

UNIVERZITA KARLOVA

Právnická fakulta

Tereza Kuchařová

**Zacházení s osobami s duševní nemocí
z hlediska čl. 3 EÚLP
a Česká republika**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Mgr. Alla Tymofeyeva Ph.D.

Katedra: Katedra mezinárodního práva

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): 20. 6. 2022

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracovala samostatně, že všechny použité zdroje byly řádně uvedeny a že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Dále prohlašuji, že vlastní text této práce včetně poznámek pod čarou má 119 662 znaků včetně mezer.

Tereza Kuchařová

V Praze dne 20. 6. 2022

Děkuji JUDr. Mgr. Alle Tymofeyevě, vedoucí mé diplomové práce, za cenné rady a její pomoc při zpracování mé diplomové práce. Zároveň děkuji za poskytnutý rozhovor MUDr. Martinu Hollému a MUDr. Marku Pávovi, Ph.D., MBA.

Obsah

Úvod	5
1. Zákaz mučení a nelidského či ponižujícího zacházení anebo trestu podle EÚLP	7
1.1. Čl. 3 EÚLP.....	7
1.2. Vymezení relevantních pojmů používaných v rozhodnutích ESLP.....	8
1.2.1. Blíže k pojmům zacházení a trestání.....	8
1.2.2. Rozdělení stupňů špatného zacházení dle čl. 3 EÚLP.....	10
1.2.3. Pojem „duševní nemoc“.....	12
1.3. Relevantní české případy vedené před ESLP.....	14
1.3.1. Bureš proti České republice.....	14
1.3.2. Dvořáček proti České republice.....	16
2. Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT)	19
2.1. Úloha CPT a rozdíl oproti CAT.....	19
2.2. Standardy CPT vztahující se k psychiatrické péči.....	21
2.2.1. Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních.....	21
2.2.1.1. Životní podmínky a léčba pacientů.....	22
2.2.1.2. Záruky při nedobrovolné hospitalizaci.....	22
2.2.2. Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních.....	23
2.3. Zjištěné nedostatky dle zprávy CPT z návštěvy ČR v roce 2018.....	25
2.3.1. Vysokokapacitní pokoje.....	25
2.3.2. Nedostatečný pobyt ve venkovních prostorech.....	26
2.3.3. Individuální léčebné plány.....	26
2.3.4. Léky předepisované pro re nata.....	27
2.3.5. Používání omezovacích prostředků.....	28
2.3.6. Nedobrovolná hospitalizace.....	30
2.3.7. Souhlas s léčbou.....	31
3. Používání omezovacích prostředků v ČR	33
3.1. Právní úprava používání omezovacích prostředků v ČR.....	33
3.2. Síťová lůžka.....	35
3.3. Novela ustanovení o omezovacích prostředcích.....	39
4. Reforma péče o duševní zdraví v ČR	45
4.1. Výchozí stav systému psychiatrické péče.....	45
4.2. Reforma péče o duševní zdraví a její hlavní cíle.....	47
Závěr	52
Příloha č. 1 – Přepis rozhovoru.....	53
Seznam použitých zkratk.....	60
Seznam použitých zdrojů.....	61
Abstrakt a klíčová slova v ČJ.....	66
Abstrakt a klíčová slova v AJ.....	67

Úvod

Tato diplomová práce má za cíl reálně popsat aktuální situaci v oblasti zacházení s osobami s duševní nemocí v České republice. Práce je zaměřena především na situace, které spadají nebo by mohly spadat pod definici zákazu mučení a nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání dle čl. 3 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv.

Odborná debata týkající se možného špatného zacházení je na mezinárodní i vnitrostátní úrovni dle mého názoru v některých bodech poměrně vyostřená, a dokonce často prezentována poněkud černobíle. Běžnému občanovi se tak může jevit, že na jedné straně mnohdy stojí právníci národních i mezinárodních nevládních organizací coby neochvějní obránci lidských práv a na straně druhé přísní lékaři a zdravotničtí pracovníci, kteří na ochranu lidských práv někdy mohou i zapomenout. Alespoň takové vyznění mají některé publikace zmíněných NGO, za které jmenujme ty nejznámější – Ligu lidských práv, FORUM či MDAC (nyní pod názvem Validity). Po prostudování publikace Klecová lůžka a používání omezovacích prostředků v českých psychiatrických zařízeních¹, které vytvořila organizace MDAC, čtenář snadno nabude dojmu, že v psychiatrických zařízeních na pacienty čeká téměř až středověká tortura.

Netvrdím (a ani cílem této práce není dokázat), že psychiatrická péče v České republice nemá nedostatky. Ba naopak. Pokusím se však popsat aktuální situaci co nejvíce objektivně a domnívám se, že právě mezinárodněprávní pohled mi k tomu dopomůže. Co se týče problematiky ochrany lidských práv, vnímám mezinárodní právo a závazky z něho plynoucí jako jedny z hlavních zdrojů celosvětového zvyšování úrovně dodržování lidských práv.

V rámci této diplomové práce se nejprve zaměřím na judikaturu Evropského soudu pro lidská práva, která se zabývala možnými porušeními čl. 3 Evropské úmluvy o lidských právech souvisejícími se zacházením s osobami s duševní nemocí. Rozsudky Evropského soudu pro lidská práva použiji předně k vymezení základních pojmů týkajících se dané problematiky. Judikaturu Evropského soudu pro lidská práva v této konkrétní oblasti vnímám jako vrchol pomyslné pyramidy, který je tvořen jen těmi nejzávažnějšími případy špatného zacházení s duševně nemocnými osobami. Za všechny jmenujme již téměř notoricky známý případ Bureš proti České republice². I tomuto případu se v budu v práci samozřejmě věnovat.

¹ Klecová lůžka a používání omezovacích prostředků v českých psychiatrických zařízeních, MDAC, červen 2014, dostupné také z: https://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/klecova_luzka_a_pouzivani_omezovacich_prostredku.pdf

² Bureš proti České republice, stížnost č. 37679/08, rozsudek ESLP ze dne 18. 10. 2012

Za těžiště práce však pokládám část týkající se Evropského výboru pro prevenci mučení a nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání (CPT), který dle mého názoru hraje v mezinárodněprávní ochraně osob před mučením a jiným špatným zacházením hlavní roli. Zde pouze upozorním, že neméně významnou roli přisuzuji rovněž Výboru OSN proti mučení (CAT). Tato práce je však zaměřena na čl. 3 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv, a tudíž se o CAT zmíním pouze okrajově.³

K popisu možných forem špatného zacházení s osobami s duševní nemocí, resp. k popisu pravidel definovaných k jejich předcházení, využiji především obecné standardy vydané CPT a zprávu CPT z poslední návštěvy České republiky z roku 2018. Na základě tohoto podkladu poté provedu analytický rozbor aktuálního stavu zacházení s osobami s duševním onemocněním a nejpálčivějších problémů, které se vyskytují v rámci české psychiatrické péče.

Závěr práce věnuji reformě péče o duševní zdraví, kterou osobně vnímám jako již skutečně nutné ale zároveň i slibné řešení mezinárodně kritizovaného stavu české psychiatrické péče.

³ Systém OSN zabezpečující univerzální ochranu lidských práv zejména prostřednictvím Výboru OSN pro lidská práva do této práce nebude zahrnut, a to především vzhledem k užšímu zaměření této diplomové práce. Považuji však za nutné zmínit rovněž tento orgán, který prostřednictvím vydávání svých sice právně nezávazných, ovšem v rámci mezinárodního práva uznávaných názorů („communications“) rovněž značně přispívá k ochraně lidských práv, a to zejména těch obsažených v Mezinárodním paktu o občanských a politických právech, na našem území. Taktéž regionální systémy ochrany lidských práv nebudou do práce zakomponovány.

1. Zákaz mučení a nelidského či ponižujícího zacházení anebo trestu podle EÚLP

1.1. Čl. 3 EÚLP

Jelikož je mučení jedním z nejzásadnějších porušení základních lidských práv a směřuje jak proti fyzické, tak i psychické sféře člověka, objevuje se jeho zákaz v mnoha základních pramenech mezinárodního a mnohdy i národního práva. Zákaz mučení tak nalezneme kupříkladu v čl. 5 Všeobecné deklarace lidských práv či v čl. 7 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech.

Z hlediska Evropy je dle mého soudu nejvýznamnější úprava této oblasti v rámci Rady Evropy, jelikož se jedná o mezinárodní organizaci, která disponuje vlastním soudním (a konkrétně v případě zákazu mučení a nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestu i mimosoudním) systémem ochrany lidských práv. Krom deklarace zákazu mučení tak má Rada Evropy možnost rovněž reálně kontrolovat a vynutit dodržování tohoto zákazu. Tento názor vyvozují rovněž ze slov prof. JUDr. Pavel Šturma, DrSc., který ve své publikaci uvádí: *„To, co je pro Evropskou úmluvu charakteristické a činí z ní nejefektivnější mezinárodněprávní instrument na ochranu lidských práv, není ani tak katalog chráněných práv, jako právě institucionální mechanismus ke kontrole jejich dodržování.“*⁴

Co se týče soudní kontroly dodržování Evropské úmluvy o ochraně lidských práv, rozsudky Evropského soudu pro lidská práva (někdy také nazývaného „Štrasburský soud“) směřující proti pochybení určitého státu jsou závazné a jejich význam lze tedy označit za velice zásadní. Stále se však jedná o rozhodnutí, která jsou závazná jen pro své adresáty. Rozsudek *„má autoritu rozhodnuté věci, která je ovšem pouze relativní povahy (nezavazuje erga omnes). Jsou jím totiž vázány jen strany ve sporu a jen pro konkrétní případ.“*⁵ Je tak na daném státu, aby na základě rozsudku Evropského soudu pro lidská práva zjednal nápravu v rámci svého právního řádu. Tento přístup je však vzhledem k suverenitě států coby adresátů rozsudku zcela pochopitelný a stále můžeme hovořit o nadmíru účinné formě kontroly dodržování katalogu lidských práv v rámci Rady Evropy, resp. přímo zákazu mučení a nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestu.

Znění článku 3 Evropské úmluvy o lidských právech a základních svobodách je následující:

⁴ ŠTURMA, Pavel. Mezinárodní a evropské kontrolní mechanismy v oblasti lidských práv. 3. doplněné vydání. Praha: C. H. Beck, 2010, s. 34

⁵ ŠTURMA, P. Úvod do evropského práva ochrany lidských práv. Praha: Karolinum, 1994, s. 24

„Nikdo nesmí být mučen nebo podrobován nelidskému či ponižujícímu zacházení anebo trestu.“⁶

Jedná se o fundamentální lidské právo vyjádřené v několika slovech, která stejně jako celý text Evropské úmluvy o ochraně lidských práv podléhají určitému vývoji a vždy je potřeba je podle toho interpretovat. Evropský soud pro lidská práva totiž označuje text úmluvy za tzv. žijící instrument („living instrument“) a je potřeba jej vždy interpretovat v souvislosti s aktuálními podmínkami.⁷ Výkladu jednotlivých pojmů se budu podrobněji věnovat v samostatných kapitolách.

Krom samotného znění čl. 3 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv je v úvodu této práce rovněž zapotřebí uvést, že jeho základními pojmovými znaky jsou jeho absolutní povaha (jedná se o v každém případě a za jakýchkoliv okolností platný zákaz, ze kterého neexistuje výjimka) a existence pozitivního závazku státu zajistit dodržování tohoto zákazu.

1.2. Vymezení relevantních pojmů používaných v rozhodnutích ESLP

Pro účely adekvátního rozboru daného tématu, tedy způsobu zacházení s osobami s duševní nemocí, považuji za vhodné definovat základní pojmy, které se k dané problematice vztahují. Práce je věnována špatnému zacházení dle čl. 3 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv s konkrétní skupinou osob, je tedy především potřeba vymezit pojem „špatné zacházení“ a rozsah užitého termínu „osoby s duševní nemocí“.

1.2.1. Blíže k pojmům zacházení a trestání

Ačkoliv lze většinu chování a jednání subsumovat pod pojem „zacházení“, existují také situace, které jsou jasným příkladem trestu za určité chování oběti. Trestání jako takové již samo osobě samozřejmě obsahuje složku určitého ponížení, je však zřejmé, že považovat obecně každé trestání (tedy i trest uložený na základě zákonného zmocnění orgány soudní moci) za ponižující ve smyslu článku 3 EÚLP nelze. Takové chápání zákazu mučení by bylo přehnané, a především

⁶ Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, Rada Evropy, Řím, 4. 11. 1950, dostupné také z: https://www.echr.coe.int/documents/convention_ces.pdf

⁷ Tyrer proti Spojenému království, stížnost č. 5856/72, rozsudek ESLP ze dne 25. 4. 1978, para 31

zcela odporující systému rozhodování o vině a trestu, jež spočívá v rukou státu, přestože kupříkladu u trestů, které jsou společností považovány za velice tvrdé, je podobná úvaha o naplnění pojmu nelidské či ponižující trestání poměrně pochopitelná. Na druhou stranu ovšem není vyloučeno, aby v rámci trestu uloženého soudem nedošlo k jednání spadajícímu právě pod tento zmíněný článek. V takovém případě se však musí jednat o exces z pravomoci při výkonu trestu a jednání musí splňovat další znaky zakázaného trestání.

Dalším zacházením, které spadá pod článek 3 EÚLP a zároveň je řízeno státem, je nucená zdravotní péče, jíž se v této práci věnuji především. Nejedná se však pouze o léčbu duševně chorých lidí, ale také např. o případy nucené sterilizace. Dle ESLP je hlavním měřítkem oprávněnosti takového zacházení skutečnost, zda lze danou zdravotní péči považovat za prováděnou na základě „uznávaných pravidel lékařské vědy“ („the established principles of medicine“). Zákrok, celková léčba či opatření dle soudu není možné považovat za nelidské či ponižující, pokud se jedná o terapeutickou nutnost („therapeutic necessity“). Toto pravidlo bylo judikováno mimo jiné v rozsudku ve věci Herczegfalvy proti Rakousku.⁸ V daném případě byl stěžovatel, odsouzený pachatel trestné činnosti, umístěn do psychiatrické léčebny. V souvislosti s článkem 3 EÚLP namítal, že byl bez jeho souhlasu klidněn sedativy, byl krmen proti jeho vůli (jako důsledek snahy držet hladovku) a připoután k posteli na dobu několika týdnů.⁹ ESLP však porušení článku 3 EÚLP v dané situaci neshledal. Blíže se vyjádřil ke specifickým podmínkám psychiatrických nemocnic, ve kterých dochází ke stavu bezmoci a podřízenosti hospitalizovaných osob. Tento stav dle názoru soudu vyžaduje zvýšenou pečlivost při posuzování, zda nedošlo k porušení zákazu mučení nebo jiného nelidského či ponižujícího zacházení. V psychiatrických léčebnách pobývají převážně lidé, kteří nejsou zcela schopni rozhodovat o své léčbě, je tedy na lékařích a jiných zdravotnických pracovnících, aby právě na základě výše zmíněných uznávaných pravidel lékařské vědy zvolili takový terapeutický postup, který je nezbytně nutný tak, aby bylo zachováno jejich tělesné i duševní zdraví. Stále je však nutné mít na paměti, že i tyto osoby požívají ochranu dle článku 3 EÚLP, jelikož má tento článek absolutní povahu a nemůže být tedy jakkoliv derogován.¹⁰

Z případu Herczegfalvy proti Rakousku je patrné, že se ESLP pochopitelně svým způsobem zdráhá zasahovat do oblasti, v rámci níž je pro posouzení souvisejících stížností potřeba

⁸ Herczegfalvy proti Rakousku, stížnost č. 10533/83, rozsudek ESLP ze dne 24. 9. 1992, para. 82

⁹ Ibid., para. 24 – 34

¹⁰ Ibid., para. 82

brát značně v potaz medicínské hledisko. Podobnou zdrženlivost můžeme pozorovat také u národních soudů. Přesto by však měly státní orgány věnovat i této sféře dostatečnou pozornost, jelikož právě zde může prvek zranitelnosti pacientů sehrát významnou roli a zvýšit tak riziko jednání v rozporu s článkem 3 EÚLP. Tato skutečnost je evidentní také z narůstajícího počtu právních norem, které jsou přijímány na mezinárodní úrovni. Nejedná se vždy o právně závazné dokumenty (kterými jsou kupříkladu nařízení stanovující minimální standardy vztahující se na zacházení zejména s psychicky nemocnými pacienty a pacienty podléhající detenci), ovšem i doporučení mezinárodních organizací mají značnou politickou sílu a státní orgány by na ně měly brát zřetel.

1.2.2. Rozdělení stupňů špatného zacházení dle čl. 3 EÚLP

Jak již bylo zmíněno výše, článek 3 EÚLP obsahuje zákaz mučení nebo jiného nelidského či ponižujícího zacházení či trestání. V Úmluvě jako takové nejsou pojmy “mučení” a stejně tak ani “nelidské či ponižující zacházení” jakkoliv dále definovány nebo přímo odděleny. Přesto však ESLP v několika svých rozsudcích jasně vyložil, že mezi těmito dvěma termíny existuje určitý rozdíl. Jedno z takovýchto rozlišení lze nalézt konkrétně také ve velice známém případě Irsko proti Spojenému království z roku 1978¹¹. V dané kauze byla v postavení stěžovatele irská vláda. Ta namítala především neadekvátnost výslechových technik užitých proti 12 osobám irského původu při snaze rozkrýt informace týkající se teroristického uskupení IRA. Vyslýchání byli podrobena tzv. pěti výslechovým technikám, které spočívaly v zakrývání očí, několikahodinovém stání u zdi ve vysilující pozici, vystavení hluku, spánkové deprivaci či nedostatečném přísunu jídla a pití. Tyto techniky měly u daných osob vyvolat dezorientaci, což mělo vést k vyzrazení potřebných informací. ESLP v rozsudku mimo jiné konstatoval porušení článku 3 EÚLP a v rámci svého odůvodnění se vyjádřil právě k odlišnosti mezi pojmy “mučení” a “nelidské či ponižující zacházení”: *„167. Tzv. pět technik bylo použito v kombinaci, na základě předchozího rozmyslu a čtyři hodiny v kuse; způsobily dotčeným osobám, pokud ne přímo tělesné zranění, minimálně fyzické a psychické utrpení a také vedly k vážným psychickým poruchám během výslechu. Spadají tudíž do kategorie nelidského zacházení ve smyslu článku 3. Tyto techniky byly ponižující, jelikož jimi bylo možné vzbudit v obětech pocity strachu, trýzně a podřízenosti, které mohly vést až k jejich pokoření a ponížení a možnému prolomení jejich psychického a fyzického odporu. V těchto dvou bodech má Soud stejný názor jako Komise. Aby bylo možné určit, zda může být pět technik kvalifikováno jako mučení, musí brát Soud zřetel na odlišení v rámci článku 3 mezi tímto pojmem*

¹¹ Irsko proti Spojenému království, stížnost č. 5310/71, rozsudek ESLP ze dne 18. 1. 1978

a pojmem nelidské a ponižující zacházení. Dle názoru soudu je toto odlišení odvozeno především z rozdílu v intenzitě způsobeného utrpení. Zatímco je zde na jedné straně násilí, které může být vykonáváno jak z morálních důvodů ale také v mnoha případech na základě národního práva Smluvních států, ale které nespadá pod článek 3 Úmluvy, zdá se, že na druhou stranu bylo záměrem, že Úmluva rozlišuje mezi „mučením“ a „nelidským či ponižujícím zacházením. Soud má tedy za to, že s prvním z těchto pojmů se pojí určité stigma úmyslného nelidského zacházení způsobujícího velmi závažné a kruté utrpení. Krom toho je tato úvaha evidentně vtělena do poslední části článku 1 Rezoluce 3452 (XXX) přijaté Valným shromážděním OSN dne 9. prosince 1975, která deklaruje: „Mučení představuje závažnou a úmyslnou formu krutého, nelidského a ponižujícího zacházení nebo trestu. Ačkoliv pět technik užitých ve vzájemné kombinaci bezpochyby dosahuje nelidského a ponižujícího zacházení, ačkoliv jejich cílem bylo získání přiznání, jmenování dalších osob a informací a ačkoliv byly užívány systematicky, nečinily utrpení zvláštní intenzity a krutosti naznačené slovem mučení, jak je chápáno.“¹²

Konkrétní definici samotného pojmu „mučení“ v EÚLP ani v judikatuře ESLP nenajdeme. ESLP však opakovaně odkazuje na Úmluvu OSN proti mučení¹³, v níž můžeme nalézt poměrně vyčerpávající definici tohoto právního termínu. Článek 1 odstavec 1. Úmluvy proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení či trestání zní: „Pro účely této Úmluvy výraz "mučení" znamená jakékoli jednání, jímž je člověku úmyslně působena silná bolest nebo tělesné či duševní utrpení s cílem získat od něho nebo od třetí osoby informace nebo přiznání, potrestat jej za jednání, jehož se dopustil on nebo třetí osoba nebo z něhož jsou podezřelí nebo s cílem zastrašit nebo přinutit jej nebo třetí osobu nebo z jakéhokoli jiného důvodu založeného na diskriminaci jakéhokoli druhu, když taková bolest nebo utrpení jsou působeny veřejným činitelem nebo jinou osobou jednající z úředního pověření nebo z jejich podnětu či s jejich výslovným nebo tichým souhlasem. Toto vymezení nezahrnuje bolest nebo utrpení, které vznikají pouze v důsledku zákonných sankcí, jsou od těchto sankcí neoddělitelné nebo jsou jimi vyvolány náhodou.“¹⁴

Za základní znaky mučení zde poté můžeme označit zejména způsobení silné bolesti nebo tělesného či duševního utrpení, úmysl takového utrpení způsobit a v neposlední řadě existenci

¹² Irsko proti Spojenému království, stížnost č. 5310/71, rozsudek ESLP ze dne 18. 1. 1978, para. 167

¹³ Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, OSN, New York, 10. 12. 1984, dostupné také z: <https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-proti-muceni.pdf>

¹⁴ Ibid.

zřejmého účelu tohoto jednání, kterým může být získání informací či doznání, zastrašení a další cíle.

