



Zpráva z mapování kvality péče ve smyslu naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v českých psychiatrických nemocnicích.

Zprávu zpracovali:

Petr Winkler^{1,2}, Lucie Kondrátová¹, Matěj Kučera^{1,3}, Tereza Palánová^{4,5}

¹ Výzkumný program sociální psychiatrie, Národní ústav duševního zdraví

² Institute of Psychology, Psychiatry and Neuroscience, King's College London

³ 3. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova

⁴ Ministerstvo zdravotnictví České Republiky

⁵ Husitská teologická fakulta, Univerzita Karlova



Zpráva ze systematického šetření v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“ (reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213), který je spolufinancován Evropskou unií z Operačního programu Zaměstnanost. Šetření se uskutečnilo v letech 2017 - 2018.

Shrnutí:

Záměrem celé Strategie reformy psychiatrické péče (SRPP) je naplňovat lidská práva duševně nemocných v nejširším možném výkladu a jejím cílem je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním.

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve svém projektu QuaiutyRights for Mental Health (WHO, 2018) identifikovala nedostatky v naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v institucích poskytujících dlouhodobou péči pro dospělé osoby s duševním a mentálním postižením v rámci celé Evropy, včetně 3 vybraných zařízení v ČR. Z tohoto důvodu bylo v rámci implementace SRPP provedeno komplexní šetření kvality naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v psychiatrických nemocnicích v ČR poskytujících dlouhodobou péči. Cílem mapování bylo získat validní podklady pro práci na zvyšování kvality poskytované péče a naplňování lidských práv jejich uživatelů v těchto institucích.

Všechny státní psychiatrické nemocnice byly požádány o spolupráci při mapování naplňování Úmluvy. Naplňování Úmluvy bylo hodnoceno pomocí nástroje WHO QualityRights, který je rozdělen do pěti kapitol soustředěných na články Úmluvy 12 a 14 (právo na uplatnění právní způsobilosti a právo na svobodu a osobní bezpečnost), 15 a 16 (ochrana proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení), 19 (právo na nezávislý způsob života a zapojení do společnosti), 25 (právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň fyzického a duševního zdraví) a 28 (právo na přiměřenou životní úroveň) a umožňuje skórovat zařízení ve čtyřech stupních „naplňování neiniciováno“ (N/I), „naplňování iniciováno“ (A/I), „naplňováno částečně“ (A/P) a „naplňováno plně“ (A/F). Zároveň je také možné zvolit odpověď „nemožno posoudit“ (N/A). Hodnotitelé prošli tréninkem WHO. Hodnotící týmy byly pětičlenné a zahrnovaly uživatele služeb, psychiatra, sociálního pracovníka, právníka se specializací na lidská práva a výzkumníka. 17 psychiatrických nemocnic se účastnilo šetření v letech 2017/2018.

Výsledky šetření prokázali, že v psychiatrických nemocnicích bylo iniciováno naplňování Článku 28 Úmluvy (přiměřená životní úroveň a sociální ochrana); Článku 25 (nejvyšší možná úroveň zdraví); Článků 12 a 14 (rovnost před zákonem, svoboda a osobní bezpečnost); a Článku 19 (nezávislý život a zapojení do komunity). Naplňování Článků 15 a 16 (ochrana proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání a ochrana před vykořisťováním, násilím a zneužíváním) bylo částečně dosaženo. Mezi nejproblematictější oblasti patřilo zohledňování plánů na zotavení formulovaných spolu s uživateli péče, zohledňování preferencí uživatelů péče co do místa a způsobu léčby, používání alternativních metod pro de-escalaci krizových situací namísto izolace a omezujících prostředků, a v neposlední řadě také naplňování přístupu k edukačním a zaměstnaneckým příležitostem.

V další fázi reformy budou zaměstnanci MZ v rámci klíčové aktivity Kvality péče projektu Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné (dále Deinstitucionalizace) spolu s psychiatrickými nemocnicemi pracovat na odstranění zjištěných nedostatků. Některé nedostatky lze relativně snadno a

rychle zlepšit, zatímco jiné jsou důsledkem dlouhodobé strukturální diskriminace lidí s duševním onemocněním a vyžadují změnu v samotném systému poskytování péče pro tuto cílovou skupinu, která zahrnuje oblast financování, legislativy, vzdělávání a systematickou deinstitucionalizaci.

Úvod

Evidence z celého světa ukazuje, jak obtížné je naplňovat lidská práva v psychiatrických nemocnicích (Dwyer, 2019; Murthy, Isaac, & Dabholkar, 2017; Rekhis, Ben Hamouda, Ouanes, & Rafrafi, 2017; Van Voren, 2013). Tato evidence byla jedním z hlavních spouštěčů deinstitucionalizace (Christenfeld, 1982; Lesage, Morissette, Fortier, Reinharz, & Contandriopoulos, 2000), tedy systematického přesouvání těžiště psychiatrické péče z velkých psychiatrických nemocnic do multidisciplinárních komunitních týmů (Thornicroft & Bebbington, 1989). Deinstitucionalizace začala po roce 1950 a následně byla úspěšně realizována v mnoha zemích po celém světě, ale ne v regionu střední a východní Evropy (Winkler et al., 2016; Winkler et al., 2017).

Ačkoli systémy psychiatrické péče ve střední a východní Evropě stále ještě neprošly reformami, ke kterým se místní vlády po pádu sovětského komunismu přihlásily, a stále spočívají převážně na velkých psychiatrických nemocnicích, jsou podfinancované a dostupné zdroje rozdělují málo efektivně, došlo v nich za posledních 30 let k významnému rozvoji komunitních služeb, uživatelských hnutí, individualizaci péče a důrazu na lidská práva (Winkler, Koeser, et al., 2018; Winkler et al., 2017). K naplňování lidských práv se v preambuli zavazuje také Strategie reformy psychiatrické péče, dokument, kterým se Ministerstvo zdravotnictví České republiky přihlásilo k systematické transformaci českého systému psychiatrické péče (MHCZ, 2013). Reforma psychiatrické péče v ČR je nyní implementována především prostřednictvím projektů financovaných z Evropských strukturálních a investičních fondů. Jedním z těchto projektů je také projekt Deinstitucionalizace, jehož součástí je mimo jiné také transformace psychiatrických nemocnic (PN) a zvyšování kvality péče.

V rámci klíčové aktivity Kvalita péče se projekt Deinstitucionalizace zaměřil v roce 2018 také na hodnocení naplňování lidských práv osob se zdravotním postižením. Navázal tak na iniciativu Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2017, která zjišťovala stav ve vybraných evropských institucích poskytujících dlouhodobou péči o lidi s duševním onemocněním (WHO, 2018). WHO šetření v roce 2017 probíhalo také v České republice, kdy bylo několik expertů vyškoleny v používání nástroje WHO Quality Rights Toolkit, který přímo navazuje na Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením přijatou Valným shromážděním OSN v roce 2006 za účelem podpory, ochrany a zajištění lidských práv a svobod všech osob se zdravotním postižením (UN, 2006). WHO Quality Rights toolkit je zároveň instrument, který byl pro hodnocení psychiatrických nemocnic doporučen v rámci projektu MERRPS (Metodika pro Evidenci Respektující Rozvoj Psychiatrických Služeb). V prezentované zprávě jsou uvedeny výsledky hodnocení naplňování lidských práv v českých PN dle WHO Quality Rights Toolkitu.

Metody

Zúčastněné psychiatrické nemocnice

Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) evidoval v ČR v roce 2017 celkem 21 PN (IHIS, 2017). Z celkového počtu jsou 3 PN pro děti a adolescenty (Dětská PN Louny, Dětská PN Opařany, Dětská PN Velká Bíteš), 3 PN primárně pro lidi závislé na alkoholu a jiných návykových látkách (Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, Léčebna návykových nemocí Nechanice, Bílá Voda), 1 PN pro lidi s organickými duševními poruchami (Sanatorium TOPAS, Škvorec). Zbývajících 14 PN (PN Bohnice, PN Brno, PN v Dobřanech, PN Havlíčkův Brod, PN Horní Beřkovice, PN Kosmonosy, PN Jihlava, PN v Kroměříži, PN v

Opavě, Psychiatrická léčebna Petrohrad, Psychiatrická léčebna Šternberk, Psychiatrická léčebna Lnáře, PATEB Jemnice, Psychiatrická nemocnice Písek) poskytuje dlouhodobou péči o různé skupiny lidí s duševním onemocněním, včetně dlouhodobé péče (6 měsíců a delší) o dospělé se závažným duševním onemocněním. 18 PN je státních a spravovaných Ministerstvem zdravotnictví ČR nebo některým z krajů, 3 PN patří soukromým zřizovatelům.

V roce 2017 prošly pilotní šetřením naplňování Úmluvy dvě PN, a to v rámci celoevropského projektu WHO (WHO, 2018). Všechny státní PN, kromě jedné menší, která prošla šetřením v roce 2017, byly vyzvány, aby se účastnily šetření hodnocení naplňování lidských práv v rámci projektu Deinstitutionalizace v roce 2018. Šetření se zúčastnilo 17 z celkových 18 státních PN. Šetření se nezúčastnily 3 menší zařízení o cca 70 resp. 60 a 80 lůžkách, a jedno menší zařízení pro lidi s organickými duševními onemocněními. Z každé PN prošlo šetřením pouze několik vybraných oddělení.

Měřicí nástroj

WHO Quality Rights Toolkit obsahuje pět základních kapitol, které se soustředí na články 12 a 14 (právo na uplatnění právní způsobilosti a právo na svobodu a osobní bezpečnost), 15 a 16 (ochrana proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení), 19 (právo na nezávislý způsob života a zapojení do společnosti), 25 (právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň fyzického a duševního zdraví) a 28 (právo na přiměřenou životní úroveň) Úmluvy a umožňuje skórovat zařízení ve čtyřech stupních „naplňování neiniciováno“ (N/I), „naplňování iniciováno“ (A/I), „naplňováno částečně“ (A/P) a „naplňováno plně“ (A/F). Zároveň je také možné zvolit odpověď „nemožno posoudit“ (N/A). Při hodnocení v jednotlivých zařízeních se dále u jednotlivých položek uvádí popis a zdůvodnění pro zvolené skórování, a to zejména v případech, kdy v dané položce bylo naplňování práv pouze iniciováno nebo nebylo iniciováno vůbec.

V kapitole k právu na přiměřenou životní úroveň se hodnotí stav budovy; podmínky pro spánek; dostatek soukromí; hygienické a sanitární požadavky; strava, pitná voda a oblečení; možnost svobodné komunikace; zda zařízení nabízí přívětivé, pohodlné a podnětné prostředí pro komunikaci a interakci; a v neposlední řadě nakolik zařízení podporuje plnohodnotný společenský a osobní život uživatelů a jejich možnost podílet se na životě a činnostech komunity.

V kapitole týkající se práva na dosažení nejvyšší možné úrovně fyzického i duševního zdraví se hodnotí, zda je zařízení dostupné každému, kdo požádá o léčbu a pomoc; zda zařízení disponuje kvalifikovanými pracovníky a poskytuje kvalitní služby v oblasti duševního zdraví; zda jsou léčba, psychosociální rehabilitace a odkazy na podpůrné sítě a další služby součástí plánu na poskytování služeb v rámci zotavování řízeného uživatelem a zda přispívají k tomu, aby byl uživatel služby schopen nezávislého života ve společnosti; zda jsou psychofarmaka fyzicky i cenově dostupná a užívána řádným způsobem; a zda zařízení dostatečně zajišťuje služby v rámci obecné a reprodukční medicíny.

V kapitole týkající se práva na uplatnění právní způsobilosti a práva na svobodu a osobní bezpečnost se zohledňuje respekt k preferencím uživatelů ohledně místa a formy léčby; zda jsou zavedeny postupy a záruky, které zajišťují, aby nedošlo ke zbavení svobody a poskytnutí léčby bez svobodného a informovaného souhlasu uživatelů; zda mohou uživatelé uplatňovat svoji právní způsobilost a je jim

poskytnuta podpora, která může být nezbytná k takovému uplatnění jejich právní způsobilosti; a zda mají uživatelé na zachování důvěrnosti informací a na přístup k informacím o svém zdravotním stavu.

V kapitole k ochraně proti mučení a jinému krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení či trestání a k ochraně před vykořisťováním, násilím a zneužíváním se sleduje právo na ochranu před slovním, duševním, tělesným a sexuálním týráním a před fyzickým a citovým zanedbáváním; zda se pro řešení krizí používají alternativní metody namísto izolace nebo omezení pohybu; zda je elektrokonvulzivní terapie, psychochirurgie a jiné léčebné výkony, které mohou mít trvalé nebo nezvratné následky, používány vhodně a výhradně na základě svobodného a informovaného souhlasu uživatele služeb; zda jsou případné lékařské nebo vědecké pokusy prováděny výhradně na základě informovaného souhlasu uživatele; a konečně zda je zajištěna ochrana před mučením nebo krutým, nelidským či ponižujícím zacházením a před jinými formami zneužívání a týrání.

V kapitole týkající se práva na nezávislý život a zapojení do společnosti se hodnotí, zda jsou uživatelé podporováni k získání místa a finančních zdrojů pro život ve společnosti; zda mají uživatelé přístup ke vzdělávání a pracovním příležitostem; zda je podporováno jejich právo účastnit se politického a veřejného života a právo na svobodu sdružování; a také zda je podporována jejich účast v sociálních, kulturních, náboženských a volnočasových aktivitách.

Všechny kapitoly se skládají z několika podkapitol a ty se dále skládají z jednotlivých položek. Při hodnocení se postupuje od detailního ke komplexnímu, tzn. nejprve se hodnotí jednotlivé položky, na jejich základě se pak hodnotí dané podkapitoly, a hodnocení podkapitol se následně promítá do hodnocení dané kapitoly.

Plná verze nástroje WHO Quality Right Toolkit je k nalezení zde:

https://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en/.

Hodnotící týmy a způsob hodnocení

Hodnotící týmy se skládaly vždy z pěti hodnotitelů, kdy součástí týmu byl zpravidla psychiatr, sociální pracovník, právník z oblasti lidských práv, člověk s osobní zkušeností s duševním onemocněním a výzkumník. Všichni hodnotitelé, kromě náhradníků, byli vyškoleni v používání měřicího nástroje odborníky z WHO v rámci 2-denních workshopů, kde se bod po bodu probíraly jednotlivé položky v dotazníku. Členové hodnotících týmů byli vedeni k tomu, aby se neúčastnili hodnocení v PN, kde by mohl vzniknout střet zájmů, např. protože zde byl uživatel dříve hospitalizován, nebo protože zde sociální pracovník z komunitních služeb rutinně spolupracuje v rámci svého regulérního zaměstnání. Členové týmů byli zavázáni mlčenlivostí.

