



ombudsman
veřejný ochránce práv

OCHRANNÉ LÉČENÍ, OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY A DALŠÍ TÉMATA



ZPRÁVA
ZE SYSTEMATICKÝCH NÁVŠTĚV

2019



ombudsman
veřejný ochránce práv

OCHRANNÉ LÉČENÍ, OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY A DALŠÍ TÉMATA

ZPRÁVA
ZE SYSTEMATICKÝCH NÁVŠTĚV 2019



Veřejný ochránce práv

Údolní 39, 602 00 Brno

informační linka: +420 542 542 888

telefon (ústředna): +420 542 542 111

e-mail: podatelna@ochrance.cz

www.ochrance.cz

www.facebook.com/verejny.ochrance.prav

www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode

978-80-7631-016-2

OBSAH

Poslání ochránce	7
Úvodní slovo	8
Shrnutí	10
Použité zkratky	13
Ochranné léčení: rychlý úvod	16
1) Charakteristika návštěv a navštívených nemocnic.....	16
2) Zákonný podklad návštěv a špatné zacházení.....	17
3) O institutu ochranného léčení	17
a) Základní informace.....	17
b) Účel ochranného léčení.....	18
4) Jak se realizuje ústavní ochranné léčení	20
a) Popis zajištění a poskytování ústavní ochranné léčby	20
b) Pojetí ochranného léčení v navštívených nemocnicích v roce 2017.....	22
Ochranné léčení: systémové poznámky	26
5) Nedostatečnost právního rámce ochranného léčení	26
a) Mezery v právní úpravě výkonu ochranného léčení	26
b) Přemísťování není upraveno	27
c) Přerušování ochranného léčení není upraveno.....	28
d) Nedobrovolná hospitalizace pachatelů	28
6) Nedostatečnost administrativního rámce ochranného léčení.....	29
a) Není stanovena kapacita ani dostupnost lůžek pro ochranné léčení	29
b) Zajištění bezpečnosti je ponecháno na jednotlivých nemocnicích.....	30
c) Panují zásadní obtíže při výkonu ochranného léčení u dětí	30
d) Chybí evidence pacientů v ochranném léčení	30
e) Systémové překážky brání uplatnění zásady subsidiarity ústavní formy léčby.....	31
f) Pro hodnocení nebezpečnosti neexistuje žádné usměrnění.....	32
g) Obsah a forma zpráv a procesních návrhů nemocnic nejsou jednotné	33
h) Nemocnice vznášejí výhrady k činnosti znalců a k používání posudků	34
i) Zabezpečovací detencí nelze řešit problémy ochranného léčení.....	35
j) Chybí koncepce ochranné léčby	36
7) Rozhodování soudů.....	36
a) Nejednotnost rozhodování	36
b) Ukládání neúčelných ochranných léčeb	37
c) Proces rozhodování o propuštění.....	37

8) Chybí odborný standard	38
9) Dozor a kontrola	39
a) U ochranného léčení chybí dozor státního zastupitelství.....	39
b) Chybí přestupky v zákoně o zdravotních službách	40
10) Návrh opatření k řešení systémových problémů	40
a) Opatření navržená v roce 2014.....	40
b) Systémová doporučení ochránkyně	42
Ochranné léčení: situace v nemocnicích	44
11) Bezpečnost na oddělení	44
a) Zvládnutí akutního agresivního chování.....	44
b) Bezpečné, zabezpečené a bezdrogové prostředí.....	45
c) Kamery.....	45
d) Mříže na oknech.....	47
e) Role policie při zajištění bezpečí v nemocnici.....	48
f) Nedostatek informací o pacientovi.....	49
g) Zásahy bezpečnostní služby	50
h) LGBTI.....	50
12) Informovaný souhlas	51
a) Právní standard.....	51
b) Současná zákonná úprava a její dva problémy.....	52
c) Zjištění z návštěv	52
d) Hodnocení a doporučení.....	54
e) Možné pojistky při nedobrovolné léčbě.....	56
13) Léčba	57
a) Léčebné programy ochranného léčení.....	57
b) Komplexnost léčby.....	59
c) Specifika mladistvých.....	60
d) Motivační systém.....	61
e) Vedení zdravotnické dokumentace.....	62
f) Zajištění somatické péče.....	62
g) Chirurgické kastrace.....	63
h) Penilní pletysmografie (PPG).....	63
i) Čtení rozsudků a posudků	64
14) Režim.....	65
a) Právní podklad režimu.....	65
b) Zakotvení konkrétního léčebného režimu	66
c) Propustky.....	67
d) Odnímání běžných věcí a požitků	67
e) Povinné nošení pyžama přes den	69
f) Bránění v přístupu do ložnic přes den	70
g) Používání mobilního telefonu.....	71
h) Velmi restriktivní režim	71

15) Další témata související s léčbou a režimem	72
a) Vizity za přítomnosti více pacientů	72
b) Nemožnost pobývat na vzduchu.....	72
c) Přítomnost jiné osoby při sprchování	73
d) Zákazy návštěv dětí.....	74
16) Prostředí a ubytovací podmínky	75
a) Velkokapacitní ložnice	75
b) Terapeutické prostředí.....	76
c) Uzamykatelné prostory pro osobní věci	77
d) Sociální zařízení a hygiena	78
e) Návštěvní místnost.....	78
f) Intimní místnost.....	79
17) Personální otázky.....	79
a) Zjištěné personální zajištění péče	79
b) Hodnocení a doporučení	80
c) Profesionální chování personálu.....	81
18) Informace o právech a povinnostech pacienta.....	82
Obecná témata	84
19) Elektrokonvulzivní léčba (EKT)	84
a) Standard.....	84
b) Zajištění soukromí v průběhu zákroku a po něm	85
c) Souhlas s léčbou.....	85
d) Restrikce a zatajování.....	86
e) Situace na národní úrovni.....	87
20) Používání omezovacích prostředků	88
a) Standard.....	89
b) Pojem „bezprostřední ohrožení“	90
c) Nezbytné omezení volnosti pohybu, anebo zajišťování dohledu?	91
d) Neoprávněné trvání omezovacího prostředku	93
e) Soukromí a bezpečí pacienta v omezení	94
f) Dohled personálu a možnost pacienta přivolat si pomoc.....	95
g) Zpětný rozbor	96
h) Síťová lůžka	97
i) Farmakologické omezení.....	98
j) Doplnění výkladu: léky s tlumícím účinkem ordinované pro re nata.....	100
k) Pacienti s mentálním postižením	101
l) Děťští pacienti.....	102
m) Záznamy ve zdravotnické dokumentaci	102
n) Podpora personálu.....	103
21) Omezení až jako krajní opatření	104
a) Alternativy k restriktivnímu zvládnání nebezpečného chování.....	104
b) Systematické úsilí o snižování potřeby používat restrikce.....	104
c) Evidence případů a vyhodnocování situace v nemocnici	106
d) Hrozí zhoršení stávající situace v psychiatrických nemocnicích	108

22) Stížnosti.....	109
a) Standard.....	109
b) Stížnostní mechanismus v psychiatrické nemocnici.....	109
c) Stížnost obsahující hájitelné tvrzení o špatném zacházení.....	111
23) Dokumentování a hlášení lékařských zjištění o špatném zacházení.....	112
a) Standard.....	112
b) Poznatky z psychiatrických nemocnic.....	114
Přehled systémových doporučení	116
Zdroje.....	119

POSLÁNÍ OCHRÁNCE

Již od roku 2001 ochránce chrání osoby před nezákonným či jinak nesprávným jednáním nebo nečinností správních úřadů a dalších institucí. Tehdy má právo nahlížet do úředních či soudních spisů, žádat úřady o vysvětlení a může bez ohlášení provádět místní šetření. Shledá-li pochybení úřadu a nepodaří se mu dosáhnout nápravy, může informovat nadřízený úřad či veřejnost.

Od roku 2006 ochránce plní úkoly národního preventivního mechanismu podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Systematicky navštěvuje zařízení, v nichž se nacházejí osoby omezené na svobodě, a to jak z moci úřední, tak v důsledku závislosti na poskytované péči. Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením. Svá zjištění a doporučení ochránce zobecňuje v souhrnných zprávách z návštěv a na jejich základě formuluje standardy zacházení. Návrhy na zlepšení zjištěného stavu a odstranění případného špatného zacházení ochránce směřuje jak k samotným zařízením a jejich zřizovatelům, tak k ústředním orgánům státní správy.

V roce 2009 byl ochránce pověřen rolí národního tělesa pro rovné zacházení a ochrany před diskriminací (equality body) v souladu s právem Evropské unie. Přispívá tedy k prosazování práva na rovné zacházení se všemi osobami bez ohledu na jejich rasu nebo etnický původ, národnost, pohlaví, sexuální orientaci, věk, zdravotní postižení, náboženské vyznání, víru nebo světový názor. Za tím účelem poskytuje pomoc obětem diskriminace, provádí výzkum, zveřejňuje zprávy a vydává doporučení k otázkám souvisejícím s diskriminací a zajišťuje výměnu dostupných informací s příslušnými evropskými subjekty.

Od roku 2011 ochránce rovněž sleduje zajištění cizinců a výkon správního vyhoštění.

Počínaje lednem 2018 zastává ochránce také funkci monitorovacího orgánu pro naplňování práv zakotvených Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením a pomáhá také cizincům-občanům Evropské unie, kteří žijí nebo pracují v České republice. Poskytuje jim informace o jejich právech a pomoc při podezření na diskriminaci z důvodu státní příslušnosti. Při tom spolupracuje se zahraničními orgány, které mají obdobné poslání vůči českým státním příslušníkům.

Ke zvláštním oprávněním ochránce patří právo podávat Ústavnímu soudu návrhy na zrušení podzákoných právních předpisů, právo vedlejšího účastenství před Ústavním soudem v řízení o zrušení zákona či jeho části, právo podat správní žalobu k ochraně veřejného zájmu či návrh na zahájení kárného řízení s předsedou či místopředsedou soudu. Ochránce také může příslušnému úřadu doporučit vydání, změnu či zrušení právního nebo vnitřního předpisu. Doporučení ke změně zákona podává vládě.

Ochránce je nezávislý a nestranný, z výkonu své funkce je odpovědný Poslanecké sněmovně, která ho zvolila. Má jednoho voleného zástupce, kterého může pověřit výkonem části své působnosti. Se svými poznatky ochránce průběžně seznamuje veřejnost prostřednictvím médií, internetu, sociálních sítí, odborných seminářů, kulatých stolů a konferencí. Nejdůležitější zjištění a doporučení shrnuje zpráva o činnosti veřejného ochránce práv předkládaná každoročně Poslanecké sněmovně.

ÚVODNÍ SLOVO



Mgr. Anna Šabatová, Ph.D.
veřejná ochránkyně práv

Chránit před špatným zacházením lidí, jejichž osobní svoboda je omezena, je jeden ze zákonných úkolů veřejného ochránce práv. Česká republika tak plní svou povinnost podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení. Ombudsman není klasický kontrolní orgán. Po návštěvě zařízení vydá zprávu o šetření s doporučením, jak zlepšit jeho fungování. Po sérii návštěv daného typu zařízení vydává souhrnnou zprávu, která slouží jako vodítko i nenavštíveným zařízením. Tato zpráva pojímá problémy v širším kontextu a obsahuje i doporučení ministerstvům či jiným aktérům, kteří svou legislativní a metodickou činností mohou ovlivnit kvalitu života osob omezených na osobní svobodě.

V minulých letech jsme navštívili celkem deset psychiatrických zařízení, z toho pět, v nichž se vykonává ochranné léčení. Řešili jsme také několik individuálních podnětů. Nynější souhrnná zpráva se v první řadě snaží pojmenovat systémové problémy ochranného léčení. Shrnuje však i naše poznatky k některým obecným otázkám psychiatrické léčby. V České republice se lidé ochrannému léčení nepodrobují ve specializovaných zařízeních, ale v psychiatrických nemocnicích, někdy i na běžných odděleních společně s pacienty, kteří se léčí dobrovolně.

Při přípravě této zprávy jsme vedli řadu debat s odborníky z oblasti psychiatrie, zvláště ochranného léčení. Na půdě Ministerstva spravedlnosti jsem se osobně účastnila několika zasedání odborné komise vedené MUDr. Růženu Hajnovou k ochrannému léčení v ústavní i ambulantní formě. Systém ochranného léčení totiž přes obětavou práci mnoha odborníků trpí mnoha neduhy a nefunguje dokonale.

První třetina zprávy se věnuje právě systémovým otázkám, právnímu rámci a mezerám v právní úpravě. Není například vůbec upraveno přemísťování pacientů nebo přerušování ochranného léčení, není zabezpečena síť ambulantních pracovišť, která by ve správný čas přebírala pacienty do ambulantní péče. Zejména však nemáme komplexní právní úpravu ústavního léčení, včetně práv a povinností osob, které se mu podrobují. Proto personál zařízení mnohdy tápe. Důležitou a dosud neřešenou otázkou je i financování ochranného léčení. Ústavní ochranné léčení se u nás hradí stejně jako běžná psychiatrická péče prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Například v sousedním Německu však má každá země vlastní zákon o ochranném léčení,

kteřý upravuje všechny otázky související s ochranným léčením včetně úhrady nákladů ze zemského rozpočtu.

Druhá část zprávy je nejvíce praktická a zabývá se běžnými provozními otázkami a problémy ochranného léčení tak, jak vyplynuly z návštěv. Proto může nejvíce pomoci personálu zařízení i pacientům samotným. Zachycuje oblasti každodenního života, dotýká se režimových otázek důležitých právě v podmínkách omezení svobody, ale i zajišťování bezpečnosti na oddělení nebo problematiky informovaného souhlasu pacienta.

Třetí část se zaměřuje na obecné otázky spojené s psychiatrickou péčí. Věnuje se zejména omezovacím prostředkům jako krajním opatřením a elektrokonvulzivní léčbě. Zdůrazňujeme i důležitost zaznamenávání a hlášení poznatků o možném špatném zacházení.

Přeji Vám inspirativní čtení.

SHRNUTÍ

Zpráva vychází z návštěv 10 psychiatrických zařízení pro dospělé a z několika individuálních šetření. První tři části textu těží z 5 návštěv zaměřených na ústavní ochrannou léčbu. Část *Obecná témata* je obecná psychiatrická.

Ochranné léčení: rychlý úvod přináší mimo jiné popis, jak je zajištěno poskytování ochranného léčení jednak celkově, a jednak konkrétně v navštívených nemocnicích. Lze shrnout, že **stát nestanoví kapacitu ústavní ochranné léčby ani materiální a personální nároky na nemocnice**. Celkový počet pacientů vykonávajících ústavní ochrannou léčbu není znám, protože se centrálně neeviduje; z jednorázového sčítání víme, že v nemocnicích stoupl jejich počet za 18 měsíců o 13 %. **Mnohé nemocnice jsou přetíženy a improvizují při zajištění bezpečnosti a ostrahy příslušných oddělení**. Přitom zajištění specifik této péče není nijak finančně kompenzováno. Z pohledu nemocných je také alarmující to, že není rovná dostupnost daných lůžek ani garantovaná rovnost v zacházení a standardu poskytované péče.

V části *Ochranné léčení: systémové poznámky* zúročuji poznatky z návštěv, ale čerpám i z několikerych diskusí s odborníky a s představiteli nemocnic a z dokumentů vyprodukovaných ministerstvy a dalšími aktéry po tzv. žďárské kauze, jež otřásla českou společností v roce 2014. Nejprve odhaluji **nedostatečnost právního rámce**. Zvláště závažné jsou mezery přímo v právní úpravě výkonu ochranného léčení, neboť v jejich důsledku chybí zákonný podklad pro některé zásahy do práv pacientů (léčba bez souhlasu, používání kamer a mříží, typologie léčby, přemístování), a lze je pak zpochybnit pro rozpor s ústavou.

Nedostatečný je dále administrativní rámec ochranného léčení. Chybí koncepce ochranné léčby jako celku, jejího pojetí jak v nemocnicích, tak i ve věznicích a ambulancích. Programy léčby jsou na národní úrovni propracovány jen některé, takže není garantován její obsah. Řada systémových problémů působí, že v ústavním léčení zůstávají pacienti delší dobu, než je nezbytně nutné, což je v rozporu s jeho účelem. Panují zásadní obtíže při výkonu ochranného léčení u mladistvých a u pacientů nemotivovaných k výkonu protialkoholního a protitoxikomanického léčení.

Částečně lze říci, že léčení je soudy někdy patrně nařizováno nevhodně (bez počáteční naděje na naplnění jeho účelu) a činnost znalců nevychází z plného pochopení potenciálu ústavní léčby. Na vině je ale také absence nástrojů k objektivnějšímu hodnocení naplnění účelu ochranného léčení a přetrvávající nebezpečnosti pacienta, což po několika medializovaných závažných činech, jichž se dopustil pacient (dříve) vykonávající ochrannou léčbu, vede ke sníženému propouštění nemocných z ústavní péče. Kvůli bezpečnostním problémům v nemocnicích zaznívá volání po častějším využívání zabezpečovací detence, což ale problémy nemocnic neřeší a nevyřeší.

Upozorňuji, že systémové **zhodnocení poznatků z návštěv svědčí o částečné nefunkčnosti ochranného léčení jak v jeho cíli zajištění ochrany společnosti, tak i zajištění náležité péče nemocným**. Obojí hrozí závažnými zásahy do základních práv občanů. Ráda bych podpořila personál psychiatrických nemocnic v tom, že bez garance bezpečí a kvality této specifické péče není možné přijímat za pacienty odpovědnost.

Z pohledu pacientů zas upozorňuji, že mají nižší standard ochrany práv, než jaký mají vězni, neboť u ochranného léčení chybí pravidelný dozor státního zastupitelství.

Závěrem této části **formuluji systémová doporučení**, a to především pro Ministerstvo zdravotnictví jako ústřední orgán státní správy, který dosud selhává v péči o náležitou právní úpravu, přijímání opatření k řešení aktuálních otázek a jejich rozpočtovém zajištění. Navrhuji tedy provést komplexní revizi právní úpravy ochranného léčení a připravit potřebné legislativní návrhy. Dále je zapotřebí zpracovat koncepci ochranného léčení, zlepšit průběžné vzdělávání znalců a podpořit jednotlivé nemocnice v zajištění zabezpečených a dobře personálně vybavených pracovišť.

V části *Ochranné léčení: situace v nemocnicích* předkládám zjištění z návštěv 5 nemocnic a také z individuálních šetření. Doplnuji je o vysvětlení standardu, který čerpám z výkladu obsahu práva člověka nebyť podroben špatnému zacházení a medicínských standardů. **Nezjistila jsem úmyslné špatné zacházení, jen řadu velmi rizikových situací a podmínky, které ve svém souhrnu u některých jednotlivců mohly práhu špatného zacházení dosáhnout.** Například v podobě dlouho trvajících velmi přísného režimu spojeného s izolací a nedostatkem aktivit. Celkově lze říci, že v řadě bodů není v České republice naplňováno Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům Rec(2004)10 ve věci ochrany lidských práv a důstojnosti osob s duševní poruchou a doporučení Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT).

Materiální podmínky jsou většinou dobré nebo alespoň slušné, nicméně prostředí celkově podporuje restriktivní podmínky hospitalizace. Na několika z navštívených oddělení, kde jsou pokoje mnohálůžkové, průchozí, naprosto strohé, místy i bez nočních stoků, a sociální zařízení neskýtá soukromí, představuje prostředí již významné riziko špatného zacházení.

Co se týká samotné léčby, nejednotnost programů ochranné léčby znamená volný prostor pro jednotlivé terapeutické týmy. Poukazuji na případy, kdy zásahy do práv pacientů (neschválení propustky, odnímání běžných věcí a požitků) nejsou dostatečně ukotveny v individuálním léčebném postupu a nelze je pak považovat za oprávněný léčebný režim. Také kritizuji relikty, jež se ještě občas vyskytují, jako je povinné nošení pyžama či bránění v přístupu do ložnic přes den. V řadě nemocnic je ale již opustili. Zvláště jsem propracovala téma informovaného souhlasu, neboť v české praxi převládá přesvědčení, že rozhodnutí soudu o ochranném léčení nahrazuje souhlas pacienta s konkrétními léčebnými postupy. Jde o doslovný výklad zákona o specifických zdravotních službách, který nicméně vede k porušování základních práv pacienta.

Zlepšení v oblasti materiálních podmínek a snížení restriktivnosti péče je samozřejmě podmíněno rozpočtovou situací poskytovatelů, protože je spojeno s investicemi a lepším personálním zajištěním. Někteří poskytovatelé vyčkávají na přijetí strategických rozhodnutí o osudu nemocnic a situace je léta stále stejně neuspokojivá. Nejisté financování psychiatrických nemocnic a nedostatek odborníků na

trhu práce patrně současnou situaci ještě zhorší, neboť přibývá pacientů v ochranném léčení a pacientů přijímaných v intoxikaci, což představuje konkrétní bezpečnostní rizika. Stát by na to měl rychle reagovat. Pokud se realizují černé scénáře o vývoji personální situace, pak nebude možné naplňovat humánní standard přímého dohledu nad člověkem v omezení, nezamykání ložnic přes den, ponechání vlastních věcí včetně mobilního telefonu, nefarmakologických součástí léčby. Za účelem zajištění elementární bezpečnosti se péče stane znovu velmi restriktivní.

V současné době se přijímají systémová rozhodnutí o postupu reformy psychiatrické péče, jež principiálně vítám, včetně snižování kapacity velkých psychiatrických nemocnic. Tato rozhodnutí ovlivní financování psychiatrických nemocnic a hrozí dopady na podobu (kapacitu, cílovou skupinu) pracovišť, kde už nyní personál z různých důvodů běžně používá omezovací prostředky. K odstranění stávajících nedostatků je ale naopak zapotřebí do nemocnic také investovat. **Vyzývám Ministerstvo zdravotnictví jako gestora zdravotnictví i garanta reformy psychiatrické péče, aby zohlednilo zjištění uvedená v této zprávě a nedopustilo zafixování, či dokonce zhoršení stavu v psychiatrických nemocnicích.**

Poslední část *Obecná témata* se věnuje elektrokonvulzivní terapii, stížnostem a používání omezovacích prostředků a snižování potřeby jejich použití. Související doporučení nabízím všem poskytovatelům (nejen) psychiatrické péče, neboť se ukazuje, že standard prevence špatného zacházení je zapotřebí monitorovat a prosazovat také na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a všude, kde dochází k omezení osobní svobody člověka. Obecnou platnost pro poskytování zdravotních služeb má pak **dokumentování a hlášení lékařských zjištění o špatném zacházení, jejichž plná realizace je v České republice znemožněna nevhodnou právní úpravou a nedostatkem metodického vedení lékařů.** Nedostatečnost lékařské zprávy o zranění osoby omezené na svobodě může přitom zmařit adekvátní a účinné vyšetřování.

Použité zkratky

CPT – Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Standardy CPT mají povahu mezinárodního soft-law, tedy nejde o právně závazná pravidla, nýbrž působí neformálně nebo jako interpretační pomůcka. Řada standardů CPT byla přejata do zákonů a závazných soudních rozhodnutí.

Doporučení Rec(2004)10 – doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům ve věci ochrany lidských práv a důstojnosti osob s duševní poruchou.

Evropská úmluva – Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, vyhlášená pod č. 209/1992 Sb.

Metodické doporučení ministerstva – Ministerstvo zdravotnictví. Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta. Částka 4/2018 Věstníku MZ [online]. Praha: MZ, 2018 [cit. 19. 4. 2019]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c4/2018_15323_3810_11.html.

Občanský zákoník – zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Standard CPT z roku 1998 – Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních. Výňatek z 8. obecné zprávy CPT, CPT/Inf(98)12-part [online]. Štrasburk: CPT, 1998 [cit. 19. 4. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>.

Standard CPT z roku 2006 – Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé, CPT/Inf(2006)35-part [online]. Štrasburk: CPT, 2006 [cit. 19. 4. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806ccea3>.

Standard CPT z roku 2017 – Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT), CPT/Inf(2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 19. 4. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>.

Trestní řád – zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů.

Trestní zákoník – zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením – vyhlášená pod č. 10/2010 Sb. m. s.

Vnitřní a kancelářský řád pro okresní, krajské a vrchní soudy – instrukce č. 505/2001-Org. Ministerstva spravedlnosti, kterou se vydává vnitřní a kancelářský řád pro okresní, krajské a vrchní soudy, zveřejněná v č. 1/2002 Rejstříku instrukcí.

Použité zkratky

Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb – vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení – vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci – vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon o specifických zdravotních službách – zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon o zdravotních službách – zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.



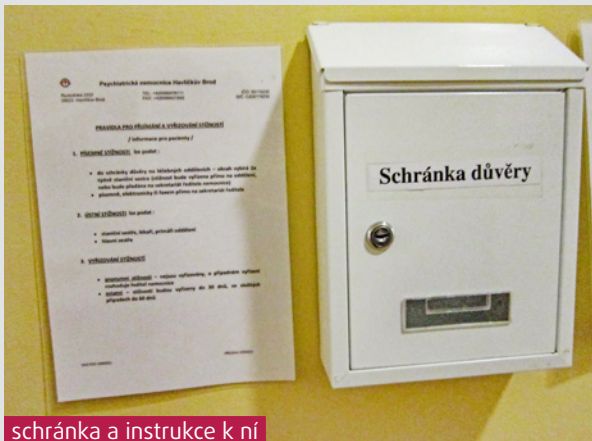
ložnice



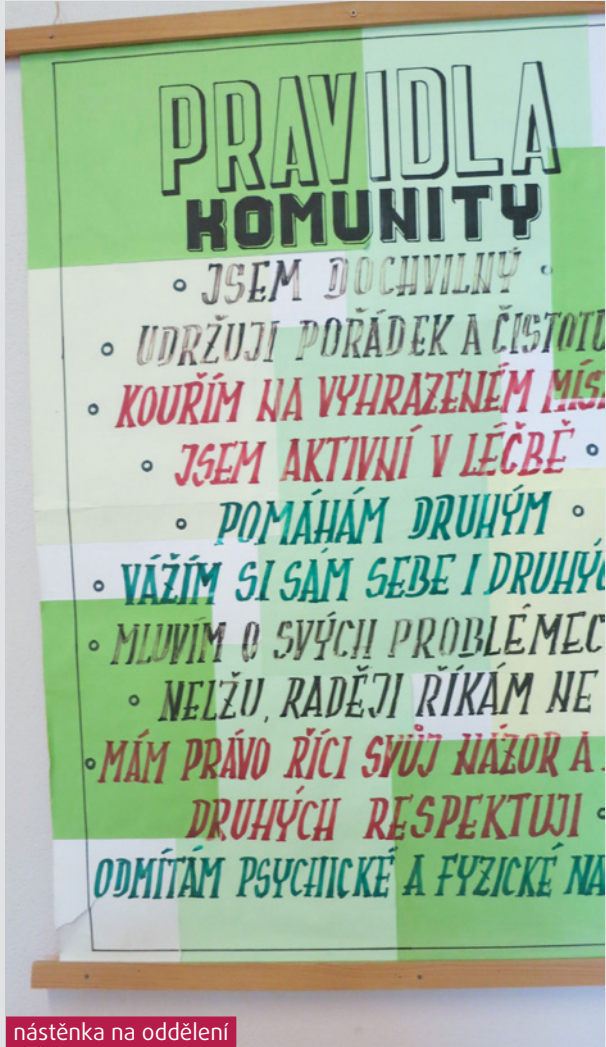
společná koupelna



mnohalůžková ložnice



schránka a instrukce k ní



nástěnka na oddělení



kuřárna

Ochranné léčení: rychlý úvod

1) Charakteristika návštěv a navštívených nemocnic

V roce 2017 proběhlo pět systematických návštěv psychiatrických nemocnic se zaměřením na výkon ochranného léčení. Jednalo se o tyto nemocnice.

Zařízení	Celková kapacita	Typ OL	Počet pacientů v OL	Oddělení specializovaná na pacienty s ochrannou léčbou
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod	710	P, TOXI, S	83	1 (S)
Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice	507	P, TOXI, S	133	4 + 1 (S)
Psychiatrická nemocnice Kosmonosy	500	P, TOXI, S	59	1 + 1 (S)
Psychiatrická nemocnice v Kroměříži	939	P, TOXI	47	-
Psychiatrická nemocnice v Opavě	863	P, TOXI	74	-

Legenda: OL = ochranné léčení. P – psychiatrické, TOXI – protialkoholní, protitoxikomanické a pro léčbu patologického hráčství, S – sexuologické.

Všechny návštěvy byly neohlášené. Na základě mého pověření je provedli pracovníci Kanceláře veřejného ochránce práv (dále jen „Kancelář“), a to právníci a odborníci z oblasti psychiatrie a ošetrovatelství. Šetření spočívalo v prohlídce vybraných pracovišť psychiatrické nemocnice, pozorování, rozhovorech s vedoucími a řadovými zaměstnanci a důvěrných rozhovorech s pacienty, studiu vnitřních předpisů zařízení a dokumentace včetně zdravotnické.

Zprávy z návštěv obsahující popis zjištění, hodnocení a vždy také návrh opatření k nápravě jsem zaslala ředitelům jednotlivých nemocnic. Každý z nich se ke zprávě vyjádřil a informoval mě o přijatých opatřeních. Jak níže vysvětluji, ne všechna doporučená opatření byla realizována. V případě Psychiatrické nemocnice Kosmonosy jsem od počátku jednala také s Ministerstvem zdravotnictví jako zřizovatelem, aby přispěl ke koordinaci provádění opatření k nápravě.

V prosinci 2017 proběhlo setkání u kulatého stolu s představiteli navštívených nemocnic a přizvanými experty s cílem diskutovat sporná témata a získat další poznatky k reflexi systémových aspektů ústavní ochranné léčby. Dále v této zprávě zužitkovávám výstupy Pracovní skupiny pro problematiku ochranného léčení, zřízené Ministerstvem spravedlnosti, již jsem členkou, a zkušenosti představitelů dalších psychiatrických nemocnic, s nimiž jsem několikrát jednala v letech 2018 a 2019.

2) Zákonný podklad návštěv a špatné zacházení

Veřejný ochránce práv na základě ustanovení § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, provádí **systematické návštěvy** míst (zařízení), v nichž se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě. Důvodem omezení na svobodě je rozhodnutí orgánu veřejné moci, nebo závislost osoby na poskytované péči. **Cílem návštěv** je posílit ochranu před všemi formami tzv. špatného zacházení. **Charakter návštěv** je preventivní, s cílem působit do budoucna.

Zprávy z jednotlivých návštěv jsou po ukončení komunikace se zařízeními zveřejňovány, stejně jako souhrnné zprávy obsahující shrnutí poznatků a doporučení. Jsou dálkově dostupné na internetových stránkách¹ a v databázi Evidence stanovisek ochránce (ESO).²

Špatné zacházení je široký pojem. Jeho význam jako absolutně (bezvýjimečně) zakázaného jednání či zacházení je zakotven v článku 7 odst. 2 Listiny základních práv a svobod a čl. 3 Evropské úmluvy. Závažnosti nelidského či ponižujícího zacházení mohou při hospitalizaci dosáhnout:

- špatné podmínky, pokud je překročena nevyhnutelná míra strádání a ponížení spojená se zbavením svobody (rozhodují okolnosti, jako je hygienický standard a standard soukromí, kvalita lůžka, dostatek osobního prostoru, přístup denního světla, dostatek adekvátní stravy, dostatečná stimulace a přístup k aktivitám, přístup na vzduch; přitom se bere do úvahy jejich kumulativní účinek a doba trvání), nezajištění zdravotní péče a příliš restriktivní režim;
- některé nedobrovolně podstoupené léčebné postupy (Evropský soud pro lidská práva se touto otázkou zabýval například nad antiandrogenní léčbou) a použití fyzické síly, které by nebylo nezbytně nutné v důsledku jednání osoby;
- neprofesionální jednání nebo dokonce násilí ze strany pečujících a
- nezajištění ochrany před ublížením nebo zneužitím ze strany pacientů či třetích osob.

Dosavadní monitoring ukazuje, že v psychiatrických nemocnicích je většinou dobrá úroveň poskytované péče i zacházení. Nicméně s prostředím zbavení svobody je vždy spojeno riziko špatného zacházení, a proto je nezbytné provádět návštěvy.

3) O institutu ochranného léčení

a) Základní informace

Ochranné léčení je jedním z ochranných opatření, která zná trestní právo³ jako právní následek trestného činu spáchaného ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou, nebo činu jinak trestného spáchaného nepřičetnou osobou. Jeho **účelem** je terapeutické působení na pachatele

1 Veřejný ochránce práv – ombudsman [online]. Brno: © Kancelář veřejného ochránce práv [cit. 26. 7. 2019]. Dostupné z <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/>.

2 Evidence stanovisek ochránce (ESO) je dostupná z <http://eso.ochrance.cz/Vyhledavani/Search>.

3 Ustanovení § 96 a násl. trestního zákoníku.

Ochranné léčení: rychlý úvod

s cílem odstranění nebo alespoň snížení nebezpečí ohrožení či porušení zájmů chráněných trestním zákoníkem. Účelem tedy je náprava a zajištění pachatele, nikoli odplata či vyvážení újmy oběti.

U části osob, kterým musí nebo může být ochranné léčení nařízeno, zákon jako definiční kritérium stanoví **nebezpečnost** jejich pobytu na svobodě. K této otázce a dále ke zdravotnímu stavu osoby a léčebným možnostem se v trestním řízení vyjadřuje soudní znalec. Ochranné léčení lze uložit i bez zahájení trestního stíhání, pokud se dříve ukáže nepřítelnost pachatele.

Podle povahy nemoci a léčebných možností soud uloží ochranné léčení **ve formě ústavní nebo ambulantní**, přičemž se uplatňuje zásada subsidiarity formy ústavní vůči ambulantní – ústavní léčení může být nařízeno, jen pokud neexistuje jiná eventualita. Ochranné léčení se nenařizuje na určitou dobu, ale **trvá tak dlouho, dokud to vyžaduje jeho účel**, s tím, že maximálně může trvat 2 roky. Dále může soud rozhodnout o prodloužení na návrh státního zástupce nebo zdravotnického zařízení, a to i opakovaně. Souvisejícím ochranným opatřením je zabezpečovací detence, na niž může soud ochranné léčení změnit za zákonem vymezených podmínek nebo pro neplnění jeho účelu.

Výkon léčení v ústavní formě soudy nařizují nejčastěji **psychiatrickým nemocnicím**. V případě osob zmenšeně přičetných může soud ochranné léčení uložit také vedle trestu odnětí svobody, takže část pacientů v ochranném léčení přichází do nemocnic s bezprostřední zkušeností s vězením.

Podmínky uložení ochranného léčení stanoví trestní zákoník (§ 96–99) a procesní pravidla trestní řád (§ 351–355). Základní právní rámec poskytování péče a zacházení s pacienty je stanoven v zákoně o zdravotních službách a občanském zákoníku. Ochranné léčení má dále speciální právní úpravu v zákoně o specifických zdravotních službách (§ 83–89). **Právní úprava** zajištění ochranného léčení a práv a povinností všech subjektů zúčastněných na ochranném léčení je však mnohem bohatší, částečně v rovině podzákoných a organizačních předpisů, a celkově lze říci, že je roztržštěná.

Z pohledu pacienta představuje ochranné léčení v ústavní formě **zásah podobné intenzity jako nepodmíněný trest odnětí svobody**. Jde jednak o zásah do osobní svobody, a jednak do soukromí (striktní režim v nemocnici, podrobování se léčbě, ztráta zaměstnání a s tím související finanční tíže). Trestní zákoník i zákon o specifických zdravotních službách proto pro ukládání i výkon léčení stanoví zásadu proporcionality mezi působenou újmou a účelem ochranného léčení.⁴

b) Účel ochranného léčení

Účel ochranného léčení je klíčový pojem: a) je řídicím kritériem pro rozhodování soudu o jeho uložení ve světle zásady přiměřenosti; b) dosažení účelu je důvodem pro propuštění z ochranného léčení; c) nemožnost jeho dosažení je důvodem propuštění u pacientů, jimž bylo léčení uloženo pro spáchání trestného činu pod vlivem návykové látky;⁵ d) pokud léčení nevedlo ke splnění svého účelu pro chování osoby,

4 Ustanovení § 96 odst. 2 trestního zákoníku: „Újma způsobená uložením a vykonávaným ochranným opatřením nesmí být větší, než je nezbytné k dosažení jeho účel.“ Ustanovení § 83 odst. 3 zákona o specifických zdravotních službách: „Při výkonu ochranného léčení dochází jen k takovým omezením lidských práv, která stanoví zákon, a v takové míře, která je nezbytná k dosažení účelu ochranného léčení, pokud tohoto účelu nelze dosáhnout jinak.“

5 Ustanovení § 99 odst. 6 trestního zákoníku.

na níž se vykonává, může soud ochranné léčení změnit na zabezpečovací detenci;⁶ e) závažné jednání s cílem zmařit výkon nebo účel ochranného léčení je znakem trestného činu maření výkonu úředního rozhodnutí;⁷ f) naplnění účelu ochranného léčení je legitimním cílem ospravedlňujícím přiměřené zásahy do základních práv pacienta při léčbě.

Ačkoli má takový význam, účel ochranného léčení není výslovně zákonem stanoven, nýbrž je nutné zákon vykládat:

- Důvodová zpráva k zákonu o specifických zdravotních službách jako hlavní cíle ochranného léčení ústavního uvádí léčení duševní poruchy, kterou pacient trpí a pod jejímž vlivem spáchal protiprávní čin, resocializaci a zařazení do běžného života, prevenci opakování činu způsobeného duševní poruchou, izolaci jedince v případě, že je s ohledem na svůj zdravotní stav společensky nebezpečný.
- Účelem není nutně vyléčení, spíše stabilizace onemocnění: Účelem je sice „především terapeutické působení na odsouzeného směřující k jeho vyléčení nebo alespoň k dosažení takového léčebného efektu, kdy již pobyt pachatele na svobodě není nebezpečný“,⁸ ale Ústavní soud vyléčení uvádí jako „ideální cíl“.⁹
- U každého pacienta je nezbytné účel ochranného léčení dovodit individuálně, neboť uložení tohoto opatření vychází z konkrétní obavy a dosažení se právě vůči ní vztahuje.

K definici účelu ochranného léčení je [s výjimkou léčeb uložených podle § 99 odst. 2 písm. b) trestního zákoníku] nezbytné vyložit také **pojem nebezpečnosti**. Nejedná se zde o společenskou nebezpečnost spáchaného skutku, ale nebezpečnost pobytu člověka na svobodě do budoucna.¹⁰ Ze spáchaného skutku se dovozuje, zda se nebezpečnost neomezuje na nějakou konkrétní činnost a zda je pravděpodobnost opakování. Vedle hrozby recidivy se zvažuje také hrozba eskalace, která se rovněž nehodnotí jen obecně nad nějakým typem poruchy, ale ve vztahu ke konkrétnímu nemocnému a také k jeho ochotě podrobit se léčbě.¹¹ Nebezpečnost se nicméně nedovozuje jen z faktu duševní poruchy a absence náhledu, anebo jako abstraktně potenciální.

Někdy se hovoří o eliminaci nebezpečnosti, jindy o minimalizaci, což je realističtější s ohledem na obecnou nepředvídatelnost lidského chování. „Pobyt osoby na svobodě je nebezpečný, pokud je vysoce pravděpodobné, že osoba v budoucnu znovu spáchá, pod vlivem dané duševní poruchy, útok na zájmy

6 Ustanovení § 99 odst. 5 trestního zákoníku: „Ústavní ochranné léčení může soud změnit za podmínek § 100 odst. 1 nebo 2 na zabezpečovací detenci. Bez podmínek § 100 odst. 1 nebo 2 může soud změnit ústavní ochranné léčení na zabezpečovací detenci, jestliže uložené a vykonávané ochranné léčení neplní svůj účel nebo nezajišťuje dostatečnou ochranu společnosti, zejména v případě, že pachatel utekl ze zdravotnického zařízení, užil násilí vůči zaměstnancům zdravotnického zařízení nebo jiným osobám ve výkonu ochranného léčení nebo opakovaně odmítl vyšetřovací nebo léčebné výkony či jinak projevil negativní postoj k ochrannému léčení.“

7 Ustanovení § 337 odst. 1 písm. j) trestního zákoníku: „Kdo maří nebo podstatně ztěžuje výkon rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu veřejné moci tím, že dopustí se závažného jednání, aby zmařil výkon nebo účel ochranného léčení nebo ochranné výchovy, které byly uloženy soudem, nebo jinak, zejména útekem z ústavu, pomocí při útěku, výkon takových rozhodnutí podstatně ztěžuje, anebo maří dohled uložený při ukončení ochranného léčení, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.“

8 ŠKVAIN, Petr. § 353 [Propuštění z ochranného léčení a jeho ukončení]. In: ŠÁMAL, Pavel, GRÍVNA, Tomáš, NOVOTNÁ, Jaroslava, PŮRY, František, RŮŽIČKA, Miroslav, ŘÍHA, Jiří, ŠÁMALOVÁ, Milada, ŠKVAIN, Petr. Trestní řád I, II, III. 7. vydání. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2013, s. 3990. ISBN 978-80-7400-465-0.

9 Ústavní soud, náleze ze dne 11. 4. 2017, sp. zn. III. ÚS 3675/16 (N 58/85 SbNU 81), dostupné na <http://nalus.usoud.cz>, bod 32.

10 „[V]zhledem k vázanosti na duševní poruchu pachatele činu jinak trestného je rozhodující odůvodněný závěr ohledně chování dotčené osoby do budoucna.“ Tamtéž, bod 21.

11 Srov. tamtéž, body 21 až 31.

chráněné trestním zákoníkem.“¹² Setkala jsem se s názorem některých lékařů, že nemohou hodnotit nebezpečnost pacienta do budoucna, pouze ji situačně odhadovat. Řekla bych, že jde o skepsi v důsledku aktuálního společenského tlaku na naprostou neomylnost lékařů a soudů, jež je však nedosažitelná (více v kapitole [6 f](#))

Každopádně, naplnění účelu ochranného léčení a otázku, zda trvá, nebo byla minimalizována nebezpečnost pacienta, musí posuzovat soud, když činí rozhodnutí o trvání ochranného léčení nebo přeměně na zabezpečovací detenci. A musí se tím průběžně zabývat také poskytovatel zdravotních služeb, aby situaci přizpůsobil svůj postup vůči pacientovi i obsah **návrhů a zpráv soudů**, k jejichž podávání je povinen (více v kapitole [6 g](#)).

4) Jak se realizuje ústavní ochranné léčení

a) Popis zajištění a poskytování ústavní ochranné léčby

Zajištění a poskytování ústavní ochranné léčby v současnosti je do značné míry dáno tradicí českého zdravotnictví a odborným přesvědčením odborníků na léčbu duševních nemocí a poruch. Právní úprava je pouze ostrůvkovitá a neexistuje zakotvená **koncepce ochranného léčení** a jeho návaznosti na další trestní, zdravotní a sociální opatření, od které by se odvozoval přístup soudů, znalců a poskytovatelů péče.

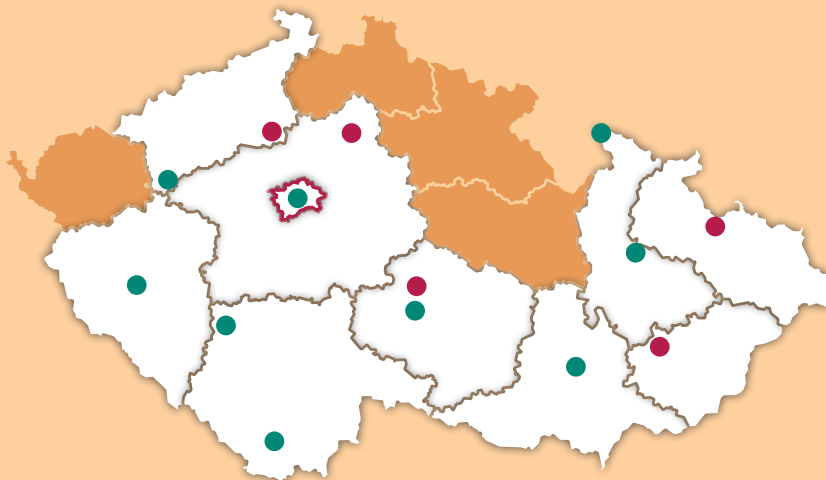
Ačkoliv zákon nezná **typologii podle indikací a použitých léčebných metod**, jež dělí ochranné léčení na psychiatrické, sexuologické, závislostní (protialkoholní, protitoxikomanické a zaměřené na patologické hráčství) a případně smíšené, v praxi má toto dělení zásadní vliv. Jednak se odráží ve znaleckých posudcích a soudních rozhodnutích, a jednak se od něho odvíjí přístup poskytovatelů.

Vnitřní a kancelářský řád pro okresní, krajské a vrchní soudy na základě této typologie pro potřeby soudů vyjmenovává psychiatrické nemocnice, kde ochranné léčení toho kterého typu poskytují, a stanoví jejich spádová území. **Celkem je těchto nemocnic 14**, přičemž psychiatrické ochranné léčení zajišťuje podle tohoto předpisu 13 a sexuologické 7 z nich (ve skutečnosti je jich aktuálně jen 6).

12 ŠÁMAL, Pavel. K úpravě ochranného léčení v trestním zákoníku. Trestněprávní revue 4/2010, s. 99. In: Beck – online [online]. Nakladatelství C. H. Beck [cit. 1. 8. 2019] ISSN 1213-5313.

