

Univerzita Karlova v Praze  
Fakulta humanitních studií

Obor: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických  
organizacích

## **Nedobrovolné přijetí na psychiatrii**

Vypracovala: Bc. Eva Korbelová

Vedoucí diplomové práce: Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

Praha 2006

Prohlašuji, že tuto magisterskou práci jsem vypracovala zcela samostatně a uvádím v ní veškeré prameny, které jsem použila.

Datum: 12. května 2006

Velmi děkuji paní prof. PhDr. RNDr. Heleně Haškovcové, CSc za vedení diplomové práce, ochotu a vstřícnost při konzultacích a přínosné podněty a rady v průběhu zpracování.

Také děkuji pracovníkům Psychiatrické léčebny Bohnice v Praze za poskytnutí materiálů k magisterské práci.

## Osnova:

<b>1.</b>						
<b>ABSTRAKT</b> .....						
3						
<b>2.</b>						
<b>ÚVOD</b> .....						
... 4						
<b>3. TEORETICKÁ</b>						
<b>ČÁST</b> .....						6
3. 1. HISTORIE PRÁV PSYCHIATRICKÝCH						
PACIENTŮ.....						6
3. 2. VÝVOJ MEDICÍNY A PRÁVA V PROBLEMATICE HOSPITALIZACE BEZ						
SOUHLASU						
NEMOCNÉHO.....						12
3. 3. INCIDENCE HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU						
PACIENTA.....						16
3. 4. DEFINICE ZÁKLADNÍCH						
TERMÍNŮ.....						17
3.	4.	1.				Informovaný
souhlas.....						17
3.		4.				2.
Revers.....						19
3.	4.	3.	Hospitalizace	bez		souhlasu
pacienta.....						20
3.	4.	4.		Nezletilí		a
nezpůsobilí.....						22
<b>4. PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....						
23						
4. 1. INFORMOVANÝ SOUHLAS V PRAXI, PROBLEMATICKÉ OBLASTI.....						
24						
4.		1.		1.		Sdělení
informací.....						24
4.	1.	2.	Zárok		v péči	o
zdraví.....						27
4.		1.		3.		Formy
souhlasu.....						29
4. 2. REVERS V PRAXI A PROBLEMATICKÉ						
OBLASTI.....						31

4.	2.	1.		Podání
reversu.....			31	
4.	2.	2.	Forma	a obsah
reversu.....			32	
4. 2. 3.	Odmítnutí léčby v souvislosti s léčebným řádem a povinnostmi pacienta.....			33
4. 3. PROCES HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU PACIENTA V PRAXI,				
PROBLEMATICKÉ				
OBLASTI.....				
4.	3.1.	Přístupy	k hospitalizaci	bez souhlasu
pacienta.....				36
4.	3.	2.	Postup při hospitalizaci	pacienta bez jeho
souhlasu.....				40
4.	3.	3.	Dodatečné	udělení
souhlasu.....			40	
4.	3.	4.	Další postup při hospitalizaci	bez souhlasu
pacienta.....			41	
4.	3.	5.		Soudní
řízení.....			41	
4.	3.	6.	Provádění zákroků během léčby	bez souhlasu
pacienta.....			42	
4. 4. NEZLETILÍ A NEZPŮSOBILÍ				
.....				
4.	4.	1.	Průběh	hospitalizace u
nezletilých.....				45
4.	4.	2.	Názor nezletilé osoby,	udělení zástupného
souhlasu.....			45	
4.	4.	3.	Provádění zákroků bez souhlasu	zákonného
zástupce.....			46	
4.	4.	4.	Problematika způsobilosti k právním úkonům	
v praxi.....			47	
4. 5. VZTAH ZDRAVOTNÍKA A NEMOCNÉHO.....				
4.	5.	1.		Rovnoprávný
vztah.....			48	
4. 5. 2.	Vztah zdravotníka a nemocného v situaci hospitalizace bez souhlasu nemocného			
a				odmítnutí
léčby.....			50	

4. 6. PRÁVA PACIENTA V PŘÍPADĚ HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU..... 52

4. 6. 1. Právo na informace..... 52

4. 6. 2. Práva pacienta v soudním řízení..... 53

4. 6. 3. Diskuse o právech nemocných hospitalizovaných bez svého souhlasu..... 55

