteří výrazně fyzicky ohrožují své okolí. Pokud se jedná o pacienty dobrovolně hospitalizované. Nutnost používání fyzického omezení není vždy provázána změnou hospitalizace na nedobrovolnou.	
3. K fyzickému omezování dochází jen u osob, které výrazně fyzicky ohrožují své okolí. Vždy se jedná jen o pacienty v režimu nedobrovolné hospitalizace.	

### 17) Způsob provedení omezení

1. Restriktivní prostředky jsou jediným způsobem, jak zvládat agresivní chování pacientů. Po dobu omezení není pacientům věnována intenzivnější, specializovaná pozornost.	
2. V zařízení je snaha hledat jiné, méně omezující způsoby řešení agresivity pacientů. Po dobu omezení je pacientovi věnována zvýšená pozornost.	
3. K fyzickému omezení se přistupuje jen po vyčerpání všech jiných, méně omezujících forem zvládnutí stavu pacienta. Pacient je vždy informován, proč se k takovýmto krokům přistupuje. Po dobu omezení i po jeho ukončení je pacientovi věnována maximální pozornost a jeho stav je neustále monitorován a dokumentován.	

### 18) Rozhodování o omezení

1. Omezení indikuje lékař nebo střední zdravotnický personál.	
2. Fyzické omezení indikuje lékař, buď po osobním vyšetření stavu pacienta, nebo po telefonické konzultaci s ošetřujícím personálem.	
3. Fyzické omezení vždy indikuje lékař a vždy až po osobním vyšetření stavu pacienta.	

### 19) Dokumentace

1. V dokumentaci vedené o pacientovi je zaznamenáno omezení. Může se stát, že u pacientů, kteří bývají omezováni pravidelně, není zaznamenáno každé omezení. Stane se, že není přesně zaznamenán popis stavu, který byl důvodem k omezení došlo, délka trvání omezení.	
2. V zařízení je pravidlem zaznamenávat do dokumentace pacienta každé fyzické omezení. Je zaznamenán důvod k omezení, jsou záznamy o průběhu omezení, délka jeho trvání.	
3. Je zaznamenáváno každé fyzické omezení. Z dokumentace je možno jasně se dozvědět důvody omezení, jak často a kým byl psychický i fyzický stav omezovaného kontrolován, celková délka omezení. Je zaznamenáván stav pacienta v průběhu omezení i názor pacienta na omezení po jeho skončení.	

### 20) Standardizace indikací, provádění dokumentace omezování v zařízení

1. Způsoby fyzického omezení pacientů nejsou v zařízení definovány. O způsobu provádění a dokumentace rozhoduje lékař nebo ošetřující personál.	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

2. Existují písemné předpisy pro použití fyzického omezování, nejsou však úplné. Například schází přesnější popis indikací, způsobů provedení nebo neexistuje formulář pro dokumentování fyzického omezování.	
3. V zařízení je jasně (písemně) definováno jaké kroky musí být před fyzickým omezením, během něj i po něm učiněny. Je jasně definováno, jak má vypadat detailní dokumentace v chorobopisu pacienta. Existuje zvláštní formulář pro záznam omezení, který umožňuje monitorování kvantity omezení i způsobu provedení na oddělení či v celém zařízení.	

### 21) Kontrola indikací a provádění fyzického omezování

1. V zařízení neexistuje systém kontroly oprávněnosti a provádění fyzického omezování pacientů.	
2. V zařízení existuje všeobecný, spíše neformální způsob hodnocení indikací a způsobu provádění fyzického omezování. Ne každý případ je zpětně hodnocen.	
3. V zařízení existuje jasný systém kontroly fyzického omezení. Touto problematikou se pravidelně zabývá odborné vedení ústavu. Každý případ individuálního fyzického omezení je zpětně hodnocen týmem oddělení. Tým se vždy zabývá otázkou, jak podobné situaci v budoucnu předejít.	

### 22) Vzdělávání personálu v oblasti používání restriktivních opatření

1. Personál není v oblasti fyzického omezování vzděláván.	
2. Tematika prostředků fyzického omezování je součástí vzdělávání personálu. Není jí však věnována systematická pozornost.	
3. Pro personál jsou pravidelně organizovány semináře, jak zacházet s agresí pacienta, jak omezovat používání restriktivních prostředků a jak je v případě nutnosti používat. Zvláštní pozornost je věnována personálu speciálně určenému ke zvládnutí agrese pacientů.	

### 23) Procedura přijetí na oddělení, seznámení se s prostředím

1. Proces přijímání na oddělení má administrativní charakter. Pacient je zapsán do stavu, jsou uloženy jeho osobní věci a cennosti, je mu přiděleno lůžko. Ze strany personálu není věnována pozornost potřebě pacienta orientovat se v novém prostředí.	
2. Personál v některých případech pomáhá novému pacientovi orientovat se v novém prostředí.	
3. Při přijetí pacienta vždy některý člen personálu plní funkci průvodce, seznámí pacienta s týmem, oddělením a vysvětlí mu jednotlivé kroky příjmové procedury. Pacient je doprovázen na pokoj, představen ostatním pacientům atd.	

### 24) Kontrola osobních věcí

1. Kontrola osobních věcí pacienta probíhá bez vysvětlení důvodu. Osobní věci pacientů jsou někdy kontrolovány v jejich nepřítomnosti a bez jejich vědomí. O kontrole není pořizován záznam	
2. Kontrola osobních věcí probíhá i bez přítomnosti pacienta. Personál pořizuje seznam odebraných věcí a pacientovi jsou alespoň formálně vysvětleny důvody kontroly.	
3. Pacientovi je podáno jasné a jemu srozumitelné vysvětlení důvodů kontroly. Kontrola	

osobních věcí probíhá vždy jen za jeho přítomnosti. Je pořizován přesným soupis odebraných věcí a je podepsán kontrolujícím i pacientem.	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 25) Kontaktní osoba na oddělení

1. Jasně definovanou kontaktní osobou pro pacienta je ošetřující lékař. Krom něj nemají jednotliví pacienti konkrétně stanovenou osobu, která by jim pomáhala řešit jejich problémy na oddělení.	
2. Krom ošetřujícího lékaře má každý pacient určeného klíčového pracovníka z řad ostatního personálu. Určení klíčového pracovníka může být formální. Pacienti někdy nevědí, kdo je jejich klíčový pracovník.	
3. Existuje schéma, podle kterého je každému pacientovi krom ošetřujícího lékaře určena kontaktní osoba. Pacient „svého“ člena personálu zná, obrací se na něj. Tento pracovník se skutečně snaží koordinovat jak ošetrovatelskou péči, tak další programy s přihlédnutím k individuálním potřebám pacienta a pomáhá pacientovi řešit problémy vzniklé hospitalizací.	

### 26) Respekt k soukromí pacientů

1. Pacienti nemají dostatek soukromí. Personál vstupuje do pokojů či na toalety bez zaklepání. Pacienti nemají možnost zamknout se na toaletě či v koupelně. Pacienti nemají možnost uložit si osobní věci do uzamykatelné skříňky, od které mají svůj klíč.	
2. Personál většinou respektuje soukromí pacientů. V daných podmínkách by však bylo možno vytvořit větší pocit soukromí a více jej respektovat.	
3. Personál má respekt k soukromí pacientů. Každý pacient má možnost uložit si pod zámek své osobní věci. Do pokojů pacientů personál vstupuje po zaklepání a vyčká na vyzvání. Pacienti mají možnost si prostředí částečně upravit (týká se hlavně dlouhodobě hospitalizovaných). V zařízení jsou místa, kde může být pacient relativně nerušen.	

### 27) Způsob jednání s pacienty

1. Celkově je zřetelné nadřazené chování personálu vůči pacientům. Je celkem běžné jednostranné tykání pacientům ze strany personálu, automatické používání „přezdivek“ , u starších též např. „babi“, „dědo“ apod. Výjimkou nejsou ani hrubší slovní výrazy k pacientům ze strany personálu.	
2. V zařízení je celkově zřetelný respekt personálu k pacientům. Převažuje společensky slušné zacházení. Někdy se personál chová k pacientům nadřazeně. Vyskytuje se jednostranné tykání personálu pacientům.	
3. Celkové klima zařízení jasně vyjadřuje respekt personálu vůči pacientům. V oslovování je personál a dospělí pacienti vždy na stejné úrovni (vykání-vykání, tykání-tykání). Všichni pacienti jsou tázáni, jak chtějí být oslovováni. U dospělých je tykání podmíněno souhlasem pacienta. Ani v dramatičtějších situacích se personál nedopouští hrubších slovních výrazů vůči pacientům.	

### 28) Zájem o potřeby klientů

1. Domácí řád a režim zařízení je nadřazen potřebám pacientů. Program dne je pro všechny pacienty jednotný. Součástí práce personálu není diskuse o individuálních potřebách pacientů.	
2. Personál nachází kompromis mezi individuálními potřebami pacienta a řádem zařízení. Například vyhovuje například jednorázovým požadavkům na výjimku	

z denního programu. Personál se nezabývá připomínkami pacientů k režimu zařízení.	
3. Je zřetelný zájem o potřeby pacientů. Je zřetelná snaha ze strany personálu nacházet cesty, jak vyhovět potřebám pacientů. Pokud to není možné, je podáno jasné vysvětlení důvodů. Personál aktivně zjišťuje názor pacientů na režim zařízení.	