Psychiatrické nemocnice pro ústavní ochranné léčení s vyznačením navštívených zařízení.

Praha
 Kosmonosy
 Červený Dvůr
 Lnáře
 Dobřany
 Horní Beřkovic
 Petrohrad
 Havlíčkův Brod
 Jihlava
 Brno
 Bílá Voda u Javorníka
 Šternberk
 Kroměříž
 Opava



Není známo, kolik osob má v Česku v určitém časovém okamžiku uloženo ochranné léčení, případně kolik osob je v psychiatrických nemocnicích vykonává. Není totiž vedena **centralizovaná evidence uložených ochranných léčeb** a údaje ze statistických listů a výkazů v justici nepokrývají všechny případy ochranné léčby; konkrétně nikoli ty případy ochranného léčení, kdy bylo v přípravném řízení zastaveno trestní stíhání pro nepřičetnost, tedy případy osob s vážným duševním onemocněním s vymizelými rozpoznávacími a ovládacími schopnostmi.

Ministerstvo zdravotnictví v roce 2018 jednorázově požádalo psychiatrické nemocnice o údaje, takže je známo, že **celkový počet pacientů** vykonávajících ústavní ochrannou léčbu v nemocnicích k 30. 6. 2018 byl 951 (z toho 664 léčení psychiatrické, 145 léčení návykových nemocí, 142 léčení sexuologické) a že za předcházejících 18 měsíců došlo k nárůstu o 13 % (z celkového počtu 847). Pouze sexuologické léčby se tento nárůst netýkal. U léčby návykových nemocí se na nástup léčby čeká v pořadníku (v jedné nemocnici například do roku 2029) a další lidé do systému nastoupí po skončení výkonu trestu odnětí svobody; není známo, jaký tlak tito budoucí pacienti ještě na nemocnice vyvinou.¹³ Z uvedených statistik vyplývá, že počet nemocných s nařízenou ochrannou léčbou setrvale stoupá a třetina nemocných byla v ochranném léčení déle než dva roky.

Uvedená instrukce Ministerstva spravedlnosti sice určuje spádová území psychiatrických nemocnic, ale žádný předpis nebo politika už nestanoví kapacitu nebo podobu zajištění ochranného léčení, a tedy ani **reálnou dostupnost** nějak zaměřených lůžek. Protože spádovost psychiatrických nemocnic je stanovena historicky, a nikoli na základě aktuálních objektivních kritérií, jakým by byla například časová dostupnost nebo počet lůžek na 100 000 obyvatel, není pokrytí České republiky rovnoměrné. Instrukce ani nereflektuje realitu, neboť například stanoví pro sexuologickou léčbu také Psychiatrickou nemocnici v Opavě, která však již nějaký čas tento typ léčby neposkytuje.

¹³ Pro podrobnosti a statistiku k ambulantní formě léčby viz PÁV, Marek a Jiří ŠVARC. Stávající stav a doporučení k dalšímu rozvoji sítě ochranného léčení. Analýza realizovaná v rámci projektu Deinstitutionalizace. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2018, 42 s.

Ani jednotlivé nemocnice si **kapacitu pro ochranné léčení** často nestanoví. V praxi ji některé dovozují – nemocnice, které zřídily specializovaná oddělení, ji dovozují částečně od kapacity těchto oddělení, zatímco ostatní nemocnice tápou. Uvedený způsob není plně směrodatný mimo jiné proto, že kromě jediného nejsou zřízena žádná specializovaná oddělení určená pro ženy, takže se vypočítaná kapacita týká jen pacientů mužů, a to ještě s výjimkou těch na gerontopsychiatrických odděleních. Některé nemocnice si stanovují procento kapacity (10 % či 15 %), jež by podle nich neměl počet pacientů s ochrannou léčbou přesáhnout.

Kapacita je důležitá proto, že od ní se zpravidla odvozují **materiální a personální nároky**. Z pohledu personálního zabezpečení péče jako by ale nebyl de lege lata důvod rozlišovat, zda je pacient psychiatrie, nebo sexuologie v rámci následné lůžkové péče v režimu ochranné léčby, neboť hodnoty vyhlášky o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb se na 30 lůžek liší pouze o 2 úvazky sanitáře nebo ošetřovatele a 0,3 úvazku klinického psychologa nebo psychologa ve zdravotnictví. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení ochranné léčení nezohledňuje vůbec. Od kapacity lze dále dovodit **zatížení poskytovatele**, přičemž překročení únosného pracovního zatížení je důvodem pro odmítnutí přijetí pacienta k výkonu ochranného léčení.¹⁴

Polovina nemocnic má některá **lůžka specializovaná právě pro výkon ochranného léčení**, takže poté i reálně pacienty soustředí do oddělení, na kterých případně zajišťuje péči a bezpečnost nějak specificky. I v těchto nemocnicích se však část pacientů s tímto opatřením léčí na běžných odděleních – otevřených i uzavřených. Jak bylo zmíněno, pro ženy je zřízeno specializované oddělení pouze jedno, a to v Psychiatrické nemocnici Horní Bečkovice.

Ochranné léčení **může být nařízeno i dítěti**, tedy osobě mladší 18 let. Při výše uvedeném sčítání se jednalo o 4 osoby. Předpisy nepředvídají žádné zvláštní ohledy nebo podmínky péče v takovém případě.

Co se týká **zabezpečení nemocnic** proti útěku pacientů nebo pro zajištění vnitřní bezpečnosti při hospitalizaci osob s nebezpečným chováním nebo závislostí na drogách, tak to rovněž není upraveno žádným předpisem, a v tomto ohledu není rozdíl proti civilní hospitalizaci.

Náklady související s výkonem ochranného léčení (v psychiatrických nemocnicích i v ambulantní péči) nemají zvláštní zdroje financování, ale **hradí je zdravotní pojišťovny**, což je v evropském srovnání rarita.¹⁵ Platba má z pohledu nemocnice stejný ráz jako u jiných pacientů následné psychiatrické péče, pouze s tím rozdílem, že od roku 2018 se u pacientů v ochranném léčení stanoví nejvyšší ošetřovatelská kategorie.

b) Pojetí ochranného léčení v navštívených nemocnicích v roce 2017

V **Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod** nebylo zřízeno oddělení specializované přímo pro pacienty v ochranném léčení, ale sexuologické oddělení bylo jimi obsazeno z velké části (21 z 26 lůžek). Pro ochranné léčení návykových nemocí byla pro případ nemotivovaných pacientů stanovena kapacita 4 lůžka a nemocnice signalizovala obsazenost na 8 let dopředu; motivovaní pacienti měli nástup v řádu

14 Ustanovení § 84 odst. 2 zákona o specifických zdravotních službách.

15 Stát případně hradí pouze náklady související s výkonem ochranného léčení u osob, které nejsou účastníky veřejného zdravotního pojištění v České republice. Pro evropské srovnání viz Páv a Švarc, op. cit., s. 19.

týdnů. Pro ochranné léčení psychiatrické nebyla stanovena kapacita a probíhalo na řadě oddělení, z toho nejvíce pacientů bylo na dvou z nich.

V **Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovic** jsou čtyři oddělení zřízena čistě pro výkon ochranného léčení: mužské příjímací, mužské protialkoholní a protitoxikomanické, mužské psychiatrické a jedno ženské bez rozlišení. Pacienti se sexuologickou ochrannou léčbou profitovali z léčby na sexuologickém oddělení. Dále byli pacienti s ochranným léčením integrováni na osmi dalších odděleních.

V **Psychiatrické nemocnici Kosmonosy** bylo speciálně pro ochranné léčení zřízeno jedno uzavřené oddělení, kam byli umisťováni jak pacienti s léčbou psychiatrickou, tak i léčbou návykových nemocí. Pacienti se sexuologickou ochrannou léčbou tvořili většinu pacientů sexuologického oddělení. Kromě toho se pacienti s ochrannou léčbou nacházeli na řadě jiných oddělení.

V **Psychiatrické nemocnici v Kroměříži** a v **Psychiatrické nemocnici v Opavě** ochranné léčení probíhalo na 14, respektive 15 odděleních. Oddělení specializovaná na ochrannou léčbu tam zřízena nejsou.

V nemocnicích se tedy bylo možné setkat s oběma přístupy k ochrannému léčení. Zaprvé, nemocnice pacienty s ochrannou léčbou plně integruje do různých oddělení. Zadruhé, část pacientů s ochrannou léčbou je soustředěna na **specializovaná oddělení** s tím, že léčba tam má specifický cíl a průběh a jsou využívány některé specifické nástroje; to až na případ jediné nemocnice nepokrývá ženy a potom také pacienti v akutním stadiu onemocnění léčené na příjmových či „neklidových“ odděleních. Odborníci, se kterými jsem o tomto tématu široce diskutovala, se shodují, že pro některé pacienty může být z hlediska léčby výhodné být na obecném oddělení a pro některé je naopak vhodné to specializované.

S ohledem na **nebezpečnost některých pacientů** je při absenci uzavřeného specializovaného oddělení realitou, že zůstávají z bezpečnostních důvodů na příjmovém oddělení. Tam ale mají zbytečně strohý terapeutický program a mohou být hrozbou pro ostatní. Proto se jeví jako nezbytnost mít zřízeno alespoň jedno specializované oddělení, aby pacienti s ochranným léčením nesetrvávali na příjmových odděleních. Podobně nemotivovaní pacienti narušují léčbu ostatních.

Dále i v nemocnicích se specializovanými odděleními pacienti s ochrannou léčbou „přetékají“ do ostatních oddělení. Specializovaná oddělení jsou až na výjimky místem výkonu sexuologické ochranné léčby, nicméně pokud je jejich kapacita naplněna, pacienti jsou umisťováni i na jiná oddělení (v minulosti jsem obdržela stížnost na takový postup, i na „integraci“ sexuálních delikventů).

Konečně, specializované oddělení neznamena nutně vyšší standard péče. Spíše jsem sledovala, jaký má nemocnice **program ochranného léčení** – zda má širokou nabídku terapeutických aktivit pro každého pacienta a zda jsou jasně daná očekávání od pacienta, co se týká jeho postupu ve fázích léčby, a tedy i pravidla pro jeho hodnocení. Jinými slovy, zda daný obsah a průběh léčby a kroky nemocnice jsou předvídatelné v očích pacienta i směrem k soudu. Šetření odhalilo nejednotnost v rámci poskytovatele i celé republiky, k tomu více v [kapitole 13](#).



informace pro pacienty v rámci oddělení



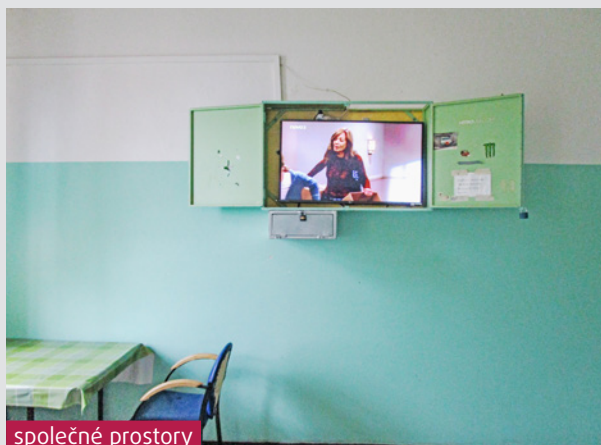
mnohalůžková ložnice



venkovní prostor s přístřeškem



společná koupelna



společné prostory



mříž uvnitř oddělení

Ochranné léčení: systémové poznámky

5) Nedostatečnost právního rámce ochranného léčení

Ze zákazu špatného zacházení a práva na ochranu fyzické a psychické integrity (jak jsou zakotveny v Evropské úmluvě) plyne státu povinnost zakotvit právní a administrativní rámec poskytování zdravotních služeb a zbavení svobody. Zákonný podklad je vůbec podmínkou oprávněnosti zásahů do svobody a integrity člověka ze strany orgánů státní moci. Musí být stanoveny podmínky, za nichž je možné zdravotní služby poskytovat, tak aby byla zajištěna účinná ochrana života a lidské důstojnosti pacientů bez ohledu na to, zda se nacházejí ve státní, či soukromé instituci.¹⁶

a) Mezery v právní úpravě výkonu ochranného léčení

Právní úprava ochranného léčení je obsažena ve více předpisech, přičemž na základě systematických návštěv a následných konzultací lze upozornit na několik oblastí, kde chybí.

Předně nejsou stanoveny podmínky, jež má poskytovatel ochranného léčení splňovat. Troufám si říci, že jsme svědky **nejednotné kvality poskytované péče**. Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb jednak ochranné léčení zohledňuje jen mírně (připočítává na 30 lůžek 2 úvazky sanitáře nebo ošetřovatele a 0,3 úvazku klinického psychologa), a jednak **vyhláška v podstatě personální zajištění nestanoví**. Konkrétně předepsané počty ošetřovatelského personálu a dalších odborníků jsou totiž velmi nízké (podle manažerů nemocnic „pro psychiatrickou péči nepoužitelné“) a nadto vyhláška říká, že „zabezpečení zdravotnickými pracovníky a jinými odbornými pracovníky nad rámec stanovených požadavků závisí na druhu a objemu poskytované zdravotní péče, oboru a spektru prováděných výkonů a činností tak, aby byla zajištěna kvalita, bezpečí a dostupnost zdravotní péče“. Tedy předpis vydaný, aby byly kvalita, bezpečí a dostupnost garantovány, říká, že mají být zajištěny.¹⁷ Co se týká materiálního a technického zajištění, neexistuje například právní podklad pro používání kamerových systémů, mříží a dalších prvků zabezpečení a ani se nestanoví požadavky na zabezpečení venkovního prostoru u uzavřených oddělení.

Dále, práva a povinnosti pacienta nejsou zakotveny kompletně, některé běžné zásahy do práv pacientů nemají zákonný podklad. V praxi panují nejasnosti ohledně léčby bez souhlasu pacienta (srov. [kapitolu 12](#)),

¹⁶ Srov. rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva Calvelli a Ciglio, č. 32967/96, rozsudek velkého senátu ze dne 17. 1. 2002, § 49; Storck proti Německu, č. 61603/00, rozhodnutí ze dne 16. 6. 2005, § 103; X. proti Finsku, č. 34806/04, rozhodnutí ze dne 3. 7. 2012, § 213-220.

¹⁷ Existuje dále usměrnění personálního zajištění ve Standardu akutní lůžkové psychiatrické péče (Věstník MZ ČR, částka 5/2016, od str. 51), tedy doporučení směřující k optimalizaci stavu, ale pro následnou péči takový standard neexistuje.

rozsahu režimových opatření – pobyt na vzduchu, možnost nosit vlastní oblečení a používat své věci včetně telefonu (srov. kapitolu [14](#) a [15](#)), používání zabezpečení (kamery, mříže, srov. [kapitolu 11](#)).

Neformální typologie (ochranná léčba psychiatrická, sexuologická, závislostní) se objevuje – na základě návrhů znalců – v soudních rozhodnutích a má vliv na to, v jaké nemocnici bude pacient umístěn, a často podle toho lékaři rozlišují, jakou léčbu lze poskytovat bez souhlasu. Přitom zde není přístup soudů, znalců ani poskytovatelů jednotný. Někteří soudci se domnívají, že je možné vykonávat více typů vedle sebe, jiní se domnívají, že lze uložit a vykonávat pouze jeden typ.

Konečně, v povinnostech různých zúčastněných subjektů snad není „chaos“, jak se vyjádřili odborníci Vězeňské služby ČR pro Ministerstvo spravedlnosti v roce 2014, ale bezesporu jsou ve spolupráci problémy a nejasnosti.

Pro srovnání, zatímco zabezpečovací detence, týkající se v praxi 85 chovanců a několika desítek pracovníků detenčních ústavů, má vlastní zákon včetně podkladu pro dozorovou činnost státního zastupitelství, ochranné léčení, týkající se pouze v ústavní formě téměř 1 000 osob a několika stovek zdravotníků, je v tomto ohledu naprosto zanedbané.

b) Přemísťování není upraveno

Při systematických návštěvách i řešení individuálních stížností jsem narazila na problém právního nezakotvení přemísťování pacientů z jedné nemocnice do jiné. Přemístění přitom běžně poptávají jak pacient (rodina se přestěhovala, pacient se chce připravovat na přechod do ambulantní péče v jiném regionu, somatické zdravotní potíže si vyžadují péči vzdáleného poskytovatele), tak poskytovatel (skončí poskytování nějakého typu léčby), respektive v důsledku únavy nebo narušení vzájemných vztahů se vyčerpá možnost terapeutického působení a zablokuje se pokrok v léčbě. Není divu, vždyť léčení někdy trvá mnoho let.

V případě ochranného léčení se neuplatní obecné právo pacienta na volbu poskytovatele. Soud nařizuje¹⁸ výkon ochranného léčení do konkrétní nemocnice podle spádových území stanovených v instrukci Ministerstva spravedlnosti. S přemístěním **právní předpisy vůbec nepočítají** a nikdo na ně tedy nemá nárok. V praxi k němu někdy dochází tak, že soud na žádost analogicky rozhodne i o přemístění, ale praxe je nejednotná. Dokud nebyly nemocnice pacienty s ochranným léčením přeplněny, celkem běžně – z iniciativy pacienta nebo poskytovatele, nebo přímo z podnětu soudu – se domluvily na výměně nebo prostém přemístění a soud léčbu „přenařídil“. I v současné době nemocnice individuálně posuzují žádosti o přijetí „mimorajonních“ pacientů, ale motivace tyto žádosti přijmout velmi klesla, a tak **stávající systém ad hoc výměn prakticky přestal fungovat**. Kromě toho ale některé soudy tento postup považují za nemožný – pacient například na svoji žádost obdržel sdělení, že příslušnost k výkonu ochranného léčení je stanovena právními předpisy, a soud ji nemůže měnit. Vedle toho jsem se setkala i s případem, kdy si nemocnice předaly pacienta na základě souhlasu vyšší soudní úřednice, aniž by se vůbec změnilo rozhodnutí soudu. Pacienti to pak zcela oprávněně vnímají jako dvojí metr.

18 Předseda senátu podle § 351 odst. 1 trestního řádu, resp. soudní tajemník nebo vedoucí soudní kanceláře podle § 6 odst. 1 písm. k) vyhlášky č. 37/1992 Sb., o jednacím řádu pro okresní a krajské soudy.

Ochranné léčení: systémové poznámky

Zabývala jsem se již dvěma případy, kdy narušení vzájemných vztahů mezi pacientem a terapeutickým týmem bylo velmi vážné a restriktivnost režimu, jenž na pacienta dopadl, dosáhla úrovně špatného zacházení. Jako cesta k okamžité nápravě se mi jevilo právě přemístění, ale nebylo, jak je u soudu vymoci.

Tuto situaci považuji za neúnosnou. Realizace práva pacienta na ochranu soukromého a rodinného života, v krajních případech i práva na účinný prostředek nápravy při špatném zacházení, **závisí na zcela neformálním postupu postaveném na vstřícnosti soudu i nemocnic.** Navíc není jasné, kdo má žádost pacienta o přemístění řešit, zda soud, nebo nemocnice, a pochybnosti panují i o příslušnosti soudu.

Přítom rigidní přístup k výkonu pouze ve spádové nemocnici nemá praktické opodstatnění. Spádová území jsou nestejně velká, takže si pacienti nejsou rovni co do vzdálenosti nemocnice od bydliště, a jsou nestejně lidnatá, a tak některé nemocnice jsou více zatíženy. Doplňt lze paralelu s vězeňstvím, kde procedura pro přemístování existuje, přičemž ochranné léčení, nařízené na dobu neurčitou, může trvat mnohem déle, a nepřemístění tak být tíživější. Dalším projevem nerovnosti je, že přemístění při ochranném léčení vykonávaném během výkonu trestu teoreticky nic nebrání, zatímco pro ochranná léčení vykonávaná před nástupem nebo po výkonu trestu odnětí svobody úprava přemístování chybí.

c) Přerušení ochranného léčení není upraveno

Jedná se o důležité opatření, jež není právně upraveno. V praxi se však vyskytují situace, kdy je potřeba, nejčastěji z důvodu změny zdravotního stavu, přerušit výkon ochranného léčení. Řešila jsem například individuální podnět týkající se pacienta, u něhož byl v průběhu výkonu ústavní léčby zjištěn nádor a indikována operace a několikaměsíční rehabilitace. Soud nemá žádné právní vodítko v trestním řádu, jak v takovém případě postupovat. Pro výkon trestu odnětí svobody přerušení upraveno je.

d) Nedobrovolná hospitalizace pachatelů

Jakmile je pachatel shledán nepřičetným, zastavuje se trestní stíhání a odpadá důvod pro vazbu. U činů závažnosti zločinu žádají orgány činné v trestním řízení od poskytovatelů, aby pachatele hospitalizovali do doby, než soud rozhodne o ochranném léčení. Pacient nastupuje hospitalizaci zpravidla bez souhlasu a rozbíhá se civilní detenční řízení, ale může i vyslovit souhlas. Každopádně orgány činné v trestním řízení spoléhají na to, že je pachatel v nemocnici a je zajištěna prevence recidivy. Trvá měsíce i rok, než trestní soud rozhodne. **Představitelé nemocnic mluví přímo o tlaku na hospitalizaci,** a navíc si oprávněně stěžují, že pacienta přebírají bez doplňujících informací (předání znaleckého posudku trestní řád předpokládá až po nařízení výkonu ochranného léčení), nemají adekvátní nástroje k zajištění bezpečnosti v případě nebezpečných pachatelů, nebo že právní rámec hospitalizace je chabý v případech, kdy se stav pacienta stabilizuje a nejsou dány projevy bezprostředního a závažného ohrožení sebe nebo okolí.

6) Nedostatečnost administrativního rámce ochranného léčení

Zajištění ochranného léčení není dáno jen právním rámcem, nýbrž opatřeními v oblasti organizace, řízení a financování zdravotních služeb. V době „požďáarské“¹⁹ je systém ochranného léčení vystaven velké zátěži, a tak se projevují jeho slabiny.

a) Není stanovena kapacita ani dostupnost lůžek pro ochranné léčení

Panuje nestejná dostupnost lůžek ochranné léčby. Stát kapacitu a zajištění ústavní ochranné léčby nestanoví. Kapacita pro ochranné léčení je u jednotlivých nemocnic dána tradicí a osobním nasazením jednotlivých terapeutických týmů; tam, kde poskytovatel přijde o odborníky, poskytování specializované péče končí. Výsledkem tak je, že pacienti z Moravy mohou sexuologickou ochrannou léčbu podstoupit pouze v Havlíčkově Brodě a Brně – celý severomoravský region není zajištěn. Potenciál ovlivnit síť má financování péče, které je nyní zcela závislé na smluvní politice zdravotních pojišťoven.

Narůstá počet pacientů, aniž by byla stanovena kapacita současného systému. Pokud jde o přesná data, odkazují na analýzu Páva a Švarce²⁰ dokládající prudký nárůst počtu pacientů v ústavním ochranném léčení. Poskytovatelé a jejich lékaři vyjadřují pocit odpovědnosti za zajištění léčby a snahu pokrýt poptávku vycházející z rozhodovací činnosti soudů. Nemocnice jsou však zjevně přetíženy. Podle zákona je psychiatrická nemocnice oprávněna odmítnout přijetí pacienta k výkonu ochranného léčení, jestliže by přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení. Reálně k odmítnutí dochází a soudím, že jde o adekvátní krok, pokud jsou zaplněna místa ve specializovaných programech (pro léčbu sexuologickou nebo návykových nemocí), nebo nemocnice není schopna zajistit bezpečnost pro přílišný počet pacientů s agresivním a trestným chováním. Například v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy jsme spolu s vedením tento problém identifikovali – nemocnice nebyla s ohledem na nedostatečné materiální a personální podmínky schopna zajistit bezpečí při hospitalizaci nemotivovaných a nebezpečných pacientů závislých na návykových látkách. Překvapilo mě, že tento problém byl řešen zcela neformálně tím, že nemocnice sdělovala soudům, že nebude další pacienty přijímat. Instrukce Ministerstva spravedlnosti s rozpisem nemocnic a jejich spádových území nebyla upravena. To, že pacienti nejsou přijímáni bezodkladně, nýbrž do jakýchsi pořadníků, je z pohledu výkonu trestních opatření problém a soudci se proti tomu ohrazují. Ráda bych ale nemocnice podpořila v tom, že bez garance bezpečí a kvality této specifické péče není možné přijímat odpovědnost za léčbu pacientů.

Není zde žádné přímé kofinancování z jiných rozpočtů (pokud nepočítáme jednorázové příspěvky nemocnicím ze strany zřizovatele, například na zbudování výtahu). Páv a Švarc z toho dovozují, že budování, udržování a financování systému ochranného léčení je ponecháno výhradně na zdravotních pojišťovnách.²¹ Názorným příkladem toho, že obecný způsob financování na ochranné léčení nesedí, jsou terapeutické propustky. Protože obsahem ústavního léčení je také vedení pacienta při začleňování

19 Ve Žďáru nad Sázavou dne 24. října 2014 žena, propuštěná před osmi měsíci z ochranného léčení ústavního do ambulantního, usmrtila pod vlivem vážné duševní poruchy studenta a poranila další osoby.

20 Páv a Švarc, op. cit.

21 Tamtéž, s. 19.

do běžné společnosti,²² lékař pacientovi povoluje krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení. V případě celodenní propustky tratí psychiatrická nemocnice část platby za daný den (například 75 %), ačkoli náklady na zajištění péče klesají jen nepatrně. Setkala jsem se s případem pacientky, která chtěla v rámci propustek plnit studijní povinnosti na vysoké škole, čemuž z bezpečnostního hlediska nic nebránilo. Pro nemocnici však finanční aspekt hrál roli, stejně jako obava, že při časté nepřítomnosti pacientky zdravotní pojišťovna zpochybní indikovanost péče a bude požadovat zpět platbu s eventuální sankcí.

Uvážíme-li výše uvedené, lze pochybovat, zda se opravdu jedná o „systém“. Zda v případě, že by 12 ze 14 nemocnic zajišťujících ústavní léčbu nebylo přímo řízenými organizacemi Ministerstva zdravotnictví, byla zajištěna vůbec i stávající úroveň jednotnosti a kvality.

b) Zajištění bezpečnosti je ponecháno na jednotlivých nemocnicích

Zčásti tvoří pacienti v ochranném léčení nemotivovaní, agresivní lidé i s trestným chováním. Mohou představovat ohrožení pro personál i ostatní pacienty a je vysoce důležité, aby se bez povolení z nemocnic nevzdalovali. Zajištění takových pacientů v podmínkách běžné psychiatrie je nemožné. **Náklady na zajištění zabezpečeného prostředí však poskytovatelé nemají kompenzovány. V zajišťování mezi nimi navíc panuje různý přístup.** V předpisech není podklad pro stavebně-technické prvky zabezpečení nebo personální posílení, pouze pro osobní prohlídku a kontrolu osobních věcí, a tak poskytovatelé postupují podle místních zvyklostí a aktuálních finančních možností. To znamená také to, že někde je velmi obtížné získat do personálu muže a personál se cítí ohrožen. Je otázkou, kde začíná a končí úkol nemocnice zajišťovat detenční složku ochranného léčení. Nicméně odpověď na ni by neměla spočívat ve výši tzv. lůžkové stanovené smluvně mezi zdravotní pojišťovnou a tou kterou nemocnicí pro úhradu obecné následné psychiatrické péče ze zdravotního pojištění.

c) Panují zásadní obtíže při výkonu ochranného léčení u dětí

Na dětských psychiatrických odděleních nejsou podmínky pro pobyt nebezpečných pacientů. Na specializovaných odděleních jsou zase děti mezi dospělými zranitelnou skupinou, a není pro ně připraveno zajištění výchovné složky péče a vzdělávání. Páv a Švarc mluví o zbytečné izolaci bez vzdělávání a bez kontaktu s vrstevníky.²³ Skutečně jsem se setkala s jedním mladistvým umístěným na sexuologickém oddělení, což představovalo pro personál specifickou zátěž (více v kapitole [13 c](#)). Ačkoli hospitalizace trvala několik měsíců, nemocnice se necítila odpovědnou za zajištění vzdělávání pacienta.

d) Chybí evidence pacientů v ochranném léčení

Evidence ochranných léčeb zatím není kompletní. Není jak zjistit, kolik osob ani kdo konkrétně má v konkrétním dni uloženo, nařizeno či ukončeno ochranné léčení. Data chybějí soudům (nyní například nevědí, zda pachatel již má nějakou ochrannou léčbu uloženu), vězeňské službě, poskytovatelům zdravotních služeb i Ministerstvu zdravotnictví pro potřeby řízení zdravotního systému.

22 Šámal, op. cit.

23 Páv a Švarc, op. cit., s. 29.

e) Systémové překážky brání uplatnění zásady subsidiarity ústavní formy léčby

Ochranné léčení v ústavní formě je mimořádně závažným omezením osobní svobody, které někdy může znamenat větší újmu než nepodmíněný trest odnětí svobody, a to zejména kvůli neurčitosti svého trvání. Ochranné léčení v ústavní formě by mělo být ukládáno pouze ve výjimečných případech, kdy neexistuje jiná možnost, jak reagovat na konkrétní obavu, pro kterou může být nařízeno.²⁴ Tato zásada se vztahuje i na trvání ústavního ochranného léčení. Jakmile je pacient připraven a motivován k přechodu, měl by být předán do ambulantní léčby. V praxi tomu tak ale velmi často není z důvodů, na něž léta upozorňují soudy i zdravotníci.

Zprvė, **není vytvořena funkční síť ambulantní ochranné léčby**. Soudy tak mají problém s předáváním pacientů do ambulantní péče. Technickým problémem je neexistence mechanismu předávání – není seznam poskytovatelů ani spádovost. Ministerstvo spravedlnosti proto žádalo vytvořit zvláštní registr, nebo využít stávající registr poskytovatelů zdravotních služeb. Ministerstvo zdravotnictví zase radilo, aby se soudy obracely na zdravotní pojišťovny.²⁵ To však není účinné za situace, kdy síť ambulancí pro ochrannou léčbu neexistuje. Ambulancí je navíc nedostatek – v obvodu některých okresních soudů poskytuje ochranné léčení dokonce jen 20 % psychiatrických ambulancí, někde není žádná s lékařem s patřičnou odborností (léčení sexuologické, protitoxikomanické). Za takového stavu nese břemeno hledání ochotného ambulantního lékaře tu soud, tu nemocnice, tu pacient navrhující změnu formy léčení.

Díky zavedení signálního kódu do vykazování péče pro úhradu pojišťovnou lze od roku 2017 už alespoň rozeznávat poskytovatele, kteří k nějakému datu poskytovali ambulantní ochranné léčení. Dále se od roku 2017 služby a léčivé přípravky poskytnuté v souvislosti s nařízeným ochranným léčením nezahrnují do maximální úhrady, která ambulantní poskytovatele fakticky limituje, a jsou tedy ze zdravotního pojištění hrazeny plně. Stále však není nad rámec platby za léčbu z veřejného zdravotního pojištění stanovena žádná kompenzace nákladů na nemedicínské úkony specifické pro ochranné léčení. Ministerstvo spravedlnosti v minulosti předložilo propočty těchto nákladů, stejně jako návrh na tzv. rizikový příspěvek. Tato opatření, navržená gesčnımu Ministerstvu zdravotnictví, by mohla motivovat ambulantní lékaře převzít do péče více pacientů s nařízeným ochranným ambulantním léčením.

Dále odborníci upozorňují, že v době „poždářské“ je velmi vysoké očekávání ohledně dohledu nad pacientem v ochranném léčení. Protože **v ambulantní péči je míra dohledu redukována na schůzky v ordinaci**, nejsou zde předpoklady pro subsidiaritu opatření zbavení svobody – hospitalizace trvá v řadě případů jen proto, že pro přetrvávající míru nebezpečnosti je nutné zajistit dohled ve větším rozsahu, než jsou tyto schůzky probíhající co několik týdnů či měsíců.

Na základě poznatků z návštěv mohou potvrdit, že **soudy nepodmiňují přeměnu formy léčení jen zdravotní indikací, ale i zajištěním sociálního zázemí**. Pokud pacient nemá rodinu schopnou poskytnout dohled a zajištění, je propuštění závislé na uvolnění místa v režimovém zařízení sociálních služeb. Přitom pacienta v ústavní ochranné léčbě poskytovatelé sociálních služeb nezařadí do pořadníku (sociální služba požaduje datum nástupu, zatímco nemocnice teprve podává návrh soudu na změnu formy a netuší, kdy soud rozhodne). Nemluvě o nedostatku míst ve specializovaných domovech se zvláštním režimem a latentní nechuti přijímat osoby s kriminální minulostí. Jedna nemocnice dokonce zřídila ve svém areálu čtyři lůžka chráněného bydlení, skrze která převádí pacienty do sociálního systému. Některým pacientům shání

24 Srov. Ústavnı soud, nález ze dne 3. 3. 2011, sp. zn. I. ÚS 3654/10 (N 35/60 SbNU 425), dostupné na <http://nalus.usoud.cz>.

25 Čerpáno z dopisů, které si v roce 2017 vyměnili ministři zdravotnictví a spravedlnosti.

nemocnice ubytování jen velmi těžce. Pacienti, kteří vypadli ze sociálního zázemí, jsou nepropustitelní, nemají kam jít. Poskytovatelé frustraci z toho, že nemohou předat připravené pacienty do ambulantní péče, vyjadřují heslem „nemocnice nemá sloužit jako ubytovna“.

Podotýkám, že nové jednotky, centra duševního zdraví, mají za funkci napomáhat reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity a zajišťovat funkční propojení ambulantní a lůžkové péče.²⁶ Nemají však v cílové skupině nemocné s ochranným léčením ústavním a mezi funkcemi nemají spolupráci s justicí. Centra se spoléhají na dohody o spolupráci se stávajícími aktéry péče a na práci regionálních pracovních skupin zřízených za účelem systémové koordinace služeb pro osoby s duševním onemocněním. Ochota těchto aktérů převzít část úkolu u ochranného léčení je však malá a nově je k ní nic nezavazuje ani nepobízí.

Z mého nedávného výzkumu plyne, že jsou **nedostupné některé sociální služby**, mimo jiné ty pro stigmatizované cílové skupiny, jako jsou osoby s duševním onemocněním, osoby bez domova a osoby propuštěné z výkonu trestu odnětí svobody. Zákonnou povinností v samostatné působnosti krajů je plánování dostupnosti sociálních služeb a tvorba střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb. Jak výzkum ukázal, kraje však k této povinnosti přistupují s různou mírou konkrétnosti.²⁷

Důsledkem uvedených překážek převedení pacienta do ambulantní formy léčby je jakási autocenzura na straně nemocnic při podávání návrhů soudu. Nemocnice návrh nepodá, když tuší, že bude kvůli nezajištění návazné ambulantní péče nebo sociálního zázemí (služby) neúspěšný. V řízení u soudu tyto skutečnosti vystupují jako právní překážka změny formy léčby na straně pacienta. Jde však o zcela objektivní skutečnosti na straně státu, které mohou v konkrétních případech odůvodnit oprávněné stížnosti pacientů proti státu na neoprávněné zbavení svobody.

f) Pro hodnocení nebezpečnosti neexistuje žádné usměrnění

U každého pacienta se řeší, zda byl u něj naplněn účel ochranného léčení a zda trvá nebo byla minimalizována nebezpečnost jeho pobytu na svobodě. Musí to posuzovat soud, když činí rozhodnutí o trvání ochranného léčení nebo přeměně na zabezpečovací detenci, a musí se tím zabývat také poskytovatel zdravotních služeb.

Někteří lékaři se ohrazují, že jde o otázku právní, která jim nepřísluší. S tím nemohu zcela souhlasit, protože poskytovatel je povinen podávat soudu zprávy a návrhy pro potřeby posuzování právě nebezpečnosti, a také jí musí přizpůsobit svůj postup vůči pacientovi. Na nebezpečnost je navázán účel ochranného léčení každého konkrétního pacienta, a tím i oprávněnost zásahů do jeho základních práv při hospitalizaci. **Psychiatrická nemocnice by proto měla hodnotit rizikovost daného nemocného – nejen na počátku hospitalizace a v čase, kdy podle lhůt nejpozději má probíhat soudní přezkum trvání opatření, ale průběžně.**

S ohledem na velký až určující význam názoru poskytovatele je problém, že pro medicínskou složku procesu hodnocení nebezpečnosti neexistuje žádné usměrnění. V praxi se při komunikaci se soudem sumarizuje chování pacienta v průběhu léčby a provádí se jeho interpretace. Přičemž pacienti si pochopitelně stěžují, že jejich prohřešky v průběhu léčby jsou přeceňovány, nebo hodnocení lékařů není podloženo

26 Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ), Věstník MZ ČR, částka 5/2016, od str. 35.

27 Viz VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Dostupnost sociálních služeb pro osoby s poruchou autistického spektra, sp. zn. 45/2018/OZP/VV [online]. Brno: KVOP, 2018 [cit. 26. 6. 2019]. Výzkumná zpráva dostupná z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/6204>, doporučení dostupné z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/6206>.

vůbec. Sice jsou zavedeny primářské porady nad každým důležitým vyjádřením (návrhem) pro soud, ale při nich se prosazuje přístup založený na zkušenosti jednotlivých lékařů. **Navštívené nemocnice nepoužívaly žádný standardizovaný či strukturovaný přístup k této otázce.**

Zlepšení v této oblasti je žádoucí proto, že návrhy na přeměnu či stanoviska o vhodnosti trvání ústavní ochranné léčby by měly být srozumitelné a s přezkoumatelným odůvodněním. Objektivizovaná charakteristika pacientů z hlediska nebezpečnosti by dále lépe vyjadřovala náročnost péče, kterou poskytovatel zajišťuje, a lépe podporovala požadavky na poskytnutí zdrojů k zajištění kvalitní a bezpečné péče.

Co se týká způsobů hodnocení rizikovosti, odkazují na pojednání Páva a Švarce a velmi podporují návrh implementovat odborné nástroje, jež podpůrně napomáhají objektivizovat a strukturovat úvahu při hodnocení rizikovosti pacienta.²⁸

Dlužno dodat, že kritika zaznívá i k **právnímu hodnocení nebezpečnosti soudy**. Když se Páv a Švarc zamýšlejí, proč v ústavním léčení často zůstávají pacienti delší dobu, než je nezbytně nutné, jako jedno z možných vysvětlení nabízejí tlak společenského mínění. Jde o hypotézu podepřenou aktuálními daty, k jejíž verifikaci by však bylo zapotřebí delšího sledování. Autoři nicméně uvádějí svůj profesionální pocit: ačkoli zde existuje mezistupeň v podobě ambulantního léčení pro pacienty, u nichž zákon předpokládá přetrvávající určitou nebezpečnost pro společnost, jako by se v praxi pro ukončení léčení ústavního požadovala její naprostá eliminace.

g) Obsah a forma zpráv a procesních návrhů nemocnic nejsou jednotné

Zprávy pro soud o postupu v léčbě a procesní návrhy, které podle zákona zdravotnické zařízení v určitých situacích podává, mají velký význam pro trvání ochranného léčení (celkově nebo v ústavní formě). K jejich obsahu trestní řád pouze stanoví, že v návrhu se popíše průběh a výsledky ochranného léčení a uvedou důvody navrhovaného postupu (§ 353 odst. 1); **míra podrobnosti není předepsána**. Návrhy zákon obecně předpokládá ve vztahu k (nemožnosti) naplnění účelu ochranného léčení – srov. kapitolu [3 b](#)).

Co se týká **jednotnosti postupu nemocnic při koncipování návrhů**, při vládní „inventuře“ v roce 2014 zazněly různé názory: Ministerstvo spravedlnosti na základě prověrky soudních spisů konstatovalo, že někdy jsou návrhy velmi úsporné a přístup k formě návrhu se velmi liší, zatímco Ministerstvo zdravotnictví dospělo k závěru, že postupy v psychiatrických nemocnicích „vykazují jednotné prvky“. Při systematických návštěvách jsem se setkala se stížnostmi jak poskytovatelů (například na absenci adekvátní odezvy soudu na podrobně vyjádřené odborné názory), tak i pacientů (na nedostatečné odůvodnění vyjádření nemocnice pro soud). K tématu srozumitelnosti a přezkoumatelnosti těchto zpráv a návrhů viz kapitolu [6 f](#)).

Určitou obsahovou strukturu návrhu/zprávy lze odvodit právě z materiálu Ministerstva zdravotnictví pro vládu z roku 2014. Předpokladem podání návrhu na přeměnu formy ochranného léčení má podle něho být:

- Vymizení či alespoň ústup akutní psychopatologie, který již nepředpokládá společenskou nebezpečnost při pobytu pacienta na svobodě. Riziko dekompenzace duševního stavu nelze nikdy do budoucna úplně vyloučit, ale v době podání návrhu není předpokládáno.

28 Srov. přehled nástrojů v Páv a Švarc, op. cit., s. 32. Doplnkově též ZVĚŘINA, Jaroslav a Petr WEISS: Doporučené postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2012 [cit. 26. 7. 2019]. Dostupné z.: https://www.mzcr.cz/dokumenty/doporucene-postupy-v-terapii-parafilnich-sexualnich-delikventu_12999_3216_1.html, kap. 4.

Ochranné léčení: systémové poznámky

- Ověření stability remise a její sociální únosnost – otevřeným režimem oddělení, vycházkami a propustkami.
- Je předpoklad kontinuity léčby i v ambulantních podmínkách.

Tyto předpoklady lze použít jako východisko pro sledování naplňování účelu ochranného léčení a následný procesní postup nemocnice. Nejsou však nikde formálně stanoveny; materiál bez dalšího uvádí, že vyplývají ze současných poznatků psychiatrie. V tom, jak dlouho se remise ověřuje či jak má vypadat záruka návazné ambulantní péče, se praxe nemocnic liší.

Dále je v praxi problematické, jak přistupovat k pacientům odmítajícím léčbu a speciálně pak farmakoterapii, respektive zda se v takové situaci uchýlovat k návrhu na změnu ústavního léčení na zabezpečovací detenci. Léčba je propojena se zajištěním ochrany společnosti, neboť u některých poruch absence léčby znamená významnou hrozbu recidivy. Neplatí to ale vždy a bez dalšího zde, podle mého názoru, ani není zákonný důvod pro zabezpečovací detenci, byť trestní zákoník výslovně zmiňuje jako důvod pro rozhodnutí soudu opakované odmítnutí vyšetřovacích nebo léčebných výkonů či jiné projevení negativního postoje k ochrannému léčení (srov. také kapitolu [12 b](#)).²⁹

Domnívám se, že je zde jasná potřeba sjednotit formu a obsah těchto návrhů/zpráv, například formou výkladu ustanovení trestního řádu nebo vydáním vzorů.

Co se naopak ustálilo (a bylo zavedeno ve všech navštívených zařízeních), je to, že podávání návrhu soudu na propuštění z ochranného léčení je vyhrazeno pro primáře a podrobena vyjádření **porady primářů**. Návrhy poskytovatele tak nepředstavují jen názor ošetřujícího lékaře, nýbrž výraz širší shody odborníků, z nichž někteří mají kvalifikaci soudního znalce.

h) Nemocnice vznášejí výhrady k činnosti znalců a k používání posudků

Při ukládání a přehodnocování ochranného léčení má klíčový význam práce soudního znalce. Ačkoli výsledné rozhodnutí o formě opatření a jeho trvání náleží soudu, znalec se vyjadřuje ke zdravotnímu stavu osoby, stavu choroby, dosavadnímu účinku léčby a dalším léčebným možnostem, medicínské prognóze s ohledem na nebezpečí hrozící od pachatele a jeho spolehlivosti a navrhuje tomu odpovídající opatření.

Při návštěvách a při následných diskusích s odborníky se opakovaly stále stejné výhrady k činnosti některých znalců. Konkrétně, že je jejich přístup nejednotný, navrhují ochranné léčení i bez naděje na splnění jeho účelu nebo blokují propuštění – bez znalosti reality ústavního léčení, vycházejí ze „zvyklostí“ ve znaleckém posuzování.³⁰

Fakt je, že podrobnější **nároky na znalecké posouzení** nejsou formálně stanoveny,³¹ a tak skutečně hrozí nejednotnost a přehmaty. Nicméně znalec musí své odborné vyjádření podat kvalifikovaně, což zahrnuje **požadavek objektivity a přezkoumatelnosti**. Tedy závěry znalce musejí být podloženy – podle potřeby

29 Viz § 99 odst. 5 trestního zákoníku. Ze znění § 351a odst. 1 trestního řádu však plyne, že je třeba naplnit také kritérium nezbytnosti takového opatření pro účinnou ochranu společnosti, tedy že nebezpečnost není zvladatelná prostým pobytem v nemocnici.

30 Srov. také Páv a Švarc, op. cit.

31 Doporučené postupy klinické praxe (z roku 2010) se zaměřují na znalecké zkoumání zaměřené na hodnocení stavu rozpoznávacích a ovládacích schopností (tedy pro rozhodnutí o přičetnosti pachatele).

například obecně (statistiky, studie o obvyklém průběhu poruchy) i konkrétně (výsledky testů, hodnocení anamnézy)³² a z posudku musí být zřejmé, jak znalec ke svým závěrům dospěl. Co je v posudku nevy-světlené, je nepřezkoumatelné. Závěr nelogický nebo odporující pravidlům vědy je pochopitelně vadný.