Výrazným prvkem, který podmiňuje označení určitého jednání přímo za mučení, a ne pouze za jiné – méně závažné – formy špatného zacházení, je primárně intenzita takového zacházení. Intenzitu způsobeného utrpení či míru krutosti lze dle ESLP posoudit hned z několika proměnných prvků, kterými jsou délka vzniklého utrpení, fyzický a psychický dopad, pohlaví, věk a zdravotní stav oběti, způsob a technika provedení. Je však nutné brát zřetel na význam jednotlivých faktorů. V rozsudku ESLP Selmouni proti Francii¹⁵ soud zdůraznil, že prvky zásadnějšími pro posouzení intenzity či krutosti jednání jsou především objektivní činitele, jelikož právě v tomto případě byl použit takový přístup, který by byl velmi ohavný a ponižující pro každého, a to nehledě na subjektivní prvky vztahující se k oběti, kterými tedy jsou věk, pohlaví či kondice mučené osoby.¹⁶

V této diplomové práci se věnuji převážně takovému jednání, které nenaplnuje znaky mučení, ale spíše nelidského či ponižujícího zacházení (mnohdy souhrnně označováno za „špatné zacházení“). Přestože zde může být intenzita utrpení nižší než u mučení, musí být i toto zacházení náležitě detekováno a musí se dostatečně dbát na kontrolu dodržování jeho absolutního zákazu. Zvláště když se jedná o zacházení s osobami, které jsou vzhledem ke své duševní nemoci, jak už bylo uvedeno výše, mnohdy ve stavu bezmoci a pozici podřízenosti.

1.2.3. Pojem „duševní nemoc“

Primární definice pojmu „duševní nemoc“ podává Evropský soud pro lidská práva v rozsudku Winterwerp proti Nizozemí z roku 1979¹⁷, ve kterém stěžovatel mj. namítal, že mu během jeho nuceného umístění do psychiatrické léčebny nebyla dána možnost nechat rozhodnutí o detenci přezkoumat, nebyla mu poskytnuta právní pomoc a nemohl napadnout obsah souvisejících lékařských zpráv. V daném rozhodnutí je konstatováno, že Evropská úmluva o ochraně lidských práv (a rovněž ani ve věci relevantní nizozemské právo) definici „duševní nemoci“ („unsound mind“) neposkytuje. V legislativě Nizozemí jsou pouze stanoveny podmínky pro umístění duševně nemocné osoby (zde „mentally ill person“) do psychiatrické léčebny.¹⁸

¹⁵ Selmouni proti Francii, stížnost 25803/94, rozsudek ESLP ze dne 28. 7. 1999

¹⁶ Ibid., para. 103

¹⁷ Winterwerp proti Nizozemí, stížnost č. 6301/73, rozsudek ESLP ze dne 24. 10. 1979, para. 37

¹⁸ Ibid., para 38

Hlavní z těchto podmínek je lékařské prohlášení, ve kterém je jasně uvedeno, že je dotčená osoba ve stavu duševní poruchy, a je tedy nutné či žádoucí, aby byla podrobena léčbě v psychiatrické nemocnici.

MDAC se k významu pojmu „duševní nemoc“ v souvislosti s případem Winterwerp proti Nizozemí vyjádřila ve své publikaci Souhrny případů Evropského soudu pro lidská práva týkající se duševní poruchy takto: „*Neexistuje vyčerpávající výklad pojmu „osoba duševně nemocná“, neboť tento pojem se neustále vyvíjí s tím, jak dochází k pokroku ve výzkumu, rozvoji léčby a změnám v přístupu společnosti k duševní nemoci. Pojem „duševní nemoc“ nelze aplikovat jen z důvodu, že něčí názory či chování se odlišují od norem převažujících v dané společnosti. S výjimkou neodkladných případů není možné jednotlivce zbavit osobní svobody, pokud nebylo přesvědčivě prokázáno, že trpí duševní nemocí. Duševní porucha musí být před odpovědnými orgány prokázána za pomoci objektivní lékařské analýzy.*“¹⁹

Obdobný výklad je možné nalézt také v rozsudku ESLP Varbanov v. Bulharsko²⁰. Stěžovatel byl na základě pokynu státního zástupce podroben psychiatrickému vyšetření a zadržen, přičemž státní zástupce nedisponoval k takovému nařízení zákonným zmocněním. K zadržení pana Varbanova došlo na základě konstatování, že trpí duševní nemocí. Toto konstatování se však neopíralo o validní psychiatrický posudek. ESLP tedy v této věci judikoval, že k posouzení duševního stavu člověka a následného prohlášení o existenci duševní poruchy je (v daném případě pro účely nařízení detence na základně psychické nemoci) zapotřebí lékařského posudku. Jakýkoliv jiný postup by mohl vést k libovůli především při rozhodování o detenci dotčených osob. Dle mého názoru je v rozhodnutí stěžejním následující konstatování: „*Navíc musí být lékařské posouzení založeno na aktuálním stavu duševního zdraví dotčené osoby, a nikoliv pouze na minulých událostech. Lékařský posudek nelze považovat za dostatečný k ospravedlnění omezení svobody, pokud již uplynul výrazně dlouhý časový úsek.*“²¹

Celkově tedy není stanoveno, jaké psychické projevy by měla osoba trpící duševní nemocí vykazovat. Základním podkladem pro určení duševní nemoci by měl být vždy aktuální lékařský posudek (nejlépe z oboru psychiatrie) vyhotovený na základě náležité prohlídky dané osoby.

¹⁹ Souhrny případů Evropského soudu pro lidská práva týkající se duševní poruchy, MDAC, dostupné také z: https://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/Czech_Summaries%20of%20Mental%20Disability%20Cases%20Decided%20by%20the%20European%20Court%20of%20Human%20Rights.pdf

²⁰ Varbanov proti Bulharsku, stížnost č. 31365/96, rozsudek ESLP ze dne 5. 10. 2000

²¹ Ibid., para. 47

1.3. Relevantní české případy vedené před ESLP

Jelikož je tato diplomová práce věnována zacházení s osobami s duševním onemocněním v České republice, nemohu nezmínit dva zcela zásadní rozsudky Evropského soudu pro lidská práva ve věci možných porušení čl. 3 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv. Jedná se o případ Bureš proti České republice, kde byl extenzivně použit omezovací prostředek (konkrétně kurty) a dále o případ Dvořáček proti České republice, tedy případ tvrzeného nátlaku k podstoupení chemické sterilizace coby léčby sexuální deviace.

1.3.1. Bureš proti České republice

V případě Bureš proti České republice²² byl stěžovatelem violoncellista Lukáš Bureš, kterému byla diagnostikována psychosociální porucha, na kterou bral lék Akineton. Tímto lékem se 9. února 2007 neúmyslně předávkoval. V tomto stavu si šel nakoupit. Kvůli předávkování si však neuvědomil, že na sobě má pouze svetr a nic jiného. V tomto stavu ho potkala policie, která se domnívala, že je pod vlivem drog, a zavolala proto zdravotnickou záchrannou službu. Stěžovatel byl záchrannou službou převezen do psychiatrické léčebny. Během převozu byl dle záznamu klidný. V léčebně byl vyšetřen a předán na záchytnou stanici a následujícího dne na jednotku intenzivní psychiatrické péče. Zde byla u stěžovatele zjištěna lehká zranění na zápěstích, kotnících a krku. Během hospitalizace byl poté vyšetřen neurologem, který u něj diagnostikoval těžkou parézu, tedy částečnou ztrátu hybnosti, obou paží. Stěžovatel byl poté nedobrovolně hospitalizován až do 13. dubna 2007.

Stěžovatel tvrdí, že byl na záchytné stanici celou noc přikurtován. Kurty mu připevnili podle něj dva ošetřovatelé, kteří mu přitom klečeli na hrudníku a verbálně ho napadali. Kurty byli podle jeho vyjádření velmi těsné, což způsobilo výše zmíněnou parézu paží. Podle vlády však nebyl přikurtován celou noc, ale přerušovaně, a to v důsledku jeho značného neklidu.

ESLP nejdříve přezkoumal přípustnost nedobrovolné hospitalizace stěžovatele. Řízení o přípustnosti nedobrovolné hospitalizace byl veden u Městského soudu v Brně, který dne 16. února 2007 rozhodl o tom, že je nedobrovolná hospitalizace přípustná, jelikož stěžovatel

²² Bureš proti České republice, stížnost č. 37679/08, rozsudek ESLP ze dne 18. 10. 2012

ohrožuje sebe i své okolí. Stěžovatel se za pomoci MDAC odvolal ke krajskému soudu, který řízení zastavil pro nepříslušnost. Zároveň podal stěžovatel žalobu pro zmatečnost. Tvrdil, že neměl možnost účastnit se řízení o přípustnosti nedobrovolné hospitalizaci a že nebyl řádně zastoupen. Soud tuto žalobu zamítl. Stěžovatel se dále obrátil na ústavní soud s tím, že bylo porušeno jeho právo na svobodu, spravedlivý proces a účinný prostředek nápravy. Ústavní soud stížnost odmítl pro nevyčerpání všech prostředků nápravy.

Co se týče namítaného nevhodného zacházení, podle stěžovatele dosáhlo toto jednání minimálního stupně závažnosti, který opodstatňuje použití článku 3 EÚLP. Dané zacházení pro něj mělo dlouhodobé následky, jelikož nemohl dokončit studium a žít se jako violoncellista.

Podle vlády minimálního stupně závažnosti nebylo dosaženo. Navíc tvrdí, že připoutání stěžovatele bylo nutné a nebylo možné použít mírnější opatření, jelikož stěžovatel odmítl odběr krve a nebylo tak jasné, čím je intoxikován. Vláda navíc uvádí zásadní argument, a to že jednání ošetřovatelů není možné přičíst státu.²³

Podle ESLP je otázka přičitatelnosti jednání poměrně jasná. Personál na záchytné stanici vykonává státní moc zadržovat osoby. Stát je odpovědný za zadržené osoby a skutečnost, že pravomoc osoby zadržet deleguje na jiný subjekt, neznamená, že se této odpovědnosti zbaví.²⁴

V souvislosti se zacházením se stěžovatelem ESLP uvádí, že je v daném případě čl. 3 EÚLP použitelný, jelikož u stěžovatele došlo k velkým fyzickým útrapám, které měly za následek dlouhodobé poškození jeho zdravotního stavu. Otázkou je tedy již jen odůvodněnost daného zacházení. Dle záznamu ve zdravotnické dokumentaci stěžovatele bylo připoutání k lůžku nutné k zajištění jeho vlastní bezpečnosti. Údajný neklid, který toto nebezpečí zapříčinil, nebyl v dokumentaci blíže popsán.

ESLP si tedy především klade otázku, zda byl neklid stěžovatele dostatečným důvodem pro jeho přikurtování. Použití daného omezovacího prostředku by mělo být pouze krajním řešením. Pouhý neklid pacienta by tak neměl být důvodem k jeho připoutání k posteli na několik hodin. V případě stěžovatele navíc nebyly použity žádné mírnější alternativy a byl rovnou přikurtován.

²³ Bureš proti České republice, stížnost č. 37679/08, rozsudek ESLP ze dne 18. 10. 2012, para 6 – 25

²⁴ Ibid., para 77

Podle záznamu byly později v noci použity kurty kvůli údajné agresivitě vůči zdravotnickému personálu. Podle ESLP však nebylo doloženo, že použití daného omezovacího prostředku mělo zabránit dalším útokům. Spíše se jeví pravděpodobné, že bylo přikurtování použito jako trest, což ESLP odsuzuje jako zcela nepřijatelné.

ESLP dále připomíná další zásadu spojenou s užitím omezovacích prostředků, kterou je nutnost neustálého dozoru. V daném případě tomu tak zcela jistě nebylo, což mohlo zapříčinit zmíněné poranění paží. V neposlední řadě je také nutné všechna použití omezovacích prostředků řádně zaznamenat, a to mimo jiné proto, aby byly zpětně důvod a způsob jejich použití zpětně přezkoumatelné. V daném případě však byly tyto záznamy velmi obecné. Chybí některé záznamy a čase přikurtování a není blíže rozvedeno, proč byl stěžovatel omezen v pohybu. Přezkoumání užití tohoto omezovacího prostředku tedy bylo značně omezeno.

Vzhledem ke všem uvedeným informacím ESLP došel k závěru, že byl stěžovatel podroben nelidskému a ponižujícímu zacházení v rozporu s čl. 3 EÚLP.²⁵

1.3.2. Dvořáček proti České republice

V případě Dvořáček proti České republice byl stěžovatel trpící Wilsonovou chorobou (nemoc projevující se krom jiného postižením jater a nervového systému a změnami povahových vlastností) podroben ochrannému léčení pro trestné činy ohrožování mravní výchovy mládeže, svádění k pohlavnímu sty a pohlavní zneužívání. Během ústavní léčby měl být stěžovatel léčen tzv. antiandrogeny, tedy léky, které mají snižovat hladinu testosteronu (jinými slovy „chirurgická kastrace“), a měla u něj být provedena chirurgická kastrace. Stěžovatel však s tímto typem léčby nesouhlasil. Dle psychiatra tedy musela být hospitalizace stěžovatele trvalá. Během hospitalizace však stěžovatel změnil názor a antiandrogeny mu byly podávány. Ústavní léčba byla po čase změněna na léčbu ambulantní. V následujících letech však byly v rámci řízení vypracovány několikrát znalecké posudky, které shodně uváděly, že stěžovatel musí být buďto izolován od dětí a mládeže, nebo musí být léčbou tlumena jeho sexuální aktivita.

Během ústavní léčby podal stěžovatel několik stížností například s tím, že nemohl přes den pobývat na lůžku, neměl skříňku na osobní věci, že nemohl jít s ostatními pacienty ven

²⁵Bureš proti České republice, stížnost č. 37679/08, rozsudek ESLP ze dne 18. 10. 2012, para 88 – 106

na procházku a že se musel sprchovat s jinými pacienty v přítomnosti zdravotní sestry. Vzhledem k léčbě namítal především to, že mu nebyla nabídnuta alternativní léčba, a proto se musel podrobit léčbě antiandrogeny z obavy z toho, že se jinak nedostane z léčebny. Stěžovatel rovněž podal žalobu na ochranu osobnosti a trestní oznámení kvůli špatnému zacházení. Obojí neúspěšně.²⁶

Stěžovatel tvrdí, že léčebna, ve které byl hospitalizován, neodpovídala jeho potřebám vzhledem k jeho onemocnění. Dále namítá, že mu nebyla k dispozici potřebná psychoterapie, na kterou z toho důvodu musel docházet na vlastní náklady mimo léčebnu. Krom toho na něho byl činěn nátlak, aby se podrobil chirurgické kastraci a byl bez souhlasu podroben chemické kastraci. Dle stěžovatele měla být v případě nařízení ochranného léčení zajištěna adekvátní péče a rovněž podmínky hospitalizace. Stěžovatel tedy uvádí, že vzhledem k podmínkám v léčebně a nezajištění dostatečné péče, byl dosažen stupeň závažnosti potřebný pro aplikaci čl. 3 EÚLP.

Dle vlády mohly podmínky v léčebně vytvořit pro stěžovatele jisté nepohodlí, tato skutečnost však podle ní nedosahuje stupně závažnosti potřebného pro porušení čl. 3 EÚLP. Stěžovateli byla poskytnuta rehabilitace, mohl pobývat na předzahrádce objektu a později se dokonce mohl pohybovat po celém areálu léčebny. Skříňku stěžovatel neměl k dispozici z toho důvodu, že ve svých věcech nebyl schopen udržovat pořádek.

Vláda dále uvádí, že by případ neměl být posuzován dle čl. 3 EÚLP, ale dle čl. 8, jelikož čl. 3 je užíváno jen v případě, kdy je zákrok prováděn bolestivým nebo nešetrným způsobem u zranitelné osoby²⁷. Vláda tvrdí, že stěžovatel dal k léčbě antiandrogeny svobodný a informovaný souhlas a vždy když proti projevil výhrady, měl možnost konzultace s primářem, kde společně našli vhodné řešení situace. Rovněž uvádí, že skutečnost, že léčba antiandrogeny znamenala pro stěžovatele takovou alternativu, při které mohl být z léčebny propuštěn mnohem dříve, nevylučuje svobodný souhlas.²⁸

ESLP k danému případu uvádí základní premisu, kterou je to, že *„k použitelnosti článku 3 Úmluvy je nezbytné, aby špatné zacházení dosáhlo určitého minimálního stupně závažnosti. Tento stupeň je relativní a jeho posouzení závisí na všech okolnostech daného případu, jako jsou délka daného zacházení, jeho fyzické a psychické dopady na danou osobu a případně též pohlaví, věk*

²⁶ Dvořáček proti České republice, stížnost č. 12927/13, rozsudek ESLP ze dne 6. 11. 2014, para 6 – 50

²⁷ K tomu blíže v Nevmerzhtsky proti Ukrajině, stížnost č. 54825/00, rozsudek ESLP ze dne 5. 4. 2005

²⁸ Dvořáček proti České republice, stížnost č. 12927/13, rozsudek ESLP ze dne 6. 11. 2014, para 74-85

*a zdravotní stav oběti. Tvrzení o špatném zacházení musí být podložena odpovídajícími důkazy...*²⁹

Podle ESLP byly stěžovatelem namítané materiální nedostatky v podobě sprchování s ostatním, nemožnosti jít ven s ostatními pacienty a další pro stěžovatele jistě nepříjemné, nedosahovaly však stupně závažnosti nutného k aplikaci čl. 3 EÚLP. Toto jednání tedy nelze označit za nelidské či ponižující.³⁰

Co se týče léčby, hlavní otázkou je, zda byl dán svobodný a informovaný souhlas k léčbě antiandrogeny. Dle stěžovatele souhlas dán nebyl, dle vlády byl dán ústní souhlas, který byl zaznamenán ve zdravotnické dokumentaci. Stěžovatel nejprve tuto léčbu odmítal, po třech týdnech hospitalizace však tuto léčbu odsouhlasil. Podle stěžovatele tak učinil ze strachu z dlouhodobého pobytu v léčebně a z chirurgické kastrace, které mu jinak hrozili.

Dle ESLP není důkaz, který by dokládal, že byl na stěžovatele vyvíjen jakýkoliv nátlak, aby užíval antiandrogeny. Dále ESLP uvádí, že volba mezi aplikací antiandrogenů a psychoterapií/socioterapií, které by znamenaly dlouhodobý pobyt v léčbě, mohla tvořit na stěžovatele určitý nátlak. Daná léčba však představovala lékařskou nutnost. V souvislosti s potřebou udělení informovaného souhlasu ESLP uvádí, že by bylo samozřejmě lepší, kdyby byl souhlas udělen písemně, a to na formuláři, který by shrnoval všechna rizika a rovněž informoval o možnosti vzít souhlas kdykoliv zpět. Na druhou stranu však existence pouze ústního souhlasu nestačí k aplikaci čl. 3 EÚLP.³¹ ESLP tedy rozhodl, že k porušení čl. 3 EÚLP nedošlo.

Oba zmíněné české případy, přestože skončily rozdílným konstatováním, rozvířily debatu ohledně možného špatného zacházení v psychiatrických zařízeních. Jedná se však o jakousi špičku ledovce, jelikož k ESLP se dostane jen zlomek možných pochybení. I z toho důvodu se domnívám, že v oblasti zacházení s osobami s duševní nemocí hraje větší roli mimosoudní kontrola dodržování zákazu dle čl. 3 EÚLP, které se budu věnovat v následujících kapitolách.

²⁹ Dvořáček proti České republice, stížnost č. 12927/13, rozsudek ESLP ze dne 6. 11. 2014, para 86

³⁰ Ibid., para 93

³¹ Ibid., rozsudek ESLP ze dne 6. 11. 2014, para 97 – 104

2. Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT)

2.1. Úloha CPT a rozdíl oproti CAT

V souvislosti s čl. 3 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv byla rovněž na půdě Rady Evropy dne 26. listopadu 1987 přijata Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání (dále jen „Evropská úmluva o zabránění mučení“). Česká republika přistoupila k této úmluvě dne 23. prosince 1992 a platnou se na jejím území stala dnem 1. ledna 1996.

