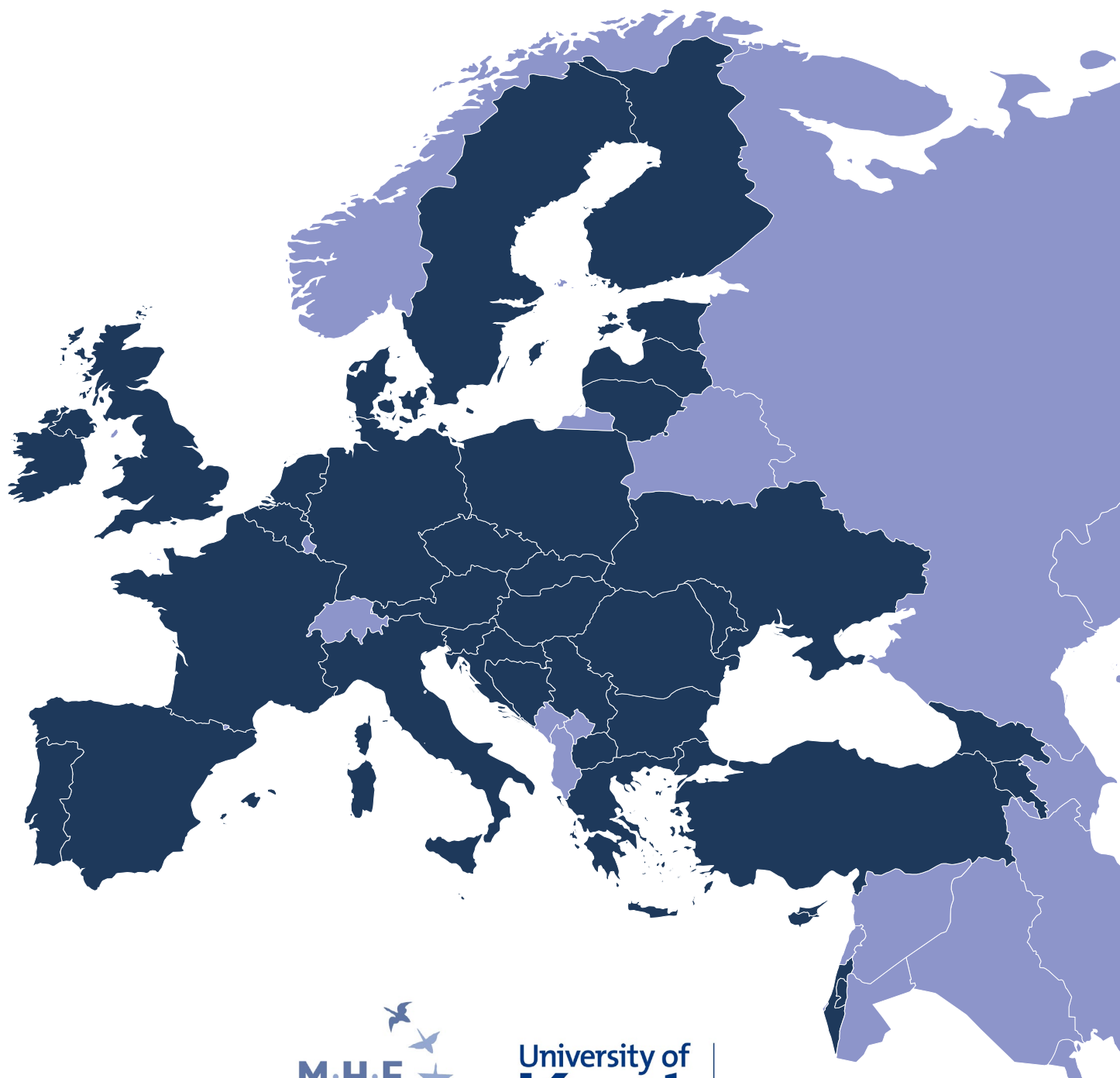

MAPPING & UNDERSTANDING EXCLUSION IN EUROPE



University of
Kent

Tizard
Centre

SHRNUTÍ

Tato zpráva s názvem "Mapování a pochopení sociálního vyloučení – ústavní péče, nátlakové metody a komunitní služby v Evropě" je novější, rozšířenou verzí zprávy organizace Mental Health Europe z roku 2012, jež měla za úkol zmapovat problematiku sociálního vyloučení. Tuto zprávu sepsali odborníci z Univerzity v Kentu a organizace Mental Health Europe (MHE) s pomocí dalších členů a partnerských organizací MHE a s podporou Iniciativy pro duševní zdraví nadace Open Society a programu Evropské unie "Práva, rovnost a občanství".

Zpráva si klade za cíl zachytit nejnovější a co nejucelenější informace o zákonech evropských zemí, jež se týkají duševního zdraví, a zjistit, nakolik se v těchto zemích využívá nedobrovolná hospitalizace a léčba a zda se pacienti fyzicky omezují, či izolují od ostatních. Zpráva rovněž shrnuje nově se objevující problémy v oblasti duševního zdraví v Evropě a mapuje evropské systémy zabývající se duševním zdravím, přičemž objasňuje situaci lidských práv u osob s duševním onemocněním a lidí, kteří služby v oblasti duševního zdraví využívají. Tentokrát se cíleně zaměřuje na případy osob, jež mají zkušenost s ústavní péčí a omezováním či omezovacími prostředky při využívání služeb v oblasti duševního zdraví. Doufáme, že to přispěje k hlubšímu porozumění problematice sociálního vyloučení, jemuž tito lidé musí čelit.

Tato zpráva ukazuje, že ač se situace popsaná v roce 2012 trochu změnila, v ústavech napříč Evropou pořád ještě pobývá velké množství lidí s duševním onemocněním, kteří potřebují komunitní služby. Přestože některé reformy již proběhly, zpráva dokládá, že určité závažné problémy přetrvávají, například nedostatečná spolupráce mezi orgány sociální a zdravotní