



POLITIKA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V ČR

ZPRÁVA O SOUČASNÉM STAVU

Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi

© Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Kamenická 25, 170 00 Praha 7
Tel/Fax. 233 376 301, www.cmhcd.cz

Za finanční podpory Nadace Open Society Fund Praha, Seifertova 47, 130 00 Praha 3
Tel. 222 540 979, Fax. 222 540 978, www.osf.cz

OBSAH:

I. ÚVOD	3
1. Projektový tým.....	3
2. Vymezení předmětu	3
II. ADMINISTRATIVNÍ RÁMEC.....	5
III. POPIS SYSTÉMU PÉČE V ČR	7
1. Současná síť služeb.....	7
Lůžková péče	7
Ambulantní péče.....	8
Intermediární péče.....	8
2. Stávající legislativní úprava.....	10
Ústavní péče.....	10
Způsobilost k právním úkonům.....	12
Opatrovnictví	13
IV.SROVNÁVACÍ STUDIE.....	15
1. Vývojové fáze psychiatrických služeb	16
2. Typy poskytovaných služeb podle vyspělosti země	17
3. Popis situace ve vybraných zemích EU – Velká Británie, Nizozemí.....	18
Vládní politika a legislativní aspekty systému péče o duševní zdraví	18
Práva duševně nemocných	22
Druhy služeb pro duševně nemocné	25
V. KRITICKÁ ANALÝZA.....	27
1. Politika péče.....	27
2. Nabídka služeb	27
Kritická analýza nabídky služeb.....	28
Kritická analýza způsobu řízení	28
Kritická analýza kvality služeb	28
3. Lidská práva duševně nemocných	29
Ústavní péče a lidská práva.....	29
Institut zbavení (omezení) způsobilosti fyzických osob k právní úkonům	30
Opatrovnictví	31
4. Finanční analýza	33
POUŽITÉ ZDROJE.....	34

I. ÚVOD

Tento dokument Zpráva o současném stavu politiky péče o duševní zdraví v ČR (dále jen Zpráva) vznikl v rámci projektu Veřejné zdraví – Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice. Cílem projektu bylo vytvoření koncepce proměny systému péče o osoby se závažným duševním onemocněním.

Předložená Zpráva obsahuje tři základní části. První část podává informace o současném systému péče o duševní zdraví, tedy o síti nabízených služeb a stávající legislativní úpravě.

Druhou část tvoří srovnávací studie, která analyzuje systém péče o duševní zdraví ve Velké Británii a v Nizozemí.

Obsahem třetí části je kritická analýza, která je reakcí na předcházející části předkládaného dokumentu.

1. Projektový tým

Rada projektu se skládala ze 12 členů, zástupců organizací a skupin, kteří jsou významnými hráči na poli vytváření a provozování sítě péče o duševně nemocné.

Na počátku projektu byla stanovena **koordinační skupina**, která se převážně skládala z koordinátorů pracovních skupin sestavených k jednotlivým mapovaným oblastem. Jejím úkolem bylo vymezovat hranice jednotlivých témat a průběžně oponentovat výstupy pracovních skupin.

V rámci realizace projektu byly sestaveny **pracovní skupiny**, které se věnovaly následujícím tématům.

- Administrativní rámec (s důrazem na financování)
- Legislativa
- Procedurální postupy a „kariéra klienta“
- Statistika a síť služeb (Nemocnost psychickými poruchami a síť stávajících služeb)
- Zahraniční kontext

2. Vymezení předmětu

Cílová skupina

Projekt je zaměřen na osoby s duševním onemocněním, jehož průběh má dlouhodobý charakter a v jehož důsledku již došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností, či toto nebezpečí hrozí.

U výše zmíněných osob může docházet ke stavům, kdy v důsledku nemoci nejsou schopny rozpoznávat důsledky svého jednání, nejsou schopny toto jednání bezprostředně korigovat a mnohdy jim schází náhled na chorobnost svého stavu.

Zástupci této skupiny často nejsou schopni hájit svá práva a zájmy.

Duševní onemocnění s sebou přináší také vysokou zátěž pro rodinu a nejbližší okolí.

Základní dokumenty

- Všeobecná deklarace lidských práv (OSN, 1948)
- Listina základních práv a svobod – součást Ústavy ČR (1993)
- Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (Rada Evropy 1950) – ČR ratifikovala postupně včetně protokolů (poslední část 1994)
- Úmluva o lidských právech a biomedicině
- Evropská úmluva pro prevenci mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Rada Evropy 1987) – v ČR ratifikováno 1993, v platnosti od 1996
- Mezinárodní dohoda o občanských a politických právech
- Mezinárodní dohoda o ekonomických, sociálních a kulturních právech
- Zásady ochrany osob trpících duševní poruchou (OSN, 1991, tzv. MI Principles)
- Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů (APA, 1992)
- Deklarace lidských práv a duševního zdraví (Světová federace pro duševní zdraví, 1989)
- Evropská sociální charta – ČR ratifikovala část.

II. ADMINISTRATIVNÍ RÁMEC

Za nejvýznamnější subjekty ovlivňující péči o duševní zdraví můžeme v současné době označit Parlament ČR, Úřad vlády ČR - hlavně pak Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dále potom kraje a místní samosprávu, zdravotní pojišťovny, poskytovatelské a profesní organizace.

Parlament České Republiky

Ovlivňuje rámec péče legislativní činností. V současné době, (ale i historicky) však není oblasti života duševně nemocných, včetně oblasti péče a pomoci, specificky věnována větší pozornost.

Úřad vlády České republiky

Rada vlády České republiky pro lidská práva - Výbor pro lidská práva a biomedicínu - jedna z osmi pracovních skupin Rady. Vliv je uplatňován formou každoroční zprávy o stavu lidských práv v ČR, kam je oblast osob s duševním onemocněním již zařazována. Neméně významná je spolupráce s kancelářím Vládního zmocněnce pro lidská práva.

Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ ČR)

MZ ČR ovlivňuje rámec péče legislativní činností, dále potom cestou vyhlášek a doporučení. Specificky pro oblast péče o duševně nemocné – psychiatrie - existuje dokument „Koncepce oboru psychiatrie“, který byl schválen vědeckou radou MZ ČR v roce 2002. Tento dokument však nemá právní platnost a dosud nebyly vytvořeny nástroje na jeho realizaci.

Dalším nástrojem jsou finance přímo rozdělované MZ ČR. Jedná se o grantovou politiku, která však, vzhledem ke své výši, má z globálního hlediska spíše slabší vliv na sledovanou oblast.

Dále se jedná o investiční zdroje. Ty již hrají ne zcela zanedbatelnou roli. Jejich valná většina míří přímo do psychiatrických léčeben.

Nástrojem je i přímé řízení. Do přímé řídicí kompetence spadá většina psychiatrických léčeben. Pravomoci jsou uplatňovány převážně cestou jmenování ředitelů těchto zařízení.

Ovlivňování rámce péče za strany MZ ČR je také formou kontrolní činnosti. Ta je soustředěna převážně na vyřizování konkrétních stížností a na kontrolu provádění nařízených ochranných léčeb (jež vyplývá ze zákona).

Nezanedbatelný vliv MZ ČR je uplatňován skrze vstupy do systému využívání zdrojů zdravotního pojištění.

Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV)

Ovlivňuje rámec péče legislativní činností, dále pak cestou vyhlášek a doporučení. Pro oblast péče o duševně nemocné však neexistuje žádný specifický dokument. Dlouhodobě na půdě tohoto ministerstva probíhá proces tvorby standardů kvality sociálních služeb, akreditačních řízení a popisu typologií služeb. Tyto aktivity se však v praxi zatím výrazně nepromítly, respektive ji prozatím neovlivňují.

MPSV ovlivňuje rámec péče grantovou politikou pro nestátní neziskové organizace. Tyto zdroje doposud tvořily podstatnou část financování většiny komunitních služeb. Tvorba inovativních služeb je tedy ovlivněna faktem, komu a kam byly peníze přiděleny. Tento vliv je v současné době značně omezen, vzhledem k přechodu této funkce na kraje.

Kraje

Kompetence krajů se postupně vytváří. Jejich vztah k rámci péče o duševně nemocné je v současné době nelehké definovat. Do značné míry závisí na místních podmínkách. Postupně vznikají krajské plány sítě zdravotních a sociálních služeb. Tyto plány budou do budoucna pravděpodobně významným nástrojem pro realizaci péče o výše zmíněnou cílovou skupinu.

Vliv krajů je uplatňován formou rozdělování finančních zdrojů. Významná je část financování nestátních neziskových organizací, která na kraje přešla.

Zdravotní pojišťovny

Jejich vliv, převážně vliv VZP, je bezesporu významný. Zdravotní pojišťovny jsou jedním z partnerů v Dohodovacím řízení, v rámci něhož se rozhoduje o výši úhrad za zdravotní péči.

Odborné společnosti

Odborné společnosti mají jistý vliv na charakter péče. Jsou podstatným odborným konzultačním orgánem pro MZ ČR, který se podílí na tvorbě odborných standardů a etických norem. Dále ovlivňují síť služeb formou udělování licencí lékařům a mají vliv na obsah vzdělání.

Poskyvatelské organizace

Poskyvatelské organizace mají vliv dvojího charakteru.

a) prostřednictvím svých asociací – snaha ovlivnit tok financí ve svůj prospěch. Asociace mají také prostor pro určování charakteru a kvality péče, využívají ho však relativně málo.

b) vliv v dohodovacím řízení o tvorbě sazebníků, či přímým dojednáváním na půdě MZ ČR.

Vliv samotných poskytovatelů na charakter poskytované péče a jeho kvalitu je poměrně značný. Dokladem toho jsou spíše rostoucí než-li snižující se rozdíly mezi jednotlivými zařízeními stejného typu.

Kancelář veřejného ochránce lidských práv

V současné době je činnost tohoto orgánu omezena na šetření konkrétních případů a stížností. Vzhledem k připravovaným legislativním změnám bude působnost rozšířena na přímá šetření v zařízeních s faktickou či potencionální detencí, tedy i na psychiatrická zařízení a zařízení sociální péče.

Uživatelé a rodinní příslušníci

Vliv může být uplatňován skupinově, ale i individuálně prostřednictvím znalostí svých práv a chování se jako „poučený konzument“. Obojí se zatím nachází v procesu rozvoje. Důvodem je nedostatečná emancipace těchto skupin a neexistující jasná pravidla pro jejich zapojování do rozhodovacích procesů.

Stigmatizace duševně nemocných i rodinných příslušníků jistě hraje negativní roli.

III. POPIS SYSTÉMU PÉČE V ČR

1. Současná síť služeb

Lůžková péče

Současná kapacita lůžkových psychiatrických zařízení v ČR je 11. 591 lůžek. Z toho 10. 045 (86, 66%) je umístěno v psychiatrických léčebnách. Pro duševně nemocné navíc slouží i část kapacity ústavů sociální péče. Počet lůžek v ÚSP obsazených duševně nemocnými lze odhadnout jen přibližně na 1. 000 až 1. 500.

Psychiatrické léčebny

V roce 1990 byl počet lůžek v psychiatrických léčebnách více než 15. 000. Do roku 1995 bylo uzavřeno více než 3. 500 lůžek. Následně se tento trend zpomalil a v posledních letech se počty lůžek mění pouze v řádu desítek.

V ČR je nyní 11, 04 psychiatrických lůžek na 10. 000 obyvatel. Střední hodnota v zemích Evropské Unie (před rozšířením o nové členské státy) je 8, 7. V zemích s nejrozvinutějšími systémy péče o duševní zdraví je však počet lůžek méně než poloviční.

Geografické rozložení psychiatrických léčeben neodpovídá trendům doporučeným Světovou zdravotnickou zprávou (WHR 2001), která zdůrazňuje potřebu malých lůžkových zařízení s dobrou vazbou na komunitu. V ČR má 10 psychiatrických léčeben kapacitu vyšší než 600 lůžek (největší má 1. 600 lůžek). Spádová oblast velkých léčeben je přibližně 1 milion obyvatel a největší vzdálenost z okrajových částí spádové oblasti je přibližně 200 km, což výrazně komplikuje možnost kontaktu pacientů s jejich rodinami a blízkými. Dětská psychiatrická léčebna v Opařanech slouží pro celou ČR. V evropských zemích podobné zařízení neexistuje.

Formálně slouží psychiatrické léčebny pouze pro následnou péči, reálně je však přibližně 30 % jejich kapacity určeno k akutním příjmům.