Základním cílem a zároveň hlavním obsahem úmluvy je vytvoření nového mechanismu kontroly dodržování zákazu mučení a nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání dle čl. 3 EÚLP, který by fungoval vedle toho soudního spočívajícího v rozhodování sporů na základě stížností jednotlivců a států Evropským soudem pro lidská práva. Úmluva tak dala vzniknout Evropskému výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Committee for the Prevention of Torture, dále jen „CPT“). CPT má nesoudní, a především preventivní charakter, čímž se zásadně liší od soudní ochrany lidských práv obsažených v Evropské úmluvě o ochraně lidských práv.

V preambuli Evropské úmluvy o zabránění mučení její signatáři prohlašují, že berou „na vědomí, že mechanismus stanovený v této úmluvě působí ve vztahu k osobám považujícím se za poškozené v důsledku porušení článku 3; přesvědčeny, že ochrana osob zbavených svobody proti mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání by mohla být posílena mimosoudními prostředky preventivní povahy, které jsou založeny na návštěvách.“³² Krom výše uvedené charakteristiky je tak zapotřebí doplnit další dva specifické znaky – kontrolní mechanismus dle Evropské úmluvy o zabránění mučení je založen na návštěvách výborů jednotlivých zemí, a to pouze v těch zařízeních, kde jsou osoby omezené či zbavené svobody.

CPT v rámci svých návštěv zkoumá, zda nedochází či se neschyluje k možnému porušení zákazu mučení, nelidského či ponižujícího zacházení. V případě, že dojde k zjištění takového typu, ve své následné zprávě adresované vládě daného státu navrhne výbor adekvátní zlepšení ve formě svého doporučení. CPT rovněž vyžaduje na své zprávy adekvátní odpověď daného státu,

³² Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání, Rada Evropy, Štrasburk, 26. 11. 1987, Preambule, dostupné také z: <https://rm.coe.int/16806dbaa1>

čímž se vytváří průběžný dialog o úrovni zacházení s osobami zbavenými svobody v jednotlivých státech. Výbor se má skládat z osob „*vysokého morálního charakteru, známých svou schopností zastávat se lidských práv nebo majících profesionální zkušenosti v oblastech, kterých se Úmluva týká.*“³³

Je důležité poznamenat, že CPT není koncipován jako rozhodovací orgán. Není nadán pravomocí závazně posuzovat právní otázky související s možným porušením zákazu mučení. Nečiní tak ani neformální cestou ve svých zprávách.

CPT může provádět návštěvy na všech místech, kde dochází k zbavení svobody osob. Jako první typ takového místa se nejspíše nabízí vězení, návštěvy jsou však konány často kupříkladu i v psychiatrických zařízeních, což je právě pro účely této diplomové práce stěžejní. Dle výkladové zprávy Úmluvy o zabránění mučení je právě před návštěvou míst, kde jsou osoby zbaveny svobody pro svůj duševní stav potřeba podniknout náležitou přípravu a rozvážit postup při návštěvě. Takovýchto kontrolních návštěv by se tak měli účastnit osoby s dostatečnou kvalifikací a zkušenostmi ze souvisejících oborů.³⁴

Výbor má tolik členů, kolik je aktuálních smluvních stran Evropské úmluvy o zabránění mučení, k roku 2022 se tak jedná o 47 členů. Návštěvy podnikají delegace, které tvoří několik členů CPT, ti jsou však doprovázeni také pracovníky sekretariátu CPT, tlumočníky, příp. i dalšími experty. Návštěvy se konají zpravidla jednou za čtyři roky, ovšem mohou se konat rovněž ad hoc. Delegace výboru mají neomezený přístup do míst, kde jsou osoby zbaveny svobody, mohou se v nich neomezeně pohybovat a s osobami zbavenými svobody hovořit (i v soukromí).³⁵ Poslední návštěva České republiky se konala ve dnech 2. až 11. října 2018 a ve vztahu k této práci byla významná návštěva Psychiatrické nemocnice Jihlava, které se také budu věnovat v rámci následujících kapitol.

V tomto bodě je vhodné upozornit také na existenci Výboru OSN proti mučení (dále také jen „CAT“), který svou kontrolní pravomoc vykonává na základě Úmluvy proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání³⁶ (dále také jen „Úmluva OSN proti

³³ Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání, Rada Evropy, Štrasburk, 26. 11. 1987, Výkladová zpráva, III. Hlavní rysy nového systému, bod 16., dostupné také z: <https://rm.coe.int/16806dbaa1>

³⁴ Ibid.

³⁵ Publikace CPT ve zkratce, Rada Evropy, dostupné také z: <https://rm.coe.int/16806dbbee>

³⁶ Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, OSN, New York, 10. 12. 1984, dostupné také z: <https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-proti-muceni.pdf>

mučení“) uzavřené na půdě Organizace spojených národů. CAT oproti CPT nepodniká návštěvy do zařízení jednotlivých smluvních států, ale svá zjištění a následná doporučení opírá o periodické zprávy předkládané jednotlivými státy. Kromě hodnocení periodických zpráv je na základě Úmluvy OSN proti mučení možné provést také tzv. důvěrné šetření, posouzení oznámení státu a posouzení oznámení jednotlivců.³⁷

Vzhledem k tomu, že je tato práce věnována zákazu mučení a jiného špatného zacházení z hlediska ochrany poskytované na základě Evropské úmluvy o ochraně lidských práv, nebudu se Úmluvě OSN proti mučení ani CAT dále věnovat. V souvislosti s ochranou osob s duševním onemocněním před špatným zacházením však považuji za nutné uvést, že v roce 2005 přistoupila Česká republika k opčnímu protokolu k Úmluvě OSN proti mučení (dále také jen „OPCAT“), čímž se zavázala se ke zřízení nezávislého národního orgánu pro prevenci mučení a špatného zacházení. Tento závazek byl v roce 2006 naplněn novelizací zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv. Ombudsman tak získal nové pravomoci v rámci tzv. národního preventivního mechanismu. Veřejný ochránce práv tak vykonává tzv. systematické návštěvy míst, kde jsou lidé omezeni na svobodě, tedy rovněž psychiatrických zařízení. V rámci této pravomoci je však rovněž zásadní, že nezáleží na tom, jestli byli lidé omezeni na svobodě rozhodnutím orgánu veřejné moci, nebo byla jejich svoboda omezena pouze fakticky, kupříkladu vznikem závislosti na péči další osoby.³⁸ Jedná se tak o další významný prvek v prevenci ochrany osob (nejen) s duševním onemocněním před špatným zacházením.

2.2. Standardy CPT vztahující se k psychiatrické péči

CPT se při svých kontrolách v psychiatrických zařízeních, kde je riziko špatného zacházení s osobami s duševní nemocí nejrozsáhlejší, řídí dvěma zdroji standardů. Jedním z nich je standard týkající se nedobrovolné hospitalizace, druhým je standard o omezovacích prostředcích. Oba tyto standardy popíši blíže.

2.2.1. Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních

CPT pravidelně navštěvuje místa, kde jsou osoby pro svou duševní poruchu nedobrovolně umístěovány. Nedobrovolná hospitalizace musí být zvláště šetřena vzhledem k tomu, že pacient

³⁷ Od roku 2007 byl na základě opčního protokolu k Úmluvě OSN proti mučení zřízen rovněž Podvýbor pro prevenci mučení a jiného krutého, nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání. Podvýbor je nadán pravomocí k preventivním kontrolám obdobně jako CPT.

³⁸ CIUPKOVÁ, Tereza. Patnáct let prevence špatného zacházení v České republice, Centrum pro lidská práva a demokracii, 10. 6. 2022, dostupné také z: <https://www.centrumlidskaprava.cz/blog/patnact-let-prevence-spatneho-zachazeni-v-ceske-republice>

sám o sobě má v dané situaci jen omezenou možnost obrany proti vadám daného postupu. Je tak nutné zkoumat, zda nedochází k hospitalizaci v případech, kdy tomu není zapotřebí, ale především i způsob zacházení s daným pacientem během hospitalizace. Standardy týkající se nedobrovolného umístění v psychiatrických zařízeních se právě tímto blíže zabývají.

2.2.1.1. Životní podmínky a léčba pacientů

Co se týče životních podmínek pacientů, CPT především zkoumá, zda nedochází k takovým situacím, kdy jsou pacienti podrobeni nelidskému a ponižujícímu zacházení. Je zkoumáno, zda jsou naplněny podmínky pro vytvoření pozitivního terapeutického prostředí. Je rovněž zásadní, aby byla pacientům, kteří jsou hospitalizováni nedobrovolně, poskytnuta stejně kvalitní péče jako pacientům v psychiatrickém zařízení umístěným dobrovolně.

Pozitivní terapeutické prostředí je vytvářeno krom jiného také materiálním zabezpečením daného zařízení. Pacienti by měli mít možnost chodit oblečení ve vlastním oděvu, měli by mít možnost uchovávat si u sebe některé osobní věci, které mohou ukládat v uzamykatelných skříňkách. Zařízení by mělo být rovněž pokud možno vyzdobeno, aby byli pacienti vizuálně stimulováni. Další částí materiálního zabezpečení je dostatečně kvalitní strava, která by měla být konzumována u stolu a řádným příborem. Ložnice pacientů by poté měly být pro menší počet osob, jelikož velkokapacitní pokoje mohou snižovat důstojnost jednotlivých pacientů.

Léčba v psychiatrických zařízeních by měla být založena na individuálním léčebném plánu. Medikace by přitom měla být podávána jen v nutné míře. V případě nutnosti provádět u pacienta elektrokonvulzivní terapii (ECT) je zapotřebí, aby bylo tohoto postupu prováděno v tzv. modifikované podobě, tedy v anestézii a při uvolnění svalů. Použití ECT by mělo být vždy zaznamenáno ve zvláštním registru, aby mohlo být řádně revidováno.

Léčba by měla být pravidelně přezkoumávána, k čemuž dopomáhá řádné vedení zdravotnické dokumentace, která je osobní a důvěrná. Pacient by měl mít možnost do své dokumentace, pokud to neodporuje léčebnému plánu, nahlédnout. Zásadním bodem je rovněž informovaný souhlas s léčbou. Skutečnost, že je pacient hospitalizován nedobrovolně neznamená, že automaticky souhlasí se způsobem léčby. Pacient má vždy možnost léčbu odmítnout, od čehož

je možno se odchýlit pouze v zákonem stanovených případech. Souhlas by poté měl být založen na úplných a srozumitelných informacích, které by měl pacient během léčby pravidelně dostávat.³⁹

2.2.1.2. Záruky při nedobrovolné hospitalizaci

Nedobrovolná hospitalizace by měla být vždy nařízena soudem na základě znaleckého posudku z oboru psychiatrie, a to v rámci řízení, které je nezávislé a nestranné. V případě, že je hospitalizace nařizována jiným než soudním orgánem, je nutné, aby měl pacient možnost se na soud obrátit pro přezkum daného rozhodnutí.

Pacient i jeho rodinní příslušníci by měli být obeznámeni s chodem zařízení a s právy pacienta. Dále by měla existovat možnost podat formální stížnost na chod daného zařízení či na konkrétní zacházení s pacientem. Pacienti by rovněž měli mít možnost komunikovat s lidmi zvenčí, jakož i možnost obrátit se na svého právního zástupce. V neposlední řadě by mělo docházet k pravidelným návštěvám nezávislého externího orgánu, který vykonává dohled nad zacházením s pacienty. V České republice je např. takovým orgánem ombudsman.

Hospitalizace by měla vždy trvat jen nezbytně nutnou dobu, potřeba dalšího trvání by měla být tudíž pravidelně automaticky přezkoumávána. Mimo to by měl mít pacient možnost o přezkoumání délky hospitalizace také v přiměřených intervalech sám požádat.

CPT zjistil, že v některých případech jsou pacienti nadále drženi v psychiatrických zařízeních i přesto, že k tomu již není léčebný důvod. Děje se tak v případech, kdy pacienti nemají mimo psychiatrické zařízení dostatečné zázemí. Takovouto praxi CPT označuje za „znepokojivou“.⁴⁰

2.2.2. Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních

CPT člení omezovací prostředky do čtyř kategorií, jsou jimi následující: „a) fyzické omezení (tj. držení nebo znehybnění pacienta personálem při užití fyzické síly - „úchop pacienta“);

³⁹ Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních, Výňatek z 8. obecné zprávy CPT publikované v roce 1998, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 2 – 5, dostupné také z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>

⁴⁰ Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních, Výňatek z 8. obecné zprávy CPT publikované v roce 1998, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 7 – 8, dostupné také z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>

b) mechanické omezení (tj. použití omezujících prostředků, například popruhů, ke znehybnění pacienta); c) chemické omezení (tj. podání léků silou za účelem zvládnutí chování pacienta); d) izolace (tj. umístění pacienta proti jeho vůli samotného do uzamčené místnosti).“

Nehledě na to, jaký typ omezovacího prostředku je použit, platí při jejich užití obecné zásady, které by měly být vždy dodržovány. Patří mezi ně například užití omezovacích prostředků až jako poslední možný prostředek pacifikace pacient, tedy tzv. *ultima ratio*. Dále by měly být tyto prostředky užívány dle zásady legality, nezbytnosti, přiměřenosti a odpovědnosti, vždy na základě zákonného podkladu a nařízeny či alespoň schváleny lékařem. Je také zásadní, aby nebyly omezovací prostředky používány namísto trestu či léčebného postupu.⁴¹

Omezovací prostředky by měly být vždy užity tak, aby bylo zabráněno poranění pacienta, to například znamená, že by neměly být použity pouta či řetězy, personál by měl být řádně proškolen k užití jednotlivých prostředků a mělo by být zakázáno použití síťových či klecových lůžek.⁴²

Použití omezovacích prostředků by nemělo trvat déle než několik hodin, naopak by se mělo jednat spíše o užití v řádu minut. Zároveň by měl být vždy užit ten typ prostředku, který je co možná nejméně restriktivní. Typy omezovacích prostředků je možné kombinovat pouze v nutném případě, a to tak, aby jejich užití směřovalo ke zkrácení délky použití omezovacího prostředku. Při mechanickém omezení či v izolaci by měl být pacient pod neustálým dohledem profesionálního zdravotnického pracovníka. Po ukončení užití omezovacího prostředku by měl následovat tzv. debriefing, tedy rozhovor s dozorujícím lékařem o důvodech a průběhu použití omezovacího prostředku. Veškeré užití omezovacích prostředků by mělo být zaznamenáno ve zvláštním registru.⁴³

Všechny tyto zmíněné standardy tvoří základ pro hodnocení zacházení s osobami s duševní nemocí a byly tedy použity i pro evaluaci stavu české psychiatrické péče. Nyní popíší základní nedostatky, které CPT objevil při poslední návštěvě psychiatrického zařízení v České republice, přestože nebylo konstatováno zásadní odchýlení od standardů.

⁴¹Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT), Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 2, dostupné také z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>

⁴²Ibid., str. 3

⁴³Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT), Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 4 – 5, dostupné také z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>

2.3. Zjištěné nedostatky dle zprávy CPT z návštěvy České republiky v roce 2018

První kontrolní návštěva CPT v České republice proběhla v roce 1997. V daném roce se však CPT věnoval pouze podmínkám ve vězení a diagnostickým ústavům.⁴⁴ Další návštěvy se konaly v letech 2002, 2006, 2008, 2009, 2010, 2014 a 2018. Během těchto návštěv byly již vždy sledovány rovněž podmínky v psychiatrických zařízeních. Vzhledem k nejvyšší aktuálnosti zde provedu detailnější rozbor zprávy z návštěvy z roku 2018.

V roce 2018 podnikl CPT návštěvu v Psychiatrické nemocnici Jihlava. Nebylo shledáno zásadní porušení standardů CPT, ovšem i přesto se objevilo několik nedostatků. Mezi tyto nedostatky patřil fakt, že někteří pacienti byli umístěni v pokojích s příliš mnoho lůžky, dále někteří neměli možnost vyjít ven z nemocnice, v nemocnici v některých časech chyběl dostatečný počet lékařů, nebyl dostatečně ošetřen postup aplikace léků pro případ většího neklidu, používání některých nevhodných omezovacích prostředků, problémy spojené s nedobrovolnou hospitalizací a mezery v oblasti souhlasu s léčbou.⁴⁵ V následující části práce všechny tyto nedostatky podrobněji rozeberu, a to společně s uvedením reakce české vlády.

2.3.1. Vysokokapacitní pokoje

Většina pacientů byla ubytována v pokojích po dvou až čtyřech lidech. Existovali však rovněž pokoje, ve kterých bylo až deset lůžek, což CPT shledal jako nepřijatelné. Dle vyjádření jihlavské nemocnice však byla naplánována rekonstrukce a vysokokapacitní pokoje měli být v brzké budoucnosti zrušeny. Je však nutné dodat, že obecně byly materiální podmínky v nemocnici hodnoceny jako velmi dobré.⁴⁶

⁴⁴Report to the Government of the Czech Republic on the visit to the Czech Republic carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 16 to 26 February 1997, Council of Europe, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, str. 36, dostupné také z: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680695605>

⁴⁵Shrnutí, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 3-4, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168095aeb3>

⁴⁶Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 44, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168095aeb2>

Dle vyjádření vlády k tomuto bodu je celkové snižování lůžek součástí reformy psychiatrické péče, kde je transformace vícelůžkových pokojů na pokoje s menším počtem lůžek samozřejmým krokem.⁴⁷

2.3.2. Nedostatečný pobyt ve venkovních prostorech

V souvislosti s denním režimem pacientů bylo zkoumáno, zda se mohou pacienti volně pohybovat po oddělení. Bylo zjištěno, že volný pohyb po oddělení je možný, jelikož se pokoje nezamykají. Pacienti mají možnost scházet se ve společenských místnostech, kde jsou k dispozici různé načiní pro volnočasové aktivity jako je např. rotoped či televize.

Na denním programu byli rovněž vycházky ven. Někteří pacienti se mohou v určitou dobu pohybovat po areálu volně, někteří pouze s doprovodem sestry. Nedostatkem je však dle CPT skutečnost, že někteří pacienti tyto vycházky nemají a nemohou se venku na čerstvém vzduchu pohybovat vůbec. Někteří pacienti se dle šetření nedostali ven několik týdnů. CPT proto doporučilo, aby byly podniknuty kroky k tomu, aby měli všichni pacienti možnost vycházky. U pacientů se sníženou pohyblivostí by měli být zavedeny pomocné kroky, u pacientů s rizikem útěku by mělo být vytvořeno v rámci areálu bezpečné místo, kde by se mohli pacienti (i když omezeně) pohybovat.⁴⁸

Na základě této výtky byly brzy po návštěvě CPT upraveny vnitřními předpisy jihlavské nemocnice a v rámci snahy o postup dle dobré praxe bylo stanoveno, že obdobně mají postupovat i další psychiatrické nemocnice.⁴⁹

2.3.3. Individuální léčebné plány

CPT obecně zhodnotil léčebné postupy nemocnice velmi dobře. V nemocnici bylo neustále přítomno adekvátní množství personálu. Malou výtku ovšem sklídila skutečnost, že o víkendech byl přítomen pouze jeden lékař.⁵⁰

⁴⁷Vyjádření vlády České republiky ke Zprávě o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Výbor CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, vláda ČR, str. 25, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168099334a>

⁴⁸Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 44, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168095aeb2>

⁴⁹Vyjádření vlády České republiky ke Zprávě o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Výbor CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, vláda ČR, str. 25, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168099334a>

⁵⁰Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, Rada Evropy, Evropský

Co do věcného vybavení, CPT kladně zhodnotil, že mají pacienti přístup k rozličným druhům terapií (např. Hippoterapie, canisterapie) a dílnám. Na druhou stranu však zkonstatovalo, že pro pacienty nejsou vytvořeny individuální léčebné plány. CPT uvedl k danému následující: „*CPT je toho názoru, že psychiatrická léčba by měla být vždy založena na individuálním přístupu, který předpokládá vypracování podrobného písemného léčebného plánu pro každého pacienta, který by měl být zařazen do jeho zdravotnické dokumentace. Tento plán by měl uvádět cíle léčby, terapeutické prostředky, které mají být použity, a odpovědného člena personálu.*“⁵¹ Tento postup doporučil CPT nejen jihlavské nemocnici, ale všem českým psychiatrickým nemocnicím.

Vláda na tento nedostatek reagovala informací o projektu Evropské unie vedeného v rámci Evropského sociálního fondu zvaného Deinstitutionalizace služeb o duševně nemocné, který mj. spočívá v revizi aktuálních vnitřních předpisů psychiatrických nemocnic. Součástí je i zavedení metodické podpory tvorby individuálních léčebných plánů a školení personálu k jejich následnému hodnocení.⁵²

2.3.4. Léky předepisované *pro re nata*

Další bod, který vyplynul z návštěvy CPT, se týká léků podávaných *pro re nata*, tedy léků, které jsou podávány dle potřeby a aktuálního stavu pacienta. CPT ve své zprávě uvádí, že je tento způsob preskripce léků na několika odděleních běžnou praxí. Krom zjevného nadužívání této možnosti předepsání léků byl rovněž spatřen problém ve formě rozhodování o jeho podání. O podání léku (i nedobrovolném) rozhodovaly sestry a lékař s podáním takto předepsaného léku nebyl vždy informován. Informace byla lékaři podána pouze v případě podání tzv. závažných léků.