péče, transinstitucionalizace, úsporná opatření a nedostatek komunitních služeb dodržujících lidská práva. Kromě toho se v posledních letech mluví o problémech s deinstitucionalizací jako o záležitosti střední a východní Evropy, přestože instituce existují v mnoha zemích západní Evropy, včetně Francie, Belgie, Irska, Nizozemska, Portugalska a Německa, kde žijí desítky tisíc lidí s problémy v oblasti duševního zdraví a téměř nic se s tím nedělá. V zemích střední a východní Evropy se programy dotované Evropskou unií, jež mají za úkol program deinstitucionalizace zavádět, realizují velice pomalu a o skutečných výsledcích těchto programů pro lidi s duševním onemocněním existují pouze omezená data.

Pro účely této zprávy jsme sesbírali osobní svědectví pacientů, kteří zakusili omezovacími prostředky. Tato svědectví jasně prokazují, že nedobrovolná hospitalizace a léčba mohou mít na lidské životy dlouhodobý a zničující dopad. V osobních výpovědích bývalých uživatelů služeb v oblasti duševního zdraví se objevují zmínky o nedostatku informací před a během hospitalizace, špatném fyzickém stavu, násilné medikaci se závažnými vedlejšími účinky, absenci právní pomoci, tělesné i duševní újmy, sociální a fyzické izolaci a také o společenském stigma.

Podle předchozí zprávy z roku 2012, jež mapovala problematiku sociálního vyloučení, plánovalo zavést progresivní a slibné reformy týkající se svéprávnosti hned několik zemí. Naše zpráva nicméně ukazuje, že do roku 2017 příslušné zákony změnilo pouze některé země a že téměř všude chybí praktická implementace podporovaného rozhodování. Informace v této zprávě tudíž dokazují, že lidé s psychickými problémy a psychosociálním postižením, ať už služeb v oblasti duševního zdraví využívají, či nikoli, stále čelí problémům s naplňováním svých lidských práv a proto je potřeba se o tuto problematiku dále zajímat.