Prakticky všechny léčebny jsou umístěny v objektech starších 100 let, které ani po rekonstrukci nemohou splňovat podmínky pro ubytovací standard a často ani hygienické normy (ložnice s více než 10 lůžky, počty sociálních zařízení).

Celkem pracuje v psychiatrických léčebnách 465 psychiatrů (1 lékař na 21, 6 lůžek) a 1. 530 zdravotních sester. Personální obsazení, kvalita péče (včetně respektu k právům hospitalizovaných pacientů) se různí. Neexistují závazné minimální standardy péče.

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

Léčebny zajišťují i nařízené ochranné léčby psychiatrické, sexuologické, protitoxikomanické, protialkoholické.

Psychiatrická oddělení

Ve 27 psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic (včetně psychiatrických klinik) je celkem 1. 546 lůžek. Průměrná kapacita psychiatrického oddělení je 50 lůžek. Celkový počet lůžek na psychiatrických odděleních se v posledních letech mírně zvýšil. V posledních 15 letech nevzniklo žádné nové psychiatrické oddělení.

Lůžka psychiatrických oddělení jsou užívána pro krátkodobé akutní hospitalizace. Doba pobytu je limitována systémem sestupné platby. Kapacita psychiatrických oddělení je v průměru využívána ze 79 %. Průměrná délka hospitalizace činí 24 dní.

V psychiatrických odděleních pracuje 143 psychiatrů (1 psychiatr na 10, 81 lůžka).

Poznámka: Počty lůžek a personálu vycházejí z údajů ÚZIS za rok 2002. Novější data nejsou dostupná.

Ústavy sociální péče /ÚSP/

V současné době existují tři, na problematiku osob s duševním onemocněním specializované ÚSP, s celkovou kapacitou 800 lůžek, jejichž provozovatelem je Magistrát hl.m. Prahy. Chybí však evidence počtů obyvatel ÚSP s psychiatrickou diagnózou.

Kvalita péče v ÚSP není jednotná, obecným problémem je, že ÚSP poskytují spíše azylovou péči bez programů směřujících k resocializaci a reintegraci obyvatel do komunity.

Ambulantní péče

Všeobecní lékař

Všeobecní lékaři jsou prvním kontaktem, avšak jejich zapojení do systému péče o duševní zdraví není na potřebné úrovni. To je dáno charakterem jejich vzdělání i dalšími faktory, například omezeními v předepisování některých skupin léků.

Ambulance psychiatrů, klinických psychologů

Počty psychiatrických ambulancí v posledních letech průběžně rostly. Naopak počty ambulancí klinických psychologů v první polovině 90. let dramaticky klesly a teprve v posledních 5 letech je patrný trend k nárůstu. V současné době v ambulancích pracuje 625 psychiatrů, 440 klinických psychologů a 393 středních zdravotnických pracovníků (velká část psychiatrických ambulancí pracuje bez sestry).

Stejně jako v lůžkové péči chybí závazné standardy služeb. Charakter péče je ovlivněn systémem úhrad za výkony. Práce mimo ambulanci (domácí návštěvy) není tedy prakticky vůbec provozována. Finančně je limitováno celkové množství předepsovaných léků.

Do psychiatrických ambulancí mohou pacienti přicházet na doporučení praktického lékaře i přímo, do ambulancí klinických psychologů na doporučení lékaře.

Intermediární péče

Denní stacionáře /DS/

V počtu lékařů v ambulantních službách jsou započítáni i lékaři pracující v denních sanatoriích, ne však v denních sanatoriích, která jsou provozována jako organizační součást lůžkových zařízení. Ve zdravotnickém sektoru celkem existuje 22 zařízení typu DS. Slouží pro klienty, kteří vyžadují intenzivnější, systematictější péči, než je možno poskytnout v běžné ambulanci.

Tato zařízení se velmi liší personálním obsazením a typem programů, respektive cílovou skupinou klientů. V posledních třech letech počty denních stacionářů stagnují, rozsah a spektrum terapeutických programů se v důsledku finančních omezení ze strany pojišťoven spíše snižuje.

Krizová centra

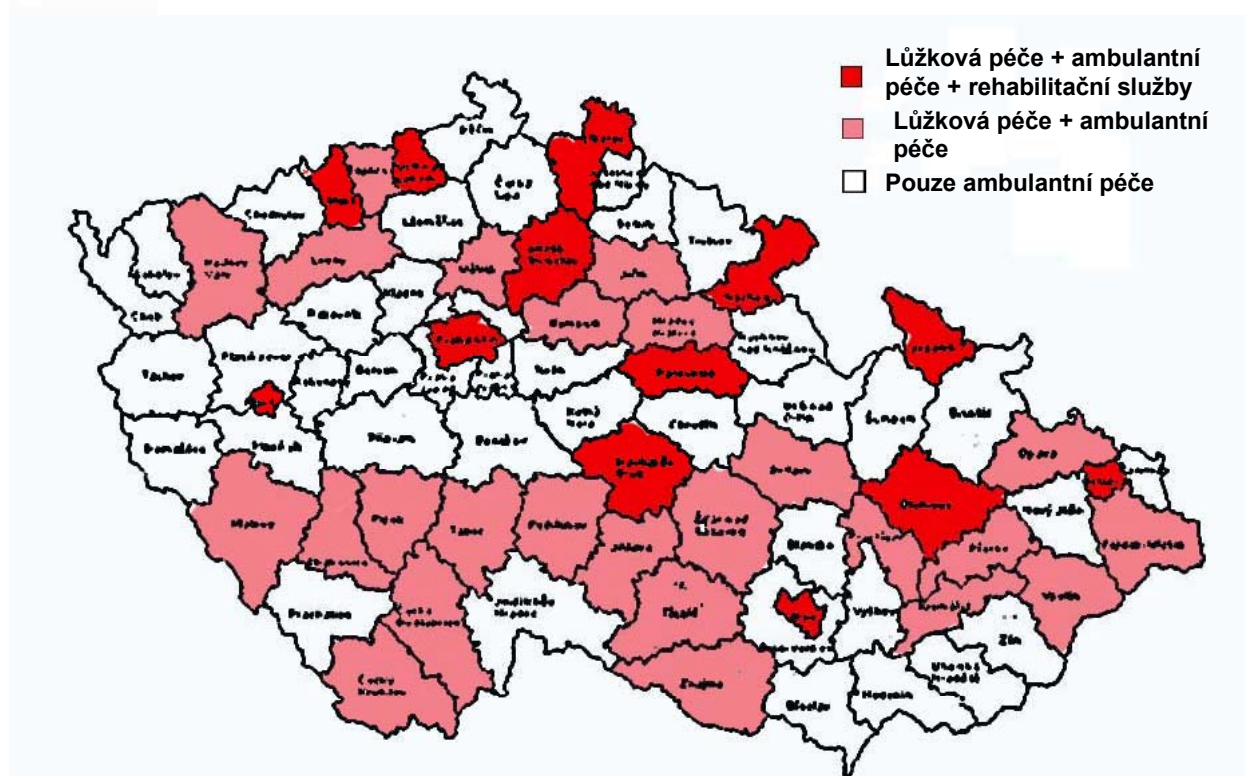
Krizová centra jsou zatím spíše ojedinělá. Některá jsou součástí lůžkových zařízení, jiná jsou samostatná či součástí sociálních služeb. Značně se liší se charakterem poskytovaných služeb. Většina (přibližně 10 zařízení) poskytuje krátkodobou lůžkovou péči. V současné době evidujeme 4 týmy zajišťující krizové intervence i v místě bydliště klienta. Jako krizová centra se mnohdy deklarují i zařízení poskytující telefonickou pomoc, poradenství či denní programy.

Komunitní sociorehabilitační zařízení

Není přesná evidence těchto typů zařízení, respektive v současné době se vytváří. Asociace komunitních služeb eviduje 18 neziskových organizací zajišťujících služby pro přibližně 3. 000 klientů ročně. Rozsah a spektrum služeb jsou velmi rozdílné. V 7 regionech (okresech) existují systémy služeb usilující o komplexní péči (v žádném však s dostatečnou kapacitou), v přibližně dalších 20 regionech jsou spíše izolované prvky komunitních služeb pro duševně nemocné.

Míru zajištění službami pro duševně nemocné v regionech znázorňuje následující graf

Graf č. 1: Pokrytí službami



2. Stávající legislativní úprava

- Zákon č. 99/1963 Sb. občanský soudní řád upravuje zejména detenční řízení, opatrovnické řízení, způsobilostní řízení.
- Zákon č. 40/1964 Sb. občanský zákoník řeší zejména opatrovnictví a způsobilost k právním úkonům (zbavení, omezení).
- Zákon č. 20/1966 Sb. Zákon o péči o zdraví lidu upravuje zejména: souhlas s léčbou, podmínky pro provedení psychiatrické detence, přístup a vedení zdravotnické dokumentace, stížnostní procedury na způsob výkonu lékařské péče, zákonný podklad léčebných řádů, neřeší dostatečně například vztah mezi psychiatrickou detencí a léčebnými výkony realizovanými v jejím rámci a pozice lékaře při provádění těchto výkonů.
- Zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů upravuje přístup a vedení dokumentace zejména v jiných než zdravotnických zařízeních.
- Zákon č. 140/1961 Sb. trestní zákon upravuje nutnou obranu, nepřičetnost vzhledem k trestní odpovědnosti za spáchání trestného činu, trestněprávní odpovědnost zdravotnického personálu: zejména trestné činy ublížení na zdraví, omezování osobní svobody, neposkytnutí pomoci, neoprávněné nakládání s osobními údaji.
- Zákon č. 141/1961 Sb. o trestním řízení soudním. Týká se zejména nutné obhajoby, problematiky ochranné léčby (zejména v ústavní formě).
- Zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních upravuje podmínky a rozsah zdravotní péče poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních a podmínky provozování nestátních zařízení.
- Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví upravuje práva a povinnosti v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví.
- Zákon 155/1995 Sb. řeší nároky na invalidní důchod – plný, částečný.
- Vyhláška MPSV ČR 284/1995 Sb. upravuje podmínky pro přiznávání invalidního důchodu formou procentní ztráty schopností soustavné výdělečné schopnosti pro osoby s duševním onemocněním.
- Definování občanů se ZPS a ZPS s ZTP upravuje Zákon 1/1991 Sb. o zaměstnanosti.
- Vyhláška 115/1992 Sb. o pracovní rehabilitaci občanů se ZPS upravuje problematiku poradenské služby, přípravy pro pracovní uplatnění, chráněných dílen a pracovišť.
- Zákoník práce upravuje pracovně právní ochranu občanů se ZPS.
- Vyhláška MPSV ČR č. 207/1998 Sb. upravuje postup přiznávání dávek státní sociální podpory a postup pro posouzení nepříznivého zdravotního stavu – vlastní klasifikace.

Ústavní péče

Ústavní forma léčby duševních poruch je jedním z nejrizikovějších faktorů pro zajištění dodržování lidských práv a základních svobod. Ačkoli není vyloučena možnost poskytovat péči bez souhlasu pacienta i v ambulantní formě, v oboru psychiatrie by takovýto postup byl z důvodu charakteru symptomů výjimečný. Je-li poskytována péče bez souhlasu pacienta, děje se tak obvykle ústavní formou.

Informovaný souhlas

Pojem informovaného souhlasu je jedním ze základních v oblasti péče o duševní zdraví. Jeho současné pojetí dokládá upřednostňování individuálních zájmů před zájmy kolektivními a vychází z principu autonomie jednotlivce a odráží vysokou míru důležitosti připisovanou svobodě rozhodování o vlastních záležitostech, vč. zdravotního stavu a způsobech a formách péče.

Informovaný souhlas vyjadřuje smluvní povahu vztahu mezi poskytovatelem péče a pacientem (uživatel, konzumentem služeb). Její podstatou je konsensuální základ, dohoda o druhu, rozsahu a podmínkách péče. Pouze ve výslovně daných případech se lze bez konsensu obejít a poskytovat zdravotní péči i bez souhlasu.

Pro provádění informovaného souhlasu v praxi je zásadní **Úmluva o lidských právech a biomedicíně vyhlášená pod č. 96/2001 Sb.m.z.**, která byla Parlamentem ČR výslovně ratifikována jako úmluva o lidských právech a základních svobodách v režimu čl. 10 Ústavy ČR. Z Úmluvy vyplývají především požadavky na míru informovanosti osoby, která má souhlas vyslovit. Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svůj souhlas odvolat. Úmluva mimo jiné stanovuje, že pokud dle platného práva není dospělá osoba schopna dát souhlas z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů, lze zákrok provést pouze se souhlasem jejího zákonného zástupce nebo příslušného orgánu nebo osoby či instituce zmocněných zákonem (tzv. zástupný souhlas).