### 29) Zacházení s osobními doklady pacientů

1. Osobní doklady jsou vždy při příjmu odebrány. Ukládány jsou centrálně, vydávány jsou pacientům při propuštění.	
2. Pacientům je při přijetí doporučeno uložit doklady centrálně. Existuje však možnost si doklady na vlastní žádost ponechat či vyzvednout během hospitalizace.	
3. Pacientovi je nabídnuta možnost uložit si doklady centrálně či v bezpečnostní schránce na oddělení. Je ponecháno na jeho rozhodnutí, jak během hospitalizace se svými doklady naloží.	

### 30) Zacházení s cennostmi a finančními prostředky pacientů

1. Peníze pacientů i jejich cennosti jsou v podstatě automaticky deponovány v centrální pokladně organizace. Pacienti dostávají peníze pro denní potřebu. Bývá tendence o výši prostředků poskytovaných k tomuto účelu rozhodovat.	
2. Dobrovolně hospitalizovaní pacienti mají v zásadě svobodu v rozhodování, jak naložit se svými cennostmi a penězi. Jsou informováni, že organizace za peníze, které mají u sebe, nepřebírá zodpovědnost. Mají možnost uložení cenností do trezoru. U nedobrovolně hospitalizovaných organizace odnímá hotovost a cennosti.	
3. Je ponecháno plně na rozhodnutí pacientů, jak během hospitalizace naloží se svými cennostmi a financemi. U některých nedobrovolně hospitalizovaných pacientů se jim personál snaží zabránit ve volném disponování finančními prostředky či cennostmi. Organizace jim nabízí možnost úschovy, z které je možno si deponované peníze i předměty kdykoliv (v pracovní době) vyzvednout.	

### 31) Využívání finančních prostředků pacientů zařízením

1. S finančními prostředky pacientů uloženým na kontě zařízení je manipulováno bez jejich souhlasu	
2. Pokud jsou finanční prostředky pacientů uložené na kontě ústavu někdy využívány, pak je to na základě písemného souhlasu pacientů.	
3. Finanční prostředky pacientů uložené v centrální pokladně zařízení nikdy nevyužívá pro své účely.	

### 32) Zařazování pacientů do pracovních programů

1. Pacienti jsou běžně vyzýváni, aby se podíleli na pracích, které jsou v rámci chodu léčebny nezbytné. Pokud tuto práci odmítají, není výjimkou, že jsou ze strany personálu užívány „nátlakové“ mechanismy (např. nezapojování do práce může negativně ovlivnit možnost propustky apod.).	
2. V rámci režimové léčby organizace pacientům doporučuje tzv. pracovní terapii, jejíž součástí jsou i práce nutné k základnímu chodu zařízení. Rozhodnutí a výběr práce se ponechává z velké části na zvážení pacientů. Nepoužívají se nátlakové mechanismy.	
3. V rámci pracovní terapie nejsou vykonávány práce nutné k základnímu chodu	

zařízení. Pokud organizace používá pacienty na výkon činností nutných k základnímu chodu zařízení, jde o jasně definovaný pracovní - rehabilitační program s pracovní dohodou - smlouvou. Zapojení do pracovních programů je do značné míry ponecháno na rozhodnutí pacientů.	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 33) Způsob odměňování za práci klientů

1. Za práci pacienti nedostávají finanční odměnu, a to ani za práci nutnou k provozu zařízení.	
2. Organizace se snaží práci odvedenou pacienty finančně odměňovat, ne však adekvátně tomu, co by za práci musela organizace zaplatit, pokud by práce byla vykonávána někým jiným, než pacienty.	
3. Pokud se do práce v organizaci pacient zapojí, je s ním vždy sepsána pracovní smlouva a dostává finanční odměnu, která je adekvátní vykonané práci (je stejná, jako by byla zaplácena komukoliv jinému za stejnou práci).	

### 34) Péče organizace o zabezpečení důstojného zacházení s pacienty

1. Zařízení nemá systém nástupního školení. Problematice důstojného zacházení s pacienty ze strany personálu není věnována pozornost ani v rámci týmových sezení, seminářů, či jiných vzdělávacích programů.	
2. V zařízení je zavedeno nástupní školení, jeho součástí však není oblast důstojného zacházení s pacienty. Této problematice je v rámci týmových sezení věnována pozornost, ne však systematická.	
3. V zařízení je zavedeno vstupní školení. Jeho součástí je i problematika etiky chování personálu. Otázkám důstojnosti zacházení s pacienty ze strany personálu jsou systematicky věnovány kontinuální vzdělávací programy. Případy neetického chování jsou vždy diskutovány v rámci týmových sezení.	

### 35) Vzhled personálu

1. Organizace nedbá na to, jak je její personál oblečen, respektive na celkový vzhled zaměstnanců.	
2. Organizace dbá na vzhled zaměstnanců. Většina zaměstnanců je oblečena ve zdravotnickém pracovním oblečení.	
3. Organizace dbá na to, aby i vnějškový vzhled zaměstnanců byl pro pacienty příjemný, přátelský a pokud možno civilní.	

### 36) Počet lůžek na jednom pokoji.

1. Více než 50% pacientů v zařízení je umístěno v hromadných ložnicích (6 a více lůžek na pokoji). Prostor na jednoho pacienta někde neodpovídá hygienickým normám.	
2. Méně než 50% pacientů je umístěno v hromadných ložnicích (na pokojích s více než 6 lůžky). Prostor na jednoho pacienta všude odpovídá hygienickým normám.	
3. Všechny pokoje v zařízení mají maximálně 5 lůžek. Prostor na jednoho pacienta odpovídá všude hygienickým normám. Je snaha umožnit pacientům výběr, kde, s kým (s kolika lidmi) chtějí být ubytováni.	

### 37) Možnost oděvu dle volby pacienta

1. Organizace určuje, jaké oblečení mají pacienti nosit. Pacienti v režimu	
----------------------------------------------------------------------------	--

nedobrovolné hospitalizace jsou velmi často povinni nosit ústavní oděv.	
2. Pacienti v zásadě rozhodují o svém oděvu sami, organizace si však ponechává v rozhodování o oděvu konečnou pravomoc.	
3. Je plně na pacientech, v jakém oblečení chodí. Jen v konkrétních, spíše výjimečných případech se pacientům doporučuje zvážení vhodnosti jejich oblečení.	

### 38) Estetická úroveň prostředí

1. Jídelny, společenské místnosti a chodby působí kvůli svým velkým rozměrům, zařízení či osvětlení neosobně, chladně, nevlídně.	
2. Je snaha neosobní, chladné či nevlídné prostředí společných prostor budov zmírnit, ale daří se to jen částečně.	
3. Společné prostory budov působí domácíým, útulným dojmem.	

### 39) Zápach v budovách

1. Vzduch ve větší části budov zapáchá (močí, desinfekcí atd.).	
2. Zápach se vyskytuje jen výjimečně.	
3. Zápachy se v budovách nevyskytují.	

### 40) Hygienické podmínky (kvantita a kvalita hygienických zařízení)

1. Hygienické podmínky ve většině budov zařízení neodpovídají hygienickým normám pro zdravotnická zařízení (počet toalet, koupelen atd. na počet pacientů).	
2. Hygienické podmínky neodpovídají normám v menší části zařízení, či spíše jen výjimečně.	
3. Hygienické podmínky ve všech částech zařízení zcela odpovídají hygienickým normám.	

### 41) Podmínky stravování

1. Podmínky stravování pacientů nejsou důstojné (špinavé ubrusy, nehostinná jídelna atd.). Je výrazný rozdíl mezi prostředím, kde se stravuje personál a pacienti.	
2. I když prostředí jídelen pacientů nemá stejnou úroveň jako jídelna personálu, je evidentní snaha o kultivovanost prostředí stravování pacientů.	
3. Prostředí pro stravování pacientů je kultivované, v normě běžných zdravotnických zařízení. Není rozdíl mezi tím, jak se stravuje personál a jak pacienti.	

### 42) Možnost uložení osobních věcí

1. Takřka neexistuje možnost uložit si někde svoje osobní věci.	
2. Existuje alespoň částečně možnost uložení osobních věcí.	
3. Každý pacient má svou skříňku a noční stolek.	

**43) Možnost uvaření kávy, čaje**

1. Pacienti nemají možnost vařit si kávu nebo čaj.	
2. Pacienti mají možnost uvařit si vlastní nápoje, musí se však dovolovat sester.	
3. Pacienti si mohou volně vařit kávu nebo čaj.	

**44) Dostupnost personálu – sester**

1. Sestry na oddělení jsou pro pacienty velmi obtížně dostupné.	
2. Je možno se obrátit na sestru oddělení, ale pacient musí překonávat fyzické bariéry - klepání na dveře atd.	
3. Během dne je vždy alespoň jeden člen personálu přítomen na oddělení a pacienti ho mohou kontaktovat přímo, aniž by museli překonávat fyzické bariéry. V nočních hodinách mohou pacienti personál snadno kdykoliv přivolat.	

**45) Prostory pro návštěvy**

1. V zařízení nejsou specializované prostory pro návštěvy.	
2. V zařízení je formálně vymezený prostor pro návštěvy, má však neintimní, neestetický charakter.	
3. V zařízení je prostor, kde může být pacient nerušeně se svou návštěvou. Tento prostor má důstojný vzhled.	

**46) Individuální terapeutické plány**

1. Individuální terapeutické plány nejsou zpracovávány nebo jsou zpracovávány bez účasti pacienta.	
2. Téměř každý pacient má vypracován individuální terapeutický (rehabilitační) plán, který je vypracován s přihlédnutím k pacientovým představám, potřebám a přáním. Pacient se podílí na vytváření terapeutického plánu alespoň formálně.	
3. V zařízení existuje systém určující vypracování individuálního léčebného plánu pro každého pacienta. Pacient se vždy aktivně podílí na vypracování svého léčebného plánu; léčebný plán vychází z jeho osobních představ, potřeb.	