Na druhou stranu, při neexistenci koncepce ochranného léčení či stanovených programů léčby je logické, že se znalci ve svých doporučeních mohou rozcházet s názory klinických lékařů.

Doporučuji rozhodně na případné nekvalitní posudky upozorňovat Ministerstvo spravedlnosti nebo předsedu krajského soudu, v jehož seznamu je znalec zapsán.

i) Zabezpečovací detenci nelze řešit problémy ochranného léčení

Po ubodání studenta ve Žďáru nad Sázavou v roce 2014 zaznělo volání po častějším využívání institutu zabezpečovací detence. Zabezpečovací detence představuje jeden z prvků systému, jehož součástí je i ochranné léčení a jehož prostupnost je vysoce žádoucí. Počet chovanců v detenci se od roku 2014 zdvojnásobil a současná kapacita se naplnila. V rámci systematických návštěv ústavů pro výkon zabezpečovací detence jsem provedla analýzu všech případů, kdy byla zabezpečovací detence doposud uložena,³³ a **varuji před setrvalým nárůstem chovanců.**

Lze předpokládat, že lepší možnost psychiatrických nemocnic zajistit bezpečnost hospitalizace násilných pacientů a také zabezpečení před útekem by snížily tlak na využívání zabezpečovací detence. A naopak, pokud si budou nemocnice podle vlastní úvahy stanovovat kapacitu nebo cílovou skupinu oddělení (lůžek) rezervovaných pro ochrannou léčbu a nadále budou pro naplněnost odmítat neperspektivní pacienty, tlak na zabezpečovací detenci bude pokračovat.

Uvedu na reálném případě ještě další důvod zaplnění detence. Soud změnil nevidomé ženě ochranné léčení psychiatrické na zabezpečovací detenci mimo jiné proto, že nemocniční život v kolektivu a těsná blízkost ostatních pacientek zvyšovaly její nebezpečnost a sama pacientka požadovala klid a samotu. Nemocnice podala návrh na změnu po dvou měsících jejího pobytu. Znalec uvedl, že se mu zabezpečovací detence jeví jako vhodná, neboť by tam pacientka měla samostatný pokoj, a neměla by tak těsný kontakt se závažně psychicky nemocnými osobami. Žena soudu sdělila, že do detence chce, aby měla podmínky bydlení odpovídající jejímu postižení a mohla trávit čas poslechem rádia a četbou slepeckých časopisů. Příklad dokresluje náročnost podmínek na některých odděleních psychiatrických nemocnic. Zkušenosti lékařů působících v zabezpečovací detenci také ukazují, že chovancům lze paradoxně snížit psychofarmakoterapii, neboť v rámci lépe střeženého prostoru se jejich nebezpečnost sníží. Tedy **detence u některých nemocných supluje vhodné terapeutické prostředí**, což je v rozporu se zásadou subsidiarity.

Proto po mém soudu dosavadní zvýšení počtu chovanců nepředstavuje objektivní vyjádření potřeby využití zabezpečovací detence.

32 Srov. rozhodnutí Ústavního soudu sp. zn. III. ÚS 3675/16, op. cit., bod 24.

33 VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Zpráva z návštěv zabezpečovací detence [online]. Brno: KVOP, 2019 [cit. 22. 6. 2019]. Dostupné z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/6656>, s. 29 a násl.

j) Chybí koncepce ochranné léčby

Řadu rozvedených problémů lze shrnout pod problém, že chybí státní koncepce ochranné léčby. Měla by být v úzké spolupráci s odborníky vypracována, aby se vyjasnilo, pro koho je ochranné léčení určeno, jaké jsou jeho cíle a zajištění v nemocnicích a jaká jsou související práva a povinnosti pacienta a práva a povinnosti poskytovatele. Dále je třeba stanovit pojetí ochranného léčení při výkonu trestu odnětí svobody ve vězení (nyní lékaři mluví o „ztraceném čase“ odsouzených) a v ambulantní léčbě. Jasná koncepce ochranné léčby by byla také vodítkem pro soudy a znalce a vedla ke sjednocení jejich činnosti, po čemž zdravotníci volají.

7) Rozhodování soudů

Rozhodování o uložení a přehodnocování ochranného léčení je specifické tím, že se při něm mísí otázky právní a medicínské. Výsledek významně ovlivňují soud, státní zástupce, znalec a ošetřující lékař, z nichž každý sleduje poněkud jiný zájem. Otevřeně se rovněž mezi zástupci poskytovatelů hovoří o tlaku veřejného mínění. Konečné rozhodnutí vždy náleží soudu. V následujícím textu nabízím podněty pro posílení procesní spravedlnosti.

a) Nejednotnost rozhodování

Analýza Páva a Švarce přináší velmi zajímavé postřehy. Spádovost psychiatrických nemocnic pro ochranné léčení je v instrukci Ministerstva spravedlnosti stanovena na územním principu, ale počet pacientů v ochranném léčení v jednotlivých nemocnicích neodpovídá tomu, jak je to které území lidnaté. U některých nemocnic jde téměř o dvojnásobek, resp. trojnásobek počtu vypočítaného jako průměr na základě celkových čísel. Autoři dále ze statistiky výkonu ochranného léčení trvajících nad dva roky dovedli, že v nemocnicích s nadprůměrným počtem pacientů s ochranným léčením trvá tato léčba také nejdéle. O propuštění z ochranného léčení přitom rozhoduje soud, v jehož obvodu je nemocnice. Autoři se obávají, že může jít o důsledek toho, že soudní i znaleckou činnost ovládají zažitá zvyklosti, jež se regionálně liší, a že se reflektuje například i to, kolik je v daném regionu ambulantních lékařů.

Na nejednotnou soudní praxi upozorňovali i lékaři navštívených zařízení. Uvádějí případy, kdy některý soud nepřipouští přeměnu dříve než po roce trvání ústavního léčení, nebo bez zavedení léčby pomocí depotních léků (působících dlouho a podávaných injekčně jednou za několik týdnů), zatímco jiný postupuje striktně individuálně.

Také prověrka soudních spisů provedená Ministerstvem spravedlnosti v roce 2014 přinesla poznatky o rozdílném rozsahu dokazování prováděného jednotlivými soudy, když objasňují skutkový stav při rozhodování o návrzích na přeměnu ochranného léčení ústavního na ambulantní. Velká rozdílnost panovala v tom, zda soud nařizoval vypracování znaleckého posudku. Problémem přitom není jen situace, kdy posudek chybí, ale i jeho nadbytečné vypracování a s tím související zdržení řízení (někteří lékaři se znaleckou kvalifikací nerozumí tomu, proč na jejich maximálně odůvodněný návrh na přeměnu ochranného léčení u nemocného soud reaguje nařízením znaleckého posudku, nebo jak může soud reagovat na návrh na ukončení léčby pro neúčelnost apelem, ať to nemocnice „ještě zkusí“).

„Účelem dokazování v trestním řízení je zjistit skutkový stav věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti, a to v rozsahu, který je nezbytný pro rozhodnutí“ (§ 2 odst. 5 trestního řádu). Neplatí zde žádné jednotné směrnice ani šablony, ale přísně individuální postup. Je pak na úvaze soudu, jakými důkazními prostředky bude objasňovat určitou okolnost v součinnosti se stranami, které mají potřebné důkazy navrhnout.³⁴ Nejednotnost, jež nemá opodstatnění, je však žádoucí minimalizovat, a to například nabídkou kontinuálního vzdělávání soudců a státních zástupců právě v uvedených specifikách ochranného léčení.

b) Ukládání neúčelných ochranných léčeb

V nemocnicích se lze setkat s řadou pacientů, u nichž lékaři poukazují na zjevnou neúčelnost uložení ochranného léčení (ve smyslu terapeutickém). Jde především o protialkoholní a protitoxikomanickou léčbu u nemotivovaných osob, když přitom úspěšnost tohoto léčení výhradně závisí na vůli pacienta léčit se a spolupracovat při psychoterapii. Tito pacienti nejenže nedodržují vlastní léčebný režim a z léčby tudíž neprofitují, ale narušují léčbu ostatních pacientů. Dále je neúčelnost léčení zjevná u osob se závažnějším mentálním postižením, demencí a u cizinců, již se nedomluví česky. Zdravotníci nemohou pochopit, proč je těmto osobám ochranné léčení ukládáno a mluví výslovně o „nesprávném ukládání“. Zdravotníci litují blokování kapacit a také se necítí komfortně, když mají zajišťovat pouze detenci. Hospitalizace osob bez šance na terapeutické ovlivnění odporuje také ústavněprávním principům.

Konkrétně pak ze znění § 99 odst. 2 písm. b) trestního zákoníku vyplývá, že ochranné léčení protialkoholní a protitoxikomanické se neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout.³⁵ Podle poznatků psychiatrických nemocnic si však někdy soud v řízení tuto informaci neověřuje, případně uloží ochranné léčení i přesto, že je znalec pro neúčelnost nedoporučí, anebo je soud v souladu se znalcem, ale léčení je zjevně neúčelné.

c) Proces rozhodování o propuštění

Okrajově jsem se zabývala kritickými poznámkami některých poskytovatelů ke spolupráci se soudy, které rozhodují o propuštění z ochranného léčení ústavního. Mým cílem bylo ověřit, zda v současném nastavení trestního řízení nespočívá nějaký systémový problém.

Zprvé, z vlastní iniciativy jsem na jednom soudu provedla šetření **plynulosti a rychlosti vykonávacích řízení**, konkrétně činnosti soudu mezi vyhlášením usnesení o propuštění z ochranného léčení ústavního a skutečným propuštěním z nemocnice.³⁶ Předseda soudu z mého podnětu provedl kontrolu a ukázalo se, že v roce 2018 několikrát došlo k mírným průtahům, jež oddálily propuštění pacienta z psychiatrické nemocnice o 2 až 6 dnů. I bez průtahů v praxi může trvat běžně 14 dnů (někdy méně, někdy více), než od vyhlášení nabude usnesení o propuštění z ochranného léčení právní moci a rozhodnutí se stane vykonatelným a než je vyhotoven příkaz k propuštění a poskytovateli zdravotních služeb je předáno

34 Nejvyšší soud, usnesení ze dne 18. 2. 2015, sp. zn. 3 Tz 58/2014, dostupné na www.nsoud.cz.

35 Šámal, op. cit.: „Zkušenosti ukazují, že pro účinné ochranné léčení, zejména alkoholiků nebo jiných toxikomanů, má zásadní význam náležitá motivace léčené osoby k pozitivní změně a její spolupráce při léčení. Proto při ukládání ochranného léčení podle § 99 odst. 2 písm. b) trestního zákoníku musí soud též zkoumat, zda neexistuje tzv. kontraindikace v osobě samotného pachatele, tedy zda vzhledem k jeho osobě je zřejmé, že účelu ochranného léčení nelze dosáhnout. Zjistí-li soud, že takováto kontraindikace je dána, ochranné léčení neuloží.“

36 Městský soud v Brně, sp. zn. 7781/2018/VOP. Podle § 1 odst. 1 a 7 zákona o veřejném ochránci práv do působnosti veřejného ochránce práv spadá výkon státní správy soudů.

příslušné rozhodnutí s doložkou právní moci. Záleží to, mimo jiné, na doručování osobám oprávněným podat stížnost proti usnesení a běhu lhůty. S ohledem na závažnost zásahu do osobní svobody člověka, jakým je ústavní ochranná léčba, je namístě dbát, aby průtahy nebyly žádné.

Upozorňuji, že **všichni zúčastnění se mohou v pochybnostech obracet na předsedu příslušného soudu, který má nástroje k tomu, aby v rámci prevence i v reakci na konkrétní stížnost sledoval možné průtahy a případně zjednal nápravu.**

Zadruhé, pro psychiatrické nemocnice představuje značnou zátěž, pokud **se veřejné zasedání soudu nekoná přímo v nemocnici** (praxe například Okresního soudu v Litoměřicích či Okresního soudu Plzeň-jih), ale všichni zúčastnění se musejí dopravovat do budovy soudu (praxe například Městského soudu v Brně). Tato záležitost již není otázkou správy soudu, nýbrž jde o rozhodovací činnost předsedy senátu. Zatímco u civilního řízení o přípustnosti převzetí ve zdravotním ústavu procesní předpis předpokládá jiný soudní rok, tak § 199 odst. 2 trestního řádu v rámci zakotvení zásady veřejnosti pouze umožňuje provést zasedání mimo budovu soudu „ve vhodných případech“. Situace tak je poněkud jiná. Na druhou stranu, jak bylo uvedeno, některé soudy tak běžně činí a konání zasedání v nemocnici umožní jiným pacientům a zainteresované veřejnosti sledovat projednávání věci, a splnit tak přesně to, co uvedené ustanovení trestního řádu garantuje.

8) Chybí odborný standard

Doporučené postupy klinické praxe jsou důležité jednak pro svůj faktický dopad na poskytování péče, jednak pro svůj význam právní. Doporučené postupy získávají tím, že na ně odkazují právní předpisy jako na limit či standard, který definuje medicínskou nezbytnost a oprávněnost zásahů do integrity člověka.³⁷

Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně tvoří (ve spolupráci s Českou psychiatrickou společností) od roku 1998 doporučené postupy klinické praxe (dosud pět verzí). Obsah ochranného léčení není zatím v doporučených postupech klinické praxe postihnout. Doporučené postupy psychiatrické péče se zabývají jednotlivými zdravotními problémy (například léčba závislosti, terapie parafilních sexuálních delikventů a některá témata léčení psychiatrického), nikoli ochranným léčením jako takovým.

Troufám si říci, že pojetí ochranného léčení se řídí tradicí a odborným přesvědčením jednotlivých odborníků. Usuzuji tak z toho, že některé prvky jsou přítomny ve všech navštívených zařízeních a lze říci, že jsou všeobecně uznávané a zažité, jiné jsou ale používány ojedinelé. Přitom někdy není k dispozici žádné jiné vysvětlení než provozní praktičnost.

Lze souhlasit se Šámalem, že ochranné léčení je někdy pojato jako systém založený na postupném získávání výhod na základě splněných úkolů s tím, že pacient je motivován konečným cílem, tedy propuštěním s pokud možno bezproblémovým přechodem do běžného života.³⁸ Pravidlem je s klesající hrozbou nebezpečnosti postup k menší restriktivnosti režimu a udělování propustek za účelem zkoušky fungování

37 „Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví (...) je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy,“ uvádí článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. „Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“, uvádí § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách.

38 Šámal, op. cit.

na svobodě. Ale požadavek na to, co musí pacient splnit, se mezi terapeutickými týmy do značné míry liší, a to včetně času, který má pacient strávit v různých fázích pobytu.

Je jasné, že každý lékař či terapeut má vlastní zkušenost a názor, „umění“.³⁹ Ale systém, v němž působí, musí být zřejmý a daný kvůli čitelnosti a spravedlnosti pro pacienta a také možnosti spolupracovat v rámci multidisciplinárních týmů.

Identifikovala jsem oblasti, kde po mém soudu odborná témata zjevně kolidují s důstojností pacienta a jeho právem na sebeurčení, a je tedy zapotřebí je sjednotit a ukotvit v programech léčby: motivační systémy (kapitola 13 d), hodnocení nebezpečnosti (kapitola 6 f), používání penilního pletysmografu (kapitola 13 h), povolování propustek (kapitola 14 c), obsah léčebného režimu (kapitola 14).

S ohledem na stížnosti lékařů na nepochopení potenciálu a charakteru ochranného léčení ústavního ze strany soudů a některých znalců by bylo nejlépe zpracovat standardy pro jednotlivé typy ochranné léčby.

9) Dozor a kontrola

Součástí pozitivních povinností státu v oblasti ochrany práv osob s duševní poruchou je i zajištění dohledu a kontroly. Konkrétně ochrana před špatným zacházením si tedy žádá účinné nástroje k zamezení pokračování nebo opakování špatného zacházení, vyšetřování případů, ve kterých existuje podezření na špatné zacházení, a stíhání pachatelů.⁴⁰

a) U ochranného léčení chybí dozor státního zastupitelství

Zákon o státním zastupitelství⁴¹ sice vymezuje působnost státního zastupitelství tak, že vykonává za podmínek a způsobem stanoveným zákonem dozor nad dodržováním právních předpisů v místech, kde je omezována osobní svoboda, ale v případě ochranného léčení dozor není a nemůže být vykonáván. Důvodem je, že chybí vymezení předmětu a podmínek tohoto dozoru ve zvláštním zákoně, tak jako je tomu například v zákoně o výkonu trestu odnětí svobody nebo v zákoně o výkonu ústavní výchovy. Zatímco ve věznicích či dětských domovech tak státní zástupci provádějí pravidelné prověrky, individuálně se setkávají s umístěnými osobami, mohou vydávat příkazy k zachování právních předpisů a nařídí propuštění člověka, který je v zařízení držen nezákonně, pacient v psychiatrické nemocnici tuto ochranu nemá.

Konkrétně to znamená, že zde není nezávislý orgán, který by mohl rychle zjednat nápravu v případě špatného zacházení. O vynutitelnou ochranu práv může pacient požádat soud, což je ale z perspektivy osoby trpící duševní poruchou a zbavené svobody náročná a zdlouhavá cesta. Stížnostní mechanismus podle zákona

39 „[N]a různých pracovištích jsou často aplikovány různé terapeutické metody podle odborného zaměření terapeutů.“ Zvěřina a Weiss, op. cit., kap. 5. 6.

40 Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Storck proti Německu, op. cit., § 103; Ananyev a další proti Rusku, č. 42525/07 a 60800/08, rozsudek ze dne 10. 1. 2012, § 97–98; Bureš proti České republice, č. 37679/08, rozsudek ze dne 18. 10. 2012, § 121–127. Ve věci Storck proti Německu Soud dovodil, že z Evropské úmluvy pro stát vyplývá povinnost provádět v přiměřených intervalech preventivní kontroly zaměřené na potenciálně závažné zásahy do práv zranitelných skupin osob. Pro účinnou ochranu práv je nutné, aby stát z vlastní iniciativy prováděl pravidelné průběžné kontroly v psychiatrických léčebnách k zajištění, že budou respektována práva pacientů.

41 Ustanovení § 4 odst. 1 písm. b) zákona č. 283/1993 Sb., o státním zastupitelství, ve znění pozdějších předpisů.

o zdravotních službách je zase zdoluhavý (v prvním kroku si pacient musí stěžovat poskytovateli) a náprava je jen obtížně vynutitelná. V individuálním případě, v němž jsem prováděla šetření a vyjádřila přesvědčení, že pacient byl vystaven nelidskému a ponižujícímu zacházení, se zase pacient nejprve obracel na policii. Ta v reakci na jeho oznámení kontaktovala nemocnici a spokojila se s její verzí příběhu, což bylo z mého pohledu jednoznačně nesprávné, ale odpovídalo to nízkému povědomí o tématu špatného zacházení s pacienty.

Již několik let upozorňuji, že tento nedostatek může vést k porušování základního práva pacientů na účinný opravný prostředek podle článku 13 ve spojení s čl. 3 Evropské úmluvy. O nápravě jsem jedнала s náměstkem ministra zdravotnictví i s poslanci. V roce 2018 dokonce Poslanecká sněmovna požádala vládu, aby se zabývala mým návrhem na provedení legislativních změn.⁴²

b) Chybí přestupky v zákoně o zdravotních službách

Zákon o zdravotních službách umožňuje správní postih poskytovatelů za nedodržení formalit, ale mnohým závažným zásahům do soukromí, bezpečnosti, integrity a důstojnosti pacientů neodpovídá žádná skutková podstata přestupku. To zakládá nepostižitelnost těch forem špatného zacházení, které nedosahují závažnosti trestného činu, a v důsledku snižuje respekt poskytovatelů k právům pacientů i vůči kontrolním orgánům. Proto doporučuji doplnit výčet přestupků v zákoně o zdravotních službách.

Ve zprávě z návštěv léčeben dlouhodobě nemocných (2017) jsem Ministerstvu zdravotnictví doporučovala doplnit konkrétně přestupek nedodržení zákonných povinností spojených s použitím omezovacího prostředku. Ministr mě vyrozuměl,⁴³ že neoprávněné použití omezovacího prostředku jako přestupku zařadí mezi podněty k novele zákona o zdravotních službách.

10) Návrh opatření k řešení systémových problémů

a) Opatření navržená v roce 2014

Ochranné léčení má v Česku svůj nechvalně proslulý symbol – tragickou událost ve Žďáru nad Sázavou z října 2014. Zdálo se, že půjde o jistý bod zlomu pro institut ochranného léčení. Na základě úkolu od vlády Ministerstvo spravedlnosti vypracovalo *Zprávu o výsledcích šetření příslušných orgánů ve věci tragické události ve Žďáru nad Sázavou* a navrhlo dílčí i systémová opatření ke zlepšení stavu.

Dopad je však zatím jen dílčí, snad proto, že vláda vzala zprávu pouze na vědomí,⁴⁴ aniž by resortům uložila nějaké úkoly. Ministerstvo spravedlnosti nicméně připravilo dílčí novelu trestního zákoníku a prostřednictvím Justiční akademie zajistilo, že do plánu vzdělávacích akcí bylo zařazeno systematické proškolení soudců a státních zástupců k problematice ochranného léčení i z pohledu poskytovatelů zdravotních služeb. Ministerstvo zdravotnictví se alespoň zasadilo o zjednodušení systému preskripce depotních antipsychotik.

42 Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. Usnesení č. 292 z 16. schůze ze dne 28. 6. 2018 k souhrnné zprávě o činnosti veřejného ochránce práv za rok 2017, [cit. 27. 7. 2018]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=149943>.

43 Dopisem ze dne 11. ledna 2018, č. j. MZDR 517/2018-3/OZS.

44 Usnesením č. 1015 ze dne 8. 12. 2014.

Na základě poznatků z návštěv lze zjednodušeně říci, že Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo zdravotnictví musejí vyřešit dva problémy: (i) zajištění bezpečné a plnohodnotné ochranné léčby ústavní pro stále se zvyšující počet nemocných a (ii) odstranění stávající nerovnosti občanů, jež plyne z nejednotnosti nařizování a trvání tohoto opatření. Je třeba pracovat na obou problémech, přičemž při obojím úspěchu lze očekávat snížení počtu pacientů i tlaku na zabezpečovací detenci.

O těchto problémech se už nějaký čas diskutuje, obě ministerstva ustavila pracovní skupiny⁴⁵ a také se shodla na základě analýzy stavu v roce 2014, že je nutné legislativního opatření, totiž **upravení ochranné léčby ve zvláštním zákoně**.⁴⁶ Měl by potenciál, kromě sjednocení pojmů, zlepšit stávající podmínky ochranného léčení v ambulantní formě, dát podklad pro financování výkonu léčby z více zdrojů a jasně stanovit povinnosti všech dotčených subjektů. Toto předsevzetí nepřineslo v posledních pěti letech zásadní výsledky. V resortu zdravotnictví nedospěly žádné nápady do stadia legislativních návrhů. Zákon o ochranném léčení by přitom byl v gesci Ministerstva zdravotnictví za současného spolugestorství Ministerstva spravedlnosti, Ministerstva vnitra a Ministerstva práce a sociálních věcí. Ministerstvo spravedlnosti tehdy vyjádřilo připravenost k okamžité spolupráci na přípravě věcného záměru zákona.

Cest k řešení je více a **opatření, jež by nějak přispěla ke zlepšení, je celá řada**. Ministerstva mají velký prostor pro zlepšení: působením na sjednocování praxe soudů a znalecké činnosti, zavedením nástrojů dohledu nad pacientem v režimu ambulantního léčení, motivací ambulantních lékařů. Je zde návrh aktualizovat pojetí ochranného léčení u osob se závislostí (změnit § 99 odst. 2 trestního zákoníku) či lépe budoucí pacienty připravovat v době, kdy jsou ještě ve výkonu trestu odnětí svobody. Může se realizovat v minulosti již připravený návrh zřízení forenzně psychiatrického zařízení – specializovaného zabezpečeného centra mimo civilní psychiatrii, které by rozvíjelo odborné aspekty ochranného léčení a případně sloužilo jako zařízení k přechodu mezi zabezpečovací detencí a ochranným léčením.

Podotýkám, že pokud nebude provedena změna financování, nemohou se v nemocnicích uplatnit zásadní humanizační opatření, jež v této zprávě doporučuji provést (snížení kapacity ložnic, přístup na vzduch), ba naopak situace se ještě zhorší – zvyšováním kapacity jednotlivých oddělení, jež se opět začíná diskutovat.

Ministerstvo zdravotnictví mě ujistilo, že ochranné léčení je řešeno v rámci reformy psychiatrické péče a že problematika ochranného léčení je jednou z důležitých oblastí, které se ministerstvo věnuje a podporuje její komplexní řešení. Není mi však známo, že by dosud aktivity reformy řešily přímo výše uvedené konkrétní problémy (více v kapitole [6 e](#)). Proto vítám alespoň dílčí aktivitu – pilotní projekt forenzního multidisciplinárního týmu, který slibuje při plném rozvinutí přispět k prevenci hospitalizací či jejich zkracování a napomoci k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do jejich vlastního sociálního prostředí.

Reintegraci pacientů by rozhodně napomohlo, pokud by byla stanovena **síť návazných sociálních služeb** v krajích, respektive kapacita přímo určená pro pacienty v ochranném léčení.

45 Ministerstvo spravedlnosti zřídilo v červnu 2014 (ještě před útokem ve Žďáru nad Sázavou) meziresortní odbornou Pracovní skupinu pro problematiku ochranného léčení, jejímž cílem je zefektivnit postupy vůči lidem, kterým bylo uloženo ochranné léčení, aby byla dosažena jak důsledná ochrana společnosti, tak i poskytování vysoce odborné zdravotní péče. Ve skupině mají zastoupení všichni relevantní aktéři. Pracovní skupina připravila celou řadu návrhů, které jsou stále aktuální, a částečně je také tlumočím.

46 Poprvé tento návrh vznesla Rada vlády pro lidská práva v roce 2005, na základě čehož dostal ministr zdravotnictví úkol ve spolupráci s ministrem spravedlnosti a předsedou Legislativní rady vlády předložit návrh takového zákona. Srov. usnesení vlády č. 1292 ze dne 8. 11. 2006. Výsledkem byl zákon o specifických zdravotních službách, který se týkal pouze zdravotní složky ochranného léčení.

b) Systémová doporučení ochránkyň

Doporučení pro Ministerstvo zdravotnictví (ve spolupráci s Ministerstvem spravedlnosti)

- provést komplexní revizi právní úpravy ochranného léčení a připravit potřebné legislativní návrhy (tedy, mimo jiné, doplnit právní úpravu zabezpečení příslušných pracovišť, stanovit personální nároky na poskytovatele, právní podklad a záruky pro léčbu bez souhlasu, mechanismus přemístování pacientů, garantované specifické podmínky pro děti; srov. kap. [5](#) a [6](#)),
- zpracovat koncepci ochranného léčení a v jejím rámci zlepšit mechanismus jeho financování (srov. kap. [6 j](#)),
- sjednotit postup poskytovatelů zdravotních služeb při hodnocení naplnění účelu ochranného léčení a přetrvávající nebezpečnosti pacienta (nabídnout vodítko pro strukturovanou úvahu poskytovatele; srov. kap. [6 f](#)) a [6 g](#)),
- zajistit obnovení oddělení pro sexuologickou léčbu spádového pro severní Moravu (srov. kap. [6 a](#)),
- dotovat investiční záměry psychiatrických nemocnic spojené se zabezpečováním oddělení specializovaných na poskytování ochranného léčení pro nebezpečné pacienty (srov. kap. [6 b](#)),
- pokračovat v rozvoji pilotovaných forenzních multidisciplinárních týmů (srov. kap. [10 a](#)),
- garantovat průběžné vzdělávání znalců, tak aby došlo k usměrnění k větší jednotnosti (srov. kap. [6 h](#)),
- připravit návrh změny zákona o zdravotních službách tak, aby obsahoval úpravu přestupku ponižujícího zacházení a nesprávného použití omezovacího prostředku (srov. kap. [9 b](#)),
- připravit návrh změny zákona o specifických zdravotních službách tak, aby obsahoval vymezení předmětu a podmínek dozoru státního zastupitelství na místech, kde se vykonává ochranné léčení (srov. kap. [9 a](#)).

Doporučení pro Ministerstvo spravedlnosti

- zajistit vodítka a průběžné vzdělávání soudců tak, aby došlo k usměrnění k větší jednotnosti (co se týká ukládání jednotlivých „typů“ ochranného léčení, kladení otázek znalcům, nepodmiňování trvání ochranného léčení nějakými tradičně vnímanými lhůtami; srov. kap. [7](#)),
- zavést jednotnou evidenci ochranných léčení (jednak uložených, a jednak nařízených) a centrální registr pacientů v ochranné léčbě (srov. kap. [6 d](#)),
- sjednotit formu a obsah návrhů/zpráv zdravotnických zařízení soudu (srov. kap. [6 g](#)).

Doporučení pro odbornou společnost

- standardizovat postupy používané při ochranné léčbě a stanovit programy ochranné léčby pro její jednotlivé typy (srov. [kap. 8](#)),
- propracovat a nabídnout lékařům nástroj k hodnocení rizikovosti pacienta v ochranném léčení (srov. kap. [6 f](#)).



pánské toalety



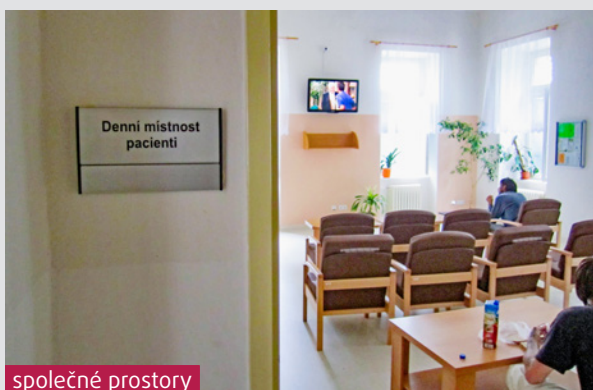
oděv k zapůjčení



chodba oddělení



venkovní prostor



společné prostory



dveře kabinky toalet

Ochranné léčení: situace v nemocnicích

11) Bezpečnost na oddělení

Nemocnice by měla představovat terapeutické prostředí, bezpečné pro pacienty i personál. Zvláštní výzvu u ochranného léčení představuje to, že je nezbytné bránit útěku pacientů a že část z nich má agresivní chování. V navštívených nemocnicích jsou proto činěna různá opatření, jako je budování zvláštních oddělení, improvizuje se vnitřní zabezpečení a uplatňují se zpřísněné režimy. Představitelé nemocnic mluví o tlaku, aby pacienty přijímali, i když jsou již na hranici toho, aby podmínky péče ještě byly bezpečné.

Z práva na život a ze zákazu špatného zacházení plyne povinnost přijímat adekvátní opatření k ochraně života a osobní integrity (pacientů i personálu) před předvídatelnými zdroji nebezpečí. Do této obecné prevence spadají preventivní programy proti šikaně, násilí, nehodám a úrazům a účinné stížnostní cesty. Personál musí být odpovídajícím způsobem proškolen, aby byl schopen včas rizika detekovat a přiměřeným způsobem zvládnout i neklidného či agresivního pacienta. Ve vztahu personálu vůči pacientům ani ve vztazích mezi pacienty navzájem nesmí panovat násilí a zneužívání.

Pokud se konkrétní člověk ocitne v konkrétním ohrožení, je povinností nemocnice za pomoci přiměřených opatření učinit vše, co je možné od ní rozumně očekávat, aby zabránila naplnění určitého bezpečnostního rizika. Povinnost státu ochránit pacienty před útoky ze strany třetích osob vzniká v případě, že státní orgány věděly nebo měly vědět o existenci skutečného a bezprostředního nebezpečí.

a) Zvládání akutního agresivního chování

Ve většině nemocnic zavedli nějaký systém operativního **přivolání dalších zdravotníků na pomoc**. To je nutností, neboť nemocnice vesměs nemají prostředky na komfortní personální zajištění ani těch nejexponovanějších oddělení. Příkladem je zřízení tzv. mobilního týmu v jedné velké nemocnici, jenž se sestává z předem určených zaměstnanců, kteří jsou důkladněji proškoleni. V jiné, menší nemocnici zavedli systém přivolání mužského personálu z jiných oddělení spočívající v tom, že se na každý den vypracuje tabulka s aktuálním stavem ošetrovatelského personálu, podle níž kontaktní žurnální sestra operativně zprostředkuje pomoc v reakci na nouzové volání. Všimla jsem si, že personál v rozhovorech uváděl, že se necítí zcela bezpečně tam, kde tento systém nebyl zřízen nebo nezajišťoval pomoc více než jednoho člověka. Podotýkám, že tam, kde systémy fungují, jde podle vedení o výsledek soustavné práce s personálem. Velmi důležité je dále myslet na to, aby možnost přivolat si pomoc byla bezprostřední a rychlá – například pomocí tlačítka, které má pracovník u sebe – a ne vázaná na nějaké mezikroky nebo použití telefonu v pracovně.

Až na výjimky jsem v nemocnicích zaznamenala nespokojenost s **nedostatkem mužů** v řadách ošetrovatelského personálu. Kde mužský personál působil, byl na odděleních znát větší klid. Nejčastěji jsou jen zajištěni jeden až tři muži ve směně na vybraných odděleních nebo v pohotovostním týmu. V jedné nemocnici je personální situace s ohledem na specifika regionu již léta tak neuspokojivá a řešení se zdá být mimo možnosti vedení nemocnice, že jsem k pomoci vyzvala také zřizovatele.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **zajistit dostatečný počet personálu na odděleních, kde u cílové skupiny pacientů lze očekávat závažné poruchy chování.**

b) Bezpečné, zabezpečené a bezdrogové prostředí

Zdá se, že zajištění bezpečného (prevence šikany, násilí, sebevražd), zabezpečeného (útěky) a bezdrogového prostředí pro ochrannou léčbu představuje jeden z největších problémů přímo v nemocnicích.

Setkala jsem se s dvěma problematickými situacemi. První je **využívání extrémně strohého prostředí a režimu** pro některé pacienty. Protože obecně bývají nejlépe zabezpečena nástupní oddělení, tak v případě, že pro pacienty s ochrannou léčbou není jiné, zabezpečené, tak někteří z nich na nástupních odděleních končí z bezpečnostních důvodů. Nezpochybňovala jsem v konkrétních případech důvody nemocnice, proč pacienta v zabezpečeném prostředí držela. Ale zvolený způsob byl nevhodný pro dané oddělení i pro pacienty. Nástupní oddělení jsou koncipována jen pro krátkodobý pobyt a bezpečnosti tam ustupuje vše (srov. kapitolu [14 h](#)). Druhým problémem je **přítomnost drog na oddělení a zneužívání mezi pacienty**. V jednom zvláště závažném případě byl tento problém důsledkem nevhodné stavební dispozice budovy, faktické nefunkčnosti vnějšího kamerového systému, skryší v interiéru a nedostatku mužského personálu. Představitelé nemocnic tvrdí, že bezdrogovou zónu nelze zajistit. Přitom jde o základní podmínku úspěšné léčby. Každý dobrovolně umístěný pacient, jemuž vyjde pozitivní test, je propuštěn. U pacientů v ochranném léčení však toto řešením není a nemocnice musí vynakládat zvýšené úsilí k minimalizaci pronikání drog.

Je otázka, kde začíná a končí úkol nemocnice zajišťovat tu složku ochranného léčení, kterou je ochrana společnosti. Protože základním účelem nemocnic je léčení, ne detence (ostatně tak je také pojata logika úhrady ze zdravotního pojištění). Předkládám tuto otázku Ministerstvu zdravotnictví (srov. kapitolu [10 b](#)), protože zabezpečení příslušných pracovišť musí být podpořeno také investicemi a jasným stanovením pravidel. Do té doby apeluji na nemocnice, aby činily maximum pro bezpečnost uvnitř nemocnic.

c) Kamery

V řadě psychiatrických nemocnic se lze setkat s **používáním kamer na odděleních**; z rozebíraných pěti psychiatrických nemocnic kamery na odděleních nepoužívají pouze v jedné. Nejčastěji jsou používány ke snímání místnosti, kde se používají omezovací prostředky, s cílem doplnit osobní kontroly stavu pacienta

také možností sledovat situaci v pracovním personálu na monitoru; jen někdy v takových případech platí povinnost pro ošetrovatelský personál zajistit nepřetržité sledování monitoru. Dále jsou někdy pod kamerami kuřárna, návštěvní místnost, terasa a dvorek. Výjimečně se lze setkat s používáním kamer na oddělení v mnohem větším rozsahu: chodba,⁴⁷ vybrané ložnice či společenská místnost,⁴⁸ velká část oddělení,⁴⁹ celé oddělení pro nástup do ochranného léčení včetně sociálního zařízení.⁵⁰ S nápady zřídit kompletně monitorované oddělení jsem se setkala při návštěvách psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic v roce 2018.

Používání kamer v prostorech, kde pacienti bydlí a léčí se, může vést k eliminaci veškeré intimity a nahrazováním osobní péče distančním neosobním sledováním. Nejde navíc o úsporu času personálu, neboť sledování obrazu blokuje pracovníka, a protože je únavné, vyžaduje pravidelné střídání, aby bylo zabezpečeno řádně. Proto s ním nesouhlasím a navrhuji provést důkladnější hodnocení rizika a podle výsledků umisťovat pacienty na oddělení dobře personálně připravená pro zajištění zvýšeného dohledu. Připouštím, že existuje také názor zastávaný některými zdravotníky, že použití kamer ve striktně vymezeném rozsahu je potřebné k praktickému zajištění ochrany života a zdraví pacienta v takové ohrožující situaci, jaká například odůvodňuje použití omezovacího prostředku. Každopádně jde o velmi závažný zásah do soukromí, který může potenciálně dosáhnout i intenzity špatného zacházení. Proto považuji za neudržitelný zásah do základních práv nemocných, že **se kamery používají bez zákonného zmocnění**.⁵¹ Musejí se zvážit argumenty medicínské a právní, a pokud se má pokračovat v zavedené praxi, přijmout zákonná úprava vymezující mantinely. Pro úplnost podotýkám, že není vhodné ani reálné problém řešit tím, že by se oprávnění k používání kamer zahrnující do formulářů používaných k vyjádření (ne)poskytnutí souhlasu s hospitalizací.



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- **buď připravit návrh změny zákona o zdravotních službách za účelem vymezení podmínek přípustného použití kamer v nemocnicích, nebo provést kroky v oblasti metodického vedení za účelem ukončení používání kamer.**

Tolik k principiální otázce. Dále musím doplnit, že **způsob používání kamer je místy zcela nepřipustný**: kamera zabírá i turecký záchod v izolační místnosti, a není v tom místě zaslepena, kamera zabírá chodbu před ložnicemi a zapíná se v noci (personál sdělil, že není k užitku, neboť buď má práci a nesleduje monitor, nebo slyší veškerý pohyb), kamera snímá člověka ve sprše nebo na toaletě. Takový způsob využívání kamerového systému (zbytečně nebo plošně v případě maximálně intenzivního zásahu) je nepřipustný.

47 Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Olomouc. Sp. zn. 2618/2016/VOP.

48 Psychiatrická nemocnice Bohnice, zjištění z roku 2018: Na akutních odděleních a oddělení 17 jsou na vytipovaných místech (observační pokoje a společenské prostory) umístěny kamery s vyvedením obrazu v pracovním personálu. Sp. zn. 14/2018/NZ.

49 Psychiatrická nemocnice Dobřany, akutní oddělení 13, zjištění z roku 2016. Sp. zn. 2361/2016/VOP, <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/4382>.

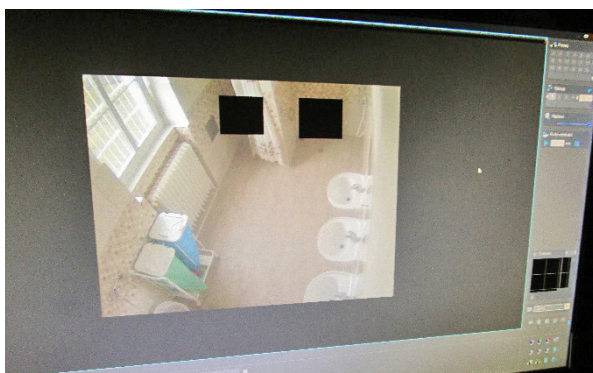
50 Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice. Sp. zn. 6/2017/NZ a zjištění i z roku 2018.

51 „Kamerový systém v souladu s platnou legislativou“ předpokládá Standard akutní lůžkové psychiatrické péče (Věstník MZ ČR, částka 5/2016, od str. 51), který ale zákonné zmocnění nepředstavuje.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- do doby nastavení jasných zákonných pravidel se při používání kamerových systémů držet zásady přiměřenosti a uplatňovat toto bezpečnostní opatření jen na základě provedení individuálního hodnocení rizika u pacienta.



Nepřiměřené použití kamerového systému – v koupelně a na toaletách. Černá pole jsou součástí nemocničního nastavení.

d) Mříže na oknech

Téměř ve všech navštívených zařízeních bylo v nějaké míře zaznamenáno používání mříží v oknech. Ve dvou zařízeních se používaly mříže také v interiéru – pro zabezpečení prostoru vstupu (to se týká také například jednoho oddělení v Psychiatrické nemocnici Bohnice) nebo pro oddělení provozní části od patientské. Řešení vstupu do izolační místnosti pomocí mříže bylo zaznamenáno v Psychiatrické léčebně Petrohrad.⁵²

Chápu dvojitý důležitý účel používání mříží v oknech – zabránění útěku a zároveň vyskočení z okna. Přitom použití mříží je relativně levné. Nicméně, stále vyzývám k hledání a používání alternativních bezpečnostních prvků, jako jsou okna z bezpečnostního skla s větráním pomocí ventilačních okének a podobně. Důvod je prostý: pacienti v ochranném léčení podstupují sice trestní opatření, avšak v roli nikoli vězňů, ale pacientů a personál psychiatrie zase nesmí být stavěn do role dozorců a trestajících. Mříže jsou prvek, který vězeňskou atmosféru navozuje. Mříže dělají velmi špatný dojem i na pacienty „civilní“ a jsou ostatně jedním ze zdrojů stigmatizace psychiatrie.

Co se týká mříží v interiéru, na některých místech pochybuji o jejich opodstatněnosti, když se bez nich většina poskytovatelů obejde. Mříže u vstupu dokumentují problém zabezpečení pracovišť, kde má probíhat léčení nebezpečných pacientů (srov. kapitolu [6 b](#)). Zákon žádné zabezpečovací stavebně-technické prvky neumožňuje, což některým poskytovatelům zjevně nebrání, aby mříže používali.

52 Individuální šetření ve věci sp. zn. 4174/2016/VOP.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **nepoužívat v oknech mříže, nýbrž neutrální bezpečnostní prvky.**

e) Role policie při zajištění bezpečí v nemocnici

Ve všech navštívených zařízeních **působí při různých příležitostech Policie České republiky**. Provádí šetření (typicky u pacientů v souvislosti s drogami), hlídá zájmové osoby, doprovází některé pacienty při příjmu. Někdy působí také obecní policie. V jedné psychiatrické nemocnici jsem zaznamenala naprosto nesrovnatelně vysokou četnost zásahů Policie České republiky uvnitř nemocnice na základě žádostí personálu o pomoc se zvládnutím agrese pacienta. Policie evidovala 100 zásahů během 17 měsíců na různých odděleních nemocnice, nepočítaje doprovody při přijetí pacienta. Při těchto zásazích nebyly použity donucovací prostředky podle policejního zákona, nýbrž policisté často pouze svou přítomností přiměli pacienta ke spolupráci se zdravotníky nebo asistovali při použití omezovacího prostředku (byli přítomni u celé čtvrtiny případů kurtování). Tyto poznatky jsem dovodila z analýzy úředních záznamů policie, neboť nemocnice sama zásahy neevidovala. Ze šetření v nemocnici vyplynulo, že zdravotníci se necítili být v pozici, aby mohli vlastními silami zvládat agresivní chování pacientů, a někteří vnímali pacienty především jako agresory. Zároveň bylo zjištěno, že chybí mužský personál, není zřízen efektivní systém přivolání kolegů na pomoc a vnitřní prostředí některých oddělení je nebezpečné. V ostatních nemocnicích představoval zásah policistů uvnitř zařízení raritní situaci.

Popsaný exces jsem zkritizovala jako velmi vážné riziko špatného zacházení ve formě excesivního použití síly a zdůraznila jsem, že jsou to i zdravotničtí pracovníci, kdo je v nepřijatelném riziku zranění při nedostatečně zajištěném zákroku. Pacient má právo na zdravotní péči, a ne pacifikaci v postavení potenciálního pachatele, do něhož ho staví policejní zásah. **Personální zajištění nemocnice má být takové, aby zvládala agresivní chování pacienta**, pokud jde o projev choroby (a nikoliv o trestně postihnutelné chování). Bohužel, u cílové skupiny některých oddělení lze tyto epizody předvídat, a nemocnice proto má být připravena zvládat je primárně svými silami. Nebrojím proti samotnému faktu, že policisté pomohou s aplikací omezení, když jsou přítomni například při dodání pacienta do nemocnice. Považuji však za důležité, aby se zdravotní péče nenahrazovala donucovacími složkami: hodnocení projevů nemocného a komunikaci s ním musí zajišťovat profesionál v oblasti psychiatrie, který má také zásadně mít vedoucí úlohu při zákroku.