Čl. 7 Úmluvy upravuje zvláštní ochranu osob s duševní poruchou když stanoví, že v souladu s podmínkami stanovenými zákonem na ochranu těchto osob včetně právní úpravy pro dohled, kontrolu a odvolání, může být osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vši pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví. Ustanovení je zacíleno na situace, kde osoba jinak z hlediska práva způsobilá poskytnout souhlas s léčbou k tomu aktuálně v důsledku svého duševního stavu schopna není.

Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v § 23 stanovuje že,

- lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče (odst. 1)
- vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers) (odst. 2)
- je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou vzhledem ke své rozumové vyspělosti posoudit nezbytnost takového výkonu (odst. 3)
- bez souhlasu nemocného je možno provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče:

- a) jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí,
- b) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas, a jde o neodkladné výkonu k záchraně života či zdraví,

Zástupný souhlas

O zástupném souhlasu hovoříme, uděluje-li (či odpírá-li) osoba zastupující pacienta souhlas s léčbou jménem pacienta a s účinky pro jeho osobu. Pro zástupný souhlas platí veškeré výše uvedené požadavky. V oblasti péče o duševní zdraví jde především o situace, kdy za osobu zbavenou způsobilosti k právním úkonům jakožto zákonný zástupce souhlas projeví (či souhlas odepře) soudem ustanovený opatrovník.

Zdravotnická dokumentace

Platná právní úprava vedení zdravotnické dokumentace a zpracování osobních údajů v souvislosti s jejím vedením je obsažena v **Úmluvě o ochraně lidských práv a biomedicíně, zákoně o péči o zdraví lidu a v zákoně o ochraně osobních údajů (zákon. č. 101/2000 Sb.)**.

Nestanoví-li zákon o péči o zdraví lidu jinak, vztahuje se na vedení zdravotnické dokumentace zákon o ochraně osobních údajů. I ve vztahu k zdravotnickým zařízením je dána působnost a kompetence Úřadu pro ochranu osobních údajů.

Zdravotnická zařízení mají povinnost dokumentaci vést, obsahové náležitosti (tj. rozsah shromažďovaných a zpracovávaných údajů) a úroveň prováděných zápisů jsou stanoveny výslovně (§ 67b odst. 2, 3 a 4 zákona o péči o zdraví lidu). Jde především o průkaznost, pravdivost a čitelnost zápisů.

Výslovně je upraveno oprávnění nahlížet, popř. stanoveny podmínky pro takové nahlížení (§ 67b odst. 10 a 11), pro určité skupiny osob. I zdravotničtí pracovníci jsou oprávněni do zdravotnické dokumentace nahlížet výlučně v souvislosti s poskytováním zdravotní péče - nepřichází v úvahu nahlížení, které takto účelově vázáno není. Ze zákona lze dovodit, že praxe, při níž by skrytě docházelo k jakési dvoukolejnosti vedení dokumentace (tj. vedení jedné formalizované verze a zároveň vedení druhé ve formě zápisků či poznámek lékaře shromažďovaných mimo tzv. „chorobopis“) je nepřípustná.

Zákon výslovně neupravuje povinnost a podmínky vedení prokazatelných záznamů o tom, kdo do které dokumentace nahlížel a za jakým účelem.

Způsobilost k právním úkonům

Pojem způsobilosti fyzických osob k právním úkonům

Způsobilost fyzické osoby k právním úkonům je možno definovat jako objektivním právem přiznanou schopnost vlastními projevy vůle nabývat práv a závazků.

Platné české právo vychází u fyzických osob z koncepce postupného a kontinuálního nabývání způsobilosti k právním úkonům. **Občanský zákoník** v § 8 stanoví, že způsobilost fyzické osoby vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnosti v plném rozsahu vzniká zletilostí, tj. dovršením osmnáctého roku věku, nebo uzavřením manželství (dle zákona o rodině nejdříve v den dovršení šestnáctého roku věku).

Nezletilci mají způsobilost jen k takovým právním úkonům, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku (§ 9 občanského zákoníku). Tyto schopnosti jsou posuzovány objektivně, tj. z hlediska schopností obvyklých u průměrného nezletilce určitého věku.

Institut zbavení (omezení) způsobilosti fyzické osoby k právním úkonům

Způsobilost může být odebrána (omezena) jen pravomocným rozhodnutím soudu. Zbavením (omezením) způsobilosti však v žádném případě nedochází ke zbavení (omezení) samotných subjektivních práv a povinností určité osoby. Tato osoba je i nadále nositelem těchto práv, když zůstává vlastníkem svého majetku, nájemcem v bytě, který užívá na základě nájemní smlouvy, autorem jí vytvořených děl se všemi právy z toho vyplývajících, společníkem obchodních společností na nichž se již dříve účastnila, apod. Je i nadále oprávněna k výkonu svých práv a povinností, pokud tento výkon nespočívá v činění právního úkonu (např. jako každý jiný vlastník své věci užívá či požívá, může je i zničit, ale již je nemůže prodat či darovat). Nová práva či závazky nabývá buď přímo na základě zákona (např. dědictví), nebo na základě rozhodnutí soudu anebo prostřednictvím svého zákonného zástupce (opatrovníka), popř. osoby tímto opatrovníkem zmocněné.

Společensko-právní aspekty institutu zbavování (omezování) způsobilosti fyzických osob k právním úkonům

Institut zbavení (omezení) způsobilosti k právním úkonům patří ve vztahu k specifickým postavení duševně nemocných v současné společnosti mezi nejzávažnější zásahy do jejich právních poměrů. Přestože v žádném mezinárodním lidskoprávním dokumentu ani v Listině není začleněno právo na způsobilost k právním úkonům mezi základní či lidská práva (na rozdíl od práva na právní subjektivitu - srov. čl. 5 Listiny), svou povahou jím zcela zřejmě je, když moderní právní řády na způsobilost váží řadu jiných oprávnění, která mezi základní práva patří.

Opatrovnictví

Pojem hmotněprávního opatrovnictví a jeho vazby na zbavování (omezování) způsobilosti k právním úkonům

V kontextu právního řádu České republiky je hmotněprávní opatrovnictví jedním z druhů zákonného a přímého zastoupení, které vzniká na základě rozhodnutí k tomu příslušnému soudu. Soudem ustanovený opatrovník (zástupce) činí vlastní právně relevantní projevy vůle přímo na účet opatrovance (zastoupeného).

Hmotněprávní opatrovnictví je třeba odlišovat od opatrovnictví procesního, které upravuje **občanský soudní řád** (tzv. „opatrovník pro řízení“, neboli „procesní opatrovník“), kterého za účelem zajištění zastupování a účinné participace na řízení ustanovuje soud svým rozhodnutím. Procesní opatrovník není oprávněn nezávisle činit za opatrovance jakékoli hmotněprávní úkony.

Hmotněprávní opatrovnictví (dále jen jako „opatrovnictví“) jako jeden z druhů zákonného zastoupení může mít několik modalit. Ve vztahu k problematice duševně nemocných připadá především opatrovnictví z důvodu zbavení (omezení) způsobilosti k právním úkonům. Osobě omezené ve způsobilosti k právním úkonům či této způsobilosti zbavené má být neprodleně ustanoven opatrovník. S ohledem na hmotněprávní podmínky pro zbavení (omezení) způsobilosti k právním úkonům je zřejmé, že v tomto drtivě většině případů

půjde o opatření dlouhodobé, trvající minimálně řadu měsíců, v drtivé většině řadu let, popř. půjde o opatření ve vztahu k opatrovanci doživotní.

Dalším typem opatrovnictví, které by mohlo přicházet v úvahu ve vztahu k problematice duševně nemocných je tzv. kolizní opatrovnictví, kde je ustanovován ad hoc (hmotně právní) opatrovník, tzv. zvláštní zástupce, jehož úkolem je zastoupit opatrovance při úkonu, při kterém dochází nebo by mohlo dojít ke střetu zájmů opatrovance a jeho „stálého“ opatrovníka. Toto opatrovnictví přichází v úvahu především tam, kde funkci „stálého“ opatrovníka vykonává někdo z blízkého okolí opatrovance, především rodinný příslušník..

Co se týče modelů výkonu opatrovnictví je možno hovořit o modelu soudním a modelu exekutivním, když hlavním kritériem pro toto rozlišení je vymezení rozsahu kompetencí a odpovědnosti za řádný výkon opatrovnictví. Z hlediska úrovně ochrany práv opatrovance se může soudní model jevit jako vhodnější (mj. zachovává téměř absolutní kontrolu státu nad výkonem opatrovnictví na celém území), nicméně při nedostatečném personálním a materiálním zabezpečení může jednoduše hraničit s formalismem, nepochybně je těžkopádnější, opatření jsou činěna někdy s nepřiměřeným prodlením. Exekutivní model vyniká vyšší flexibilitou a operativností, nicméně v praxi může naopak vyloučit princip soudní ochrany práv. Důležitým prvkem k posouzení hrajícím roli v každém opatrovnickém systému je také specializace osob pracovně aktivních v opatrovnických věcech s prvkem duševní nemoci, kde specifická bude vysoká.

IV. SROVNÁVACÍ STUDIE

Otázkám analýzy a zlepšení péče o duševní zdraví a duševně nemocné se v posledních letech věnuje mnoho vyspělých evropských zemí. Je to mimo jiné i výsledkem snahy Světové zdravotnické organizace (World Health Organization) upozornit na fakt, že poskytovaná péče a služby pro duševně nemocné jsou v disproporčním poměru k obtížím způsobeným těmito poruchami. Nemělo by být tudíž zarážející, že duševní onemocnění bylo zařazeno mezi pět prioritních oblastí pro snížení úmrtnosti ve Velké Británii. Její rozsáhlá legislativa, která se vztahuje k péči o duševní zdraví, se mění průběžně a pečlivě.

Jak si stojí Česká republika v porovnání s takovými evropskými zeměmi? Jedním z běžných způsobů jak porovnat kvalitu péče o duševní zdraví je srovnáním počtu sebevražd mezi jednotlivými zeměmi. V porovnání s Holandskem a Velkou Británií má Česká republika nejvyšší počet sebevražd: 14, 4 na 100. 000 obyvatel (rok 2001), Holandsko 8, 9 (rok 2000) a Velká Británie pouze 7, 0 (rok 2000). Přesto, že počet sebevražd může být částečně ovlivněn i kulturním komponentem, více než dvojnásobné množství sebevražd v České republice oproti Velké Británii poukazuje k jiným, daleko podstatnějším deficitům v systému péče o duševně nemocné v Čechách.

Projekt využívá možnosti porovnání základních aspektů systému péče o duševní zdraví ve dvou jiných evropských zemích. Holandsko a Velká Británie byly vybrány se záměrem provést porovnání se zeměmi, které mají předpokládanou lepší péči o duševně nemocné, avšak ve své podstatě mají obdobný zdravotní systém (nárok na zdravotní péči pro každého občana země) a podobné etnicko-společenské pozadí. Zdravotní systém obou zemí se dá charakterizovat jako sociální zdravotní systém (social health insurance system), tudíž ve své podstatě blízký systému v České republice.