Výbor CPT tedy doporučil, aby byl při podání léku *pro re nata* vyžádán svobodný a informovaný souhlas pacienta a při nedobrovolném podání byly dodrženy postupy jako u nedobrovolné léčby, dále aby byl vždy neprodleně informován lékař, aby docházelo

výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 45, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168095aeb2>

⁵¹Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 45, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168095aeb2>

⁵²Vyjádření vlády České republiky ke Zprávě o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Výbor CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, vláda ČR, str. 26, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168099334a>

k pravidelným revizím takto předepsaných léků a aby bylo podání léku *pro re nata* vždy patřičně zaznamenáno.⁵³

V tomto případě vláda kontruje, že užívání léků dle potřeby je zcela v souladu s platnou legislativou. Lékař daný lék předepíše předem a jeho další užívání je revidováno při každé vizitě. Užití léku *pro re nata* je vždy zaznamenáno do pacientovi zdravotnické dokumenty, takže se s ním lékař může kdykoliv seznámit.

V případě nedobrovolného podání léku *pro re nata* jsou dle zprávy vlády typicky zaznamenány a evidovány jako použití omezovacího prostředku. Jedná se například o případy agrese či případy, kdy pacient trpí halucinacemi či bludy. Podání daného léku je tedy vždy zaznamenáno do evidence jako použití omezovacího prostředku a platí pro něj stejná zákonná pravidla jako pro užití jiných omezovacích prostředků (viz níže).⁵⁴

2.3.5. Používání omezovacích prostředků

Za jeden z nejvýznamnějších bodů zprávy v souvislosti s psychiatrickou léčbou lze dle mého považovat část o užívání omezovacích prostředků. Jedná se o již dlouho diskutované téma, které stále není uzavřeno.

V psychiatrické nemocnici v Jihlavě delegace CPT ocenila, že byly nad rámec zákonné úpravy vypracovány podrobné interní směrnice pro používání omezovacích prostředků. Rovněž vyzdvihla, že jsou omezovací prostředky užívány pouze jako ultima ratio, že je pacient minimálně 3x za 24 hodin kontrolován psychiatrem a existenci dalších záruk řádného užití těchto prostředků, mezi které patří také jejich náležitá evidence.

Přesto, že mezi pravidla správného užití omezovacích prostředků, především tedy mechanického omezení a izolace, patřilo rovněž omezení jeho použití na zcela nezbytnou dobu, CPT zjistila, že u některých pacientů byly omezovací prostředky užity na hodiny či dokonce i dny. Dle připomínky CPT by nezbytně dlouhá doba měla být spíše v rádech minut či hodin. Dále uvádí

⁵³Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 46, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168095aeb2>

⁵⁴Vyjádření vlády České republiky ke Zprávě o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Výbor CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, vláda ČR, str. 26, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168099334a>

zásadní varování: „*Použití mechanického omezení v délce několika dnů nemůže mít žádné opodstatnění a mohlo by dle názoru CPT dosáhnout špatného zacházení.*“

Delegace CPT dále zdůraznil, že i přes předešlá doporučení není stále zajištěn dohled nad pacienty, kteří jsou mechanicky omezeni nebo jsou v izolaci. Ideální stav je neustálý dohled nad těmito pacienty. V nemocnici však byli tito pacienti kontrolováni i jen 3x za den, což je podle zprávy CPT nepřijatelné. Pacient tak musí přivolávat zdravotnický personál křikem a doufat, že ho někdo uslyší.

CPT ve své zprávě k omezení pacienta mechanickou formou či izolací rovněž uvedlo, že by po každém takovémto omezení měl následovat tzv. debriefing, tedy rozbor stavu před užitím omezovacího prostředku s ošetřujícím psychiatrem, k čemuž nedocházelo.

Co se týče chemického omezení, dle Psychiatrické nemocnice Jihlava nebylo tohoto prostředku vůbec užíváno. CPT však tomuto názoru kontruje s tím, že injekčně podaný rychle působící lék na uklidnění je považován za chemické omezení, i když je součástí léčebného plánu, a to především proto, že jsou tyto injekce předepsány mnohdy formou *pro re nata* a slouží k rychlému utišení neklidného pacienta.⁵⁵

Hlavní doporučení CPT, které by mělo krom chemického omezení platit pro všechny typy omezovacích prostředků, je následující: „Další obecné záruky, které doprovázejí jakékoli použití omezovacích prostředků v psychiatrickém prostředí (jako existence komplexního předpisu, používání omezení až jako poslední možnost a volba nejprůměrnější metody, jakož i dokumentování každého případu v pacientově zdravotní složce a v centrálním registru omezovacích prostředků a debriefing zúčastněných osob), by měly platit i v případech, kdy jsou podávány rychle působící léky na uklidnění na základě předpisu PRN.“⁵⁶

V neposlední řadě bylo v této nemocnici zkoumáno užívání síťových lůžek. Dle § 39 odst. 1 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, bylo

⁵⁵Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 47 – 48, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168095aeb2>

⁵⁶Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 49, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168095aeb2>

do 31. 12. 2021 možné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb použít umístění pacienta v síťovém lůžku. Tento omezovací prostředek je na mezinárodní úrovni dlouhodobě odmítán. Česká republika tak byla dlouhou dobu jedna z mála, která užití tohoto prostředku zakotvovala jako možnost ve svém právním řádu.

CPT uvedl, že je potěšující, že byl za uplynulé období počet síťových lůžek v nemocnici snížen. Na druhou stranu však hodnotil negativně způsob použití zbývajících čtyř lůžek a zpochybňoval nutnost jejich používání. Pacienti v síťových lůžkách nebyli podrobeni neustálé osobní kontrole personálu a mnohdy byli umístěni v ložnicích s dalšími pacienty na klasických lůžkách, což zásadním způsobem snižovalo jejich důstojnost. Ze strany nemocnice byl vyjádřen názor, že užití síťových lůžek má své místo a v indikovaných případech pomáhá proti nadužívání jiných omezovacích prostředků. S tímto CPT nesouhlasí, jelikož podle nich vyřazení síťových lůžek například se současným navýšením počtu školeného personálu v technikách de-eskalace a bezpečných úchopů, může vést ke kvalitnější péči o pacienta. Následně zpráva uvádí: „*CPT naléhavě vyzývá české úřady, aby podnikly nezbytné kroky, včetně kroků na legislativní úrovni, aby bez zbytečného odkladu realizovaly dlouhodobé doporučení odstoupit od používání všech síťových lůžek v psychiatrických nemocnicích v České republice. Za tímto účelem je třeba přezkoumat počet zaměstnanců ve všech dotčených nemocnicích.*“⁵⁷

Dle odpovědi vlády měla být do 30. 6. 2020 předložena novela zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, která by mj. měla odstranit možnost užití síťových lůžek.⁵⁸ Tato novela již byla schválena a její věnována kapitola 3.3 Novela ustanovení o omezovacích prostředcích.

2.3.6. Nedobrovolná hospitalizace

CPT kvituje, že dle informací získaných o postupu při civilní nedobrovolné hospitalizaci je řádně naplněna zákonná úprava daného institutu. Na druhou stranu však upozorňuje na evidentní pasivitu právního zástupce, který při řízení o nedobrovolném umístění, kterého se CPT účastnil, plnil evidentně pouze formální roli, jelikož pouze prohlásil, že nemá námitek.

⁵⁷Ibid., str. 49

⁵⁸Vyjádření vlády České republiky ke Zprávě o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Výbor CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, vláda ČR, str. 26, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168099334a>

Dále CPT upozorňuje na problém s dobrovolně hospitalizovanými pacienty, kteří neměli možnost svůj souhlas vzít později zpět. Rovněž se objevila informace, že v případě útěku dobrovolně hospitalizovaného pacienta, který by mohl ohrožovat sebe nebo své okolí, bude kontaktována policie, aby pacienta dostihla. V takových případech však nejspíše ne vždy proběhlo řízení o nedobrovolné hospitalizaci.

Nedobrovolná hospitalizace může mít rovněž podobu trestního opatření ochranného léčení. V takovém případě dochází k přezkumu potřeby dalšího trvání ochranného léčení co dva roky. Soud má při přezkumu možnost nechat vypracovat posudek nezávislým znalcem. CPT považuje za nesprávné, že se v takovém případě jedná pouze o možnost. Posudek vypracovaný osobou nespojenou s daným zařízením by měl být samozřejmým.⁵⁹

Dle vlády je posudek nezávislého znalce soudem často požadován. Pokud by však byl zakotven obligatorní znalecký posudek osoby, která se nikterak nepodílí na léčbě dotčeného pacienta, mohlo by docházet ke značným průtahům vzhledem k nedostatku odborníků z oboru psychiatrie.⁶⁰

2.3.7.Souhlas s léčbou

CPT apeluje na to, aby byl pro léčbu vždy požadován svobodný a informovaný souhlas, a to nehledě na to, zda je pacient hospitalizován dobrovolně či nedobrovolně. Informovaný souhlas by tak měl být požadován i v případě ochranného léčení, které je výsledkem trestního řízení. Samozřejmě existují i výjimky, kdy může být léčba poskytnuta i bez souhlasu. Jedná se především o poskytnutí neodkladné péče u pacienta, jehož zdravotní stav neumožňuje vyjádření souhlasu, nebo u pacienta, který trpí vážnou duševní poruchou, a to pokud hrozí vážné poškození jeho zdraví.

Pacienti, kteří podléhají ochrannému léčení, však i přes doporučení CPT nemohou odmítnout individuální léčbu, která je jim dle daného opatření stanovena. Pacientův souhlas by měl být rovněž vždy informovaný, to znamená, že každý pacient by měl být průběžně

⁵⁹Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 49, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168095aeb2>

⁶⁰Vyjádření vlády České republiky ke Zprávě o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Výbor CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, vláda ČR, str. 29, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168099334a>

informovaný o typu své léčby a měl by mít možnost se k ní vyjádřit. Na odděleních by tak měly být umístěny informační materiály, se kterými se může pacient i jeho blízcí seznámit.⁶¹

Ve vládním vyjádření je uvedeno, že by měl být pacient informován o alternativách léčby a měla by mít možnost výběru. Opakované odmítání léčby jako celku v rámci ochranného léčení je však považováno za maření výkonu rozhodnutí a pacientovi tak může být přeměněno ochranné léčení na zabezpečovací detenci.⁶²

Mnohá z těchto doporučení byla podkladem nejen pro odbornou diskuzi v rámci české psychiatrické obce, ale především také pro konkrétní kroky naplánované v rámci reformy psychiatrické péče, která je prostor věnován v poslední kapitole této práce.

⁶¹Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, str. 49, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168095aeb2>

⁶²Vyjádření vlády České republiky ke Zprávě o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Výbor CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, vláda ČR, str. 29, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168099334a>

3. Používání omezovacích prostředků v ČR

3.1. Právní úprava používání omezovacích prostředků v ČR

Omezení volného pohybu pacienta neadekvátním použitím omezovacích prostředků může, jak již bylo uvedeno výše, vést ke špatnému či dokonce ponižujícímu či nelidskému zacházení. V předešlých kapitolách jsem se již věnovala obecným standardům CPT k dané problematice, stejně jako výtkám CPT týkajícím se nežádoucích způsobů užití omezovacích prostředků obsažených ve zprávách z návštěv České republiky. Osobně tuto oblast považuji v rámci možného špatného zacházení s osobami s duševním onemocněním za nejvýznamnější a zároveň takřkajíc nejožehavější. V rámci debaty mezi odborníky z psychiatrické praxe, kteří omezovací prostředky používají nejčastěji, a právníky zabývajícími se lidskými právy totiž dle mého názoru právě v této oblasti panuje největší nesoulad. V následujícím textu tedy popíšu českou právní úpravu omezení volného pohybu pacienta a poukážu na zásadní témata, která tento nesoulad v odborných názorech tvoří.

Úpravu omezení volného pohybu pacienta v českém právním řádu nalezneme především ve dvou zákonech. Jedná se o zákon č. 372/2012 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“)⁶³, a dále v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen „zákon o sociálních službách“)⁶⁴. V každém z těchto zákonů je omezení pacienta věnován jeden paragraf – jedná se o § 39 zákon o zdravotních službách (zde je používán termín „omezovací prostředek“) a § 89 zákona o sociálních službách (zde hovoříme o omezení volného pohybu osoby či o opatření omezující pohyb osob).

Základní podmínka pro použití omezení, tedy existence ohrožení života či zdraví omezované osoby nebo jiných osob, je v obou zákonech upravena obdobně. Obě tato ustanovení také shodně obsahují povinnost informovat o použitém omezení informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce či opatrovníka dotčené osoby a rovněž vést o použití takovýchto omezení evidenci. Rovněž v nich nalezneme požadavek na subsidiaritu použití těchto omezovacích prostředků/opatření (omezení by mělo být krajním řešením) a na trvání omezení pouze po nezbytně nutnou dobu, resp. pokud stále trvá ohrožení.

⁶³ Zákon č. 372/2012 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

⁶⁴ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Odlišná je však úprava typů omezení. V § 39 odst. 1 zákona o zdravotních službách je nyní upraveno pět typů omezovacích prostředků plus možnost jejich kombinace. Jedná se o: úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem; omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty; umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu; ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacient; psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou podány pacientovi silou za účelem zvládnutí chování pacienta. Do 1. ledna 2022 mezi omezovací prostředky dle tohoto zákona patřilo rovněž umístění pacienta v síťovém lůžku.

Zákon o sociálních službách v § 89 odst. 3 oproti tomu uvádí pouze tři možné typy omezení volného pohybu osoby. Těmito typy jsou: fyzický úchop; umístění osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu; podání léčivých přípravků. Krom redukovaného počtu možných omezení je hlavním rozdílem také to, že dle zákona o sociálních službách existuje mezi těmito opatřeními hierarchie. Zákon přímo stanoví, že nejmírnějším omezením je úchop, poté následuje izolace v místnosti a nejtvrděší variantou je podání léčivých přípravků. Vždy by přitom mělo být použito nejmírnější možné opatření. Dále se budu v rámci zjednodušení zabývat pouze omezovacími prostředky definovanými v zákoně o zdravotních službách, které jsou obecně více diskutovány, některé informace však lze vztáhnout na oba tyto typy omezení volného pohybu pacienta.

V roce 2019 byla zveřejněna souhrnná zpráva k používání omezovacích prostředků v psychiatrických zařízeních, která vznikla pod záštitou Ministerstva zdravotnictví České republiky v rámci probíhající Reformy péče o duševní zdraví. Jedná se analýzu současného situace na poli používání omezovacích prostředků a měla by sloužit jako odrazový můstek pro zpřesnění a standardizaci způsobů omezení pacientů. První část souhrnné zprávy tvoří právní pohled na celou problematiku. Pro účely zprávy byl proveden rovněž kvalitativní průzkum, jemuž jsou věnovány další tři části zprávy a na základě něhož byly definovány návrhy a doporučení pro další praxi.

Uvedu zde nejvýznamnější a dle mého názoru také nejvhodnější doporučení: „*Cílenou pozornost je třeba věnovat složkám Integrovaného záchranného systému a zabývat se i dostupností a kvalitou krizové pomoci v komunitě. Navázání vztahu s pacientem a jeho dlouhodobá podpora umožní poskytovatelům komunitních služeb pohotověji reagovat na případné zhoršení stavu a včasnými intervencemi může vést k omezení výskytu dramatických situací, na které omezení často navazuje. ... Zároveň postrádáme opatření, která by pomohla motivovat ke změnám samotné pracovníky. Jistě by byly užitečné zahraniční stáže, ale i sdílení dobré praxe v oblasti omezování v rámci ČR. V rámci dalšího vzdělávání jsou ke zvážení zážitkové metody, kdy by pracovníci mimo*

jiné mohli učinit také vlastní zkušenost s omezením. Důraz by měl být kladen také na osvojení deeskalačních technik a komunikaci vedle vlastního technického provedení omezení (úchopy). ... K eskalaci mohou vést i některá režimová opatření, jako je odebrání šperků během příjmu. I některá další pravidla jsou pacienti vnímána jako ponižující a/nebo nesmyslná. Doporučujeme zamyslet se nad stávajícími pravidly a režimovými opatřeními, nad jejich nezbytností a možnými změnami. Ke zvážení je rozšíření spektra denních aktivit, přítomnost dobrovolníků, peer konzultantů aj. Pozitivní by také mohlo být větší zapojení psychologů – např. během již zmíněné deeskalace. ... Typické je zlepšení poměru počtu pracovníků ve vztahu k počtu pacientů (ruku v ruce s dalšími kroky, opatřeními a změnami), zmenšení akutních oddělení, pozitivní ovlivnění atmosféry na oddělení (model Safeward), používání alternativních postupů – např. individuální kontakt, minimalizace režimových opatření při příjmu, pravidelný týmový debriefing následující po omezení atd. Zdrojem informací a nápadů mohou být dle našich zkušeností i pacienti, kteří omezení zažili na vlastní kůži.“⁶⁵

3.2. Síťová lůžka

Nejspíše nejdiskutovanějším typem omezovacích prostředků je nejen v České republice je síťové (a dříve rovněž klecové) lůžko. V souvislosti s používáním síťových a klecových lůžek je možné zaznamenat několik výraznějších momentů, při kterých se debata o jejich vhodnosti rozšířila z řad odborníků i mezi širší veřejnost.

V roce 2003 vydala mezinárodní lidskoprávní nezisková organizace s názvem Centrum advokacie duševně postižených (Mental Disability Advocacy Center, dále jen „MDAC“) zprávu o používání klecových lůžek v České republice, na Slovensku, v Maďarsku a ve Slovinsku. Doporučení, aby se klecová i síťová lůžka přestala používat, byla na mezinárodní úrovni opakovaně vydána jak na úrovni Spojených národů Výborem OSN pro lidská práva, Výborem OSN proti mučení (CAT), tak – jak již bylo zmíněno dříve – v rámci Rady Evropy Evropským výborem pro prevenci mučení (CPT). CPT ve svých zprávách a standardech varovalo krom jiného před používáním fyzického omezení pacienta v podobě kurtů či klecových lůžek, jelikož by tyto

⁶⁵ Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky, část 2. – Zpráva z kvalitativního výzkumu, datum vydání neuvedeno, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, str. 41-42, dostupné také zde: https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/07/Psychiatrie_Zpra%CC%81va-z-kvalitativni%CC%81ho-vy%CC%81zkumu.pdf

postupy mohly vést k ponižujícímu zacházení, tedy k porušení čl. 3 Evropské úmluvy o lidských právech.

Do povědomí běžného občana České republiky se následně mohlo toto téma dostat především na základě dopisu vládě populární autorky knih o Harry Potterovi, J. K. Rowlingové, která mj. označila používání klecových lůžek za nelidské. Na základě mezinárodních doporučení a nejspíše i veřejného tlaku zakázalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky v roce 2004 používání kovových klecových lůžek. Sít'ová lůžka byla stále povolena. Zde je vhodné uvést, že např. právě MDAC považuje rozdíl mezi klecovými a sít'ovými lůžky na rozdíl od praxe pouze za sémantický a riziko ohrožit fyzické i psychické zdraví pacienta jejich použitím za rovnocenné.⁶⁶

Dne 1. ledna 2007 vešel v účinnost zákon č. 108/2006, o sociálních službách, který dále neumožňoval používání klecových ani sít'ových lůžek v zařízeních sociální péče. Oproti tomu však bylo v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“), který byl účinný od 1. dubna 2012, obsahoval možnost použití sít'ových lůžek jako omezovacích prostředků při poskytování zdravotních služeb. V důvodové zprávě k návrhu tohoto zákona uvádějí zákonodárci toto: *„Zákon vymezí podmínky použití omezovacích prostředků. Jedním z omezovacích prostředků jsou též sít'ová lůžka. I když je v ČR trendem postupné snižování počtu těchto lůžek, z klinického pohledu považuje jejich absolutní zákaz za nevhodný a potenciálně zvyšující riziko komplikací zdravotního stavu u některých typů pacientů, např. noční neklid u pacientů s demencí. Sít'ová lůžka jsou užívána k ochraně neklidných a zmatených nemocných, zejména na gerontopsychiatrických stanicích. Do sít'ových lůžek jsou na noc ukládáni velmi zmatení dementní pacienti, pobyt v nich je bezpečnější a humánnější – není třeba používat jiné omezovací prostředky a pacienti nepadají z postelí. Nedochází tak ke komplikacím pádů, zejména zlomeninám horního konce stehenní kosti s fatálním průběhem.“*⁶⁷

Obdobný názor zastávají někteří psychiatři a zdravotničtí pracovníci v psychiatrických zařízeních i v dnešní době. Například MUDr. Dagmar Dvořáková, ředitelka Psychiatrické nemocnice Jihlava, obhájí v jednom z článků k sít'ovým lůžkům jejich použití u gerontopsychiatrických pacientů. Uvádí následující: *„Přestože je patrné, že jsou sít'ová lůžka*

⁶⁶ Klecová lůžka a používání omezovacích prostředků v českých psychiatrických zařízeních, MDAC, červen 2014, str. 10 – 11 a 23, dostupné také z:

https://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/klecova_luzka_a_pouzivani_omezovacich_prostredku.pdf

⁶⁷ Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, str. 123

používána spíše výjimečně, považují jejich použití v řádně indikovaných případech za humánnější a pro pacienty příjemnější a bezpečnější než použití jiných omezovacích prostředků. Vysoké dávky psychofarmak s sebou nesou zvýšené riziko nežádoucích účinků léků i lékových interakcí, a to zejména u starších pacientů, kteří jsou často polymorbidní (trpící větším počtem různých závažných chorob a komplikací, pozn. aut.) a léčeni větším počtem farmak. Přitom šlo nejčastěji právě o gerontopsychiatrické pacienty, u nichž jsme síťová lůžka použili, a to především ke zklidnění a zamezení riziku pádu a poranění před usnutím. Použití fixačních pásů zase znemožňuje jakýkoli pohyb, což mnohdy ještě zvyšuje tenzi pacientů a přináší riziko somatických komplikací. Dlouhodobě usilujeme o snižování četnosti používání všech omezovacích prostředků, proškolujeme personál v deeskalačních technikách, seznamujeme jej s principy safewards (speciální metoda, která pomáhá k tomu, aby byla péče v psychiatrických léčebnách vstřícná a lidská, pozn. aut.) a podobně. Nicméně tyto techniky jsou přínosné spíše u jiných než zmíněných indikací.“⁶⁸

MUDr. Petr Možný, primář Oddělení Centrálního příjmu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, se při konferenci „Vidíme již novou podobu péče o duševně nemocné v praxi?“ pořádané Ministerstvem zdravotnictví ve dnech 19.-20. května 2021 v rámci projektu Reformy péče o duševní zdraví vyjádřil k případnému odstranění možnosti použít síťové lůžko k omezení pacienta v tom smyslu, že by zdravotníci měli mít k dispozici co nejširší rejstřík omezovacích prostředků, aby se mohli v dané situaci pružně rozhodovat. V případě, že nebude možné využít síťových lůžek, bude se o to častěji zdravotnický personál uchýlovat k použití kurtů.⁶⁹ Jak již bylo uvedeno výše, kurty jsou přitom již teď jedním z nejvyužívanějších typů omezovacích prostředků a zároveň jsou obecně vnímány jako nejtvrďší způsob omezení pacienta.