DOPORUČENÍ

Na základě této zprávy jsme sepsali následující doporučení:

1. Státy, které tak dosud neučinily, by měly ve spolupráci s organizacemi reprezentujícími osoby s problémy v oblasti duševního zdraví a dalšími relevantními orgány, které pracují v souladu s lidskými právy přijmout ucelenou strategii pro deinstitucionalizaci. Do tohoto procesu by měla být přizvána příslušná ministerstva a složky státního sektoru, včetně zdravotního, sociálního a pracovního. Proces by měl být podpořen dostatečnou investicí, která povede k zajištění udržitelnosti přechodu ke komunitním službám v oblasti duševního zdraví, které dodržují lidská práva a které jsou zaměřeny na zotavení (recovery-oriented).
2. Evropské státy by měly snížit výskyt omezovacích metod ve službách v oblasti duševního zdraví. Za tímto účelem by měly:
 - Přijmout strategii, která okamžitě sníží výskyt nátlakových omezovacích metod ve službách v oblasti duševního zdraví, a nakonec takové praktiky v souladu s lidskoprávními standardy zcela vymýtí. Tato strategie a její praktická implementace by se měly rovněž zaměřit na: poskytování informací o jejich právech a zdravotním stavu pacientům a jejich rodinám; zlepšení komunikace mezi komunitními týmy a pracovníky nemocnic a léčeben; uplatňování tzv. "vize nula" (tedy bez omezovacích prostředků) a deeskalačních technik; vytvoření ambulantních mobilních jednotek; zajištění školení o lidských právech pro pacienty a zaměstnance, s důrazem na Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením (dále Úmluva OSN) a informovaný souhlas.
 - Podporovat zplnomocňování (bývalých) klientů služeb v oblasti duševního zdraví a osob s duševním onemocněním a organizací, jež je zastupují, a zajistit, aby znali svá práva a dokázali činit rozhodnutí ohledně vlastních životů v souladu s článkem 4, bodem 3 Úmluvy OSN.
 - Postupně přejít na systém podporovaného rozhodování místo omezování či zbavování svéprávnosti v souladu s článkem 12 Úmluvy OSN; včetně úpravy legislativy týkající se duševního zdraví a vytvoření podpůrných služeb a podpory novým slibným postupům.
 - Řádně nahlašovat a dokumentovat veškeré případy nedobrovolné hospitalizace a léčby, zadržování pacientů a jejich izolování včetně důvodů, proč se k těmto praktikám přistoupilo, a tato data zpřístupnit veřejnosti.
3. V souladu s článkem 31 Úmluvy OSN by státy měly dokumentovat počty pacientů umístěných v léčebnách a tyto statistické údaje zpřístupnit veřejnosti. Z těchto údajů by mělo být zřejmé, o jakou instituci se jedná, jak dlouho pobyt pacienta v ní trval, kolik pobytů pacient již absolvoval, důvody pro jeho hospitalizaci a také demografické údaje jako věk a pohlaví.
4. V souladu s článkem 8 Úmluvy OSN by státy měly investovat do programů, jež mají za cíl u běžné populace destigmatizovat duševní onemocnění. Toto stigma je fakticky doložené. Kampaně na podporu a zvyšování povědomí o duševním onemocnění na státní i regionální úrovni by měly být součástí jak reformy péče o duševní zdraví, tak deinstitucionalizační strategie a její praktické realizace.
5. Státy by měly představit schéma zavedení individuálního příspěvku či dávky na podporu deinstitucionalizace a nezávislého a komunitního bydlení. Státy, které již toto schéma vypracovaly, by měly zajistit, aby na tyto dávky dosáhli i lidé s psychosociálními poruchami, podobně jako ostatní lidé s postižením.
6. Státy by měly lépe monitorovat deinstitucionalizační programy a sbírat data, aby zajistily, že lidé s problémy v oblasti duševního zdraví mají z těchto reforem užitek a že alternativy, jež z těchto programů vzejdou, doopravdy podporují nezávislé a komunitní bydlení, v souladu s článkem 19 Úmluvy OSN.
7. Evropská Unie (EU) by měla ve víceletém finančním rámci pro období po roce 2020 zajistit pokračování nezbytné podpory, aby se zajistil přechod od ústavní péče ke komunitním službám. Zároveň by EU měla zajistit, aby se posílila a efektivně monitorovala kondicionalita v předpisech, které spravují využívání fondů. Financování skrz fondy by se rovněž mělo zjednodušit a změnit tak, aby se zajistilo co nejefektivnější využívání veškerých fondů v souladu s lidskoprávními standardy.
8. Snahy EU by měla doplňovat výměna informací a zkušeností v oblasti duševního zdraví mezi zeměmi, včetně navázání na Joint Action on Mental Health and Well-being (Společnou akci pro duševní zdraví a pohodu a životní spokojenost) a EU Compass on mental health and well-being (Kompas EU pro akce týkající se duševního zdraví a pohody).
9. EU by měla financovat výzkum alternativ k omezovacím metodám a nových slibným postupům v oblasti podporovaného rozhodování. Rovněž by měla poskytnout dotace na zplnomocňování uživatelů služeb v oblasti duševního zdraví a osob s duševním onemocněním.