**47) Charakter terapeutických- rehabilitačních programů**

1. Programy v zařízení jsou převážně orientovány na biologickou léčbu. Programy jsou minimálně orientovány na komplexní pomoc pacientům v návratu do jejich běžného prostředí.	
2. V zařízení jsou programy specificky orientované na pomoc a podporu klientům v návratu do jejich běžného prostředí. Nejsou však v takovém množství, aby byly dostupné všem, kteří by to potřebovali.	
3. Je patrné, že programy zařízení mají bio-psycho- sociální rozměr. Kapacita jednotlivých programů plně dostačuje potřebám klientů.	

**48) Propojenost lůžkového zařízení se službami mimo nemocnici**

1. V zařízení prakticky nejsou informace o mimonemocničních službách pro psychiatrické pacienty ve spádovém regionu a komunikace s těmito službami ze strany	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

lůžkového zařízení je minimální. Pacient je propouštěn s propouštěcí zprávou, často je na pacientovi (rodině) najít si po propuštění případnou další pomoc.	
2. V zařízení neexistuje přesný přehled o mimonemocničních službách pro psychiatrické pacienty ve spádovém regionu. Většinu pacientů (ne však všem, kdo by to potřebovali) je doporučena či sjednána následná péče v místě bydliště pacienta.	
3. V zařízení existuje dobrý přehled o mimonemocničních službách pro psychiatrické pacienty ve spádovém regionu. Je snaha udržovat s těmito službami pravidelnou komunikaci a spolupráci. U pacientů s potřebou další péče je s jejich aktivní účastí vypracováván plán potřebné pomoci po propuštění. Ze strany zařízení je také zajišťováno co nejlepší „předání“ pacienta do mimonemocničních služeb, které jsou pro něj optimální.	

#### 49) Poskytování informací o právech psychiatrických pacientů

1. V zařízení se pacientům neposkytují informace o tom, jaká jsou jejich práva (právo na právního zástupce, podmínky dobrovolné a nedobrovolné hospitalizace, volnost pohybu, informovaný souhlas s léčbou, pravidla poskytování informací o pacientovi dalším osobám atd.)	
2. Zařízení poskytuje pacientům informace na jejich žádost. Je však na tom kterém zaměstnanci, lékaři, jak dalece informuje pacienty o jejich právech. Pacienti nemají k dispozici písemné materiály o svých právech.	
3. V zařízení je jasný systém zajišťující pacientům informace o všech jejich právech. Je určeno, kdo je za poskytování těchto informací zodpovědný. Informace jsou lehce dostupné v písemné podobě.	

#### 50) Míra znalosti svých práv ze strany pacientů

1. Takřka žádný pacient zařízení není obeznámen se svými právy.	
2. Někteří pacienti zařízení jsou obeznámeni se svými právy, není jich však více než 50%.	
3. Více než 50% pacientů zařízení je dobře obeznámeno se svými právy.	

#### 51) Míra znalosti práv ze strany zaměstnanců

1. Takřka žádný zaměstnanec zařízení není obeznámen s právy psychiatrických pacientů.	
2. Někteří zaměstnanci zařízení jsou obeznámeni s právy psychiatrických pacientů, není jich však více než 50%.	
3. Všichni zaměstnanci přicházející do styku s pacienty jsou dobře obeznámeni s jejich právy.	

#### 52) Poskytování informací o právech osobám, které nejsou schopny lehce tyto informace vnímat nebo jim porozumět

1. Informace o právech nejsou poskytovány.	
2. Pacientům jsou poskytovány informace o jejich právech, často však formálně. Nezjišťuje se, zda poskytnutým informacím pacient rozumí.	
3. Personál si ověřuje, že pacient poskytnutým informacím o svých právech rozumí. Aktivně hledá způsoby, jak každému pacientovi podat informace pro něj srozumitelným	

způsobem.	
-----------	--

### 53) Existence doporučení či normy týkající se informovaného souhlasu v zařízení

1.V zařízení neexistuje jednotný přístup týkající se informovaného souhlasu pacientů s léčbou. Každý lékař si tento problém řeší sám.	
2.V zařízení existují pravidla týkající se informovaného souhlasu. Nejsou však kompletní nebo jejich dodržování není kontrolováno.	
3.V zařízení existuje jasný, pro všechny závazný postup pro získávání informovaného souhlasu.	

### 54) Konkrétní podoba provádění informovaného souhlasu

1. Při dobrovolném vstupu pacient podepisuje celkový souhlas s léčbou. (Popřípadě se za souhlas s léčbou považuje podpis dobrovolného vstupu.) Tento obecný souhlas je pokládán za dostatečný. O souhlas s konkrétními terapeutickými postupy pacient není žádán.	
2. Pacient podepisuje celkový souhlas s léčbou. O konkrétních terapeutických postupech se s pacientem diskutuje a přihlíží se k jeho názoru. Jasný souhlas pacienta se vyžaduje u výjimečných psychiatrických léčebných postupů.	
3. Není zvykem vyžadovat podpis celkového souhlasu s léčbou, protože pacient vyjadřuje informovaný souhlas s každým terapeutickým postupem.	

### 55) Postup u pacientů v režimu nedobrovolné hospitalizace

1. S pacienty v nedobrovolné režimu léčby se nevede diskuse o způsobech terapie.	
2. Pacienti v režimu nedobrovolné hospitalizace jsou informováni o terapeutických záměrech, nepřihlíží se k jejich názoru na léčebné postupy.	
3. I pacientům v režimu nedobrovolné hospitalizace jsou poskytovány poměrně podrobné informace o zamýšlené léčbě. Jen u pacientů v nebezpečí života a zdraví se k léčebným zákrokům přistupuje bez jejich souhlasu.	

### 56) Poskytování péče bez souhlasu

1. Poskytování péče pacientům bez jejich souhlasu je v podstatě možné u jakýchkoliv psychických problémů.	
2. Poskytování péče pacientům bez jejich souhlasu je možné jen u vážnějších psychických problémů, psychóz. To i v případě, pokud jejich jednání přímo neohrožuje jejich život.	
3. Poskytování péče pacientům bez jejich souhlasu je možné jen u stavů v podstatě přímo ohrožujících život – sebevražedné jednání, katatonní stavy, masivní brachiální agrese, masivní neklid.	

### 57) Informace o rizicích terapie

1. Pokud je pacient informován o zamýšlené terapii, je mu předkládána jedna možnost postupu.	
2. Není výjimkou pacientovi předkládat možnosti terapeutických postupů.	

3. Jen výjimečně se pacientovi nepředkládají varianty možného řešení jeho potíží a jeho výběr je respektován.	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 58) Míra respektování přání pacienta při výběru terapie

1. Pokud jsou pacienti informováni o zamýšlené léčbě, není zvykem informovat je o rizicích a negativních účincích.	
2. Pacienti jsou informováni o možných rizicích, ale ve výrazně menším rozsahu, než jak je uváděno ve firemních letácích.	
3. Pacienti jsou informováni o možných rizicích blížícím se informacím uvedených ve firemních letácích	

### 59) Dokumentace informovaného souhlasu.

1. V dokumentaci nejsou záznamy o informovaném souhlasu k léčbě (ať už proto, že proces informovaného souhlasu neprobíhá, nebo že se o něm záznam nevede).	
2. O procesu informování se vede alespoň formální záznam v dokumentaci pacienta.	
3. Záznamy o procesu informování pacienta o léčbě jsou dosti podrobné. Je možno se z nich dozvědět kdo, kdy a o čem pacienta informoval a jaké byly postoje pacienta k těmto informacím.	

### 60) Typy zásahů

V zařízení jsou přímo provozovány či k provedení indikovány následující zákroky - zaškrtněte:

a) extrémně vysoké dávky psychofarmak (vyšší než maximální).	
b) elektrokonvulzivní terapie	
c) stereotaktické zásahy do mozku	
d) sterilizace	
e) kastrace	

### 61) Četnost zákroků

V zařízení jsou přímo provozovány či k provedení indikovány:

Typ zákroku	Velmi často	Poměrně často	Velmi zřídka
a) Extrémně vysoké dávky psychofarmak			
b) Elektrokonvulzivní terapie			
c) Stereotaktické zásahy do mozku			
d) Sterilizace			
e) Kastrace			

Pokud je to možné, uveďte absolutní počet pacientů, u kterých byly výše uvedené zákroky provedeny v uplynulém měsíci, v uplynulém roce. Pokud chybí přesná čísla, pokuste se o odhad:

Typ zákroku	Počet zákroků za uplynulý měsíc	Počet zákroků za uplynulý rok
a) Extrémně vysoké dávky psychofarmak		
b) Elektrokonvulzivní terapie		
c) Stereotaktické zásahy do mozku		
d) Sterilizace		
e) Kastrace		

### 62) Definice indikací k zákrokům.

1. V zařízení není nijak určeno, v jakých případech se výše uvedené zákroky mohou indikovat.	
2. V zařízení existují nepsaná pravidla (praktické zásady), kdy se výše uvedené	

zákroky indikují.	
3. V zařízení existují jasná písemná pravidla, kdy se výše uvedené zákroky mohou indikovat	

### 63) Přístupnost dokumentace pacientovi

1. Pacient nemá možnost nahlédnout do své dokumentace. Seznamování pacienta s jeho lékařskou dokumentací je u všech pacientů v zařízení pokládáno za nevhodné.	
2. Na výslovnou žádost je někdy umožňováno pacientům nahlédnout do své dokumentace, respektive do její části.	
3. Pacienti jsou informováni o možnosti nahlédnout do své dokumentace a na požádání je jim toto umožněno (s výjimkou částí, které se týkají třetích osob). Pokud pacient požádá, je mu umožněno pořídit si kopii své dokumentace.	