1. Vývojové fáze psychiatrických služeb

Tvorba sítě psychiatrických služeb je dynamickým procesem. Stav sítě závisí na tom, ve které vývojové fázi se jednotlivá země nachází. Stanovení vývojového stavu umožňuje určit budoucí vývoj, respektive definovat potřebné další kroky. V zásadě můžeme identifikovat tři základní vývojové fáze viz tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 Vývojové fáze tvorby psychiatrických služeb

Tvorba velkých institucí	Redukce institucí	Vyváženost lůžkové a mimolůžkové péče
Rozvoj počtu lůžek ve velkých institucích	Rušení velkých institucí	Instituce plně nahrazeny menšími zařízeními
Nedostatečná role rodiny.	Snižování počtu lůžek	Akutní lůžka ve všeobecných nemocnicích
Většina investic směřuje do institucí	Zvyšování role rodiny	Silná podpora rodiny
Profesionálové sestávají převážně z doktorů a sester	Investice do mimonemocničních služeb	Mnoha-zdrojová podpora komunitního systému
Nediferencovaný přístup k pacientům	Pestřejší škála profesí (psychologové, sociální pracovníci...)	Nové profese v komunitních službách
Dominance „kustodiální péče“ a kontroly symptomů	Růst individuálního přístupu k pacientům	Rovnováha mezi kontrolou a nezávislostí pacienta
	Pozornost centrována na kontrolu léčby psychofarmaky, ale i rehabilitaci	Evidence-based přístupy orientované na všechny potřeby pacientů

2. Typy poskytovaných služeb podle vyspělosti země

Typy poskytovaných služeb ve velké míře závisí na ekonomické a kulturní rozvinutosti země. Každá varianta ekonomických podmínek může mít optimální či špatnou podobu sítě. Ve vztahu k tomuto faktoru můžeme definovat tři základní typy služeb „dobré“ sítě. Viz tabulka č. 2

Tabulka č. 2 Typy služeb podle rozvinutosti země

Málo rozvinuté země	Středně rozvinuté země	Vysoce rozvinuté země
A/ Primární péče podporovaná psychiatrickými specialisty	A/ Primární péče podporovaná psychiatrickými specialisty	A/ Primární péče podporovaná psychiatrickými specialisty
	B/ Základní psychiatrické služby	B/ Základní psychiatrické služby
		C/ Specializované psychiatrické služby
Záchyt a diagnostika v primární péči	Psychiatrické ambulance	Specializované ambulance pro -poruchy příjmu potravy -dvojně diagnózy -rezistentní afektivní poruchy -děti a dorost
Poradenství	Univerzální komunitní týmy	Specializované komunitní týmy pro -včasnou intervenci pro osoby s psychózou -asertivní týmy pro chronické pacienty
Farmakoterapie		
Konzultace a trénink pracovníků primární péče ze strany specialistů.	Akutní lůžková zařízení	
	Rezidenční služby pro dlouhodobě duševně nemocné	Alternativy rezidenčních služeb -komunitní bydlení s 24hodinovým servisem / 7 dní v týdnu/ -podporované a nezávislé bydlení
Limitované specializované služby -konzultace specialistou na běžných lůžkových odděleních	Socio-rehabilitační centra	Alternativní formy socio-rehabilitačních center: -sociální firmy -klubová zařízení -podporované zaměstnání

Z porovnávání stavu péče o duševně nemocné v České republice se světovými trendy vyplývá, že stav péče o duševně nemocné v ČR je v počátku fáze „redukce institucí“. V oblasti rozvinutosti „zdrojů“ můžeme ČR zařadit do skupiny středně rozvinutých zemí.

Proces reformy by měl být složen z kroků vedoucích k systému vyvážené lůžkové a mimolůžkové péče. Typ služeb by měl odpovídat složení optimálních služeb pro středně rozvinuté země a měl by sledovat linii k vysoce rozvinutým zemím.

3. Popis situace ve vybraných zemích EU – Velká Británie, Nizozemí

Vládní politika a legislativní aspekty systému péče o duševní zdraví

Hlavní zákony týkající se systému péče o duševní zdraví; současné směry v oblasti péče o duševní zdraví načrtnuté vládnoucí politikou

Základní kamenem systému péče o duševní zdraví v jakékoli zemi je vládní politika, programy a legislativa, která se k ní vztahuje. Jak bylo výše naznačeno, **Velká Británie** se intenzivně věnuje těmto otázkám. Odráží se to zřetelně v množství zákonů a v jejich průběžných novelách, zrcadlících nejen opakující se problémy v systému péče, ale i společenský vývoj, který tvaruje nové potřeby. Výstižným příkladem je reforma (červenec 1998) snad nejzávažnějšího legislativního dokumentu o duševní péči ve Velké Británii, Zákona o duševním zdraví 1983 (*the Mental Health Act 1983*), který se převážně zabývá nedobrovolnou hospitalizací a léčbou.

Již relativně dlouhodobý odklon od péče v psychiatrických institucích ve Velké Británii je výsledkem jednak jejích narůstajících ekonomických nákladů, ale také změn v přístupu k léčbě duševních nemocí a k duševně nemocným vůbec. Konkrétním výsledkem deinstitucionalizačních tendencí v Británii bylo propuštění téměř 100. 000 psychiatrických pacientů do komunity mezi šedesátými a osmdesátými lety minulého století. Přesto, že se tato tendence projevila i v jiných evropských státech, v Británii byla nejsilnější. Například počet nemocničních psychiatrických lůžek na 100. 000 obyvatel činil v roce 1997 necelých 82 lůžek (81, 9), zatímco v České republice činil tento počet ještě v roce 2001 celkem 113, 7 lůžek. Přirozenou reakcí veřejnosti na razantní propouštění psychiatrických pacientů byl nárůst obav o její bezpečnost. Aby počet propuštěných klientů nebyl nepoměrný počtu vzniku náhradních zařízení (dlouhodobý a vážný problém například v USA), byla založena v roce 1997 Nezávislá referenční skupina (Independent Reference Group), která měla za úkol sledovat, jaké služby pro duševně nemocné, kteří byli propuštěni z léčeben, jsou poskytovány.

Dalším mezníkem vytyčujícím celkovou politiku v oblasti duševního zdraví ve Velké Británii bylo představení vládního dokumentu v roce 1991 „Přístup k programu péče“ (*the Care Programme Approach*) (CPA). Tento dokument definuje způsob, jakým mají Střediska služeb pro duševní problémy koordinovat péči o lidi s duševním onemocněním. Jeho novela z roku 1999 vytýčila čtyři hlavní součásti

- 1) Systematické způsoby vyhodnocení zdravotních a sociálních potřeb klientů, tzv. plán péče, se kterým mají souhlasit jak kliničtí pracovníci, tak klient samotný.
- 2) Formulace plánů péče.
- 3) Jmenování koordinátora péče.
- 4) Pravidelné revize léčebných plánů.

Proces deinstitucionalizace výrazně ovlivnil péči o duševně nemocné také v **Holandsku**, ačkoli nepostupoval tak razantně jako ve Velké Británii. Redukce lůžkové kapacity pro duševně nemocné je v současnosti zhruba na 50 % původní kapacity před začátkem transformace, která v Holandsku začala asi před 15ti lety. Podobně jako ve Velké Británii i tam je tudíž silná tendence k rozvoji služeb pro duševně nemocné mimo nemocniční zařízení, čili přímo v běžném sociálním prostředí (komunitě). Psychiatrická zařízení se snaží přijímat méně pacientů a zkracovat pobyty v těchto zařízeních, která jsou v Holandsku

velmi nákladná (cca 800 EUR/den). V praxi to znamená další transformaci pobytové péče k péči ambulantní (cca 100-200 EUR/den), avšak bez toho, aniž by to zhoršilo kvalitu života duševně nemocných nebo zvýšilo nároky na rodiny, okolí, policii či soudní aparát.

V roce 1999 holandská vláda vydala souhrnný dokument o péči o duševní zdraví, Národní plán péče o duševní zdraví (*National Mental Health Plan*) (NMHP). Popisuje optimální zdravotní sektor péče o duševní zdraví a způsob, jakým ho dosáhnout. Jeho principy zahrnují: léčbu založenou na poptávce, léčbu efektivní a průhlednou, rozvoj místních zařízení pro klienty s duševními problémy, logickou hierarchii odborníků, používání metod, které byly vědecky ověřeny a srozumitelné kompletní služby uživatelům, ve kterých poskytovatelé psychiatrické péče úzce spolupracují se sektory sociální péče, místními úřady a ostatními relevantními sektory. Krom toho, NMHP má následující charakteristiky: plán péče bere v úvahu specifické sociální a kulturní charakteristiky jednotlivého pacienta, je s ním spoluutvářen, je lehce dostupný a skládá ze zdravotní a psychiatrické léčby a sociální pomoci.

Sektor odborných psychiatrických služeb (míněno ty, ke kterým je pacient doporučen lékaři primární péče) funguje na základě tří propojených komponentů legislativy: Zákon o mimořádných zdravotních výdajích (The Exceptional Medical Expenses Act) (AWBZ), který se zabývá způsobilostí a akreditací, Zákon o nemocničních opatřeních (The Hospital Provision Act), zabývající se plánováním a výstavbou, a Zákon poplatků za zdravotní péči (The Health Care Charges Act), týkající se účtovaných cen.

V průběhu posledních pěti let posílilo několik legislativních dokumentů pozici uživatelů holandského zdravotnictví: Například Zákon o kontraktu zdravotní péče (Medical Treatment Contract Act) vyhrazuje pacientům právo na souhlas s jejich léčebným plánem; Zákon o právu pacienta na stížnost (the Client's Right of Complaint Act) opravňuje uživatele si stěžovat; Zákon o profesní individuální zdravotní péči (the Individual Health Care Professional Act) reguluje povinnosti a zodpovědnost poskytovatelů péče a Zákon o psychiatrických nemocnicích (the Psychiatric Hospital Act) chrání práva pacientů v případech nedobrovolné a nařízené léčby.

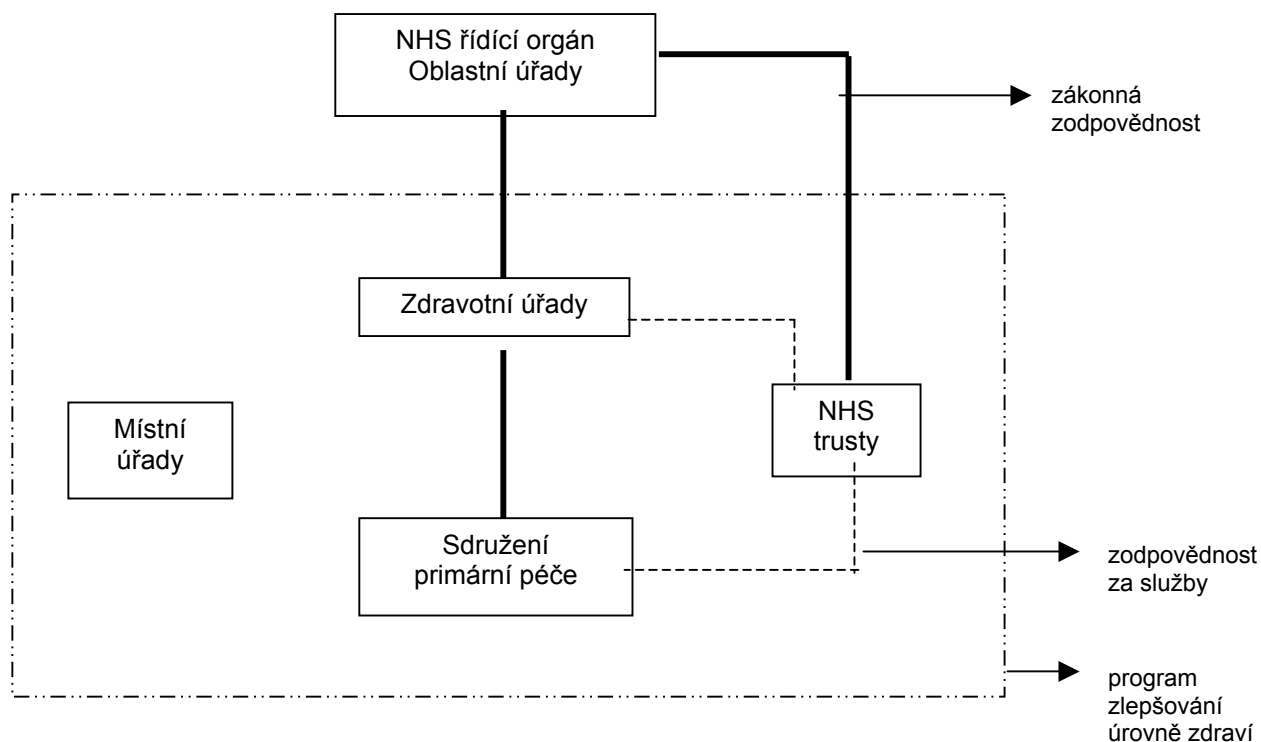
Organizační struktura systému péče o duševně nemocné

Hlavním komponentem systému zdravotní péče ve **Velké Británii** je Národní zdravotní služba (the National Health Service) (NHS) založená v roce 1948. NHS je rozsáhlý zdravotní systém, „vlastněný“ veřejností. Hlavní principy NHS spočívají v kolektivní zodpovědnosti státu za souhrnné zdravotní služby, které musí být dostupné celé populaci v momentě potřeby zdarma.