4. 7. SHRnutí..... 57

**5. ZÁVĚREČNÁ ČÁST..... 59**

5.1. NÁVRH DOPORUČENÍ..... 59

5.2. DISKUSE..... 61

5.3. ZÁVĚR..... 65

**6. SEZNAM ZDROJŮ..... 67**

7. PŘÍLOHY..... 70

PŘÍLOHA I: PROJEKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

PŘÍLOHA II: SMĚRNICE Č. 7 / 2002

Příloha č. 1: Vstupní prohlášení pacienta

PŘÍLOHA III: PRÁVA A POVINNOSTI PACIENTŮ PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ BOHNICE

## 1. ABSTRAKT

Předkládána magisterská práce zpracovává téma přijetí a hospitalizace na psychiatrii bez souhlasu pacienta, tzv. nedobrovolný vstup a nedobrovolnou léčbu.

Teoretická část práce uvádí ve stručnosti vývoj společenských a etických norem vedoucích k tvorbě a respektování práv pacientů a stěžejní dokumenty určující práva pacientů, kam spadá i právo na souhlas s léčbou, popřípadě odmítnutí léčby. Dále popisuje historii psychiatrických hospitalizací bez souhlasu nemocného a vývoj právních norem v oblasti nedobrovolných hospitalizací. Navazující kapitoly se zabývají incidencí nedobrovolných vstupů a popisem základních termínů v oblasti informovaného souhlasu a hospitalizace bez souhlasu pacienta.

Praktická část je zaměřena na podrobnější rozbor některých právních norem, zejména na srovnání Konvence o biomedicíně a stávající národní legislativy a na aplikaci ustanovení vyplývající z Konvence o biomedicíně do praxe. S tématem přijetí a léčby bez souhlasu souvisí i problematika informovaného souhlasu a způsobilosti k právním úkonům, práce zasahuje i do oblasti práv pacientů a vztahu zdravotníka a pacienta. Závěrečná část obsahuje návrh doporučení, diskusi a závěr.

Uplatňování pravidel daných Konvencí o biomedicíně bude vyžadovat změny v našem medicínském právu i v praxi zdravotnických zařízení, přinese i mnoho společenských změn.

**Klíčová slova:** Konvence o biomedicíně, psychiatrie, hospitalizace bez souhlasu nemocného, zdravotnická legislativa, práva pacientů.

### **Abstract:**

The translated thesis deals with the topic of admission to psychiatry departments without the patient consent, which is a so called involuntary admission and involuntary treatment.

The theoretical part mentions briefly how social and ethic norms leading to the creation and respecting patient rights have been developing. Basic documents establishing patient rights are indicated, including the right to accept or refuse treatment. Next, there is a description of the history of psychiatry hospitalization without the patient consent and the development of legal rules in the field of involuntary hospitalization. The following chapters are concerned with the incidence of involuntary admission cases. Descriptions of elementary terms referring to the informed consent and hospitalization without patient consent can be found as well.

The applied part is focused on a more detailed analysis of some rules of law. It mainly compares Convention on Biomedicine with existing national legislation and deals with the application of the regulations resulting from the Convention on Biomedicine into routine. A topic related to admission and treatment without the patient consent is the issue of informed agreement and competence to legal acts. The text also extends to the domain of patient rights and the patient-health care worker relationship.

The final part includes suggestions of recommendations, a discussion and a conclusion.

Application of the rules given by Convention on Biomedicine will require changes in our medical law and in practical work of health care institutions. It will also bring many social changes.

**Key words:** Convention on Biomedicine, psychiatry, admission without consent, medical legislation, patient rights.



## 2. ÚVOD

Od politického převratu v roce 1989 došlo a stále dochází k řadě společenských změn. Zdravotnictví, tedy i psychiatrie samotná, prošlo rovněž výrazným vývojem. Na poli zdravotnického práva začala platit mezinárodní právní norma, která je v některých případech odlišná od tradičních a dosud platných zákonů. Veřejnost velmi citlivě reaguje na vznikající problémy v oboru psychiatrie, neboť tato oblast je mnohdy vděčným námětem laických i polo odborných diskusí.