### 64) Poskytování informací o pacientovi jiným osobám.

1. Pro poskytování informací o pacientovi neexistuje v zařízení schéma, řešeno situačně.	
2. Informace o pacientovi jsou poskytovány v souladu se zákonnými předpisy. V případech neurčených zákonem se postupuje podle uvážení lékaře.	
3. Informace o pacientovi jsou poskytovány podle vypracovaného schématu. V případech neurčených zákonem nejsou informace bez souhlasu pacienta poskytovány.	

### 65) Podávání stížností

1. V zařízení neexistuje jasný systém podávání stížností. Pacienti mohou své stížnosti podávat komukoliv - není určeno, co má tato osoba se stížností učinit.	
2. V zařízení je systém podávání stížností. Pacienti o něm i nejsou informováni.	
3. V zařízení existuje pro pacienty jasný systém podávání stížností, o kterém jsou zřetelně informováni, je dostupný a bezpečný.	

### 66) Vyřizování stížností

1. V zařízení se stížnosti buď nevyřizují, anebo jen formálně.	
2. V zařízení se stížnosti vyřizují bez přešetření od více zdrojů.	
3. V zařízení se stížnosti vyřizují konfrontací údajů z více zdrojů.	

### 67) Forma obhajoby zájmů klientů

1. V zařízení neexistuje systém reprezentace a obhajoby zájmů pacientů.	
2. V zařízení existuje systém, který formálně zajišťuje zpětnou vazbu od pacientů, která se týká jejich zájmů, potřeb, nespokojeností. Není však dostatečně zajištěno, že tyto podněty budou vyslyšeny a budou brány v potaz.	
3. V zařízení existuje systém zajišťující zpětnou vazbu od pacientů týkající se jejich pohledu na chod a podmínky v zařízení. Je i zajištěno, že tyto podněty jsou brány vážně. V ideálním případě existuje externí obhajoba zájmů pacientů.	

**68) Kontrola dodržování práv pacientů v rámci zařízení**

1. V zařízení neexistuje systém kontroly, který by zahrnoval i oblast dodržování lidských práv pacientů	
2. V zařízení existuje systém obecné kontroly kvality péče, jehož součástí jsou i otázky práv pacientů.	
3. V zařízení existuje krom obecného systému kvality péče i systém cíleně zaměřený na otázku dodržování práv pacientů.	

**69) Kontrola etiky péče a chování zaměstnanců**

1. V zařízení neexistuje kodex či detailnější povědomí o pravidlech etiky v chování zaměstnanců. Chování zaměstnanců k pacientům není předmětem sledování ze strany vedení.	
2. V zařízení existuje povědomí o významu etiky. Existují přinejmenším žitá pravidla. Sledování otázky etiky služeb a chování zaměstnanců však nemá podobu jasného systému.	
3. V zařízení je jasný etický kodex. Seznámení s ním i s právy pacientů psychiatrických zařízení je součástí podpisu dohody o zaměstnání. Etika vztahu zaměstnanců k pacientům je předmětem pravidelného osobního hodnocení zaměstnanců.	

**70) Forma postihu za porušování práv pacientů, etických norem ze strany zaměstnanců**

1. V zařízení se nestalo a není zvykem postihovat zaměstnance za neetické chování k pacientům či za porušování práv pacientů.	
2. Řešeny jsou jen případy velmi hrubého překročení základních etických norem zdravotnického pracovníka (neoprávněné či neadekvátní fyzické napadení pacienta, pohlavní zneužívání).	
3. Při hodnocení zaměstnanců (např. odměny, prodloužení pracovní smlouvy atd.) se pravidelně přihlíží k úrovni jejich chování směrem ke klientům. Existuje jasný postup při nedodržování etiky ze strany zaměstnanců, který se týká nejen hrubých přestupků.	

**71) Kontrola dostatečné informovanosti pacientů o jejich právech.**

1. V zařízení není patrný zájem o to, zjišťovat, jak dalece jsou pacienti informováni o svých právech.	
2. V zařízení je patrné, že existuje povědomí o nutnosti dostatečného informování pacientů o jejich právech. Je patrný i zájem zjišťovat, jak dalece jsou pacienti informováni, respektive jak systém informování o právech pacientů v zařízení funguje. Tyto aktivity však nemají jasný, strukturovaný charakter.	
3. Existuje systém (pověřená osoba či osoby), který efektivně zjišťuje kvalitu informování a informovanosti pacientů o jejich právech. Systém je i schopen zjednat potřebnou nápravu.	

**72) Kontrola fyzického omezování**

1. V zařízení neexistuje systém kontroly oprávněnosti a provádění fyzického omezování.	
----------------------------------------------------------------------------------------	--

2. V zařízení existuje neformalizovaný způsob hodnocení indikací a provádění fyzického omezování. Zpětně hodnocena je část případů.	
3. V zařízení existuje jasný systém kontroly fyzického omezování. Touto problematikou se pravidelně zabývá odborné vedení ústavu a z výsledků vyvozuje patřičné důsledky.	

### **73) Kontrola zákroků, které výrazně zasahují do fyzické integrity pacienta**

1. V zařízení neexistuje jasný systém kontroly způsobu provádění zákroků, které výrazně zasahují do fyzické integrity pacienta.	
2. V zařízení se občas kontroluje, proč a jakým způsobem se provozují zákroky výrazně zasahující do fyzické integrity pacienta.	
3. V zařízení existuje jasný systém pravidelné kontroly toho, proč a jakým způsobem se provozují zákroky výrazně zasahující do fyzické integrity pacienta.	

### **74) Vnější (na zařízení nezávislá) kontrola dodržování práv pacientů v zařízení**

1. V zařízení nikdy nebyla kontrola či zpětná vazba zabývající se otázkou práv pacientů, která by byla nezávislá na vedení léčebny.	
2. Zařízení se nepravidelně podrobuje vnější kontrole (například MZ), jejíž náplní je také sledování kvality péče z hlediska lidských práv.	
3. V zařízení existuje systém, který zajišťuje pravidelnou, na vedení „nezávislou“, zpětnou vazbu či kontrolu v oblasti lidských práv pacientů.	

### **75) Práce se zpětnou vazbou v oblasti dodržování práv duševně nemocných**

1. Neexistuje žádná nezávislá zpětná vazba stavu práv pacientů v zařízení.	
2. Existuje zpětná vazba týkající se oblasti lidských práv v zařízení. S těmito informacemi se pracuje částečně.	
3. Existuje zpětná vazba týkající se oblasti práv pacientů v zařízení a výsledky těchto nálezů jsou regulérně předmětem diskuse v zařízení a jsou zapracovávány do programu rozvoje..	

## Dotazník pro rozhovor s pacientem

# APEL

## Audit Práv a Etiky Léčby v psychiatrických léčebnách

### Schéma řízeného rozhovoru s pacienty

		Respondent <sup>1)</sup>	
Jméno hodnotitele:		Pohlaví:	
Rozhovor dne:		Věk:	
V PL:		Délka hospitalizace:	
Oddělení:		Typ hospitalizace <sup>2)</sup> :	

<sup>1)</sup>Jméno ani jiné identifikační údaje neuvádějte

<sup>2)</sup>Dobrovolná/nedobrovolná

#### Pokyny pro hodnotitele:

Ke každému tématickému okruhu položte otázky pokud možno v uvedeném znění (je však možno je pacientovi vysvětlit či doplnit). Tabulku uvedenou pod otázkami použijte jako vodítko a rozhodněte, které ze tří popsaných situací pacientovo sdělení odpovídá.

Pokud se nezdaří sdělení jednoznačně zařadit do popsaných kategorií, zaznamenejte pacientovo sdělení na zadní stranu papíru. Stejně tak můžete zaznamenat i další významné údaje, které pacient k tématu uvedl.

#### Jak získával přijímající lékař informace o situaci, která vedla k vašemu přijetí?

- ptal se vás osobně
- ptal se lékaře záchranné služby
- ptal se někoho, kdo s vámi přijel (rodinných příslušníků, policie)
- měl k dispozici nějakou zprávu
- podle vašeho názoru, udělal přijímající lékař vše potřebné k tomu, aby se o situaci, která byla důvodem vaší hospitalizace, dozvěděl co nejvíc?

#### Podklady k přijetí k nedobrovolné hospitalizaci (1)

1. Lékař přijímá pacienta bez ověření informací o jeho nebezpečnosti (nechává to na lékaři oddělení.)	
2. Přijímající lékař se pokouší informace doplnit telefonátem rodině, policii atd. Toto zaznamenává do dokumentace.	
3. Přijímající lékař situaci nejprve diskutuje s lékařem záchranné služby. Má k dispozici zprávu policie, která dokumentuje nebezpečnost pacienta. A pokud je zapotřebí, zjišťuje sám další informace.	