Ani s těmito názory však nesouhlasí organizace MDAC, která nyní funguje pod názvem Validity, stejně jako například české organizace Liga lidských práv či FORUM. Postoj tou dobou ještě MDAC ke klecovým lůžkům (ostatně stejně jako k ostatním omezovacím prostředkům) je asi nejlépe patrný z publikace Klecová lůžka a používání omezovacích prostředků v českých psychiatrických zařízeních z června roku 2014. Tato publikace byla vypracována především na základě monitorovacích návštěv 8 psychiatrických zařízení.

⁶⁸ BAROCH, Pavel. Konec síťových lůžek, Týdeník Hrot, 28. 3. 2022, str. 26-29

⁶⁹ Konference Vidíme již novou podobu péče o duševně nemocné v praxi, Workshop: Omezovací prostředky – Možnosti prevence a předcházení jejich použití, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 20. 5. 2021, dostupné zde: <https://www.youtube.com/watch?v=MyoafQeDE6w>

V publikaci je krom jiného popsáno, v jaké míře a jakými způsoby jsou klecová lůžka a také další omezovací prostředky v těchto jednotlivých zařízeních používány. Jsou v ní rovněž uvedeny zkušenosti pacientů, které jsou v drtivé většině negativní. V neposlední řadě obsahuje publikace doporučení dotčeným ministerstvům, veřejnému ochránci práv či ředitelům psychiatrických zařízení. Celkově vyznívá celý dokument značně jednostranně a nekompromisně volá po zákazu klecových lůžek i jejich alternativ, tedy celkově po upuštění od praxe používání omezovacích prostředků.

V závěru publikace její autoři uvádí: „*Zachování síťových klecových lůžek a jejich doplňování kurty, omezovacími prostředky a izolací naznačuje, že se v české psychiatrii nepodařilo snížit celkovou úroveň používání omezovacích prostředků, i když byla odstraněna kovová klecová lůžka. Všechny tyto praktiky představují špatné zacházení, které je zakázáno mezinárodním právem. Zastaralé a neobhajitelné praktiky, které zjistil monitorovací tým MDAC, odrážejí archaickou ústavní povahu poskytování psychiatrických služeb v zemi, kdy jsou služby většinou poskytovány ve velkých a zchátralých zařízeních, kde jsou omezovací praktiky doslova vrostlé do struktury budovy. Nepochybně to ukazuje na nedostatek investic do komunitních služeb v oblasti duševního zdraví, a rovněž na širší subjektivní problém, kdy se rozhodující osoby a poskytovatelé služeb odkazují k lékařskému modelu péče, než by se snažili o přístup, který je v souladu s lidskými právy a který se zaměřuje na důstojnost, autonomii a informovaný souhlas.*“⁷⁰

Síťovým lůžkům se ve své zprávě ze systematických návštěv z roku 2019 také tehdejší veřejná ochránkyně práv Mgr. Anna Šabatová, Ph.D. K používání síťových lůžek uvádí ve zprávě kvalitní shrnutí: „*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 převrhnutí lůžka neklidným pacientem. Zatímco zdravotníci někdy používají mírnější označení „ochranné lůžko“,*

⁷⁰ Klecová lůžka a používání omezovacích prostředků v českých psychiatrických zařízeních, MDAC, červen 2014, str. 53, dostupné také z: https://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/klecova_luzka_a_pouzivani_omezovacich_prostredku.pdf

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 ošetřovatelského personálu, flexibilnější podpora ze strany lékařů, zavedení snížených lůžek a podlahových pohyb monitorujících čidel). 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.“⁷¹

Pohled na síťová lůžka obsažený v této zprávě považuji osobně za poměrně vyvážený a racionální. Ztotožňuji se především s potřebou spojit ukončení používání síťových lůžek se souvisejícími opatřeními. Otázkou dle mého již v dnešní době není, zda je zákaz síťových lůžek na místě, ale jakým způsobem by měly být řešeny situace, kde bylo jejich použití dosud indikováno, tedy např. u gerontopsychiatrických pacientů, u kterých bez nich může docházet i k závažným úrazům. Jelikož od používání síťových lůžek již takřka ve všech evropských zemích upustili, je jistě možné využít paradoxní výhody posledních států, které tento problém doposud řešit nemusely, a inspirovat se v zahraničí.

3.3. Novela ustanovení o omezovacích prostředcích

Dne 1. 1. 2022 vešla v platnost novela zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“). Došlo k poměrně zásadní změně § 39 odst. 1 daného zákona. Jak již bylo uvedeno dříve, jmenované ustanovení

⁷¹ Ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata, Zpráva ze systematických návštěv 2019, Veřejný ochránce práv, str. 98, dostupné také z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/21-2016-NZ-MLU_SZ-ochranne_leceni.pdf

obsahuje výčet omezovacích prostředků, které je možné použít k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb. Doposud byl tento výčet tvořen sedmi typy omezovacích prostředků, nyní je však jejich počet redukován pouze na šest, jelikož z něj byla odstraněna síťová lůžka.

Jak již bylo uvedeno v předcházejících kapitolách, před novelou obsahoval § 39 odst. 1 zákona o zdravotních službách tyto omezovací prostředky: psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta; omezení pohybu ochrannými pásy (kurty); umístění v místnosti určené k bezpečnému pohybu; ochranný kabátek; umístění v síťovém lůžku; úchop pacienta; kombinace výše uvedených omezovacích prostředků. Nyní však již možnost umístit pacienta v síťovém lůžku v ustanovení nenalezneme. Přes to, že diskuse o (ne)odůvodněnosti používání síťových lůžek trvala desetiletí, bylo jejich úplné vyjmutí z možných způsobů omezení pacienta ve výsledku poměrně překvapivé. Tedy alespoň co se týče provedení této změny již k 1. 1. 2022 v rámci nesouvisející novely zákona o veřejném zdravotním pojištění. Nic to ovšem nemění na faktu, že novela v tomto bodě učinila pomyslnou tečku za touto debatou.

Krom značně diskutovaného odstranění možnosti umístit pacienta v síťovém lůžku však došlo v § 39 odst. 1 zákona o zdravotních službách ještě k jedné změně. Ustanovení § 39 odst. 1 písm. f) zákona o zdravotních službách zněl před 1. 1. 2022 takto:

„§ 39 (1) K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít...

f) 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 soustavnou léčbu psychiatrické poruchy, ...“

Zákon však nyní stanoví odlišnou definici psychofarmak coby omezovacího prostředku. Novelizované znění je následující:

„§ 39 (1) K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít...

e) psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou podány pacientovi silou za účelem zvládnutí chování pacienta, ...“

Jak je patrné, aby bylo podání psychofarmak posuzováno dle zákona jako omezovací prostředek, není již rozhodujícím faktorem typ těchto léčivých přípravků, ale způsob a účel podání.

Pokud tedy bude pacientovi podán jakýkoliv léčivý přípravek podán silou a zároveň bude účelem tohoto postupu zvládnutí jeho chování, spadá takováto aplikace léčiva pod definici omezovacího prostředku a jako taková musí být řádně evidována v centrální evidenci použití omezovacích prostředků dle § 39 odst. 4 zákona o zdravotních službách a podléhá dalším zákonným požadavkům.

V souvislosti s podáním psychofarmak či jiných léčivých přípravků ve smyslu aplikace omezovacího prostředku je rovněž vhodné uvést, že byl tento typ omezení pacienta přidán mezi omezovací prostředky, o jejichž použití musí být na základě § 39 odst. 3 písm. b) zákona o zdravotních službách informován zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta bez zbytečného odkladu informován. Dosud tato informační povinnost platila pouze u použití kurtů, síťového lůžka, izolační místnosti a ochranného kabátku či vesty.

V tiskové zprávě veřejného ochránce práv „Změna pravidel pro používání omezovacích prostředků ve zdravotnictví míří dobrým směrem. Do zákona se ale dostala bez širší diskuze s odborníky“ lze k této na první pohled možná drobné změně definice omezovacího prostředku v podobě léčivého přípravku nalézt zmínku o jejím významném přínosu. Mgr. et Mgr. Matěj Stříteských, právník Kanceláře veřejného ochránce práv, vyzdvihuje skutečnost, že jednoznačnost nové definice povede k lepší evidenci použití omezovacích prostředků.⁷² Tato úprava by již neměla vytvářet přílišný prostor mnohdy nejednotné interpretaci použití léčivého přípravku coby omezovacího prostředku, která měla za následek výrazný rozdíl v postupu evidence tisících přípravků, které byly k uklidnění pacienta použity. Jelikož hranice mezi léčbou a omezením pacienta byla příliš nejasná, mohla často jednotlivá zařízení posuzovat obdobné případy odlišně. V jednom psychiatrickém zařízení tak bylo podání léku při neklidu pacienta uvedeno pouze ve zdravotnické dokumentaci v rámci léčebného postupu, jinde tak byla téměř shodná situace vyhodnocena jako použití omezovacího prostředku a jako takové bylo řádně evidováno. Tato praxe poté mj. znemožňovala srovnání jednotlivých českých psychiatrických zařízení v míře používání tohoto omezovacího prostředku.

Ve stejném článku poté zástupkyně veřejného ochránce práv, Mgr. Monika Šimůnková, označuje úpravu definice podání léků jako omezovacího prostředku a nemožnost dalšího

⁷²Změna pravidel pro používání omezovacích prostředků ve zdravotnictví míří dobrým směrem. Do zákona se ale dostala bez širší diskuze s odborníky, tisková zpráva, Veřejný ochránce práv, 8. 2. 2022, dostupné také z: https://www.ochrance.cz/aktualne/zmena_pravidel_pro_pouzivani_omezovacich_prostredku_ve_zdravotnictvi_miri_dobrym_smerem-do_zakona_se_ale_dostalaBez_sirsi_diskuze_s_odborniky/

používání síťových lůžek ve stejném smyslu jako krok správným směrem. Zároveň však poukazuje na nepříliš vhodný způsob přijetí této novely: „Změny se do zákona dostaly přílepkem k zákonu o veřejném zdravotním pojištění. Ačkoliv se o nutnosti změn jednalo dlouhodobě, tak konkrétní znění bylo přijato bez širší diskuse s odborníky. Pokud víme, i nemocnice samotné se o změnách dozvěděly na poslední chvíli a nemusely mít dostatečný čas se na ně připravit. Přitom to mohla být šance, jak omezovací prostředky ve zdravotnictví řešit systematicky a koncepčně. I z našich monitorovacích návštěv vyplývá, že nemocnicím chybí jednotná pravidla pro používání a evidenci omezovacích prostředků. Každá k omezovacím prostředkům přistupuje po svém, a to znamená i nejistotu pro pacienty.“⁷³

Zástupkyně ombudsmana není jediným odborníkem, který postup novelizace kritizuje. Mgr. Jan Běhounek, vedoucí oddělení řízení kvality Psychiatrické nemocnice Bohnice se rovněž vyjádřil k danému tématu. Jedná se přitom o odborníka na slovo vzatého, jelikož je zároveň koordinátorem pracovní skupiny, která vznikla v roce 2019 při Ministerstvu zdravotnictví České republiky a měla za cíl vytvořit závazná pravidla pro používání omezovacích prostředků pro všechna zdravotnická zařízení. Tato pravidla však nebyla do novely začleněna. Mgr. Běhounek se k dané změně zákona vyjadřuje takto: „Přípravy a vydání této novely nebyly dostatečně komunikovány, a to jak směrem k členům pracovní skupiny, tak směrem k samotným nemocnicím, kterých se týkají. Došlo tak k paradoxní situaci, kdy pracovní skupina zpracovala a předložila doporučený postup, aniž by tušila, že zákonodárci připravují úpravy zákona, které nebudou s doporučeným postupem zcela kompatibilní. Nyní zpracováváme potřebné úpravy doporučeného postupu. Současně pro nemocnice připravujeme sérii školení a kursů, které pomohou při implementaci doporučení do praxe. Nadále také budeme prosazovat uznání sjednocujících pravidel pro použití omezovacích prostředků jako nedílné součásti zákona č. 372/2011 Sb. V aktuálním znění.“⁷⁴

Shodný názor zastává rovněž MUDr. Petr Možný, primář Oddělení Centrálního příjmu Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, který se na přípravě těchto pravidel rovněž podílel. Upozorňuje na promarněnou příležitost sjednocení praxe při používání omezovacích prostředků v rámci všech zdravotnických zařízení. Pravidla vypracovaná výše zmíněnou pracovní skupinou

⁷³Změna pravidel pro používání omezovacích prostředků ve zdravotnictví míří dobrým směrem. Do zákona se ale dostala bez širší diskuse s odborníky, tisková zpráva, Veřejný ochránce práv, 8. 2. 2022, dostupné také z: https://www.ochrance.cz/aktualne/zmena_pravidel_pro_pouzivani_omezovacich_prostredku_ve_zdravotnictvi_miri_dobrym_smerem-_do_zakona_se_ale_dostala_bez_sirsi_diskuze_s_odborniky/

⁷⁴Novela zákona bez připravených pravidel, Medical Tribune, 9. 2. 2022, dostupné také z: <https://www.tribune.cz/archiv/novela-zakona-bez-pripravenych-pravidel/>

tak dle něj mohla vést k tolik potřebnému srovnání četnosti používání jednotlivých typů omezovacích prostředků: „*Nová pravidla sjednoceně definují situace, kdy lze omezovací prostředky použít. Stanovují, že o omezení pacienta rozhoduje vždy lékař, stanovují také náležitosti komunikace s pacientem. U každého typu omezovacího prostředku navrhla pracovní skupina MZ konkrétní pravidla jeho používání, včetně intervalů kontrol stavu pacienta a obsahu zápisů o stavu pacienta do zdravotnické dokumentace. ... Mohlo by to také vést k výrazné destigmatizaci oboru psychiatrie, který by již nebyl mylně vnímán jako jediný zdravotnický obor, kde jsou omezovací prostředky používány, nadužívány či zneužívány.*“⁷⁵

Doplnění slov MUDr. Možného můžeme nalézt v dalším z článků zabývajících se tímto tématem. Jedná se o článek portálu denik.cz a MUDr. Petr Možný v něm příkladmo uvádí další zdravotnická pracoviště odlišná od těch psychiatrických, kde jsou omezovací prostředky rovněž používány. Jedná se kupříkladu o neurologii, internu či ARO, kde může být pacient vlivem úrazu zmatený a bez použití omezovacích prostředků ho nelze adekvátně léčit. Dochází tak například k použití kurtů pro zajištění aplikace infuze.⁷⁶

Potřeba sjednotit pravidla pro používání omezovacích prostředků ve všech zdravotnických zařízeních, kde k němu dochází, je patrná nejen z prohlášení zdravotníků či právníků, vyplynula rovněž z analýzy provedené v rámci zmíněné pracovní skupiny mezi lety 2019 až 2021, která se zabývala právě interpretací omezovacích prostředků ve vnitřních předpisech zdravotnických zařízení. Analýza odhalila, že v rámci 26 zdravotnických zařízení, které poskytují lůžkovou psychiatrickou péči, byly jednotlivé omezovací prostředky upraveny v různé míře. Použití kurtů či pásů bylo upraveno téměř ve všech vnitřních předpisech, oproti tomu však například použití ochranného kabátku upravovalo pouze 16 z posuzovaných vnitřních předpisů.

Dle mého názoru je však výraznějším projevem nejednotnosti v interpretaci používání omezovacích prostředků existence částí vnitřních předpisů věnující se jiným možným formám omezení pacienta či dokonce výjimek, které dle některých vnitřních předpisů (konkrétně obsahovalo nějaké výjimky 13 vnitřních předpisů) za omezovací prostředek považovány nejsou. Jako jiné formy omezení pacienta se ve vnitřních předpisech objevilo například užití prostěradla,

⁷⁵ Vznikají závazná pravidla pro použití omezovacích prostředků ve zdravotnictví. Do novely zákona se však dosud nedostala, Zdravotnický deník, 1. 2. 2022, dostupný také z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2022/02/vznikaji-zavazna-pravidla-pro-pouziti-omezovacich-prostredku-ve-zdravotnictvi-do-novely-zakona-se-vsak-dosud-nedostala/>

⁷⁶ Reforma psychiatrie: Česko definitivně skončilo s kritizovanými klecovými lůžky, Deník, 2. 3. 2022, dostupné také z: <https://www.denik.cz/zdravi/klecova-luzka-sit-cesko-konec.html>

pleny nebo obinadla k fixaci končetin pacienta či pobyt na uzavřeném oddělení. Výjimky uvedené ve vnitřních předpisech mohou být vnímány spíše jako typ pro zařízení závazné interpretace možná hraničních situací, kterými jsou kupříkladu použití břišního pásu jako prevence pádu, přichycení končetiny při podání infúze nebo aplikace omezení na přání pacienta. Je více než vhodné závazně stanovit povahu některých situací, u kterých je obtížné zcela jasně určit, zda se jedná o omezovací prostředek či nikoliv. Mělo by k tomu však bezesporu docházet prostřednictvím obecných pravidel platných v rámci všech zdravotnických zařízení.⁷⁷

⁷⁷ Doporučený postup Používání omezovacích prostředků, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 28. 1. 2021, dostupné také z: https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/doporučeny-postup-pouzivani-omezovacich-prostredku?term_id=134

4. Reforma péče o duševní zdraví v ČR

4.1. Výchozí stav systému psychiatrické péče

Dosud byly uvedeny především možné formy špatného zacházení s osobami s duševní nemocí, a to s důrazem přímo na špatné zacházení s duševně nemocnými pacienty psychiatrických zařízení. Je ovšem nutné rovněž hledat příčiny jeho vzniku. Poněkud zastaralý český systém psychiatrické péče byl od konce minulého tisíciletí téměř neměnný. Těžištěm psychiatrické péče o duševně nemocné byla lůžková péče v psychiatrických nemocnicích, které byly koncipovány dle standardů formulovaných na počátku 20. století. Jedná se v mnoha případech o nemocniční komplexy s kapacitou stovek lůžek, které nejsou dostatečně materiálně ani technicky zabezpečeny. Základní důvod není nikterak překvapivý – psychiatrický obor je dlouhodobě podfinancovanou oblastí.⁷⁸ Jedná se však o jediný problém, který stojí za vytýkanými nedostatky současné péče o duševně nemocné?