Etické postoje společnosti nejdou vždy ruku v ruce s právními normami, které by měly být jejich odrazem. (37, s. 36)

Problémy vznikají zejména s uplatňováním práv psychiatrických pacientů, k jejichž porušování může nejčastěji docházet v oblastech narušování lidské důstojnosti, nedobrovolného přijetí a nedobrovolného pobytu v lůžkovém zařízení, souhlasu s léčbou, používání omezovacích prostředků, informovanosti nemocného, včetně informování o výzkumu a nadužívání psychiatrické péče. (7, s.13)

Problematika informovaného souhlasu a etické kodexy týkající se pacientů jsou mimo jiné označovány jako „velká témata lékařské etiky.“ (19, s. 23)

V oblasti práv pacientů je typický velmi striktní přístup právníků k interpretaci zákonných norem, výklad lékařů bývá volnější, respektive citlivě reflektuje plastické klinické situace.

Problematika hospitalizace pacienta bez jeho souhlasu prošla od změny politického klimatu v roce 1989 řadou právních úprav a je „předmětem zájmu veřejnosti, nezřídka pak dodatečných stížností a protestů a mnohé laiky překvapuje, že je rozhodnutí ponecháno v rukou psychiatra, i když s následnou kontrolou soudem.“ (5, s. 77)

Dosavadní praxe nedobrovolného přijetí do ústavní péče se zakládala na paradigmatu, že člověk, který ohrožuje sebe nebo své okolí, může být i proti své vůli nedobrovolně hospitalizován na příslušném psychiatrickém oddělení. Důraz na autonomii člověka, která našla svůj výraz například v Právech pacientů a zejména ve významném dokumentu Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny (synonyma: Konvence o biomedicíně, Úmluva o biomedicíně) však tato tradiční schémata výrazně mění.

Nové principy vztahu mezi lékařem a pacientem zásadním způsobem zasahují do zažitých institutů. Mezi nejzávažnější změny patří i primární protiprávnost lékařského zákroku, který může být proveden zásadně jen souhlasem pacienta. (14, s. 5)

Je otázkou, jak sladit nejvyšší zdravotnický zákon země, tedy Konvenci o biomedicíně, s dalšími dosud platnými právními normami a se současnou přetrvávající praxí. Lze se důvodně domnívat, že při důsledném uplatňování pravidel Konvence o biomedicíně nastane celá řada nedorozumění a obtížně řešitelných situací, neboť většina pacientů o svých právech odmítnout hospitalizaci neví, a pokud ví, narazí na tradiční přístup zdravotníků.

Téma přijetí a hospitalizace bez souhlasu pacienta jsem si zvolila ke zpracování v diplomové práci, protože přístupy k němu nejsou zcela jednoznačné a pro mě osobně je zajímavé porovnávat mezioborový přístup k této problematice. Moje volba je umocněna profesní zkušeností zdravotní sestry z Psychiatrické léčebny Bohnice v Praze.

Cílem diplomové práce je formulovat nové etické i praktické problémy přijetí a hospitalizace pacienta bez jeho souhlasu a návrhy řešení.

### 3. TEORETICKÁ ČÁST

#### 3. 1. HISTORIE PRÁV PSYCHIATRICKÝCH PACIENTŮ

Psychiatři pacienti se v historii lidstva často setkávali s útlakem, ponižováním, krutým zacházením a bezprávím. Postoje společnosti k duševně nemocným obvykle nebyly příliš vstřícné a chápající, převládal strach z nevyzpytatelného chování duševně nemocných.

Etické normy společnosti často zaostávaly za vývojem právních norem i za technickým pokrokem společnosti. (36, s. 35)

Proklamování etických norem navíc neznamenal automatické praktikování. V minulosti existovaly ovšem i jiné způsoby ochrany duševně nemocných.

V. Student upozorňuje, že z historického hlediska nelze jinak obecně liknavému právu upřít snahu zachovávat určité ohledy vůči lidem vážně psychicky nemocným, jak o tom svědčí vývoj ustanovení o nepřičetnosti, a poté i o zmenšené přičetnosti, nebo ustanovení v oblasti občanského práva, chránícího také jejich majetek a později jejich občanskou důstojnost a svobodu. (37, s.35-36)

Nejvýznamnějším obdobím pro změnu přístupu k duševně nemocným bylo 19. století, kdy počaly novodobé humanistické postoje zasahovat i do sféry duševních chorob a poruch. Symbolem humanitních principů se stal F. Pinel, který odstranil restriktivní opatření u duševně chorých, omezil jejich izolaci a vyvedl je ze žalářních kobek. (5, s.27)

Humanistický přístup k duševně nemocným dal vzniknout dobově podmíněným proklamacím práv pacientů, současně s definováním pacientových povinností během léčby.