ČESKÁ REPUBLIKA

ZÁKLADNÍ INFORMACE

- Počet obyvatel: 10 578 000 (Eurostat, 2017)
- Signatář CRPD: ANO, ratifikace CRPD: ANO

SHRNUTÍ

V České republice se pořád ještě běžně vyskytují velké psychiatrické léčebny a ústavy. Vláda nedávno spustila program reformy národní psychiatrické péče, který má za cíl vytvořit více komunitních služeb a snížit počet míst v ústavech. Komunitních služeb ovšem není mnoho a jenom malý počet lidí dosáhne na podporované bydlení nebo jinou podporu. Nejnovější reformy v oblasti opatrovnictví směřují ke snížení omezování svépřávnosti lidí s duševním onemocněním.

PODROBNÉ INFORMACE

Ústavy a psychiatrické léčebny

V České republice se nachází mnoho ústavů sociální péče a psychiatrických léčeben. Najdeme zde tři psychiatrické léčebny s více než 1 000 lůžky a dalších osm léčeben, jež mají v průměru každá 600 lůžek. Za poslední roky se počet lůžek v psychiatrických léčebnách příliš nezměnil. Budovy těchto léčeben jsou většinou staré, ještě z dob Rakouska-Uherska, kde jeden pokoj sdílí šest až dvanáct pacientů a na jednom oddělení je hospitalizováno mezi 40 až 70 pacienty.

Nedávná studie zaměřená na dlouhodobou psychiatrickou péči zkoumala 3 601 pacientů se schizofrenií hospitalizovaných mezi lety 1998 a 2012, z nichž 260 strávilo v léčebně přes 20 let. Všichni tito pacienti strávili v léčebně víc než jeden rok. Téměř 20 % (707 pacientů) během hospitalizace zemřelo. Propuštění bylo u 19,36 % (697 pacientů) pouze administrativní povahy. Z celkového počtu 2 197 pacientů, již byli doopravdy propuštěni, bylo 14,9 % (327) pacientů opětovně hospitalizováno během dvou týdnů po propuštění.

Rezidenční sociální služby (domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením) disponují 40 – 200 lůžky a poskytují služby lidem trpícím demencí, s mentálním postižením, lidem se závislostí a také lidem s duševním onemocněním. Ohledně přesného počtu osob s duševním onemocněním, již tyto služby využívají, nejsou k dispozici žádná data. Níže uvedená čísla jsou pouze odhad.