Nevyhovující stav systému psychiatrické péče výborně shrnuje MUDr. Marek Páv, Ph.D., MBA, náměstek pro lékařskou péči a primář jednoho z oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice: *„Je velmi laciné volat, že nemáme dost peněz. Podstatné je, že nemůžeme poskytovat takovou péči, jakou bychom si přáli poskytovat a samozřejmě i prostředí je velmi důležité. Máme tu budovy, do kterých desítky let nebylo zásadně investováno. To vadí našim nemocným, přestože tu pracují velmi dobří lékaři, sestry, psychologové, ergoterapeuti a další profesionálové dostáváme zpětné vazby, že s prostředím jsou nemocní relativně často nespokojení. Nemocní a jejich příbuzní samozřejmě velmi citlivě vnímají prostředí, které jim nevyhovuje, to vrhá stín na práci nás všech. Jsme podfinancováni a jsme opomíjený obor a s tím je potřeba něco dělat. Žádný lékař určitě neřekne, že nemocný chce, aby byl hospitalizovaný na šestilůžkovém pokoji. Nikdo z personálu neřekne, že nechce, aby byly opravené fasády nebo aby nebyla nová okna. Každý by chtěl pracovat v příjemném prostředí, protože víme, že i prostředí léčí. ... Co se týká akutní péče, tak jsme v dostupnosti léků, terapeutických modalit, od ECT po transkraniální magnetickou stimulaci dobře vybaveni, máme dobré léčebné prostředky. To, kde máme určitou rezervu, je tvorba terapeutických plánů. V okamžiku, kdy je člověk dobře léčebně zajištěn v akutní fázi, tak vyvstávají nová témata. Po fázi stabilizační je fáze reorientace a mapování a blíží se nutnost sociálního znovuzачlenění. Naše společnost na toto zatím dbá málo, nejen v oblasti psychiatrie, ale třeba i lidé, kteří mají*

⁷⁸ Malý průvodce reformou psychiatrické péče, duben 2017, Psychiatrická společnost ČLS JEP, duben 2017, str. 5, dostupné také z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

*problém se zákonem nebo například děti z dětských domovů, mají velký problém přejít ze zajištěné péče do přirozeného prostředí. Pro začlenění se do života nejsou jejich cestičky uhlazeny a dobře nefunguje podpora v komunitě. My tady v nemocnici člověka zaléčíme a podle zákona se snažíme zajistit doléčení nejen v ambulanci praktického lékaře a psychiatra, ale třeba i ve Fokusu, nebo se snažíme, aby chodil někam do chráněné dílny. Co nám skutečně chybí, jsou centra duševního zdraví, aby někdo toho člověka podporoval, pokud ta potřeba podpory existuje. Nejde však jenom o technické či organizační zajištění podpory, ale i o zaměření se na to, co sami klienti chtějí. Plán v pozdějších fázích hospitalizace nyní není sestavován na základě cílů nemocných. Nejsou zmapovány potřeby s určitým přesahem, abychom znali jejich dlouhodobá přání a mohli tomu péči lépe přizpůsobovat.*⁷⁹

Vláda vyslyšela volání psychiatrické společnosti o pomoc a také na základě závazků, které pro ni v oblasti péče o duševně nemocné vyplývají z mezinárodního práva, překročila k reformě psychiatrické péče. Dne 7. března 2013 schválil ministr zdravotnictví Strategii reformy psychiatrické péče 2013-2023. Reforma péče o duševní zdraví tak zahájila svou první etapu, která měla za cíl do roku 2021 provést základní změny systému psychiatrické péče v České republice. Celkově se jedná o rozsáhlý, a především i dlouhodobý proces, jehož trvání bude nejspíše v řádu desítek let. Systémová změna přitom nezahrnuje pouze oblast psychiatrické péče, ale tak související služby péče o duševně nemocné osoby. Základním pilířem reformy by mělo přenesení těžiště péče z institucionálního na komunitní při současném zajištění adekvátní návaznosti sociálních služeb.⁸⁰

V červnu roku 2017 jsem požádala o rozhovor na téma aktuálního stavu české psychiatrické péče a jeho největších nedostatků MUDr. Martina Hollého, tehdejšího ředitele Psychiatrické nemocnice Bohnice (v rozhovoru jako „MUDr. Hollý“), a MUDr. Marka Páva, Ph.D., MBA, náměstka pro lékařskou péči a primáře jednoho z oddělení v rámci Psychiatrické nemocnice Bohnice (v rozhovoru jako „MUDr. Páv“). Na základě tohoto rozhovoru jsem získala cenné informace o postavení psychiatrů a zdravotnických pracovníků v oblasti poskytování psychiatrické péče a vycházela jsem z něj při tvorbě kompozice této práce. Doslovný přepis tohoto rozhovoru tvoří Přílohu č. 1 této práce.

⁷⁹ ŠTINGL, Michal. Náměstek bohnické psychiatrie: Jsme podfinancovaný a opomíjený obor, ctidoma.cz, 21. 3. 2016, dostupné také z: <https://www.ctidoma.cz/zdravi-styl/2016-03-21-namestek-bohnicke-psychiatrie-jsme-podfinancovany-opomijeny-obor-22003>

⁸⁰ Malý průvodce reformou psychiatrické péče, duben 2017, Psychiatrická společnost ČLS JEP, duben 2017, str. 4 - 6, dostupné také z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

4.2. Reforma péče o duševní zdraví a její hlavní cíle

V publikaci Malý průvodce reformou psychiatrické péče vydanou v roce 2017 Psychiatrickou společností ČLS JEP ve spolupráci s Regionální úřadovnou WHO pro Evropu v rámci bilaterální spolupráce s Ministerstvem zdravotnictví České republiky jsou o reformě uvedeny základní informace včetně popisu hlavních bodů a cílů: „*Obecným cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Kvalita života úzce souvisí s naplňováním lidských práv lidí s duševním onemocněním, proto je hlavním motivem reformy důraz na uplatňování, prosazování a naplňování jejich práv obsažených především v úmluvě OSN „O právech lidí se zdravotním postižením“. Hlavními nástroji, jak naplnit tyto cíle, jsou restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytujících péči, změna přístupů a myšlení pracovníků poskytujících péči. ... Základní změnou v systému péče o lidi s duševním onemocněním bude systematické poskytování koordinované, vzájemně propojené péče zaměřené na zotavení (recovery) pacienta/klienta. Síť služeb bude provázaná a koordinovaná a bude zajišťovat kontinuitu péče. Spolupráce bude podpořena zavedením multidisciplinárního přístupu. Jednotliví poskytovatelé budou mít jasnou regionální odpovědnost, při zachování možnosti volby pacienta/klienta, do jakého zařízení půjde. Pacientům/klientům bude zajištěn dostatečný výběr léčebných a dalších podpůrných metod a přístupů. Transformace obsahu péče, zavádění nových přístupů a metod zajistí: plný respekt práv pacientů/klientů; maximálně možnou inkluzi pacientů/klientů do běžné společnosti; plnohodnotné zapojování pacientů/klientů i rodinných příslušníků do všech podstatných rozhodovacích procesů týkajících se léčby, pomoci a potřebné podpory.*“⁸¹

Strategie reformy psychiatrické péče definuje tyto specifické cíle: zvýšení kvality psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování; omezení stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie; zvýšení spokojenosti osob, kterým je psychiatrická péče poskytována; zvýšení efektivity psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci; zvýšení úspěšnosti plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti mj. zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání či bydlení; zlepšení

⁸¹ Malý průvodce reformou psychiatrické péče, duben 2017, Psychiatrická společnost ČLS JEP, duben 2017, str. 5 - 7, dostupné také z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb; humanizace psychiatrické péče.⁸²

V rámci reformy má vzniknout síť péče o duševně nemocné osoby, která má zahrnovat zdravotní i sociální služby, ke kterým neodmyslitelně patří rovněž služby spočívající v podpoře bydlení, práce či vzdělávání. Tato síť by měla být tvořena multidisciplinárními týmy. Funkce těchto týmů bude spočívat v koordinaci a spolupráci při poskytování služeb odborníků různých profesí, napříč jednotlivými službami a také v rámci komunity. Zapojena tak bude i místní správa a samospráva, úřady práce, odbory sociálních a zdravotních služeb.⁸³

Zásadním prvkem celé reformy je zřízení center duševního zdraví (dále také „CDZ“). Tato centra by měla být zaměřena zejména (avšak ne výhradně) na péči o osoby s vážným duševním onemocněním (tzv. SMI – Severe Mental Illness). Jedná se především o pacienty se schizofrenií či bipolární afektivní poruchou. Osoby s vážným duševním onemocněním jsou ve velké míře institucionalizováni, a to mnohdy i na velice dlouhou dobu. Dochází tak k jejich vyloučení z běžného života. Právě tomu by měla ambulantní péče poskytovaná v CDZ předcházet.

Jak již bylo uvedeno výše, CDZ bude těžit především z multidisciplinárního přístupu v léčbě duševně nemocných, skrze široké spektrum poskytovaných zdravotních a sociálních služeb tak mohou podpořit lepší začlenění vážně nemocných osob do společnosti a pomoci vytvořit v součinnosti s pacienty podmínky pro fungující život mimo zdi psychiatrických zařízení. Centra duševního zdraví budou poskytovat své služby také další významné skupině pacientů, a to skupině pacientů s raným výskytem psychotického onemocnění (tzv. Early Intervention). Můžeme tak hovořit také o prevenci rozvoje těchto onemocnění do stádií, která by byla s velkou pravděpodobností spojena s nutnou hospitalizací v psychiatrických zařízeních.⁸⁴

Vzhledem k nedostatku financí, které jsou psychiatrické péči alokovány, se reforma samozřejmě vztahuje také na oblast financování péče o duševně nemocné. Aktuálně je psychiatrická péče coby zdravotní služba financována ze zdravotního pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven, související sociální služby jsou však financovány ze systému sociálních

⁸²Strategie reformy psychiatrické péče, verze 1.0, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 8. 10. 2013, str. 9, dostupné také z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

⁸³ Malý průvodce reformou psychiatrické péče, duben 2017, Psychiatrická společnost ČLS JEP, duben 2017, str. 13 - 15, dostupné také z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

⁸⁴ Malý průvodce reformou psychiatrické péče, duben 2017, Psychiatrická společnost ČLS JEP, duben 2017, str. 19, dostupné také z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

služeb v rámci jednotlivých krajů. Tento stav je z hlediska péče o duševně nemocné osoby neefektivní, jelikož nemotivuje poskytovatele zdravotních a sociálních služeb ke kooperaci, ke které, jak bylo uvedeno, reforma směřuje.

V rámci systému úhrad zdravotních služeb existují i další problematické body, které spočívají zejména ve ztrátovosti akutní péče pro její poskytovatele a neexistenci mechanismů udržitelných úhrad komunitní a terénní péče. S reformou plánovaným modelem péče založeným na ambulantních službách poskytovaných na komunitní úrovni rovněž nekoresponduje fakt, že jsou poskytovatelé dlouhodobé lůžkové péče aktuálním systémem financování motivováni k tomu, aby byly hospitalizace dlouhodobé a zároveň aby byla plně obsazena jejich lůžková kapacita.

Reforma obecně předpokládá řešení dlouhodobého podfinancování služeb poskytovaných osobám s duševním onemocněním, a to jak těch zdravotních, tak těch sociálních. Mělo by dojít k výraznému navýšení financí alokovaných této oblasti. Má dojít ke změně úhradových mechanismů tak, aby podporoval rozvoj péče především ve vlastním prostředí dotčených osob.⁸⁵ Financování by mělo být také diferencováno na regionální a celostátní, a to v souvislosti se vznikem regionální sítě péče.⁸⁶

Na reformu psychiatrické péče se opakovaně odvolává vláda ve svých odpovědích na zprávy CPT z návštěv českých psychiatrických zařízení. Toto je možné vnímat jako jakýsi příslib budoucí lepší péče, která by měla podstatně redukovat riziko výskytu špatného zacházení s duševně nemocnými osobami. Je zřejmé, že cíle reformy reflektují rovněž doporučení CPT a směřují tak k eliminaci nedostatků, které CPT při svých návštěvách shledal. Současný posun kvality psychiatrické péče v rámci reformy vláda ve své odpovědi popisuje mj. takto: *„Aktuálně je v každé psychiatrické nemocnici zřízen transformační tým, který koordinuje transformaci ve vztahu k rozvoji služeb ve spádových oblastech. Je vytvořen plán edukačních workshopů pro řídicí pracovníky psychiatrických nemocnic pro sestavení transformačních týmů a vypracování transformačních plánů. Jsou posouzeny potřeby všech pacientů dlouhodobě hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích, tj. je zjištěno, co budou tito lidé potřebovat, aby mohli zařízení*

⁸⁵ Malý průvodce reformou psychiatrické péče, duben 2017, Psychiatrická společnost ČLS JEP, duben 2017, str. 23, dostupné také z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

⁸⁶ Strategie reformy psychiatrické péče, verze 1.0, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 8. 10. 2013, str. 37, dostupné také z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/202103/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

opustit a žít ve vlastním sociálním prostředí. Je provedena personální analýza nemocnic, analýza ekonomických dopadů transformace a hrubá analýza majetku. Na všech krajích ČR je vytvořena krajská koordinační skupina, která řeší rozvoj sítě sociálních služeb na úrovni krajů tak, aby byl přesun pacientů z psychiatrických nemocnic do vlastního sociálního prostředí bezpečný. Probíhají jednání s krajskými nemocnicemi ohledně rozvoje akutní péče, přičemž tato bude poskytována současně i v existujících psychiatrických nemocnicích. Se zdravotními pojišťovnami je modelován systém úhrad ambulantního segmentu psychiatrické péče (ambulance, denní stacionáře atd.), aby motivoval její rozvoj, ale současně garantoval kvalitu poskytované péče. Se zdravotními pojišťovnami bylo podepsáno Memorandum k akutní lůžkové psychiatrické péči, jež při naplnění kritérií kvality navyšuje úhrady tohoto segmentu péče. Se zdravotními pojišťovnami bylo dohodnuto financování následné psychiatrické péče tak, aby se psychiatrické nemocnice v procesu transformace nedostaly do závažné ekonomické nestability, a navíc je degresní model financování motivoval k deinstitucionalizaci. Je provedena analýza k ochranným léčbám a zřízena meziresortní pracovní skupina k nastavení funkčního systému ochranného léčení v psychiatrických nemocnicích i v psychiatrických ambulancích.“⁸⁷

Vláda v odpovědi rovněž upozorňuje na vznik Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020-2030⁸⁸, který je podkladem pro výkon mezioborové a meziresortní spolupráce. Jedná se o implementační dokument, v němž jsou blíže uvedeny již konkrétní postupy vedoucí k naplnění požadavků reformy psychiatrické péče definované v rámci strategických dokumentů vlády, mj. také v rámci již zmíněné Strategie reformy psychiatrické péče. Národní akční plán pro duševní zdraví je významný i z hlediska financování celé reformy, jelikož blíže specifikuje finanční nároky jednotlivých částí reformy. Tento akční plán rovněž výslovně stanovuje, kdo zodpovídá za jednotlivé kroky, svěřuje koordinaci implementace plánu do rukou nově zřízené Rady vlády pro duševní zdraví a popisuje indikátory a mechanismy, na základě kterých bude možno vyhodnotit, zda je dochází k naplňování deklarovaných cílů.⁸⁹

Reforma je aktuálně hodnocena jako úspěšný projekt. Například již nyní fungují tři desítky center duševního zdraví⁹⁰, které tvoří stavební kameny komunitní péče a jsou jedním

⁸⁷ Vyjádření vlády České republiky ke Zprávě o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Výbor CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, vláda ČR, str. 21, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168099334a>

⁸⁸ Národní akční plán pro duševní zdraví, Úřad vlády Česká republika a Ministerstvo zdravotnictví České republiky, leden 2020, dostupné také z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2020-12/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

⁸⁹ Národní akční plán pro duševní zdraví, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, dostupné také z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/reforma/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-napdz>

⁹⁰ Údaj z <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/centra-dusevniho-zdravi-cdz>

ze základních předpokladů pro změnu celého systému. Došlo také ke změně systému úhrad psychiatrické péče, a to jak akutní, tak následné. Od roku 2017, kdy reforma reálně odstartovala již lze pozorovat částečné změny ve formě péče o duševně nemocné. MUDr. Dita Protopopová, tehdejší tajemnice Rady vlády pro duševní zdraví, se v jedné z diskusí věnované reformě psychiatrie vyjádřila k jejím výsledkům takto: *"Zhruba dva tisíce pacientů se už také podařilo přesunout z následné péče v nemocnicích do domácí péče. Jsou to lidé, kteří nyní fungují v komunitních službách a nemusí být v psychiatrických nemocnicích. Stejně tak se díky jednomu velkému projektu, který funguje pod Národním ústavem duševního zdraví, podařilo velmi zvýšit povědomí o duševních nemocech a zmenšit to stigma, kdy se veřejnost často psychicky nemocných bojí a odmítá je."*⁹¹

⁹¹ KEMÉNYOVÁ, Zuzana. Dva a půl tisíce pacientů se už díky reformě dostalo z léčeben domů, Hospodářské noviny, 22. 4. 2021, dostupné také z: <https://archiv.hn.cz/c1-66871750-dva-a-pul-tisice-pacientu-se-uz-diky-reforme-dostalo-z-leceben-domu>

Závěr

Hlavním cílem této diplomové práce bylo objektivně popsat aktuální problémy České republiky v oblasti zacházení s osobami s duševní nemocí, které by mohlo naplňovat znaky mučení či jiného nelidského či ponižujícího zacházení z hlediska čl. 3 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv.

K naplnění tohoto cíle jsem využila především rozbor standardů a doporučení Evropského výboru pro zabránění mučení a jiného nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání, díky němuž jsem definovala základní nedostatky české psychiatrické péče.

Na základě několikaletého sledování veřejné debaty týkající se nejpalcivějších otázek souvisejících s tímto tématem a rovněž na základě rozhovoru s tehdejšími řediteli Psychiatrické nemocnice Bohnice a jeho náměstkem pro zdravotní péči jsem byla následně schopná označit problematické body české právní úpravy používání omezovacích prostředků a poskytnou bližší vhled do této sféry prostřednictvím názorů odborníků z oblasti práva i psychiatrie. Začleněním obou těchto pohledů – pohledu ochránců lidských práva a pohledu ochránců duševního zdraví jsem dle mého naplnila mnou stanovený cíl.

Za velice významnou však ve výsledku pokládám rovněž část práce věnovanou reformě péče o duševní zdraví, která právě probíhá, a ještě nejspíše desítky let probíhat bude. Tuto práci nyní vnímám poněkud odlišně než při jejím zadání. Nyní ji považuji za výchozí bod k dalšímu studiu této problematiky. Jako jakousi startovní čáru, bod nula celé reformy péče o duševní zdraví, která se nyní bude – snad úspěšně – dále vyvíjet.

Příloha č. 1 – Přepis rozhovoru s MUDr. Martinem Hollým a MUDr. Markem Pávem, Ph.D., MBA ze dne 30. 6. 2017

1. Je možné jmenovat konkrétní problematické body?

MUDr. Hollý: „Není pochyb o tom, že bychom potřebovali více peněz, že ty peníze, které dostáváme, nejsou ideálně alokovány a že struktura lůžkové péče je designovaná v době, kdy psychiatrie používala velmi odlišné prostředky k péči, dokonce bych řekl k péči a ne léčbě (teď dokážeme léčit), takže velkokapacitní zařízení mají svoje nevýhody, přesto to nevidíme všechno tak radikálně, jak je někdy podávané, že je to černobílé a že žádné lůžko nemá být psychiatrické.“

2. Souhlasíte s názorem, že jsou omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních nadužívány?

MUDr. Hollý: „Ta praxe používání omezovacích prostředků se v jednotlivých zařízeních liší a myslím si, že kroky, které teď dává ta nová metodika, která je přijata, bude dělat kroky k tomu sjednocení a jednotné evidenci a možnému benchmarkingu, a to znamená nějaké debatě nad tím, proč ještě někde se používají tzv. ochranné kabátky a někde se používá víc síťových lůžek a ta argumentace je, že je to vlastně dobrá praxe a někde se bez těch síťových lůžek obejdeme. A v zásadě není to na rovině dobře-špatně, ale tahle debata mezi jednotlivými zařízeními neprobíhá, a to si myslím, že je na místě, aby začala probíhat, ta nějaká jako povinnost evidovat druhy, typy a mít centrálně zachyceno, jaké omezovací prostředky se používají, a to je takovým jako správným krokem a tu praxi bude napravovat.“

MUDr. Páv: „Za mě je také důležité, aby byla věnována adekvátní pozornost tomu, jak v těch místních podmínkách snižovat to používání omezovacích prostředků, protože ty podmínky se velmi liší a je velmi složité označit něco jako nadužívání bez znalosti místní praxe, toho, jací nemocní se dostávají do péče, protože ta síť zařízení je velmi nevyrovnaná, takže je velmi důležité, aby hlavně ta samotná zařízení si dělala analýzu, vedla si tu evidenci, která by byla centralizovaná a podnikaly se účinná opatření ke snižování. Spíš než v absolutním benchmarkingu bych viděl třeba meziroční. Když je určitý trend ke snížení použití, tak je vidět, že ten management nebo ta místní opatření jsou uplatňována a že vlastně jsou účinná. A to bych viděl jako velice podstatné. Další věc bych viděl jako důležité, že někdy třeba CPT vytvoří vnější tlak, ale bez reálných podnětů ke zlepšení. A myslím, že to zlepšení vede mj. také přes trend personálu, přes osvětu, počet personálu, ale samozřejmě i posilování právního povědomí a práv nemocných samotných, aby skutečně ta diskuze byla rovnocenná, ale aby to byla diskuze, aby to nebylo osočování.“

MUDr. Hollý: „Proto je asi pravdou, co jste zase říkala vy, že ten dokument CPT má nádech diskuze nebo je spíš diskuzní než potom ty další dokumenty, které na základě toho vznikají, které jsou skutečně to „my a oni“. A i s těmi komisaři CPT já jsem několikrát mluvil a myslím si, že s nimi je diskuze v naprosté většině témat jako racionální. Pak jsou témata, kde jsme jako hodně pozičně jinde, ale obecně a ještě ke vztahu k omezovacím prostředkům si myslím, že ta debata byla racionální.“

A ještě k tomu pojmu nadužívání, samozřejmě, že se nám může jevit, že v 60. letech byla nadužívána hormonální terapie, pokud se podíváme na dávky, které byly v antikoncepčních pilulkách, a které jsou teď. Takže vždy to nadužívání, pokud se díváme historicky, tak se nám jeví, že to, co se používalo před 20 lety, tak z pohledu současného je nadužíváno. Takže vždy to musíme posuzovat vzhledem k těm aktuálním podmínkám.