**Vysvětlil vám lékař při přijetí vaše práva, informoval vás o tom, že hospitalizaci můžete odmítnout, umožnil vám, aby vám při rozhodování, zda souhlasíte s přijetím do léčebny pomohl někdo, koho jste si vybral/a (příbuzná, přítel)?**

**Pomohl vám přijímající lékař s vyřešením osobních problémů spojených s přijetím (například umožnil vám informovat příbuzné či přátele, pomohl vám zařídit, aby se někdo postaral o děti, psa, kočku a podobně)?**

Vlastní příjem (3)

1. Přijímající lékař pacienta vyšetří, ale situaci s ním dále neprobírá a odešle jej povětšinou na uzavřené oddělení.	
2. Přijímající lékař se představí, seznámí s pacientem, vysvětlí pacientovi situaci, zdůvodní své rozhodnutí a poučí pacienta o jeho právech.	
3. Lékař zvažuje spolu s pacientem alternativy, poučí ho o právech. Pokud se přijímající lékař rozhodne k hospitalizaci pacienta proti jeho vůli, rozhodnutí mu podrobně vysvětlí a umožní mu kontaktovat organizaci či jím vybranou osobu/osoby, které by hájily pohled, zájmy a práva pacienta. Lékař se snaží pacientovi umožnit zabezpečení komplikací daných jeho hospitalizací (děti, pes doma, opuštěné atd.)	

**Byl/a jste hospitalizován nedobrovolně? (U dobrovolně hospitalizovaných další otázky vynechat.)**

**Hovořil/a jste s pracovníkem soudu o vaší nedobrovolné hospitalizaci?**

**Kde tento rozhovor probíhal, jak dlouho trval?**

**Vysvětlil vám soudce nebo lékař důvod tohoto rozhovoru?**

**Byl u tohoto rozhovoru přítomen někdo, koho jste si sám mohl/a vybrat (příbuzný, přítel), aby vám poradil? Bylo vám to nabídnuto?**

Posuzování oprávněnosti nedobrovolné hospitalizace (4)

1. Podmínkám posuzování oprávněnosti nedobrovolné hospitalizace soudcem ze spádového soudu se ze strany zařízení nevěnuje větší pozornost. Toto posuzování probíhá často ve chvatu, na chodbě, či dokonce telefonicky.	
2. Podmínkám posuzování oprávněnosti nedobrovolné hospitalizace soudcem ze spádového soudu se ze strany zařízení věnuje pozornost. Je snaha, aby tento proces probíhal důstojně, v klidu, v soukromí (např. v pracovně lékaře). Zařízení však nevyvíjí větší snahu zajistit u tohoto procesu osobu, která by „hájila“ pohled a zájmy pacienta.	
3. Podmínkám posuzování oprávněnosti nedobrovolné hospitalizace soudcem ze spádového soudu se ze strany zařízení věnuje značná pozornost. Zařízení se i snaží zajistit pacientovy podporu, osobu která by „hájila“ jeho pohled a zájmy.	

**Byl/a jste během své hospitalizace na uzavřeném oddělení?** (U pacientů, kteří jsou aktuálně na uzavřeném oddělení, je výhodné tuto otázku vynechat.)

**Jaký byl důvod vašeho umístění na uzavřené oddělení? Byl/a jste agresivní? Napadl/a jste někoho? Uvažoval/a jste o sebevraždě?**

**Byl/a jste během pobytu na uzavřeném oddělení hospitalizován nedobrovolně? Byla vaše dobrovolná hospitalizace změněna na nedobrovolnou při přemístění na uzavřené oddělení?**

Umísťování pacientů na uzavřené oddělení (5)

1. Na uzavřeném oddělení jsou běžně pacienti souhlasící s pobytem v ústavu. Dobrovolnost a nedobrovolnost hospitalizace není kritériem k umístování či neumísťování pacientů na uzavřené oddělení. Hlavním kritériem je posouzení ošetřujícího personálu bez ohledu na nebezpečnost	
2. Na uzavřených odděleních jsou převážně pacienti nedobrovolně drženi v ústavu. Jen výjimečně jsou pacienti souhlasící s hospitalizací, ale aktuálně nebezpeční sobě či svému okolí, umístování na uzavřené oddělení.	
3. Na uzavřené oddělení jsou umístování jen pacienti nedobrovolně hospitalizovaní.	

**Můžete sám/sama na vycházku?**

**Musíte žádat o propustku či o dovolení lékaře nebo sestry?**

**Můžete během samostatné vycházky opustit areál léčebny?**

**V případě, že nemůžete sám/sama na vycházku, máte možnost chodit na společné vycházky v doprovodu sester? Jak často?**

Vycházení z budovy/ zařízení (6)

1. Pacienti na otevřeném oddělení (dobrovolně hospitalizovaní) se musí, pokud chtějí vyjít z budovy, pokaždé dovolovat personálu. Areál léčebny mohou opustit jen na zvláštní povolení - „propustku“. Nedobrovolně hospitalizovaní pacienti budovu, kde jsou hospitalizovaní, prakticky neopouštějí.	
2. Dobrovolně hospitalizovaní pacienti mohou mimo programy volně opouštět budovu. Mimo areál mohou vycházet jen po ústním dovolení personálu. Vycházky nedobrovolně hospitalizovaných pacientů v areálu PL v doprovodu personálu nejsou časté.	
3. Dobrovolně hospitalizovaní pacienti mohou v podstatě kdykoliv opouštět budovu. O vycházce z areálu léčebny personál jen informují. Nedobrovolně hospitalizovaní pacienti mají pravidelné vycházky v doprovodu personálu.	

**Jste hospitalizován/a dobrovolně nebo jste byl/a hospitalizován/a dobrovolně a vaše hospitalizace byla v průběhu změněna na nedobrovolnou? (Pacientům, kteří nesplňují tuto podmínku další otázky nepokládat.)**

**Byly v průběhu hospitalizace omezeny vaše vycházky? Byly vám vysvětleny důvody omezení? Souhlasil/a jste s tímto omezením? Písemně?**

Dohoda o omezení svobody u pacientů dobrovolně hospitalizovaných (7)

1. I když pacient podepíše souhlas s hospitalizací a léčbou, je plně na personálu určovat míru omezení. O tomto neprobíhá s pacientem žádná dohoda. Pokud ano, tato dohoda není nikde zaznamenávána.	
2. Probíhá dohoda, ale je formální.	
3. Pokud pacient podepíše souhlas s hospitalizací a léčbou a přesto jeho stav vyžaduje jistá omezení (překračující domácí řád), probíhá o tom s pacientem domluva. Tato domluva je zaznamenána v dokumentaci i s pacientovým podpisem. Pokud s omezeními nesouhlasí, nejsou aplikována, respektive v indikovaných případech je dobrovolná hospitalizace změněna na režim nedobrovolné hospitalizace.	

Následující otázky pokládáme pouze dobrovolně hospitalizovaným pacientům?

**Víte, že jako dobrovolně hospitalizovaný/á můžete léčebnu kdykoliv opustit na svou žádost? Že nemusíte žádat o souhlas příbuzné? Že informaci o tom, že jste propouštěni, mohou vaši příbuzní dostat pouze tehdy, pokud s tím souhlasíte?**

**Dozvěděl/a jste se to při přijetí? Dostal/a jste tuto informaci písemně? Je někde na oddělení tato informace viditelně vyvěšena?**

Propouštění pacienta z léčby na vlastní žádost (8)

1. Pacienti nejsou informováni o možnosti ukončení hospitalizace na vlastní žádost. Propouštění dříve, nežli rozhodne lékař, je velmi zřídka, je prakticky možné jen s písemným souhlasem příbuzných pacienta.	
2. Pacienti jsou zběžně informováni o možnosti ukončení hospitalizace na vlastní žádost. Pokud o to požádají, ne automaticky se jim vyhovuje. Ne vždy je toto zaznamenáno v dokumentaci. Pokud personál uvažuje o propuštění na žádost pacienta, velmi často jsou příbuzní konzultováni, informováni bez souhlasu pacienta.	
3. Pacienti jsou písemně seznamováni s možností ukončení hospitalizace na vlastní žádost. Informace je běžně dostupná (například je vyvěšena na oddělení). Pokud nejsou v režimu nedobrovolné hospitalizace a o propuštění požádají, je jim vždy vyhověno. Informaci o propuštění rodině lékař poskytuje jen po souhlasu pacienta.	

**Máte na oddělení svůj mobilní telefon? Pokud vám byl odebrán, proč?  
 Je na oddělení telefonní automat? Pomůže personál vám nebo ostatním pacientům, když potřebujete rozměnit mince na telefon nebo koupit telefonní kartu?  
 Kontroluje na oddělení někdo, komu telefonujete a proč?  
 Pokud jste zvyklý/á používat e-mail, máte k němu na oddělení přístup?**

Dostupnost telefonování (9)

<p>1. Na odděleních není dostupný - či je jen těžko dostupný - telefonní automat. Použití telefon oddělení je pro pacienty velmi obtížné. Používání mobilních telefonů je na otevřených odděleních možné, je však značně regulováno. Na uzavřených odděleních (u nedobrovolně hospitalizovaných) je telefonní kontakt pro pacienty velmi složitý. Používání mobilních telefonů je zakázáno či velmi regulováno. Je často velmi obtížné telefonovat v soukromí. Je i zvykem kontrolovat komu a o čem pacient telefonuje.</p>	
<p>2. Pro pacienty na otevřených odděleních jsou telefonní automaty poměrně lehce dostupné. Problém drobných mincí či telefonních karet si však pacienti musí řešit sami. Pokud pacient telefonováním nenarušuje program, použití mobilních telefonů není v podstatě nijak regulováno. Na uzavřených odděleních (u nedobrovolně hospitalizovaných) je telefonní automat v prostorách, kam je pacientům umožňován přístup. Pokud není k dispozici telefonní automat, je pacientům umožňováno použít (alespoň jedenkrát denně) úřední telefon. Používání mobilních telefonů je možné. Je do značné míry regulováno, kdy a popřípadě komu mohou pacienti telefonovat.</p>	
<p>3. Na odděleních (otevřených i uzavřených) jsou veřejné telefonní aparáty dostupné naprosto bezbariérově. S problémem shánění drobných mincí či jinak se v případě potřeby pacientům pomáhá. Regulace telefonování, včetně používání mobilních telefonů, odpovídá zvyklostem v každé běžné společnosti (netelefonovat během hovoru s druhou osobou, nerušit telefonováním program či ostatní osoby atd. . .). Je tedy plně na pacientovi, kdy a komu volá, o čem hovoří, a to i v případě, kdy je hospitalizován nedobrovolně. (e-mailová dostupnost po zaplacení) Používání mobilu je pacientovi zakázáno jen za zcela výjimečných situací. (Pacient například opakovaně přivolává požárníky.)</p>	