Hodnotící návštěvy byly iniciovány Ministerstvem zdravotnictví ČR a naplánovány ve spolupráci se zaměstnanci PN. Hodnotící návštěvy trvaly v každé PN dva dny a jejich obsahem byly rozhovory s uživateli péče, jejich rodiči nebo blízkými osobami, personálem na různých pozicích (management, zdravotní personál, sociální personál, technicko-hospodářský personál), analýza vnitřní dokumentace, neúčastněné (např. obhlídka budov) i zúčastněné pozorování (např. na vybraných terapeutických aktivitách).

Všichni členové daného hodnotícího týmu byli po dobu hodnotící návštěvy přítomni. Výsledné skóre bylo stanovováno na základě diskuze a shody mezi členy týmu. V případech, kdy nebyla shoda dosažena po řádné diskuzi, bylo rozhodnuto hlasováním.

Analýza dat

Názvy jednotlivých psychiatrických nemocnic byly zamaskovány a data jsou prezentována anonymně. Výsledky jsou prezentovány pomocí pruhových grafů, jedním grafem souhrnně, pěti grafy pro zmíněných pět kapitol a dalšími grafy pro jednotlivé podkapitoly zvlášť. Naplňování jednotlivých kapitol a podkapitol je ve všech grafech znázorněno v procentech, kdy 100 % tvoří 17 zúčastněných psychiatrických nemocnic.

Pro kvantitativní analýzu jsme odpovědi N/I, A/I, A/P a A/F překódovali číslicemi 0, 1, 2 a 3. Pro jednotlivé položky, podkapitoly a kapitoly jsme spočítali prostý průměr, tzn. výsledky se mohly pohybovat na škále od 0 do 3, kdy hodnota 0 znamená, že řešení dané problematiky nebylo v zúčastněných psychiatrických nemocnicích vůbec iniciováno a hodnota 3 znamená, že zúčastněné psychiatrické nemocnice zcela naplňují Úmluvu v dané oblasti. Dále jsme za účelem identifikace nejčastějších a nejzávažnějších problémů napříč psychiatrickými nemocnicemi analyzovali popis v jednotlivých položkách u podkapitol, které nedosahovaly v průměru alespoň hodnoty 1,5. Výsledky těchto analýz prezentujeme narativně.

Výsledky:

Jak je vidět z Grafu 1 nejlépe jsou v českých PN naplňována práva v kapitole k ochraně proti mučení a jinému krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení či trestání a k ochraně před vykořisťováním, násilím a zneužíváním. Naopak větší nedostatky byly zjištěny v kapitole týkající se práva na nezávislý život a zapojení do společnosti.

Budovy jsou obecně ve špatném technickém stavu (Graf 7), často neumožňují kvalitní spánek (Graf 8), neposkytují adekvátní pohodlí a prostor pro interakci (Graf 12) a hygiena také často nedosahuje optimální úroveň (Graf 9). Strava a ošacení jsou dobře dostupné, jen preference uživatelů by mohly být více brány v potaz (Graf 10). Svoboda komunikace se jeví jako suboptimální, protože v některých případech dochází i k cenzuře ze strany personálu a uživatelé nemají pro svobodnou komunikaci dostatek soukromí a všeobecně by také mohly mít větší volnost pohybu po areálu (Graf 11). Společenský život uživatelů je pochopitelně omezen, zvlášť pokud jde o akce mimo areál PN (Graf 13). Dostupnost péče v PN je na vynikající úrovni (Graf 14), nicméně personál by měl být více multidisciplinární (Graf 15).

Individuální plány by měly být také více dostupné a léčba více nezohledňovat preference uživatelů (Graf 16). Psychofarmaka jsou velmi dobře dostupná, ale uživatelé by měli o psychofarmakologické léčbě dostávat více informací (Graf 17). Péče o fyzické a reprodukční zdraví uživatelů je na dobré úrovni, ale uživatelé by opět mohly dostávat více informací o možnostech péče o své zdraví (Graf 18).

Jak již bylo naznačeno, preference uživatelů by měly být více zohledňovány (Graf 19), s dříve vyslovenými přáními by se mělo více pracovat (Graf 20), a uživatelům by měla být poskytována větší

podpora k samostatnému rozhodování (Graf 21). Zdravotnické informace jsou sv pořádku, ale opět je zde patrný prostor pro zlepšování v zapojování uživatelů (Graf 22). S uživateli péče se obecně zachází důstojně, jen pomoc a podpora, když dojde k případům nevhodného zacházení, by mohla být nastavena lépe (Graf 23). Ochrana před nevhodným zacházením by také měla být na lepší úrovni (Graf 28).

Problémem se zdá být používání omezovacích prostředků, a to jak v souvislosti s řešením krizí, tak v souvislosti s jejich následným vyhodnocováním a zohledňováním preferencím uživatele (Graf 24). Používání zvláštních léčebných prostředků, jako např. ECT, je celkově v pořádku (Graf 25). Pokud v PN probíhá výzkum, tak je v souladu s Úmluvou (Graf 27).

Podpora pro život ve společnosti je na dobré úrovni, co se týká pomoci s nacházením místa a finančních zdrojů (Graf 29). Nicméně přístup ke vzdělávání zaměstnání a podpora účasti na veřejném životě by měly být lepší (Graf 30 a 31).

Závěr:

Systematické hodnocení kvality péče v souvislosti s naplňováním Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v českých psychiatrických nemocnicích přineslo důležité informace a podklady pro další práci v rámci reformy psychiatrické péče, resp. reformy péče o duševní zdraví.

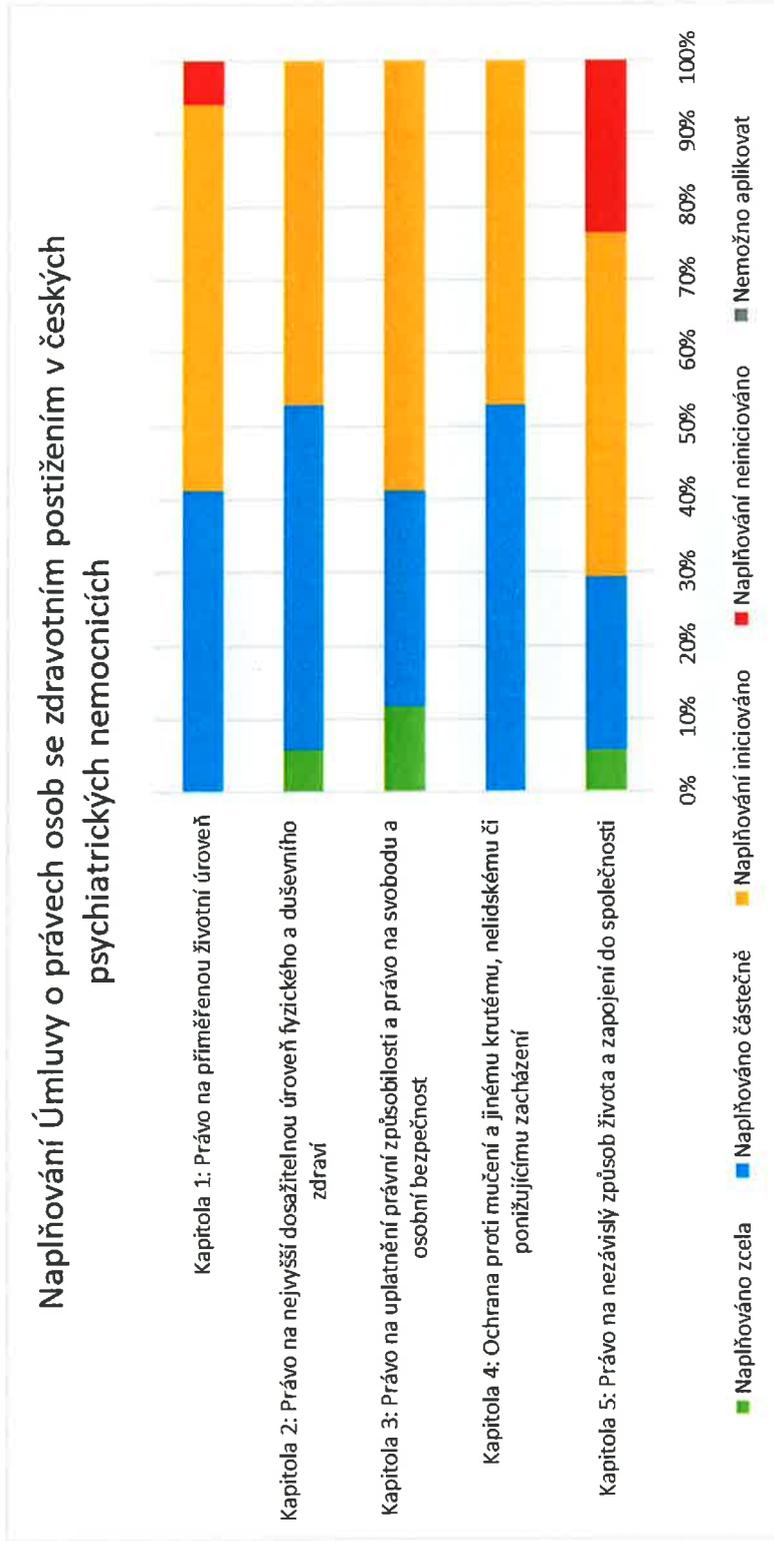
Velká většina zjištěných nedostatků je spojena s neuspokojivým stavem budov PN, s nedostatečnou podporou personálu (který by měl pokrývat multi-disciplinární odbornost důležitou pro práci s lidmi s duševním onemocněním) i samotných uživatelů péče, a v neposlední řadě s nedostatečným důrazem na začleňování uživatelů do běžného života. Péče by také měla být více orientována na zotavení, jak bylo například snahou projektu S.U.P.R (Kalisova, Pav, Winkler, Michalec, & Killaspy, 2018). Výsledky jsou ve všech sledovaných kapitolách méně příznivé než celkové výsledky z mezinárodního šetření Světové zdravotnické organizace z roku 2018, které se soustředilo na naplňování Úmluvy v zařízeních po celé Evropě (WHO, 2018). Na výsledcích se jasně projevuje strukturální diskriminace, která vede k podfinancování psychiatrické péče (Höschl, Winkler, & Pěč, 2012).

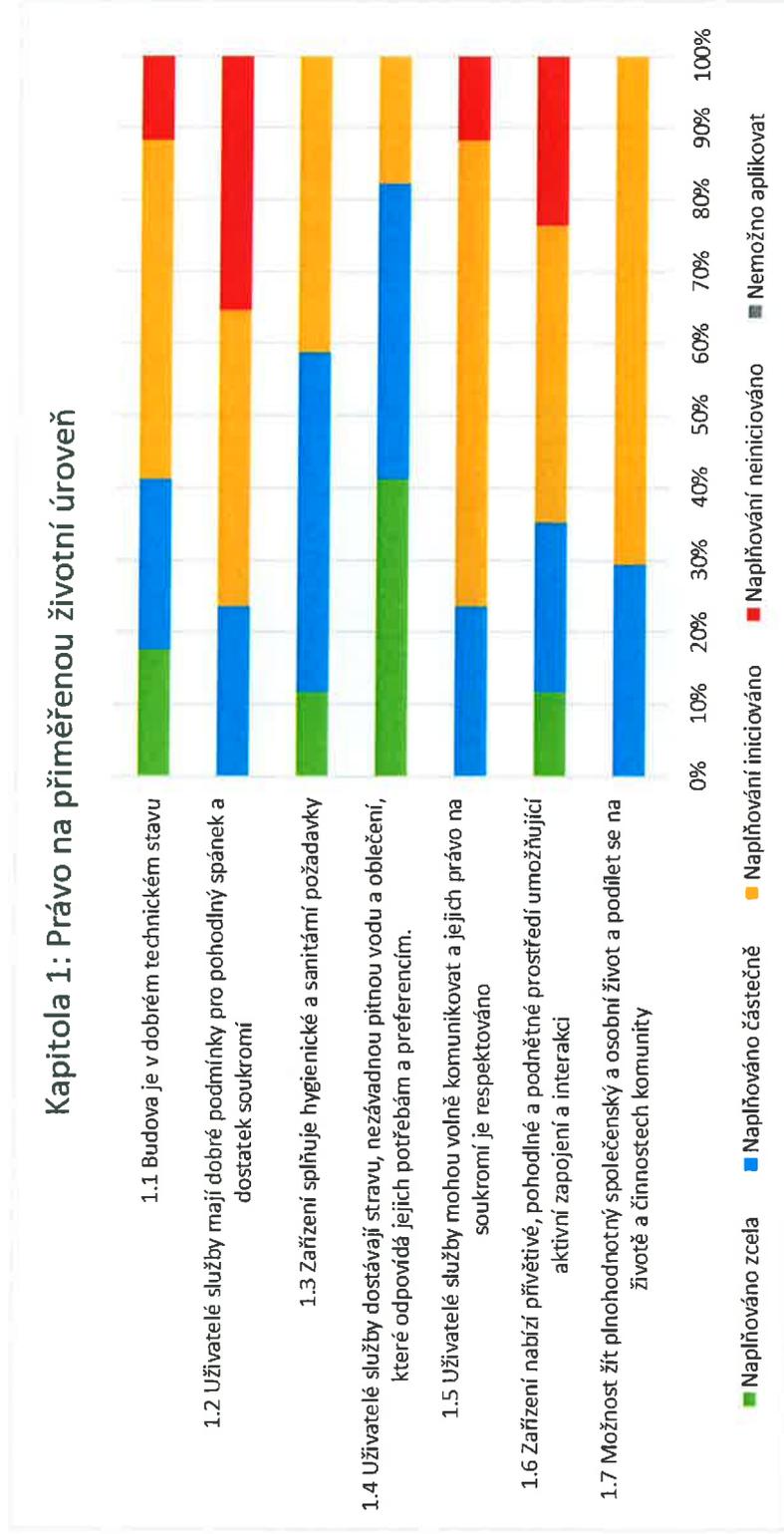
Budovy psychiatrických nemocnic jsou v mnoha zařízeních ve velmi špatném stavu. Jejich kompletní přestavba ve smyslu naplňování Úmluvy by byla extrémně finančně náročná a sama o sobě by nezajistila potřebnou kvalitu péče o lidi s duševním onemocněním. Z tohoto pohledu se z lidskoprávního i z ekonomického hlediska deinstitucionalizace jeví jako mnohem lepší strategie, protože překryv mezi lidmi s duševním onemocněním v psychiatrických nemocnicích a lidmi v komunitních multidisciplinárních službách je co se globálního fungování a klinických charakteristik týče značný a výzkum ukázal, že komunitní služby jsou v porovnání s psychiatrickými nemocnicemi vysoce nákladově efektivnější (Winkler, Broulíková, et al., 2018; Winkler, Koeser, et al., 2018).