V rámci NHS existuje rozdíl mezi primární péčí, kterou provádí všeobecní lékaři s praxí a přidružený personál, a nemocničními službami, řízenými Zdravotními orgány. Od dubna 1999 jsou všichni všeobecní lékaři s praxí povinni se přihlásit do sdružení primární péče („primary care groups“). To jsou seskupení všeobecných lékařů (s praxí) pro danou oblast, která obvykle pokrývá populaci mezi 50 000 až 250 000 lidí. Z hlediska uživatele a z hlediska politiky v oblasti zdravotnictví se systém služeb odvíjí právě od primární péče. To platí i pro služby psychiatrické. Všeobecný lékař tak často stojí na počátku léčby duševních poruch a onemocnění. Britský systém zdravotní péče je založen na spolupráci a partnerství mezi různými články systému, které jsou zodpovědné za zdravotní a sociální péči (Graf č.2).

Graf č. 2: Organizace NHS

Zdroj: Health Care Systems in Transition by European Observatory on Health Care Systems, United Kingdom 1999.



Základním funkčním kamenem zdravotní péče v **Holandsku** jsou z hlediska uživatele regionální zdravotní úřady, které zajišťují síť služeb v daném regionu, uzavírají smlouvy s poskytovateli služeb a financují je formou ročního rozpočtu. Péče o duševní zdraví v Holandsku je rozdělena na obecnou, vyhraněnou a specializovanou. V souladu s tím jsou zdravotnické psychiatrické služby poskytovány na třech úrovních, od „lehkých a obecných“ k „závažným a specializovaným“:

1. První úroveň služeb – představuje krátkou a standardní léčbu, poskytují ji místní služby duševní péče, zahrnující všeobecného lékaře, psychologa a sociálního pracovníka. Významné místo v této fázi zaujímají nezávislé regionální organizace (Regionální indikační orgány) (RIOs), které rozhodují o přístupu uživatelů ke službám. Jejich náplní je shromažďovat informace ohledně žádaných typů služeb. V duchu poptávky a nabídky jsou tyto informace pak používány pro další plánování zdravotní péče. Na doporučení praktických lékařů přicházejí klienti do RIOs, kde jsou individuálně posouzeny jejich potřeby a identifikovány konkrétní služby.
2. Druhá úroveň služeb – je poskytována regionálními specializovanými centry duševní péče, která jsou přímo v nemocnicích nebo v jejich blízkosti. Tato centra využívají komplexní spektrum zařízení (preventivní, diagnostická, krizová, ambulantní, krátkodobě pobytová, resocializační a chráněná).
3. Specializovaná pomoc poskytovaná na nadregionální – národní úrovni ve fakultních nemocnicích a v jiných specializovaných psychiatrických zařízeních.

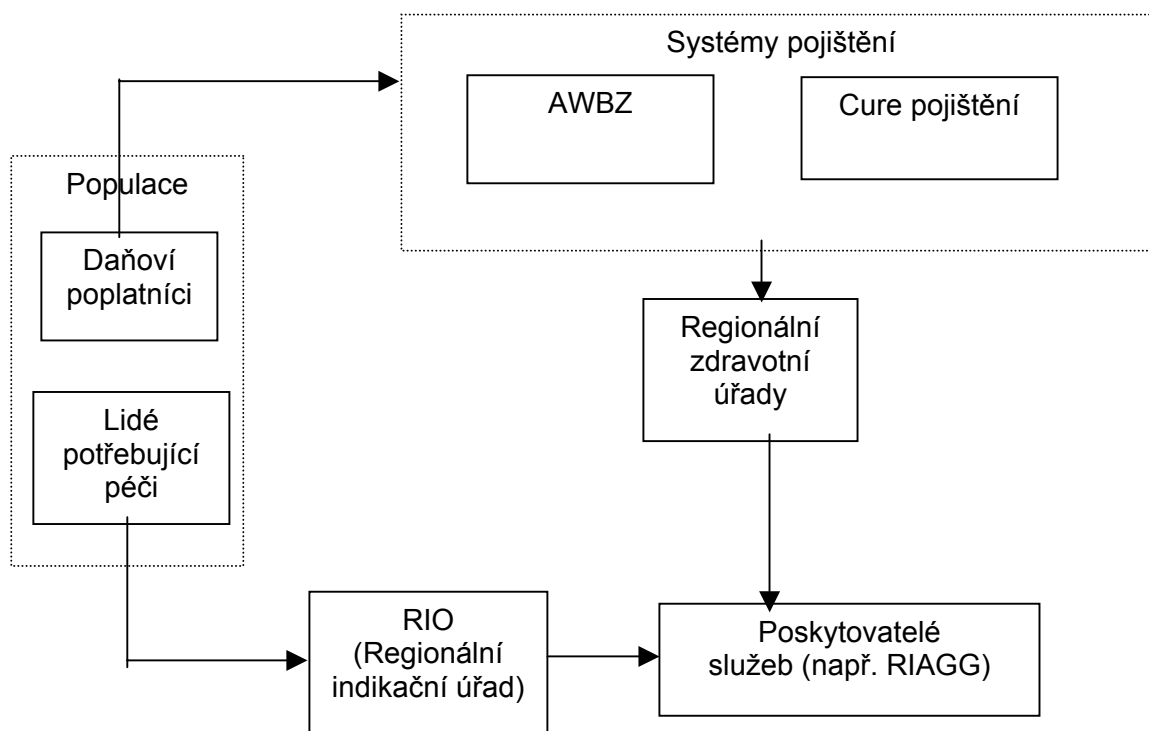
Snad nejrozšířenější poskytovatel léčby a služeb pro duševně nemocné v Holandsku je Oblastní institut pro veřejnou péči o duševně nemocné (Regional Institute for Community Mental Health Care) (RIAGG). V Holandsku je těchto center 57 a jsou dostupná po celé zemi. Každé RIAGG centrum nese zodpovědnost za péči o duševně nemocné v dané oblasti, pokrývající obvykle okolo 250. 000 obyvatel.

Základní náplní RIAGGů je léčba duševních poruch a onemocnění. Klienti nejsou hospitalizováni, mohou zůstat ve svých domovech a dochází za léčbou do RIAGG zařízení. V případě, že je hospitalizace nezbytná, RIAGG ji zprostředkuje. Dalšími důležitými úkoly RIAGGů jsou prevence, konzultace a outreach.

Organizaci holandské zdravotní péče (včetně péče o duševní zdraví) znázorňuje graf 3. Jak můžeme z grafu vyčíst, v Holandsku se rozlišují dva druhy péče: „cure“ (vedoucí k vyléčení) a „care“ (pro pacienty s chronickým onemocněním). Tomu také odpovídají dva největší holandské zdravotní pojišťovací systémy: „cure“ a AWBZ („care“). Obě tato pojištění jsou nekomerční a pro občany povinná. „Cure“ je základní zdravotní pojištění pro akutní léčebné výlohy. AWBZ je pojištění pro dlouhodobou a nákladnou péči (zahrnující např. vážné duševní onemocnění chronické povahy).

Graf 3: Organizační schéma holandského zdravotního systému

Zdroj: Systém péče o duševní zdraví v Nizozemsku, MUDr. Jan Stuchlík, zpracoval na základě osobní komunikace s: Hugo Koetsier (ředitel psychiatrické nemocnice, Kennemerstraatweg 464, NG Heiloo)
Frans Heijnen (ředitel SBWU-organizace pro chráněné bydlení, Mgr. Van de Weteringstraat 132 A, EN Utrecht)



Legislativní zodpovědnost za péči o duševně nemocné

Všechny osoby s trvalým pobytem v **Británii** mají nárok na zdravotní péči prostřednictvím NHS. Dokument z roku 1977 (National Health Service Act) vyžaduje kompletní zdravotní služby zajišťující zlepšování fyzického a duševního zdraví a vývoj služeb pro prevenci, diagnostiku a léčbu chorob. Všechny pobyty v nemocnici a výkony specialistů mají být poskytovány zdarma v době potřeby.

Ministerstvo zdravotnictví nese zodpovědnost za veškeré zdravotní a sociální služby v Anglii. Nese tudíž také celkovou odpovědnost za Národní zdravotní službu (NHS).

Spolupráce a návaznost zdravotnických služeb pro duševně nemocné ve velké Británii je legislativně ošetřena Zákonem o zdraví 1999, který ukládá legislativní povinnost pro všechny články zdravotní péče (Zdravotní úřady, Specializované zdravotní úřady, Trusty primární péče, NHS trusty a místní úřady) spolupracovat.

Podobně jako v Británii, i v **Holandsku** má každý právo na léčbu, kterou potřebuje. Povinné pojištění na náklady při dlouhodobých onemocněních je vymezeno Zákonem o mimořádných zdravotních výdajích (ABWZ) a pokrývá prakticky všechny služby pro dlouhodobě duševně nemocné. Zákon též definuje síť služeb. Nezávislá organizace pro indikaci péče (RIO) rozhoduje o přístupu k těmto službám. Zákon ukládá regionálním zdravotním úřadům (součást zdravotní pojišťovny) zajistit síť služeb, jejichž součástí jsou služby pro duševně nemocné, mentálně postižené, látkově závislé, gerontopsychiatrické pacienty a děti.

Koordinace klinických a sociálních služeb pro duševně nemocné

Ve **Velké Británii** dlouhodobě existuje zřetelné rozlišení mezi zdravotní péčí poskytovanou NHS, která je víceméně bezplatná v okamžiku použití, a sociální péčí poskytovanou místními úřady, která je determinovaná individuálními finančními prostředky.

V současnosti existují tedy dva systémy koordinace péče o lidi s duševními problémy či nemocí.

1. používaný zdravotními úřady (the Care Programme Approach) (CPA)
2. používaný pracovníky sociální péče (the Care Management System).

Od roku 1999 však vláda v rámci zefektivnění služeb zahájila postupnou integraci obou systémů. V budoucnosti se tak plánuje pouze jeden systém - CPA, který bude charakterizován pouze jedním vstupem do systému, jednotným procesem zdravotního a sociálního posudku a integrovanými plány péče. Uživatelé by tak mohli využívat služeb jednodušeji.

I v dalších oblastech je vidět znatelná snaha o větší koordinaci práce mezi ministerstvy. Od NHS a místních sociálních úřadů je očekáváno, že se ujmou iniciativy a budou pracovat společně na zlepšení duševního zdraví celé populace stejně jako na zvýšení úrovně léčby a péče o duševně nemocné s cílem maximální možné samostatnosti v jejich životech. V nemocničním prostředí má tato kooperace delší tradici. Sociální pracovníci jsou například již tradičně součástí klinických psychiatrických týmů.

I v **Holandsku** je spolupráce mezi sektorem pro duševní péči a zdraví, sociálním sektorem a místními úřady daná vládní politikou a podporováním léčby v širším sociálním prostředí. Jednotlivé sektory tak jsou na sobě vzájemně závislé v otázkách bydlení, práce a vzdělávání. Konkrétně je úzká spolupráce mezi sociálními službami a sektorem pro péči o duševně nemocné legislativně podložena v Národním plánu pro duševní zdraví (*National Mental Health Plan*).

Práva duševně nemocných

Kontrola kvality péče o duševně nemocné

Hlavním odpovědným orgánem kontroly péče o duševní zdraví ve **Velké Británii** je Ministerstvo zdravotnictví. To také nese hlavní zodpovědnost za Národní zdravotní služby (National Health Service) - systém, který zaopatroje většinu zdravotní péče v zemi, včetně péče o duševní zdraví. Zvláště v poslední

době Britská vláda klade důraz na sledování úrovně péče o duševně nemocné. Odrazem této politiky je i založení nových orgánů za účelem jejího zvýšení. K nim patří Národní institut pro nejvyšší klinické standardy (National Institute for Clinical Excellence) (NICE) a Komise pro zlepšení zdraví (Commission for Health Improvement) (ChIMP). NICE zodpovídá za vyhodnocení údajů o klinické a finanční efektivnosti různých druhů léčeb a za vytýčení směrnic pro klinické pracovníky. ChIMP zase zajišťuje, aby služby dobré kvality opravdu byly poskytovány skrze místní zařízení.

Přesto, že nepsychiatrické NHS nemocnice nemusí procházet oficiální kontrolou skrze akreditaci (jako v některých jiných zemích), psychiatrická nemocniční zařízení podléhají formálním státním inspekcím. Krom toho jiné, nezávislé organizace sledují standardy péče o duševně nemocné.

V **Holandsku** vymezuje základní standardy péče o duševně nemocné Zákon o kvalitě zdravotních služeb. Vyžaduje, aby zdravotnické zařízení podávalo ročně zprávu o kvalitě služeb, mělo vypracované podrobné vnitřní předpisy (jako je organizace péče, farmakoterapie, pravidla práce s individuálními léčebnými plány, zdravotnická dokumentace, dodržování práv pacientů, pravidla zvláštních léčebných postupů - ECT, atd.), mělo nezávislou komisi pro kvalitu péče a nezávislou komisi pro stížnosti pacientů. Zákon o kvalitě zdravotních služeb též vymezuje práva a povinnosti kontrolního orgánu.