**Jsou na oddělení stanoveny hodiny pro návštěvy? Od kdy do kdy?  
 Můžete přijmout návštěvu mimo tyto hodiny? Co pro to musíte udělat?  
 Setkal/a jste se s tím, že vám nebo jinému pacientovi personál návštěvu zakázal? Z jakého důvodu?  
 Můžete odmítnout setkat se s návštěvou, pokud si to přejete?**

Možnost návštěv (10)

1. Návštěvní hodiny jsou jasně časově vymezeny, mimo tuto dobu nejsou možné. Bývají řídkěji než denně. Je praxí omezovat možnost návštěv i v individuálních případech (s odůvodněním, že návštěvy jsou vzhledem k stavu pacienta nevhodné).	
2. Jsou vymezeny návštěvní hodiny každý den. Krom návštěvních hodiny může návštěva přijít po předběžném domluvě, dovolení personálu. Omezení návštěv v běžné návštěvní době je omezováno v individuálních případech jen výjimečně.	
3. Možnost návštěv je v zásadě neomezená. Návštěvy nejsou vhodné jen v době programů a v době nočního klidu, popřípadě dalších situací vymezených (rozumným) domácím řádem. Přijímání či nepřijímání návštěv je na rozhodnutí pacienta, personál do tohoto rozhodnutí prakticky nijak nezasahuje.	

**Můžete z oddělení posílat dopisy?**

**Je na oddělení (nebo někde na dostupném místě) poštovní schránka?**

**Je obtížné získat na oddělení dopisní papír, obálky, známky?**

**Kontrolujete personál, komu píšete a proč?**

**Kontroluje personál příchozí poštu (dopisy, balíky)? Pokud ano, znáte důvod, proč je pošta kontrolována? Jste vždy přítomen/na při otevření vaší posty?**

Korespondence pacientů (11)

1. Někteří pacienti nemají automaticky dostupnou možnost odesílání korespondence. Na oddělení si nelze opatřit známky, obálky atd. Pošta je někdy pacientům kontrolována.	
2. Odesílání a přijímání pošty samotnými pacienty není problém. Problémem není ani obstarávání známek, obálek. V zásadě je respektováno listovní tajemství, jsou však situace, kdy je pošta (odesílaná či došlá) pacientům kontrolována či personál žádá od pacientů upřesnění obsahu korespondence.	
3. V zařízení je zaveden systém zabezpečující dostupnost korespondence na všech odděleních. Poštovní schránka je pacientům dostupná v rámci areálu nebo je jinak bezproblémově zajištěno každodenní odesílání pošty. Například sociální pracovnice zajišťuje prodej známek a odesílání pošty. Obsah poštovních zásilek je kontrolován personálem jen zcela výjimečně, v jasně definovaných situacích (poštovní zásilky na detoxikačním oddělení).	

**Prohlíží někdy personál vaše osobní věci?  
Pokud ano, vysvětlí vám důvod prohlídky a požádá vás o souhlas?**

**Prohlížení osobních věcí pacientů (12)**

1. Osobních věcí pacientů (včetně věcí donesených návštěvou) se běžně prohlížejí. Pacienti na to nemusí být upozorněni a poskytnout souhlas.	
2. Prohlížení osobních věcí pacientů není výjimečné. Pacienti nejsou vždy informováni o důvodech kontroly. Prohlížení věcí pacientů se děje s jejich souhlasem, ten má však formální charakter.	
3. Prohlížení osobních věcí pacientů je výjimečné. Pokud je toho zapotřebí, je pacient informován o důvodu kontroly a je prováděna pouze po jeho výslovném souhlasu.	

**Kontrola osobních věcí (24)**

1. Kontrola osobních věcí pacienta probíhá bez vysvětlení důvodu. Osobní věci pacientů jsou někdy kontrolovány v jejich nepřítomnosti a bez jejich vědomí. O kontrole není pořizován záznam	
2. Kontrola osobních věcí probíhá i bez přítomnosti pacienta. Personál pořizuje seznam odebraných věcí a pacientovi jsou alespoň formálně vysvětleny důvody kontroly.	
3. Pacientovi je podáno jasné a jemu srozumitelné vysvětlení důvodů kontroly. Kontrola osobních věcí probíhá vždy jen za jeho přítomnosti. Je pořizován přesný soupis odebraných věcí a je podepsán kontrolujícím i pacientem.	

**Jak časté je na oddělení, kde jste, používání omezovacích prostředků? O kolika pacientech víte, že byli v posledním týdnu kurtováni, umístěni do síťového lůžka nebo izolační místnosti? Bylo to podle vás nezbytné?**

**Četnost používání fyzického omezování (14)**

1. Individuální fyzické omezování je používáno často. Přistupuje se k němu, aniž by byly dostatečně zvažovány jiné možnosti řešení.	
2. Fyzické omezování není příliš časté. Přistupuje se k němu vždy až po vyčerpání méně restriktivních způsobů řešení	
3. Individuální fyzické omezování se v zařízení prakticky nepoužívá	

**Bylo vůči vám někdy použito prostředků fyzického omezování – kurtování, síťové lůžko, izolační místnost?**

**Pokud ano, z jakého důvodu? Byly vám důvody omezení vysvětleny? Předem? Potom?**

**Jak dlouho omezení trvalo?**

**Dohlížel na vás personál během omezení? Jak často?**

**Rozhodl o nutnosti omezení lékař? Sdělil vám to osobně?**

**Pokud jste byl/a hospitalizován/a dobrovolně, byla hospitalizace změněna na nedobrovolnou?**

**Myslíte si, že bylo použití omezovacích prostředků nezbytné? Bylo podle vás možné řešit situaci jinak? Jak?**

Formy fyzického omezování používání v zařízení (13)

1. V zařízení jsou používány jak kurty, tak izolace i síťová lůžka. Izolace nebývají čalouněné.	
2. V zařízení se využívá kurtů, případně umístování do polstrované izolace (často s odděleným příslušenstvím).	
3. Zařízení co nejčastěji využívá restriktivních metod za účasti personálu. Například místo kurtů je snaha držet pacienta personálem atd.	

Délka trvání restriktivních opatření (15)

1. Délka trvání omezení je v průměru delší než 3 hodiny.	
2. Fyzické omezování v průměru nepřesahuje 3 hodiny.	
3. Omezování v průměru nepřesahuje 1 hodinu.	

Indikace fyzického omezení (16)

1. K fyzickému omezení se přistupuje u pacientů, kteří ohrožují své okolí a u neklidných pacientů. Omezení je uplatňováno i u pacientů léčených dobrovolně.	
2. K fyzickému omezení se přistupuje jen u pacientů, kteří výrazně fyzicky ohrožují své okolí. Pokud se jedná o pacienty dobrovolně hospitalizované. Nutnost používání fyzického omezení není vždy provázána změnou hospitalizace na nedobrovolnou.	
3. K fyzickému omezování dochází jen u osob, které výrazně fyzicky ohrožují své okolí. Vždy se jedná jen o pacienty v režimu nedobrovolné hospitalizace.	

Způsob provedení omezení (17)

1. Restriktivní prostředky jsou jediným způsobem, jak zvládat agresivní chování pacientů. Po dobu omezení není pacientům věnována intenzivnější, specializovaná pozornost.	
2. V zařízení je snaha hledat jiné, méně omezující způsoby řešení agresivity pacientů. Po dobu omezení je pacientovi věnována zvýšená pozornost.	
3. K fyzickému omezení se přistupuje jen po vyčerpání všech jiných, méně omezujících forem zvládnutí stavu pacienta. Pacient je vždy informován, proč se k takovýmto krokům přistupuje. Po dobu omezení i po jeho ukončení je pacientovi věnována maximální pozornost a jeho stav je neustále monitorován a dokumentován.	

Rozhodování o omezení (18)

1. Omezení indikuje lékař nebo střední zdravotnický personál.	
2. Fyzické omezení indikuje lékař, buď po osobním vyšetření stavu pacienta, nebo po telefonické konzultaci s ošetřujícím personálem.	
3. Fyzické omezení vždy indikuje lékař a vždy až po osobním vyšetření stavu pacienta.	

**Provedl vás někdo při přijetí oddělením, ukázal vám, kde co najdete?  
Představil vás ostatním pacientům na pokoji?**

**Procedura přijetí na oddělení, seznámení se s prostředím (23)**

1. Proces přijímání na oddělení má administrativní charakter. Pacient je zapsán do stavu, jsou uloženy jeho osobní věci a cennosti, je mu přiděleno lůžko. Ze strany personálu není věnována pozornost potřebě pacienta orientovat se v novém prostředí.	
2. Personál v některých případech pomáhá novému pacientovi orientovat se v novém prostředí.	
3. Při přijetí pacienta vždy některý člen personálu plní funkci průvodce, seznámí pacienta s týmem, oddělením a vysvětlí mu jednotlivé kroky příjmové procedury. Pacient je doprovázen na pokoj, představen ostatním pacientům atd.	