Výsledky hodnocení tedy jednoznačně podporují započatou reformu péče o duševní zdraví v ČR.

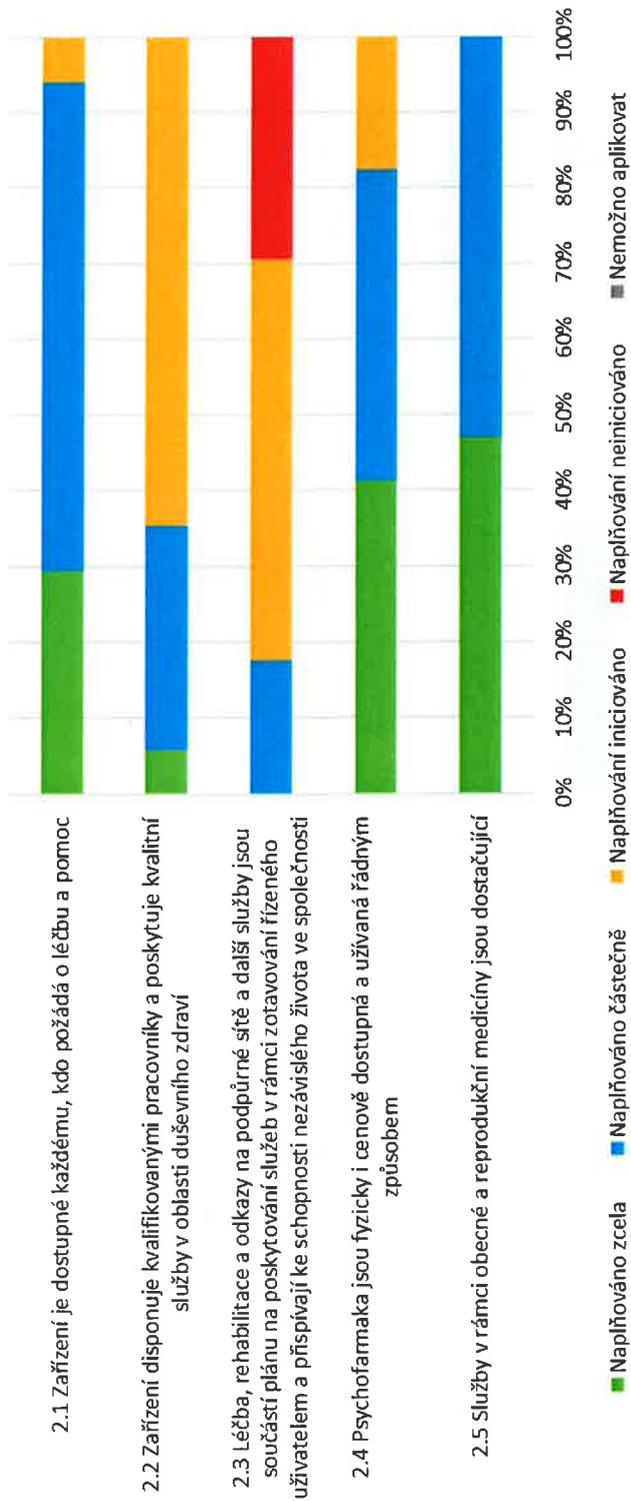
Grafy

Graf 1 Naplňování úmluvy

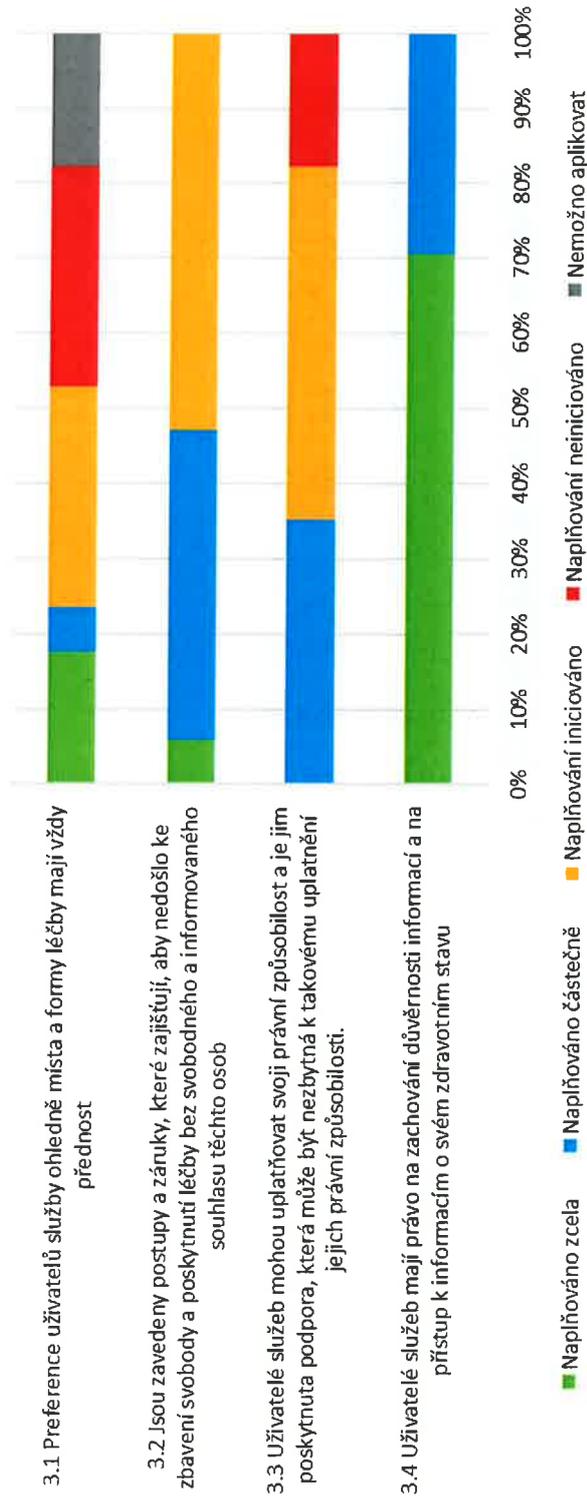




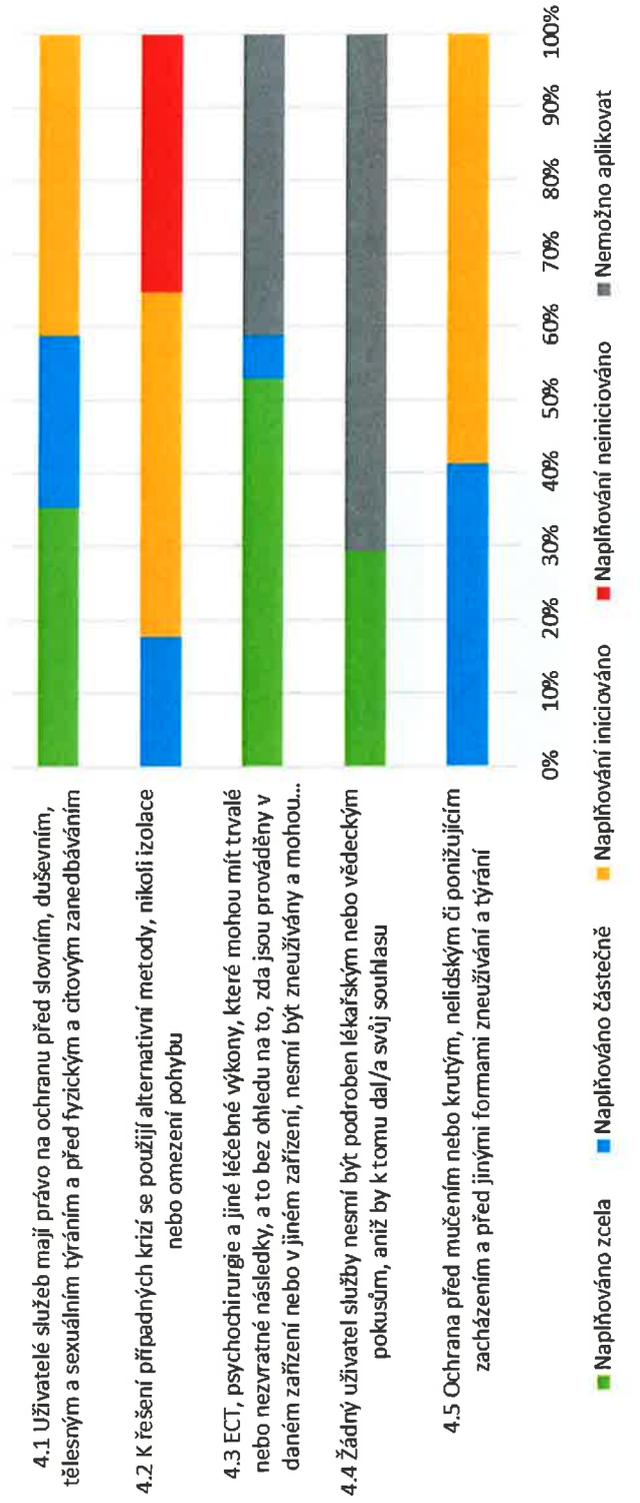
Kapitola 2: Právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň fyzického a duševního zdraví



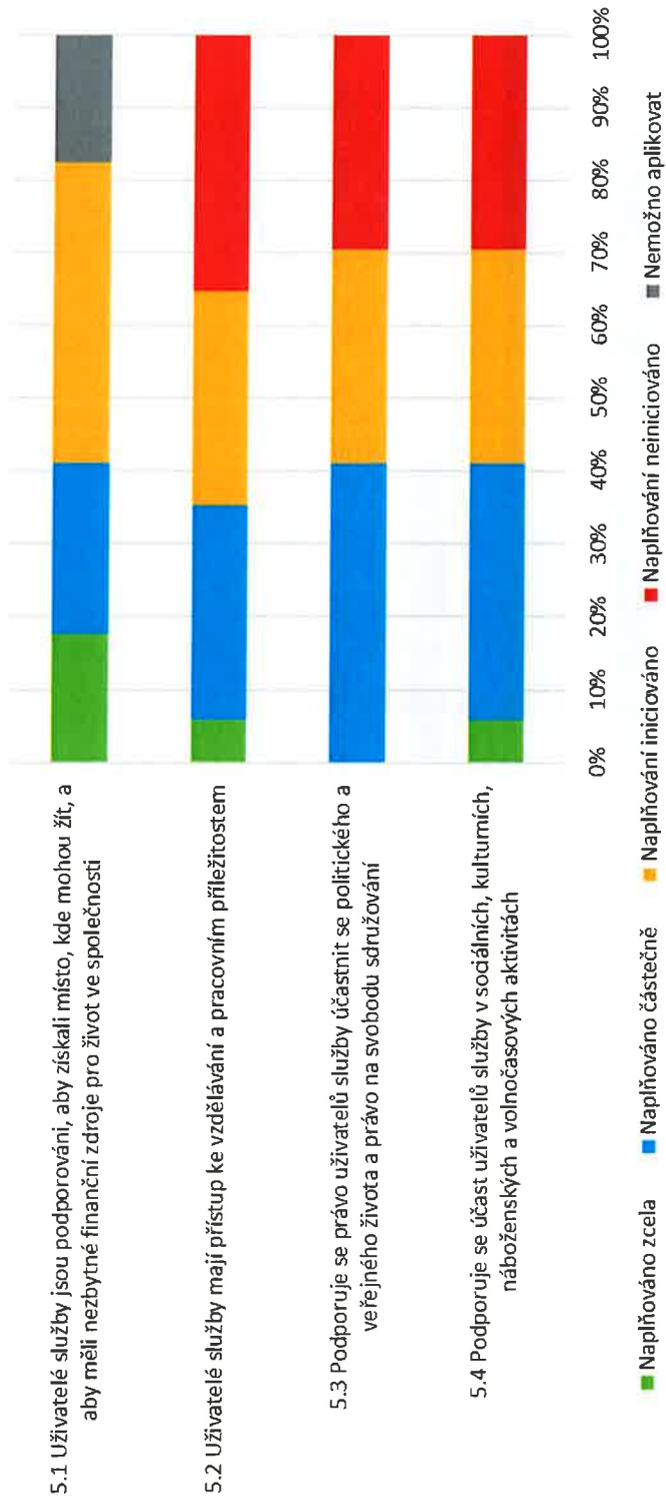
Kapitola 3: Právo na uplatnění právní způsobilosti a právo na svobodu a osobní bezpečnost



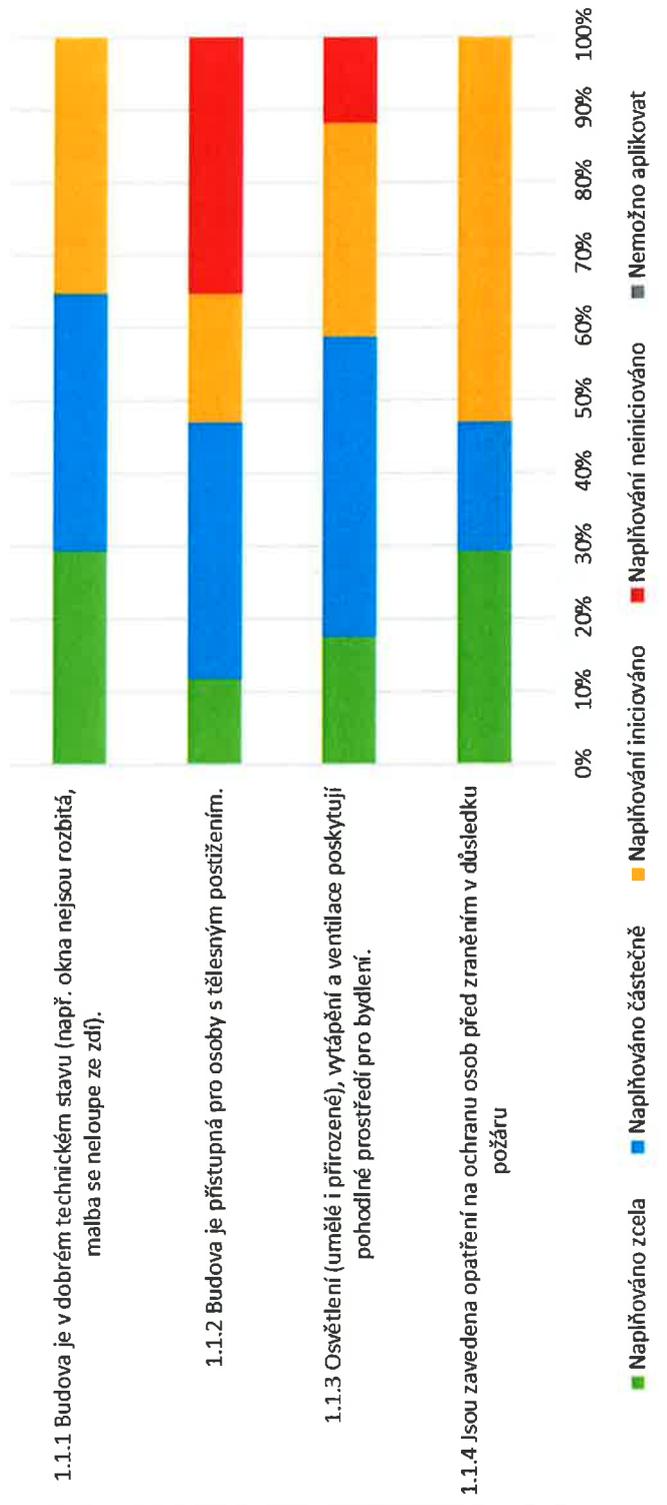
Kapitola 4: Ochrana proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení



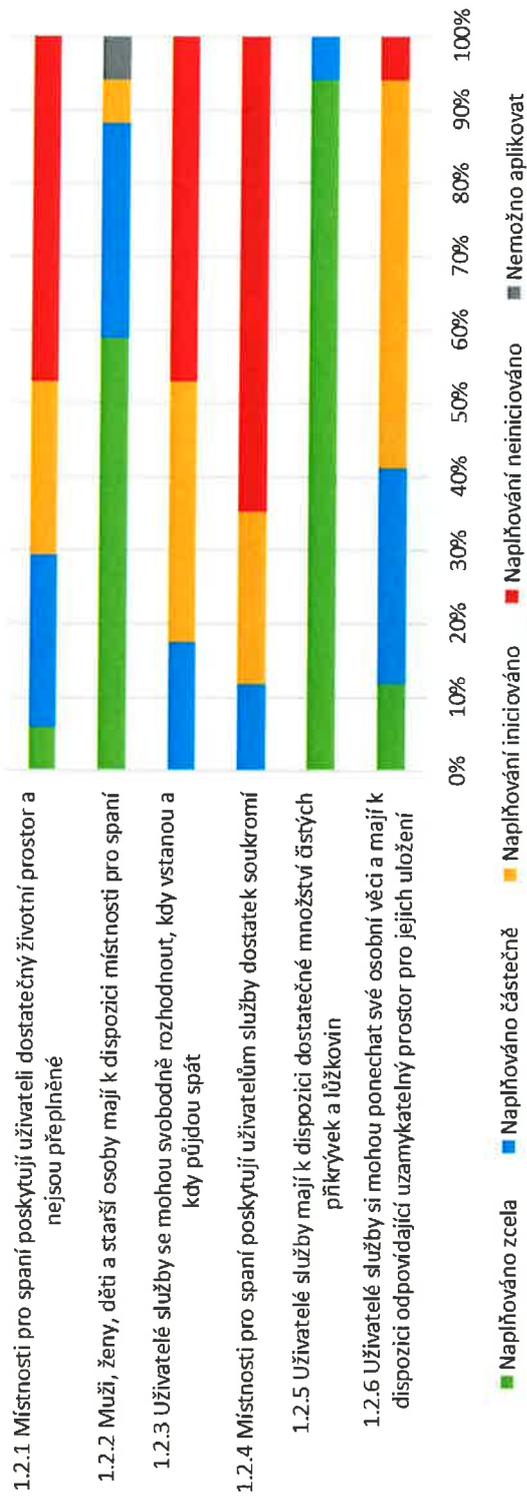
Kapitola 5: Právo na nezávislý způsob života a zapojení do společnosti



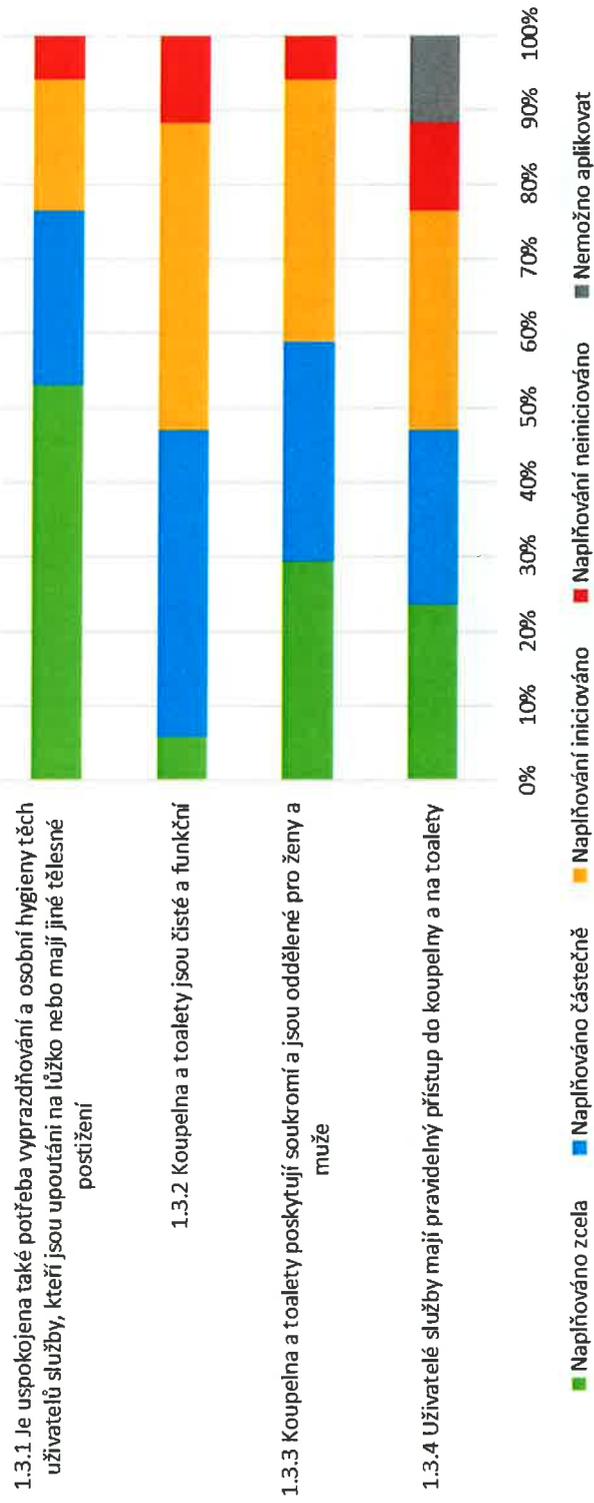
Podkapitola 1.1: Budova je v dobrém technickém stavu



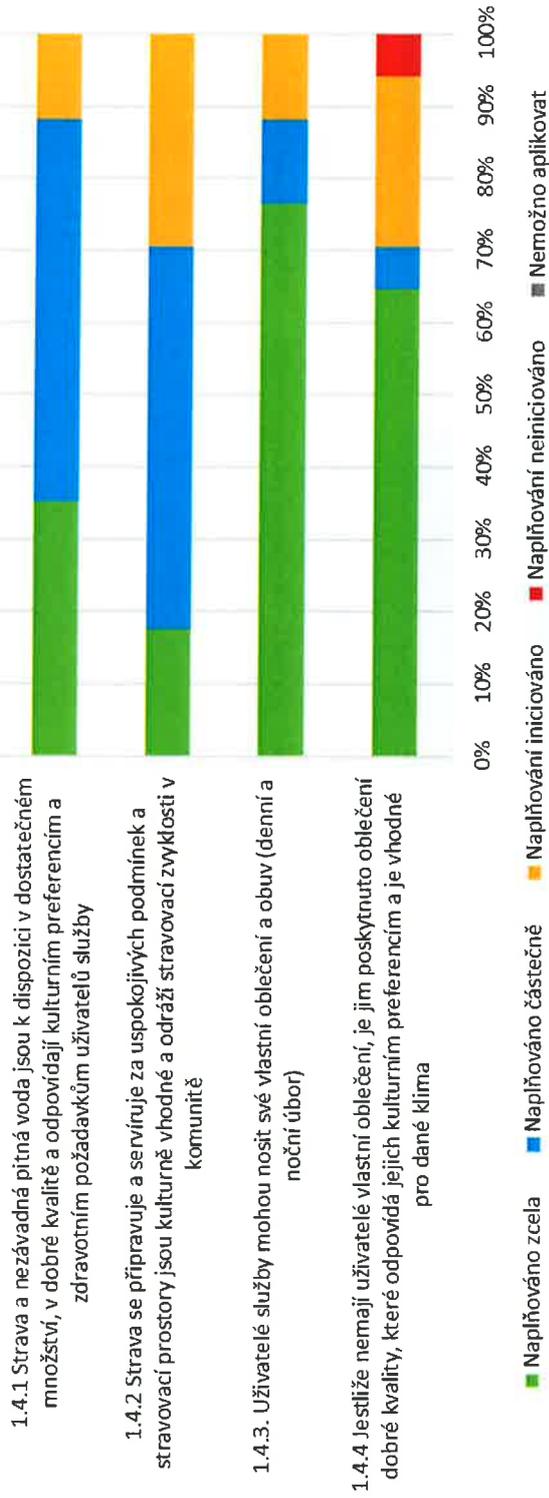
Podkapitola 1.2: Uživatelé mají dobré podmínky pro pohodlný spánek a dostatek soukromí



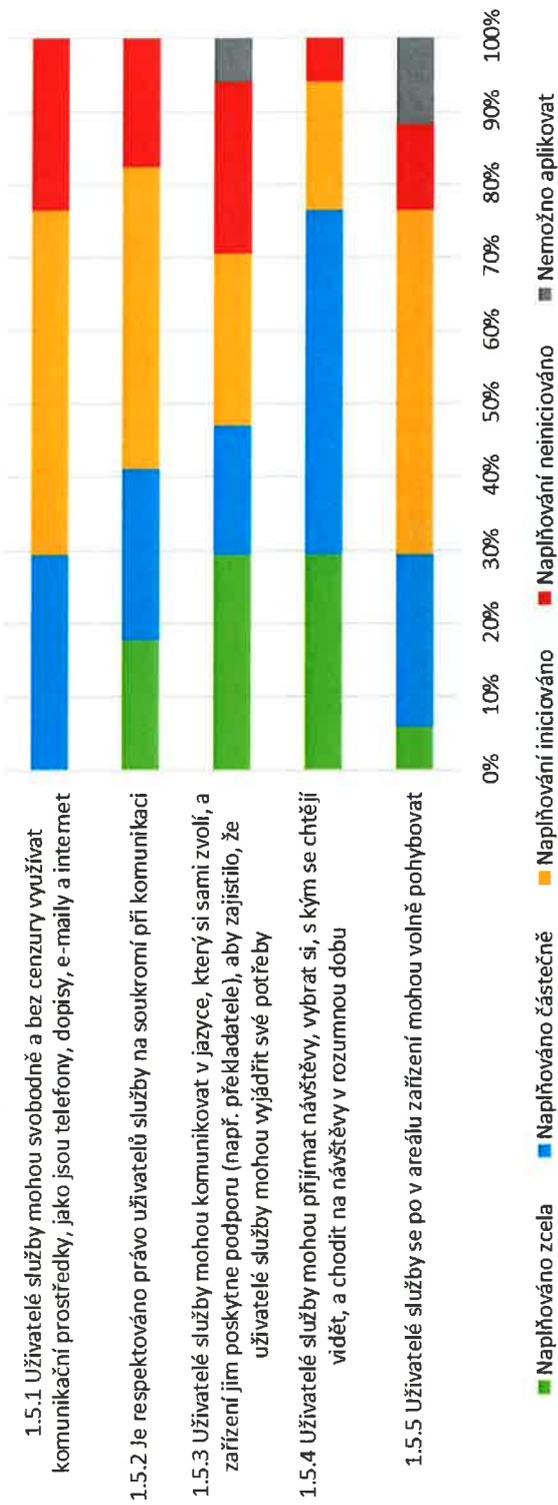
Podkapitola 1.3: Zařízení splňuje hygienické a sanitární požadavky



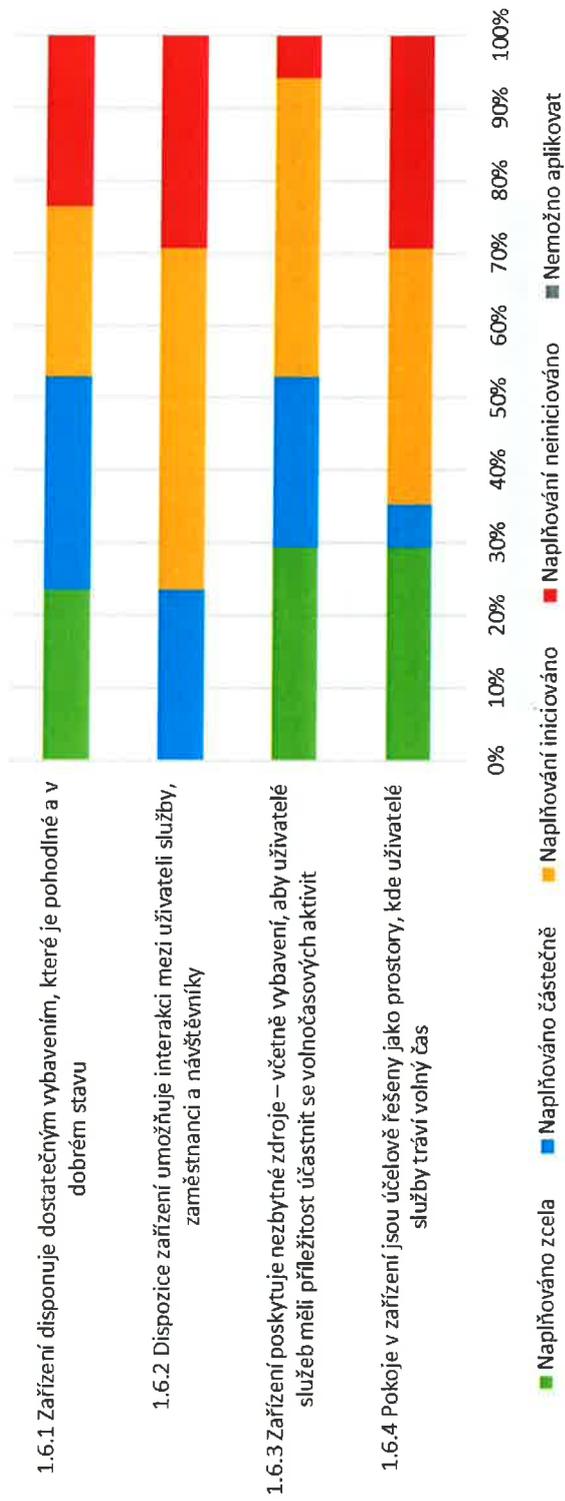
Podkapitola 1.4: Uživatelé služby dostávají stravu, nezávadnou pitnou vodu a oblečení, které odpovídá jejich potřebám a preferencím