Typ instituce	Celkový počet jednotek	Celkový počet lůžek		Délka pobytu	Sektorové rozdělení (veřejné, soukromé, neziskové)	Klientská skupina
Lůžka pro dlouhodobou péči ve všeobecné nemocnici	0	0	0			
Lůžka pro dlouhodobou péči ve specializované nemocnici (2015)	18	8 583	38 865	76,3 dní	Většinou veřejné (Ministerstvo zdravotnictví)	Dospělí a děti



Rezidenční sociální služby (DZR, DOZP) (2017)	231	2 500 – 3 000	N/A	N/A	Většinou veřejné (Ministerstvo sociálních věcí, obce a kraje) a nevládní organizace	
Ústavy pro výkon zabezpečovacích detencí	5	177	N/A	N/A	Veřejné (Ministerstvo spravedlnosti)	Pachatelé sexuálních trestních činů, drogově závislí atd.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, Registr poskytovatelů sociálních služeb; Ministerstvo zdravotnictví; Národní ústav duševního zdraví; Statistická ročenka Vězeňské služby České republiky..

Specializované psychiatrické léčebny všude v republice nabízí lůžka pro akutní případy. V roce 2013 spustila česká vláda program reformy psychiatrické péče, jehož cílem bylo vytvořit komunitní služby a zvýšit počet lůžek (akutních) na odděleních psychiatrie ve všeobecných nemocnicích. Osm nemocnic pro tyto účely využilo podporu evropských strukturálních fondů. Celkové množství jednotek ve všeobecných nemocnicích se nezměnilo a počet lůžek se v roce 2015 jen mírně zvýšil, zejména proto, že zdravotní pojištění v současné době financuje velká oddělení nemocnic, přičemž chybí vhodná finanční podpora menších jednotek. Do komunitních služeb se neinvestovalo vůbec.

Typ instituce	Celkový počet jednotek	Celkový počet lůžek	Celkový počet klientů (za rok)	Průměrná délka pobytu	Sektorové rozdělení	Klientská skupina
Lůžka pro akutní péči ve všeobecných nemocnicích	30	1,308	19,955	17,2 dnů	Veřejné, soukromé	dospělí
Lůžka pro akutní péči ve specializovaných nemocnicích	0	0	0			

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

Podpora v bydlení v komunitě (míněno v běžných podmínkách)

V České republice se podpora v bydlení mimo velké tradiční instituce realizuje zejména skrze skupinové chráněné bydlení, jež mnohdy poskytuje místo až pro 10 osob. Mnohdy jej financují a spravují nevládní organizace. Podpora samostatného bydlení je v některých regionech dostupná jak pro lidi s mentálním postižením, tak pro lidi s duševním onemocněním. Jiné typy podpory v bydlení, jako domovy respitní péče nebo Soterie zde nejsou dostupné.

Typ komunitní služby	Celkový počet jednotek	Celkový počet lůžek/míst	Celkový počet klientů	Délka pobytu	Sektorové rozdělení	Klientská skupina
Komunitní služba: skupinové chráněné bydlení	36	431	N/A	N/A	Neziskové; veřejné	Většinou lidé s duševním onemocněním (381 lůžek).
Komunitní služba: podpora samostatného bydlení	26	182	N/A	N/A	Neziskové; veřejné	Směšené klientské skupiny, včetně lidí s mentálním postižením. 2/3 odhadovaného počtu tvoří lidé s duševním onemocněním
Azylové domy krizová centra, krizová pomoc	204	N/A	N/A	N/A	Neziskové; obce a kraje; veřejné	Specializovaná zařízení pro osoby bez přístřeší, oběti domácího násilí a lidi v krizové situaci. Jen 1 zařízení se 4 lůžky pro lidi s psychologickými problémy.