V pražské nemocnici byl již v roce 1849 vydán úřední tisk o právech a povinnostech pacientů během pobytu. Podle něho měli nemocní právo na dobrou stravu, přátelskou a starostlivou péči

ošetřovatelského personálu a lidumilné zacházení ze strany lékařů i úředníků. (5, s. 23)

Minulé století přineslo stanovení a uplatňování humanistických principů spolu s psanými pravidly a nároky na práva osob s duševní poruchou. (5, s. 75)

Po druhé světové válce došlo k rozšiřování individuálních práv, problematika patientských práv je aktuální od 70. let 20. století.

Rozvoj farmakologické léčby a psychoterapie umožnil omezení restriktivních opatření a vedl k humanizaci psychiatrie. Pokrok ve zlidšťování psychiatrie byl přerušen totalitním režimem v roce 1948 a následnou normalizací v roce 1968.

V období totality byla psychiatrie považována za jednu z forem kontroly společnosti, a proto byla v některých případech státní a stranickou mocí zneužívána. Psychiatrická léčba se často omezovala na pobyt v ústavu, pracovní terapii a farmakoterapii, oblast psychoterapie a psychosociální rehabilitace byla podceňována. Snaha o integraci duševně postižených v podstatě neexistovala, psychiatrickí pacienti byli vyčleněni ze společnosti do ústavů a léčeben.

Obecnou tendencí v bývalém „Východním bloku“ bylo izolovat psychiatrii a duševně nemocné od zbytku medicíny a společnosti, jelikož duševně nemocní nezapadali do konceptu ideálního komunistického člověka. Také proto byly typickým pilířem psychiatrie velké a staré psychiatrické léčebny, organizačně oddělené od ostatních lékařských oborů. (21)

K omezení izolace od ostatních lékařských oborů a další humanizaci psychiatrie dochází od roku 1989. Nastalo otevření dialogu s uživateli péče, omezení značně nerovnoprávného vztahu mezi pacienty a zdravotníky, zahájení kritických diskusí o etických pravidlech a právech pacientů. (5, s. 94)

Před revolucí (1989) měla lidská a občanská práva ve střední a východní Evropě, včetně naší země, nízký společenský a politický

kredit. Po revoluci se situace radikálně změnila, lidská práva se zařadila mezi základní a prioritní pilíře demokratického státu.

P. Baudiš upozorňuje až na „fetišizaci lidských práv“ a nadměrnou snahu o dodržování všech lidských práv (bez jakéhokoli omezení), například ve vězeňství, ojediněle i v psychiatrii. (7, s. 12)

Po roce 1989 došlo k rozporuplnému vnímání problematiky práv psychiatrických pacientů mezi odborníky. Někteří autoři popírají možné porušování práv pacientů, jiní tyto případy přiznávají a upozorňují na neuspokojivé respektování práv pacientů psychiatrických léčen.

Například P. Baudiš uvádí, že stížnosti podávané v oblasti léčby bez souhlasu pacienta a omezovacích prostředků se „vesměs ukázaly být nepodložené.“ (7, s. 13)

V. Student naopak upozorňuje, že práva našich pacientů na co nejmenší omezující zásahy, na lidskou důstojnost a odpovědné léčení byla neznámá porušována - a nikoliv jen u nás a nikoliv jen v psychiatrii. „Podle osobních zkušeností od roku 1951, s nedobrovolným přijetím jsme si příliš hlavu nelámali a vzdor existujícím právním opatřením se až na posledních zhruba 15 let nestávalo, aby úřední kontrola zjistila neodůvodněné přijetí nebo nadměrně dlouhý pobyt nemocného v ústavu.“

(37, s. 37-38)

Základní právní principy, ze kterých vychází právní úprava poskytování zdravotní péče v ČR, jsou zakotveny v českých právních předpisech a v mezinárodních dokumentech, které mají aplikační přednost před našimi zákony. Mezi základní zásady při poskytování péče patří i právo na kvalitu péče a respektování práv pacientů. (14, s. 120)

Ochrana lidských a patientských práv je společným tématem mezinárodních deklarací a etických kodexů. Následující seznam uvádí nejdůležitější dokumenty týkající se lidských práv a práv nemocných.