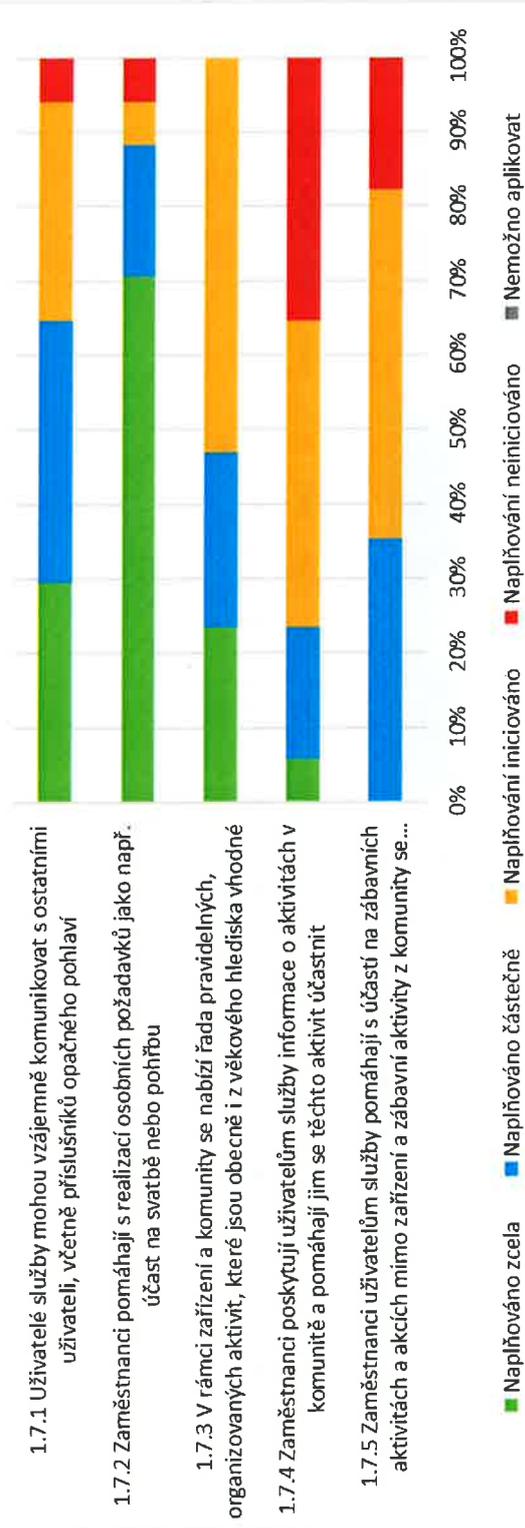
Podkapitola 1.5: Uživatelé služby mohou volně komunikovat a jejich právo na soukromí je respektováno



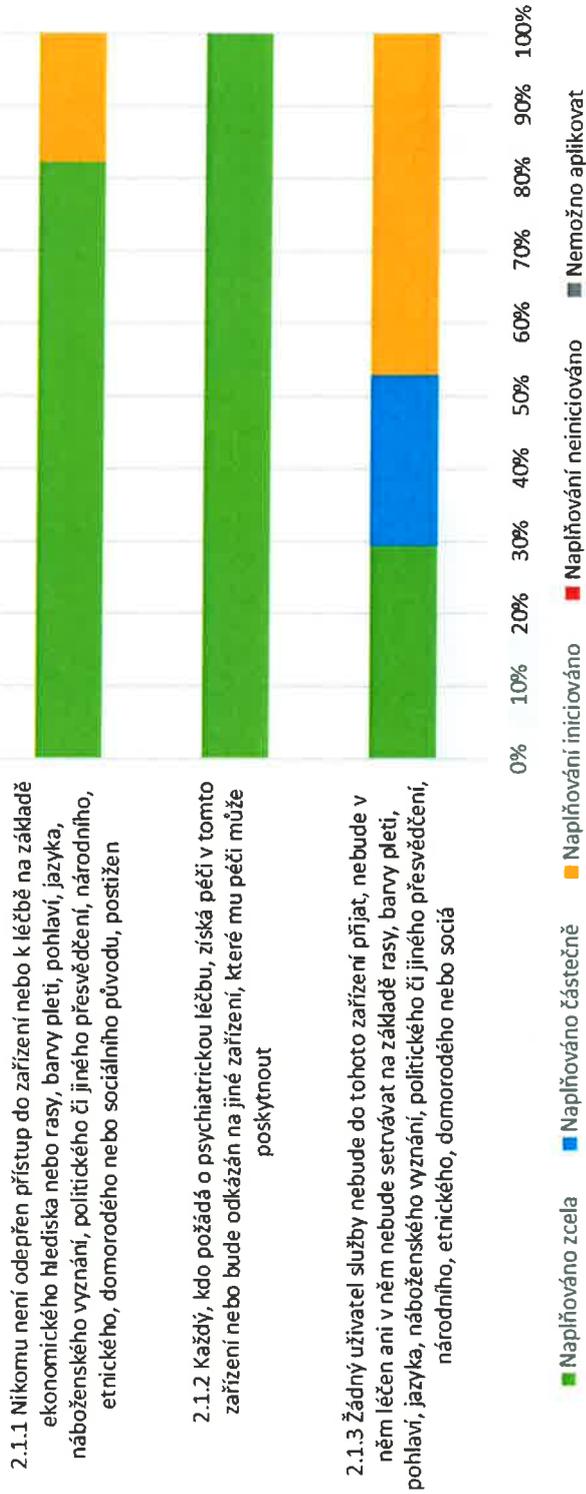
Podkapitola 1.6: Zařízení nabízí přívětivé, pohodlné a podnětné prostředí umožňující aktivní zapojení a interakci.



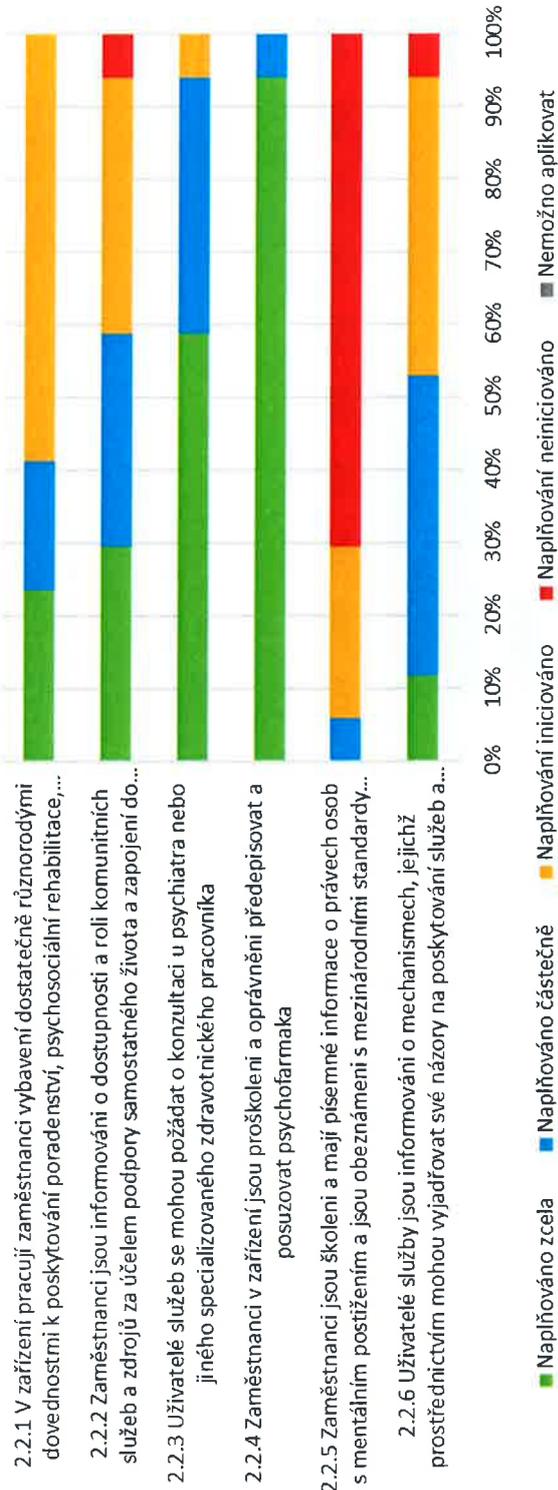
Podkapitola 1.7: Uživatelé služby mohou žít plnohodnotný společenský a osobní život a podílet se na životě a činnostech komunity



Podkapitola 2.1: Zařízení je dostupné každému, kdo požádá o léčbu a pomoc

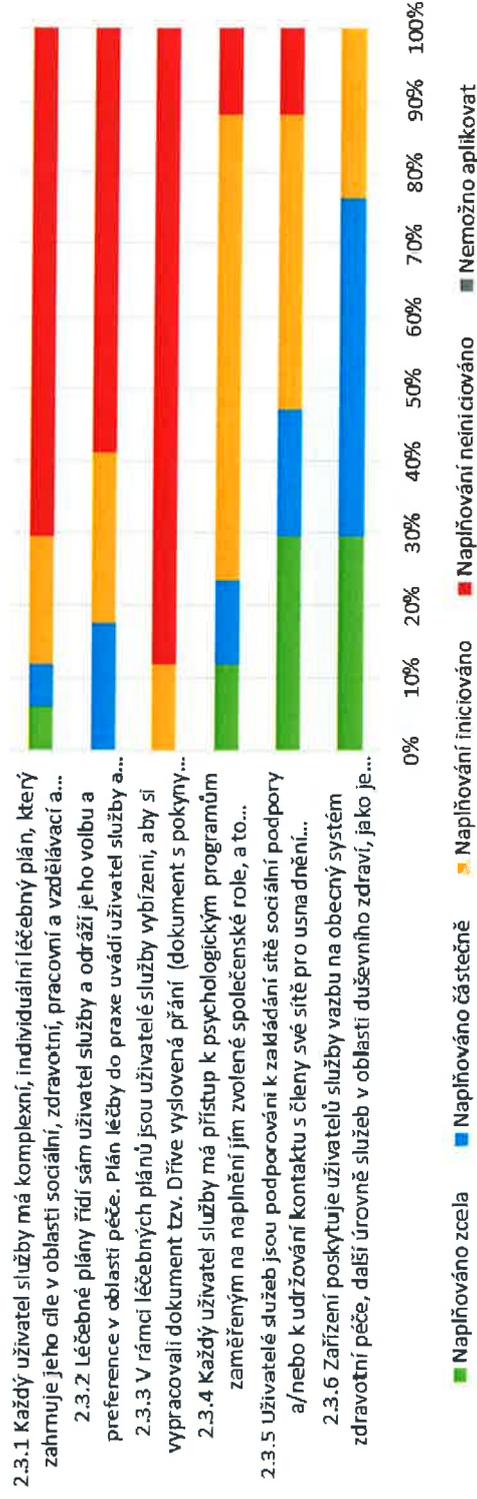


Podkapitola 2.2: Zařízení disponuje kvalifikovanými pracovníky a poskytuje kvalitní služby v oblasti duševního zdraví.



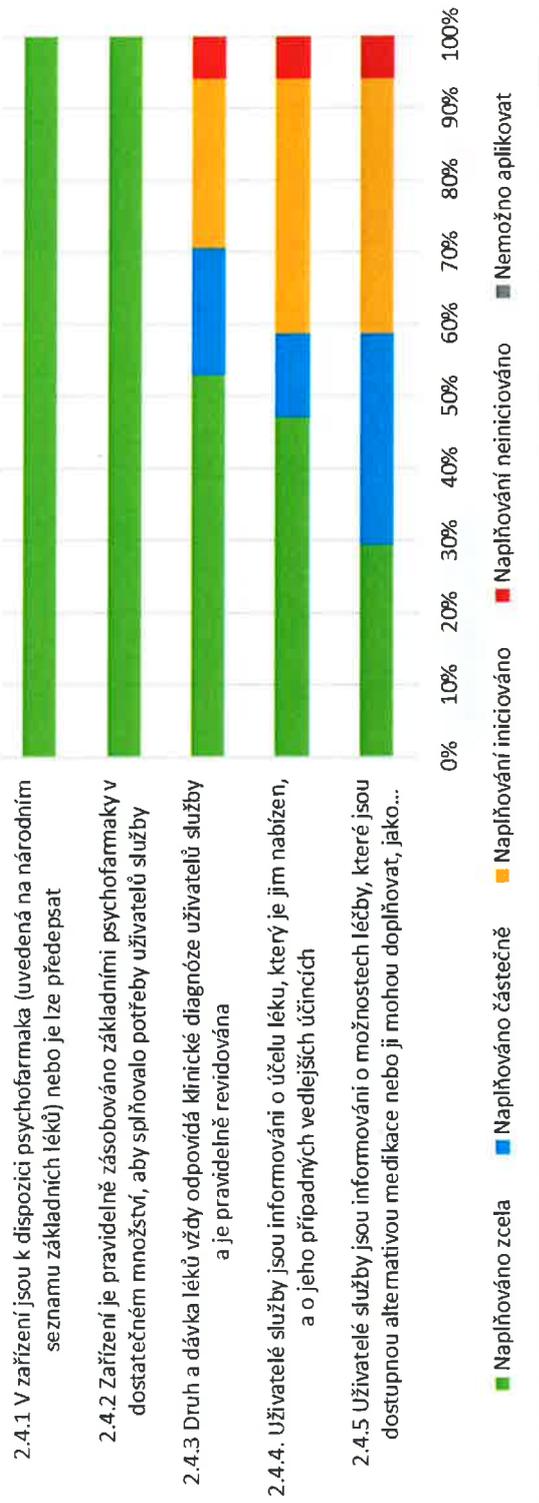
Pozn. 2.2.1 V zařízení pracují zaměstnanci vybavení dostatečně různorodými dovednostmi k poskytování poradenství, psychosociální rehabilitace, informací, vzdělávání a podpory uživatelům služby, jejich rodinám, přátelům nebo pečovateliům za účelem podpory samostatného života a zapojení do komunity; 2.2.2 Zaměstnanci jsou informováni o dostupnosti a roli komunitních služeb a zdrojů za účelem podpory samostatného života a zapojení do společnosti; 2.2.5 Zaměstnanci jsou školeni a mají písemné informace o právech osob s mentálními postiženími a jsou obeznámeni s mezinárodními standardy v oblasti lidských práv včetně ÚPOZP; 2.2.6 Uživatelé služby jsou informováni o mechanismech, jejichž prostřednictvím mohou vyjadřovat své názory na poskytování služeb a na jejich zlepšení, a mají k nim přístup