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb



Další podpora duševního zdraví na komunitní bázi

Ambulantní služby poskytují většinou soukromí lékaři (psychiatři), kteří pracují mimo multidisciplinární tým (ten sestává například ze sociálních pracovníků, psychologů atd.). Zaměřují se zejména na čistě lékařskou péči. Podle odhadu Sdružení ambulantních psychiatrů mají na jednoho pacienta v průměru kolem 12 minut. V rámci probíhajícího programu reformy psychiatrické péče si česká vláda klade za cíl vytvořit až 100 nových komunitních center duševního zdraví, ve kterých budou fungovat multidisciplinární terénní týmy s psychiatrem, psychologem, sociálními pracovníky, zdravotními sestrami, pracovními konzultanty a peery - pracovníky s vlastní zkušeností s duševní nemocí. Tyto komunitní týmy / centra duševního zdraví mají představovat nový typ služeb, tudíž jich prozatím funguje zkušebně pouze několik.

V České republice existuje možnost požádat o příspěvek na péči, ovšem data ohledně příjemců s psychosociálními poruchami nejsou dostupná. Průzkum, který provedl Fokus ČR, z.s. naznačuje, že pouze zlomek lidí s psychickými problémy na tento příspěvek dosáhne. Osobní asistence je dostupná pouze pro lidi s tělesným postižením.

Typ komunitní služby	Celkový počet jednotek	Celkový počet pacientů/klientů (za rok)	Sektorové rozdělení	Jsou financované z veřejných zdrojů?	Cílová klientská skupina
Psychiatrické ambulance	1 137	N/A	Většinou soukromé; ty, jež jsou součástí nemocnic jsou veřejné	Z veřejných i soukromých zdrojů	Smíšené
Terénní komunitní týmy / centra duševního zdraví	6 (30)	Přibližně 1 000 (6 000)	Veřejné a nevládní organizace	Ministerstvo práce a sociálních věcí, zdravotní pojišťovny	Dospělí (převážně lidé s vážným duševním onemocněním)
Denní programy a centra denních služeb	228	Zhruba 1 330 (přibližný počet klientů s psychickými problémy)	Neziskové organizace, lokální komunity a kraje	Ministerstvo práce a sociálních věcí	Lidé s mentálním postižením, lidé se závislostí a senioři
Asociace / síť svépomocných skupin	1	30	Neziskové organizace	Ne	Lidé s duševním onemocněním
Organizace uživatelů	8	Zhruba 250	Neziskové organizace	Bez pravidelného financování. Jsou dostupné granty od veřejných i soukromých subjektů.	Lidé s duševním onemocněním
Model „Club house“	0*				
svépomocné skupiny „Slyšení hlasů“ (hearing voices)	1	20 – 30	Neziskové organizace	Bez financování	Lidé s duševním onemocněním.
Asociace / síť kulturní podpory (divadlo, sportovní kluby atd.)	Tvoří součást jiných služeb a organizací	N/A	N/A	Financování nepravidelné, možné z veřejných i soukromých zdrojů.	Lidé s duševním onemocněním.

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2015



Nedobrovolná hospitalizace a nedobrovolná léčba 1

V České republice reguluje nedobrovolné hospitalizace Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. (paragraf 38, odstavec 1, část b). Podle tohoto zákona lze pacienta hospitalizovat bez jeho souhlasu jen za předpokladu, že jsou splněny všechny následující podmínky: pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí; pacient jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky; hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak. Zákon ukládá další povinnosti, například co se týče zařízení, ve kterém je pacient umístěn či právo pacienta zvolit si svého zástupce u soudu.