A to že prostě počet personálu se obecně asi daří dostávat do nějakého poměru k pacientům, začíná se to nadohled blížit tomu, co je v západní Evropě, tak nám se tady podařilo, že je to 1:1 celkový počtu personálu k celkovému počtu pacientů hospitalizovaných, tak samozřejmě je jinak, než když

je to 0,8:1. A tam bych byl rezervovaný používat slovo nadužívání, protože v té chvíli to mohla být ta nejlepší a nejhumánnější a nejbezpečnější varianta, jak zajistit péči.“

MUDr. Páv: „Tady bych jen dal poznámku, že samozřejmě práva pacientů jsou velmi důležitá, ale práva personálu jsou také velmi důležitá, protože je potřeba vnímat to, že personál není v pozici policistů, nemá možnost uplatnit jakoukoliv formu donucovacích prostředků, oni mají pouze zdravotnické prostředky a jsou velmi neadekvátně placeni pro ta možná rizika, která vznikají při napadení druhou osobou mužského pohlaví včetně žen. Takže je potřeba to vnímat tak, že jsou to všichni lidé, kteří jsou spolu v uzavřeném a ta rizika jsou na straně toho nemocného nebo nemocné, ale i na straně toho ošetřujícího personálu. A všichni z nich mají také práva a samozřejmě i do určité míry povinnosti pak k managementu, aby chránil jak nemocné, tak i ten personál. To také často není tak úplně zmiňováno, že ten personál je vlastně také ohrožen. Samozřejmě dostává za to mzdu. Ale otázka je tam v adekvátnosti míry toho rizika, kterou podstupují.“

MUDr. Hollý: „Když vznikaly psychiatrické nemocnice před těmi sto lety, tak ošetřovatelé v nějaké formě služebního poměru, oni si museli třeba žádat o propustku, aby mohli do města. Ošetřovatel musel řediteli napsat, že by potřeboval propustku, protože jinak byl v permanentní pohotovosti. Buď byl ve službě nebo byl v pohotovosti na baráku. Jenom je to ukázka toho, jak jsme někde jinde. Nyní jsou lidé zaměstnaní a nejsou pod služebním zákonem jako policisté a hasiči, přestože po nich někdy vyžadujeme jít do velmi rizikových situací.“

3. Dokážete si představit, že by byly omezovací prostředky odstraněny úplně, jak se můžeme dočíst k nastíněné variantě péče ve zprávě CPT?

MUDr. Páv: „Použiju takový příklad. Existují typy právních řízení, kdy ten člověk spáchá vážný trestný čin, je znalecky posuzován, je seznán zcela nepřičetným a v tom okamžiku to trestní řízení končí. A je zastaveno. A přestože ten člověk má vymizelý kontakt s realitou, prokazatelně přitom spáchal ublížení na zdraví nebo i závažnější zločin, je exkulován a je převážen do psychiatrického zařízení. Je pro mě velice obtížně představitelné, že v tomhle okamžiku budu řešit tento problém pouze pohovorem, když do té doby byl omezen jaksi pouty v doprovodu čtyř policistů, kteří nám ho přivedou, a nyní bychom neměli jakoukoliv možnost se chránit.“

A ten případ se stal tady takový, kdy jsme neměli toho člověka bezpečně umístit tak, aby nebyl přímým ohrožením pro své okolí, když už to, řekl bych, velmi zřetelným způsobem prokázal a z čistě právních důvodů nemůže být jaksi v cele a musí být v psychiatrické nemocnici. Tak na tomto případu, si myslím, se dobře ukazuje, že - jsou to jistě možná výjimky, možná jich může být mnohem méně - ale pro mě je to nepředstavitelné.“

MUDr. Hollý: „Já myslím, že ten trend snižování je správný, máme se pořád u každého použití omezovacího prostředku ptát, jestli jsme ho použít museli, ale nedokážeme – a já si osobně nedokážu představit – abychom měli ve 100% odpověď, že jsme ho použít nemuseli.“

Já jsem byl v prosinci na malé konferenci, kde jedna z přednášek byla jako příklad dobré praxe psychiatrické nemocnice bez použití omezovacích prostředků, resp. s nulovým použitím omezovacích prostředků ze Švýcarska a ten systém, si myslím, že byl uvěřitelný a nastavený dobře. Je faktem, že do té nemocnice se pravděpodobně tyhle forenzní hospitalizace nedostávaly a je také faktem, že to personální vybavení bylo v řádech jiné, než ho máme teď, a vlastně tam v té nemocnici, která měla, já nevím, 150 či 200 lůžek, tak permanentně sloužil krizový tým. Vedle běžné služby, že tam bylo 5 lidí proškolených v deeskalačních technikách, kterých součástí byl prostě ten pohotovostní psychiatr, který byl do 5 minut u jakéhokoliv potenciálního neklidu s vyškolenou partou lidí a vlastně se jede tou fyzickou převahou, nekontaktní, diskuzní, jako ve stručnosti. To je něco, co je v našich podmínkách nepředstavitelné.

A pak ještě jeden jako fous toho managementu neklidu. My často potřebujeme a používáme – a ono to zní hrozně, když se to řekne z tohoto pohledu – používáme omezovací prostředek proto, abychom před tím neklidným pacientem chránili jiné pacienty, protože prostě nemáme jednolůžkové pokoje, nemáme dvoulůžkové pokoje, máme pokoje tří-, pěti-, osmi-, desetilůžkové a vlastně tam je to ochrana těch ostatních. Takže ano, stavebnětechnické a tzv. hotelové služby

mohou také přispět k tomu, abychom méně používali omezovací prostředky, protože ten time-out room, prostě pokud bude zajištěn a ten člověk si může někam zalézt a není to izolace, je to prostě pro něho bezpečný a pro ostatní bezpečný prostor, tak nemusíme použít omezovací prostředek.

A ještě jedna poznámka k tomu, jak jste se ptala, tak myslím si, že je velmi rozdílné vnímání toho pojmu chemický omezovací prostředek a myslím si, že my asi v podstatě jako lékaři mnohé podání psychofarmak vnímáme jako léčebné, ne jako omezující, protože např. psychomotorický neklid je příznakem té duševní poruchy, kterou my léčíme. Asi prostě pořád hledáme tu hranici, kde už je to jakoby omezovací prostředek, protože nepochybně si jako lékaři také dokážeme představit, že toho člověka jako znehybníme našimi psychofarmaky...“

MUDr. Páv: „To praktický neděláme, protože jsou taky samozřejmě lékařská rizika. Vyšší dávka psychofarmak může vést třeba i k srdeční zástavě, takže je to riziková věc a je potřeba volit vlastně tu šetrnější formu vždycky.“

MUDr. Hollý: „To je nám často přisuzováno, že každé podání psychofarmak, je vlastně omezovacím prostředkem, ale my proti tomu říkáme, že každé použití psychofarmak je vlastně léčebné. Ta hranice je prostě diskutovatelná.“

4. CPT např. uvádí, že v Kosmonosech dochází k nedostatečné evidenci používání psychofarmak jako omezovacích prostředků. Může to být sporným bodem?

MUDr. Hollý: „Hranice není určena typem psychofarmaka, ale kontextem situace.“

MUDr. Páv: „A ještě bych trošičku upřesnil – bez vnitřní evidence neznamená, že to není zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci. Oni to pouze neevidují jako omezovací prostředek, ale samozřejmě podání a určitý popis té situaci v dokumentaci je. To jsou dvě rozdílné věci.“

5. Myslela jsem to právě tak, že v Kosmonosech to nevyhodnotili jako použití omezovacích prostředků, výbor CPT to viděl opačně.

MUDr. Hollý: „A to si myslím, že je právě důležitá ta – tam můžu možná použít slovo „vynucená“ vnitřní diskuze v těch psychiatrických nemocnicích samotných, aby se prostě ta diskuze vedla, abychom nebyli v závěsu nějakých historických zvyklostí a abychom vnímali, že i to, co se vnímá jako omezovací prostředek a co se má evidovat, je nějaký dynamický proces a je to vlastně proces učení se vzájemného, posun vnímání v lidských právech. To všechno jsou prostě věci, které jsou reálné, je potřeba na ně nějakým způsobem reagovat.“

6. V brožuře LLP jsem se dočetla, že v PNB používáte 1 síťové lůžko pro jednu konkrétní pacientku. Je tomu stále tak?

MUDr. Páv: „Ano. Ale je to stejné, jako když se bavíme o použití izolační místnosti. Říká se tomu místnost určená k bezpečnému pohybu, ale teprve teď ten metodický pokyn definuje, co to znamená, a tam je důležité, že je to místnost, kterou nemůže ten nemocný kdykoliv o své vůli, ze svého rozhodnutí opustit. A to je třeba jedna z věcí. Zákon třeba nedefinuje uzavřené oddělení, co to je, a tam je vlastně velmi obtížné dohodnout se na té praxi, co je a co není uzavřená místnost nebo oddělení nebo budova, protože zase na druhou stranu existují nějaké situace, kdy je potřeba tu budovu zamknout na noc, zabezpečit proti vniknutí cizích osob v noci apod. Takže to jsou vlastně věci, které podléhají tady té dynamické definici té dobré praxe a je dobré se napříč shodnout, jak to je nebo jak to není.“

Stejně tak to síťové lůžko, když není uzavřeno a je používáno pouze jako bezpečný prostor a člověk není uzavřen vevnitř – je to omezovací prostředek nebo není? Z definice ano. Máme tam síťové lůžko, ale ta pacientka má možnost vstát, projít se po pokoji a pak opět ulehne do toho síťového, které ale je odemčené.“

MUDr. Hollý: „Já vnímám jako regulérní debatu o tom, že jestli to má být tak, že síťové lůžko je omezovací prostředek a není to jenom – a to já osobně nepokládám za dobrou praxi, ale rozumím zase těm důvodům, proč to tak je – ale věřím, že pacient by měl mít svou postel a měl by mít zvlášť to síťové lůžko. A to často zaměňujeme a historicky se to zaměňovalo, že prostě když je ta síť nahore, tak je to normální lůžko a jakmile se zavře, tak je to síťové. A jsem přesvědčen, že budeme-li se ptát naprosté většiny pacientů, tak to nebudou vnímat negativně, ale v rámci humanizace, že tak by to být nemělo a měli bychom směřovat skutečně k tomu, že je to prostě omezovací prostředek, a ne jenom že prostě zavřeme klece na noc. S prominutím. Ale co se týká té naší praxe, čas od času to bereme do diskuze s lidmi na tom oddělení. To jedno síťové lůžko je skutečně pro jednu pacientku. Je to na vyžádání její rodiny. Zatím ta debata skončila tak, že změna péče, protože je to prostě nějakým způsobem složitá dívčina, s kterou je to takto nastavené, a změna toho stereotypu, který vlastně je nějak zaběhlý, má víc rizik než to ponechání. A například to po debatě s LLP, ta jejich interpretace, která je minimálně s nádechem negativním, mně přišla jako nefér, protože jsem si to vysvětlovali, všechno jsme s nimi prošli, viděli to.

7. Dochází k nějaké častější debatě s LLP? Vnímám psychiatrické nemocnice a LLP jako dvě strany barikády, kde je diskuze téměř nemožná.

MUDr. Páv: „Ještě je tam potřeba vnímat jednu věc – LLP se zastává primárně duševně nemocných, ale my jsme v situaci, kdy je k nám přivážena osoba, která se chová podobně, ale my nevím, jestli je to duševní nemoc, nebo je to kupříkladu projev povahy. A to je právě také jeden z bodů, že právě z důvodu zabezpečení druhých pacientů, personálu toho člověka třeba omezíme do určité míry, když se chová násilně apod., ale my také dokážeme říct, že to není duševní choroba. A pak už by to byla vlastně normální kriminálně jednající osoba, kde samozřejmě nikdo nebude obviňovat policii, že použila vůči násilně se chovajícímu muži donucovací prostředky, to je jejich práce, ale pakliže ta osoba je v našem zařízení, úplně stejná, chovající se stejně, my jsme obviňováni z toho, že ji krátime na jejich lidských právech.

Takže to je jeden aspekt, že máme část osob, kteří nejsou duševně nemocní, ale my to nevíme a naším úkolem je to zjistit, zda podkladem toho chování je duševní nemoc nebo choroba, a potom co to vyloučíme, tak ho předáváme policii. A LLP nás z tohoto nevyviní, protože to je součást naší práce. A další věc je, že v některých systémech, třeba myslím zrovna v tom Švýcarsku, je určitý preventivní prvek v tom ambulantním léčení, tzn. člověk nemá nařizenou ambulantní léčbu, ale je tam duševní onemocnění, je nějak vyhodnocena rizikovost potenciální a je jaksi nařizeno nějakým právním kolečkem, kde soud nebo jiná právní instance řekne, že z těch důvodů je jasně povinné léčení. To je prevence tomu, aby se rozvinul stav, který třeba si pak vyžádá aplikaci těch omezovacích prostředků. Já neříkám, že je to něco, co by v našem systému mělo být nebo nemělo být, ale že jsou systémy, které určitou míru restriktivity uplatňují na ty, kteří jsou nemocní a zároveň mají...“

MUDr. Hollý: „Je to jakási obdoba detenčního řízení, které – teď nemluvíme o ochranném léčení, ale o detenčním řízení, kdy člověk je nebezpečný sobě nebo okolí a musí zůstat na lůžku, tak zejména skandinávské země, Anglie mají tuto praxi i v ambulanci. To znamená, že člověk ještě nic neudělal, ale musí docházet k lékaři a léčit se, protože pokud to nenaplní, tak půjde do ústavu. Takže mají jakoby nějakou měkčí variantu, což si myslím, že v nějaké fázi transformace toho systému má smysl.

Ted' v Anglii vyšla nějaká studie, která srovnává standardní komunitní péči s touto ambulantní detencí a neprokázala větší efektivitu té ambulantní detence, ale je to v systému, kde je velmi silně rozvinutá ta terénní, komunitní péče, takže já věřím, že nakonec to nemusí být, ale minimálně v tom období transformace si myslím, že by to nebylo špatné, ale byl by to významný zásah do toho, jak to máme ve zdravotnickém zákoně. Já nevím, jestli se to podaří realizovat.“

MUDr. Páv: „Na co tím poukazují, že určitá míra restriktivity vůči potenciálně rizikovým osobám existuje a měla by být, protože je to obecně ochrana společnosti a taky pacientů, takže pro určitou vyváženost diskuze mi pak chybí – říkat my aplikujeme něco, ale zároveň se pak neříká, že někde

jinde jsou uplatňována jiná opatření nebo jiné postupy, které jsou dejme tomu více preventivní, ale v konečném důsledku pro toho pacienta taktéž narušující jeho svobodnou volbu nebo jeho svobodu.“

MUDr. Holý: „V té debatě postrádám – a je to asi srozumitelné a logické – že lidé vzděláni v právu nevnímají tu psychopatologii a my zase často nevnímáme ty právní konsekvence. Tím jen navazuju na to, že jsme otevřeni debatě s LLP nebo jinými lidskoprávními organizacemi – a mohl bych vyjmenovat od toho, že tady děláme stáže pro kancelář veřejného ochránce práv, loni v září tady byla návštěva nějakého vládního výboru pro lidská práva. Myslím si, že jsme otevřeni a není to tak, že bychom nechtěli s těmi lidmi mluvit, ale právě z těch debat mi často přijde, že ty pohledy jsou fakt jako velmi odlišné a pokud někdo – to je takový extrémní příklad – má zaneřádný byt po strop a budeme se bavit, že je to jako jeho rozhodnutí, jeho životní styl, když víme, že pokud začne brát tak, že za dva týdny bude sám vyklízet, protože mu to začne vadit. A my samozřejmě na začátku nevíme, jestli... že ta presumpce nemoci, že ta nemoc mění myšlení, mění rozhodování, mění toho člověka v těch rozhodovacích a ovládacích schopnostech, tak tohle je často vlastně obcházeno lidmi s právním názorem a berou to vlastně jako, že je to vlastně zdravý člověk, který se rozhodl chovat se jako nemocný. A my bychom mu neměli v tom rozhodnutí bránit. Tohle je mé možná neuměle vyjádření toho, jak často jsme naprosto...“

MUDr. Páv: „Já to řeknu jinak. Je to velice častá past, do které padají i sami lékaři, kteří pracují v psychiatrii, natož laici. Zhruba polovina nemocných třeba schizofrenií má z povahy té nemoci neschopnost uvědomit si, že jsou nemocní. Ti lidé to neví, je to stejné jako blud – nevývratné přesvědčení, že jsem zdravý, přestože i laikovi, který není nikterak vzdělán, je zřejmé, že rozhodnutí toho člověka jsou ovlivněna nemocí, že jedná, chová se, prožívá věci, které jsou tak nápadné, že nejsou rozhodně standardní, ale ten člověk je nevývratně přesvědčen, že je zdravý, že kupříkladu ty hlasy nebo jiné příznaky choroby jsou vyvolány naopak tou psychiatrickou léčbou nebo tou podávanou medikací. A tady se dostáváme do toho, co je vlastně svobodná vůle u takovéto osoby. My se spíše kloníme k názoru, že ta osoba nejedná svobodně, protože jsou tam přítomny příznaky onemocnění, ale čistě právní pohled, když někdo deklaruje, je to moje svobodná vůle, jsem zcela zdravý a nemoc mi způsobil – nebo někdo jiný říká, že jsem nemocen, tak – rozumíme si? A to je něco, co ve zbytku medicíny není, resp. jenom vzácně v případě některých neurologických onemocnění, ale u nás je to spíše denní chleba než cokoliv jiného.“

MUDr. Holý: „Také není daleko doba, kdy – tak jako s nadějí se s tavím k tomu – vytvoříme alespoň u části těchto lidí průlom v tom, protože už se ukazuje, že dokážeme změřit funkci mozku a ukázat na obrázku, že tento člověk si skutečně jako neuvědomuje. Zobrazovací metody nám můžou v tomto pomoci. Já nevím, jestli je to 5 let nebo 15 let, ale při tom současném dynamickém vývoji si myslím, že to není to prostě za sto let nebo úplně imaginární. Teď jsou první experimentální důkazy toho, že nenáhled je funkce mozku.“

Páv: „To je něco, jako když se taky nevědělo, že existuje krevní cukr, a dneska víme a nikdo nezpochybňuje laboratorní výsledek kupříkladu záchytu viru hepatitidy, že neexistuje jen proto, že není možné si na něj sáhnout. Tak stejně tak, pakliže se ukáže nějaký typický patologický nebo pro schizofrenii typický vzorec aktivace, tak pak je možné říci, tady to skutečně vidíme, ta neuronální síť reaguje velmi odlišně.“

MUDr. Holý: „A víme, že třeba za pět let bude ten mozek strukturálně tak poškozen, že to bude nevrátne. A v této chvíli, pokud na základě takovéhoho skenu začneme léčit, tak to tak nedopadne. Já v tom vnímám také spoustu rizik, které můžou nastat. Jsou to jakoby vyjasněním a projasněním těch prognóz, ale na druhou stranu je to něco, co každý obor medicíny nějakým způsobem zažil. Stejně jako za bolest břicha může appendix, tak dávno se tomu nevěřilo.“

8. Při rešerši jsem se setkala především s články, které byly vůči psychiatrickým nemocnicím negativní. Mnohdy jsem měla dojem, že jsou až bulvarizované.