Podkapitola 2.3: Léčba, psychosociální rehabilitace a odkazy na podpůrné sítě a další služby jsou součástí plánu na poskytování služeb v rámci zotavování řízeného uživatelem a přispívají k tomu, aby byl uživatel služby schopen nezávislého života ve společnosti



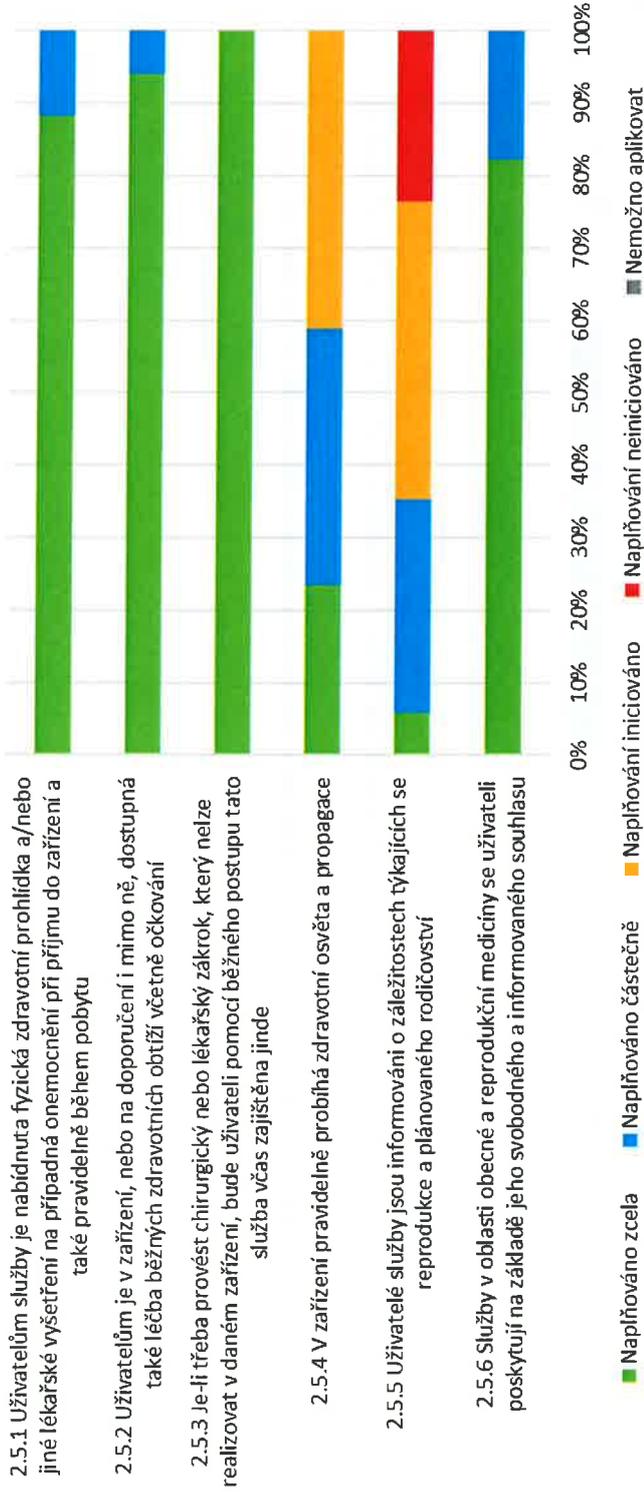
Pozn. 2.3.1 Každý uživatel služby má komplexní, individuální léčebný plán, který zahrnuje jeho cíle v oblasti sociální, zdravotní, pracovní a vzdělávací a také cíle vedoucí k uzdravení; 2.3.2 Léčebné plány řídí sám uživatel služby a odráží jeho volbu a preference v oblasti péče. Plán léčby do praxe uvádí uživatel služby a zaměštanec zařízení, kteří také plány pravidelně revidují a aktualizují; 2.3.3 V rámci léčebných plánů jsou uživatelé služby vybízeni, aby si vypracovali dokument tzv. Dříve vyslovená přání (dokument s pokyny pro lékařskou péči), ve kterém jsou konkretizovány možnosti léčby a rekonvalescence, které si přejí nebo ne přejí využít v případě, že by nebyli schopni své přání v určité budoucí etapě vyjádřit; 2.3.4 Každý uživatel služby má přístup k psychologickým programům zaměřeným na naplnění jim zvolené společenské role, a to prostřednictvím rozvíjení dovedností nezbytných pro zaměstnání, vzdělávání nebo jinou oblast. Rozvoj dovedností je nastaven podle léčebného plánu dané osoby a může zahrnovat zlepšování dovedností nutných pro samostatný život a péči o sebe sama; 2.3.5 Uživatelé služeb jsou podporováni k zakládání sítě sociální podpory a/nebo k udržování kontaktu s členy své sítě pro usnadnění samostatného života v komunitě. Zařízení poskytuje asistenci při navazování kontaktu uživatelů služby s rodinou a přáteli, a to v souladu s přáním uživatelů služby; 2.3.6 Zařízení poskytuje uživatelům služby vazbu na obecný systém zdravotní péče, další úrovně služeb v oblasti duševního zdraví, jako je například sekundární péče, a služby v rámci přirozené komunity, jako například příspěvky, bydlení, pracovní agentury, centra denní péče a asistovaná rezidenční péči

Podkapitola 2.4: Psychofarmaka jsou fyzicky i cenově dostupná a užívána řádným způsobem

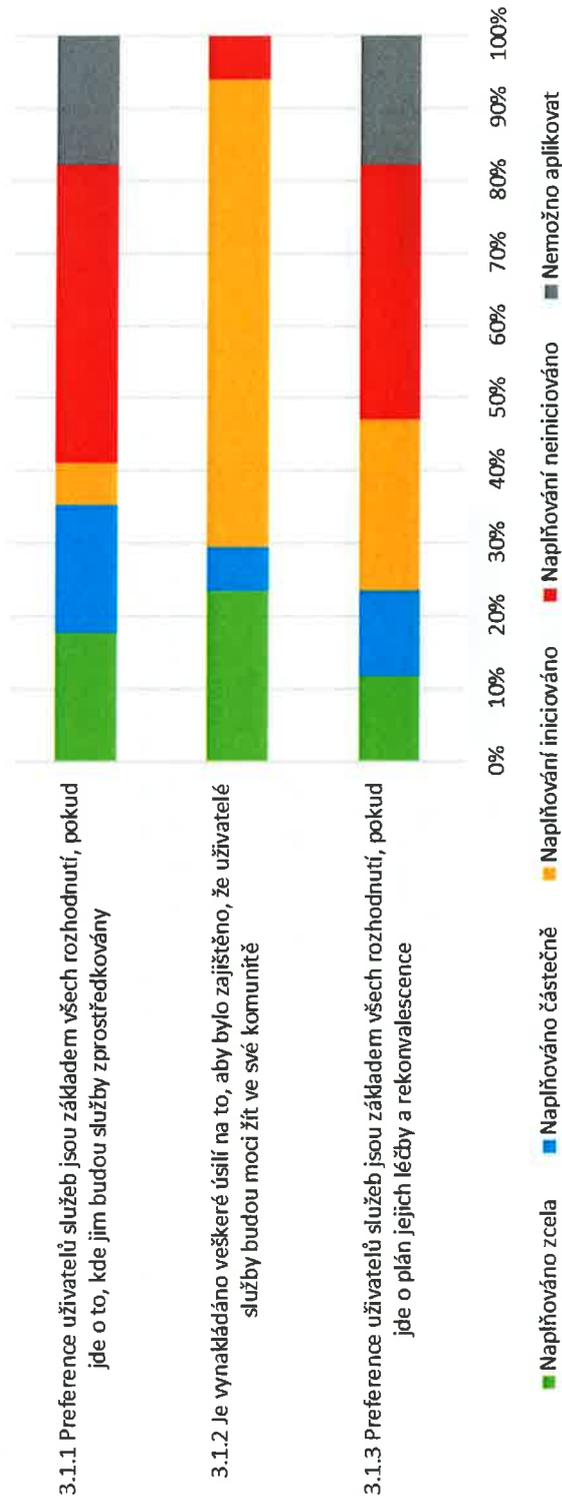


Pozn. 2.4.5 Uživatelé služby jsou informováni o možnostech léčby, které jsou dostupnou alternativou medikace nebo ji mohou doplňovat, jako například psychoterapie

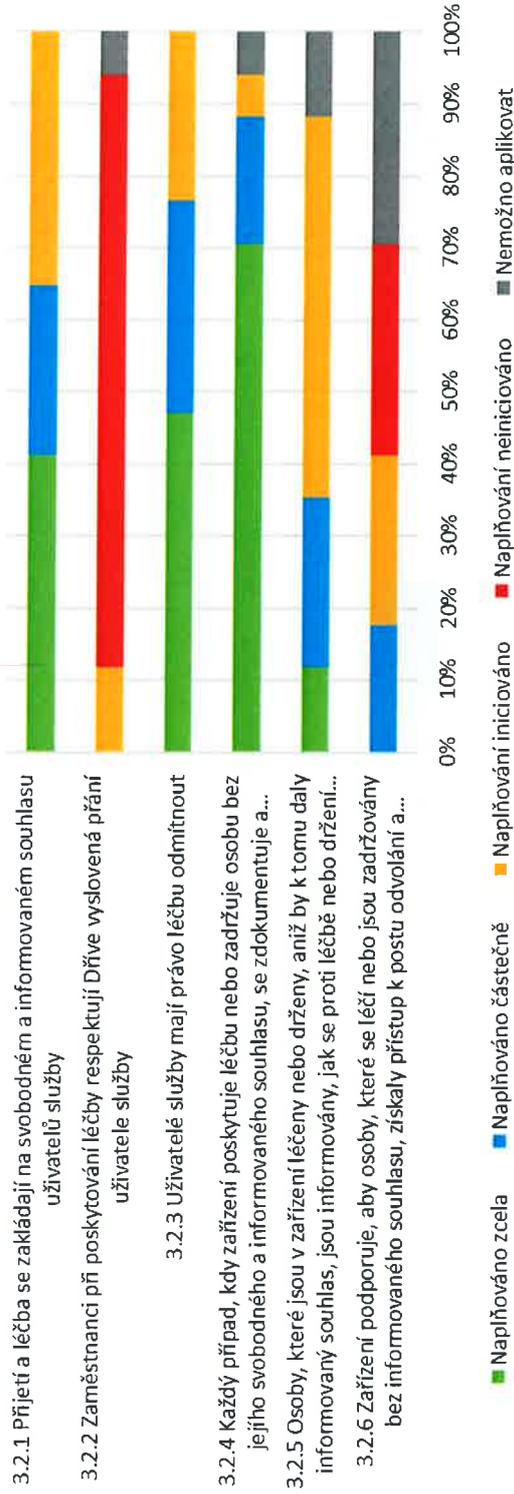
Podkapitola 2.5: Služby v rámci obecné a reprodukční medicíny jsou dostačující



Podkapitola 3.1.: Preference uživatelů služby ohledně místa a formy léčby mají vždy přednost

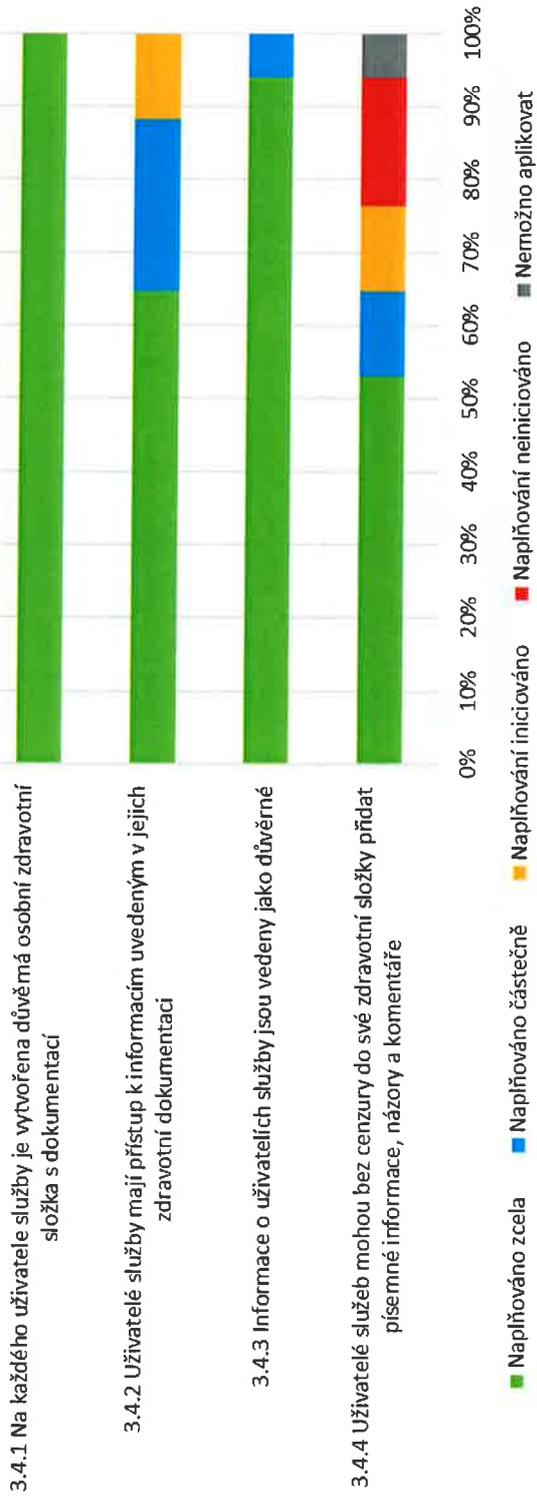


Podkapitola 3.2: Jsou zavedeny postupy a záruky, které zajišťují, aby nedošlo ke zbavení svobody a poskytnutí léčby bez svobodného a informovaného souhlasu těchto osob