Jakákoli nedobrovolná hospitalizace musí být posouzena nezávislým soudem. Tuto povinnost specifikuje paragraf 104 – 110 Občanského zákoníku a paragraf 66 – 83 Zákona o zvláštních řízeních soudních. Zdravotnické zařízení musí soud spravít o veškerých nedobrovolných hospitalizacích do 24 hodin a soud musí nejpozději do 7 dnů rozhodnout, zda je hospitalizace v souladu se zákonem. Pokud soud rozhodne, že nikoli, zařízení musí pacienta okamžitě propustit.

Nicméně pacienta lze nedobrovolně umístit ve zdravotnickém zařízení, aniž by byl případ předán k posouzení soudu. Proces začíná tím, že zdravotnické zařízení uvědomí soud o hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu. Toto oznámení by mělo obsahovat prohlášení o veškerých důležitých faktech, které k hospitalizaci vedly, včetně důvodů, které splňují zákonné podmínky.

Oficiální data poskytovaná Ministerstvem zdravotnictví ohledně pacientů propuštěných z úředně nahlášených nedobrovolných hospitalizací uvádí, že v roce 2016 jich bylo 366. Ohledně počtu nedobrovolných hospitalizací, které započaly a dále trvaly, neexistují žádná data a odhaduje se, že toto číslo by mohlo být mnohem vyšší.

Svéprávnost a opatrovnictví

V České republice prošla legislativa ohledně opatrovnictví v nedávné době významnými změnami. V roce 2010 mělo omezenou svéprávnost 5 741 lidí a v opatrovnictví žilo 26 520 osob. Nový občanský zákoník, který vstoupil v platnost v roce 2014, zrušil plně opatrovnictví a umožnil podporované rozhodování. Soudy ovšem bojují s nahrazením existujících pravomocných rozhodnutí o zbavení svéprávnosti rozhodnutími o omezení svéprávnosti. Nevládní organizace potvrzují, že přístup mnoha právníků se nezměnil, soudy disponují omezenými zdroji a osoby s mentálním postižením nebo psychosociální poruchou jsou svéprávnosti spíše zbavovány, místo aby se jim poskytla možnost podporovaného rozhodování. Například když jsou lidé přijímáni do rezidenčních sociálních zařízení (DZR, DOZP), zhruba 60 % z nich má (či zde obdrží) omezenou svéprávnost (nepublikovaný průzkum MHMP, 2016).

Přestože se některé nevládní neziskové organizace snaží v souladu s novým občanským zákoníkem poskytovat podporované rozhodování a ustavovat opatrovnické rady, těchto podpůrných programů není mnoho.

Další informace

V roce 2014 doporučil Evropský výbor pro prevenci mučení (CPT) České republice, aby vyhradila dostatečné množství peněz na implementaci národního plánu transformace psychiatrických, zdravotnických, sociálních a jiných služeb a aby zajistila proces deinstitutionalizace. Komise rovněž doporučila zrušení klecových nebo sítových lůžek a změnu zákona tak, aby jejich použití zakazoval. Rovněž doporučila, aby bylo zajištěno efektivní monitorování podmínek v psychiatrických léčebnách.

[Kompletní seznam všech organizací a konkrétních lidí, kteří laskavě věnovali svůj čas a energii sepsání těchto zpráv o jednotlivých zemích najdete v sekci “Poděkování”.](#)

MHE MEMBER ORGANISATION

Fokus | Website: www.fokus-cr.cz | Email: info@fokus-cr.cz

Zdroj: Liga lidských práv and Centrum podpory transformace: Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR, 2015, p. 21-27

Obvyklá praxe (z pohledu pacientů) vypadá tak, že pacienta nejdříve nedobrovolně hospitalizují a později se od něj personál zařízení snaží získat souhlas s hospitalizací, aby se vyhnuli povinnosti situaci nahlášovat a procesům s tím spojenými. Pacienti tomuto tlaku často podlehnou a i přes svůj nesouhlas nakonec instituci souhlas dají. Z tohoto důvodu nevládní organizace jako je Fokus nepovažují oficiální data ohledně nedobrovolných hospitalizací za reprezentativní či důvěryhodné.