**Víte, kdo je váš ošetřující lékař?**

**Máte kromě ošetřujícího lékaře určeného nějakého dalšího člena personálu, který je „váš“?  
Víte, co je jeho úkolem, s čím se na něj můžete obracet?**

**Kontaktní osoba na oddělení (25)**

1. Jasně definovanou kontaktní osobou pro pacienta je ošetřující lékař. Krom něj nemají jednotliví pacienti konkrétně stanovenou osobu, která by jim pomáhala řešit jejich problémy na oddělení.	
2. Krom ošetřujícího lékaře má každý pacient určeného klíčového pracovníka z řad ostatního personálu. Určení klíčového pracovníka může být formální. Pacienti někdy nevědí, kdo je jejich klíčový pracovník.	
3. Existuje schéma, podle kterého je každému pacientovi krom ošetřujícího lékaře určena kontaktní osoba. Pacient „svého“ člena personálu zná, obrací se na něj. Tento pracovník se skutečně snaží koordinovat jak ošetrovatelskou péči, tak další programy s přihlédnutím k individuálním potřebám pacienta a pomáhá pacientovi řešit problémy vzniklé hospitalizací.	

**Máte své osobní věci uložené v uzamykatelné skříňce, od které máte klíč?  
Respektuje personál vaše soukromí? Klepou například sestry před vstupem do pokoje či na toaletu.  
Můžete se na toaletě či v koupelně zamknout?**

Respekt k soukromí pacientů (26)

1. Pacienti nemají dostatek soukromí. Personál vstupuje do pokojů či na toalety bez zaklepání. Pacienti nemají možnost zamknout se na toaletě či v koupelně. Pacienti nemají možnost uložit si osobní věci do uzamykatelné skříňky, od které mají svůj klíč.	
2. Personál většinou respektuje soukromí pacientů. V daných podmínkách by však bylo možno vytvořit větší pocit soukromí a více jej respektovat.	
3. Personál má respekt k soukromí pacientů. Každý pacient má možnost uložit si pod zámkem své osobní věci. Do pokojů pacientů personál vstupuje po zaklepání a vyčká na vyzvání. Pacienti mají možnost si prostředí částečně upravit (týká se hlavně dlouhodobě hospitalizovaných). V zařízení jsou místa, kde může být pacient relativně nerušen.	

**Jak vás a ostatní pacienty personál oslovuje? Stává se, že personál pacientům tyká bez jejich souhlasu?**

**Stalo se někdy, že by člen personálu vám nebo jinému pacientovi nadával?  
Máte pocit, že se personál chová nadřazeně?**

Způsob jednání s pacienty (27)

1. Celkově je zřetelné nadřazené chování personálu vůči pacientům. Je celkem běžné jednostranné tykání pacientům ze strany personálu, automatické používání „přezdívek“ , u starších též např. „babi“, „dědo“ apod. Výjimkou nejsou ani hrubší slovní výrazy k pacientům ze strany personálu.	
2. V zařízení je celkově zřetelný respekt personálu k pacientům. Převažuje společensky slušné zacházení. Někdy se personál chová k pacientům nadřazeně. Vyskytuje se jednostranné tykání personálu pacientům.	
3. Celkové klima zařízení jasně vyjadřuje respekt personálu vůči pacientům. V oslovování je personál a dospělí pacienti vždy na stejné úrovni (vykání-vykání, tykání-tykání). Všichni pacienti jsou tázáni, jak chtějí být oslovováni. U dospělých je tykání podmíněno souhlasem pacienta. Ani v dramatičtějších situacích se personál nedopouští hrubších slovních výrazů vůči pacientům.	

**Jsou možné výjimky z denního řádu oddělení? (Například vycházka či návštěva v době společného programu?)**

**Ptal se vás někdy personál, jak vám denní program oddělení vyhovuje?**

**Zájem o potřeby klientů (28)**

1. Domácí řád a režim zařízení je nadřazen potřebám pacientů. Program dne je pro všechny pacienty jednotný. Součástí práce personálu není diskuse o individuálních potřebách pacientů.	
2. Personál nachází kompromis mezi individuálními potřebami pacienta a řádem zařízení. Například vyhovuje například jednorázovým požadavkům na výjimku z denního programu. Personál se nezabývá připomínkami pacientů k režimu zařízení.	
3. Je zřetelný zájem o potřeby pacientů. Je zřetelná snaha ze strany personálu nacházet cesty, jak vyhovět potřebám pacientů. Pokud to není možné, je podáno jasné vysvětlení důvodů. Personál aktivně zjišťuje názor pacientů na režim zařízení.	

**Máte své osobní doklady u sebe?**

**Pokud ne, víte, kde jsou uloženy? Můžete si je vyzvednout, když o to požádáte?**

**Rozhodl/a jste se sám/sama, že si doklady necháte uložit? Měl/a jste na vybranou?**

**Zacházení s osobními doklady pacientů (29)**

1. Osobní doklady jsou vždy při příjmu odebrány. Ukládány jsou centrálně, vydávány jsou pacientům při propuštění.	
2. Pacientům je při přijetí doporučeno uložit doklady centrálně. Existuje však možnost si doklady na vlastní žádost ponechat či vyzvednout během hospitalizace.	
3. Pacientovi je nabídnuta možnost uložit si doklady centrálně či v bezpečnostní schránce na oddělení. Je ponecháno na jeho rozhodnutí, jak během hospitalizace se svými doklady naloží.	

**Máte u sebe své cenné věci a peníze?****Máte možnost kdykoliv si je nechat uložit nebo je kdykoliv vyzvednout?****Rozhodujete sám/sama o tom, kolik peněz si necháte u sebe?****Stalo se někdy, že by vám personál odmítl vydat vaše peníze nebo cenné věci, když jste o to požádal/a. Jak vám to bylo vysvětleno?****Zacházení s cennostmi a finančními prostředky pacientů (30)**

1. Peníze pacientů i jejich cennosti jsou v podstatě automaticky deponovány v centrální pokladně organizace. Pacienti dostávají peníze pro denní potřebu. Bývá tendence o výši prostředků poskytovaných k tomuto účelu rozhodovat.	
2. Dobrovolně hospitalizovaní pacienti mají v zásadě svobodu v rozhodování, jak naložit se svými cennostmi a penězi. Jsou informováni, že organizace za peníze, které mají u sebe, nepřebírá zodpovědnost. Mají možnost uložení cenností do trezoru. U nedobrovolně hospitalizovaných organizace odmítá hotovost a cennosti.	
3. Je ponecháno plně na rozhodnutí pacientů, jak během hospitalizace naloží se svými cennostmi a financemi. U některých nedobrovolně hospitalizovaných pacientů se jim personál snaží zabránit ve volném disponování finančními prostředky či cennostmi. Organizace jim nabízí možnost úschovy, z které je možno si deponované peníze i předměty kdykoliv (v pracovní době) vyzvednout.	

**Máte možnost účastnit se pracovní terapie?****Podílíte se vy nebo někteří pacienti na pracích spojených s chodem oddělení (například úklid nebo mytí nádobí)? Pokud ano, jste za takové práce placen/a?****Můžete práce na oddělení odmítnout? Má odmítnutí nějaké nepříjemné následky (například omezení vycházek)?****Zařazování pacientů do pracovních programů (32)**

1. Pacienti jsou běžně vyzýváni, aby se podíleli na pracích, které jsou v rámci chodu léčebny nezbytné. Pokud tuto práci odmítají, není výjimkou, že jsou ze strany personálu užívány „nátlakové“ mechanismy (např. nezapořádání do práce může negativně ovlivnit možnost propustky apod.).	
2. V rámci režimové léčby organizace pacientům doporučuje tzv. pracovní terapii, jejíž součástí jsou i práce nutné k základnímu chodu zařízení. Rozhodnutí a výběr práce se ponechává z velké části na zvážení pacientů. Nepoužívají se nátlakové mechanismy.	
3. V rámci pracovní terapie nejsou vykonávány práce nutné k základnímu chodu zařízení. Pokud organizace používá pacienty na výkon činností nutných k základnímu chodu zařízení, jde o jasně definovaný pracovní - rehabilitační program s pracovní dohodou - smlouvou. Zapojení do pracovních programů je do značné míry ponecháno na rozhodnutí pacientů.	

Pro pacienty, kteří odpověděli, že vykonávají práce spojené s chodem zařízení?

**Jste za práci, kterou děláte placen/a? Jaká je to přesně práce, kolik vám zabere času a kolik za ni dostáváte?**

**Máte se léčebnou uzavřenou pracovní smlouvu nebo jinou písemnou dohodu o vykonávané práci a odměně za ni?**

Způsob odměňování za práci klientů (33)

1. Za práci pacienti nedostávají finanční odměnu, a to ani za práci nutnou k provozu zařízení.	
2. Organizace se snaží práci odvedenou pacienty finančně odměňovat, ne však adekvátně tomu, co by za práci musela organizace zaplatit, pokud by práce byla vykonávána někým jiným, než pacienty.	
3. Pokud se do práce v organizaci pacient zapojí, je s ním vždy sepsána pracovní smlouva a dostává finanční odměnu, která je adekvátní vykonané práci (je stejná, jako by byla zaplácena komukoliv jinému za stejnou práci).	