MUDr. Holý: „Obecně, když to zase vztáhnou do českého prostředí, tak je to více zákopová válka

než debata. Nemyslím, si, že bychom my byli standardním obrázkem komunikace s lidskoprávníky z psychiatrických nemocnic. Dovolím si říct, že v tomto někdy jsme i jako obviňováni – teď myslím za psychiatrickou nemocnici – ve smyslu proč se s nimi bavíme nebo bacha na to, abychom nebyli příliš otevření. A je faktem, že právě třeba brožura LLP o síťových lůžkách dávala všem kolegům zapravdu, která nás varovala o tom, abychom nebyli příliš otevření. Ale já mám takové jako jednoduché pravidlo, že je lepší spolupracovat, než nespolupracovat, což možná zní jako triviálně, ale asi se budeme i nadále snažit si stát za tím, co dělám, protože si myslím, že ta hranice, kterou si nějak nacházíme, ale která je někde daná a my budeme kolem ní nějak lavírovat, tak je prostě správná a s respektem k pacientům je spousta chyb, které se asi stanou v tom procesu. Taky jsme velké zařízení, ale primárně jako ten...se snažíme ty chyby minimalizovat a obhajovat celou tu lidskoprávní oblast.“

MUDr. Páv: „Ale zároveň i ta otevřenost, aby nemocný měl možnost komunikovat, aby chodili důvěrníci, aby chodili advokáti. Velké problém s těmi advokáty jsou např. v rámci detenčních řízení, kdy je to tak špatně honorované, kdy jaksi...LLP jsou také právníci, ale když jsme teď za půl rok měli jednoho mladého advokáta, který tady přišel pod hrozbou toho, že ho jeho mandantka bude žalovat, protože jí adekvátně nezastupuje, a on otevřeně říkal: „Za ty peníze je to pro mě – já jenom se nechci podrobovat tomu stížnostnímu řízení na advokátní komoře.“ Takže to je myslím taky špatná praxe. Advokáti nejezdí za těmi nemocnými a nezastupují je v těch detenčních řízeních tak, jak by měli. Nevím, proč to je, jestli to ti klienti primárně nechtějí, ale část toho je možná také motivace nebo nemotivace těch ex offio advokátů. A to si myslím, že také není úplně dobře, a tady v tom také i vítám, že bude posílená ta dohledová pravomoc státního zastupitelství, protože – opět neříkám, že nemůže nastat určité individuální pochybení – systémově ty osoby, které přijímáme nedobrovolně, přijímáme v souladu, poučujeme je, vydáváme jim jejich práva, zbytečně neomezujeme jejich přístup právě k právním zástupcům ani ke komukoliv jinému, koho by chtěli konzultovat, pouze jenom v případě, kdy třeba příbuzní nerespektují...“

Takže já si myslím, že naše praxe v tomto je poměrně transparentní a že vlastně i ten tlak z právní obce na tu LLP, myslím tedy nikoliv lékařský, ale právní pohled může taky potom přispět k tomu, že se ten pohled stane plastičtější a víc v realitě ukotveným, než takový jednorázový, černobílý.“

MUDr. Holý: „To, co je důležité, nebo takový sukus toho, co říkal Marek, že je to na nás, abychom se sami hlídali. Nemáme tu protistranu, máme jenom pacienta, který je vlastně vulnérabilní, nemocný, často extrémně brojivý anebo extrémně podrobivý ve své nemoci. Nemáme toho jeho právního zástupce, který by s námi vedl debatu o tom, jestli to musí být, nemusí být, nebo jestli jsme použili všechny alternativní prostředky. Musíme se hlídat sami a myslím, že na to, že se hlídáme sami, tak si myslím, že je to jako velmi dobrá praxe.“

Když si představíme, kdy v systému je zpětná vazba jen na jedné straně a není proti tomu – ano, možná nějaká obava z toho, že nám zákon, ale ti soudci, kteří přijdou a vyslechnou, nebo vyšší soudní úředníci, vyslechnou pacienta pár minut, tak vlastně ten soudce by měl být uprostřed...asi víte o čem mluvím.“

9. Jak se stavíte k názoru, že by se klecová, resp. síťová lůžka měla okamžitě přestat používat?

MUDr. Holý: „Já myslím, zcela teoreticky, když si představím to portfolio omezovacích prostředků, které nám zákon nějakým způsobem vyjmenovává, tak já si dokážu představit, že bych síťové lůžko použil i vícrát než u této jedné pacientky. A že síťová lůžka nemají nějak jako zásadně jiné vymezení a pokud se na to dívám z čistě obecného pohledu, tak si dokážu představit, že pokud je adekvátně použito, tak může být lepší než třeba kurtování. Na druhou stranu je faktem, že třeba to síťové lůžko právě proto, že je takové jako relativně pohodlné nebo má nádech té pohodlnosti, člověk se může podrbat na nose, což v těch kurtech nemůže, tak dává jakýsi větší prostor představě, že vlastně tomu člověku je tam dobře a nemusíme se ho ptát na to, jak se prostě cítí, takže má větší nádech toho, že se bude nadužívat s takovým tím jako blahosklonným, že vlastně je to pro ty lidi dobře, že ty omezovací prostředky typu kurtů, tak vlastně ve všech nás

vyvolávají to, že pro toho člověka je to nepohodlné a my bychom to měli automaticky zkracovat. A pokud to posunu do té anglické praxe, kde vlastně jediným možným omezovacím prostředkem je ten úchop partou lidí, tak trochu vnímám tu linku, že pokud musím na někom klečct, tak na něm nechci klečct pět hodin.

Takže z toho hlediska si dokážu představit, že to síťové lůžko, pokud by bylo v ideálních podmínkách používáno zcela indikovaně a vlastně při nějaké možné až spolurozhodovací praxi s tím klientem, tak je vlastně dobře a asi jsem proti tomu, abychom říkali s takovou jistotou, že je potřeba je přestat používat. Cítím za tím trochu to, že prostě u dalšího omezovacího prostředku budeme mít odfajknuto, že už prostě nebude. Ale na druhou stranu, já tady jako ředitel asi nepovolím používání dalšího, taky proto, že vlastně jedno máme odškrtnuto.

Ta snaha minimalizovat jde někdy i tím způsobem, že tak jako tady nemáme svěřací kazajky a už je nikdy nebudeme mít a musíme si vystačit s tím, co máme.“

Následovalo poděkování a rozloužení.

Seznam použitých zkratk

CAT	Výbor OSN proti mučení
CPT	Evropský výbor pro prevenci mučení a nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání
ČR	Česká republika
ESLP	Evropský soud pro lidská práva
EÚLP	Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod
MDAC	Mental Disability Advocacy Center – Centrum advokacie duševně postižených
NGO	Non-Governmental Organization – nevládní nezisková organizace
OPCAT	Opční protokol k Úmluvě OSN proti mučení
OSN	Organizace spojených národů

Seznam použitých zdrojů

Seznam použité literatury

ČEPELKA, Čestmír, ŠTURMA, Pavel. *Mezinárodní právo veřejné*. 1. vydání. Praha: C.H. Beck, 2008, ISBN 978-80-7179-728-9

CHROMÁ, Marta. *Anglicko-český právní slovník*. 2. upravené vydání. Praha: LEDA, 1997, ISBN 80-85927-25-X

KRNEC, Jiří. *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2012, 978-80-7400-365-3

MALÍŘ, Jan, DOLEŽAL, Tomáš. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2016, ISBN 978-80-7552-224-5

ŠTURMA, Pavel. *Mezinárodní a evropské kontrolní mechanismy v oblasti lidských práv*. 3. doplněné vydání. Praha: C. H. Beck, 2010, ISBN 978-80-7400-318-9

ŠTURMA, Pavel. *Úvod do evropského práva ochrany lidských práv*. Praha: Karolinum, 1994, ISBN 80-7066-951-9

ŠTURMA, Pavel, HÝBNEROVÁ, Stanislava, ONDŘEJ, Jan, BALAŠ, Vladimír, BÍLKOVÁ, Veronika, HONUSKOVÁ, Věra, *Konkurující jurisdikce mezinárodních rozhodovacích orgánů*. 1. vydání. Praha: PF UK, 2009, ISBN 978-80-87146-19-4

Seznam použitých právních předpisů

Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, Rada Evropy, Řím, 4. 11. 1950, dostupné také z: https://www.echr.coe.int/documents/convention_ces.pdf

Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání, Rada Evropy, Štrasburk, 26. 11. 1987, dostupné také z: <https://rm.coe.int/16806dbaa1>

Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, OSN, New York, 19. 12. 1966, dostupné také z: <https://www.ustrcr.cz/data/pdf/projekty/usmrceni-hranice/pakt.pdf>

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, OSN, New York, 13. 12. 2006, dostupné také z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf/1e95a34b-cbdf-0829-3da2-148865b8a4a8

Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, OSN, New York, 10. 12. 1984, dostupné také z: <https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-proti-muceni.pdf>

Všeobecná deklarace lidských práv, OSN, Helsinky, 10. 12. 1948, dostupné také z: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/czc.pdf

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 372/2012 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

Seznam použité judikatury

Aerts proti Belgii, stížnost č. 25357/94, rozsudek ESLP ze dne 30. 7. 1998

Ashingdane proti Spojenému království, stížnost č. 8225/78, rozsudek ESLP ze dne 28. 5. 1985

Aswat proti Spojenému království, stížnost č. 17299/12, rozsudek ESLP ze dne 16. 4. 2013

Benjamin a Wilson proti Spojenému království, stížnost č. 28212/95, rozsudek ESLP ze dne 26. 9. 2002

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

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

Hénaf proti Francii, stížnost č. 65436/01, rozsudek ESLP ze dne 27. 11. 2003

Herczegfalvy proti Rakousku, stížnost č. 10533/83, rozsudek ESLP ze dne 24. 9. 1992

Irsko proti Spojenému království, stížnost č. 5310/71, rozsudek ESLP ze dne 18. 1. 1978

Keenan proti Spojenému království, stížnost č. 27229/95, rozsudek ESLP ze dne 3. 4. 2001

Nevmerzhitsky proti Ukrajině, stížnost č. 54825/00, rozsudek ESLP ze dne 5. 4. 2005

Paposhvili proti Belgii, stížnost č. 41738/10, rozsudek ESLP ze dne 13. 12. 2016

Pretty proti Spojenému království, stížnost č. 2346/02, rozsudek ESLP ze dne 29. 4. 2002

Savran proti Dánsku, stížnost č. 57467/15, rozsudek ESLP ze dne 7. 12. 2021

Selmouni proti Francii, stížnost 25803/94, rozsudek ESLP ze dne 28. 7. 1999

Silmani proti Francii, stížnost č. 57671/00, rozsudek ESLP ze dne 27. 7. 2004

Stewart-Brady proti Spojenému království, stížnost. 27436/95, rozsudek ESLP ze dne 2. 7. 1997

Tyrer proti Spojenému království, stížnost č. 5856/72, rozsudek ESLP ze dne 25. 4. 1978

Varbanov proti Bulharsku, stížnost č. 31365/96, rozsudek ESLP ze dne 5. 10. 2000

Wilkinson proti Spojenému království, stížnost č. 14659/02, rozsudek ESLP ze dne 28. 2. 2006

Winterwerp proti Nizozemí, stížnost č. 6301/73, rozsudek ESLP ze dne 24. 10. 1979

Seznam použitých internetových zdrojů

Articles 3 and 5 § 1(e) Treatment of persons of unsound mind and lawfulness of detention under Article 5 of the Convention, Council of Europe, European Court of Human Rights, 2018 dostupné také z:
https://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_treatment_unsound_ENG.PDF

BAROCH, Pavel. *Konec síťových lůžek*, Týdeník Hrot, 28. 3. 2022

CAMERON, Jasmine. *Mental Health Law: International Legal Standards and Human Rights, Legal Dialogue*, 16. 10. 2017, dostupné také z: <https://legal-dialogue.org/mental-health-law>

CIUPKOVÁ, Tereza. *Patnáct let prevence špatného zacházení v České republice*, Centrum pro lidská práva a demokracii, 10. 6. 2022, dostupné také z:
<https://www.centrumlidskaprava.cz/blog/patnact-let-prevence-spatneho-zachazeni-v-ceske-republice>

CURTICE, Martin. *The European Convention on ARTICLE Human Rights: an update on Article 3 case law, Advances in psychiatric treatment*, 2010, dostupné také z:
<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/149A14E589B8716C47AABE7B64BF9E11/S1355514600006672a.pdf/the-european-convention-on-human-rights-an-update-on-article-3-case-law.pdf>

Doporučený postup Používání omezovacích prostředků, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 28. 1. 2021, dostupné také z:
https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/doporuceny-postup-pouzivani-omezovacich-prostredku?term_id=134

Factsheet – Detention and mental health, European Court of Human Rights, leden 2020, dostupné také z: <https://inhak.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/1442020211110Tutuklama%20ve%20Ruh%20Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>

International standards on the right to physical and mental health, United Nations, Special Rapporteur on the Right to Health, dostupné také z: <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-health/international-standards-right-physical-and-mental-health>

Involuntary placement and involuntary treatment of persons with mental health problems, FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2012, dostupné také z:
https://fra.europa.eu/sites/default/files/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-of-persons-with-mental-health-problems_en.pdf

KEMÉNYOVÁ, Zuzana. *Dva a půl tisíce pacientů se už díky reformě dostalo z léčeben domů*, Hospodářské noviny, 22. 4. 2021, dostupné také z: <https://archiv.hn.cz/c1-66871750-dva-a-pul-tisice-pacientu-se-uz-diky-reforme-dostalo-z-leceben-domu>

Klecová lůžka a používání omezovacích prostředků v českých psychiatrických zařízeních, MDAC, červen 2014, dostupné také z:
https://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/klecova_luzka_a_pouzivani_omezovacich_prostredku.pdf

Malý průvodce reformou psychiatrické péče, duben 2017, Psychiatrická společnost ČLS JEP, duben 2017, dostupné také z:

https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

Národní akční plán pro duševní zdraví, Úřad vlády České republiky a Ministerstvo zdravotnictví České republiky, leden 2020, dostupné také z:

<https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2020-12/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

Národní akční plán pro duševní zdraví, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, dostupné také z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/reforma/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-napdz>

Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních, Výňatek z 8. obecné zprávy CPT publikované v roce 1998, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, dostupné také z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>

Novela zákona bez připravených pravidel, Medical Tribune, 9. 2. 2022, dostupné také z: <https://www.tribune.cz/archiv/novela-zakona-bez-pripravenych-pravidel/>

Ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata, Zpráva ze systematických návštěv 2019, Veřejný ochránce práv, str. 98, dostupné také z: <https://www.ochrance.cz/uploads/import/ESO/21-2016-NZ-MLU-SZ-ochranne-leceni.pdf>

Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT), Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, dostupné také z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>

PETRŽILKOVÁ, Daniela. *Výbor OSN proti mučení zaslal české vládě seznam otázek*, Centrum pro lidská práva a demokracii, 15. 6. 2022, dostupné také z: <https://www.centrumlidskaprava.cz/vybor-osn-proti-muceni-zaslal-ceske-vlade-seznam-otazek>

Publikace CPT ve zkratce, Rada Evropy, dostupné také z: <https://rm.coe.int/16806dbbee>

Reforma psychiatrie: Česko definitivně skončilo s kritizovanými klecovými lůžky, Deník, 2. 3. 2022, dostupné také z: <https://www.denik.cz/zdravi/klecova-luzka-sit-cesko-konec.html>

Report to the Government of the Czech Republic on the visit to the Czech Republic carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 16 to 26 February 1997, Council of Europe, European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, dostupné také z:

<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680695605>

Shrnutí, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168095aeb3>

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky, část 2. – Zpráva z kvalitativního výzkumu, datum vydání neuvedeno, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, dostupné také z:

https://socialnipolitika.eu/wpcontent/uploads/2019/07/Psychiatrie_Zpra%CC%81va-z-kvalitativni%CC%81ho-vy%CC%81zkumu.pdf

Souhrny případů Evropského soudu pro lidská práva týkající se duševní poruchy, MDAC, dostupné také z:

https://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/Czech_Summaries%20of%20Mental%20Disability%20Cases%20Decided%20by%20the%20European%20Court%20of%20Human%20Rights.pdf

Strategie reformy psychiatrické péče, verze 1.0, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 8. 10. 2013, str. 9, dostupné také z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/202103/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8D.pdf>

ŠTINGL, Michal. *Náměstek bohnické psychiatrie: Jsme podfinancovaný a opomíjený obor*, ctidoma.cz, 21. 3. 2016, dostupné také z: <https://www.ctidoma.cz/zdravi-styl/2016-03-21-namestek-bohnicke-psychiatrie-jsme-podfinancovany-opomijeny-obor-22003>

Vyjádření vlády České republiky ke Zprávě o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Výbor CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, vláda ČR, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168099334a>

Vznikají závazná pravidla pro použití omezovacích prostředků ve zdravotnictví. Do novely zákona se však dosud nedostala, Zdravotnický deník, 1. 2. 2022, dostupný také z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2022/02/vznikaji-zavazna-pravidla-pro-pouziti-omezovacich-prostredku-ve-zdravotnictvi-do-novely-zakona-se-vsak-dosud-nedostala/>

Změna pravidel pro používání omezovacích prostředků ve zdravotnictví míří dobrým směrem. Do zákona se ale dostala bez širší diskuze s odborníky, tisková zpráva, Veřejný ochránce práv, 8. 2. 2022, dostupné také z: https://www.ochrance.cz/aktualne/zmena_pravidel_pro_pouzivani_omezovacich_prostredku_ve_zdravotnictvi_miri_dobrym_smerem_do_zakona_se_ale_dostalaBez_sirsi_diskuze_s_odborniky/

Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 2. až 11. října 2018, Rada Evropy, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, dostupné také z: <https://rm.coe.int/168095aeb2>

Seznam ostatních zdrojů

Důvodová zpráva k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Konference Vidíme již novou podobu péče o duševně nemocné v praxi, Workshop: Omezovací prostředky – Možnosti prevence a předcházení jejich použití, Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 20. 5. 2021, dostupné také z: <https://www.youtube.com/watch?v=MyoafQeDE6w>

Rozhovor s MUDr. Martinem Hollým, tehdejším ředitelem PN Bohnice, a MUDr. Markem Pávem, Ph.D., MBA, náměstkem pro lékařskou péči PN Bohnice, ze dne 30. 6. 2017

Zacházení s osobami s duševní nemocí z hlediska čl. 3 EÚLP a Česká republika

Abstrakt

Diplomová práce je věnovaná především možným podobám špatného zacházení s osobami s duševní nemocí. Hlediskem špatného zacházení je přitom čl. 3 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv, tedy úmluvy uzavřené v rámci Rady Evropy. V úvodu jsou popsána nejvýznamnější rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva týkající se této problematiky. Základním pilířem práce je poté však mimosoudní kontrolní mechanismus Rady Evropy založený na kontrolních návštěvách a následných doporučení Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Práce v návaznosti na zjištění CPT popisuje aktuální stav v oblasti používání omezovacích prostředků, který autorka považuje za aktuálně největší zdroj nesouladu názorů v rámci odborné debaty týkající se psychiatrické péče. Obsahem je tedy také popis české právní úpravy používání omezovacích prostředků a hlavních pohledů na jejich výhody, nevýhody a rizika. Závěr práce je tvořen popisem možného řešení nevyhovujícího situace v oblasti zacházení s osobami s duševní nemocí – reformou péče o duševní zdraví.

Pro práci je zvolen analytický přístup s komparativními prvky. Práce se člení na 4 hlavní kapitoly. V první kapitole jsou uvedeny významné rozsudky Evropského soudu pro lidská práva vztahující se k tématu práce. První část judikátů definuje základní používané pojmy, druhá část je tvořena dvěma souvisejícími českými rozhodnutími Evropského soudu pro lidská práva – Bureš proti České republice a Dvořáček proti České republice. Druhá kapitola je věnována CPT včetně rozboru jeho standardů a zprávy z poslední návštěvy České republiky v roce 2018. Třetí kapitola poté popisuje používání omezovacích prostředků v České republice a poslední kapitola obsahuje základní informace k právě probíhající reformě péče o duševní zdraví v České republice.

Klíčová slova: čl. 3 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv, osoby s duševní nemocí, reforma péče o duševní zdraví v České republice

Treatment of persons with mental disorders from the point of view of Art. 3 of the European Convention on Human Rights and the Czech Republic

Abstract

The diploma thesis is mainly dedicated to possible forms of ill-treatment of people with mental disorders. The main aspect of ill-treatment in the thesis is Article 3 of the European Convention on Human Rights, the convention concluded within the Council of Europe. The introduction describes the most important decisions of the European Court of Human Rights on this issue. However, the basic pillar of the work is the out-of-court control mechanism of the Council of Europe based on inspection visits and subsequent recommendations of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Following the CPT's findings, the work describes the current state of affairs in the use of restraints, which the author currently considers to be the largest source of disagreement in the professional debate on psychiatric care. The content therefore also includes a description of the Czech legislation on the use of restrictive measures and the main views on their advantages, disadvantages and risks. The conclusion of the thesis consists of a description of a possible solution to the unsatisfactory situation in the field of treatment of people with mental disorders – mental health care reform.

An analytical approach with comparative elements is chosen for the thesis. The work is divided into 4 main chapters. The first chapter presents important judgments of the European Court of Human Rights related to the topic of the thesis. The first part of the case law defines the basic terms used, the second part consists of two related Czech decisions of the European Court of Human Rights – *Bureš v. The Czech Republic* and *Dvořáček v. The Czech Republic*. The second chapter is devoted to the CPT, including an analysis of its standards and a report from the last visit to the Czech Republic in 2018. The third chapter describes the use of restraints in the Czech Republic and the last chapter contains basic information on the ongoing mental health care reform in the Czech Republic.

Klíčová slova: Art. 3 of the European Convention on Human Rights, persons with mental disorders, reform of mental health care in the Czech Republic