Podotýkám, že přiměřenost zásahů policistů v nemocnici není nijak zaručena. Věnovala jsem této otázce zvláštní šetření⁵³ s tím závěrem, že policisté nejsou adekvátně proškolení v zacházení s psychiatrickými pacienty, a jedná se tak o čistě silovou složku. Ministerstvu zdravotnictví jsem v rámci šetření doporučila zajistit odbornou podporu policejnímu prezidiu při přípravě **vzdělávacího programu pro policisty**, jenž by pokrýval téma zásahu na vyžádání personálu psychiatrického oddělení, asistence při ošetření člověka trpícího duševní poruchou, deeskalace a alternativ k silovému zvládnutí problematického chování osoby trpící duševní poruchou. Není mi známo, že by byl zatím takový program připraven. Navrhuji proto

poskytovatelům, aby podle místních podmínek případně navazovali užší spolupráci se složkami policie (státní či městské) a domlouvali zcela konkrétní postupy pro dodržování výše uvedených zásad.



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- zjišťovat a analyzovat případy, kdy policie zasahuje na vyžádání personálu psychiatrických oddělení a nemocnic; výsledky průběžně promítat do metodického vedení a vzdělávání,
- vypracovat, ve spolupráci s policejním prezidiem, postup pro situace, kdy pro zvládnutí agresivního pacienta zdravotníci volají na pomoc policii a kdy policie působí na půdě zdravotnického zařízení, s cílem zajistit jejich koordinaci a postup založený na principu co nejmenšího omezení a minimalizace použití síly.

f) Nedostatek informací o pacientovi

Psychiatri a manažeři navštívených nemocnic byli někdy nespokojeni s (ne)předáváním informací ze strany policie ohledně projevů a historie člověka, který je přivezen k příjmu do ambulance nebo na lůžko. Například pacienta dodává policejní orgán, který nezná okolnosti jeho zadržení případně trestního řízení, nebo policisté nevyčkají na setkání s lékařem a nemocnici opouštějí.

Přítom lékař potřebuje maximum relevantních informací, aby mohl oprávněně rozhodnout, že případně přijme pacienta bez souhlasu. Domnívám se, že v této oblasti je namístě zakotvit – ať už zákonem, či vnitřním předpisem Policie České republiky – povinnost policie zajistit, že informace o okolnostech zadržení a převozu pacienta budou vždy zdravotnickým pracovníkům předány. O tento výsledek by se mělo postarat Ministerstvo zdravotnictví, aby byl plně reflektován účel tohoto sdělování informací (tedy úkony podle zákona o zdravotních službách).

Pozdějším problémem poté je, když se pečujícím nedostane znalecký posudek aktuálně vypracovaný pro trestní řízení, respektive alespoň jeho část týkající se hodnocení nebezpečnosti pacienta.



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- zajistit, případně ve spolupráci s Ministerstvem vnitra, vydání předpisu zakotvujícího povinnost policie zajistit, že zdravotnickým pracovníkům budou předány informace o okolnostech zadržení a převozu pacienta, u něhož policie asistovala.

g) Zásahy bezpečnostní služby

Co se týká působení soukromé bezpečnostní služby, v psychiatrické nemocnici jsem se s tím setkala dvakrát, a to mezi úkoly pracovníků služby nepatřilo zasahovat vůči pacientům. Navštívené všeobecné nemocnice bezpečnostní služby měly, přičemž na psychiatrických odděleních zasahovaly výjimečně; častěji byly využívány ke zjednání klidu v čekárně před ambulancí. V jedné nemocnici však neměli dost podrobné záznamy o zásazích na oddělení. V žádné nebylo zajištěno zvláštní školení pracovníků bezpečnostní služby pro potřeby zásahu na psychiatrii.

I zde platí, že **poskytovatel musí zajistit, aby zásadně chorobné projevy pacientů zvládali zdravotníci**. Pokud umožňuje, aby na odděleních zasahovala také bezpečnostní služba, musí zajistit, aby tito pracovníci měli **jasně stanoveny kompetence, byli vybíráni z vhodných osob a byli dostatečně proškoleni** pro jednání s pacientem s duševní poruchou (v komunikaci, používání verbálních i manuálních technik zvládání neklidných nebo násilných pacientů) a asistenci zdravotníkům. To je předpokladem zvládání konfliktních situací alternativami k použití síly (princip co nejmenšího omezení) a efektivnosti, šetrnosti a bezpečnosti zvolených postupů (princip minimalizace použité síly). Cílem je dobrá koordinace se zdravotníky. O průběhu zásahu vždy musí rozhodovat zdravotník. Toto musí poskytovatel zajistit bez ohledu na to, zda jde o bezpečnostní službu interní nebo zajištěnou dodavatelsky. S ohledem na výše uvedená rizika (kapitola [11 f](#)) má však rozhodně přednost zřizování vnitřních krizových týmů sestavených ze zdravotnických pracovníků.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **zajistit zvládání agresivního chování pacienta, pokud jde o projev choroby pacienta, primárně silami zdravotnických pracovníků,**
- **zajistit, aby pracovníci ostrahy potenciálně zasahující na psychiatrickém oddělení měli jasně stanoveny kompetence, byli vybíráni z vhodných osob a byli dostatečně proškoleni pro jednání s pacientem s duševní poruchou a asistenci zdravotníkům.**

h) LGBTI

Pacienti LGBTI,⁵⁴ tedy s menšinovou sexuální orientací a trans lidé, jsou zranitelnou skupinou v rámci uzavřených kolektivů. Personál psychiatrické nemocnice musí znát související specifické nároky na ochranu před diskriminací a špatným zacházením a zajišťovat ji. Transsexuální pacienti by měli být umisťováni na oddělení na základě individuálního posouzení jejich případu a po dohodě s pacientem samotným.⁵⁵ K tomuto tématu jsem se vyjadřovala ve třech nemocnicích, a to pouze v pozitivním duchu.

54 Lesbian – gay – bisexual – transsexual – intersexual.

55 The Committee against torture. Ninth annual report of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment CAT/OP/C/57/4 [online]. Published on 22 March 2016. United Nations. Dostupné z: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/059/73/PDF/G1605973.pdf?OpenElement>.

12) Informovaný souhlas

a) Právní standard

Zásadou při poskytování zdravotních služeb je, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas, je-li způsobilá souhlas dát; pokud není, pak souhlas uděluje opatrovník, nebo u závažných zásahů do integrity soud. Z uvedeného existují výjimky, jako je řešení naléhavých případů nebo léčba vážné duševní poruchy, nicméně **postup v takových výjimečných situacích musí být stanoven zákonem a musejí existovat nástroje kontroly a odvolání (opravného prostředku) na ochranu pacienta**. To stanoví Úmluva o biomedicině⁵⁶ i Evropská úmluva,⁵⁷ které se uplatňují přednostně před zákonnými předpisy a slouží k jejich výkladu souladnému s ústavou.⁵⁸

Z rozhodovací činnosti Evropského soudu pro lidská práva k otázce souhlasu vyplývají další podrobnosti. Souhlas s léčbou není zajištěn (či nahrazen) souhlasem s hospitalizací nebo rozhodnutím soudu o přípustnosti hospitalizace.⁵⁹ A léčba bez souhlasu pacienta v ochranném léčení může podle okolností dosáhnout závažnosti nelidského a ponižujícího zacházení.⁶⁰ Nicméně zásah do práva na péči poskytovanou zásadně na základě svobodného a informovaného souhlasu neplyne ze skutečnosti, že je pacient při rozhodování pod tlakem okolností – tedy když musí volit mezi braním léků a dřívějším propuštěním z nemocnice, anebo terapeutickými postupy pomaleji snižujícími jeho nebezpečnost, a tedy prodlužováním jeho omezení svobody.⁶¹

Jaké nástroje kontroly a odvolání se stanoví, je na rozhodnutí každého státu. Co se týká formy souhlasu s léčbou, z mezinárodních závazků ani z občanského zákoníku neplyne závazně písemná forma, ale Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy Rec(2004)10 ji doporučuje. Ta totiž napomáhá tomu, že daný akt skutečně proběhne, vylučuje pozdější nejasnosti a zlepšuje důkazní situaci pro případ sporu. Konkrétně ohledně souhlasu s hormonální léčbou antiandrogeny se Evropský soud pro lidská práva v roce 2014 pozastavil nad tím, že v České republice se písemná forma souhlasu neuplatňovala.⁶²

56 Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině, vyhlášená pod č. 96/2001 Sb. m. s.; čl. 5 a čl. 7 (ochrana osob s duševní poruchou).

57 Článek 8 (právo na respektování rodinného a soukromého života). Zásah do integrity člověka, jakým jsou zdravotní výkony proti vůli pacienta, je porušením základního práva na ochranu soukromého života, leda by byl v souladu se zákonem, sledoval legitimní cíl a byl nezbytný v demokratické společnosti. Podmínka zákonnosti mimo jiné vyžaduje, aby zákon, o který se poskytování péče bez souhlasu opírá, obsahoval záruky ochrany jednotlivce proti svévoli. Srov. rozsudek Evropského soudu pro lidská práva X. proti Finsku, op. cit., § 212–217.

58 Aplikační přednost před zákonem má i Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, vyhlášená pod č. 10/2010 Sb. m. s. Její výklad Výborem OSN pro práva osob se zdravotním postižením je radikální a plyne z něj bezvýjimečný zákaz jakýchkoli nedobrovolných zdravotních zásahů; zásahy odůvodněné duševní poruchou či postižením představují nepřipustné rozlišování mezi lidmi na základě tohoto kritéria, a tedy diskriminaci. Nucená léčba je výborem vykládána jako porušení hned několika článků úmluvy. Srov. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General comment No. 1 (2014). CPRD/C/GC/1 [online]. New York: United Nations, 2014 [cit. 1. 11. 2017]. Dostupné z: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement>; bod 42.

Dosud není jasná interpretace této úmluvy v kontextu ochrany práv člověka v systému Rady Evropy, nicméně rozhodně nelze očekávat snížení úrovně ochrany práv pacienta, kterou už nyní stanoví Evropská úmluva.

59 Že rozhodnutí o nedobrovolném pobytu v nemocnici nemůže znamenat možnost podrobovat pacienta lékařským výkonům i proti jeho vůli, aniž by šlo o zásah do jeho základních práv, je výslovně uvedeno v rozhodnutí X. proti Finsku, op. cit., v § 220.

60 Evropský soud pro lidská práva se právě tím zabýval u léčby antiandrogeny při ochranném léčení v případě Dvořáček proti České republice (rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 6. listopadu 2014, Dvořáček proti České republice, č. 12927/13). V daném případě Soud dospěl k závěru, že léčba byla poskytována s informovaným souhlasem pacienta, a tak už neřešil otázku, zda existují procesní záruky pro přijímání rozhodnutí o léčbě bez souhlasu (srov. § 90 rozsudku).

61 Tamtéž, § 102 a § 104. Stejně se k tomu staví Ústavní soud v rozhodnutí sp. zn. I. ÚS 3654/10, op. cit.

62 Dvořáček proti České republice, op. cit., § 104.

b) Současná zákonná úprava a její dva problémy

Zákon o specifických zdravotních službách stanoví v § 88 odst. 1 písm. a) pro ochranné léčení výjimku z pravidla léčby se souhlasem, a to takto: „Pacient je (...) při výkonu ochranného léčení povinen podrobit se individuálnímu léčebnému postupu stanovenému pro ochranné léčení, včetně všech zdravotních výkonů, které jsou součástí individuálního léčebného postupu; tím není dotčeno právo pacienta vybrat si z možných alternativ léčby nebo jeho právo na souhlas podle zákona o zdravotních službách pro jednotlivé zdravotní výkony, které bezprostředně nesouvisí s naplněním účelu ochranného léčení.“

Zákon je za hranicí toho, co vůbec lze vyložit způsobem slučitelným s Evropskou úmluvou. Zaprvé kvůli zvolenému jazykovému vyjádření: text je formulován obecně, jako by nebyl postup bez souhlasu pacienta jen výjimkou a jako by neměl pacient vůbec právo vyjádřit s jednotlivými zdravotními úkony svůj souhlas, a ani související právo na informace, a také právo odmítnout některé úkony. Navíc je zde explicitní ustanovení § 99 odst. 5 trestního zákoníku, podle něhož je opakované odmítnutí vyšetřovacích nebo léčebných výkonů či jiné projevení negativního postoje k ochrannému léčení možným důvodem pro dodatečnou změnu ochranného léčení na zabezpečovací detenci. Druhým problémem právní úpravy je, že neexistuje žádné zvláštní ustanovení o tom, jak se pacient může ohradit proti úvaze lékaře a proti konkrétní jím zvolené léčbě ani jakým způsobem se přijímá rozhodnutí o zahájení nějaké léčby.

Tyto nedostatky jsou již několik let známy odpovědným orgánům, ale než aby byla zahájena práce na nápravě, spíše ji Ministerstvo zdravotnictví odkládá. Už v roce 2015 vláda přislíbila⁶³ vyjasnit právní úpravu a také vydat metodický pokyn k odstranění nejasností ohledně potřebnosti souhlasu pacienta s léčbou antiandrogeny. Vládní úkol z roku 2016⁶⁴ zase ukládal Ministerstvu zdravotnictví metodicky upravit používání citovaného ustanovení zákona, průběžně vyhodnocovat jeho účinnost a do 31. března 2018 předložit vládě analýzu souladu reality s Evropskou úmluvou. Ministerstvo úkol nesplnilo a krátce před termínem dosáhlo jeho zrušení.

c) Zjištění z návštěv

Poznatky ze systematických návštěv potvrzují, že **§ 88 odst. 1 písm. a) zákona o specifických zdravotních službách je vykládán doslovně**. Psychiatrické nemocnice ve svých pravidlech obvykle uvedené zákonné ustanovení citují, případně je přeformulují jako „pacient má právo souhlasit či nesouhlasit jen s těmi zdravotními výkony, které nemají souvislost s uloženým ochranným léčením“. Z vyjádření představitelů nemocnic na naší společné debatě jasně plyne, že (ne)souhlas pacienta považují za určující pouze u léčby problémů, jež nejsou pokryty soudním rozhodnutím o ochranném léčení; **u léčby týkající se ochranného léčení může pacient jen volit mezi možnými alternativami**.⁶⁵ Přičemž u psychiatrické ochranné léčby je řeč o alternativách v rámci farmakoterapie; psychoterapie tam není lékaři považována za alternativu.⁶⁶

63 ČESKO, Vláda České republiky. Vyjádření vlády České republiky ke Zprávě o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 1. až 10. dubna 2014. CPT/Inf (2015) 29 [online]. Štrasburk: CPT, 2015 [cit. 3. 9. 2018]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168069568f>, bod 158.

64 Vláda České republiky. Usnesení č. 609 ze dne 7. 7. 2016 k návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony [cit. 3. 9. 2018]. Dostupné z: <https://apps.odok.cz/attachment/-/download/RCIAABTGY91A>.

65 Srov. také Páv a Švarc, op. cit., s. 9.

66 Případ farmakoterapie proti vůli pacienta s uloženým ochranným léčením psychiatrickým (pro pomluvu) jsem podrobně rozebrala v případě sp. zn. 5091/2017/VOP. Ne zcela dobrovolné přijetí léčby je při léčbě psychóz a afektivních poruch pravidlem.

Obsah ochranného léčení považují nemocnice za čistě medicínskou otázku a souhlas za nahrazený rozhodnutím soudu o trestním opatření. V praxi někdy dochází k přinucení k braní léků, jindy má pacient čas se adaptovat a je postupně přesvědčen. Za nastavení léčby je odpovědný ošetřující lékař pacienta. Písemnou verzi rozhodnutí lékaře pacient neobdrží, může pouze požádat o kopii své zdravotnické dokumentace.

Co se týká **informování pacientů o navržené léčbě**, probíhá neformálně. Zpravidla sice vzniká plán léčby, a někdy je i v dokumentaci dohledatelný (v epikrizě či průběžném záznamu lékaře) a podle vyjádření lékařů je pacient o něm informován, ale není zvykem, aby pacient záznam připodepsal, nebo aby obdržel informaci písemně. Písemná a předávaná na začátku pobytu jsou pouze velmi obecná poučení o právech a povinnostech v ochranném léčení. V nemocnici v Kosmonosech šli dál a vstupní poučení individualizovali. Pacient v psychiatrickém ochranném léčení tam měl ve vstupním poučení jako souhrn diagnózy a cílů ochranného léčení uvedeno například „psychotické onemocnění, zavedení pravidelné antipsychotické terapie, nastavení dávkování, získání dostatečného náhledu na problematiku a vstřícnosti k terapeutickým postupům“, jako obsah ochranného léčení měl pak uvedeno „režimová léčba, psychoterapie, podávání léků dle ordinace ošetřujícího lékaře“ a dále prohlašoval „beru na vědomí fakt, že některé podávané léky mohou vést k nežádoucím účinkům a tyto otázky se mnou budou jednotlivě a individuálně probrány, pokud takový případ nastane“. To je pozitivní krok ke vtažení pacienta do rozhodování, ale není to dostatečně konkrétní pro potřeby informovaného souhlasu s konkrétními léky, a obsah informování by se tedy dokazoval svědecky.

Jiná je situace u **elektrokonvulzivní terapie**, u níž jsou předkládány formuláře souhlasu spolu s podrobnou písemnou informací, která se bez souhlasu pacienta většinou provádí pouze z tzv. vitální indikace (podrobnosti v [kapitole 19](#)).

U **antiandrogenní léčby** se v praxi výslovný souhlas spíše vyžaduje, a to i u pacientů v ochranném léčení. Antiandrogeny jsou součástí biologických léčebných metod u parafilií, kdy jsou dále kombinovány s psychoterapií. Jde o hormonální léčbu působící útlum sexuální aktivity muže (a u delikventů tedy také nebezpečnosti). Pokud k použití hormonální léčby není u pacienta kontraindikace, umožňuje jeho propuštění na svobodu v relativně krátkém čase. Léčba má vedlejší účinky, reversibilní, ale některé i nevratné. Podle odborných standardů je léčba podmíněna svobodným a informovaným souhlasem pacienta.⁶⁷ To se při návštěvách potvrdilo; u pacientů, kteří souhlas neposkytli, lékaři čekali, až změní názor, a motivovali je. Fakt je, že parafilní sexuální delikventi jsou do léčby odesíláni v naprosté většině nedobrovolně a za součást psychoterapeutického úsilí se považuje také překonání jejich odporu.⁶⁸ Kromě jedné výjimky byl souhlas poskytován písemně; v té nemocnici, kde jsem doporučila zavedení písemné formy, mi vyhověli. V nemocnici v Havlíčkově Brodě používali také podrobné písemné informační materiály o jednotlivých hormonálních lécích. Písemná forma souhlasu i informací by měla být standardem.⁶⁹

V praxi **se neuplatňují žádné pojistky pro případ aktivního nesouhlasu pacienta** s navrženou léčbou. Pacienta, který nesouhlasí s předloženým plánem, někteří lékaři odkážou na jeho právo podat stížnost na poskytování zdravotních služeb podle § 93 a násl. zákona o zdravotních službách; tu bude příštích 30 nebo 60 dnů vyřizovat poskytovatel a později krajský úřad, který však nemá nástroj k tomu, aby poskytovateli

67 Srov. ZVĚŘINA, Jaroslav: Terapie sexuálních delikventů – mezinárodní standardy. Praha: Čes a slov Psychiatr, 2012; 108(1): 35-40. ISSN 1212-0383. Dále Zvěřina a Weiss, op. cit., kap. 5.3.3.

68 Srov. tamtéž, kap. 5.2.2.2 a 5.6.1.

69 Srov. Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro českou vládu o návštěvě České republiky provedené v roce 2014. CPT/Inf(2015)18 [online]. Štrasburk: CPT, 2014 [cit. 26. 7. 2019]. Dostupné z: <https://www.coe.int/en/web/cpt/czech-republic>, bod 158.

něco nařídil. Není navíc zvykem, že by se kvůli podání stížnosti zahájení léčby pozdrželo. Jinak představitelé nemocnic navrhuji, ať se nespokojený pacient obrátí na trestní soud s návrhem na změnu rozhodnutí o ochranném léčení, což je řešení jednak zdlouhavé, a jednak neúčelné: trestní soud totiž nemá podklad k tomu, aby se vyjadřoval ke konkrétní navržené léčbě. Na všech pracovištích probíhaly primářské vizity, jež působí jako faktická supervize. Léčba je ale plně v kompetenci ošetřujícího lékaře a neuplatňují se nějaké modely přezkumu jeho rozhodnutí primářem, rozhodně ne ve smyslu práva pacienta na nezávislý přezkum.

Kromě toho, že tedy není zvykem pojistky uplatňovat, **pochybuji, že jsou účinné pojistky vůbec k dispozici.** Jde o situaci podobnou té, v jaké jsou psychiatričtí pacienti podrobení civilní nedobrovolné léčbě;⁷⁰ ti také nemají účinný nástroj k přezkoumání názoru nemocnice, že situace odůvodňuje nedobrovolné poskytnutí neodkladné péče, respektive jaké konkrétně (srov. případ nedobrovolného použití elektrokonvulzivní terapie popsany v kapitole 19 c). Je mi známo, že jedna psychiatrická nemocnice pilotně zkouší předkládat podle § 101 občanského zákoníku soudu k přivolení případy, kdy pacient považovaný za neschopného úsudku aktivně proti léčbě protestuje. Soud však v řádu týdnů vůbec nereaguje, což je pro klinickou praxi nepřijatelné a z pohledu pacienta neúčinné. Přivolení soudu se podle § 101 občanského zákoníku vztahuje na zásahy zanechávající „trvalé, neodvratitelné a vážné následky“ a představitelé nemocnic, s nimiž jsem problém řešila u kulatého stolu, tyto parametry u psychiatrické léčby nespátřují. Dále se podle § 82 občanského zákoníku pacient teoreticky může dožadovat u soudu rozhodnutí o upuštění od neoprávněného zásahu do osobnosti, ale rovněž mi není známo, že by to v praxi někdo využil k ochraně před zahájením léčby, nemluvě o absenci systému právní pomoci hospitalizovaným pacientům. Do úvahy je, podle mého názoru, nutné vzít také veřejnoprávní charakter ochranného léčení, při němž zdravotníci vystupují vůči pacientům ve dvojí roli, a řada kroků psychiatrické nemocnice může představovat výkon veřejné moci vůči pacientovi. U použití omezovacího prostředku, omezování kontaktu s vnějším světem či zahájení léčby bez souhlasu lze dovést prvek výkonu veřejné moci, a tím i působnost soudů ve správním soudnictví. Opět ale pochybuji o účinnosti tohoto typu ochrany bez dalšího (problémy poučení pacienta, osvobození žaloby od soudního poplatku, dostupnosti právní pomoci, rychlosti rozhodnutí).

d) Hodnocení a doporučení

V praxi tedy o léčbě rozhoduje ošetřující lékař, když stanovuje individuální léčebný postup. Zákon jej při tom kromě požadavku na postup lege artis limituje pouze obecným pojmem účelu ochranného léčení. Pacient si může vybrat mezi alternativami, pokud mu lékař nějaké předloží. Výše jsem vysvětlila, že bez možností účinné kontroly a odvolání je takový model v rozporu s Evropskou úmluvou, což je problém. Také pro terapeutické působení na pacienta není z dlouhodobého hlediska dobré, že je ponecháno na lékaři, aby fakticky léčbu vynucoval.

Za nejlepší řešení této neuspokojivé situace považuji změnit zákon o specifických zdravotních službách tak, aby dva výše uvedené nedostatky byly napraveny. Je tedy zapotřebí zpřesnit § 88 odst. 1 písm. a) tohoto zákona, vyjádřit v zákoně zásadu nejméně omezujícího nebo obtěžujícího zacházení (léčby), zásadu dočasnosti platnosti rozhodnutí o léčbě a stanovit pojistky proti zneužití moci (pravidla přijímání rozhodnutí o nedobrovolné léčbě a proces odvolání a přezkumu).

Když hovořím o „**rozhodnutí o nedobrovolné léčbě**“, jsem ve shodě se současným přístupem napříč státy Rady Evropy vyjádřeným v Doporučení Výboru ministrů Rec(2004)10 a odpovídajícím návrhu tematického

70 Podle § 38 odst. 3 zákona o zdravotních službách.

dotatkového protokolu k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně.⁷¹ Doporučení Rec(2004)10, které zavazuje také vládu České republiky, výslovně doporučuje určité postupy pro přijímání rozhodnutí o nedobrovolné léčbě (čl. 20) a způsob realizace práva na informace (čl. 22). Pacient má právo na přezkoumání rozhodnutí a odvolání. Z analýzy těchto dokumentů a také dosavadních názorů výboru CPT lze dovodit několik konkrétních doporučení pro rozhodnutí o nedobrovolné léčbě v české praxi:

- Nejprve pacientovi poskytnout informace o navrhované léčbě (účel, trvání a účinky).
- Při stanovení individuálního léčebného postupu odůvodnit rozhodnutí o poskytování léčby bez souhlasu – tedy vyjádřit, proč je daná léčba nezbytná k dosažení toho kterého konkrétního cíle a proč nebyla zvolena méně restriktivní (pro pacienta přijatelnější) varianta.
- Vypořádat se s přáním a názorem pacienta – vždy je nutné vzít je alespoň v úvahu.
- Stanovit, kdy se rozhodnutí bude obnovovat – tedy v zásadě je činit na dobu určitou. Být připraven učinit změnu na režim léčby se souhlasem, když pacient změní názor a chce souhlas poskytnout.
- Informovat pacienta o možnosti žádat přezkoumání rozhodnutí – interní, pokud je v nemocnici zaveden (například přezkoumání případu primářem nebo lékařem bez spojitosti se zainteresovanými zdravotníky), a externí, to je soud.
- O rozhodnutí učinit záznam obsahující všechny tyto položky a kopii předat pacientovi a případně jeho opatrovníkovi.

Domnívám se, že pokud by se ujalo toto pojetí, situace by se u každého pacienta zpřehlednila, napomohlo by to hledání rovnováhy mezi zájmem pacienta a zájmem společnosti a usnadnilo případný přezkoumání.



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- **přípravit návrh novely § 88 odst. 1 písm. a) zákona o specifických zdravotních službách tak, aby obsahoval zásadu svobodného a informovaného souhlasu také v případě ochranného léčení, případné výjimky stanovil jasně a vyžadoval pro ně odůvodněné rozhodnutí o nedobrovolné léčbě a upravoval možnost odvolání proti němu k nezávislému orgánu,**
- **analyzovat dostupnost a účinnost existujících nástrojů ochrany (civilní nebo správní soud) pacientů, kteří odporují rozhodnutí opatrovníka nebo poskytovatele/lékaře o jejich psychiatrické léčbě, a v návaznosti na výsledek analýzy buď připravit metodický a informační materiál pro poskytovatele a pacienty, jak tyto nástroje účinně využívat v klinické praxi, anebo připravit návrh novely zákona o zdravotních službách a zakotvit nástroj nový,**
- **shrnout právní pravidla léčby duševních poruch bez souhlasu do metodického materiálu pro poskytovatele zdravotních služeb.**

71 Committee on Bioethics (DH-BIO). Draft Additional Protocol concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder with regard to involuntary placement and involuntary treatment, as revised by the 13th DH-BIO (Strasbourg, 23 – 25 May 2018). DH-BIO/INF (2018) 7 [online]. Štrasburk: Council of Europe, 2018 [cit. 3. 9. 2018]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/inf-2018-7-psy-draft-prot-e/16808c58a3>.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- do provedení legislativních změn postupovat v souladu s Evropskou úmluvou, tedy (i) žádat i od pacientů v režimu ochranné léčby informovaný souhlas s navrženým individuálním léčebným postupem a snažit se pacienta přesvědčit, a pokud pacient navrženou léčbu odmítá, nebo odporuje souhlasu udělenému opatrovníkem a daná léčba je z pohledu lékaře nezbytná, potom (ii) učinit o rozhodnutí zahájit léčbu bez souhlasu podrobný odůvodněný záznam do dokumentace a kopii předat pacientovi nebo jeho zástupci a (iii) pacienta informovat o možnosti požádat soud podle § 82 občanského zákoníku o ochranu jeho osobnosti,
- antiandrogenní léčbu poskytovat na základě písemného souhlasu a poskytovat pacientům písemné informace o účincích a o průběhu této léčby.

e) Možné pojistky při nedobrovolné léčbě

K doplnění svého výkladu předkládám několik odkazů na relevantní zdroje, ze kterých může česká legislativa čerpat inspiraci při nastavování systému kontroly a odvolání při nedobrovolné léčbě.

V prvé řadě je zde Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy Rec(2004)10, jehož články 16–25 obsahují základní zásady a rámec pro rozhodnutí o nedobrovolné léčbě i parametrech ochrany pacienta.

Neformálním opatřením k ochraně pacienta může být stanovení povinnosti předložit plán léčby, jenž pacient rozporuje, k potvrzení primářem či na daném poskytovateli nezávislým psychiatrem, jak je to v některých zemích stanoveno. (Možnost žádat externí názor na navrženou léčbu umožňuje už nyní § 109 občanského zákoníku, není ale jasné, kdo by jej měl hradit.) Dalším opatřením může být obligatorní hlášení každého případu nedobrovolné léčby kontrolnímu orgánu a časová omezenost platnosti rozhodnutí lékaře o určité léčbě s nutností učinit následně nové rozhodnutí. Formálním opatřením je pak právo pacienta odvolat se proti rozhodnutí lékaře k externí autoritě.

Zpráva CPT z návštěvy Norska v roce 2018 popisuje tamní pravidla, jež lze zjednodušeně vyjádřit takto: Zákon stanoví, kdy je nedobrovolná léčba výjimečně přípustná. Pak stanoví postup: (i) vyzkoušet/vyloučit dobrovolné alternativy, (ii) zjistit názor pacienta, (iii) zjistit názor jiného psychiatra, (iv) mít přesvědčení, že je zde velká pravděpodobnost, že nedobrovolná léčba povede k vyléčení nebo významnému zlepšení zdravotního stavu, nebo zabrání významnému zhoršení onemocnění, (v) pozorovat pacienta alespoň pět dnů s výjimkou případů, kdy by odložení zahájení léčby způsobilo významnou škodu, anebo je pacient zařízení dobře znám, (vi) vydat rozhodnutí o nedobrovolné léčbě a poskytnout pacientovi nebo jeho osobě blízké 48 hodin na odvolání. Rozhodnutí má platnost maximálně tři měsíce.⁷²

72 Srov. zprávu CPT z návštěvy Norska v roce 2018, CPT/Inf (2019) 1 [online]. Štrasburk: CPT, 2019 [cit. 18. 6. 2019]. Dostupná z: <https://rm.coe.int/1680909713>, bod 132.

13) Léčba

Léčba je v samém jádru účelu ochranného léčení. Pacient v ochranném léčení má právo na zajištění programu, který mu umožní dosáhnout účelu ochranného léčení. Mnoho aspektů léčby zároveň představuje citelný zásah do integrity člověka. Pokud jsou zvláště tíživé či ponižující a dochází k nim bez souhlasu pacienta nebo bez splnění podmínky lékařské nezbytnosti ve světle lékařské vědy, mohou samy o sobě nebo skrze kumulativní efekt, a s ohledem na délku trvání a individuální důsledky, dosáhnout až závažnosti špatného zacházení.

Pohled prevence špatného zacházení je samozřejmě velmi zužující a tato a následující kapitoly nemají ambici postihnout celou oblast péče v psychiatrických nemocnicích.

Stav v navštívených zařízeních lze charakterizovat tak, že pacientům se dostává péče různé úrovně. Jen část z nich se léčí v rámci jasně stanoveného programu, ze kterého by byl zřejmý obsah a průběh pobytu a podmínky pro jeho případné ukončení. Na části navštívených oddělení není léčba komplexní. Upozorňuji na prvky zvláště citlivé z hlediska zneužití moci (motivační systém, léčebný režim, propustky), které jsou ne vždy dostatečně ukotveny v programu léčby. Následující text tato témata představuje a shrnuje, ale ohledně situace v jednotlivých nemocnicích odkazují přímo na zprávy z návštěv.

Léčba by měla být založena na individuálním přístupu. Součástí léčebného plánu by měla být široká škála terapeutických aktivit a pacienti by měli mít v zásadě každodenní přístup na vzduch. Je rovněž žádoucí, aby jim byla nabídnuta možnost vzdělávání a vhodné práce.⁷³

a) Léčebné programy ochranného léčení

Zabezpečení ochranného léčení je velmi náročný úkol. Uvnitř skupiny pacientů s ochranným léčením jsou dílčí podskupiny, které mají velmi odlišné potřeby a možnosti, co se týká bezpečnosti, práce s volní složkou osobnosti, získání plného náhledu pacienta na onemocnění i na spáchaný čin, potřeby režimu, užítka ze skupinové psychoterapie a schopnosti pracovat. Jsou zde také nemotivovaní, agresivní pacienti. Proto je zapotřebí vytvořit různé programy. Zároveň, i když je každý pacient jiný, každý má právo na péči, jež mu umožní dosáhnout účelu ochranného léčení.

V tomto smyslu jsem zkoumala nabízené programy ochranné léčby: zda pro podskupiny pacientů v ochranném léčení v nemocnici existuje zřejmý obsah a průběh léčby, zda jsou jasně stanoveny fáze léčby a pravidla pro hodnocení postupu pacienta, zda skupinové a režimové prvky, případně i motivační systém, mají odborný rámec a stanovená pravidla.

Každé sexuologické oddělení program léčby mělo (svůj vlastní). U léčby návykových nemocí pak obecně záleželo na tom, zda pacient byl umístěn na oddělení s psychoterapeutickým programem, jenž je zpravidla podrobně rozpracován. S ohledem na kapacitu těchto oddělení a náročnost na motivaci byla péče takové úrovně dostupná jen části pacientů. Také psychiatrické ochranné léčby měly propracovaný

73 Standard CPT z roku 1998, bod 37.

Ochranné léčení: situace v nemocnicích

program pouze někde. Je pravda, že psychiatrické léčení je více individuální, ale kupříkladu v Horních Beřkovicích byl program ochranného léčení stanoven a pacienti věděli, co se od nich očekává a kde se právě v rámci svého postupu nacházejí.

V několika případech jsem vyslovila kritiku. Například u oddělení pro pacienty s ochrannou léčbou psychiatrickou a protialkoholní a protitoxikomanickou, kde kromě braní léků byla od pacientů vyžadována jen účast na cca 2 hodinách terapeutických aktivit denně a na skupinové psychoterapii jednou za 14 dnů. Program léčby tam nebyl podrobněji ukotven. Sice se pacientům léčba prezentovala jako postup několika stupni, ale postup byl dán jen dobou strávenou na oddělení a mírou spolupráce pacienta, kterou personál definoval jako nepřítomnost problémového chování. V praxi se projevoval mírou vycházek a propustek, což sice některé pacienty motivovalo, ale pro část z nich byl program málo náročný a jejich pobyt málo smysluplný. Problém daný nedostatkem odborných pracovníků a propracovaného programu byl umocňován tenzí při soužití pacientů s psychózami či mentálním postižením a toxikomany. Program tak částečně absentoval a částečně byl nezajištěn.

Panuje **nerovnost podmínek pro pacienty**, co se týká bohatosti léčebných aktivit, restriktivnosti režimu i toho, po jaké době nemocnice vlastně uvažuje o podání návrhu na přeměnu formy léčení na ambulantní. Nestejné podmínky jsou i v rámci jednotlivých nemocnic, mezi primariáty či terapeutickými týmy (srov. popis pojetí léčby kapitole [14 b](#)). Programy jsou vesměs vázány na oddělení. Takže když sexuologičtí pacienti „přetékají“ na jiná oddělení, dostává se jim i jiného zacházení. Samostatné téma jsou ženy, které jsou nejčastěji rozptýleny po mnoha odděleních, nebo pacienti držení z bezpečnostních důvodů na příjmových odděleních (srov. kapitolu [11 b](#)) a [13 b](#)). Pro podrobnosti odkazuji na dílčí zprávy.

Ať už je organizace péče jakákoli, **programy ochranného léčení by měly být stanoveny**. Co se rozsahu a podrobností týká, měly by zohledňovat jednotlivé fáze pobytu a léčby a žádní pacienti by z nich neměli vypadávat. Co do pojetí, měly by směřovat k možnosti ochranné léčení ukončit, respektive přeměnit formu ústavní na ambulantní. Věřím, že stanovení takových programů by vedlo k usnadnění práce při stanovování individuálních léčebných plánů a dále k větší jistotě pacientů i zdravotníků. Pacientovi totiž bude jasné, co se od něj očekává a jakým způsobem nemocnice o jeho léčbě referuje soudu. Konečně, zmenší se prostor pro neoficiální postupy.

V kapitole [10 b](#)) jsem formulovala doporučení **standardizovat celonárodně** postupy používané při ochranné léčbě a stanovit programy ochranné léčby pro její jednotlivé typy. Cílem vypracování takových obecných programů by byla především garance minimálního obsahu ochranného léčení. Domnívám se dále, že pokud by byla programům ochranného léčení věnována větší pozornost a propracovaly se, kromě odstranění nerovností by to vedlo k sjednocení v interpretaci práv a povinností pacienta (v praxi se projevuje různým režimem, pravidly oddělení a zabezpečení, pochybnostmi například o možnostech nácvičku zacházení s penězi, vytváření úspor pacientů a obsahu pracovní terapie).



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- mít písemné programy ochranné léčby ve smyslu popsaném v kapitole [13 a\)](#) zprávy a zohlednit v nich také místní způsob zajištění léčby ženám a mladistvým,
- v rámci poskytování péče dbát o dostatečné oddělení psychotiků a toxikomanů.

b) Komplexnost léčby

Panuje široká shoda na tom, že léčebný program má být komplexní, kdy farmakoterapie je jednou z jeho složek, doprovázená mimo režimu oddělení také psychoterapií, edukací, rehabilitací a resocializací. Vedle toho mají být zajištěny také možnosti pro smysluplné trávení volného času a fyzickou aktivitu.

Uvážíme-li, jaká je na jednotlivých pracovištích dostupnost ošetrovatelského personálu a pracovníků s terapeutickým vzděláním, je jasné, že **na mnohých místech farmakoterapie významně převažovala**. Na řadě oddělení je například psycholog přítomen pouze v diagnostické roli, nikoli pro terapii. Nejbohatší byl program na sexuologických odděleních, kde byla vždy zajištěna skupinová psychoterapie, edukace, individuální rozhovory a motivační program. Podobně kladně jsem hodnotila některá oddělení pro léčbu závislostí nebo doléčovací oddělení. Ve zprávách jsem také popsala příklady dobré praxe, jako je například dobře vybavená multifunkční místnost pro zájmové a sportovní aktivity na uzavřeném oddělení ochranných léčeb v Kosmonosech, nebo v Havlíčkově Brodě zase názorné katalogy připravené pro informování pacientů o nabízených aktivitách a náhledová skupina pro práci s pacienty v psychiatrickém ochranném léčení.

Čtyřem nemocnicím jsem doporučovala nabídku terapeutických a volnočasových aktivit rozšířit, protože na nějakém oddělení byla nedostatečná. Vyloženě **chudou nabídku terapeutických aktivit** jsem konstatovala v několika případech. *Zprv*é v případě pacientů umístěných po delší čas na příjmových odděleních. Jde o uzavřená oddělení určená pacientům krátce po příjmu, zpravidla s potřebou akutní péče, vysokého stupně dohledu a zvládnání neklidu. Z povahy léčených stavů plyne, že se na oddělení neposkytuje psychoterapie a často ani organizované volnočasové aktivity nebo činnostní terapie. Kritizovala jsem, když u pacientů držených na takovém oddělení z bezpečnostních důvodů (setkala jsem se s případy trvání po dobu týdnů, měsíců, a dokonce i roku) nebyla přijata individuální opatření k doplnění farmakoterapie také o další prvky léčby. Podobné důsledky má, pokud jsou terapeutické aktivity nebo nabídky smysluplného trávení volného času dostupné pouze v centrálních dílnách či klubech a pacienti držení z různých důvodů v režimu uzavřeného oddělení vypadávají z možnosti se jich účastnit. *Zadruhé* jsem se setkala s neuspokojivou nabídkou terapeutických aktivit u jednotlivců (žen či seniorů) či skupin pacientů v ochranném léčení umístěných na chronických či gerontopsychiatrických odděleních. Byl u nich znát pocit izolovanosti a ztráty smyslu a naděje.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- ve smyslu individualizovaného přístupu zajišťovat přístup k volnočasovým aktivitám a činnostním terapiím všem pacientům, jejichž aktuální zdravotní stav to umožňuje, tedy i těm na uzavřených odděleních,
- organizovat smysluplné trávení volného času i na odděleních příjmových a pro chronické pacienty.

c) Specifika mladistvých

V kapitole 6 c) jsem pojmenovala zásadní obtíže při výkonu ochranného léčení u dětí. V systémových doporučeních navrhuji v rámci legislativních návrhů pamatovat také na garanci podmínek léčby pro děti. Do té doby, než bude systémové prostředí zlepšeno, apeluji na poskytovatele, aby zaujali k dětem proaktivní přístup.

S případem mladistvého pacienta v ochranném léčení jsem se setkala jen v jedné nemocnici a vyvstal tam především **problém se zajištěním vzdělávání**. Pacient byl hospitalizován na lůžku sexuologického oddělení a měl stejnou nabídku aktivit jako ostatní. Nemocnice ani nezajišťuje, ani nezprostředkovává vzdělávání (středoškolské či odborné kurzy). Považuje je za soukromou záležitost pacienta, respektive jeho zákonných zástupců, přičemž případné vzdělávací aktivity pouze umožní či neumožní s ohledem na aktuální zdravotní stav a individuální léčebný postup.

Chápu postoj nemocnice, která postrádá zvláštní právní podklad a finanční zabezpečení pro zajištění vzdělávání pacienta. Na druhou stranu, mladiství s ohledem na svou nezralost a zvláštní potřebu aktivit vedoucích k fyzickému, intelektuálnímu i sociálnímu rozvoji musejí mít zajištěnu také tuto složku v programu ochranného léčení.⁷⁴ Domnívám se, že v rámci standardních nástrojů, jakými jsou sociální práce a celostní přístup k pacientovi včetně rehabilitace a resocializace, by nemocnice měla zjišťovat informace o dosaženém vzdělání či dosavadním studiu pacienta a co nejdříve po přijetí probrat s ním a osobami odpovědnými za jeho výchovu možnosti pokračování v dosavadním studiu, anebo zajištění vzdělávacích aktivit nových. Pokud se jeví být úkol neovladatelný jejími silami, měla by nemocnice požádat o pomoc orgán sociálně-právní ochrany dětí.

Důležitá je u mladistvých také **potřeba zvýšené ochrany před všemi formami násilí a manipulace** ze strany ostatních pacientů, pokud jsou mladiství umístěni na oddělení společně s dospělými pacienty.

74 Pro zvláštní potřeby dětí a mladistvých srov. Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům CM/Rec(2008)11 o Evropských pravidlech pro mladistvé pachatele podléhající sankcím či opatřením ze dne 5. 11. 2008 [online]. Štrasburk: Rada Evropy, 2008. [cit. 24. 6. 2019]. Dostupné z: https://www.vscr.cz/wp-content/uploads/2017/03/Kompendium2009_final.pdf.

Mladistvým v detenci by měl být zajištěn co nejširší přístup k venkovním aktivitám. Je třeba v rámci možností zajistit kontinuitu v dosavadním studiu mladistvého. Důležitou součástí opatření by měla být práce na resocializaci, která by měla být zahájena co nejdříve, aby se započala systematická příprava mladistvého na život po propuštění (včetně hledání vhodného zaměstnání, bydlení, navázání kontaktu s vhodnými sociálními službami apod.). Body 77-79.

Považuji za standard, že mladistvý bude mít oddělenou ložnici, leda by bylo pro něj nějak zvlášť vhodné sdílet s někým pokoj. Dohled personálu musí zohledňovat zvláštní zranitelnost mladistvého, a to i v noci.⁷⁵



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **zajišťovat vzdělávací aktivity v rámci programu léčby mladistvých pacientů,**
- **v rámci ochrany před násilím na oddělení pro dospělé zajišťovat mladistvému samostatnou ložnici a zvýšený dohled.**

d) Motivační systém

Součástí léčebného programu u léčby protitoxikomanické, protialkoholní a sexuologické bývá motivační systém. Účelem je upevňování dodržování pravidel. Při porušení následuje sestup a při naplňování zase postup v rámci programu léčby.

Nesetkala jsem se s explicitními tresty, ale některé důsledky pochybení pacienta mohou být takto vnímány. Nicméně, až na výjimky (srov. kapitolu [14 e](#)) nešlo o opatření ponižující. Ve zprávách jsem vyslovila dvojí výhradu či upozornění k bodovému hodnocení, které používali ve dvou nemocnicích. Zaprvé zdůrazňuji, že bodování lze připustit jako nástroj ke znázornění postupu pacienta v léčbě, pokud je pouze podkladem pro slovní hodnocení odborníkem, jež je rozhodující a provázané s hodnotami, které léčba sleduje. Účel léčby totiž naplňuje jen to, když se pacient skrze hodnocení učí něco nedělat proto, že je to špatné, a nikoliv, aby nedostal záporné body. Zadruhé bodovací systém klade zvýšené nároky na personál – na jednotnost týmu a pojistky zneužití moci, aby nedocházelo k nespravedlivému či nepřiměřenému hodnocení pacientů, což by mohlo narušit terapeutický vztah a být kontraproduktivní.