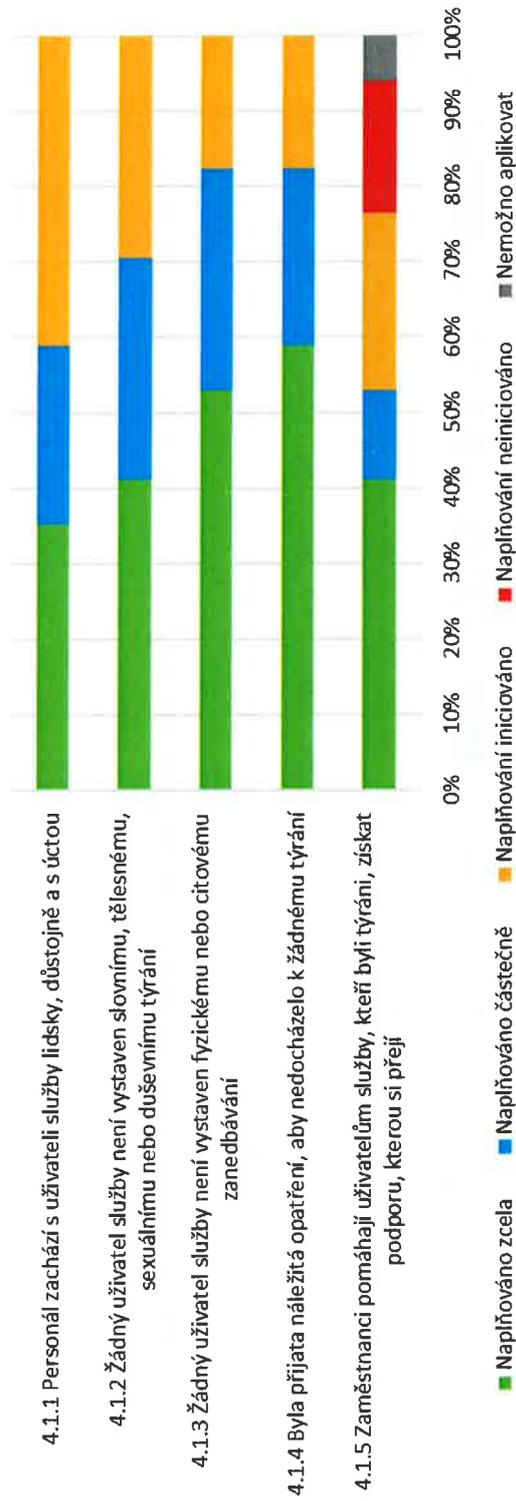


Pozn.: 3.2.4 Každý případ, kdy zařízení poskytuje léčbu nebo zadržuje osobu bez jejího svobodného a informovaného souhlasu, se zdokumentuje a urychleně ohlásí příslušnému orgánu; 3.2.5 Osoby, které jsou v zařízení léčeny nebo drženy, aniž by k tomu daly informovaný souhlas, jsou informovány, jak se proti léčbě nebo držení odvolat; 3.2.6 Zařízení podporuje, aby osoby, které se léčí nebo jsou zadržovány bez informovaného souhlasu, získaly přístup k postu odvolání a právnímu zastoupení

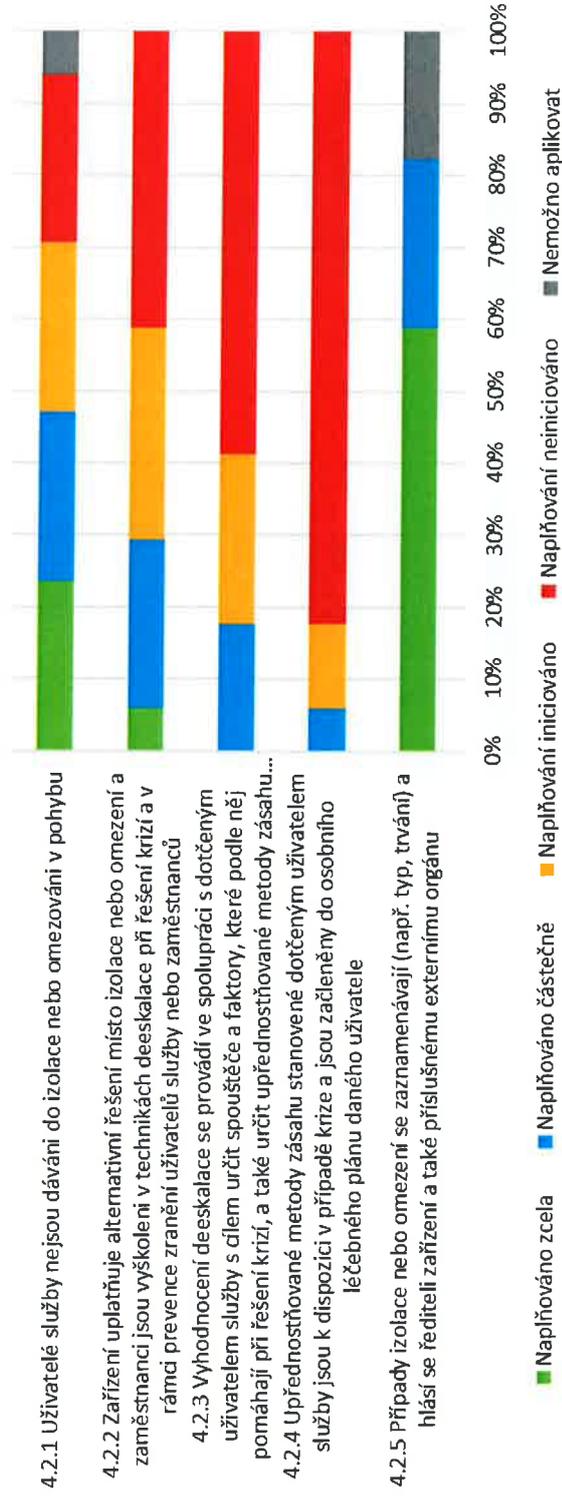
Podkapitola 3.4: Uživatelé služeb mají právo na zachování důvěrnosti informací a na přístup k informacím o svém zdravotním stavu



Podkapitola 4.1: Uživatelé služeb mají právo na ochranu před slovním, duševním, tělesným a sexuálním týráním a před fyzickým a citovým zanedbáváním

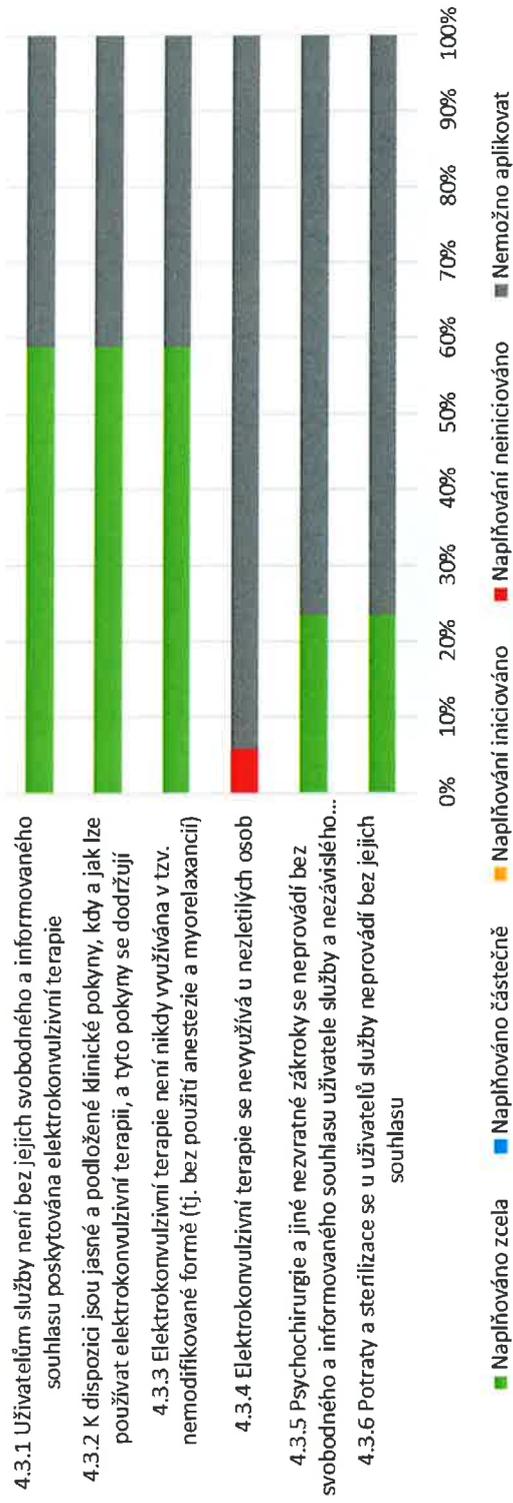


Podkapitola 4.2: K řešení případných krizí se používí alternativní metody, nikoli izolace nebo omezení pohybu



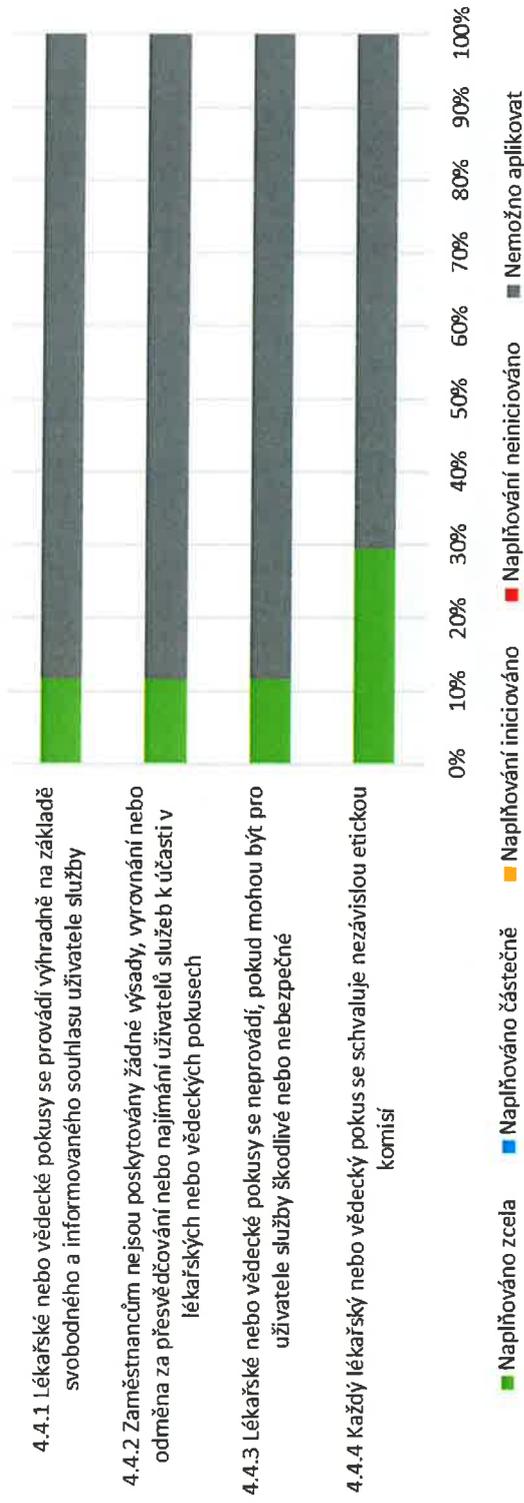
Pozn.: 4.2.3 Vyhodnocení deeskalace se provádí ve spolupráci s dotčeným uživatelem služby s cílem určit spouštěče a faktory, které podle něj pomáhají při řešení krizí, a také určit upřednostňované metody zásahu v případě krize

Podkapitola 4.3: ECT, psychochirurgie a jiné léčebné výkony, které mohou mít trvalé nebo nezvratné následky, nesmí být zneužívány a mohou být provedeny výhradně na základě svobodného a informovaného souhlasu uživatele služeb

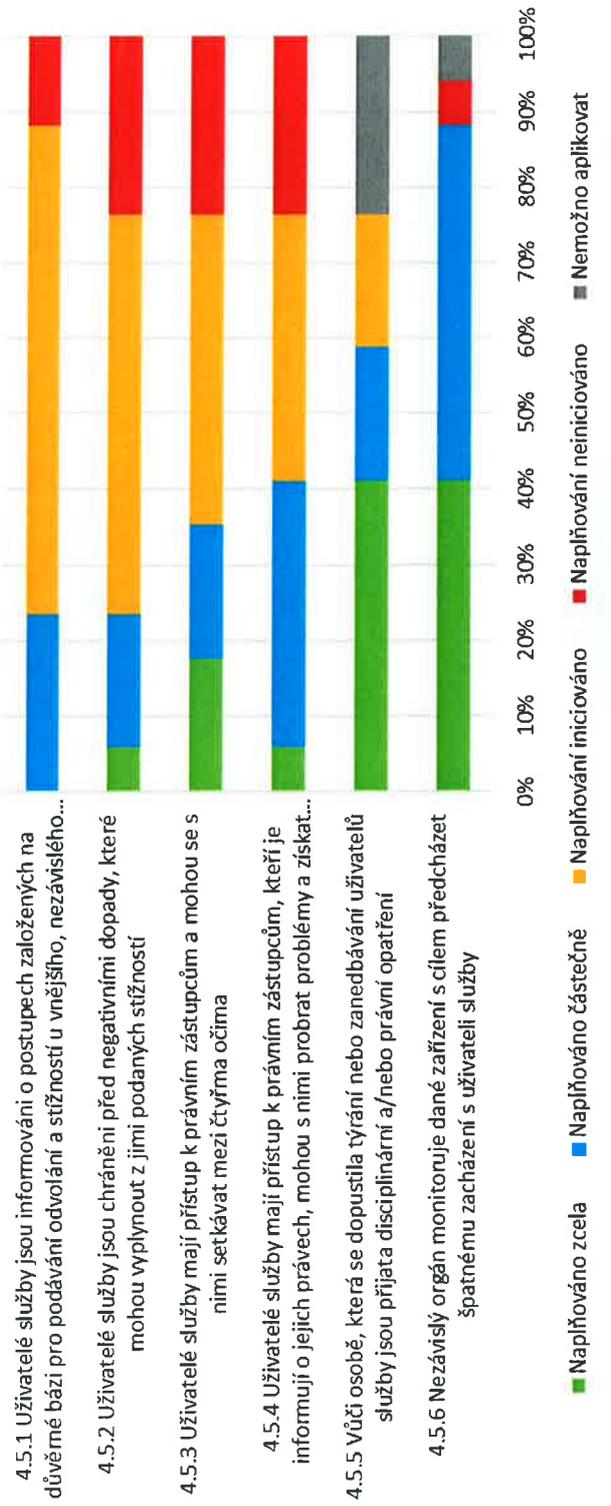


Pozn.: 4.3.5 Psychochirurgie a jiné nezvratné zákroky se neprovádí bez svobodného a informovaného souhlasu uživatele služby a nezávislého schválení ze strany odborné komise

Podkapitola 4.4: Žádný uživatel služby nesmí být podroben lékařským nebo vědeckým pokusům, aniž by k tomu dal/a svůj souhlas