**S kolika lidmi jste na pokoji?**

**Máte možnost si vybrat, na jak velkém pokoji budete?**

**Můžete požádat o přemístění na jiný pokoj, když například nechcete být s některým pacientem nebo naopak s některým pacientem chcete být na stejném pokoji?**

Počet lůžek na jednom pokoji (36)

1. Více než 50% pacientů v zařízení je umístěno v hromadných ložnicích (6 a více lůžek na pokoji). Prostor na jednoho pacienta někde neodpovídá hygienickým normám.	
2. Méně než 50% pacientů je umístěno v hromadných ložnicích (na pokojích s více než 6 lůžky). Prostor na jednoho pacienta všude odpovídá hygienickým normám.	
3. Všechny pokoje v zařízení mají maximálně 5 lůžek. Prostor na jednoho pacienta odpovídá všude hygienickým normám. Je snaha umožnit pacientům výběr, kde, s kým (s kolika lidmi) chtějí být ubytováni.	

**Musíte nosit ústavní oblečení?****Nařizuje vám personál, jak máte být oblečený/á? Pokud ano, z jakého důvodu?**

Možnost oděvu dle volby pacienta (37)

1. Organizace určuje, jaké oblečení mají pacienti nosit. Pacienti v režimu nedobrovolné hospitalizace jsou velmi často povinni nosit ústavní oděv.	
2. Pacienti v zásadě rozhodují o svém oděvu sami, organizace si však ponechává v rozhodování o oděvu konečnou pravomoc.	
3. Je plně na pacientech, v jakém oblečení chodí. Jen v konkrétních, spíše výjimečných případech se pacientům doporučuje zvážení vhodnosti jejich oblečení.	

**Můžete si na oddělení sám/sama uvařit kávu nebo čaj?****Kdy to je možné, kdy není?**

Možnost uvaření kávy, čaje (43)

1. Pacienti nemají možnost vařit si kávu nebo čaj.	
2. Pacienti mají možnost uvařit si vlastní nápoje, musí se však dovolovat sester.	
3. Pacienti si mohou volně vařit kávu nebo čaj.	

**Když něco potřebujete od sester na oddělení, kde je najdete?****Je během dne na oddělení stále někdo z personálu přítomen? Je pokoj sester během dne otevřená nebo musíte klepat či zvonit?****Stalo se vám někdy, že nebylo možné sehnat nikoho z ošetřujícího personálu, když jste ho potřeboval/a?**

Dostupnost personálu – sester (44)

1. Sestry na oddělení jsou pro pacienty velmi obtížně dostupné.	
2. Je možno se obrátit na sestru oddělení, ale pacient musí překonávat fyzické bariéry - klepání na dveře atd.	
3. Během dne je vždy alespoň jeden člen personálu přítomen na oddělení a pacienti ho mohou kontaktovat přímo, aniž by museli překonávat fyzické bariéry. V nočních hodinách mohou pacienti personál snadno kdykoliv přivolat.	

**Máte možnost být se svou návštěvou někde na oddělení o samotě?  
Pokud ano, kde? Jak to tam vypadá?**

Prostory pro návštěvy (45)

1. V zařízení nejsou specializované prostory pro návštěvy.	
2. V zařízení je formálně vymezený prostor pro návštěvy, má však neintimní, neestetický charakter.	
3. V zařízení je prostor, kde může být pacient nerušeně se svou návštěvou. Tento prostor má důstojný vzhled.	

**Máte individuální léčebný (rehabilitační) plán?**

**Víte, co v něm je?**

**Spolupracujete na jeho vytváření a úpravách? Ptá se vás někdo, co chcete mít ve svém léčebném plánu?**

Individuální terapeutické plány (46)

1. Individuální terapeutické plány nejsou zpracovávány nebo jsou zpracovávány bez účasti pacienta.	
2. Téměř každý pacient má vypracován individuální terapeutický (rehabilitační) plán, který je vypracováván s přihlédnutím k pacientovým představám, potřebám a přáním. Pacient se podílí na vytváření terapeutického plánu alespoň formálně.	
3. V zařízení existuje systém určující vypracování individuálního léčebného plánu pro každého pacienta. Pacient se vždy aktivně podílí na vypracování svého léčebného plánu; léčebný plán vychází z jeho osobních představ, potřeb.	

**Byl/a už jste někdy z této léčebny propouštěn/a?**

**Pokud ano, dostal/a jste při propuštění potřebné informace o možnostech další péče v místě vašeho bydliště (například jména a adresy ambulantních psychiatrů, kontakty na služby pro duševně nemocné, které můžete využít)?**

**Pracoval s vámi již před propuštěním na plánu další léčby či péče po propuštění?**

## Propojenost lůžkového zařízení se službami mimo nemocnici (48)

1. V zařízení prakticky nejsou informace o mimonemocničních službách pro psychiatrické pacienty ve spádovém regionu a komunikace s těmito službami ze strany lůžkového zařízení je minimální. Pacient je propouštěn s propouštěcí zprávou, často je na pacientovi (rodině) najít si po propuštění případnou další pomoc.	
2. V zařízení neexistuje přesný přehled o mimonemocničních službách pro psychiatrické pacienty ve spádovém regionu. Většině pacientů (ne však všem, kdo by to potřebovali) je doporučena či sjednána následná péče v místě bydliště pacienta.	
3. V zařízení existuje dobrý přehled o mimonemocničních službách pro psychiatrické pacienty ve spádovém regionu. Je snaha udržovat s těmito službami pravidelnou komunikaci a spolupráci. U pacientů s potřebou další péče je s jejich aktivní účastí vypracováván plán potřebné pomoci po propuštění. Ze strany zařízení je také zajišťováno co nejlepší „předání“ pacienta do mimonemocničních služeb, které jsou pro něj optimální.	

**Dostal/a jste informace o svých právech (například informace o podmínkách dobrovolné a nedobrovolné hospitalizace, o pravidlech poskytování informovaného souhlasu s léčbou, o tom, komu mohou či nemohou být poskytovány informace o vašem zdravotním stavu)?**

**Víte, koho se můžete na oddělení na tyto věci zeptat, když vám něco nebude jasné?**

**Máte tyto informace k dispozici také písemně?**

## Poskytování informací o právech psychiatrických pacientů (49)

1. V zařízení se pacientům neposkytují informace o tom, jaká jsou jejich práva (právo na právního zástupce, podmínky dobrovolné a nedobrovolné hospitalizace, volnost pohybu, informovaný souhlas s léčbou, pravidla poskytování informací o pacientovi dalším osobám atd.)	
2. Zařízení poskytuje pacientům informace na jejich žádost. Je však na tom kterém zaměstnanci, lékaři, jak dalece informuje pacienty o jejich právech. Pacienti nemají k dispozici písemné materiály o svých právech.	
3. V zařízení je jasný systém zajišťující pacientům informace o všech jejich právech. Je určeno, kdo je za poskytování těchto informací zodpovědný. Informace jsou lehce dostupné v písemné podobě.	

## Citace zákonných norem

### Zákon 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu

#### ZÁKON ze dne 17. března 1966 o péči o zdraví lidu

§ 24  
bez nadpisu

Převzetí nemocného bez jeho písemného souhlasu do ústavní péče z důvodů uvedených v § 23 odstavec 4 je zdravotnické zařízení povinno do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo.

§67b

(12) 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; pacient se z informací, které jsou mu sděleny o jeho zdravotním stavu, nesmí dozvědět informace o třetí osobě. Za osoby mladší 18 let nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům mají právo na informace podle věty první jejich zákonní zástupci.

### Trestní zákon

#### §231 Omezování osobní svobody

§231 (1) Kdo jinému bez oprávnění brání užívat osobní svobody, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

§231 (2) Odnětím svobody až na tři léta bude pachatel potrestán, spáchá-li trestný čin uvedený v odstavci 1 v úmyslu usnadnit jiný trestný čin.

§231 (3) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny.

§231 (4) Odnětím svobody na tři léta až deset let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví, smrt nebo jiný zvlášť závažný následek.

#### §232 Zbavení osobní svobody

§232 (1) Kdo jiného zbaví osobní svobody, bude potrestán odnětím svobody na tři léta až osm let.

§232 (2) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví, smrt nebo jiný zvlášť závažný následek.

**Zákon ze dne 30. listopadu 1999 o občanských průkazech 328/1999****§ 2  
Občanský průkaz**

(1) Občanský průkaz je veřejná listina,<sup>1)</sup> kterou občan prokazuje své jméno, příjmení, rodné číslo, podobu a státní občanství České republiky<sup>2)</sup> (dále jen „státní občanství“), jakož i další údaje v ní zapsané podle tohoto zákona.

(2) Občanský průkaz je povinen mít občan, který dosáhl věku 15 let a má trvalý pobyt na území České republiky. Tuto povinnost má i občan, jehož způsobilost k právním úkonům byla rozhodnutím soudu omezena.

(3) Občan, který byl rozhodnutím soudu zbaven způsobilosti k právním úkonům, může mít občanský průkaz jen v případě, že o jeho vydání požádá soudem ustanovený opatrovník<sup>3)</sup> (dále jen „opatrovník“).

(4) Občanský průkaz je zakázáno ponechávat a přijímat jako zástavu a odebírat jej při vstupu do objektů nebo na pozemky.

**Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod ve znění protokolů č. 3, 5 a 8****Čl. 3  
Zákaz mučení**

Nikdo nesmí být mučen nebo podrobován nelidskému či ponižujícímu zacházení anebo trestu.