Oficiální vodítka k používání motivačních systémů doposud neexistují (srov. [kapitolu 8](#)). Zaznamenala jsem záměr některých odborníků sladovat se s kolegy v jiných nemocnicích, což oceňuji.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **písemně stanovit pravidla motivačního systému.**

75 Srov. tamtéž, body 63.2 a 64.

e) Vedení zdravotnické dokumentace

Způsob vedení zdravotnické dokumentace obecně nevzbuzoval důvod k nějakým poznámkám. Místy jsem ocenila pečlivost. Kritickou poznámku činím jen specificky k výstižnosti záznamů o důvodu použití omezovacího prostředku (kapitola [20 m](#)) a kompletnosti záznamů o známkách špatného zacházení (kapitola [23 b](#)).

Vyzývám také k lepšímu **dokumentování (ne)naplňování účelu ochranného léčení**. Postoj pacienta k léčbě, jeho chování v nemocnici, naplňování režimu a léčebných doporučení, celkové naplňování účelu ochranného léčení, hrozby nebezpečnosti – to vše je významné pro jeho další osud, resp. pro rozhodování soudu. Soudu nepřísluší hodnotit zdravotní stav pacienta, ale musí dostatečně ověřit uvedené skutečnosti a při tom spoléhá na zprávy poskytovatele. Ty se musejí opírat o konkrétní záznamy ve zdravotnické dokumentaci. Po mém soudu nestačí například pouze konstatovat porušení režimu, ale zachytit, v čem spočívalo, neboť závažnost selhání může být různě hodnocena kupříkladu sestrou a soudem. Ze záznamů také vychází soudní znalec.

Podobně, pokud má nemocnice v rámci léčebného režimu a **rozhodování o právech pacienta** postupovat oprávněně (srov. kapitolu [14 a](#)), musí mít věrohodně podloženo, proč to účel ochranného léčení či individuální léčebný postup vyžadují.

Proto je třeba trvat na tom, aby poskytovatel vedl zdravotnickou dokumentaci podrobně a se zaměřením na důležité momenty a v hodnocení pacienta nešlo jen o dojmy a obecná shrnutí.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **skutečnosti významné pro hodnocení pacienta soudem (dokumentující postoj pacienta k léčbě, jeho chování v nemocnici a naplňování režimu) zaznamenávat podrobně a výstižně; neomezovat se pouze na obecná hodnocení.**

f) Zajištění somatické péče

Co se týká somatické péče, **zaznamenala jsem problém pouze u péče stomatologické**. Některé psychiatrické nemocnice neposkytují služby zubaře a v jejich blízkosti se ani nenachází externí zubař. Pacienti s akutními problémy jsou proto převáženi na pohotovost, častokrát i do vzdálených měst, což je pro všechny zúčastněné zátěž. Závažný problém je však to, že preventivní péče a standardní ošetření nejsou v těchto případech pacientům bez propustek dostupné vůbec. Někteří byli u zubaře naposledy ve vězení a v civilním zařízení před mnoha lety v dnes již třeba neexistující ordinaci. Problém nabývá na významu u dlouhodobé hospitalizace, což je často právě případ ochranného léčení.

Z pohledu lidskoprávního je pacient v ústavním ochranném léčení zbaven osobní svobody a **stát má odpovědnost zajistit zdravotní péči (včetně somatické)** na principu ekvivalence s péčí, jež je zajištěna v komunitě. Nemocnice reagovaly na mou kritiku pasivního přístupu logickým argumentem, že nejsou

poskytovatelem této péče. Z hlediska pacienta není rozhodné, jaké organizační zajištění stát zvolí. Pokud ale potřebuje propustku nebo doprovod k návštěvě ordinace, musejí mu být poskytnuty.

Není ve schopnostech některých pacientů samostatně dbát na pravidelnou zubní prevenci nebo si vyřídit přijetí k novému zubaři. Považuji za oprávněné požadovat od psychiatrických nemocnic, aby byla preventivní zubní péče zahrnuta do programu péče o ty pacienty, kteří jsou v nemocnici dlouhodobě hospitalizováni a kteří právě v důsledku své duševní poruchy nejsou schopni samostatně dbát na pravidelné návštěvy u zubaře. Mám tím na mysli, aby nemocnice zajistila, že pacient bude v pravidelných intervalech objednán k zubaři, u kterého je registrován, a bude mu poskytnut doprovod, pokud z bezpečnostních důvodů nemůže návštěvu vykonat sám. Ostatně v některých nemocnicích je poznámka o stomatologické péči běžnou položkou denní ordinace v dekurzu. Pokud pacient nemá žádného registrujícího lékaře, jednou z možností je požádat zdravotní pojišťovnu o jeho zajištění.



DOBORUČENÍ NEMOCNICÍM

- zajišťovat objednání a doprovod k zubnímu lékaři, pokud to nejsou schopni zajistit pacient nebo jeho blízcí.

g) Chirurgické kastrace

V průběhu systematických návštěv jsme se nesetkali s pacientem, který by byl indikován pro provedení chirurgické kastrace⁷⁶ v rámci sexuologické léčby. Ministerstvo zdravotnictví mě informovalo, že v období od 1. 4. 2012 do 31. 10. 2017, kdy platila užívaná zákonná pravidla pro provedení kastrace, projednala odborná komise ministerstva tři žádosti a z toho ke dvěma vyslovila kladné stanovisko. Po účinnosti zákona č. 202/2017 Sb., který pravidla novelizoval, tedy od 1. 11. 2017 do 30. 6. 2018, komise projednala a schválila jednu žádost. **Počet provedených kastrací ministerstvo nezná.**

h) Penilní pletysmografie (PPG)

Tři z navštívených nemocnic měly program léčby sexuálních deviací a z toho v jedné byl používán penilní pletysmograf. Používal se v rámci diagnostické fáze po přijetí zpravidla každého pacienta na specializované oddělení.⁷⁷ Lékař k tomu zaznamenával informovaný souhlas pacienta, případně jeho opatrovníka nebo zákonného zástupce u mladistvých pacientů.

S používáním české diagnostické metody používající PPG se lze v Česku setkat i jinde, včetně znalecké činnosti, patrně vždy v důsledku zkušeností daného sexuologa nebo tradice na nějakém pracovišti. Užívání PPG – indikace, okolnosti a způsob provedení, používané podněty pro pacienta, způsob interpretace

76 Volím zde terminologii CPT, když pojednávám o institutu, který zákon o specifických zdravotních službách označuje jako „terapeutická kastrace“ nebo „testikulární pulpektomie“.

77 Penilní pletysmografie, nebo také falopletysmografie, je pomocná diagnostická metoda. Využívá přístroj, který měří a zaznamenává reakci pohlavního údu muže při předkládání sady vizuálních podnětů. Výsledkem vyšetření je zpráva odborníka, který získaná data interpretuje.

výsledků, školení aplikujícího zdravotníka – není standardizováno. Setkala jsem se pouze s úpravou na úrovni vnitřního předpisu (Psychiatrická nemocnice Brno). Přitom **úspěch vyšetření závisí na kvalitě provedení a dovednostech vyšetřujícího**. Za lege artis lze dále považovat jen přístup, kdy je vyšetření využito jako **doprovodná, nikoli samostatná metoda**.

Existují pádné důvody pro **ostrážitost vůči používání této diagnostické metody**. Je eticky sporné pracovat v této souvislosti s obrazy zachycujícími děti či násilí nebo vystavovat takové metodě mladistvé. S ohledem na to a samotnou povahu vyšetření je ponižující provádět je bez souhlasu pacienta, a to skutečně dobrovolného a informovaného. V tomto duchu jsem také obdržela stížnost pacienta, který nezískal v nemocnici dojem, že může proceduru odmítnout.



DOPORUČENÍ ODBORNÉ SPOLEČNOSTI

- vydat standard pro lege artis provádění penilní pletysmografie.

i) Čtení rozsudků a posudků

V jedné nemocnici je v rámci skupinové psychoterapie zavedeno, že v určité fázi musí pacient před skupinou číst svůj odsuzující rozsudek a části znaleckého posudku, o něž se rozsudek opírá. Někteří pacienti si na to stěžovali, protože se před ostatními nechtěli takto otevírat. Jde o značný zásah do soukromí – zatímco rozsudek je veřejnou listinou, znalecký posudek může obsahovat velmi intimní informace. Jejich zveřejnění, byť i v rámci skupiny, může být nevhodné. Požádala jsem proto o vysvětlení účelu a významu tohoto požadavku.

V dané nemocnici je skupinová psychoterapie propracovaná, odborně adekvátně zajištěná a funguje. Čtení uvedených dokumentů je jedním z prostředků konfrontace pacienta s objektivními fakty a vytvoření jeho náhledu na spáchané činy. Čtení předchází sžití se skupinou i individuální práce na budování náhledu. Pacient je na to připravován i individuálně a podporu má i následně. Z posudku se čte pouze popis činu a závěr. Pokud pacient odmítne, nenásleduje sankce, ale další terapeutický postup se oddaluje.

Takové pojetí přijímám jako odůvodněné a přiměřené – když je čtení součástí systematické práce, odmítnutí nemá pro pacienta sankční dopad a z posudků jsou čteny pouze závěry. Zároveň se domnívám, že pokud pacient pro nepřekonatelný ostych nebo z jiných osobních důvodů není schopen čtení absolvovat, nemělo by na něj být nahlíženo jako na toho, kdo odmítá terapii.

14) Režim

Uložení ochranného léčení představuje závažný zásah do základních práv člověka, někdy dokonce závažnější než trest odnětí svobody.⁷⁸ Při ústavní formě dochází k zásahu nejen do osobní svobody, ale i soukromého a rodinného života. To se výrazně projevuje u opatření běžně souhrnně označovaných jako „režim“. Tato opatření určují, kde se pacient smí a má pohybovat, s kým se stýkat, co jíst a pít, co oblékat a čím disponovat, jak trávit čas, kdy vstávat a uléhat. Z pohledu právního mají tato opatření různou povahu: jde o léčebný režim jako součást individuálního léčebného postupu, zásahy do práv pacienta předvídané zákonem, provozní opatření i zásahy bez právní opory.

Citlivost režimu spočívá v tom, že může zahrnovat subjektivně velmi náročné požadavky na pacienta či jeho omezení. Ty proto nesmějí být svévolné, nahodilé ani nepřiměřené, nýbrž zakotvené v individuálním léčebném postupu, nebo nezbytné pro zajištění bezpečnosti, terapeutického prostředí a respektování práv ostatních. Neoprávněné zásahy do osobní integrity pacienta mohou samy o sobě nebo skrze kumulativní efekt, a s ohledem na délku trvání a individuální důsledky, dosáhnout až závažnosti špatného zacházení. Obecně sice platí, že opatření, které je z léčebného hlediska nutné, nelze považovat za nelidské nebo ponižující. Avšak v řadě případů zmíněná opatření lékařskou nezbytností pokryta nejsou.

Následující text představuje témata, z nichž některá by bylo možné podřadit pod léčbu (léčebný režim), ale v některých výskytech šlo pouze o opatření usnadňující provoz oddělení nebo vyplývající ze zvyklostí na pracovišti. Pro situaci v jednotlivých nemocnicích odkazují na zprávy z návštěv.

a) Právní podklad režimu

Při posuzování zásahu do základních práv se zkoumá, zda byl zákonný,⁷⁹ sledoval legitimní cíl a byl přiměřený. Zákon o specifických zdravotních službách toto ústavněprávní pravidlo parafrázuje tak, že „při výkonu ochranného léčení dochází jen k takovým omezením lidských práv, která stanoví zákon, a v takové míře, která je nezbytná k dosažení účelu ochranného léčení, pokud tohoto účelu nelze dosáhnout jinak“ (§ 83 odst. 3).

Pod pojmem „režim“ lze nalézt opatření různé povahy. Opírají se o tři druhy zákonného zmocnění, jež dále upřesňují jejich povahu a limity.

Zprv jde o **součást individuálního léčebného postupu**, kdy se „léčebným režimem“ rozumí „soubor opatření, která podporují léčbu a minimalizují její možná rizika, včetně doporučení úpravy životního stylu“.⁸⁰ V rámci léčby, například závislosti a sexuálních deviací, tvoří režim významnou součást léčebného plánu. Stejně jako léčba jako celek, tak i léčebný režim je individuální, řídí se pravidly lékařské vědy a v zásadě podléhá informovanému souhlasu, s výjimkou naplnění podmínek pro léčbu bez souhlasu.

78 Srov. nález Ústavního soudu sp. zn. III. ÚS 3675/16, op. cit., bod 21.

79 Meze základních práv mohou být upraveny pouze zákonem. Článek 4 odst. 2 Listiny základních práv a svobod.

80 Ustanovení § 3 odst. 3 zákona o zdravotních službách.

Zadruhé zná zákon jako důvod pro omezení práv pacienta zajištění řádného chodu zdravotnického zařízení a respektování práv ostatních pacientů, přičemž jde o omezení ve formě **vnitřního řádu**, tedy obecnějších pravidel poskytování zdravotních služeb v daném zařízení. Pacient má povinnost se řídit vnitřním řádem.⁸¹ Zákon přímo neříká, co může poskytovatel vnitřním řádem upravit (jen to zmiňuje u provádění návštěv, duchovní péče a přítomnosti asistenčního psa), a tak je třeba to dovozovat z účelu vnitřního řádu, jímž je zajištění terapeutického prostředí včetně bezpečnosti pacientů i personálu. Jde o obecná pravidla, jež podle zákona nesmějí zasahovat do práv pacienta nad míru, která je nezbytně nutná.

Opatření označována jako režim mohou mít konečně také právní povahu omezení, jež musí pacient v ochranném léčení strpět na základě **speciálních ustanovení zákona o specifických zdravotních službách**, a to rovněž buď v návaznosti na individuální léčebný postup a účel ochranného léčení, nebo řádný chod zařízení a práva ostatních osob.⁸²

Co se týká právních limitů pro nejrůznější omezující opatření a pravidla, je zapotřebí připomenout, že pacient má právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.⁸³ To je odraz jedné ze základních zásad péče o osoby s duševní poruchou, kterou je zásada nejmenšího omezení: „Osoby s duševní poruchou by měly mít právo na péči v co nejméně omezujícím prostředí a s co nejméně omezující a rušivou (angl. intrusive) léčbou s ohledem na jejich zdravotní potřeby a potřebu chránit bezpečnost ostatních.“⁸⁴

b) Zakotvení konkrétního léčebného režimu

Kde byla léčba přímo postavena na režimu, tak ten zpravidla byl nějak jednotně stanoven. Ale někdy jen velmi vágně, bez jasného vymezení pravomocí jednotlivých členů terapeutického týmu, nebo dokonce komunit, a bez stanovení toho, co se považuje za přestupek a kdo o tom rozhoduje. Také jsem si na jednom pracovišti všimla, že režimové aspekty sledovaly a hodnotily pouze sestry a lékaři jako kdyby pracovali zcela paralelně, což vzbuzovalo pochybnost, zda byla režimová opatření skutečně pro dané pacienty z léčebného hlediska nezbytná.

Čím je režim pro pacienta náročnější a restriktivnější, tím lépe musí být ukotven – buď v programu léčby, nebo v individuálním léčebném postupu. Posléze uvedené přitom někdy nebylo dost průkazně zdokumentováno. Co se týká dokumentace individuálního léčebného plánu, její úroveň byla různá. Zatímco v některých nemocnicích lékaři pořizují velmi informativní epikrízy, včetně plánu, nebo podrobně dokumentují úvahu při změně dosavadního postupu, někde byla situace slabší a plán nebyl patrný. **Terapeutický plán (při zahájení léčby rámcový, po adaptaci pacienta propracovanější) by měl být nedílnou součástí zdravotnické dokumentace.**

81 Srov. § 46 odst. 1 písm. a) a § 41 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách.

82 Jde o výjimečný zákaz konkrétní návštěvy, použití telefonu a předávání korespondence, dále nepovolení krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení (§ 85 odst. 1), osobní prohlídku nebo kontrolu osobních věcí (§ 88 odst. 1).

83 Ustanovení § 28 odst. 3 písm. k) zákona o zdravotních službách.

84 Článek 8 Doporučení Výboru ministrů Rec(2004)10.

c) Propustky

Propustka, tedy krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení, případně vycházka jako povolené vzdálení se z oddělení, mají dvojí povahu: jednak terapeutickou (součást resocializace a ověřování postupu v léčbě), a jednak povahu realizace soukromého a rodinného života pacienta (kontakt s dětmi, účast na přijímacím řízení na vysokou školu). Toto téma jsem detailně řešila při šetření individuálního případu.⁸⁵ Narazila jsem při tom v dané nemocnici na **tradici povolovat propustky až před plánovaným propuštěním a v pevně dané frekvenci** (a ne častěji), což podle mého názoru neobstojí v právním testu oprávněnosti zásahu do práva pacienta: každý zásah do základního práva musí splňovat podmínku zákonnosti, sledování legitimního cíle a přiměřenosti.

Zákon o specifických zdravotních službách k pravidlům při rozhodování lékaře o propustce nestanoví nic než odkaz na účel ochranného léčení a individuální léčebný postup. Sice jsou to obecné pojmy, ale v kontextu jednotlivých případů získávají konkrétní obsah, a je to tedy dostatečný právní základ pro nepovolení propustky. Lékař se však musí opírat o individuální léčebný postup nebo nebezpečnost pobytu na svobodě u konkrétního pacienta a ne o nějaké zvyklosti, v české realitě významně ovlivňované například snahou neztratit úhradu z veřejného zdravotního pojištění (srov. vysvětlení krácení lůžkové při propustce v kapitole [6 a](#)). Domnívám se, že za účelem resocializace lze v návaznosti na individuální léčebný postup obhájit velmi individuální přístup a časté celodenní propustky.

Kritérium přiměřenosti výše uvedeného právního testu je tedy třeba posuzovat velmi přísně, neboť specificky pro ochranné léčení zákon výslovně stanoví zásadu subsidiarity: „Při výkonu ochranného léčení dochází jen k takovým omezením lidských práv, která stanoví zákon, a v takové míře, která je nezbytná k dosažení účelu ochranného léčení, pokud tohoto účelu nelze dosáhnout jinak.“⁸⁶

Dále jsem se v jedné nemocnici setkala s **podmiňováním propustek souhlasem opatrovníka** pacienta. Pro takový postup neexistuje právní podklad – jednak opuštění nemocnice není právním jednáním, a opatrovník tedy nemá prostor pro svou činnost, a jednak podmínku souhlasu třetí osoby zákon u propustek nezná. Poskytovatel může nanejvýš při posuzování rizika zohledňovat názor opatrovníka, pokud ten pacienta zná, nebo s opatrovníkem jednat jako s osobou, jež má pacientovi zajišťovat během propustky dohled.

d) Odnímání běžných věcí a požitků

Setkala jsem se s různými pokusy ovlivňovat chování pacientů skrze odnímání jejich věcí nebo omezování či podmiňování běžných požitků. Vždy byly označovány za součást léčby (režimu) a na kritiku nemocnice reagovala argumentem účinnosti. V nějakém ohledu jistě tyto postupy účinné jsou, jako je obecně účinné motivovat člověka tím, že je mu něco odňato.

V jedné nemocnici jsem označila za neoprávněné, když **omezili zboží, jež si pacienti v ochranném léčení na uzavřeném oddělení mohli nechat zakoupit** a nechat přinést z kantýny. Mohli si kupovat kávu, cigarety, tiskoviny, hygienické a poštovní potřeby, ale nikoli sladkosti, pochutiny, mléko, mléčné výrobky a ovoce. Nemocnice uvedla řadu důvodů (dietní režim, režim léčby, nácvik hospodaření s penězi), z nichž jako výstižný se mi jevil ten, že když v minulosti měli pacienti povoleno nakupovat z celého sortimentu, měli

85 Závěrečné stanovisko s návrhem opatření k nápravě ve věci ochranného léčení, sp. zn. 5091/2017/VOP.

86 Ustanovení § 83 odst. 3 zákona o specifických zdravotních službách.

nižší motivaci postoupit v léčbě a posunout se na další oddělení. Tento reálný účel jsem však nemohla přijmout jako oprávněný, protože zákon⁸⁷ neumožňuje k dosažení účelu ochranného léčení používat plošná opatření. V daném případě o plošnosti nemohlo být pochyb, neboť na oddělení byla směs pacientů v různém typu ochranné léčby a pacienti tam nepobývali pouze v nějaké dílčí fázi strukturovaného programu léčby, ale někteří po mnoho týdnů až měsíců.

V jedné nemocnici vydali **plošný zákaz notebooků s připojením na internet** a využívání internetu bylo vyhrazeno jen pro ústavní počítače. Udávaným účelem byla prevence gamblingu a hraní her po síti, obchodu s drogami a stalkingu. To jsou důvody, jež zákon připouští pro stanovení pravidel vnitřního řádu zařízení nebo omezení v rámci individuální léčebného postupu. Protože ale zákaz koliduje s právem pacienta na soukromý a rodinný život (korespondence, studium, internetové bankovníctví) a na přijímání informací, musí opatření projít testem přiměřenosti. V daném případě nebylo opatření *vhodné* (tedy schopné problém vyřešit, protože pacientům nadále zůstaly mobilní telefony s připojením) ani *přiměřené* (stačila by mírnější opatření, jako je individualizace a regulování přístupu k notebookům), a tedy ani oprávněné.⁸⁸

Na druhou stranu jsem nerozporovala zařazení přístupu na internet do motivačního systému na oddělení (sexuologickém v Kosmonosech), kde tvořil součást propracovaného programu léčby. Ocenila jsem pořízení ústavních počítačů s blokováním nevhodných stránek a individuálními účty jednotlivých pacientů.

V případě tří nemocnic jsem komentovala **regulování pití kávy**, jež je různé při srovnání nemocnic i jednotlivých oddělení v jejich rámci. Nejčastěji harmonogram dne oddělení, kde z bezpečnostních důvodů manipuluje s horkou vodou pouze personál, stanoví dva nebo tři časy, kdy se káva zalévá. V jedné nemocnici bylo minimum 1 a maximum 6 časů. Někde individuálně pacientovi vyhověli i jindy, ale většinou šlo o pevně daný počet. Tyto limity vnímají pacienti jako citelné a stěžovali si na ně.

Na toto téma lze vést velmi dlouhou debatu. Proti názoru, že káva zkresluje účinek psychofarmak, stojí fakt, že po přesunu na otevřené oddělení nebo po propuštění pacient obnoví svou spotřebu kávy, a tak by léky raději měly být nastaveny v souladu s ní. Proti argumentu, že při užívání psychofarmak je popíjení kávy obecně nežádoucí, lze namítnout, že způsob léčby se řídí vůlí pacienta a na otevřeném oddělení tomu stejnému pacientovi kávu nikdo nereguluje, pokud nejde o exces. Káva je proti účinku hypnotik, ta se ale netýkají zdaleka všech pacientů. Jistě je pravda, že některé stavy závažných duševních poruch zbavují pacienty schopnosti starat se o běžné záležitosti, včetně hospodaření s kávou, na druhou stranu ale uvedená pravidla bývají plošná, bez ohledu na zdravotní stav toho kterého pacienta. Zpravidla se dodává, že pacient by bez kontroly vypil 20 káv denně; tomuto argumentu však není přiměřené, že se na oddělení nepovolí ani tři hrnky.

Jako nejvýznamnější argument pro stanovení pravidel se mi jeví to, že vaření blokuje kapacitu personálu, kterého je na některých odděleních opravdu málo. Přístup by měl být individualizovaný, s ohledem na jednotlivé pacienty. Pokud se ale vedení oddělení jeví být individuální přístup z hlediska provozu oddělení neúnosný, pak je důležité přistupovat k věci rozumně a zároveň bez přehlížení potenciálu projevování moci a eskalace napětí, jež regulování má. Ze srovnání navštívených nemocnic je jasné, že jedna nebo dvě kávy denně jsou příliš přísný režim. Nemocnice by dále neměly dopustit, aby měli pacienti pocit nespravedlnosti, když různá oddělení v nemocnici mají různý limit (proč mají ženy limit dvě a muži tři kávy?).

87 Ustanovení § 83 odst. 3 zákona o specifických zdravotních službách.

88 Podrobnější argumentace viz případ sp. zn. 8135/2018/VOP.

Za druhé, u některých pacientů s narušeným motivačním systémem káva funguje jako jediný motivační prostředek a u jiných je zapotřebí zajišťovat dohled i při této činnosti. Pak musí být regulace opřena o rozhodnutí lékaře a zanesena v dokumentaci.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- hledat individuální řešení přístupu pacientů ke kávě, respektující jejich přání a zvyklosti; je-li pro zajištění chodu oddělení nutné stanovovat pevné časy zalévání kávy horkou vodou, stanovit je velkoryse, a pokud možno napříč nemocnicí jednotně,
- je-li důvodem omezení kávy zdravotní stav pacienta, zahrnovat tuto skutečnost do dokumentace individuálního léčebného plánu.

Podobně kontroverzní je **regulování počtu vykouřených cigaret** nebo přístupu do kuřárny. Uznávám, že na základě místních podmínek mohou být potřebná opatření k zajištění chodu oddělení a například účasti pacientů na programech léčby. Vždy je však zapotřebí pravidla stanovovat co nejmírněji, především na odděleních s pacienty v nestabilním stavu, aby nestupňovala jejich tenzi. V jedné nemocnici například na příjmovém (neklidovém) oddělení pro muže nemají kuřárnu a personál musí poskytovat doprovod na dvorek. Kritizovala jsem, že první dva dny po příjmu nebylo žádnému pacientovi umožněno kouřit, neboť ještě probíhalo hodnocení rizika; to bylo velmi tvrdé a stresující a nebylo to kompenzováno substituční terapií. Pokud je regulování kouření součástí motivačního systému, podléhá souhlasu pacienta.

e) Povinné nošení pyžama přes den

Povinnost nosit na pyžamo přes den v jiných případech, než je indikovaný pobyt na lůžku, snižuje důstojnost pacienta. Oproti dřívějším dobám již není tolik rozšířena, ale přesto jsem se ještě při návštěvách v roce 2017 setkala v jedné nemocnici s jedním použitím jako sankce za krádeže na oddělení a ve dvou nemocnicích s režimovým použitím na některých odděleních (nově přijatí pacienti neměli opouštět pokoj a odebrání civilního oděvu tomu napomáhalo, jinde šlo plošně o prvních 21 dnů, respektive měsíc pobytu). V další nemocnici pak nošení pyžama sice už nebylo využíváno, ale figurovalo nadále v bodovacím systému. Při výměně argumentů s jednou nemocnicí jsem se důrazně ohradila proti tomu, že by existovala shoda odborníků na tom, že jde o běžnou praxi, jak nemocnice uváděla.⁸⁹

⁸⁹ Značné úsilí o vyvrácení těchto zvyklostí vynaložili moji kolegové ve Slovinsku. Ombudsmana, který rovněž vykonává úlohu národního preventivního mechanismu, podpořil v boji za odbourání nošení pyžama přes den na uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic expertní psychiatrický panel při ministerstvu zdravotnictví. Museli se vymezovat například proti názoru, že nošení pyžama je důležité, protože pomáhá pacientovi vzít na vědomí a přijmout svou nemoc. Oficiální postoj odborníků, který ministerstvo rozšířilo do všech nemocnic, je, že pacienti mají být podporováni k nošení civilního oblečení, a to včetně zabezpečených oddělení a ochranných léčeb. Dále byly definovány konkrétní výjimky, jako jsou přenosné choroby, pacienti s potřebou zákroků a přebalování. (Čerpáno z European NPM Newsletter 84–85 za leden a únor 2016.)



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- umožňovat pacientům nosit vlastní oblečení, pokud není nevhodné, a nikdy se neuchylovat k používání pyžama jako nástroje (k potrestání, motivaci nebo omezení pohybu).

f) Bránění v přístupu do ložnic přes den

Ve třech navštívených zařízeních jsem kritizovala zamykání pokojů pacientů přes den, uplatňované na některých odděleních plošně, kromě případů pacientů s lékařem ordinovaným pobytem na lůžku. Pacienti tak mohli v pokojích pobývat a využívat je jako klidné místo nebo k odpočinku na lůžku pouze v době poledního klidu. V jiném čase jim personál na žádost pouze umožnil vyzvednout si věci.

Zamykání pokojů je tradiční přístup, jehož cílem je zajistit dohled, a udává se také aktivizace pacientů ve dne. Uzamčení ložnic samo o sobě však k aktivizaci nevede. Naopak vede ke kumulaci pacientů ve společných prostorech a může vést k eskalaci konfliktů. U aktivizace má být prvotním opatřením nabídka vhodných léčebných a volnočasových aktivit. Pokud tato nabídka pokrývá sotva několik hodin denně, potom aktivizaci nezajistí posedávání a pocházení po chodbě a společenské místnosti. A skutečně na těchto odděleních lze vidět ve větší míře pacienty dřímající v křeslech. Dohled se opravdu snadněji zajišťuje na chodbě, je však realizovatelný, i pokud mají pacienti volný pohyb. Negativa plynoucí z kolektivnosti, absence klidu a soukromí a naprostého odkázání na laskavost personálu zde převažují nad pozitivem spočívajícím v usnadnění práce personálu.

Shledávám jako oprávněné bránit pacientům v pobývání v ložnicích v době konání (léčebných) aktivit, nebo ještě jenom jako individuální opatření, a zamykání ložnic při tom není nezbytné. V ostatních případech je bránění v přístupu do ložnic nepřiměřené. Je na pováženou, že ačkoli řada nemocnic praxi zamykání ložnic již před lety opustila a přizpůsobila tomu způsob poskytování péče, někde přetrvává a je obhajována stále stejnými argumenty. Zjevně ale nejde o otázku odbornou, nýbrž organizační, přímo související s počtem personálu a celým nastavením terapeutického programu a režimu. Změna tedy musí být provedena promyšleně, opatrně, ale důsledně.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- ustát s plošným bráněním přístupu do ložnic přes den a přizpůsobit tomu způsob poskytování péče na oddělení.

g) Používání mobilního telefonu

Pacienti v ochranném léčení měli v navštívených nemocnicích velmi různý přístup k vlastnímu telefonu. V jedné nemocnici byly mobilní telefony na příjmovém (neklidovém) oddělení zcela zakázány (pobyt trval 18 dnů průměrně, ale u některých pacientů i měsíce), na odděleních pro psychiatrickou léčbu umožňovali použití mobilního telefonu jen při volných vycházkách. V jiné nemocnici taktéž na příjmovém oddělení byly mobily omezeny pouze režimem dne a poté v individuálních případech na základě hodnocení rizika. V další nemocnici měli na uzavřených odděleních velmi různé podmínky v rámci různých oddělení (denně hodinu, dvě). Někdy je omezení přístupu k telefonu součástí léčebného programu (například použití jeden den v týdnu v první fázi trvající po dobu 4 až 6 týdnů), ale souhlas pacienta s tímto programem není vždy žádán.

Popsaná různost a restriktivnost nemá opodstatnění. Pacientům by mělo být zásadně umožněno mít mobilní telefony u sebe a používat je od počátku hospitalizace. Výjimky může odůvodnit **v individuálních případech konkrétní riziko** (například při podezření na páchání trestné činnosti prostřednictvím telefonu, při sebepoškozování tímto předmětem). Omezení používání mobilního telefonu v určitých denních dobách může být odůvodněno **režimem dne** (je jistě nežádoucí, aby se pacient v průběhu terapie věnoval telefonování). Potom je ale nutné mít na zřeteli případná časová omezení druhé strany, aby pacient nepřišel o jedinou možnost, kdy může kontaktovat blízkou osobu nebo vyřizovat své záležitosti na úřadech. Konečně může být omezení dáno **léčebnými důvody** (jako součást motivačního systému), a pak v zásadě podléhá souhlasu pacienta. Vnitřní řád samozřejmě může s ohledem na ochranu práv druhých nastavit způsob používání telefonu (kam s mobilem vstupovat a kam ne).



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- umožnit pacientům od počátku hospitalizace používat svůj mobilní telefon; výjimky z pravidla mohou být odůvodněny individuálně vyhodnoceným rizikem, režimem dne nebo léčebnými důvody.

h) Velmi restriktivní režim

Z různých důvodů může v jednotlivých případech na pacienta dopadnout velmi restriktivní režim. Jde o případy pacientů držených z bezpečnostních důvodů na příjmových odděleních (kapitola [11 b](#)). V kapitole [20 c](#)) zase popisují situaci, kdy kvůli zajištění dohledu je pacient trvale uzavřen v místnosti, má režim občasného opouštění ložnice nebo je jinak vyloučen z oddělení; setkala jsem se s případy, kdy toto opatření trvalo dny a týdny bez jakékoli kompenzace. Jde o obecné téma, ale setkala jsem se s ním i u pacientů v ochranném léčení.

Sociální deprivace, chudý program a omezení autonomie a volnosti pohybu podle délky trvání mohou dosáhnout špatného zacházení. Upozorňuji na tento problém, který v očích zdravotníků nemusí být zřetelný, když se primárně zaměřují na aspekty dohledu a bezpečnosti. Pokud z hlediska léčebného režimu považuje lékař za nezbytné izolovat pacienta od určitých podnětů či látek nebo jiných pacientů, je to přípustné, ale musí se jednat o opatření přísně individuální a přiměřené, dočasné a provázené pojistkami proti zneužití.

V kapitole [20 c\)](#) konkrétní pojistky doporučuji. Mimo jiné musí být stanoveno, jak bude opatření kompenzováno – jak bude probíhat nefarmakologická část terapie, volnočasové aktivity, kontakt s jinými lidmi, pobyt na vzduchu, kouření. Pokud tato opatření není schopen pokrýt personál oddělení, musí být posílen.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- v případě uplatnění zpřísněného režimu činit kompenzační opatření, případně i ta založená na individuální péči.

15) Další témata související s léčbou a režimem

a) Vizity za přítomnosti více pacientů

Ve třech nemocnicích na některých odděleních probíhaly vizity za přítomnosti více pacientů naráz, a to ať už denní, či primářské. Například tak, že lékař prochází společenskou místností a postupně se věnuje jednotlivým pacientům, nebo že lékař vizitu provádí ložnici po ložnici. To neznamená, že by se lékaři nesetkávali s pacienty také individuálně, schůzky zpravidla probíhaly, ale vizity měly veřejný charakter.

Není přípustné, aby důvěrná komunikace mezi pacientem a terapeutickým týmem probíhala před nepovolanými (jiní pacienti, uklízečka), nebo aby bylo na pacientovi, že si vymíní větší soukromí. Cokoli nad rámec běžného společenského kontaktu se musí odbývat v soukromí.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- zajistit, aby vizity probíhaly v soukromí.

b) Nemožnost pobývat na vzduchu

Velmi mnoho pacientů psychiatrické péče nemá denní přístup na vzduch. Jde o skupinu těch, kteří mají z nějakého důvodu ordinováno neopouštět oddělení, a oddělení přitom nemá zabezpečen venkovní prostor. Dále jde o pacienty, kteří mají povoleno účastnit se jen společných vycházek s doprovodem personálu, jež se však nekonají denně. To je opakovaně potvrzovaná realita psychiatrických nemocnic (a i psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic), která se týká i pacientů v ochranném léčení.

Navštívená zařízení nabízejí různý standard – několik oddělení má výhodu zabezpečené zahrady nebo terasy. Nicméně čtyřem nemocnicím jsem doporučila opatření k nápravě, protože právě neměly

zabezpečen prostor nebo nepokryly personálně denní pobyt na vzduchu, neměly zavedeno chození ven v zimním období, nebo uplatňovaly po nějaký čas striktní režim neumožňující vůbec opustit oddělení. Ve dvou nemocnicích šlo o režim, kdy bylo pravidlem, že pacient nebyl venku dva týdny po příjmu nebo po sestupu z vyššího stupně léčby. Není výjimkou, aby pacienti v ochranném léčení nebyli tři měsíce, deset měsíců⁹⁰ nebo déle venku, protože nedosáhnou na režim s vycházkami.

Na nezajištění denního přístupu ven ochránce poukazuje více než 10 let a výbor CPT od roku 2002. Jistě za tu dobu došlo ke zlepšení, ale například **všechny navštívené nemocnice již ochránce nebo i výbor CPT vyzýval k nápravě a posun je jen malý** a stále se lze setkat s argumenty typu „takto to bylo vždy“ a „pobyt na vzduchu indikuje lékař“. Už je opravdu načase, aby ustala diskuse „zda“ a hledaly se cesty „jak“. Ve vězení je od nepaměti garantováno minimum jedné hodiny pobytu na vzduchu denně. Současný evropský standard pro psychiatrickou a sociální péči, včetně péče o „forenzní“ pacienty, je denní přístup na vzduch s požadavkem na zajištění dohledu a zabezpečení, pokud jsou nezbytné, náhradního oblečení a obuvi, pokud pacient nemá vlastní; minimum hodiny denně již bylo opuštěno jako nemístná vězeňská paralela a nyní je doporučení bez časového limitu, jen s odkazem na podřízení se ordinovaným procedurám a aktivitám.⁹¹

Uzavírám, že není možné zajišťovat pobyt na vzduchu pouze skrze společné vycházky, protože část pacientů na ně z bezpečnostních nebo zdravotních důvodů po nějaký čas nedosáhne. A rovněž není možné jen administrativně nařídit personálu zajištění tohoto vyššího standardu, aniž budou provedena potřebná stavební nebo organizační opatření.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **zajistit pacientům denní přístup na vzduch, s cílem dosáhnout v budoucnosti toho, aby nebyl časově omezen ničím jiným než účastí na ordinovaných procedurách a aktivitách.**

Do doby, než tento standard bude zajištěn, by poskytovatelé měli **usilovat alespoň o částečný výsledek**. Tedy na podkladě individuálního přístupu a ve spolupráci s příbuznými pacientů bez společných vycházek zajišťovat pobyt na vzduchu třeba ne denně, ale alespoň v nějaké garantované míře. Poskytování doprovodu pro individuální vycházku by mělo být součástí zadání pro personál a četnost uplatnění pak výsledkem rozhodnutí pracovníka odpovědného za průběh směny.

c) Přítomnost jiné osoby při sprchování

Ve většině navštívených zařízení personál nějakým způsobem dohlížel na provádění hygieny, přičemž **praxe se velmi lišila**, a to i v rámci jedné nemocnice. Kritizovala jsem jako nepřiměřený plošný přístup, když byl člen personálu přítomen při sprchování každého z pacientů bez rozdílu; to bylo na některých

90 Srov. případ v Psychiatrické nemocnici Dobřany sp. zn. 2361/2016/VOP.

91 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro českou vládu o návštěvě České republiky provedené v roce 2018. CPT/Inf(2019)23 [online]. Štrasburk: CPT, 2019 [cit. 26. 7. 2019]. Dostupné z: <https://www.coe.int/en/web/cpt/czech-republic>, bod 94.

Ochranné léčení: situace v nemocnicích

odděleních zaznamenáno ve třech nemocnicích. V další nemocnici pak bylo na dvou odděleních zjištěno, že v koupelně bývá naráz více pacientů; personál to zdůvodňoval časovými a kapacitními důvody. Byla zaznamenána i dobrá praxe, kdy personál vycházel vstříc potřebám pacientů a zpřístupňoval jim na požádání sprchy i mimo vymezenou dobu.

Není třeba rozebírat, jak snadné je ponížit člověka, když je svlečen, či proč je soukromí při hygieně důležité; ztráta intimity je silný prvek ústavnosti. Neméně důležité je zajišťovat v koupelně potřebnou pomoc a ochránit pacienty před napadením a ty s narušenou rovnováhou nebo hybností před uklouznutím. Přiměřené je vytvořit podmínky pro to, aby bylo sprchování obecně bezpečné (např. na oddělení, kde hrozilo obtěžování, pořídil personál rozpis tak, aby se pacienti nemohli v koupelně potkávat), a **přímý dohled provádět pouze u vytipovaných pacientů, tedy na základě individuálního hodnocení rizika, a jen v rozsahu, který je nezbytný**. Postup personálu by měl odpovídat stupni ordinovaného dohledu, jenž se zaznamenává v dokumentaci pacienta.

Podotýkám, že důvodem některých zásahů do soukromí je prostorové řešení koupelen, kdy se pacient svléká a obléká tam, kde ostatní čekají nebo využívají umyvadla. Nevhodně řešené koupelny a nutnost organizovat průběh hygieny ztěžují práci personálu. Cílem by mělo být zřízení koupelen pro individuální, nikoli hromadné sprchování.

Konečně chci upozornit, že je nemístné čekat, že se pacienti ohradí proti něčemu, co je jim nepříjemné. Jednak každý člověk má hranici studu jinde, a jednak podřízenost role pacienta oslabuje jeho svobodu vyjádření. Proto musí být úcta a individuální přístup standardem, a nakolik je to jen možné, je také třeba zajišťovat dohled osobou stejného pohlaví.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- zajistit pacientům sprchování bez přítomnosti jiných pacientů,
- dohled při sprchování zajišťovat v rozsahu vycházejícím z individuálního hodnocení rizika.

d) Zákazy návštěv dětí

Ve dvou zařízeních byly plošně zakázány návštěvy dětí (do 10, resp. 14 let) z důvodu obav o jejich bezpečnost v prostorách oddělení, kdy zároveň neexistovala možnost alternativního místa uskutečnění návštěvy (srov. kapitolu [16 e](#)). V jednom případě personál udělal výjimku a umožnil setkávání s dítětem jinde, ale to šlo o mimořádnou vstřícnost. Dodávám, že se zákazy návštěv dětí do určitého věku se ve vnitřních rádech setkávám průběžně i při systematických návštěvách dalších psychiatrických zařízení.

Uznávám, že pro některé děti může pobyt na oddělení představovat riziko. Absolutní zákaz návštěv dětí však může být jen stěží považován za přiměřený, neboť riziko lze minimalizovat samostatnou návštěvní místností, a ani nebývá potřebný, neboť i bez zřízení návštěvní místnosti lze zpravidla improvizovat nějaké jiné řešení. Považuji za vhodné postupovat individuálně a v pravidlech například vyhradit, že o čase a podmínkách uskutečnění návštěvy rozhoduje příslušný člen personálu.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- zdržet se zákazů návštěv dětí a zajistit jejich bezpečný průběh ve smyslu poznámek v kapitole [15 d](#)).

16) Prostředí a ubytovací podmínky

Nedostačující materiální podmínky mohou v krajním případě samy o sobě nebo ve spojení s jinými problémy dosáhnout až porušení práva pacienta nebýt podroben špatnému zacházení. Stav v navštívených zařízeních lze charakterizovat tak, že materiální podmínky jsou většinou dobré nebo alespoň slušné, nicméně prostředí celkově podporuje restriktivní podmínky hospitalizace. Na několika z navštívených oddělení, kde jsou pokoje mnohalůžkové, průchozí, naprosto strohé, místy i bez nočních stoků, a sociální zařízení neskýtá soukromí, představuje prostředí již významné riziko špatného zacházení. Následující text představuje toto téma, ale ohledně situace v jednotlivých nemocnicích odkazují na zprávy z návštěv.

I v ochranném léčení mají pacienti právo na respektování soukromí a poskytování služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění řádného chodu zařízení.⁹² Prostředí poskytování péče má potenciál podporovat léčbu a cíl hospitalizace, a proto má mít terapeutický ráz, a nemá prohlubovat institucionalizaci pacientů. U ochranného léčení navíc značná délka hospitalizace umocňuje účinek nevhodného prostředí.

a) Velkokapacitní ložnice

zařízení	nejvyšší počet lůžek na pokoji
Havlíčkův Brod	7
Horní Beřkovice	12
Kosmonosy	7
Kroměříž	15
Opava	9

Nejvyšší počet lůžek na pokoji na navštívených odděleních v roce 2017.

Téměř ve všech zařízeních převažovalo ubytování pacientů v ochranném léčení v mnohalůžkových pokojích, v některých případech dokonce průchozích; pokoje s kapacitou do čtyř lůžek se nacházely zřídka.

92 Ustanovení § 28 odst. 3 písm. a) a k) ve spojení s § 46 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách.

V jednom zařízení se nacházely dokonce až patnáctilůžkové pokoje. Podotýkám, že nejde jen o problém uvedených nemocnic, ale to stejné jsem v posledních letech konstatovala u nemocnic Dobřany či Petrohrad.

Ubytovací komfort v mnohalůžkových pokojích je daleko za přijatelným standardem, slovy výboru CPT „je ubytování v takových prostorách stěží slučitelné se standardy moderní psychiatrie“.⁹³ Přitom nejde o podlahovou plochu připadající na jedno lůžko, ostatně některé vícelůžkové pokoje jsou relativně prostorné. Velkokapacitní ložnice jsou problematické, protože v nich pacienti nemají soukromí a jsou rušeni či rozčilováni druhými. Nedostatek soukromého prostoru a související nemožnost řídit své sociální interakce, mimo jiné, zvyšuje četnost použití omezovacích opatření⁹⁴ a může působit z hlediska léčebného procesu kontraproduktivně. Navíc odpovídající rozmístění pacientů na základě individuálního posouzení rizika a potřeb se při takovém ubytování stává téměř nemožným. Duševní stav nebo specifická zranitelnost některých pacientů po mém soudu vyžaduje dokonce individuální ubytování, má-li být minimalizováno riziko zasahování do práv jejich nebo jiných pacientů.