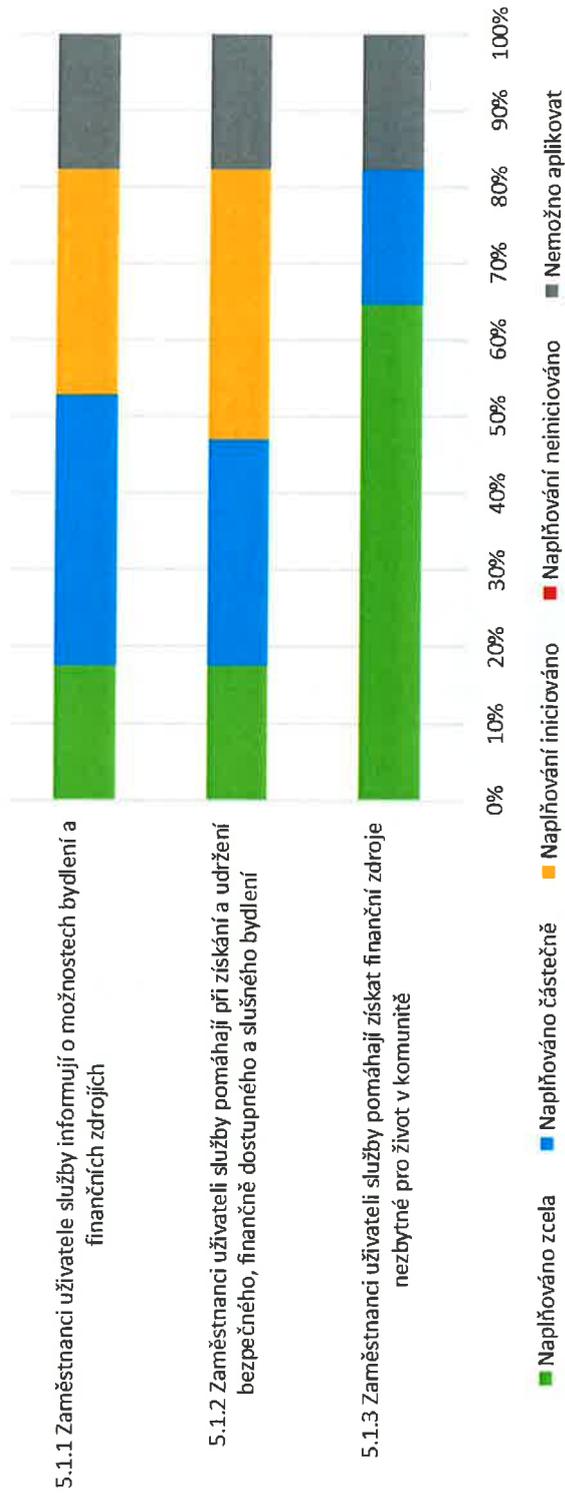


Podkapitola 4.5: Je zajištěna ochrana před mučením nebo krutým, nelidským či ponižujícím zacházením a před jinými formami zneužívání a týrání

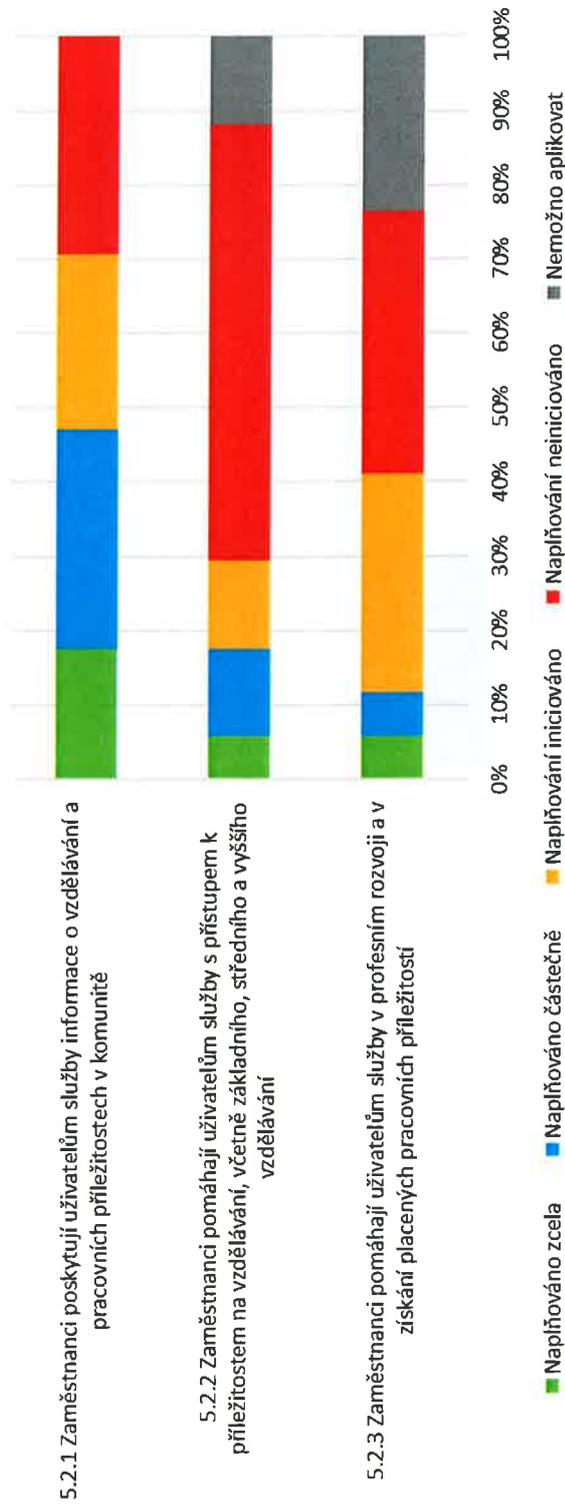


Pozn.: 4.5.1 Uživatelé služby jsou informováni o postupech založených na důvěrné bázi pro podávání odvolání a stížností u vnějšího, nezávislého právního orgánu ve věci zanedbání, týrání, izolace nebo omezení pohybu, přijetí nebo léčení bez informovaného souhlasu a v dalších relevantních záležitostech; 4.5.4 Uživatelé služby mají přístup k právním zástupcům, kteří je informují o jejich právech, mohou s nimi probrat problémy a získat podporu při uplatňování svých lidských práv a podávání odvolání a stížností

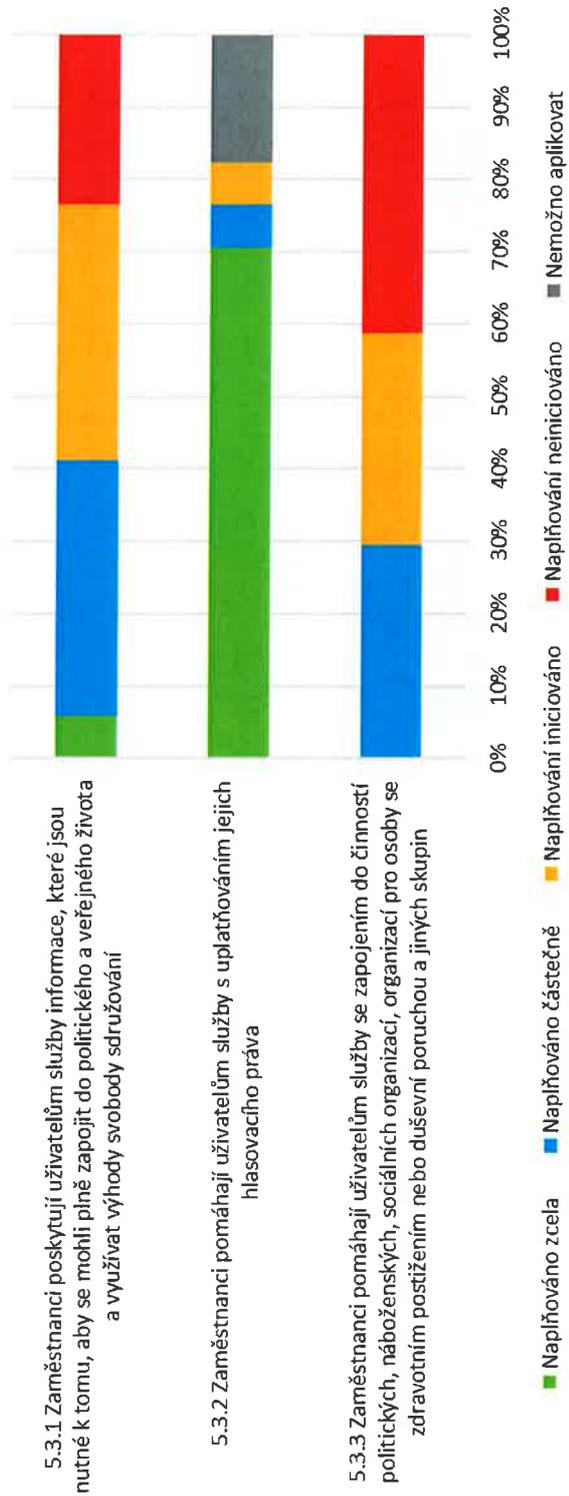
Podkapitola 5.1: Uživatelé služby jsou podporováni, aby získali místo, kde mohou žít, a aby měli nezbytné finanční zdroje pro život ve společnosti



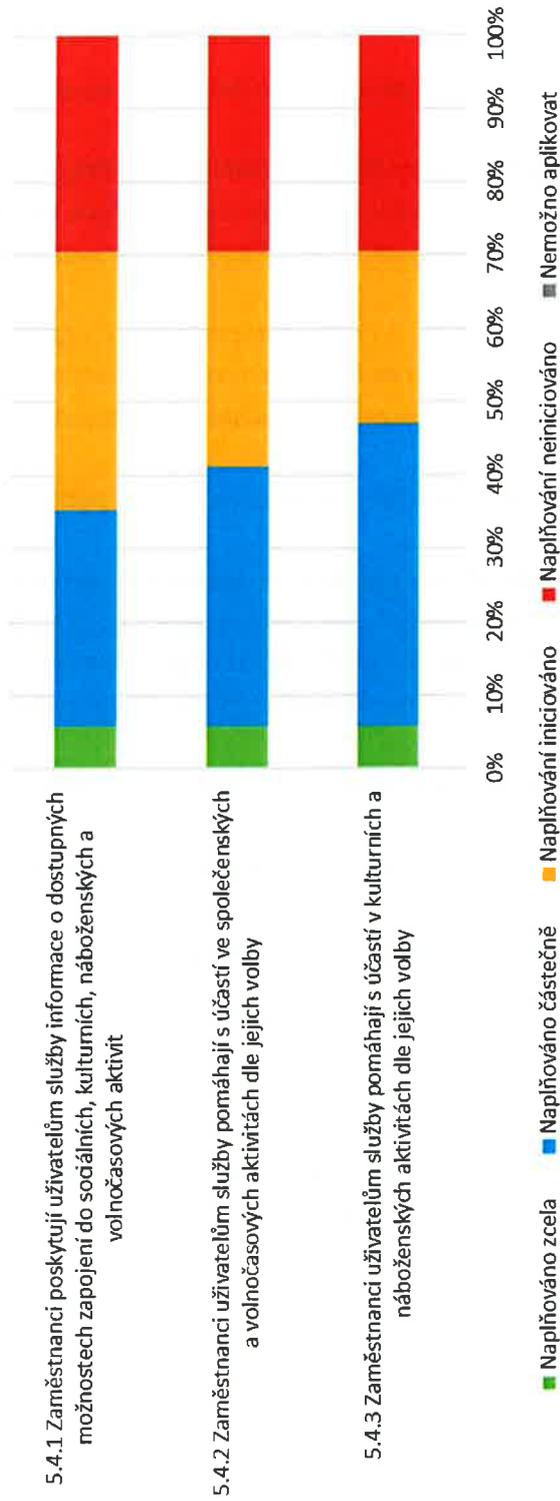
Podkapitola 5.2: Uživatelé služby mají přístup ke vzdělávání a pracovním příležitostem



Podkapitola 5.3: Podporuje se právo uživatelů služby účastnit se politického a veřejného života a právo na svobodu sdružování



Podkapitola 5.4: Podporuje se účast uživatelů služby v sociálních, kulturních, náboženských a volnočasových aktivitách



Reference

- Christenfeld, R. (1982). Deinstitutionalization and its critics - a commentary on Brown. *Journal of Community Psychology*, 10(2), 176-180. doi:10.1002/1520-6629(198204)10:2<176::aid-jcop2290100211>3.0.co;2-w
- Dwyer, E. (2019). The Final Years of Central State Hospital. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, 74(1), 107-126.
- Höschl, C., Winkler, P., & Pěč, O. (2012). The state of psychiatry in the Czech Republic. *International Review of Psychiatry*, 24(4), 278-285.
- IHS. (2017). *Psychiatrická péče 2016. [Psychiatric care 2016]*. Retrieved from Prague:
- Kalisova, L., Pav, M., Winkler, P., Michalec, J., & Killaspy, H. (2018). Quality of care in long-term care departments in mental health facilities across the Czech Republic. *European journal of public health*, 28(5), 885-890.
- Lesage, A. D., Morissette, R., Fortier, L., Reinhartz, D., & Contandriopoulos, A. P. (2000). I. Downsizing psychiatric hospitals: Needs for care and services of current and discharged long-stay inpatients. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne De Psychiatrie*, 45(6), 526-532. doi:10.1177/070674370004500602
- MHCZ. (2013). *Reforma péče o duševní zdraví: Strategie reformy psychiatrické péče*. Prague: Ministry of Health, Czech Republic.
- Murthy, P., Isaac, M., & Dabholkar, H. (2017). Mental Hospitals in India in the 21st century: Transformation and relevance. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(1), 10-15.
- Rekhis, M., Ben Hamouda, A., Ouanes, S., & Rafrafi, R. (2017). Rights of people with mental disorders: Realities in healthcare facilities in Tunisia. *The International journal of social psychiatry*, 63(5), 439-447.
- Thornicroft, G., & Bebbington, P. (1989). Deinstitutionalisation--from hospital closure to service development. *Br J Psychiatry*, 155, 739-753.
- UN. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Retrieved from Adopted by the United Nations General Assembly in December 2006
<http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Van Voren, R. (2013). Psychiatry as a tool for coercion in post-Soviet countries. *European Union*.
- WHO. (2018). *Mental health, human rights and standards of care: Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region*. Retrieved from Copenhagen:
- Winkler, P., Barrett, B., McCrone, P., Csémy, L., Janoušková, M., & Höschl, C. (2016). Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 208(5), 421-428.
- Winkler, P., Broulíková, H. M., Kondrátová, L., Knapp, M., Arteel, P., Boyer, P., . . . Mohr, P. (2018). Value of schizophrenia treatment II: Decision modelling for developing early detection and early intervention services in the Czech Republic. *European Psychiatry*, 53, 116-122.

- Winkler, P., Koeser, L., Kondrátová, L., Broulíková, H. M., Páv, M., Kališová, L., . . . McCrone, P. (2018). Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis. *The Lancet Psychiatry*.
- Winkler, P., Krupchanka, D., Roberts, T., Kondratova, L., Machů, V., Höschl, C., . . . Thornicroft, G. (2017). A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. *The Lancet Psychiatry*, 4(8), 634-642. doi:10.1016/S2215-0366(17)30135-9