Státní inspekce kontroluje kvalitu služeb ve zdravotnických zařízeních. Kontroly bývají prováděny na základě plánu kontrol, obvykle 1x za 2-3 roky nebo při nečekaných událostech (sebevražda, zranění pacienta, požár) či na základě stížnosti. Kontroly jsou většinou ohlašovány krátkou dobu předem (1-2 dny) a jsou velmi detailní. Typicky zahrnují prohlídku služeb, rozhovory s uživateli a kontrolu dokumentace.

Zákony a směrnice vztahující se k nedobrovolné léčbě

Zákony zabývající se nedobrovolnou léčbou duševně nemocných jsou nezbytnou a důležitou součástí legislativy v oblasti péče o duševní zdraví neboť obvykle odráží nejen vyspělost celého systému péče, ale i charakter celospolečenského přístupu k duševně nemocným v dané zemi. **Velká Británie** chrání své potenciální klienty v nedobrovolné léčbě dvojím způsobem. Jednak striktně legislativně, ale i pomocí směrnic, jejichž dodržování není sice stanoveno zákonem, ale jejichž nedodržení může být použito při soudních procesech.

Legislativním pilířem ochrany klientů v rámci nedobrovolné léčby je Zákon o duševním zdraví z roku 1983, který pojednává o různých aspektech nedobrovolné léčby ve Velké Británii. Na základě tohoto zákona mohou být lidé s duševními problémy či onemocněním nedobrovolně přijati a drženi v nemocnici. O nedobrovolném příjmu a držení osoby v psychiatrickém zařízení či nemocnici pojednává Část II, jejíž sekce specifikují konkrétní podmínky a maximální časové lhůty držení v různých situacích. Podmínkou přijetí je oficiální žádost sepsaná buď schváleným sociálním pracovníkem nebo nejbližším příbuzným. Žádost je založena na dvou lékařských doporučeních, z nichž jeden musí být oficiálně schválen k tomuto účelu.

Část X pojednává o policejní pravomoci při nedobrovolné dopravě pacienta do bezpečí a k vyšetření. Tato držení mají časová omezení 72 hodin a nemohou být prodloužena.

Zákon o duševním zdraví zajišťuje několik alternativních způsobů ochrany pacienta před neoprávněným nedobrovolným držením. Během každé lhůty nedobrovolného držení mohou pacienti požádat Posudkovou komisi pro duševní zdraví (Mental Health Review Tribunal) o přezkoumání existence podmínek, které k nedobrovolnému držení opravňují. Na základě přezkoumání může Posudková komise nařídít podmíněné nebo nepodmíněné propuštění pacienta. Mimo to může pacient také požádat ředitele nemocnice

o přezkoumání jeho případu. Navíc každý pacient má přiděleného lékařského referenta („medical officer“), který je povinen průběžně kontrolovat oprávnění nedobrovolného držení. Další možností pro pacienta, jak čelit nedobrovolnému držení, je kontaktovat Komisi zákona o duševním zdraví (the Mental Health Act Commission), která zodpovídá za ochranu zájmů držení pacientů.

V kontextu příjmů pacientů do nedobrovolné léčby je třeba zmínit Kód praxe (a Code of Practice), který by měl být ve Velké Británii vodítkem pro všechny pracovníky, jichž se nedobrovolný příjem profesně dotýká. Tento Kód byl připraven v souladu se Zákonem o duševním zdraví ministrem zdravotnictví a vešel v platnost v roce 1999. Vznikl z potřeby formulovat principy Zákonu o duševním zdraví 1983 a dopomoci k jeho řádnému pochopení neboť tento zákon má velkou kapacitu podstatně ovlivnit životy a respektování práv mnoha pacientů. Dodržování kódu sice není přímo uloženo zákonem, ale kód má statut zákonného dokumentu, jehož nedodržení může být použito jako argument v soudních procesech.

Kód praxe popisuje nejen obecné principy přístupu ke klientům (jako je respekt jejich základních lidských práv, poskytování péče bez ohledu na národnost, rasu, věk a ostatní faktory, právo na léčbu, atd.), ale i způsob komunikace s klienty, ochrana informací a informovanost klienta o svém stavu a léčbě.

V **Holandsku** je nedobrovolná léčba vymezena Zákonem o nedobrovolné léčbě a Zákonem o psychiatrické hospitalizaci. Psychiatrický nemocniční zákon (the Psychiatric Hospital Act) je základním legislativním dokumentem, který se zabývá ochranou práv pacientů podstupujících nedobrovolnou léčbu v Holandsku.

Nové směry v oblasti nedobrovolné léčby

Důsledkem vývoje odborného i celospolečenského přístupu k duševnímu zdraví, duševním poruchám a jejich léčbě se i v oblasti nedobrovolné péče o duševně nemocné prosazují nové trendy. Ve vyspělých evropských zemích je stále znatelnější potřeba rozšířit restriktivní péči za hranice psychiatrického ústavu či nemocnice. **Holandské** zákony o nedobrovolné léčbě a psychiatrické hospitalizaci tak nyní prochází revizí a úpravou právě v rámci rozšíření aplikace tohoto zákona do běžného sociálního prostředí, které nabývá v léčbě a re-integraci duševně nemocných stále většího významu.

Podobně je tomu i ve **Velké Británii**. V červenci 1998 vláda zveřejnila svůj záměr provést revizi Zákonu o duševním zdraví (the Mental Health Act). Jejím cílem je mimo jiné včlenit některé zásadní principy přímo do nového zákona tak, aby měly konkrétní podobu a dopad. Hlavní klíčové principy vztahující se k novele Zákonu o duševním zdraví jsou:

- Dobrovolná léčba by měla být vždy uvážena před možností nedobrovolné léčby.
- Pacienti by měli být maximálně zahrnuti do procesu své léčby a vypracování léčebných plánů.
- Bezpečnost obou, individuálního pacienta a veřejnosti jsou maximálně důležité při řešení otázky, zda nedobrovolná péče bude uvalena.
- Nedobrovolná léčba by měla být poskytována v nejméně restriktivním prostředí, které je v souladu s optimálními podmínkami pro pacienta, jeho/její bezpečností a bezpečností veřejnosti.

Mezi další návrhy v rámci novely patří také konkrétní doporučení ohledně ochrany práv nedobrovolně léčených pacientů.

Podobně je také v **Holandsku** velkým úkolem novely Zákonu o duševním zdraví vypracovat směrnice o rozšíření nedobrovolné léčby do běžného sociálního prostředí a zároveň zajistit rovnováhu mezi bezpečností veřejnosti a individuálními právy.

Druhy služeb pro duševně nemocné

Pobyťová léčebná zařízení a instituce

Dlouhodobý oficiální trend **Velké Británie** snížit výdaje za nemocniční pobyťovou péči vedl k uzavření mnoha nemocnic a k drastickému snížení počtu nemocničních lůžek. Psychiatrická instituční péče v Anglii a Wales zažila svůj "vrchol" v roce 1954, kdy počet držených pacientů přesáhl 150. 000. Od té doby se datuje stálá redukce nemocničních míst, a to nejen v oblasti psychiatrické péče. Například v roce 1963 měla Velká Británie ještě 3. 000 nemocnic. V roce 1993 to bylo už méně než 2. 000. Jenom v letech 1990-1994 bylo uzavřeno 245 nemocnic. Uzavření okolo 10. 000 lůžek ročně v průběhu devadesátých let dokládá trvalou redukci nemocniční pobyťové kapacity v Anglii. Na podstatné části tohoto snížení se podílelo uzavření právě dlouhodobých psychiatrických léčeben. Následovaly systematické snahy o rozšíření škály jiných zařízení, které by plnila obdobnou funkci, ale s důrazem na finanční úspornost, zvýšené soukromí klientů a snížení stigmatu.

Výčet pobyťových zařízení je tradičně obtížný úkol neboť záleží na způsobu klasifikace. Ve Velké Británii je několik druhů pobyťových zařízení pro duševně nemocné. Thornicroft and Szmukler (2001) uvádí Lelliottův přehled těchto zařízení, zhotovený na základě počtu postelí, nemocničního personálu a poměru počtu pracovníků a pacientů. Následný výčet začíná od těch nejnáročnějších z hlediska počtu nemocničního personálu a intenzity odborného dohledu

- Akutní oddělení
- Dlouhodobá oddělení
- Ubytovny s vysokým počtem odborného personálu
- Ubytovny se středním počtem odborného personálu
- Ubytovny s nízkým počtem odborného personálu
- Skupinové domovy
- Domovy s péčí

V akutních odděleních je nepřetržitý dozor a péče s vysokým počtem odborných pracovníků (63 %) a vysokým poměrem personálu a pacientů (1:3). Ve skupinových domovech, což představuje dolní hranici spektra, je noční služba pouze v případě potřeby, přes den pravidelné návštěvy pracovníků a pouze 33 % odborného personálu. Dolní polovina spektra odráží současný trend, který podporuje různé typy ubytoven a domovů s flexibilní asistencí personálu. To znamená, že intenzita a frekvence odborné asistence se mění podle aktuální potřeby klientů.

Nepobyťová a jiná léčebná zařízení a služby

Ve **Velké Británii** je celá škála zařízení a organizací, které slouží potřebám duševně nemocných, kteří se léčí mimo nemocnice a jiná pobyťová zařízení, nebo představují jeden z mnoha článků kompletní léčby. Jsou to organizace a služby jak státní, tak nezávislé či ryze charitativní. Podstatnou většinu nepobyťových psychiatrických služeb ve Velké Británii však poskytuje síť NHS, a to buď přímo nebo v rámci „nákupu“ takových služeb. Informace o všech možných službách jsou dostupné veřejnosti. Zahrnují psychoterapii, poradenství, svépomocné skupiny, telefonní poradenství, krátkodobá pobyťová zařízení, bydlení, denní péče, společenské kluby, pracovní výcvik, služby pro obhajobu zájmů duševně nemocných a podpůrné skupiny pro rodiny a ostatní pečovatele.

Dominantní místo v systému služeb v oblasti duševních nemocí a psychologických problémů pro širokou **holandskou** veřejnost zaujímají centra RIAGG. Ta jsou zřetelně indikována i v případech dlouhodobého vážného duševního onemocnění. RIAGGs mají multidisciplinární týmy (složené z psychiatrů, terapeutů, psychologů, psychiatrických sester a sociálních pracovníků) pro děti, dospělé a starší občany (nad 65) a nabízejí několik forem léčby: 24-hodinovou službu, krátkodobou ambulantní léčbu, dlouhodobou ambulantní léčbu a sociální psychiatrii.

V. KRITICKÁ ANALÝZA

Psychiatrická kariéra je cesta, která se dopředu jenom velmi těžko předpovídá. Jedním hlediskem jsou statistické procentuální souhrny vztažené k jednotlivým diagnostickým jednotkám. Například fakt, že 10 % lidí trpících schizofrenií končí sebevraždou, se často prezentuje tak, jako by náležel nemoci samotné, nezávisle na tom, v jakém prostředí a v jakých podmínkách duševně nemocní žijí.

Druhým hlediskem je specifická situace konkrétního člověka trpícího duševní poruchou, který se setkává nebo také nesetkává s adekvátní péčí.

Jakým směrem se bude kariéra nemocného vyvíjet, nezáleží zdaleka jenom na diagnóze, ale také na tom, co, kdo, jak a v jakém prostředí učiní.

Negativní dopady v kariéře klienta jsou často vnímány jako následky nemoci. Mnohdy se ale jedná především o následky péče.

Problematické situace v péči jsou pro přehlednost popsány v následujících oblastech:

1. Politika péče
2. Nabídka služeb
 - Kritická analýza nabídky služeb
 - Kritická analýza způsobu řízení
 - Kritická analýza kvality služeb
3. Lidská práva duševně nemocných
 - Ústavní péče a lidská práva
 - Institut zbavení (omezení) způsobilosti fyzických osob k právní úkonům opatrovnictví
4. Finanční situace
5. Vzdělávání

1. Politika péče

Péče o osoby s duševním onemocněním je záležitostí nejenom zdravotní péče, ale také péče sociální i dalších resortů. Systém plánování služeb na úrovni krajů, které jsou podle zákona zodpovědné za zdravotní a sociální služby, se teprve rozvíjí. V České republice neexistuje v tomto ohledu žádná zřetelněji definovaná politika.