Poskytovatelům jsem doporučila snížit kapacitu pokojů na maximálně 4 lůžka.⁹⁵ **Zlepšení je samozřejmě podmíněno rozpočtovou situací poskytovatelů**, přičemž někteří průběžně pracují na zlepšení. Jinde ale vyčkávají na přijetí strategických rozhodnutí o osudu nemocnic a situace je léta stále stejně neuspokojivá. Podotýkám, že samozřejmě nejde jen o problém navštívených zařízení, ale i řady dalších psychiatrických nemocnic.



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- zajistit, aby pacienti v ochranném léčení byli ubytováni v pokojích s maximální kapacitou 4 lůžka,
- zvážit zakotvení tohoto standardu do vyhlášky (o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení).

b) Terapeutické prostředí

Co se týká **ložnic**, alespoň jedno oddělení bylo předmětem kritiky v každé nemocnici, v některých pak většina: stále se běžně používají ložnice vybavené jako strohé místnosti plné lůžek, s holými zdmi, centrálním umělým osvětlením, kde dalším vybavením jsou jenom noční stolky či někde křeslo. V některých případech bývají pacienti po několika týdnech přemístěni, ale mnoho jich žije v takovém prostředí měsíce a léta. Vedle toho na některých odděleních jsem ocenila dílčí snahy o zútulnění: vybavení dřevěnými postelemi, obrazy a záclonami, vytvoření podmínek pro individualizaci vzhledu pokojů pacienty a navození nikoli nemocničního prostředí, snížení počtu lůžek a vybavení ložnic běžným nábytkem k ukládání osobních věcí a oblečení. Zdá se, že situace odráží mimo jiné to, zda oddělení jsou specificky vyhrazená

93 Standard CPT z roku 1998, bod 36.

94 Srov. SCHAAF, P. S., DUSSELDORP, E. et kol. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. The British Journal of Psychiatry [online]. 2013, no. 202, p. 142-149. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/content/202/2/142>.

95 Číslo, jež v doporučeních používá výbor CPT.

pacientům v ochranném léčení (a s dlouhodobým pobytem). Všechny shlédnuté pokoje byly udržovány a bylo v nich čisto a přístup denního světla, větrání a vytápění byly adekvátní.

Velkou část dne pacienti tráví ve **společných prostorech** oddělení. Neutěšenost a nepodnětnost jejich interiéru byla předmětem kritiky v několika případech, jednou jsem pak musela upozornit na špínu a přílišné opotřebování.

Uznávám, že při pojetí prostředí je zapotřebí brát ohled na bezpečnost, a nebrojila bych ani proti skromnosti. Zjištěná situace je však nepřiměřená. Prostor pro zlepšení je tak velký: ve využívání alternativních materiálů, zapojení pacientů do rozhodování a výroby dekorací a oživujících prvků a v pravidelném obnovování. Dílčí snahy se však jeví marné tam, kde není v ložnicích plných lůžek a místo ani na standardní nábytek.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **zajistit, aby ložnice pacientů v ochranném léčení byly vybaveny pokud možno civilně, v souladu se zásadou co nejméně restriktivního prostředí při poskytování zdravotních služeb.**

c) Uzamykatelné prostory pro osobní věci

Téměř ve všech navštívených zařízeních jsem kritizovala nemožnost používat uzamykatelnou skříň nebo noční stolek pro bezpečné uložení běžných cenností nebo věcí, jež mají pro pacienty hodnotu. Musím navíc říci, že se stále nacházejí oddělení, kde u lůžka chybí noční stolek, nebo pacient nemá svou skříň pro uložení oblečení, a ve dvou případech bylo ještě zaznamenáno, jak si pacienti nosí osobní věci v igelitových taškách s sebou po chodbách oddělení.

Považuji za standard, že pacient dostane k používání noční stolek, skříň a nějaký uzamykatelný prostor; jednak to odpovídá současným kulturním podmínkám, a jednak jde o předpoklad pocitu bezpečí a autonomie pacienta.⁹⁶ Výjimky jsou možné v individuálních případech a musejí být přiměřeným opatřením k naplnění léčebného nebo bezpečnostního cíle. Tomuto standardu například neodpovídá, pokud je skříň nebo klíč od zamykání k dispozici až na požádání.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **poskytovat zásadně každému pacientovi noční stolek, skříň a uzamykatelný prostor; výjimky připouštět na základě řádně provedeného individuálního posouzení.**

d) Sociální zařízení a hygiena

Ve většině navštívených zařízení jsem v oblasti hygieny shledala určité nedostatky v souvislosti se zajištěním soukromí. Často chyběly závěsy ve sprchových kójičkách a někde nebyla sprchovací místa oddělena ani z boku, přičemž nebyla oddělena ani od umyvadel. Ve dvou zařízeních byly jednotlivé kabinky toalet opatřeny pouze částečnými, „lítacími“ dveřmi, takže jsou vidět nohy a hlava pacienta a zblízka pak celá postava. V jednom zařízení měly dveře kabin pánských záchodů prosklený průhled, takže na pacienta sedícího na toaletě vidí každý muž mířící k pisoáru. Časté bylo, že záchodové dveře nebylo možné zamknout. Občas bylo nutné upozornit na chybějící prkýnka a toaletní papír. Zatímco v některých zařízeních si pacienti museli sami nosit toaletní papír, v jiném ho zas mít nemohli a museli si pokaždé přidělit vyzvednout na sesterně. Obě varianty jsou ponižující, když v prvním případě museli mít pacienti papír pro jistotu stále u sebe, neboť pokoje, kde měli své věci, se v čase různých programů zamykaly.

V průběhu psychiatrické hospitalizace mohou nastat situace, kdy dohled nezbytný u konkrétního pacienta může zahrnovat i úkony osobní hygieny. **V nemocnicích musejí být vytvořeny podmínky pro to, aby takový režim nedopadal na všechny pacienty plošně a bezpečnostní opatření nezasahovala do soukromí pacientů nad míru nezbytně nutnou.** Standardem musí být, že pacient provádí osobní hygienu a tělesnou potřebu v klidu, nevystavován náhlým vpádům do své intimity. V této souvislosti je třeba zmínit, že s ohledem na nedostatek soukromí jinde jde také o adekvátní prostředí pro autoerotiku, což by nemělo být tabu. To vše vyžaduje upravené dveře kabin toalet (vybavené zámkem, jehož provedení umožňuje personálu otevřít dveře zvenčí⁹⁷), dostatečně velké k zastínění celé postavy, stejně jako sprchová místa se zastíněním při sprchování a chystání. V dnešní době se rovněž nabízejí moderní bezpečnostní prvky v podobě sprchových závěsů a klik speciálně zajištěných proti oběšením, které poskytují pacientům jak soukromí, tak i bezpečí.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **vybavit sprchovací místa zastíněním a dveře kabin toalet zamykáním, které personál v případě potřeby může otevřít zvenčí.**

e) Návštěvní místnost

Ve většině případů nebyly k dispozici místnosti vyčleněné pro uskutečňování návštěv. Návštěvy pacientů, kteří nemohou opustit oddělení, se odbývaly v jídelnách, vícelůžkových pokojích nebo na chodbách, tedy často v prostorech průchozích nebo využívaných zároveň i pro jiný účel. To je problematické proto, že návštěva neprobíhá v klidu a v alespoň základním soukromí, a problematizuje to i návštěvy dětí, pro něž může být pobyt na oddělení v konkrétních případech nevhodný. Ostatně ve dvou zařízeních byly plošně zakázány návštěvy dětí (do 10, resp. 15 let) z důvodu obav o jejich bezpečnost v prostorách oddělení, když zároveň neexistovala možnost alternativního uspořádání (srov. kapitolu [15 d](#)). V neposlední řadě absence vhodných návštěvních místností obtěžuje personál, který například v případě návštěvy právníka musel uvolňovat kancelář.

97 Srov. „knoflíkové vložky zámků“ v Doporučení pro bezpečnou praxi 2015/02 – Zamykání pokojů u poskytovatelů zdravotních služeb, Věstník MZ ČR, částka 2, od str. 13.

Zjištěná situace není dobrá, neboť návštěvy – samy o sobě emočně i organizačně náročné pro všechny zúčastněné – bez adekvátního zázemí nemohou probíhat hladce a s maximálním prospěchem pro udržení a upevnění sociálních vazeb pacienta. Co se týká návštěv dětí, cílem by mělo být, aby v rámci areálu nemocnice byly prostory přizpůsobeny svým rázům i vybavením pro setkání rodičů s dětmi – ať už by šlo o pacienty v ochranném léčení, či jiné. Poskytly by soukromí a v případě malých dětí by se tím také předcházelo případné traumatizaci z ústavního prostředí. Podotýkám, že kontakt dětí s rodiči není možné omezit na setkávání v rámci vycházek do areálu nebo propustek; část pacientů totiž čeká na povolení takového režimu dlouho, nemluvě o potřebě zázemí v případě nepřízně počasí.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- zajistit vhodné návštěvní místnosti a speciálně pak také prostředí pro konání návštěv s dětmi.

f) Intimní místnost

Na většině oddělení nejsou podmínky pro důstojné intimní setkání pacientů s jejich partnery/partnerkami⁹⁸. To není problém pro pacienty, kteří mohou dostat propustku. Uvažme však, že u pacientů v ochranném léčení sexuologickém je součástí léčby adaptace sexuálního chování tak, aby se nepřičilo společenským normám, a pokud možno navázání hodnotného partnerského vztahu. Dosahovat tohoto cíle schůzkami v parcích nemocnic je ponižující pro pacienty a trapné pro jejich okolí.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- zajistit v areálu zařízení místnost pro konání intimních návštěv.

17) Personální otázky

a) Zjištěné personální zajištění péče

Při návštěvách jsem zjišťovala personální zajištění, neboť představuje **klíčový aspekt pro kvalitu a bezpečí psychiatrické péče**. Je obtížné se k tomu přesně vyjádřit, neboť nemáme dobrý národní standard (v kapitole [5 a](#)) vysvětluji, že vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb v podstatě personální zajištění nestanoví, a v kapitole [10 b](#)) navrhuji, aby ministerstvo stanovilo

98 V nejširším slova smyslu, včetně manželů.

Ochranné léčení: situace v nemocnicích

personální standard). Vyhlášku jsem tedy brala pouze jako pomocné kritérium a spíše přihlížela k tomu, zda se daná oddělení jevila být bezpečnými a péče nerestriktivní.

Co se týká počtu personálu, nenaplnění vyhláškového minima jsem zjistila pouze na jediném oddělení. Musím ale říci, že **na některých odděleních jsem zaznamenala personální zajištění neadekvátní tomu, aby mohl být program ochranného léčení bohatý a péče byla bezpečná i v případě pacientů s rizikem v chování** (srov. kapitoly [13 b](#)) a [11 a](#)). Tento obtížně měřitelný závěr bylo možné dobře doložit v případě Psychiatrické nemocnice Kosmonosy, a to skrze mimořádnou četnost zásahů policie v nemocnici a délku trvání použití omezovacího prostředku. U dalších tří nemocnic jsem ve zprávě poukázala na to, že zvláště ošetrovatelský personál je zapotřebí posílit, aby pacienti měli smysluplnou náplň volného času, mohli se dostat ven na vzduch a mohl být zajištěn potřebný dohled bez používání restriktivních opatření (zamykání ložnic přes den, držení některých pacientů v ložnicích, odnímání mobilních telefonů, široké používání kamerových systémů). Pozitivní poznámky jsem ve zprávách učinila k zajištění psychologů v Kroměříži, soustavné podpoře a přípravě ošetrovatelského personálu v Havlíčkově Brodě a zajišťování supervize v Kosmonosech.

Co se týká **nedostatku lékařů**, o kterém referovali ředitelé nemocnic, nezjistila jsem porušování předpisů v tomto ohledu a dostupnost lékaře byla obecně dobrá. Nedostatek je ale patrný tím, že někde absentují propracovanější programy ochranného léčení (srov. kapitola [13 a](#)); problém **zúžení léčby na farmakoterapii**, dohled a občasnou aktivizaci se týká alespoň jednoho oddělení v téměř každé nemocnici.

Reakce nemocnic na zprávy se sobě podobaly. **Na trhu práce chybí střední zdravotnický personál a mužský personál**. V budoucnu bude navíc problém s nedostatkem lékařů. Ochranné léčení v nemocnici stojí na 1 či 2 odbornících, kteří jsou nezastupitelní, a populace odborníků stárne. Psychiatrie není atraktivní pro mladé lékaře (chybí jich okolo 800), a ne každý zvládne pracovat se specifickou cílovou skupinou ochranného léčení.

Je důležité dodat, že podle odborníků trvá 3 až 4 roky vytvořit tým pro poskytování ochranného léčení. Páv a Švarc to reflektují upozorněním, aby se při transformaci nemocnic a plánování jejich personálního vybavení (to je standard dlouhodobé péče) počítalo se vzděláváním v oblasti forenzní psychiatrie a budovaly se týmy nemocnic tak, aby byly pokryty všechny oblasti odbornosti ochranného léčení.

b) Hodnocení a doporučení

Z napjaté personální situace vzniká i ideový střet: zatímco já doporučuji personálně náročná opatření ke snížení restriktivnosti poskytované péče, z pohledu manažerů psychiatrických nemocnic jde o nereálná opatření ke zvýšení kvality péče, která je podle nich už dobrá v důsledku postupu humanizace psychiatrických nemocnic v posledních 10 letech.

Částečně tyto argumenty nepřijímám, například nesouhlasím s tím, že pro řadu pacientů je vhodná zabezpečovací detence (srov. kapitoly [6 j](#)). Že personální situace je v nějaké nemocnici horší než v zabezpečovací detenci, není důvod pro rezignování na dobrou péči v nemocnicích. Zároveň mám velké pochopení pro varování manažerů, protože je pravda, že **pokud se realizují černé scénáře o vývoji na trhu práce a budoucím financování psychiatrických nemocnic, pak nebude možné naplňovat humánní standard přímého dohledu nad člověkem v omezení, odbourání síťových lůžek, nepoužívání izolace namísto dohledu,**

nezamykání ložnic přes den, ponechání vlastních věcí, včetně mobilního telefonu, aktivizace. Za účelem zajištění elementární bezpečnosti se péče stane znovu velmi restriktivní.

V rámci komunikace nad případem Psychiatrické nemocnice Kosmonosy ministr zdravotnictví připustil, že nedostatek personálu ve zdravotnictví je zásadním problémem, který **přesahuje možnosti řešení jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb**. Uvedl, že je Ministerstvem zdravotnictví řešen komplexně na systémové úrovni. Jedním z opatření je zvýšení příplatku za směnnost pro vybrané zdravotnické pracovníky.⁹⁹

Je třeba navázat dalšími opatřeními – organizačními i rozpočtovými. Ministerstvo i zdravotní pojišťovny by se měly zasadit o celkově lepší personální zajištění psychiatrické péče.

Konečně je třeba ocenit, že za současné personální situace nemocnice pokrývají běžný chod oddělení bez závažnějších excesů. Jde o práci s pacienty, kteří často nejsou motivovaní, vyžadují hodně času a trpělivosti a jejich léčba vysokou úroveň znalostí a zkušeností při terapeutickém vedení a také při zvládnutí poruch chování. Nemluvě o určitém riziku pro fyzickou bezpečnost personálu, jež roste právě s neuspokojivostí personální situace. Zdroje stres se těmito okolnostmi nevyčerpávají, neboť na personál nemocnic dále dopadá tlak společnosti a očekávání naprostého úspěchu léčby.



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- **připravit konkrétní a časově ukotvený plán zlepšení personální situace následné psychiatrické péče obecně a pracovišť poskytujících ochranné léčení zvláště.**

c) Profesionální chování personálu

Vnímám jako pozitivní, že v uvedených pěti nemocnicích jsem stížnosti pacientů na chování personálu k nim zaznamenala pouze vzácně: v jednom případě šlo o mocenské jednání ze strany lékaře (měl pod hrozbou ovlivnění řízení o svéprávnosti pacienta vyzvídat obsah jeho rozhovoru s pracovníkem Kanceláře) a pak v jedné nemocnici zazněly stížnosti na nevlídnost personálu na dvou odděleních.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **usilovat o vysokou úroveň organizační kultury, z pozice vedoucích pracovníků sledovat přístup zdravotníků k pacientům a adekvátně reagovat na případné poklesky.**

99 Viz dopis ministra Mgr. et Mgr. Adama Vojtěcha, MHA, ze dne 24. ledna 2018, k systematické návštěvě sp. zn. 20/2014/NZ.

18) Informace o právech a povinnostech pacienta

Zákon o specifických zdravotních službách explicitně v § 85 odst. 3 uvádí, s čím má poskytovatel pacienta seznámit při přijetí do ochranného léčení. Jsou to (i) práva a povinnosti související s poskytováním zdravotních služeb ve zdravotnickém zařízení při výkonu ochranného léčení, (ii) předpokládaná doba léčení a možnost změny jeho formy, (iii) individuální léčebný postup, (iv) vnitřní řád. Další informace mají být podávány podle zákona o zdravotních službách, například informace o zdravotním stavu a navržených zdravotních službách. Zákon klade značný důraz na prokazatelnost informování, dokonce se předepisuje i podpis svědka, který byl přítomen podání informace.

Nemocnice pro tento účel používají písemná poučení, jež pacient podepisuje. To je správná praxe, problém jsem nicméně často shledala v tom, že texty používané nemocnicemi jsou většinou **psány jazykem zákona** (chybí shrnutí „easy to understand“, tedy snadné na pochopení), a to včetně stížnostních pravidel nebo domácího řádu. Příkladem dobré praxe je v tomto ohledu například poučení o podmínkách výkonu ochranné ústavní léčby sexuologické v Horních Beřkovicích nebo informační leták používaný v Opavě; tam sestry také používají edukační listy s kontrolními otázkami k ověření, že pacient porozuměl.

CPT doporučuje obecně v kontextu psychiatrické hospitalizace, aby nemocnice měly připravené **informační brožury**, aby pacientovi něco zůstalo v ruce k dohledání informací později, když při příjmu může mít problém se soustředěním na všechny podrobnosti nebo obavy se ptát.¹⁰⁰ Třem nemocnicím jsem doporučila brožury připravit a předávat, protože nic podobného pacientům nenabízely.

Co se týká obsahu, často jsem doporučovala **doplnit informace** o dalších právech a okolnostech týkajících se ochranného léčení (právo na nutnou obhajobu při rozhodování soudu o změně nebo prodloužení ochranného léčení; lhůta dvou let, v níž je soud povinen přezkoumat další trvání léčby; právo pacienta podat soudu návrh na přezkum důvodnosti dalšího trvání léčby před uplynutím dvouleté lhůty). Pacient by také měl dostat informace o možnosti změny ústavního ochranného léčení na ambulantní za splnění stanovených podmínek.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- pro účinnost poučení při přijetí do ochranného léčení vypracovat a pacientům předávat informační brožuru formulovanou jednoduchým jazykem.

¹⁰⁰ Viz bod 117 Zprávy o návštěvě České republiky v roce 2018, bod 117: „CPT se domnívá, že by měla být připravena informační brožura, která by informovala o pravidlech v nemocnici a právech pacientů, včetně informací o právní pomoci, přezkoumávání umístění (a právu pacienta je rozporovat), souhlasech s léčbou a stížnostním postupem (včetně k jasně stanoveným vnějším orgánům). Brožura by měla být při přijetí předávána všem pacientům, jakož i jejich rodinám. Pacienti, kteří nejsou schopni porozumět této brožuře, by měli obdržet příslušnou pomoc.“



ložnice s běžným i sítovým lůžkem



prostor určený k bezpečnému pohybu



kamerový systém na "neklidovém" oddělení



pokoj vyhrazený pro použití EKT



ložnice gerontopsychiatrického oddělení



místnost určená k bezpečnému pohybu

Obecná témata

19) Elektrokonvulzivní léčba (EKT)

Nad rámec tématu ochranné léčby jsem se v každé navštívené nemocnici zajímala o praxi používání elektrokonvulzivní léčby. EKT se prováděla ve čtyřech z navštívených nemocnic a lze se s ní běžně setkat i v dalších zařízeních, včetně psychiatrických oddělení nemocnic, a to vždy v tzv. modifikované formě, tedy při použití celkové anestezie a svalových relaxantů. Pro zdokumentování souhlasu s tímto terapeutickým úkonem je vždy připraven zvláštní formulář. Někdy je veden zvláštní centrální přehled jednotlivých aplikací. V jednom zařízení jsem se setkala s vybočující praxí širokého používání EKT bez souhlasu. Ačkoli je tato metoda vnímána odbornou i laickou veřejností jako citlivá a stigmatizovaná, neexistují žádné mechanismy dohledu ani sladování národní praxe.

a) Standard

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) je uznávanou formou léčby některých těžkých nebo na léčbu rezistentních duševních nemocí. Má omezené indikační spektrum, přičemž podle okolností případu může jít o léčbu život zachraňující. V Česku se EKT aplikuje ročně u zhruba 1 000 pacientů, hospitalizovaných i ambulantních, u 26 poskytovatelů zdravotních služeb.¹⁰¹

Nutnost přistupovat k této metodě citlivě vychází zprvu z toho, že je s ní spojeno riziko vedlejších nežádoucích účinků (těch plynoucích z anestezie a dále přechodné nežádoucí ovlivnění kognitivních funkcí a bolest svalů); ve srovnání s masivní farmakoterapií však mohou být mírnější a pro řadu pacientů jde o výhodnou metodu. Zadruhé někteří pacienti se EKT bojí – ať už jsou důvody jakékoli, včetně zřetelného stigmatu, s tímto strachem se setkávám dlouhodobě. Pokud je za takové situace zákrok proveden bez souhlasu, představuje to značné ponížení a zlomení pacienta, které pacient podle okolností může dokonce vnímat jako trest. Proto jsem přesvědčena, že ačkoli řada psychiatrů elektrokonvulzivní terapii doporučuje a považuje prospěch pro zdraví pacienta za řídicí hledisko, musí se dbát také na provádění EKT způsobem, který co možná nejvíce minimalizuje obavy pacientů. Pokud je EKT jednou z variant, jak pacienta léčit, musí být zjišťováno, zda ji preferuje.

101 V roce 2014 to bylo 10 (z 12) psychiatrických nemocnic, 6 psychiatrických klinik (tj. všechny) a 10 (z 18) psychiatrických oddělení ostatních nemocnic. Srov. KALIŠOVÁ, Lucie, et al. Electroconvulsive Therapy in the Czech Republic. J ECT. 2018 Jun;34(2): 108-112. ISSN 1095-0680.

Dále zcela přejímám standard CPT¹⁰² o způsobu provádění EKT i souvisejících pojistkách:

- Je nutné zabezpečit, aby použití EKT odpovídalo léčebnému plánu pacienta.
- EKT musí být vykonávána mimo dohled ostatních pacientů (pokud možno v místnosti určené a vybavené pro tento účel) personálem, který má pro používání této léčby zvláštní průpravu.
- Použití EKT by mělo být zaznamenáno ve zvláštním registru. Pouze tak může vedení nemocnice jednoznačně identifikovat možné nežádoucí praktiky a projednat je s personálem.
- Pacienti by měli být zásadně v situaci, která jim umožňuje poskytnout (nebo neposkytnout) svobodný a informovaný souhlas; výjimky pro jasně a úzce vymezené výjimečné případy může stanovit zákon.
- Souhlas s léčbou může být pochopitelně považován za svobodný a informovaný pouze tehdy, když se zakládá na úplných, přesných a srozumitelných informacích o stavu pacienta a navrhované léčbě; popis EKT jako „spánkové terapie“ je příkladem neúplné a nepřesné informace o této léčbě.

b) Zajištění soukromí v průběhu zákroku a po něm

V jedné nemocnici jsem kritizovala prostředí zákroků – probíhaly ve stanovený den ráno na mnohalůžkovém pokoji, kam byli daní pacienti postupně přiváženi, který zároveň sloužil jako dospávací pokoj. Jednotlivá lůžka od sebe nebyla oddělena ani zástěnami, takže přicházející pacient viděl pacienty odpočívající po EKT na lůžku, respektive po zákroku nemá pacient soukromí.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **zajistit soukromí v průběhu EKT a ve fázi odpočinku po zákroku, alespoň pomocí zástěn.**

c) Souhlas s léčbou

Neměla jsem důvod kritizovat úroveň formulářů používaných pro poskytování souhlasu a kromě jedné nemocnice ani způsob vyjednání léčby s pacientem. Ocenila jsem, že kladný postoj se vyžadoval i u pacientů s omezenou svéprávností v oblasti rozhodování o zdravotní péči a že použití z vitální indikace (tedy bez souhlasu jako život zachraňující zákrok) bylo řádně dokumentováno.

V jedné nemocnici bylo zdokumentováno několik sporných případů, nicméně nevedli tam centrální evidenci případů, takže bylo obtížné získat celkový obrázek o tamní praxi. U náhodně studovaných případů bylo zjištěno jak používání EKT na základě souhlasu pacienta, tak i bez jeho souhlasu a také přes nesouhlas. Například u pacienta, u kterého byla série EKT zahájena z vitální indikace, se následně zlepšil stav i komunikace; když pak vyjadřoval nesouhlas s pokračováním EKT, nebyl na to brán zřetel, neboť série

102 Standard CPT z roku 1998. body 39 a 41. Jasně indikační ukotvení a pojistky u této terapie předpokládá také Doporučení Rec(2004)10 v článku 28 odst. 1 (srov. výkladové memorandum, body 206–208).

Ještě přísnější nároky nalezneme ve WHO standardech, kde se nepřipouští žádné výjimky z pravidla, že ECT se použije jen na základě svobodného a informovaného souhlasu pacienta. Srov. WORLD HEALTH ORGANISATION. Resource book on mental health, human rights and legislation [online]. WHO, 2005 [cit. 26. 7. 2019]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/who_resource_book_en.pdf, kap. 10. 3.

se již považovala za rozhodnutou. Domnívám se však, že kde v průběhu série EKT odpadne důvod pro léčbu bez souhlasu, je zapotřebí řídit se rozhodnutím pacienta.

V jiném případě dal souhlas s použitím (veřejný) opatrovník pacienta. Pacient byl několik měsíců léčen farmaky s cílem převedení na depotní preparát. Elektrokonvulzivní terapie byla zahájena týden poté, co pacient z nemocnice utekl a byl nalezen na úřadě u opatrovníka; už nechtěl dál v nemocnici být a dožadoval se propuštění. Po několika aplikacích pacient zřetelně EKT odmítal a opakovaně si písemně stěžoval řediteli nemocnice na negativní účinky, nicméně léčba pokračovala. S ohledem na vytrvalý a srozumitelný odpor pacienta jsem doporučila nemocnici tento a obdobné případy předkládat soudu k rozhodnutí rozporu mezi opatrovníkem a opatrovaným podle § 100 odst. 1 občanského zákoníku.¹⁰³ Podle nemocnice však šlo o neodkladnou péči¹⁰⁴ při psychoticky motivovaném nebezpečném jednání pacienta, u kterého léky neměly očekávaný účinek, takže [ve smyslu § 38 odst. 4 písm. a) zákona o zdravotních službách] ani nebylo zapotřebí souhlasu opatrovníka, a tudíž nebylo ani namístě obracet se na soud kvůli konfliktu názorů s opatrovaným.

Pominu, že jsme byli s nemocnicí ve sporu o to, zda byly zdokumentovány nějaké náhlé stavy nebo změny chování nebo pravděpodobnost, že bez EKT by se zdravotní stav pacienta zhoršil (tedy zda šlo o indikaci k neodkladné péči ve formě EKT). Modelově zde však lze vidět dva problémy. V této nemocnici panuje rozdílný přístup k EKT bez souhlasu v porovnání s ostatními navštívenými nemocnicemi – ty se fakticky omezovaly na použití EKT bez souhlasu pouze u vitální indikace, což odpovídá pojetí doporučených postupů psychiatrické péče.¹⁰⁵ Z druhé jde o konkrétní příklad absence pojistek při aktivním nesouhlasu psychiatrického pacienta s nedobrovolnou léčbou: nemá nástroj k přezkoumání názoru nemocnice, že situace odůvodňuje neodkladnou péči (srov. [kapitulu 12](#)).



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- používat EKT bez souhlasu pouze z vitální indikace.

d) Restrikce a zatajování

Nad rámec poznatků z roku 2017 ještě dodám ty ze systematické návštěvy jedné nemocnice v roce 2014. Zjistila jsem praxi, kdy byli někteří pacienti na noc před aplikací EKT umístováni do síťového lůžka nebo zamčeni v místnosti určené k bezpečnému pohybu, aby bylo zabráněno, že pacient zmaří ranní

103 „Má-li být zasaženo do integrity nezletilého, který dovršil čtrnáct let, nenabyl plně svéprávnosti a který zákroku vážně odporuje, třebaže zákonný zástupce se zákrokem souhlasí, nelze zákrok provést bez souhlasu soudu. To platí i v případě provedení zákroku na zletilé osobě, která není plně svéprávná.“

104 Neodkladná péče je „péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí“ [§ 5 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách].

105 „Pouze v případech, kdy jde o vážné stavy duševní poruchy a nemocný není schopen rozhodnutí (např. letální katatonie, těžké depresivní epizody s psychotickými příznaky, suicidální nebo potravu odmítající pacient) a EKT je aplikováno z vitální indikace, je možné aplikovat EKT bez souhlasu nemocného za dodržení platného právního rámce pro takové situace.“ ANDERS, Martin. Biologická léčba – elektrokonvulzivní léčba. In: RABOCH, Jiří, et al., ed. Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV., 2014, s. 185–190. ISBN 978-80-260-5792-5, s. 187.

zárok tím, že by jedl nebo pil. Vnitřní předpis nemocnice to umožňoval s tím, že to „není klasifikováno jako použití omezovacího prostředku, ale jako součást komplexní péče o závažně psychicky alterovaného pacienta před krátkodobou anestezií“, a stejně tak „klasifikoval“ i případné následné použití síťového lůžka nebo místnosti v případě poruch vědomí nebo dezorientace pacienta po EKT. Důrazně jsem protestovala proti takovému preventivnímu použití omezovacího prostředku a proti stanovení vnitřní úpravy zjevně protirečící zákonnému ustanovení o omezovacích prostředcích; nemocnice poté pochybení napravila.

Také jsem zjistila, že v některých případech personál před pacientem zatajil záměr zahájit EKT, a to s úmyslem zabránit případnému zmaření zákroku. Tím se samozřejmě také vyloučilo, aby byl pacient informován o povaze tohoto léčebného postupu (na což má právo). Těžko plně docenit, jak závažné jsou do budoucna špatné dopady tohoto skrývání na straně terapeutického týmu – na důvěru ze strany daného pacienta i ostatních, u kterých se jen umocňuje pocit, že EKT je mocenská a nějak obskurní metoda. Dodám, že EKT byla na daném pracovišti používána jako léčba bez souhlasu běžně, přičemž v dokumentaci bylo zaznamenáno, proč je EKT vhodné, a nikoli proč je nezbytné. A tam, kde lékař došel k závěru, že pacient není schopen o léčbě rozhodovat, tak ani nebyl zjišťován jeho postoj.

Tyto postupy jsou v rozporu se zákonem a z dlouhodobého hlediska také maří úspěch psychiatrické léčby; tedy neprospívají zájmu pacienta. Aby k nim nemohlo docházet, **mělo by vedení každého poskytovatele používání EKT systematicky sledovat.**

e) Situace na národní úrovni

Svémi poznatky o nevedení centrální evidence o použití EKT některými poskytovateli jen potvrzuji závěry výzkumu, který provedli čeští psychiatři v roce 2015.¹⁰⁶ Důsledkem je, že **neexistuje národní databáze nebo jiný zdroj souhrnných poznatků o použití EKT a ani jednotliví poskytovatelé většinou nemají o praxi lékařů přehled** (byť například existuje sešit s centrálními záznamy, tak neobsahuje podrobnosti, které jsou zaznamenány jen v individuální dokumentaci pacienta). Vědci dále zjistili, že praxe na jednotlivých pracovištích se liší co do rozsahu péče (somatických vyšetření) před zákrokem, způsobu aplikace elektrokonvulzivní terapie a sledování jejího účinku. Hodnotili ji sice jako harmonizovanou a celkově odpovídající národním doporučeným postupům, ale také konstatovali nesledování nejnovějších vědeckých poznatků. Odborníci dále upozorňují na to, že neexistuje vzdělávací program pro psychiatry zaměřený na používání EKT, přičemž školení poskytují pouze prodejci používaných přístrojů a lékaři si v rámci jednotlivých pracovišť předávají tamní zkušenosti.

Uvážíme-li, že přetrvává stigma této metody a praxe poskytovatelů není sjednocena, citelně chybějí data – celonárodně i na úrovni poskytovatelů – o tom, v jaké míře je EKT používáno, z jaké indikace, zda se souhlasem, či bez souhlasu pacienta a s jakým léčebným efektem, případně komplikacemi (nežádoucími účinky). Další prostor pro národní koordinaci představují formuláře pro poskytování souhlasů a písemné informace pro pacienty, které si nyní zpracovávají jednotliví poskytovatelé sami.



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- připravit a garantovat vzdělávací program pro psychiatry o provádění EKT,
- formou metodického vedení stanovit parametry evidence o použití EKT a vést na základě těchto dat národní přehled.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- vést a pravidelně vyhodnocovat evidenci o EKT zákrocích s cílem ověřovat naplňování právních standardů v případech, kdy lékaři postupovali bez souhlasu pacienta.

20) Používání omezovacích prostředků

Omezovací prostředky jsou použití fyzické síly, mechanického prostředku, medikamentu a izolování pro omezení nebo znemožnění pohybu pacienta. Zákon vyjmenovává povolené typy prostředků a stanoví, že je možné je použít pouze tehdy, je-li účelem odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob a nelze-li tohoto účelu dosáhnout mírnějším postupem.

Při návštěvách téměř poloviny nemocnic¹⁰⁶ bylo zjištěno neoprávněné používání omezovacího prostředku po dlouhou dobu – dílem kvůli zaměňování trvalého dohledu za umístění do uzamčené místnosti, ale také z jiných důvodů, které se projevují váháním zdravotníků uvolnit pacienta z omezení, dokud není zcela klidný. Ve dvou nemocnicích jsem naléhavě žádala řešit používání kurtů i po dobu několika dnů. Velmi často je pacient v souvislosti s použitím omezení vystaven dalšímu strádání: není v soukromí nebo si nemůže přivolat personál, který nebývá stále nablízku. Citelně chybějí jednolůžkové ložnice, jež by části případů omezení předešly, nebo zajistily nemocnému soukromí. Namísto zpětného rozboru situace omezení bývají pacienti pouze informováni o jeho důvodech, což ohrožuje dobrý terapeutický vztah s personálem. Poskytovatelé nemají zadání, jak přistupovat ke kritizovaným síťovým lůžkům a jak pojímat farmakologické omezení. V několika nemocnicích mají v péči pacienty s mentálním postižením se závažnými poruchami chování, kteří bývají omezováni pravidelně a dlouhodobě. Pozitivní je, že se zlepšuje úroveň vedení záznamů

107 Kromě zmíněných pěti nemocnic doplňují, pokud je to vhodné, v [této kapitole](#) také zjištění ze zařízení navštívených v letech 2018 až 2019, tedy dalších tří psychiatrických nemocnic a dvou psychiatrických klinik univerzitních nemocnic.

i zajištění dohledu nad nemocným a všude je přijímáno, že omezení má být pouze krajním opatřením.

Jednotlivé typy omezovacích prostředků mají různý dopad na pacienta a panují na ně různé názory a i praxe jejich používání se liší – v rámci Evropy, České republiky, a dokonce i v rámci jednotlivých nemocnic. Každopádně ty, které jsou v Česku používány, představují zásah do integrity člověka, který v případě neoprávněného použití nebo při použití nesprávným způsobem může představovat závažné porušení jeho základních práv či přímo špatné zacházení.

Podotýkám, že k omezení volného pohybu nedochází jen na půdě psychiatrie, ale týká se i poskytování zdravotní péče v jiných zdravotnických oborech. Řada obecných poznámek musí být tedy zohledněna i poskytovateli těchto zdravotních služeb.

a) Standard

Zákon¹⁰⁸ připouští jako omezovací prostředek a) úchop zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, b) omezení v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, c) umístění v síťovém lůžku; to neplatí v případě poskytování záchytné služby, d) umístění v místnosti určené k bezpečnému pohybu, e) ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin, f) psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy, nebo g) kombinaci uvedených prostředků.

Kromě toho, že vedou k naplnění základního účelu, kterým je odvrácení vážného nebezpečí, mají omezovací prostředky často **nežádoucí účinky** (způsobení bolesti a ponížení, zranění, včetně psychického traumatu, u pacienta i personálu, narušení terapeutického vztahu, dokonce hrozí i náhlá úmrtí). Smyslem institutu omezovacích prostředků v právních předpisech je skrze přísná pravidla zajistit, že tyto zvláště citlivé zákroky **budou používány jen jako krajní opatření** při zajišťování bezpečnosti pacienta a ostatních osob, a budou používány šetrně, bezpečně a s maximálním zachováním důstojnosti pacienta.

Z § 39 zákona o zdravotních službách a z Evropské úmluvy¹⁰⁹ vyplývají tyto **zásady**:

- Použití omezovacích prostředků musí být nutné ve světle okolností a jeho účelem musí být zabránění bezprostřední nebo hrozící újmě, přičemž opatření musí být přiměřené ve vztahu k tomuto cíli (princip nezbytnosti). Použití omezovacích prostředků nemůže být odůvodněno tím, že se osoba brání jejich použití, a je nepřijatelné jako trest nebo výchovné opatření.
- Aby byl omezovací prostředek skutečně krajní možností, musí jeho použití předcházet vyzkoušení mírnějších alternativ, ledaže by to zjevně nevedlo k odvrácení nebezpečí (princip subsidiarity). Z možných alternativ musí být zvoleno nejmírnější omezení.

108 Ustanovení § 39 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

109 Vykládané ve světle rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bureš proti České republice, op. cit., a ve věci M. S. proti Chorvatsku (č. 2), č. 75450/12, rozsudek ze dne 19. 2. 2015.

Obecná témata

- Jakmile je osobní svoboda člověka omezena, každé použití síly, které není nezbytně nutné kvůli jeho předchozímu jednání, představuje zásah do lidské důstojnosti a je v zásadě ponižujícím zacházením. Je na zařízení, aby odůvodnilo použití omezovacího prostředku existencí nebezpečí a neúčinností mírnějších opatření.

Pro zajištění uplatnění těchto zásad v praxi stanoví předpisy a odborné standardy **zvláštní záruky**: o použití omezovacího prostředku musí zásadně rozhodovat lékař, ledaže by hrozilo nebezpečí z prodlení; poskytovatel musí zajistit náležitý dohled nad pacientem v omezení; je stanovena přísná dokumentační povinnost; použití se má evidovat také centrálně; s pacientem má být po ukončení omezení proveden rozhovor s cílem zohlednit jeho pocity a snížit potřebu omezení do budoucna.

Zákonná úprava kritérií pro použití omezovacích prostředků odpovídá evropskému lidskoprávnímu standardu. V dalších aspektech jsou rezervy, na které níže upozorním. Kromě § 39 zákona o zdravotních službách konkretizuje pravidla použití omezovacích prostředků vyhláška o zdravotnické dokumentaci a metodické doporučení ministerstva z roku 2018. Mezinárodní standard prevence špatného zacházení je obsažen v dokumentech CPT, konkrétně ve Standardu CPT z roku 2017 a doplňkově ve Standardu CPT z roku 2006. Zdrojem uznávaného medicínského postupu při používání omezovacích prostředků jsou příslušné kapitoly Doporučených postupů psychiatrické péče II¹¹⁰ a Doporučených postupů psychiatrické péče III.¹¹¹

b) Pojem „bezprostřední ohrožení“

Podle zákona lze omezovací prostředky použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití „odvrácení bezprostředního ohrožení“ života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob.¹¹² Opakovaně se setkávám s hlasy, které kritizují použití **neurčitého právního pojmu** „bezprostřední ohrožení“ kvůli jeho nejasnosti pro aplikační praxi, a využívám této příležitosti, abych se rovněž vyjádřila.

Používání obecných pojmů, jež se vykládají za použití metod interpretace práva, **je pro právní regulaci typické a samo o sobě nemá představovat problém** jen proto, že adresáty dané právní úpravy jsou ve většině nepravníci. Pro jejich potřeby může na normativní text navazovat komentář, návod pro výklad, soubor kazuistik či podobná literatura.

V tomto případě zákonná formulace „odvrácení bezprostředního ohrožení“ odpovídá přesně formulacím z mezinárodních právních standardů,¹¹³ a neměla by se měnit. Aplikační nejistota spíše představuje výzvu pro odbornou literaturu a Ministerstvo zdravotnictví jako gestora zákona o zdravotních službách, aby poskytly výkladová vodítka. Ke škodě věci se toto doposud nestalo ani při příležitosti vydání nového metodického doporučení ministerstva.

110 BAUDIŠ, Pavel et al. Omezovací prostředky. In: RABOCH, Jiří et al., ed. Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II. Praha: Infopharm, 2006, s. 152-162. ISBN 80-239-8501-9.

111 BAUDIŠ, Pavel et al. Omezovací prostředky. In: RABOCH, Jiří et al., ed. Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III. Brno: Tribun EU, 2010, s. 213-221. ISBN 978-80-7399-984-1.

112 Ustanovení § 39 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách.

113 Srov. angl. výraz „to prevent imminent harm“ – čl. 27 odst. 1 Doporučení Rec(2004)10, bod 1.4 Standardu CPT z roku 2017 a bod 96 rozsudku Bureš proti České republice (op. cit.).

Z jazykového vyjádření „bezprostředně“ plyne, že omezovací prostředek je indikován ne až v situaci, kdy aktuálně dochází k újmě na životě, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, nýbrž **vyjadřuje, že odborník tento následek realisticky předvídá**. Doporučené postupy psychiatrické péče II. uvádějí „stavy, které s největší pravděpodobností vyústí“ do ohrožujících projevů.¹¹⁴ Při tom zdravotník pracuje s informacemi, které má k dispozici. Doporučené postupy psychiatrické péče III. uvádějí, že je „vhodné brát v úvahu také vývoj poruchy v čase a povahu onemocnění, odrážející potřebnost a indikaci medicínské péče. Přikláníme se k názoru, že není vždy medicínsky zdůvodněné čekat do doby, než se nemocný stane aktuálně nebezpečným sobě nebo okolí“.¹¹⁵

Je zde tedy určitý prostor, ale je to **prostor pro klinické posouzení podle pravidel medicíny**, nikoli pro obecně preventivní přístup. Lékař při hodnocení stavu pacienta bere v úvahu okolnosti, jako jsou aktuální stav onemocnění a předchozí jednání pacienta, případně neúspěch méně restriktivního postupu, aby byl jeho úsudek, že k ohrožujícímu chování v brzké době dojde, opodstatněný. Jeden psychiatr v diskusi na toto téma vyjádřil, že hodnotí projevy pacienta „v rámci dané epizody“. Individuální úvahu si pak vyžaduje i další limit vycházející ze zásady přiměřenosti, neboť nestačí jakékoli ohrožení zdraví nebo bezpečnosti.

Zákon tedy ponechává prostor pro **úvahu toho kterého zdravotníka, činícího odborné rozhodnutí v konkrétní situaci, na základě informací, jež má aktuálně k dispozici**, jak je to ostatně při poskytování péče běžné.

Představitelé psychiatrických nemocnic při našem setkání v únoru 2019 mluvili o tom, že personál nemocnic se bojí následků (právních, mediálních, morálních) případné chyby či zranění pacienta, a tím vzniká tlak raději omezovací prostředek použít než připustit například zranění. V literatuře je také tematizovaný tlak ze strany ošetřovatelského personálu na lékaře, aby nařídil omezení, pokud je tým přetížen.¹¹⁶ Jde o vážnou obavu, která má patrně dopady na způsob poskytování péče, a je třeba se jí zabývat. Ale nejde o problém způsobený použitím obecného pojmu v zákoně.

c) Nezbytné omezení volnosti pohybu, anebo zajišťování dohledu?

Příkladem neoprávněného použití omezovacího prostředku je umístění pacienta do uzamčené místnosti (izolační místnosti či pokoje zvýšené péče) nikoli kvůli tomu, že by zde bylo bezprostřední ohrožení, které by bylo nutné odvracet, ale **jako opatření k zajištění náležitěho stupně dohledu**. To jsme zjistili ve dvou z pěti psychiatrických nemocnic navštívených v sérii návštěv k ochranné léčbě a zjistili jsme to také při návštěvách uskutečněných jinde, a to v letech 2018 až 2019 i dříve. Pacient je zpravidla zcela odkázán na personál, co se týká přístupu k toaletě, je nucen snášet blízkost jiného pacienta nebo pacientů (byl zjištěn i šestilůžkový pokoj, kde byli spolu uzamčeni nově přijatí a neklidní pacienti), není zvykem strohý režim kompenzovat řízeným zpřístupňováním společenských prostor, individuálními terapeutickými aktivitami a přístupem na vzduch. Dodávám, že snad proto, že pacientovi zůstává možnost v rámci

114 Baudiš et al., 2006, op. cit., s. 155.

115 Baudiš et al., 2010, op. cit., s. 217.

116 Francouzský inspektor míst zbavení osobní svobody v tom vidí bludný kruh: Týmy, které nemají dostatečné školení ani podporu tlačí na lékaře, aby nařizovali izolaci, a tím jim ulevili. To ale jen zpočátku, protože tento způsob práce s neklidem a agresí těžce dopadne na celý způsob práce týmu. Tyto metody také podporují v ošetřovatelském personálu pocit viny, pocit, že se podílejí na trestání. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. *Isolation and restraint in mental health institutions* [online]. Paříž: Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2016, 126 s. [cit. 24. 4. 2019]. Dostupné z: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/12/CGLPL_Report_Isolation-and-restraint-in-mental-health-institutions.pdf, s. 86.

místnosti se volně pohybovat, zůstávají tato opatření v platnosti řadu hodin i celé dny, ojediněle se lze setkat s trváním po dobu měsíců.¹¹⁷ S ohledem na délku trvání byl v řadě případů, podle mého názoru, překročen práh špatného zacházení.

Bylo těžké formulovat konkrétní opatření k nápravě, aby jeho dopady nebyly ještě restriktivnější (otevře se ložnice, ale někdo bude kurtován). Je však nesporné, že podmínky poskytování (akutní) psychiatrické péče musejí být nastaveny tak, **aby ordinace trvalého dohledu neznamenala uzamčení pacienta v místnosti**. Trvalý dohled totiž lze zajistit i bez omezení – v denní místnosti, na chodbě, na zahradě a podobně, pokud je dáno odpovídající personální obsazení.

V této souvislosti upozorňuji, že riziko špatného zacházení je vysoké i tehdy, když lékař omezovací prostředek „předefinuje“ **na přísný režim s občasným opouštěním ložnice**. Pokud z hlediska léčebného režimu považuje lékař za nezbytné izolovat pacienta od určitých podnětů či látek nebo jiných pacientů, je to přípustné, ale musí se jednat o opatření přiměřené, dočasné a provázené pojistkami proti zneužití. Jakmile je zjevné, že vyčlenění z oddělení nebo jinak zpřísněný režim bude trvat déle, (i) případ by se měl dát na vědomí vedení nemocnice, (ii) pacient (nebo jeho zástupce) by měl dostat v písemné podobě rozhodnutí o tomto režimu a být poučen o možnosti podat proti němu stížnost, (iii) musí být stanoveno, jak bude opatření kompenzováno – jak bude probíhat nefarmakologická část terapie, volnočasové aktivity, kontakt s jinými lidmi, pobyt na vzduchu, (iv) měl by být hned stanoven plán kroků, jež by pacienta vedly zpět do režimu volného pobytu na oddělení, (v) pravidelně by se mělo hodnotit, zda jsou všechny restriktivní prvky takového režimu striktně nezbytné, přičemž čím déle se v něm pacient nachází, tím důkladnější musí toto hodnocení být.¹¹⁸



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- k zamčení pacienta v místnosti se uchýlovat pouze v situacích, kdy bezprostředně ohrožuje sebe nebo okolí; v ostatních situacích, pokud je to nezbytné s ohledem na zajištění léčby, léčebného režimu a také chodu oddělení a respektování práv ostatních pacientů, využívat odpovídající úroveň dohledu a individuálně upravený režim s jasným stanovením míry pobytu ve společné části oddělení, účasti na terapeutických aktivitách, pobytu na vzduchu a kouření,
- při uplatnění zpřísněného režimu spojeného s nějakou mírou omezování pacienta ve volném pohybu v rámci oddělení zajistit, že opatření je přiměřené, dočasné a provázené pojistkami proti zneužití.

117 Odkazují na individuální případ sp. zn. 2361/2016/VOP a systematickou návštěvu sp. zn. 14/2018/NZ.

118 Vycházím zde ze standardu CPT pro samostatné umístění vězňů; ve vězení k němu někdy dochází pro ochranu ostatních před nebezpečným vězněm, nebo ochranu zranitelného vězně před ostatními. Samovazba je velmi riziková v souvislosti se zákazem špatného zacházení. Proto jsou dány přísné standardy pro její podmínky, rozhodovací proces o umístování a proces přezkoumávání těchto rozhodnutí. CPT. Samovazba. Výňatek z 21. obecné zprávy CPT zveřejněné v roce 2011. CPT/Inf(2011)28-part2 [online]. Štrasburk: CPT, 2011 [cit. 26. 4. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16808ef5b7>.

d) Neoprávněné trvání omezovacího prostředku

Závažným pochybením je také **ponechávání pacienta v omezení i v čase, kdy již pominula bezprostřední hrozba**. Konstatovala jsem to u několika studovaných případů ve dvou nemocnicích navštívených v roce 2017 a také ve třech zařízeních navštívených v letech 2018 až 2019. Typicky jsem vycházela ze záznamů ve zdravotnické dokumentaci popisujících zklidnění, ale přetrvávající „nevyzpytatelnost“, tenzi nebo negativismus pacienta. Přitom nešlo jen o chybu zainteresovaného ošetrovatelského personálu, nebo dokumentační neobratnost, neboť každého pacienta v průběhu omezení vizitovalo několik lékařů, kteří trvání omezení průběžně schvalovali a rovněž pořizovali uvedený typ záznamů. Právě ve dvou zmíněných nemocnicích jsem zjistila také případy **velmi dlouhého trvání použití fixace** – mám na mysli kurtování trvajících den i déle; běžně bylo zjištěno trvání do tří dnů, a nadto i případy delší. Mezi nimi byly i případy trvání bez náležitého zdůvodnění. Také bylo zaznamenáno vyjádření lékaře, že se odkurtovává především dopoledne, protože na oddělení je nejvíce personálu včetně lékařského.

Upozorňuji, že podrobovat pacienta omezovacímu prostředku, když to není naprosto nezbytné, představuje špatné zacházení. Ze zásady nezbytnosti dále plyne, že **čím delší je trvání omezení, tím musí být přesvědčivěji doložen jeho důvod a intenzivnější snaha o vytvoření podmínek pro jeho ukončení**. Co se týká použití mechanického omezení v délce dnů, lze je odůvodnit jen ve skutečně výjimečných případech, jak tomu nasvědčuje praxe ve většině navštívených zařízení.

Poskytovatel je povinen přijímat opatření k ochraně pacientů před špatným zacházením, jakým neodůvodněné omezení je. Opatření mají podle okolností povahu obecnou nebo individuální. Pokud má ošetrovatelský personál obavu, že po uvolnění pacienta nebude schopen zajistit potřebný dohled nebo obnovit omezení při novém nebezpečí, je to **jasný signál o celkových podmínkách péče a personál musí být posílen**. V konkrétních případech, pokud ani po několika hodinách není možné omezení ukončit, musejí být přijata **individuální opatření, která ukončení uspisí**. Tím je vedle terapeutického působení na pacienta v omezení také vytvoření chráněného prostředí pro pacienta a zajištění trvalého dohledu případně i 1 : 1. Časté vizity lékaře musejí být samozřejmostí. Provedení individuálních opatření předvídají Doporučené postupy psychiatrické péče II: „Součástí individuálního plánu péče o nemocného by mělo být stanovení způsobu, jakým lze nejefektivněji zvládnout pacientovu ztrátu sebekontroly a následné ohrožující chování.“¹¹⁹ Také metodické doporučení ministerstva v článku 1 odst. 1 doporučuje vypracovat pro rizikové pacienty plán zvládnání rizika z důvodu prevence vzniku života ohrožujících situací, a to v rámci individuálního léčebného postupu.

Vedení jedné z výše zmíněných nemocnic, kde bylo zjištěno dlouhodobé mechanické omezování, jsem doporučila provést **interní monitoring**, tedy po dobu 6 měsíců zpětně vyhodnocovat všechny případy použití omezovacích prostředků, jež trvaly déle než 12 hodin (nepřetržitě nebo s přestávkou na vykonání potřeby). Ve druhé nemocnici byl zmíněný stav součástí širšího problému nedostatku ošetrovatelského personálu obecně, a zvláště pak mužů. Bylo to doloženo tím, že v celé čtvrtině případů volaly sestry na pomoc k aplikaci kurtů policii a vedení nemocnice si ostatně problému bylo vědomo. K pomoci s nápravou jsem vyzvala také zřizovatele, tedy Ministerstvo zdravotnictví.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- zajistit, aby nebylo tolerováno používání omezovacích prostředků bez trvání řádného důvodu,
- aktivně řešit případy, kdy použití omezovacího prostředku trvá déle než několik hodin: přijímat opatření k uspořádání jeho ukončení a případně zahájit sledování celkové situace na daném oddělení,
- na základě soustavného sledování situace na exponovaných odděleních a také rozboru jednotlivých vybočujících případů činit přiměřené úpravy v organizaci a materiálním a personálním zajištění péče na těchto odděleních, aby byla délka trvání omezovacího prostředku podstatně snížena.

e) Soukromí a bezpečí pacienta v omezení

Ve třech nemocnicích jsem kritizovala **používání kurtů ve vícelůžkových ložnicích** (běžných či v pokojích zvýšené péče), kde v závislosti na naplněnosti daného oddělení mohla být lůžka obsazena dalšími pacienty. Přitom platí, že k použití omezovacích prostředků by nemělo docházet na dohled jiných pacientů (ledaže by pacient v omezení výslovně vyjádřil přání zůstat ve společnosti nějakého spolupacienta); jde zde o soukromí a bezpečnost pacienta v omezení, ale i klid a bezpečí ostatních. Tento standard není naplněn relativně často – průběžně to zjišťuji i při dalších návštěvách, a to i jako umístění do síťového lůžka ve vícelůžkové ložnici. Problém se týká i oddělení specializovaných na zvládnutí nebezpečných stavů nemoci, pokud nemají dostatek jednolůžkových ložnic. Ojediněle jsem se setkala s tím, že pro nedostatek zdravotnického personálu museli pomáhat při použití omezení i pacienti, což je obecně nepřijatelné.

Zásahem do soukromí pacienta také je, pokud je **vystaven zrakům nepovolných** v průběhu umístění v zamčené místnosti. K tomu dochází typicky tehdy, když dveře místností mají okénka vedoucí do obecně přístupných chodeb. Byl to případ jedné z navštívených nemocnic i psychiatrických oddělení dvou nemocnic navštívených v roce 2018 až 2019.

Dále mohou zásahy vznikat **způsobem práce s kamerovým systémem**. V jedné nemocnici nebyla kamera zaslepena, takže zabírala celou izolační místnost včetně tureckého záchodu. Konkrétně v této nemocnici navíc z bezpečnostních důvodů rutinně odebírali pacientům před umístěním veškerý oděv. I to jsem kritizovala, neboť takový zásah do intimity člověka může být odůvodněn jen mimořádným, a především individuálně posouzeným rizikem.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- dbát na soukromí pacientů, kteří jsou v omezení, a především pak nedopustit, aby byl pacient omezen v přítomnosti jiných pacientů nebo aby při omezení pomáhali jiní pacienti.

f) Dohled personálu a možnost pacienta přivolat si pomoc

Výbor CPT prosazuje jako standard, že každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být pod dohledem přítomného pracovníka.¹²⁰ Vedle zajištění bezpečnosti je v popředí také snížení strádání pacienta a zabránění pocitu opuštěnosti. Kamera tento stupeň dohledu nenahrazuje. Národní standard je méně náročný, když požaduje obecně **nepřetržitý dohled**.¹²¹ Národní standard naplňovali v jedné psychiatrické nemocnici z pěti navštívených v roce 2017 a i později vykonané návštěvy dalších zařízení ukazují, že není v praxi běžně naplňován, patrně z důvodu nedostatku ošetrovatelského personálu. Dohled je nejčastěji kombinací osobních kontrol a sledování skrz okno vedoucí do pracovny personálu nebo pomocí kamery.

Ve čtyřech nemocnicích jsem v nějaké míře zaznamenala, že pacient v omezení (typicky v uzamčené místnosti nebo síťovém lůžku) **neměl, jak si přivolat personál**. Tedy jde o častý problém, který ostatně zjišťuji i jinde. Pacient je tak vystaven riziku nedůstojných situací, pokud potřebuje pomoc nebo na toaletu, a umocňuje se jeho bezmocnost a frustrace. Nepřetržitý dohled skrze sledování obrazovky z kamer, jež zabírají prostor s pacientem, dopady zmírňuje, ale nejde o ideální řešení, neboť se spoléhá na lidský faktor často přetíženého personálu. Lépe je pamatovat na potřebu signalizace při řešení vybavení místností (v jiné nemocnici alespoň některým pacientům poskytovali přenosné tlačítko).



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- usilovat o zajištění nepřetržitého dohledu nad pacienty v omezení, nejlépe ve formě přítomnosti pečující osoby,
- zajišťovat pacientům v omezení možnost signalizace k přivolání personálu.

120 Standard CPT z roku 2017 v bodu 7 uvádí: „Každý pacient, vůči němuž je uplatněno mechanické omezení nebo izolace, by měl být pod nepřetržitým dohledem. V případě mechanického omezení by v místnosti měl být neustále přítomen kvalifikovaný pracovník, aby udržoval s pacientem terapeutický vztah a poskytoval mu pomoc. Pokud je pacient umístěn do izolace, může se člen personálu nacházet mimo pokoj pacienta (nebo v sousední místnosti se spojovacím oknem) za předpokladu, že pacient může pracovníka dobře vidět a že člen personálu může pacienta neustále sledovat a slyšet. Je zřejmé, že takovou nepřetržitou přítomnost personálu nemůže nahradit dohled prostřednictvím kamery.“

121 Srov. čl. 1 odst. 11 metodického doporučení ministerstva.

g) Zpětný rozbor

Kromě jedné nemocnice jsem všude konstatovala, že není zavedeno, aby s pacientem proběhl zpětný rozbor epizody omezení. Všichni poskytovatelé nějak pracují se zákonnou povinností informovat pacienta o důvodech použití omezovacího prostředku.¹²² Zdravotníci uváděli, že se snaží v každou chvíli pacientovi vysvětlovat, co se děje a proč. To je rozhodně správná praxe. **Není však zvykem se následně, v klidu k události vrátit.** CPT přitom právě toto doporučuje jako krok k obnovení důvěry mezi pacientem a zdravotníky a hledání preventivních opatření do budoucna:

„Jakmile je omezení ukončeno, je nezbytné provést s pacientem pohovor (angl. debriefing). Pro lékaře je pohovor příležitostí, kdy může vysvětlit důvody tohoto opatření, zmírnit tak psychické trauma z tohoto zážitku a obnovit vztah mezi lékařem a pacientem. Pro pacienta je příležitostí k vysvětlení, co zažíval před omezením, což může pomoci jemu i personálu lépe pochopit jeho chování. Pacient a personál se mohou společně pokusit dojít k tomu, jak by se pacient mohl lépe ovládat, a tak se snad vyhnout dalším atakám agresivity a následnému použití omezovacích prostředků“ (Standard CPT z roku 2006, bod 46).

Is ohledem na inherentní kontroverznost omezovacích prostředků a přetrvávající pocit křivdy u některých bývalých i současných uživatelů psychiatrické péče doporučuji **věnovat komunikaci více pozornosti, než bylo dosud zvykem.** S ohledem na provoz toho kterého pracoviště by mělo být reálně zvažováno, kdy bude mít který pracovník čas na rozhovor s pacientem po použití omezení. Shrnutí pohledu zdravotníků při nejbližší vizitě zpětný rozbor nepředstavuje. Metodické doporučení ministerstva (srov. čl. 1 odst. 5) doporučuje provádět terapeutický pohovor, kromě případů, kdy pacient byl urgentně přeložen. Opakuji však, že nestačí, aby jeho obsahem bylo jednostranné informování.¹²³



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **provádět s pacientem ve vhodném čase po ukončení omezení rozhovor s cílem nejen jej informovat, proč bylo z pohledu zdravotníků nezbytné omezovací prostředek použít, ale také vyslechnout jeho pohled a společně hledat alternativní opatření do budoucna.**

122 Ustanovení § 39 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách.

123 Další argumenty:

„Snaha personálu pouze ospravedlňovat rozhodnutí o použití omezujícího zákroku může být kontraproduktivní; cílem je v rámci empatického terapeutického vztahu prozkoumat, v jakých ohledech zákrok pomohl, v jakých ne a tedy má být v budoucnu něco jinak.“ Mental Health Act 1983: Code of Practice, bod 26.167. Department of Health 2015, dostupné na <https://www.gov.uk/government/publications/code-of-practice-mental-health-act-1983>; ISBN 978-0-11-323006-9, verze účinná od 1. 4. 2015.

Mezinárodní společnost psychiatrických sester výslovně žádá, aby po použití omezení následoval debriefing primárních pečujících s pacientem. International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (ISPN). ISPN Position Statement on the Use of Restraint and Seclusion, 2001. JCAPN Volume 14, Number 3, July-September, 2001.

„Základním zlatým pravidlem u všech výkonů prováděných proti nebo mimo vůli nemocného, eventuálně i výkonů, se kterými pacient pasivně, ale bez důvěry souhlasí, je, že budou s pacientem probrány vhodnou formou před aplikací a při ní. Dodatečně je zapotřebí je zhodnotit, vysvětlit a „destigmatizovat“ opakovaným vysvětlením a prodiskutováním se zlepšeným pacientem. Vzpomínka na výkon nesmí vytvořit emoční jizvu, třeba disimulovanou, která by v budoucnu narušila vztah mezi nemocným a lékařem.“ BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-104-1, s. 149.

h) Síťová lůžka

Není mi známo, kolik síťových lůžek¹²⁴ se v České republice používá – na psychiatrii či v jiných zdravotnických zařízeních. Z psychiatrických nemocnic navštívených v roce 2017 byla síťová lůžka používána v Havlíčkově Brodě, Kosmonosech (později všechna vyřazena) a Opavě (v té době se rozhodovalo o jejich stažení). Jejich používání dalšími poskytovateli jsem zjistila návštěvami v letech 2018 až 2019: v Psychiatrické nemocnici Bohnice (1 lůžko), Psychiatrické léčebně Petrohrad (4) a na psychiatrických klinikách v Plzni a Brně (2, resp. 1 lůžko). Lze se setkat se všemi myslitelnými variantami omezení: pro jednoho konkrétního pacienta trpícího poruchami chování při mentálním postižení, na gerontopsychiatrických odděleních ke zvládnutí nočního neklidu a rizika pádu, na tzv. příjmových odděleních mužských i ženských.

Síťová lůžka mají ve srovnání s jinými druhy omezovacích prostředků své výhody a nevýhody. Výhodou je, že lůžko umožňuje pacientovi volně se v rámci daného prostoru hýbat, takže odpadají zdravotní rizika a bolest plynoucí ze znehybnění nebo utlumení. Nevýhodou je, že pacient je závislý na pomoci při provádění potřeby (a proto se někdy i preventivně používají pleny) a že lůžka se, snad právě kvůli nižšímu riziku komplikací, běžně používají i po dlouhý čas (řádově desítky hodin, plyne to z nahlédnutých evidencí). Uvážíme-li, že většinou nemá ošetrovatelský personál za povinnost u pacienta být (například je stanoven interval kontrol každé 2 hodiny) a pacient nemá k dispozici signalizaci, je zde **významný prvek opuštěnosti a bezmocnosti**. Jsou navíc známy případy nešťastného úmrtí v lůžku a také převrnutí lůžka neklidným pacientem. Zatímco zdravotníci někdy používají mírnější označení „ochranné lůžko“, na pacienty nepůsobí síťová lůžka dobře a běžně mluví o „kleci“.

Používání síťových lůžek je patrně podmíněno tradicí regionu bývalého Rakouska-Uherska. Výbor CPT toto opatření dlouhodobě kritizoval, a tak se aktuálně používají kromě Česka už pouze na Slovensku. V Rakousku používání síťových lůžek skončilo k červenci 2015. Také Česká republika čelí kritice za používání síťových lůžek a je třeba říci, že **vláda zatím nezaujala žádný postoj**. Sice po návštěvě CPT v roce 2014 sdělila výboru, že se od síťových lůžek obecně ustupuje a budou hledány cesty, jak je nahradit, ale fakticky nepodniká žádné kroky.

Někteří lékaři se obávají prostého nahrazení síťových lůžek jinými druhy omezovacích prostředků, což je reálné za předpokladu, že vyřazení nebude provázet také investice do personálního zajištění péče a rozvoje alternativních opatření. Když rakouské federální ministerstvo zdravotnictví síťová lůžka zakázalo, stanovilo roční přechodné období pro jejich odstranění a rozvinutí alternativních opatření (rozvoj technik deescalace, stanovení širších povinností ošetrovatelského personálu, flexibilnější podpora ze strany lékařů, zavedení snížených lůžek a podlahových pohyb monitorujících čidel).¹²⁵ Domnívám se, že rovněž v České republice by odstranění síťových lůžek nemělo být zajištěno pouhým legislativním opatřením (změnou § 39 odst. 1 zákona o zdravotních službách), ale také sofistikovaným a finančně podloženým úsilím o alternativní zajištění bezpečné péče na dotčených pracovištích.

124 Síťové lůžko je postel, která je ze všech stran ohraničena kovovou konstrukcí, jež je vypletena sítí. Z jedné strany lze bariéru otevřít nebo zavřít a zamknout.

125 Podle informací, které mi poskytl rakouský národní preventivní mechanismus, proběhla série sledování, v průběhu šesti náhodně vybraných měsíců v období od února 2014 do září 2016, s cílem analyzovat, jaký dopad mělo zrušení na používání jiných omezovacích prostředků. Analýza takto získaných dat ukázala, že se zvýšil počet použití omezení (o 9 %), ale výrazně se snížil absolutní čas trvání omezení. Další snížení se očekává po uskutečnění plánovaných stavebních úprav vybraných nemocnic.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- v rámci přijímaných personálních, organizačních a stavebně-technických opatření usilovat o odbourání používání síťových lůžek.



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- zaujmout koncepční přístup ke zrušení používání síťových lůžek, který by zahrnoval hledání a posílení účinných alternativ používání nejen síťových lůžek, ale omezovacích prostředků obecně.

i) Farmakologické omezení

Ve dvou z navštívených nemocnic v roce 2017 nerozeznávali farmakologický (či chemický) omezovací prostředek,¹²⁶ byť jde o jeden ze zákonem vyjmenovaných typů omezení. Při návštěvách dalších zařízení (v roce 2018 až 2019) jsem se setkala s tím, že vnitřní předpisy poskytovatele jej znají, ale v evidenci se neobjevuje, ačkoli v individuální dokumentaci byly dohledány případy použití. Anebo jej vykazují pouze některá oddělení psychiatrické nemocnice, což naznačuje na neznalost nebo vnitřní výhradu některých zdravotníků vůči konceptu farmakologického omezovacího prostředku. Zjevně tedy **přetrvávají nejasnosti a nepřijetí**, což může vést k obcházení zákona. Přitom podání léků s tlumícím účinkem postihuje samo jádro osobnosti člověka, tedy vědomí a vůli, a případné nesprávné použití nelze následně zrušit, tak jako je to možné u mechanického omezení. Extrémním nežádoucím účinkem u některých léků, v kombinaci s jiným zdravotním problémem, může být nečekaná reakce v podobě život ohrožující srdeční arytmie, snížení krevního tlaku a dechového útlumu (byť statisticky ve velmi malém podílu případů).

Důvodem může být i to, že **definice farmakologického omezovacího prostředku** je předmětem debat. Zákonná definice¹²⁷ je bohužel nejasná a nepomáhá ani metodické doporučení ministerstva.¹²⁸ S ohledem na povahu omezovacího prostředku jako institutu silového či mocenského zásahu vůči pacientovi, pro nějž se stanoví zvláštní pravidla a pojistky, **se přikláním k pojetí CPT, kdy farmakologickým omezením je myšleno podání léků silou za účelem zvládnutí chování pacienta**. Podání silou nebo pod hrozbou donucení považuji za jádro, které má poskytovatel jako omezovací prostředek chápat bez ohledu na to,

126 Označení „chemické omezení“ je nejrozšířenější v právní i medicínské literatuře. Někteří lékaři je však považují za pejorativní a dávají přednost výrazu „farmakologický“.

127 Ustanovení § 39 odst. 1 písm. f) zákona o zdravotních službách: „K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavou léčbu psychiatrické poruchy.“

128 Přitom v roce 2015 vláda přislíbila CPT vyjasnění pravidel v aplikační praxi. Srov. Vyjádření vlády České republiky ke Zprávě o návštěvě České republiky, kterou vykonala Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 1. až 10. dubna 2014, op. cit., vyjádření k odstavci 166.

zda je účelem podání rovněž léčba onemocnění pacienta (což na psychiatrii zpravidla je).¹²⁹ Rozhodující také, podle mého názoru, nemá být forma podávání léčiva, ačkoliv injekční podání bude typickým způsobem, jak je léčivo podáváno při nespolupráci či přímo odporování pacienta.

Farmakologický omezovací prostředek buď představuje izolované podání medikamentu, anebo zapadá do kontextu léčby neklidu pacienta (k tomu více v [následující kapitole](#)). Protože je hranice mezi léčbou duševní nemoci a farmakologickým omezením v praxi někdy nezřetelná, patrně vždy budou situace, u kterých bude rozlišení sporné. Léčba ale nepředstavuje okolnost vylučující aspekt omezení.

Shrnuji, že jistě pomůže přidržit se účelu právní úpravy omezovacích prostředků, kterým je ochrana pacienta před svévolí, a nikoli paralyzování terapie nebo preventivní přemedikování. Doporučuji v praxi **v pochybnostech používat definici CPT** a použití léků chápat jako omezovací prostředek při použití síly nebo její hrozby (když si například pacient nechá aplikovat injekci bez aktivního odporu kvůli přítomnosti přítomného muže z řad ošetrovatelského personálu, bezpečnostní služby nebo policie).



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- ve vnitřních předpisech a při vedení zdravotníků pracovat s farmakologickým omezovacím prostředkem [tj. podání tlumících léků s použitím síly (nebo její hrozbou) za účelem zvládnutí chování pacienta], tedy zajistit jeho používání pouze při dodržení zásad nezbytnosti a subsidiarity, zásadně z rozhodnutí lékaře a s náležitým dokumentováním včetně centrální evidence.



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- buď zlepšit definici farmakologického omezení v zákoně o zdravotních službách, nebo metodickým vedením usměrnit výklad zákona tak, aby zahrnoval definici podle CPT.

129 Situaci znepřehledňuje to, že velkou hrozbou pro důstojnost a integritu člověka je také obecně podávání léků proti jeho vůli a přemedikování, a v debatě se to někdy s omezením směšuje. Excesivní tlumení má s omezením mnoho společného: je velice obtížné je prokázat a přesvědčivě rozkrýt; má podobné rizikové faktory, tedy nedostatek pečujících, nevhodné materiální podmínky pro poskytování péče a nedostupnost kompletní škály léčebných intervencí. V obou případech také mohou být léky zneužity k potrestání a vyřazení obtížného pacienta, a může tak z právního hlediska dojít ke špatnému zacházení. Jedná se však o situace lišící se jádrem problému a také vhodnou argumentací. Zatímco u omezovacích prostředků je primárně v zájmu pacientů prosazovat preventivní opatření a trvat na kritériu nezbytnosti, u přemedikování je hlavním tématem správnost léčebného postupu a informovaný souhlas pacienta.

j) Doplnění výkladu: léky s tlumícím účinkem ordinované pro re nata

Jedním z opatření, která obecně mohou předcházet používání omezovacích prostředků, je včasná léčba neklidu. Vedle léků předepsaných pro pravidelné podání se používá **tzv. fakultativní medikace, což jsou léky ordinované tzv. pro re nata**, tedy lékařským předpisem, který opravňuje sestru v budoucnu podat lék, pokud nastane nějaká předvídaná skutečnost (v této souvislosti zhoršení stavu, agrese, neklid; v jedné nemocnici explicitně hovoří o „neklidové injekci“). Podle okolností podání může představovat omezovací prostředek, ale principiálně nejde o stejné věci.

Dobrym důvodem tohoto druhu předpisů léků je snaha vyhnout se v pravidelném podávání vyšším dávkám, než jaké jsou nezbytně nutné, a mít pro náhlé použití okamžitě k dispozici předpis promyšlený lékařem předem v klidu a s ohledem na individualitu pacienta. **Rizikové aspekty jsou minimálně dva.** Zaprvé, pokud se používají nedostatečně určité předpisy, na sestru se přenáší rozhodnutí o farmakoterapii a i řešení případných komplikací. Zadruhé, pokud se sestře nepodaří podání s pacientem vyjednat a pacient odporuje, má se podání rychle působících tišících léků hodnotit jako farmakologické omezení; jinak se v terapii „schovají“ i silové a mocenské postupy, které pak nejsou dále evidovány a hodnoceny z hlediska jejich nezbytnosti a subsidiarity. Protože některé léky předepisované pro re nata mají vážné vedlejší účinky a jsou potenciálně nebezpečné, může jejich použití proti vůli pacienta dosáhnout závažnosti špatného zacházení.

U používání fakultativních předpisů tlumících léků **se lze setkat s různou praxí**, přičemž ta velmi často nemá explicitní zakotvení ve vnitřním předpisu poskytovatele, nýbrž se traduje nebo odpovídá přístupu toho kterého lékaře nebo sestry. Někde je zcela v rukou sestry, zda předpis využije; někde se sestry cítí povinny nejprve telefonovat lékaři, přičemž ale ne vždy zaznamenají, že konzultace proběhla; není výjimkou, že ze záznamů není jasné, jaké projevy pacienta vedly sestru k využití předpisu a jaký mělo podání léků efekt; běžně se pracuje s vágními předpisy „v případě neklidu“. Velmi často se toto podání léků považuje za realizaci předpisu, což má vylučovat, že by mohlo jít podle okolností o omezovací prostředek.

Inspirovi se standardem CPT, který je dobře vyjádřen ve zprávě z návštěvy Nizozemí v roce 2016¹³⁰ a zprávě z návštěvy České republiky v roce 2018.¹³¹ Podle CPT s ohledem na významné (byť ve statisticky malém procentu případů) nebezpečí plynoucí z použití rychle působících tlumících léků pro zdraví pacienta vyžaduje jejich použití lékařský dohled, dodržování přísných postupů všemi dotčenými zdravotníky a nezbytné dovednosti, léky a vybavení. Lékařský dohled také zabrání tomu, aby se případně snížila motivace ošetrovatelského personálu pokoušet se o de-eskalaci situace použitím jiných prostředků.

Postup, který výbor předkládá jako standard, spočívá v tom, že sestry musejí volat lékaře, pokud je pacient ve stavu neklidu, který nemohou zvládnout, a ošetřující lékař (nebo sloužící lékař) musí bezodkladně jednat, tedy zhodnotit stav pacienta a případně nařídit další postup. Pouze ve výjimečných případech, kdy lékař není dostupný v rámci minut a situace není jinak zvládnutelná, může sestra podat rychle tišící lék na základě předchozího podmíněného předpisu (PRN). I tak se má sestra snažit alespoň telefonem získat schválení lékaře před podáním léku a lékař musí bezodkladně dorazit a sledovat reakci pacienta a řešit

130 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Report to the Government of the Netherlands on the visit to the Netherlands carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 2 to 13 May 2016, CPT/Inf(2017)1 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 23. 4. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806ebb7c>, bod 112.

131 CPT, op. cit., bod 101.

případné komplikace. **Kromě toho výbor formuloval také specifické pojistky**, totiž že takové pro re nata předpisy mohou činit pouze zkušení lékaři na základě komplexního zhodnocení fyzického stavu pacienta, jejich platnost musí být omezena (týdny spíše než měsíce) a musí se přehodnocovat po každém použití nebo při změně pacientovi předepisovaných léků. Ve Zprávě o návštěvě České republiky v roce 2018 CPT doporučuje, aby každé podání psychotropních léků na základě předpisu PRN bylo zaznamenáno vedle dokumentace pacienta také ve vyhrazeném registru PRN.



DOBORUČENÍ NEMOCNICÍM

- **stanovit ve vnitřních předpisech jasná pravidla používání fakultativní medikace s tlumícím účinkem, s využitím standardu popsaného v kapitole 20 j, a zajistit, aby změnu stavu pacienta mohl zásadně řešit lékař (ošetřující nebo sloužící).**

k) Pacienti s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením jsou v psychiatrickém kontextu zranitelnou skupinou, neboť vyžadují vyšší míru podpory a péče, aby jejich pobyt na oddělení byl bezpečný bez restrikcí. Opakuje se zjištění o používání omezovacích prostředků pro zajištění dohledu a jako reakce na poruchy chování, a to i dlouhodobě.

Jen z poslední doby mám také ze tří psychiatrických nemocnic zprávy o nemožnosti předat některé pacienty do péče v domácím prostředí či sociálních službách právě kvůli poruchám chování, takže zůstávají v péči nemocnic léta bez perspektivy na změnu (kupříkladu jde o kazuistiku pacientky dlouhodobě čas od času kurtované, jiné takto umístované do síťového lůžka a pacienta až na přerušení trvale fixovaného břišním pásem v křesle nebo v lůžku¹³²). Zcela se ztotožňuji s názorem ředitele, že psychiatrická nemocnice to sama nemůže vyřešit. Pro každého pacienta je zapotřebí vytvořit plán přechodu, a především zajistit individualizovanou návaznou péči.

Na tyto poznatky jsem reagovala různě podle účelu a okolností omezení. Tam, kde se zavíráním do jednotlivých ložnic personál snaží zajistit dohled, jsem připomněla obecné doporučení nenahrazovat trvalý dohled uplatněním omezení a nedopustit, aby měli pacienti chudý režim, nýbrž aby měli dostatečnou sociální a smyslovou stimulaci, střídání prostředí, aktivity, pohyb a pobyt na vzduchu. U dlouhodobých omezení jsem upozornila, že se jeví jako neproporční, že na jednu stranu ošetřovatelský i lékařský personál pořizoval množství průběžných záznamů, a zároveň neexistoval promyšlený plán, jak k pacientovi konkrétně v aspektu bezpečnosti přistupovat, jaká opatření primární a sekundární prevence nefungovala a jaká se ještě budou zkoušet, jak se bude restriktivní režim kompenzovat, respektive postupně zmírňovat. Právní předpisy frekvenci průběžných záznamů nestanoví, a tak nemocnici nic nebrání nastavit práci s dokumentací individuálně a napřít energii personálu jiným směrem než k administrativě.

I) Dětsí pacienti

Specifika dětských pacientů nejsou explicitně vyjádřena v žádném standardu – ani v zákoně, metodickém doporučení ministerstva, standardu CPT, a pokud vím, ani v doporučených postupech psychiatrické péče. Je tedy třeba vyjít z toho, že dítě je citlivější a zranitelnější, a proto by principiálně nemělo být omezení podrobováno. Rozhodující je jistě klinické hodnocení situace a zpravidla je mnohem větší rozdíl mezi dítětem šestnáctiletým a desetiletým než mezi šestnáctiletým a dvacetiletým dospělým. Kde je omezení nezbytné pro předejití ublížení pacientovi nebo ostatním, je zapotřebí postupovat s maximální péčí a nedopustit vznik pocitu opuštěnosti a traumatu. V právním smyslu je dítě zranitelnou skupinou, tedy práh závažnosti zacházení, jež může být posouzeno jako nelidské a ponižující, se snižuje a musejí být činěny přiměřené úpravy poskytované služby oproti standardu pro dospělé.

K používání omezovacích prostředků u dětských pacientů jsem měla příležitost se vyjádřit pouze sporadicky, během návštěv v roce 2018 až 2019.¹³³ Dochází k němu rozhodně mnohem méně často než u dospělých, ale celkově nemohu situaci charakterizovat kvůli neúplnosti centrálních záznamů některých poskytovatelů. Nemohu také potvrdit ani vyvrátit závažné vyjádření jednoho poskytovatele, že neexistuje síť zařízení schopných poskytnout adekvátní péči adolescentům, kteří se projevují násilně, takže se pak při nezbytnosti hospitalizace soustředí na několika pracovištích, a to se negativně odráží na podmínkách péče o ně.

Ve svých zprávách přejímám recentní postoj CPT, tedy doporučuji **až na výjimky u dětí mladších 16 let nepoužívat jiné prostředky než úchop**¹³⁴ a usilovat o zajištění dohledu v úrovni trvalé přítomnosti u pacienta v omezení.

m) Záznamy ve zdravotnické dokumentaci

Použití omezovacího prostředku vždy představuje značné dokumentační břemeno, neboť musejí být dostatečně podrobně zaznamenány všechny **okolnosti významné pro rozhodnutí o použití a trvání** toho kterého prostředku a o poskytování péče v jeho průběhu včetně případných komplikací. Konkrétní požadavky stanoví vyhláška o zdravotnické dokumentaci.

Jednotlivé nemocnice mají vlastní pravidla frekvence průběžných zápisů, což jsem neměla důvod komentovat, pokud byly ze záznamů patrné výše uvedené okolnosti. Je také možné používat různé čas šetřící zkratky, pokud jsou řádně zavedeny. **Ne vždy je ale v zápisech to podstatné.** Například pokud chybí popis nebezpečí („důvody pro omezení trvají“ jako odůvodnění trvání po dvou dnech v omezení, nebo „v přerušování omezení nelze pokračovat“ bez dalšího), nebo je popis nekonkrétní („heteroagrese, psychotický“). Uznávám, že dobrý zdravotník nemusí být také dobrý literát, nicméně v dovednosti komentovat

133 Nadto mohu odkázat na pozdější návštěvy specializované na pracoviště dětské psychiatrie, srov. sp. zn. 16/2018/NZ a 2/2019/NZ. Poznatzky z nich do této zprávy nezahrnuji.

134 „Děti mladší 16 let by neměly být v zásadě nikdy vystaveny omezení. Rizika a důsledky, které v souvislosti s omezením hrozí, jsou s přihlédnutím k jejich zranitelnosti vážnější než u starších pacientů. V krajních případech, v nichž je fyzický zásah nezbytný, aby se zabránilo pacientovi v poškození sebe nebo jiných, je jediným přijatelným fyzickým zásahem úchop pacienta a držení jej, dokud se neuklidní.“ CPT. Zpráva pro finskou vládu o návštěvě Finska, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 22. září až 2. října 2014, CPT/Inf (2015) 25 [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 24. 4. 2019]. Dostupná z: <https://rm.coe.int/1680695f70>.

svá rozhodnutí výstižně se lze zlepšovat. Ostatně při zajištění kontinuity péče jsou zdravotníci na výstižnosti zápisů závislí.

Upozorňuji, že od listopadu 2018 je rovněž předepsáno, že z uvedení důvodu omezení též musí vyplývat, proč nepostačovalo použít mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků.¹³⁵



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- v rámci interní kontroly zajišťovat, aby záznamy o použití omezovacího prostředku byly vedeny kompletně a výstižně.

n) Podpora personálu

V každé nemocnici je zaveden nějaký systém interního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Pouze v některých nemocnicích je však zajištěno, aby všichni zdravotničtí pracovníci, kterých se to týká, byli alespoň jednou ročně proškoleni v šetrném používání omezovacích prostředků a alternativním zvládnutí rizikových situací. Pravidelné školení s nejvýše ročním intervalem doporučuje metodický pokyn ministerstva i doporučené postupy psychiatrické péče. Ocenila jsem, že v jedné nemocnici si sestavili vlastní program školení s ohledem na místní podmínky. V jiné považují za opravdu účinný externí několikadenní kurz, který je však tak drahý, že jej lze zajistit jen několika pracovníkům jednou za několik let. Proto jej chtějí využít k vycvičení pracovníků, kteří následně budou v nemocnici působit jako školitelé. To je dobrý plán, zároveň mě však znepokojuje, že vedení velké psychiatrické nemocnice se cítí být podstatně finančně limitováno v nákupu školení.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- plánovat a uskutečňovat vzdělávání personálu tak, aby personál oddělení akutní péče a dalších, kde nezděrná dochází k použití omezovacích prostředků, procházel efektivním proškolením v alternativním zvládnutí rizikového chování a bezpečné aplikaci omezovacích prostředků – při nástupu a s ročním intervalem obnovování.



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- podpořit kvalitní vzdělávání v bezpečném používání omezovacích prostředků a používání metod deescalace, například přípravou jejich programů a vyškolování školitelů v rámci aktivit reformy psychiatrické péče.

21) Omezení až jako krajní opatření

V různých podmínkách poskytování péče je různě vysoko práh, při jehož překročení už je z pohledu pečujících nezbytné použít omezovací prostředek. Zásadně záleží na materiálních a personálních podmínkách a odbornosti postupů. Jinými slovy, bez dobré úrovně jejich zajištění je „nezbytné“ použít omezovací prostředek, zatímco za jiných podmínek by to nezbytné nebylo.

a) Alternativy k restriktivnímu zvládnání nebezpečného chování

Pravidlo, že k omezení je možné se uchýlit až v krajním případě, ztrácí na obsahu, pokud v provozu poskytování péče nejsou k dispozici postupy, jež vedou k minimalizaci situací nebezpečí, a pečujícím nejsou reálně dostupné alternativy jeho zvládnání, když už nastane.

Nejde o exaktně vymezený soubor opatření. Například lze uvést tato: flexibilita při uzpůsobování prostředí, v němž se péče uskutečňuje; možnost jednolůžkového ubytování a oddělování nebezpečných pacientů od ostatních; účinná a včasná léčba neklidu; stanovování krizového plánu u vytipovaných pacientů; deeskalační techniky a nekonfliktní komunikace; personální zajištění zvýšeného dohledu; dobrá dostupnost lékařů i mimo pracovní dobu, pro podporu ošetřovatelského personálu. Výzkumy a praxe ukazují jejich účinnost.

b) Systematické úsilí o snižování potřeby používat restrikce

Zásada nezbytnosti je významná nejen pro konkrétní pečující tým při zvažování použití omezovacího prostředku v konkrétní situaci, ale plyne z ní také požadavek, aby vedení nemocnic a stát **rozumnými opatřeními v oblasti zajištění péče minimalizovaly potřebu používat omezovací prostředky.**

Jde o **požadavek vyplývající z ústavně zakotveného zákazu špatného zacházení.** Stát má povinnost chránit osoby zbavené svobody před špatným zacházením, a to přijímáním obecných i individuálních opatření. Například u problematiky násilí je povinností poskytovatele ochránit pacienta před agresí jiných i autoagresí, třeba i použitím omezovacího prostředku. Zároveň se ale sám nesmí dopouštět špatného zacházení použitím omezení tam, kde by postačovaly mírnější postupy. Rovněž pak podmínky zbavení svobody musejí být v souladu s úctou k lidské důstojnosti a nesmí být překročena nevyhnutelná míra strádání a ponížení. V této dilematické situaci poskytovatel obstojí, pokud prokazatelně činí všechna dostupná opatření, jež je možné rozumně očekávat,¹³⁶ k prevenci násilí a pro rozvoj alternativních řešení. **V zákoně o zdravotních službách je pak stanovena povinnost poskytovatele „poskytovat zdravotní služby**

¹³⁶ Jde o terminologii z rozhodovací činnosti Evropského soudu pro lidská práva, který požaduje od státu (jeho orgánu) činit takové kroky za situace, kdy ví nebo má vědět, že hrozí špatné zacházení. V kontextu potíží spojených s politickým řízením moderních společností, nepředvídatelným lidským jednáním a skutečností, že výběr operativních kroků musí být činěn podle priorit a zdrojů, by na orgány státu nemělo být kladeno nepřiměřené nebo neúnosné břemeno. Srov. rozsudek velkého senátu Evropského soudu pro lidská práva ve věci Osman proti Spojenému království ze dne 28. října 1998. V Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením se hovoří o „přiměřené úpravě“, což jsou „nezbytné a odpovídající změny a úpravy, které nepředstavují nepřiměřené nebo nadměrné zatížení a které jsou prováděny, pokud to konkrétní případ vyžaduje, s cílem zaručit osobám se zdravotním postižením uplatnění nebo užívání všech lidských práv a základních svobod na rovnoprávném základě s ostatními“ (článek 2).

na náležitě odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb“ (§ 45 odst. 1). Dále se lze odkázat na **požadavky odborných standardů**.¹³⁷

Součástí problematiky omezení volnosti pohybu pacienta jsou také bezpečnost na oddělení, podoba prostředí a pravidel na oddělení, zdroje frustrace a napětí včetně nemožnosti pohybu a soukromí, dostatek personálu, vztahy mezi pacienty a personálem, předcházení projevům násilí a agrese v nemocnici, dostupnost mírnějších alternativ ke zvládnutí rizikového chování a vzdělávání a podpory personálu. Proto navrhuji právě v těchto ohledech systematicky pracovat za uvedeným účelem.

Odborníkům navštívených psychiatrických nemocnic jsou tyto souvislosti známy a chápou je jako součást péče, ale až na výjimky chybí systematické úsilí snižovat opatřeními v naznačených oblastech potřebu používání omezovacích prostředků a naplňovat zásadu co nejmenšího omezení. V běžném provozu jsou prioritní jiná témata. Může se také stát, že snaha o používání mírnějších opatření je jednoznačně deklarována ve vnitřních předpisech, ale do praxe se to zásadně neprojevuje kvůli nedostatku školení a podmínek pro realizaci opatření. Chybí například prostor pro provádění deeskalačních pohovorů či jiných forem zklidnění.

Považuji za chybu, že ani zákonem, ani metodickým doporučením ministerstva se poskytovatelům neukládá **průběžně hodnotit klinickou praxi a přijímat cílená preventivní opatření**. Nelze se pak divit, když poskytovatelé jen reagují na nežádoucí události a nemají žádnou konkrétní vizi. Používání omezovacích prostředků by přitom bylo vhodným indikátorem kvality psychiatrické péče. Podle jejich četnosti a způsobu používání je vhodné zacílit školení personálu, věnovat zvýšenou pozornost vytipovaným rizikovým skupinám pacientů, přizpůsobovat podmínky a personální zajištění poskytování péče, **navrhovat nová oddělení, jež se aktuálně v rámci reformy budují ve všeobecných nemocnicích**. Konečně, pokud by nemocnice informace o svém úsilí průběžně zveřejňovala, posilovala by takovou transparentností důvěru veřejnosti i svou organizační kulturu.