Je zřejmá značná roztříštěnost v oblasti zodpovědností za zřizování a řízení služeb systému péče o duševně nemocné. Nikde prakticky neexistuje formální struktura pro koordinaci práce poskytovatelů různých druhů péče v daném regionu.

Celkově lze konstatovat, že je systém komplikovaný, má mnoho nejasností.

2. Nabídka služeb

Nabídka a kvalita služeb v rámci stávajícího systému péče o osoby se závažným duševním onemocněním se ukazuje jako nedostatečná a nejednotná.

Porovnáním nabídky služeb se zahraničím (Velká Británie, Holandsko) se ukázalo, že v České republice některé typy služeb zcela chybí, jiné fungují v nedostatečné míře. Zastoupení jednotlivých profesí v rámci těchto služeb se také jeví jako ne zcela vyhovující.

Kritická analýza nabídky služeb

a) Prostorové zabezpečení

Z hlediska dodržování lidských práv se samotné prostředí v současných ústavech (PL) jeví jako vysoce problematické a to především z důvodu jejich stávající velikosti, většinou s kapacitou počítanou ve stovkách lůžek. Stále nelézáme velké ložnice, ve kterých se nachází až 20 lůžek, což neumožňuje vytvořit ani minimální intimitu a soukromí. Hmotné podmínky v jednotlivých léčebnách se značně liší. Ačkoliv došlo v řadě z nich k přestavbám a renovacím, stále je řada budov, které nevyhovují základním hygienickým podmínkám.

b) Režim v psychiatrických léčebnách

Velký centralizovaný systém, kterým léčebna bezesporu je, obtížně reaguje na různorodé potřeby a požadavky klientů. Jeho reakce jsou mnohdy unifikované a pro konkrétní situaci příliš tvrdé. Pojmovými znaky péče v PL jsou stále značná izolace a uzavřenost. Z hlediska postavení samotných uživatelů se jako hlavní znevýhodňující činitel jeví míra závislosti na poskytovateli a jeho službách a z hlediska poskytovatelů a jejich zaměstnanců značná kontinuita praxe a jev označovaný jako tzv. provozní slepota.

c) Nedostatek podpory v komunitě

Sama komunita má velký vliv na osud nemocného. Komunitou je myšlena jak rodina, bezprostřední okolí nemocného tak i širší celospolečenský rámec. Pojem komunitní péče označuje také způsob přístupu a jistý hodnotový systém. Vztah mezi klienty a pečovateli je partnerský.

V současné době je stále ještě mnoho životních situací v psychiatrické kariéře klienta, pro které chybí adekvátní odpověď v podobě určitého typu péče – služby.

d) Nedostupnost adekvátní pomoci v krizi

Mezi počátkem problémů klienta a hospitalizací, jako posledním krokem v řešení krize, je značný prostor, který je adekvátními službami vyplněn zcela nedostatečně.

Krizovou pomoc zajišťují pouze ambulantní psychiatři, jejichž kapacita je pro práci s krizí omezená a komunitní služby, kterým chybí výjezdové krizové týmy. Uživatel potom často zůstává v čekání, až se přihodí něco závažného a bude důvod k zásahu sanitky nebo policie.

Kritická analýza způsobu řízení

I tam, kde je škála služeb pestřejší, jsou služby málo v kontaktu. Jejich aktéři někdy chápou svoje organizace jako navzájem konkurenční, nevnímají síť poskytovatelů jako celek, jehož vlivy na uživatele se různě mísí a jejichž působení by bylo efektivnější doplňovat a koordinovat než navzájem přebíjet anebo naopak ignorovat. Mimonemocniční služby nemají přesně stanovenou spádovost. Ne vždy jsou definované prioritní skupiny pacientů v rámci regionu či v rámci jednotlivé služby. Vstup do jednotlivých segmentů péče je často bezbariérový, bez principu gate keepingu. Systém přijímání a předávání pacientů do jednotlivých služeb nezajišťuje dostatečnou kontinuitu péče. Tato diskontinuita péče je zvláště mezi sektorem nemocniční a mimonemocniční péče. Není jasné kdo a do jaké míry je zodpovědný za koordinaci komplexní péče o konkrétního pacienta.

Kritická analýza kvality služeb

Problém kontroly kvality péče je odrazem nejasností a nedohody o tom, co je kvalitní péče o osoby s duševním onemocněním, jaká jsou její kritéria a jak dosažení těchto kritérií hodnotit. Existující kontroly (MZ

ČR, MPSV, kraje) mají často charakter reakce na urgentní situaci, mnohdy až po zviditelnění problému ve sdělovacích prostředcích. Kontroly jsou často zaměřeny spíše na administrativní a technické aspekty péče, na péči samotnou.

V celém systému péče o osoby s duševním onemocněním je minimum struktur pro zastupování a hájení zájmů klienta. Prakticky neexistuje transparentní, objektivní systém posuzování stížností klientů v psychiatrických léčebnách. Zapojení klientů a jejich rodinných příslušníků do systému hodnocení kvality je minimální.

3. Lidská práva duševně nemocných

Zrod konceptu lidských práv v moderním slova smyslu je datován 10. prosincem 1948, kdy Valné shromáždění spojených národů přijalo a vyhlásilo Všeobecnou deklaraci lidských práv.

Dodržování lidských práv v oblasti péče o duševně nemocné představuje tradičně výzvu také pro země s vyspělým systémem péče. Proto evropské země postupně integrovaly některé principy lidských práv do legislativy péče o duševně nemocné, jiné ponechali pouze součástí prohlášení, dokumentů nebo profesních etických kódů.

Dodržování lidských práv by mělo být nejen základní osou systému péče o duševně nemocné, ale systém samotný též musí dodržování těchto práv zpětně kontrolovat.

Ústavní péče a lidská práva

Jak jsme již zmiňovali dříve, ústavní forma léčby duševních poruch je jedním z nejrizikovějších faktorů pro zajištění dodržování lidských práv a základních svobod. Pro přehlednost uvádíme v bodech následující problematické oblasti.

a) Informovaný souhlas

Pro informovaný souhlas není stanovena obligatorní písemná forma, lze jej tedy udělit i ústně. Navíc jako jiné právní úkony i informovaný souhlas lze učinit výslovně či konkludentně (mlčky učiněný). Konkludentně udělený souhlas s léčbou je třeba důsledně oddělovat od tzv. presumovaného (předpokládaného) souhlasu s léčbou tak.

V případě konkludentního souhlasu jde skutečně o platný souhlas, kdy vůle pacienta souhlasit existovala a byla projevena (určitým jednáním), v případě presumovaného souhlasu platný souhlas nikdy neexistoval, a lze jen předpokládat, že kdyby měl dotčený pacient možnost souhlasit, že by býval souhlasil.

Dále je třeba provést základní rozlišení mezi poskytnutím souhlasu a ostatními situačními modalitami, tj. z absence nesouhlasu nelze bez dalšího dovodit existenci souhlasu.

b) Zástupný souhlas

Zákon o péči o zdraví lidu v platném znění otázky zástupného souhlasu upravuje poměrně obecně a nedůsledně, navíc nepamatuje na osoby omezené ve způsobilosti k právním úkonům.

c) Psychiatrická detence

Tato problematika není v českém právním řádu nijak výslovně upravena. Vzhledem ke stručnosti obecných ustanovení týkajících se poskytování zdravotní péče lze jen těžko dospět k jednoznačnému a přesvědčivému závěru.

Soud se při schvalování provedení a při povolování dalšího trvání psychiatrické detence (omezení pohybu zadržené osoby) k obsahu léčby nevyjadřuje.

Základní, avšak nevyřešenou, otázkou tedy je, zda-li je v rámci psychiatrické detence možno poskytovat léčbu směřující k celkové nápravě zdravotního (duševního) stavu uživatele, nebo jen léčbu směřující k odstranění stavu, kdy uživatel ohrožuje sebe anebo své okolí (resp. k odstranění bezprostředních příčin tohoto stavu) a zda-li by po dosažení tohoto cíle mělo dojít k propuštění (tzn. došlo by k omezení nedobrovolné tzv. zaléčovací fáze).

Mimo právo zatím zůstává také jakákoli regulace režimu v zařízeních vykonávajících psychiatrické detence. Dále není regulováno používání omezujících prostředků, není provedena žádná jejich klasifikace, výčet povolených prostředků a postupů ve vazbě na vymezené situace, maximální povolené trvání použití těchto prostředků a možnost jejich opakovaného užití, obsah dokumentace a způsob kontroly.

V právním řádu v současnosti absentuje i jakákoli úprava systematické vnější kontroly vykonávané subjekty stojícími mimo zdravotnický systém.

Neexistuje žádný mechanismus automatického soudního přezkumu způsobu provádění léčby a dalších okolností s tím souvisejících (např. stanovování režimu vycházek, omezování možnosti nakládat s důchody, atd.).

d) Zdravotnická dokumentace

Zásadní otázkou je pro psychiatrické klienty úprava přístupu k údajům shromážděným v dokumentaci. Platná úprava jednoznačně nezakotvuje nárok pacientů (či v případě úmrtí jeho pozůstalým) na přímý přístup k dokumentaci samotné (tj. k vlastnímu listinnému substrátu).

Institut zbavení (omezení) způsobilosti fyzických osob k právní úkonům

Na základě závěrů diskusí při setkáváních tzv. širší legislativní skupiny projektu lze uvést následující nedostatky uplatňování práv duševně nemocných při (zvažovaných) zásazích do jejich způsobilosti k právním úkonům.

a) Ve vztahu k samotné hmotně-právní koncepci zbavování (omezování) způsobilosti k právním úkonům se jedná především o **nedostatečně zákonem artikulovanou subsidiaritu tohoto institutu** jejímž výsledkem je očividné nadužívání zbavování způsobilosti na rozdíl od jejího omezování.

b) Celkové zbavení způsobilosti je **nevhodně konstruováno**. Osoba má po tomto opatření nulovou možnost právně relevantním způsobem projevit svojí vůli. Nevhodnost této konstrukce potvrzuje i častá praxe samotných opatrovníků osob zbavených způsobilosti, kteří svým opatrovancům vyčleňují z jejich příjmů určité „kapesné“ (nejčastěji v řádu několika stovek Kč měsíčně), se kterým pak opatrovanec samostatně nakládá. Ač jde z hlediska běžného denního života o žádoucí a často i nezbytné uspořádání, z hlediska práva jde v podstatě o nežádoucí stav, kde by navíc mohly opatrovníkům vznikat problémy, jakým způsobem podat soudu o užití těchto peněžních prostředků vyúčtování.

c) **Neexistuje obligatorní periodicitu přezkumu rozhodnutí o zbavení (omezení) způsobilosti k právním úkonům**, jež má za důsledek častou přílišnou dobu trvání tohoto opatření a která rozhodující mírou přispívá k obtížnému návratu k neomezené (či méně omezené) způsobilosti k právním úkonům. Tento nedostatek je zásadní lidskoprávní otázkou. Neodůvodněné trvání zbavení (omezení) způsobilosti by bylo v rozporu se základními a lidskými právy tak, jak jsou garantovány Listinou a Evropskou úmluvou.

V České republice však není povinností soudu v přiměřených intervalech zkoumat trvání důvodnosti zbavení (omezení) způsobilosti.

d) **Procesněprávní aspekty**. V oblasti úpravy samotného řízení o způsobilosti k právním úkonům se jedná především o následující nedostatky, které ve svém souhrnu v současnosti činí z tohoto typu řízení

spíše formalizovaný postup, jímž se ke zbavení (omezení) způsobilosti jednoduše dospěje, než proces s otevřeným koncem, který má již od počátku všem zúčastněným poskytnout rovné možnosti k tomu, aby se zasadili o poznání skutečného stavu věci, na jehož základě by soud mohl rozhodnout:

- **Nedostatečná úroveň právní pomoci poskytovaná osobě, o jejíž způsobilosti se v řízení jedná (vyšetřovanému).** Dnešní obvyklou praxí, tj. ustanovování opatrovníků pro řízení (dle ust. § 187 o.s.ř.) z řad zaměstnanců soudu, který příslušnou věc projednává, anebo ustanovování příslušných obecních (městských) úřadů jako těchto opatrovníků, nelze za žádných okolností považovat za vyhovující. Tyto opatrovníci pro řízení vykonávají svoji funkci v drtivé většině případů jen čistě formálně. Nelze v ní spatřovat účinné poskytování právní pomoci, které má spočívat v hájení stanovisek zastoupeného. V případě zaměstnanců soudu lze mít navíc již apriorní pochybnosti o jejich nezávislosti ve věci autoritativně rozhodujícím subjektu, tj. soudu.