137 Pozice Mezinárodní společnosti psychiatrických sester: Na principu co nejmenšího omezení při poskytování péče připouštějí izolaci a omezení jako nouzový zákrok poslední volby. Podporují systematické hledání a používání alternativ k omezení a považují za nezbytnou flexibilitu při uzpůsobování prostředí, v němž se péče uskutečňuje, tak aby umožňovalo bezpečnou a účinnou péči, kdy omezení trvá po co nejkratší čas. Izolace a omezení je nouzový zákrok, který vyžaduje rychlou a koordinovanou pozornost. Jejich stanovisko žádá, aby po použití omezení následoval debriefing primárních pečujících s pacientem a aby se sbírala data o jednotlivých případech a vyhodnocovala se za účelem zlepšování přístupu k jednotlivým rizikovým skupinám pacientů. International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (ISPN). *ISPN Position Statement on the Use of Restraint and Seclusion*. JCAPN Volume 14, Number 3, July-September, 2001.

Úvod Standardu CPT z roku 2017: „[K]onečným cílem by vždy měla být prevence používání omezovacích prostředků tím, že se maximálně omezí četnost a trvání jejich použití. K dosažení tohoto cíle je vrcholně důležité, aby příslušné zdravotnické orgány a vedení psychiatrických zařízení vypracovaly strategii a učinily různé proaktivní kroky, jež by inter alia měly zahrnovat vytvoření bezpečného prostředí (a to včetně venkovního prostoru), zaměstnávání dostatečného počtu zdravotnického personálu, adekvátní úvodní i průběžné školení personálu, jež omezovací prostředky aplikuje, a podporu rozvoje alternativních opatření (včetně deeskalačních technik).“



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- zahrnout téma omezovacích prostředků do agendy kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb,
- na úrovni vedení nemocnice v rámci pravidelného auditu provádět vyhodnocování záznamů v evidenci použití omezovacích prostředků a přijímat opatření ke snížení potřeby jejich použití.



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- zabývat se koncepčně tématem omezovacích prostředků: soustavnou metodickou podporou poskytovatelů i kontrolních orgánů, podporou konkrétních projektů k odbouřádání dlouhodobých omezení, garantováním speciálního školicího programu apod.

c) Evidence případů a vyhodnocování situace v nemocnici

Ve všech pěti psychiatrických nemocnicích navštívených v roce 2017 bylo možné získat z nemocničního informačního systému přehled případů použití omezovacích prostředků spolu s některými dalšími důležitými informacemi (identifikace pacienta, datum použití, druh omezovacího prostředku, oddělení nemocnice). Ve dvou z nich s evidencí sami zatím vůbec nepracovali a ve dvou pouze jednou nebo dvakrát provedli bilanci počtů. Zato v jedné nemocnici (Kosmonosy) dvakrát ročně kromě bilance čísel také studovali kazuistiky dlouhodobého použití a u všech uzavřených chorobopisů se při auditu zdravotnické dokumentace zabývali také dokumentací omezovacích prostředků; výsledky byly průběžně zdravotnickým pracovníkům prostřednictvím intranetu k dispozici. To je dobrá praxe, stejně jako provedení důkladného auditu, jenž plánovali v jiné nemocnici, navštívené v roce 2018 (Bohnice).

Naproti tomu ve třech dosud (2018 a 2019) navštívených **psychiatrických odděleních fakultních nemocnic nebyli schopni vygenerovat srovnatelný přehled případů**. Bez informací o délce trvání použití omezovacího prostředku a bez možnosti dohledat jednotlivé případy není vůbec možné získat celkový objektivní obraz o praxi používání omezovacích prostředků poskytovatelem. Například na jedno oddělení pro dospělé jsou překládáni dětské pacienti ke zvládnutí stavů neklidu, ale bez možnosti identifikovat je v předložené statistice nebylo možné zhodnotit, jak je s dětmi při používání omezovacích prostředků zacházeno.

Již léta dávám po vzoru CPT velký důraz na vedení centrální evidence omezovacích prostředků, jejíž položky by umožňovaly **získat přehled o situaci a provádět účinnou kontrolu u vybraných případů.**¹³⁸ Nemocniční informační systémy psychiatrických nemocnic evidenci generují, ale s ohledem na roztříštěnou praxi jiných poskytovatelů jsem jako systémové opatření doporučovala, aby bylo vedení evidence zakotveno nejen metodickým opatřením, ale také závazným právním předpisem. **Jsem tedy nespokojena s legislativním zakotvením centrální evidence, tak jak bylo provedeno na základě vládního návrhu novely zákona o zdravotních službách.**¹³⁹ Považuji ji za zbytečnou administrativu.

Stávající ustanovení § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách je nevhodné, protože neplní žádný z aktuálně potřebných cílů, tedy snižovat používání omezovacích prostředků a zajistit bezpečnost poskytování péče. Ustanovení zavedlo povinnost vést statistiku o počtech použití jednotlivých typů omezovacích prostředků za kalendářní rok. Taková „evidence“ neumožňuje kvalitativní hodnocení situace v praxi poskytovatele a kvůli nespécifičnosti získávaných dat neumožňuje ani národní srovnávání (benchmarking). Není totiž předepsáno, aby se do evidence promítalo, na jakém pracovišti (například oddělení psychiatrie/geriatrie/neurologie) k omezení došlo, jak dlouho trvalo a jaké okolnosti je provázely (opakovaně stejný pacient, dětský pacient, zranění apod.). Naopak, podle zákona se v evidenci nemají uvádět identifikační údaje pacientů, takže není možné okolnosti jednotlivých případů ani zpětně dohledat a analyzovat. Takovou evidenci pochopitelně nelze využít ani k usnadnění kontroly.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- v rámci agendy kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb vést evidenci nad rámec evidence předepsané § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách, tedy vést přehled případů s uvedením klíčových okolností (oddělení, typ omezení, datum a délka trvání použití, nezletilost pacienta, vznik zranění či komplikací a identifikátor chorobopisu pacienta).

138 „Zkušenosti ukazují, že podrobné a přesné záznamy o případech použití omezovacích prostředků mohou vedení nemocnice poskytnout přehled o rozsahu jejich používání a případně umožnit, aby byla přijata opatření ke snížení míry jejich používání. Za tímto účelem by měla být zřízena zvláštní evidence (angl. *specific register*) na zaznamenávání všech případů použití omezovacích prostředků (včetně chemických), a to vedle záznamů obsažených ve zdravotnické dokumentaci pacienta. V záznamu do evidence by měl být uveden čas začátku i konce omezení, okolnosti případu, důvody pro použití omezení, jméno lékaře, který jej nařídil nebo schválil, a výčet případných zranění utrpěných pacientem nebo členy personálu. Pacienti by měli mít právo vkládat do evidence své připomínky a o tomto právu by měli být informováni; na vyžádání by měli dostat kopii kompletního zápisu.“ Bod 11.1 Standardu CPT z roku 2017.

139 Schválena jako zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, účinný od 31. 5. 2017.



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- připravit návrh změny § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách tak, aby předepisoval vedení evidence případů použití omezovacích prostředků v pravém smyslu slova,
- zjišťovat a analyzovat případy, kdy dojde ke zranění nebo usmrcení člověka v (časové) souvislosti s použitím omezovacího prostředku; výsledky průběžně promítat do metodického vedení a vzdělávání.

d) Hrozí zhoršení stávající situace v psychiatrických nemocnicích

Z diskuse s představiteli psychiatrických nemocnic vyplývají **faktory, jež v současné době zvyšují četnost použití omezení**. Jsou jimi rostoucí podíl pacientů přijímaných ve stavu akutní intoxikace, obavy personálu z právní odpovědnosti v případě úrazů pacientů nepodrobených omezení a nedostatek psychiatrů. Přetrvávají případy pacientů s mentálním postižením se závažnými poruchami chování, kteří vyžadují zcela individualizovanou péči postavenou na osobní péči, jejichž propuštění se pro nedostupnost adekvátně zajištěné sociální služby oddaluje na neurčito (viz kapitola [20 k](#)).

V současné době se přijímají systémová rozhodnutí o postupu reformy psychiatrické péče, jež principiálně vítám, včetně snižování kapacity velkých psychiatrických nemocnic. Tato rozhodnutí ovlivní financování psychiatrických nemocnic a hrozí dopady na podobu (kapacitu, cílovou skupinu) pracovišť, kde už nyní personál z různých důvodů omezovací prostředky běžně používá. **K odstranění stávajících nedostatků je ale naopak zapotřebí dále investovat**. Vyzývám Ministerstvo zdravotnictví jako gestora zdravotnictví i garanta reformy psychiatrické péče, aby zohlednilo zjištění uvedená v této zprávě a nedopustilo zafixování, či dokonce zhoršení stavu v psychiatrických nemocnicích.

Na vládní úrovni zároveň vítám podporu Ministerstva zdravotnictví pro **výzkum zaměřený na používání omezovacích prostředků**, jenž proběhl v letech 2018 až 2019 a jehož výsledek může být užitečným nástrojem pro poskytovatele při zlepšování kvality péče a pracovních podmínek personálu.¹⁴⁰ Dále vítám, že Ministerstvo zdravotnictví vypracovalo a vydalo metodiku pro krajské úřady k provádění kontroly použití omezovacích prostředků poskytovateli, což bylo jedno z mých dřívějších doporučení.

Závěrem podotýkám, že se doposud nic nezměnilo na tom, že zákon o zdravotních službách neobsahuje přestupek, jímž by byl možný správní postih porušování povinností podle § 39 téhož zákona.

140 ŘÍČAN, Pavel et al. Omezovací prostředky v psychiatrii. Souhrnná zpráva [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2019 [cit. 26. 7. 2019]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2019/07/15/souhrnna-zprava-k-pouzivani-omezovacich-prostredku-v-psychiatrii-prvni-mapovani-situace/>



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- z pozice gestora zdravotnictví i garanta reformy psychiatrické péče zajistit, že postup v reformě psychiatrické péče v roce 2019 a 2020 nebude znamenat zhoršení podmínek poskytování péče v psychiatrických nemocnicích,
- připravit návrh novely zákona o zdravotních službách, jež zakotví přestupkovou odpovědnost poskytovatele za porušení povinností podle § 39 zákona.

22) Stížnosti

a) Standard

Stížnostní mechanismus je **jednou z pojištěk proti špatnému zacházení** s osobami zbavenými svobody. Pokud se bere vážně a jeho využívání je pacientům otevřeno, pak kromě této funkce také přispívá k dobrým vztahům s personálem.

Zákon o zdravotních službách stanoví právo pacienta podat proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb stížnost, přičemž nejprve má být adresována poskytovateli a v druhém kroku příslušnému správnímu orgánu.¹⁴¹ Jak má poskytovatel stížnostní mechanismus nastavit, už zákon nestanoví. Nemocnice tak mají volnost s tím, že musejí dodržet **základní zásady**. Kromě zákonem explicitně uvedené zásady, že podání stížnosti nesmí být na újmu osobě, která ji podala, nebo pacientovi, jehož se týká, vyzdvihují zásady prevence špatného zacházení podle CPT: dostupnost, přístupnost, důvěrnost a bezpečnost, účinnost a doložitelnost.¹⁴² Dále je třeba zohlednit specifika plynoucí z faktu duševní poruchy u pacientů psychiatrických nemocnic.

b) Stížnostní mechanismus v psychiatrické nemocnici

Nemocnice vždy přijímají stížnosti doručené klasickou poštou nebo e-mailem opatřeným elektronickým podpisem. Ve všech pěti nemocnicích byly na odděleních k dispozici schránky. Ve čtyřech je vybírala každý pracovní den zpravidla staniční sestra a obsah byl probírán na setkání oddělení (komunitě). Pokud by byl ve schránce dopis adresovaný ředitelství, sestra by jej neotevírala. Někdy byly schránky označeny jako „podněty“ nebo „dotazníky“. V jednom případě nebyly schránky na oddělení uzavřeny; uzavřená schránka se nacházela pouze v budově ředitelství. Ve zbývajících nemocnicích šlo pouze o schránky na dotazníky spokojenosti, což je jiné téma. Dále bývá zavedeno, že k řešení nespokojenosti nebo přímo stížnosti

141 Ustanovení § 93 a násl. zákona o zdravotních službách.

142 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Complaints mechanisms. Výňatek z 27. obecné zprávy CPT, CPT/Inf(2018)4-part [online]. Štrasburk: CPT, 2018 [cit. 11. 5. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16807bc668>.

jsou pacientům k dispozici staniční sestry a lékaři oddělení. Nejčastěji mají stížnosti podobu neformálně vyjádřené nespokojenosti při komunitě nebo běžném mezilidském kontaktu.

K těmto stížnostním cestám jsem se vyjadřovala z hlediska, zda nabízejí **možnost podat bezpečně stížnost na poměry na oddělení i tomu pacientovi, který se nachází v uzavřeném režimu**. Pokud jsou do procesu přebírání stížnosti od pacienta zapojeni zdravotníci, do jejichž péče je svěřen, pak musí existovat ještě i alternativa, jak oslovit přímo ředitelství, a to důvěrně a s vyloučením byť hypotetické možnosti, že budou stížnosti filtrovány. Schránka na písemnou stížnost může být takovou možností a běžně ji navštíveným zařízením doporučuji, ale musí ji vybírat osoba nespojená s poskytováním péče na daném oddělení, tedy například administrativní pracovník nemocnice. V každém případě musí být schránka na stížnosti zamčená, umístěná na pacientům volně přístupném místě a musí být opatřena informací, kdo a jak často její obsah vybírá. Existují však i jiné možnosti jak zajistit cestu k oslovení ředitelství pro ty pacienty, kteří z nějakého důvodu nechtějí, aby stížnost procházela rukama personálu oddělení. Pacienti například mohou mít k dispozici interní telefon a mohou zatelefonovat na zveřejněné číslo a požádat o schůzku s pracovníkem pověřeným přijímat stížnosti, nebo se může nemocnice spoléhat na vlastní telefony pacientů, ale potom ti, kteří ho nemají k dispozici, musejí mít možnost podat stížnost jinak. Je na nemocnici, aby s ohledem na místní podmínky zvolila nejlepší řešení. Pro pacienty, kteří se samostatně mohou dostavit na ředitelství a stížnost tam předat, taková opatření pochopitelně nejsou potřeba.

Co se týká **dostupnosti informací o stížnostní proceduře** pro pacienty, často je obsažena v materiálech zveřejněných na nástěnkách. Nicméně, v jedné nemocnici na některých odděleních chyběly a v jedné jsem upozornila na složitost zvoleného vyjádření. Přejímám standard CPT, že osoby zbavené svobody mají obdržet informaci o vnitřním i vnějším stížnostním mechanismu jak ústně, tak v písemné formě pro pozdější využití. Tyto informace by neměly chybět v základní informační brožuře pro pacienty (viz [kapitulu 18](#)).

Upozorňuji ještě na pravidlo, jež uplatňují některé nemocnice, že totiž **stížnost podanou elektronickou formou bez elektronického podpisu** musí stěžovatel ještě potvrdit klasickou poštou. Pokud je uplatňováno i vůči právě hospitalizovaným pacientům, může představovat překážku ve využívání interního stížnostního mechanismu (představme si pacienta uzavřeného oddělení, bez finančních prostředků, který je neschopen dodržet tyto formality). Jednala jsem o tom s jednou nemocnicí a ta uznala, že má prostředky, jak jinak totožnost hospitalizovaného stěžovatele ověřit.

Apeluji na vstřícný postoj nemocnic k těmto standardům. Není pravdou, co zaznělo od jednoho poskytovatele, že totiž není třeba zvláštních ohledů nad rámec dikce zákona o zdravotních službách. Jednak je třeba dbát na účel zákona, kterým je zajistit pacientům stížnostní mechanismus funkční, a nikoli pouze teoretický. Dále orgány státu musejí vzít v úvahu zvláštní zranitelnost obětí špatného zacházení a fakt, že také často bývají méně schopny a ochotny si stěžovat, což je zásada Evropské úmluvy zvláště vyzdvihovaná pro kontext psychiatrické hospitalizace, jakkoli zde špatné zacházení nebývá časté.¹⁴³ V případě pacientů zbavených svobody jsou akty nemocnice přičitatelné státu.

143 Srov. rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci M. S. proti Chorvatsku (č. 2), op. cit., § 76.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- zajistit na uzavřených odděleních bezpečný stížnostní mechanismus, tedy cestu k předání stížnosti ředitelství, aniž by procházela rukama pracovníků oddělení,
- zprostředkovat pacientům písemné informace o stížnostním mechanismu ve srozumitelném a jednoduchém jazyce,
- nepodmiňovat v případě aktuálně hospitalizovaných pacientů podání stížnosti elektronickým podpisem, nýbrž použít alternativní postupy ověření stížnosti.

c) Stížnost obsahující hájitelné tvrzení o špatném zacházení

Využívám této příležitosti k rekapitulaci standardu plynoucího ze zákazu špatného zacházení, který vesměs není poskytovatelům zdravotních služeb znám.

Pokud jednotlivec věrohodně tvrdí, že byl podroben špatnému zacházení (v právním smyslu mučení a nelidské nebo ponižující zacházení), musí stát zajistit úřední vyšetřování splňující parametry účinnosti, tedy nezávislost a nestrannost, rychlost a prvky veřejnosti (tzv. **účinné vyšetřování**).¹⁴⁴ Byť by se jednalo o stížnost na zacházení s pacientem v nemocnici, z povahy věci takové šetření nemůže zajistit sám poskytovatel, neboť nesplňuje kritérium nezávislosti. Podle závažnosti problému náleží k vyšetření orgánům činným v trestním řízení (úmyslné zásahy větší intenzity) nebo správnímu orgánu (zásahy menší intenzity).

Nemluvím o běžných stížnostech, nýbrž o tzv. **hájitelných tvrzeních špatného zacházení**. „Hájitelné“ je tvrzení, které „není zcela nedůvěryhodné a nepravděpodobné, je možné i časově, je dostatečně konkrétní a v čase neměnné“.¹⁴⁵ Špatné zacházení zahrnuje i kategorii ponižujícího zacházení, což je jednání, které jednotlivce hrubě ponižuje před jinými nebo v jeho vlastních očích, navádí ho proti jeho vůli či svědomí, potupuje nebo pokořuje, neprokazuje dostatečnou úctu k jeho lidské důstojnosti nebo tuto důstojnost snižuje či vyvolává pocity strachu, úzkosti nebo méněcennosti, jež jsou schopny zlomit morální a fyzický odpor osoby.¹⁴⁶ Úmysl ponižit je okolnost, jež se přitom bere v úvahu, ale ponižující zacházení může být i neúmyslné. Ponižujícím zacházením tak může být například neoprávněné použití síly personálem (včetně omezovacího prostředku) nebo napadení mezi pacienty, když překročí minimální stupeň závažnosti.

Bylo by chybou na stížnosti či oznámení této závažnosti aplikovat standardní stížnostní postup, neboť nemůže vést k adekvátní nápravě, ba dokonce může její zjednání zdržet nebo zmařit. **Poskytovatel by**

144 Srov. rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bureš proti České republice, op. cit., § 122–127, a M. S. proti Chorvatsku (č. 2), cit. výše, § 74–77.

145 „Účelem požadavku hájitelnosti tvrzení je odfiltrovat pouze zjevně nesmyslná trestní oznámení.“ Nález Ústavního soudu ze dne 2. 3. 2015, sp. zn. I. ÚS 1565/14, dostupné na <http://nalus.usoud.cz>, § 55 a 61.

146 Rozsudek velkého senátu Evropského soudu pro lidská práva ve věci M. S. S. proti Belgii a Řecku ze dne 21. 1. 2011, stížnost č. 30696/09, § 220.

měl stěžovatele upozornit na možnost podat trestní oznámení, a pokud pacient není schopen tuto záležitost vyřídit (s ohledem na zdravotní stav nebo nesoběstačnost), požádat o zproštění povinné mlčenlivosti a informace předat sám. Sám poskytovatel může a má oznámit skutečnosti nasvědčující spáchání trestných činů, u nichž je trestné neoznámení;¹⁴⁷ jinak je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb¹⁴⁸ (srov. kapitolu 23 a). Zároveň, pokud je v dané záležitosti možné, aby poskytovatel něco udělal k ukončení či změně daného zacházení, musí tak učinit, pokud sám daný stav shledává nesprávným.

Tento standard sice nedopadá v kontextu poskytování zdravotní péče na velké množství případů, ale s ohledem na jeho závažnost musí být uplatňován, a to jak v případech, kdy původcem tvrzeného špatného zacházení má být pracovník nemocnice, tak i tehdy, kdy mělo jít o jednání soukromé osoby.

23) Dokumentování a hlášení lékařských zjištění o špatném zacházení

a) Standard

Lékaři, a zdravotní služby obecně, mohou a mají významně přispívat k boji se špatným zacházením na místech zbavení svobody, a to prostřednictvím **metodického zaznamenávání zranění a podávání zpráv příslušným orgánům**. Přesné a včasné pořizování záznamů a podávání zpráv o takových lékařských zjištěních významně usnadňuje vyšetřování případů možného špatného zacházení a přivedení pachatelů k odpovědnosti. Organizace spojených národů vydala již v roce 1999 Zásady účinného vyšetřování a dokumentování mučení a jiného krutého, nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání a Výbor CPT pak tyto zásady promítl do svého standardu z roku 2013.¹⁴⁹ Tento standard má dvě složky.

Zprvé, **zpráva o ošetření zranění** u osoby omezené na svobodě musí mít kromě náležitostí daných medicínskými standardy také **obsahové náležitosti** další. Musí tedy obsahovat: (i) co nejpřesnější popis události, zacházení a následných fyzických i psychických projevů, jak je udává vyšetřovaný; (ii) záznam o lékařském a psychologickém nálezu včetně barevných fotografií zranění; (iii) stanovisko lékaře, co se týká pravděpodobné souvislosti nálezu a možného špatného zacházení, a případné doporučení další péče.

Zadruhé, pokud zdravotnický pracovník zaznamená zranění, která se shodují s tvrzeními o špatném zacházení vznesenými zadržovanou osobou, anebo i bez takového tvrzení na špatné zacházení nasvědčuje, má **systematicky a neprodleně informovat příslušný orgán**, a to bez ohledu na přání dotyčné osoby. „Příslušným orgánem“, kterému má být předána zpráva zdravotnického pracovníka, je v prvé řadě nezávislý orgán oprávněný k vyšetřování dané věci, případně i k podání obžaloby (státní zastupitelství). Výbor CPT po lékařích nepožaduje, aby vyhodnocovali, zda se mohl stát trestný čin; mají jen předkládat

147 Ustanovení § 368 trestního zákoníku.

148 Srov. § 51 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

149 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Pořizování záznamů a podávání zpráv o lékařských zjištěních o špatném zacházení. Výňatek z 23. všeobecné zprávy CPT publikované v roce 2013. CPT/Inf(2013)29-part [online]. Štrasburk: CPT, 2013 [cit. 3. 5. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16806ccc36>. Pro shrnutí těchto standardů srov. Istanbulský protokol k účinnému vyšetřování mučení a špatného zacházení a LUKASOVÁ, Marie. Istanbulský protokol k účinnému vyšetřování mučení a špatného zacházení. Státní zastupitelství. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2019, 3, 56–63. ISSN 1214-3758.

své poznatky svědčící o známkách špatného zacházení. Zpráva by taktéž měla být k dispozici dotyčné zadržované osobě a jejímu právnímu zástupci.

Ze systematických návštěv průběžně vyplývá, že **tento standard v České republice není a částečně ani nemůže být naplňován**. Lékaři nevědí, že zprávy o provedeném vyšetření nebo ošetření mají mít výše uvedenou první a třetí obsahovou položku, a předávání informací o zjištěných známkách špatného zacházení je limitováno zákonným stanovením mlčenlivosti poskytovatele a zdravotnického pracovníka.¹⁵⁰ Obsahová nedostatečnost zprávy může způsobit problémy v průběhu vyšetřování. Totiž v případech, kdy jednotlivec doloží, že utrpěl zranění v době, kdy byl v moci státu, a stěžuje si, že jde o důsledek špatného zacházení, vyvstává vyvratitelná domněnka, že tomu tak skutečně bylo. Je na státu, aby poskytl uspokojivé a přesvědčivé vysvětlení zhoršení zdravotního stavu zadržovaného člověka.¹⁵¹ Nedostatečnost lékařské zprávy o zranění osoby omezené na svobodě může zapříčinit porušení povinnosti státu provést adekvátní a účinné vyšetřování.¹⁵² Co se týká hlášení případů, to nyní není možné bez zproštění mlčenlivosti pacientem. Část obětí však nemusí být ochotna nebo schopna zproštění vyslovit, a proto standard prevence vyžaduje hlášení systematické. Z Úmluvy také plyne, že účinné vyšetřování se vyžaduje i v případě absence stížnosti, pokud jsou zde jasné výslovné či implicitní známky špatného zacházení.¹⁵³

Na tato slabá místa upozorňuje vládu České republiky již léta výbor CPT, v roce 2018 uvedený standard naléhavě připomněl také Výbor OSN proti mučení. Vláda v roce 2015 zadala ministru zdravotnictví **provést potřebnou změnu zákona o zdravotních službách**, ale úkol¹⁵⁴ byl později bez relevantního důvodu zrušen. Je načase potřebné kroky již učinit.

Mohlo by se zdát, že jde o téma týkající se pouze zdravotníků působících ve vězeňství, ale není tomu tak. Týká se i ošetření osob zadržených policií. To poskytují různí civilní poskytovatelé zdravotních služeb, stejně jako osobám, jež ošetření vyhledají po propuštění. Dokonce i psychiatrické nemocnice čas od času přijímají do péče osoby, které předtím strávily nějaký čas v policejní detenci. Stopy špatného zacházení může nést i uživatel sociální služby přijímaný do nemocnice, a nelze vyloučit i případ špatného zacházení v průběhu hospitalizace v (jakékoli) nemocnici. Proto je zapotřebí přímo uvedený standard zakotvit nejen ve vězeňských, ale také v obecných předpisech a metodických pomůckách (po vzoru například problematiky domácího násilí¹⁵⁵).

S ohledem na to, že se zde pojednává o další povinnosti pro již tak administrativou zabřemeněné poskytovatele a zdravotnické pracovníky, navrhuji maximálně jim situaci usnadnit. Pro zaznamenávání poranění by měly být k dispozici jednoduché formuláře (se schématem lidské postavy, připravenými položkami, návodem) a fotoaparáty. Dále považuji za důležité připomínat význam tohoto standardu pro zajištění

150 Ustanovení § 51 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

151 Srov. rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bouyid proti Belgii, č. 23380/09, rozsudek velkého senátu ze dne 28. 9. 2015, § 83.

152 Evropský soud pro lidská práva to konstatoval například nad stížností týkající se tvrzeného bití policií, Dilek Aslan proti Turecku, č. 34364/08, rozsudek ze dne 20. 10. 2015. S odvoláním na standardy CPT a zásady OSN Soud výslovně dotčenému státu vytkl, že lékařská zpráva policejního lékaře o prohlídce zadržené osoby obsahovala pouze popis jejích zranění.

153 Srov. rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Gjini proti Srbsku, č. 1128/16, rozsudek ze dne 15. 1. 2019, § 93.

154 Úkol ministra zdravotnictví č. 654/12, vycházející z usnesení vlády č. 609, ze dne 29. července 2015.

155 Srov. Metodický pokyn ministra zdravotnictví pro postup lékařů při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácím násilím, Věstník MZ ČR, částka 6/2008.

dobra a bezpečí pacientů a podmínky jeho souladu s principy zdravotnické etiky; výbor CPT toto téma podrobně rozpracovává.¹⁵⁶



DOPORUČENÍ MINISTERSTVU ZDRAVOTNICTVÍ

- připravit návrh změny zákona o zdravotních službách tak, aby stanovil výjimku z povinné mlčenlivosti pro případy oznamování a sdělování informací o špatném zacházení a dále stanovil povinnost poskytovatele oznamovat zjištění známek špatného zacházení,
- vydat doporučení pro poskytovatele zdravotních služeb při ošetření osob omezených na svobodě a zveřejnit je ve Věstníku MZ (vysvětlit důraz na důvěrnost vyšetření a parametry zprávy a možnosti hlášení případů státnímu zástupci).

b) Poznátky z psychiatrických nemocnic

Protože poskytovatelé zdravotních služeb nevidují případy, kdy jsou přijímány osoby se známkami špatného zacházení, vyjadřovala jsem se ve zprávách jen k několika málo případům zjištěným náhodně. Spíše jsem se tak pokoušela o osvětlu o standardu dokumentování známek špatného zacházení, kterou psychiatrické nemocnice ve svých vyjádřeních spíše nepřijímaly s tím, že zákon žádné zvláštní povinnosti neukládá.

Mnohem častěji jsem se setkala s případy zranění, jež pacienti utrpěli v průběhu hospitalizace: běžnými úrazy, ale i důsledky použití omezovacích prostředků, autoagrese nebo útoků ze strany jiných pacientů. Musím připomenout, že i hospitalizace je v některých případech (a v případě ochranného léčení vždy) zbavením svobody člověka. V takových případech jsou akty nemocnice přičitatelné státu a **vznik zranění a zhoršení zdravotního stavu, k nimž v průběhu hospitalizace dojde, musejí být doložitelné.** Jinak, v případě stížnosti, že zranění představuje důsledek špatného zacházení, vyvstává vyvrátitelná domněnka, že tomu tak skutečně bylo.



DOPORUČENÍ NEMOCNICÍM

- důsledně provádět detailní záznamy o zraněních, zjištěných při přijetí pacientů nebo utrpěných v průběhu hospitalizace; zaznamenávat všechny aspekty: vyjádření pacienta k původu zranění, nález lékaře a jeho názor na soulad nálezu s vyjádřením pacienta.



velmi malá ložnice



místnost určená k bezpečnému pohybu



společné prostory



malá tělocvična na oddělení



společné prostory



detail venkovní kuřárny

Přehled systémových doporučení

Doporučení pro Ministerstvo zdravotnictví (ve spolupráci s Ministerstvem spravedlnosti)

1. provést komplexní revizi právní úpravy ochranného léčení a připravit potřebné legislativní návrhy (tedy, mimo jiné, doplnit právní úpravu zabezpečení příslušných pracovišť, stanovit personální nároky na poskytovatele, právní podklad a záruky pro léčbu bez souhlasu, mechanismus přemístování pacientů, garantované specifické podmínky pro děti; srov. kap. [5](#) a [6](#)),
2. zpracovat koncepci ochranného léčení a v jejím rámci zlepšit mechanismus jeho financování (srov. kap. [6 j](#)),
3. sjednotit postup poskytovatelů zdravotních služeb při hodnocení naplnění účelu ochranného léčení a přetrvávající nebezpečnosti pacienta (nabídnout vodítko pro strukturovanou úvahu poskytovatele; srov. kap. [6 f](#)) a [6 g](#)),
4. zajistit obnovení oddělení pro sexuologickou léčbu spádového pro severní Moravu (srov. kap. [6 a](#)),
5. dotovat investiční záměry psychiatrických nemocnic spojené se zabezpečením oddělení specializovaných na poskytování ochranného léčení pro nebezpečné pacienty (srov. kap. [6 b](#)),
6. pokračovat v rozvoji pilotovaných forenzních multidisciplinárních týmů (srov. kap. [10 a](#)),
7. garantovat průběžné vzdělávání znalců, tak aby došlo k usměrnění k větší jednotnosti (srov. kap. [6 h](#)),
8. připravit návrh změny zákona o zdravotních službách tak, aby obsahoval úpravu přestupku ponižujícího zacházení a nesprávného použití omezovacího prostředku (srov. kap. [9 b](#)),
9. připravit návrh změny zákona o specifických zdravotních službách tak, aby obsahoval vymezení předmětu a podmínek dozoru státního zastupitelství na místech, kde se vykonává ochranné léčení (srov. kap. [9 a](#)).

Další doporučení pro Ministerstvo zdravotnictví

10. buď připravit návrh změny zákona o zdravotních službách za účelem vymezení podmínek přípustného použití kamer v nemocnicích, nebo provést kroky v oblasti metodického vedení za účelem ukončení používání kamer (srov. kap. [11 d](#)),
11. zjišťovat a analyzovat případy, kdy policie zasahuje na vyžádání personálu psychiatrických oddělení a nemocnic; výsledky průběžně promítat do metodického vedení a vzdělávání (srov. kap. [11 e](#)),
12. vypracovat, ve spolupráci s policejním prezidiem, postup pro situace, kdy pro zvládnutí agresivního pacienta zdravotníci volají na pomoc policii a kdy policie působí na půdě zdravotnického zařízení, s cílem zajistit jejich koordinaci a postup založený na principu co nejmenšího omezení a minimalizace použití síly (srov. kap. [11 e](#)),

13. zajistit, případně ve spolupráci s Ministerstvem vnitra, vydání předpisu zakotvujícího povinnost policie zajistit, že zdravotnickým pracovníkům budou předány informace o okolnostech zadržení a převozu pacienta, u něhož policie asistovala (srov. kap. [11 f](#)),
14. připravit návrh novely § 88 odst. 1 písm. a) zákona o specifických zdravotních službách tak, aby obsahoval zásadu svobodného a informovaného souhlasu také v případě ochranného léčení, případné výjimky stanovil jasně a vyžadoval pro ně odůvodněné rozhodnutí o nedobrovolné léčbě a upravoval možnost odvolání proti němu k nezávislému orgánu (srov. kap. [12 d](#)),
15. analyzovat dostupnost a účinnost existujících nástrojů ochrany (civilní nebo správní soud) pacientů, kteří odporují rozhodnutí opatrovníka nebo poskytovatele/lékaře o jejich psychiatrické léčbě, a v návaznosti na výsledek analýzy buď připravit metodický a informační materiál pro poskytovatele a pacienty, jak tyto nástroje účinně využívat v klinické praxi, anebo připravit návrh novely zákona o zdravotních službách a zakotvit nástroj nový (srov. kap. [12 d](#)),
16. shrnout právní pravidla léčby duševních poruch bez souhlasu do metodického materiálu pro poskytovatele zdravotních služeb (srov. kap. [12 d](#)),
17. zajistit, aby pacienti v ochranném léčení byli ubytováni v pokojích s maximální kapacitou 4 lůžka,
18. a zvážit zakotvení tohoto standardu do vyhlášky (o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení; srov. kap. [16 a](#)),
19. připravit konkrétní a časově ukotvený plán zlepšení personální situace následné psychiatrické péče obecně a pracovišť poskytujících ochranné léčení zvláště (srov. kap. [17 b](#)),
20. připravit a garantovat vzdělávací program pro psychiatry o provádění EKT (srov. kap. [19 e](#)),
21. formou metodického vedení stanovit parametry evidence o použití EKT a vést na základě těchto dat národní přehled (srov. kap. [19 e](#)),
22. zaujmout koncepční přístup ke zrušení používání síťových lůžek, který by zahrnoval hledání a posílení účinných alternativ používání nejen síťových lůžek, ale omezovacích prostředků obecně (srov. kap. [20 h](#)),
23. buď zlepšit definici farmakologického omezení v zákoně o zdravotních službách, nebo metodickým vedením usměrnit výklad zákona tak, aby zahrnoval definici podle CPT (srov. kap. [20 i](#)),
24. podpořit kvalitní vzdělávání v bezpečném používání omezovacích prostředků a používání metod deescalace, například přípravou jejich programů a vyškolením školitelů v rámci aktivit reformy psychiatrické péče (srov. kap. [20 n](#)),
25. zabývat se koncepčně tématem omezovacích prostředků: soustavnou metodickou podporou poskytovatelů i kontrolních orgánů, podporou konkrétních projektů k odbourávání dlouhodobých omezení, garantováním speciálního školicího programu apod. (srov. kap. [21 b](#)),

Přehled systémových doporučení

26. připravit návrh změny § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách tak, aby předepisoval vedení evidence případů použití omezovacích prostředků v pravém smyslu slova (srov. kap. [21 c](#)),
27. zjišťovat a analyzovat případy, kdy dojde ke zranění nebo usmrcení člověka v (časové) souvislosti s použitím omezovacího prostředku; výsledky průběžně promítat do metodického vedení a vzdělávání (srov. kap. [21 c](#)),
28. z pozice gestora zdravotnictví i garanta reformy psychiatrické péče zajistit, že postup v reformě psychiatrické péče v roce 2019 a 2020 nebude znamenat zhoršení podmínek poskytování péče v psychiatrických nemocnicích (srov. kap. [21 d](#)),
29. připravit návrh novely zákona o zdravotních službách, jež zakotví přestupkovou odpovědnost poskytovatele za porušení povinností podle § 39 zákona (srov. kap. [21 d](#)),
30. připravit návrh změny zákona o zdravotních službách tak, aby stanovil výjimku z povinné mlčenlivosti pro případy oznamování a sdělování informací o špatném zacházení a dále stanovil povinnost poskytovatele oznamovat zjištění známek špatného zacházení (srov. kap. [23 a](#)),
31. vydat doporučení pro poskytovatele zdravotních služeb při ošetření osob omezených na svobodě a zveřejnit je ve Věstníku MZ (vysvětlit důraz na důvěrnost vyšetření a parametry zprávy a možnosti hlášení případů státnímu zástupci; srov. kap. [23 a](#)).

Doporučení pro Ministerstvo spravedlnosti

1. zajistit vodítka a průběžné vzdělávání soudců tak, aby došlo k usměrnění k větší jednotnosti (co se týká ukládání jednotlivých „typů“ ochranného léčení, kladení otázek znalcům, nepodmiňování trvání ochranného léčení nějakými tradičně vnímanými lhůtami; srov. kap. [7](#)),
2. zavést jednotnou evidenci ochranných léčení (jednak uložených, a jednak nařízených) a centrální registr pacientů v ochranné léčbě (srov. kap. [6 d](#)),
3. sjednotit formu a obsah návrhů/zpráv zdravotnických zařízení soudu (srov. kap. [6 g](#)).

Doporučení pro odbornou společnost

1. standardizovat postupy používané při ochranné léčbě a stanovit programy ochranné léčby pro její jednotlivé typy (srov. kap. [8](#)),
2. propracovat a nabídnout lékařům nástroj k hodnocení rizikovosti pacienta v ochranném léčení (srov. kap. [6 f](#)),
3. vydat standard pro lege artis provádění penilní pletysmografie (srov. kap. [13 h](#)).

Zdroje

Výběr použité literatury

ANDERS, Martin. Biologická léčba – elektrokonvulzivní léčba. In: RABOCH, Jiří, et al., ed. Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče IV., 2014, s. 185–190. ISBN 978-80-260-5792-5.

BAUDIŠ, Pavel et al. Omezovací prostředky. In: RABOCH, Jiří et al., ed. Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II. Praha: Infopharm, 2006, s. 152–162. ISBN 80-239-8501-9.

BAUDIŠ, Pavel et al. Omezovací prostředky. In: RABOCH, Jiří et al., ed. Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III. Brno: Tribun EU, 2010, s. 213–221. ISBN 978-80-7399-984-1.

ČESKO, Ministerstvo spravedlnosti. Zpráva Ministerstva spravedlnosti o prošetření postupu příslušných orgánů ve věci tragické události ve Žďáru nad Sázavou a navrhovaná opatření. Podkladový materiál č. j. 1432/14 pro jednání vlády dne 8. prosince 2014. Praha: Vláda ČR, 2014.

ČESKO, Ministerstvo zdravotnictví. Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta. Částka 4/2018 Věstníku MZ [online]. Praha: MZ, 2018 [cit. 19. 4. 2019]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/vestnik-c4/2018_15323_3810_11.html.

ČESKO, Vláda České republiky. Vyjádření vlády České republiky ke Zprávě o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 1. až 10. dubna 2014. CPT/Inf (2015) 29 [online]. Štrasburk: CPT, 2015 [cit. 26. 7. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=090000168069568f>.

Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních. Výňatek z 8. obecné zprávy CPT, CPT/Inf(98)12-part [online]. Štrasburk: CPT, 1998 [cit. 19. 4. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>.

Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé, CPT/Inf(2006)35-part [online]. Štrasburk: CPT, 2006 [cit. 19. 4. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806ccea3>.

Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT), CPT/Inf(2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 19. 4. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>.

Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Pořizování záznamů a podávání zpráv o lékařských zjištěních o špatném zacházení. Výňatek z 23. všeobecné zprávy CPT publikované v roce 2013. CPT/Inf(2013)29-part [online]. Štrasburk: CPT, 2013 [cit. 3. 5. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/16806ccc36>.

Zdroje

Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Zpráva pro českou vládu o návštěvě České republiky provedené v roce 2018. CPT/Inf(2019)23 [online]. Štrasburk: CPT, 2019 [cit. 26. 7. 2019]. Dostupné z: <https://www.coe.int/en/web/cpt/czech-republic>.

KALIŠOVÁ, Lucie, et al. Electroconvulsive Therapy in the Czech Republic. J ECT. 2018 Jun;34(2): 108-112. ISSN 1095-0680.

PÁV, Marek a Jiří ŠVARC. Stávající stav a doporučení k dalšímu rozvoji sítě ochranného léčení. Analýza realizovaná v rámci projektu Deinstitutionalizace. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2018, 42 s.

ŘÍČAN, Pavel et al. Omezovací prostředky v psychiatrii. Souhrnná zpráva [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2019 [cit. 26. 7. 2019]. Dostupné z: www.reformapsychiatrie.cz/2019/07/15/souhrnna-zprava-k-pouzivani-omezovacich-prostredku-v-psihiatrii-prvni-mapovani-situace.

ŠÁMAL, Pavel. K úpravě ochranného léčení v trestním zákoníku. Trestněprávní revue 4/2010, s. 99. In: Beck – online [online]. Nakladatelství C. H. Beck [cit. 1. 8. 2019] ISSN 1213-5313.

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. Zpráva z návštěv zabezpečovací detence [online]. Brno: KVOP, 2019 [cit. 22. 6. 2019]. Dostupné z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/6656>.

VYSOKÝ KOMISAŘ OSN. Zásady účinného vyšetřování a dokumentování mučení a jiného krutého, nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání schválilo Valné shromáždění OSN, rezoluce č. 55/89 ze dne 4. prosince 2000 [online]. New York: OSN, 1999 [cit. 12. 2. 2019]. V angličtině dostupné z: <https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/EffectiveInvestigationAndDocumentationOfTorture.aspx>, v českém překladu dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Ostatni/Zasady-ucinneho-vysetrovani.pdf.

ZVĚŘINA, Jaroslav a Petr WEISS: Doporučené postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2012 [cit. 26. 7. 2019]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/doprocene-postupy-v-terapii-parafilnich-sexualnich-delikventu_12999_3216_1.html.

Rozhodnutí vnitrostátních soudů

Nález Ústavního soudu ze dne 3. 11. 2004, sp. zn. IV. ÚS 502/02 (N 166/35 SbNU 257; SR 1/2005 s. 9), dostupné na <http://nalus.usoud.cz>.

Nález Ústavního soudu ze dne 3. 3. 2011, sp. zn. I. ÚS 3654/10 (N 35/60 SbNU 425), dostupné na <http://nalus.usoud.cz>.

Nález Ústavního soudu ze dne 11. 4. 2017, sp. zn. III. ÚS 3675/16 (N 58/85 SbNU 81), dostupné na <http://nalus.usoud.cz>.

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 18. 2. 2015, sp. zn. 3 Tz 58/2014, dostupné na www.nsoud.cz.

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 5. 3. 2014, sp. zn. 7 Tdo 167/2014, dostupné na www.nsoud.cz.

Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva

Bureš proti České republice, č. 37679/08, rozsudek ze dne 18. 10. 2012

Dvořáček proti České republice, č. 12927/13, rozsudek ze dne 6. 11. 2014

M. S. proti Chorvatsku (č. 2), č. 75450/12, rozsudek ze dne 19. 2. 2015

Storck proti Německu, č. 61603/00, rozsudek ze dne 16. 6. 2005

X. proti Finsku, č. 34806/04, rozsudek ze dne 3. 7. 2012

Veřejný ochránce práv – zprávy ze systematických návštěv

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno (leden 2019), sp. zn. 2/2019/NZ

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Plzeň (září 2018), sp. zn. 55/2018/NZ

Psychiatrická léčebna Petrohrad (březen 2019), sp. zn. 27/2019/NZ

Psychiatrická nemocnice Bohnice (duben 2018), sp. zn. 14/2018/NZ

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod (březen 2017), sp. zn. 9/2017/NZ

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod (říjen 2014), sp. zn. 23/2014/NZ

Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice (únor 2017), sp. zn. 6/2017/NZ

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy (červen 2017), sp. zn. 20/2017/NZ

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži (květen 2017), sp. zn. 19/2017/NZ

Psychiatrická nemocnice v Opavě (leden 2017), sp. zn. 2/2017/NZ

Veřejný ochránce práv – individuální šetření podmínek ochranného léčení

Případ sp. zn. 2361/2016/VOP

Případ sp. zn. 4174/2016/VOP

Případ sp. zn. 5091/2017/VOP

Případ sp. zn. 8135/2018/VOP

Zprávy z návštěv a šetření jsou podle značky dohledatelné v Evidenci stanovisek ochrance (ESO), dostupná z <http://eso.ochrance.cz/Vyhledavani/Search>.



ombudsman
veřejný ochránce práv