Potřeba změny systému poskytování právní pomoci vyšetřovanému se jeví ještě silnější v těch případech, kdy je vyšetřovaný v době konání řízení nedobrovolně hospitalizován v rámci psychiatrické detence a je omezen ve styku s vnějším světem.

- **Nepřiměřeně široké možnosti soudu upustit od výsledku vyšetřovaného a od doručení rozhodnutí.** Je převládající praxí, že vyšetřovaní se nepředvolávají k soudu, soudy často nemají během řízení jediný osobní kontakt s vyšetřovaným. Tito jsou pak soudci nahlíženi vesměs skrze optiku soudních znalců.
- **Převládající nedostatečná kvalita znaleckých posudků z oborů psychiatrie.** Nikoli zanedbatelná část ze znaleckých posudků, jejichž vypracování je v posuzovaném řízení povinné, vykazuje určité vady, které lze považovat za typické. Středobodem posudku jsou odborné psychiatrické závěry znalce, a ty mnohdy bývají obecné a vágní. Jakékoli hlubší úvahy o výhledu do budoucna často absentují, přestože pravděpodobnost určitého vývoje onemocnění v budoucnu (prognóza) je z hlediska zbavování způsobilosti k právním úkonům aspekt nejpodstatnější. Řada posudků vykazuje očividné znaky rutinérství.

Opatrovnictví

Odborníky shledané problematické aspekty jsou uvedeny v následujících bodech.

a) Nedostatečná úprava kompetencí opatrovníka

V současné době neexistuje žádné, byť i rámcové, vymezení předmětu činnosti opatrovníka a určení hledisek a standardů, jimiž by byl vázán. Dále absentuje vhodná úprava kompetencí a působnosti opatrovníka v nemajetkové sféře opatrovance. Je pouze na uvážení a zvyklostech jednotlivých soudů, jakým způsobem si vztahy s opatrovníky upraví.

Chybí jednoznačná odpověď pro otázky úplatnosti výkonu funkce opatrovníka, chybí také zakotvení povinnosti opatrovníka dbát názorů a stanovisek opatrovance, je-li to objektivně možné

b) Převládající nízká úroveň výkonu funkce opatrovníka, především v případech tzv. veřejných opatrovníků

Obvyklá je spíše nízká míra jejich angažovanosti. Současná právní úprava neobsahuje žádné pojistky typu stanovení maximálního počtu opatrovanců na jednoho zaměstnance tzv. veřejného opatrovníka (a to buď přímo číselně, nebo kvalitativně – tzn. např. stanovením nutnosti dodržovat zásadu „přiměřeného počtu opatrovanců svěřených do péče zaměstnance ...“ anebo „...počtu opatrovanců zaručujícího řádný výkon funkce opatrovníka...“). Je známo, že v určitých lokalitách ČR, které jsou v této oblasti vysoce vytíženy (v přímé vazbě na polohu větších institucí poskytujících psychiatrickou a sociální péči), může počet opatrovanců na jednoho zaměstnance vykonávajícího působnost opatrovníka u tzv. veřejného opatrovníka překročit hranici 150 osob. Za těchto podmínek je téměř zaručena nefunkčnost opatrovnického systému, když mj. z hlediska praktických a časových možností lze rozumně uvažovat max. o počtu cca 10 – 20 opatrovanců na jednoho opatrovníka. Stávající situace vede k tomu, že opatrovanci s tzv. veřejným opatrovníkem často končí v ústavech sociální péče, a to i bezdůvodně. V této souvislosti se využívání opatrovnictví jeví jako určitá náhražka neexistujících či nefunkčních sociálních služeb komunitního typu.

c) Nedostatečná úprava řešení možných konfliktů zájmů opatrovance a opatrovníka

Současnou praxí je fakt, že za opatrovníky jsou mnohdy ustanovována zařízení poskytující ústavní péči nebo dokonce zaměstnanci těchto zařízení (fyzické osoby). Takový postup je nutné považovat za nepřijatelné směšování rolí, které vylučuje efektivní kontrolu jak nad způsobem výkonu funkce opatrovníka, tak nad kvalitou samotných služeb a péče. Tato praxe by měla být zákonem prohlášena jednoznačně za nepřijatelnou.

d) Absence úpravy zaručení informovanosti opatrovance o jednáních opatrovníka

V praxi jsou zaznamenávány případy, kdy se opatrovanci nedostává dostatek informací o jeho záležitostech, o jednání opatrovníka, jeho jednotlivých úkonech, zprávách pro soud a rozhodnutích samotného soudu. Stává se, že pracovníci soudu odmítají umožnit opatrovanci samostatně (tj. bez opatrovníka) nahlédnout do soudního opatrovnického spisu.

e) Nedostatečná vnější a systematická kontrola opatrovníků

V současném opatrovnickém systému absentuje jakákoli systematická vnější (nezávislá) kontrola způsobu výkonu funkce. Jednotlivé opatrovnické soudy (resp. soudci) mohou dohlížet pouze na opatrovníky, které ustavili, přičemž dle poznatků z praxe ani tato oprávnění nejsou důsledně využívána. Kapacita soudců se zvenčí jeví jako vyčerpaná.

f) Nedostatečná úroveň právní pomoci opatrovanci v té části řízení, v níž se rozhoduje o určení osoby, která má být ustanovena opatrovníkem

Chybí pravidelný kontakt opatrovnického soudce, opatrovance a opatrovníka, povinnost zkoumat názory a stanoviska opatrovance na zvažovaná opatření majetkoprávní i osobní povahy, vyžadování odůvodnění nepřihlídnutí k těmto názorům

g) Prodlení mezi právní mocí rozhodnutí soudu o zbavení (omezení) způsobilosti k právním úkonům a rozhodnutím, jímž je ustanoven opatrovník

Tato praxe popírá samotnou podstatu tohoto ochranného institutu. Ponechat osobu zbavenou (omezenou) ve způsobilosti bez opatrovníka po dobu delší jednoho či dvou týdnů bude konstituovat nesprávný úřední postup a zakládat tak odpovědnost státu za veškeré případné újmy z toho pro opatrovance vyplývající (např. při opožděné výplatě invalidních důchodů, důsledkům dočasné insolvence opatrovanců, atd.). Prodlení v řádu měsíců však není výjimečné.

4. Finanční analýza

Financování zdravotnictví je nesystémové, dochází k velkému pnutí mezi příjmy a výdaji. Ekonomické údaje o psychiatrické péči se téměř neshromažďují, pokud ano, nejsou dostatečně analyzovány.

Proto byly zdrojem informací pro tuto studii především statistiky VZP z roku 2001, ačkoliv je nutné podotknout, že VZP pokrývá cca 70 % pojištěnců.

Konkrétní údaje o financování péče o duševně nemocné

Celkový podíl psychiatrické péče na celkových nákladech zdravotní péče dosahuje zhruba 3,6 %. Nedosahujeme tudíž stavu ve většině evropských zemí, kde se tento podíl pohybuje nad 5 %.

Náklady na předepsané léky představují (ve VZP) cca 0,594 miliardy korun (18 %) v ambulantních zdravotnických zařízeních a cca 0,171 miliardy korun v lůžkových zdravotnických zařízeních.

Náklady na specializovanou ambulantní péči v základních odbornostech psychiatrie a klinické psychologie jsou téměř shodné, zhruba po 0,25 miliardách korun. Poměrně nepatrnou část však představuje psychoterapie u ambulantních psychiatrů a v AT ordinacích – 0,028 miliardy korun (necelé 1 %), ještě nepatrnější jsou náklady na ošetrovací dny denních stacionářů (0,001 miliardy korun).

U resocializačních služeb se nám podařilo určit podíl dotací u nestátních neziskových organizací (NNO) poskytujících služby psychiatrickým pacientům u hlavního poskytovatele dotací – Ministerstva práce a sociálních věcí. Podíl těchto dotací byl v roce 2001 0,042 miliard korun, což představuje 5,08 %.

Z pokusu modelovat náklady na jednoho psychiatrického pacienta ve čtyřech typech zdravotních služeb (psychiatrická ambulance, denní stacionář, psychiatrické oddělení nemocnice, psychiatrická léčebna) v objemech vykazované péče po dobu 1 měsíce vyplynulo následující:

- nejnákladnější typ léčby představují psychiatrické léčebny
- náklady na léčbu na psychiatrických odděleních nemocnic jsou zhruba dvoutřetinové, oproti léčebnám
- denní stacionář představuje asi třetinu nákladů léčebny
- ambulantní psychiatrická léčba (bez psychoterapie) představuje cca 2 % nákladů v léčebně

POUŽITÉ ZDROJE

Analytická část

Atlas: Mental Health Resources in the World, World Health Organization, Geneva, 2001.

Care and Treatment of Forensic Psychiatric Patients Identified. March 2004. <http://www.justitie.nl>

Care Programme Approach (CPA)/ Care Management: Policy and Guideleines.
<http://www.markwalton.net/cpa>

Care Programme Approach. <http://www.calderdale.gov.uk/support/print/print.jsp>

Code of Practice, Chapter 1, 2004, [http://www.walton.net/code/Chapter %201.asp](http://www.walton.net/code/Chapter%201.asp)

Code of Practice, Chapter 3, 2004, [http://www.walton.net/code/Chapter %203.asp](http://www.walton.net/code/Chapter%203.asp)

Contact: a Directory for Mental Health in England, Department of Health, 2003.

Health Care Systems in Transition, European Observatory on Health Care Systems. United Kingdom, 1999.

Mental Health in Europe: Country Reports from the WHO European Network on Mental Health, WHO, 2001.

Project Atlas: Mapping mental health resources around the world. The World Health Report 2001.

Reform of the Mental Health Act 1983 – Proposals for Consultation, 2004.
<http://www.archive.official-documents.co.uk>

RIAGG Amersfoort and Omstreken. NVAGG Utrecht, September 1994.
<http://www.riaggamersfoort.nl/English.htm>

Stuchlík Jan (2004). Systém péče o duševní zdraví v Nizozemsku. (Nepublikovaná zpráva na základě osobní komunikace s Hugo Koetsier (ředitel psychiatrické nemocnice, Kennemerstraatweg 464, NG Heiloo) a Frans Heijnen (ředitel SBWU-organizace pro chráněné bydlení, Mgr. Van de Weteringstraat 132 A, EN Utrecht.

Summary of the Mental Health Act 1983. 2004.
<http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/fs/en>

The Institute of Mental Health Act Practitioners. <http://www.markwalton.net/index.asp>

The Country and Its People. Highlights on Health in the Netherlands, European Communities and WHO, July 1997.

Thornicroft, G. / Szmukler, G. Textbook of Community Psychiatry. Oxford University Press. New York. 2001.

PROJEKTOVÝ TÝM

Vedení projektu

MUDr. Jan Pfeiffer – odborný garant a koordinátor projektu
Mgr. Jitka Styblíková (2003), Mgr. Miroslava Bubela (2004) – asistentky projektu
Mgr. Mirka Styblíková – administrátorka

Koordinační skupina fáze mapování

Administrativní rámec péče v ČR – MUDr. Jan Pfeiffer
Finanční rámec – MUDr. Ondřej Pěč
Analýza stávající legislativy – Pavel Novák
Klíčové situace v psychiatr. kariérách duševně nemocných – Mgr. Jan Paleček
Sít' služeb a nemocnost psychickými poruchami – MUDr. Pavel Baudiš, CSc.
Mezinárodní kontext – Mgr. Veronika Svobodová

Na zpracování jednotlivých textů se podíleli zejména:

MUDr. Jana Žmolíková, Mgr. Marie Suková, Mgr. Robert Kaňka, JUDr. Pavel Ptáčník,
Mgr. David Kocman

Rada projektu

- Asociace komunitních služeb – Jan Mužik
- Česká asociace pro psychické zdraví - MUDr. Martin Jarolímek
- Kolumbus (uživatelská advokační organizace) - Mgr. Michal Balabán
- Sympathea (nadmárodní organizace rodičů a příbuzných) - Mgr. Barbora Wenigová
- Komora duševně nemocných při Národní radě zdravotně postižených – Ing. Radek Prouza
- O. s. Fokus Praha - Daniel Kaucký
- Česká psychiatrická společnost ČLS JEP - Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.
- Asociace psychiatrických léčeben - MUDr. Vladislav Žižka
- Asociace klinických psychologů - PhDr. Petr Goldmann
- Asociace psychiatrických sester - Saša Vidovič
- Asociace denních sanatorií a krizových center - MUDr. Ondřej Pěč
- Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP - MUDr. Petr Popov