**1. Všeobecná deklarace lidských práv a svobod** (Valné shromáždění OSN, 1948). (2, s. 62)

**2. Mezinárodní pakt o občanských a politických právech** (Valné shromáždění OSN, 1966 ČSSR jej podepsala v roce 1968). Mezinárodní pakt o občanských a

politických právech stanovuje mimo jiné zákaz být bez svého dobrovolného souhlasu podrobován lékařským nebo vědeckým pokusům.

(2, s. 56)

**3. Deklarace lidských práv duševně postižených lidí** (Valné shromáždění OSN, 1971). (7, s. 12)

**4. Havajská deklarace** (Etické principy v psychiatrii, 1977), Světová psychiatrická asociace, 1983 (7, s. 12)

**5. Deklarace lidských práv duševně nemocných** (Světová federace duševního zdraví, Luxor, 1989). Deklarace lidských práv duševně nemocných představuje jednu z dalších revizí tzv. Havajské deklarace. Stanoví základní oblasti, v nichž mohou být lidská práva duševně nemocných nejčastěji ohrožena, a to někdy i jednáním samotného nemocného.

(2, s. 57)

**6. Deklarace lidských práv a duševního zdraví** (Světová federace duševního zdraví, 1989).

Tato deklarace vychází z textu luxorské deklarace a v některých pasážích je s ní totožná. Byla vyhlášena v roce 1989 Mezinárodní federací duševního zdraví.

Zdůrazňuje základní lidská práva a odvozuje z nich základní postuláty, pokud jde o duševně nemocné:

- nepovažovat duševně nemocného v žádné situaci a za žádných okolností za vyčleněného z lidské společnosti
- jednat s ním jako s rovným, byť by tuto představu svým myšlením, chováním, konáním a stavem narušoval
- chránit jeho práva ve všech ohledech, byť si jich není vědom, nebo nedává najevo, že si jich vědom je
- informovat jej o stavu sociálním a zdravotním, o možnostech nápravy a léčby, být mu nápomocen
- informovat jej o jeho právech, respektovat je a pomáhat k jejich dosažení.

(2, s. 58)

**7. Práva psychiatrických nemocných** (American Psychiatric Association, Washington, 1992, Světová psychiatrická asociace, 1993)

(2, s. 62)

**8. Práva pacientů** (Kodex schválený Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky, 1992). Kodex práv pacientů je základním dokumentem na poli práv nemocných, deklaruje právo na ohleduplnou péči, odstranění anonymity zdravotníků, informovanost pacientů o léčbě, ochranu soukromí nemocných, důvěrnost zdravotnických informací, možnost volby zdravotnického zařízení, právo na kontinuitu léčby, právo na srozumitelné

informace a respektování přání nemocných. Zdůrazňuje též i právo na odmítnutí léčby.

Česká verze byla koncipována na základě práv pacientů definovaných Americkým svazem občanských svobod v roce 1985. Definitivní verze je výsledkem široké diskuse odborné veřejnosti a respektuje česká specifika. Korespondující dokument ze strany lékařů je Etický kodex České lékařské komory, schválený v roce 1991. (2, s. 62)

**9. Listina základních práv a svobod** (ratifikována v ČSFR 1991, Usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky). (2, s. 62)

**10. Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě** (WHO, Regionální úřadovna pro Evropu, Amsterdam, 1994). (5, s. 13)

Definuje společný rámec práv pacientů v Evropě a popisuje obecné přístupy v prosazování práv i odpovědnosti pacientů, které mohou být vhodně přizpůsobeny podmínkám panujícím v jednotlivých evropských zemích.

(52, s. 8)

**11. Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů** (přijata Psychiatrickou společností ČLS J. E. Purkyně, 1996)

Listina klade důraz na zachování důstojnosti člověka, zlepšování prostředí v psychiatrických zařízeních, co nejmenší omezovací prostředky, komunikaci s okolím, na široké informace o léčebných možnostech, právní postavení nemocného. Určuje i práva nemocného při předávání do jiné péče, možnost odmítnout léčbu, spolupráci v léčbě, možnosti stížností. Tato listina je doplněna dovětkem, že práva duševně nemocných jsou limitována hranicí, kde se zaručuje uznání a zachování práv a svobod ostatním a vyhovuje se spravedlivým požadavkům morálky, veřejného pořádku a obecného blaha. (5, s. 14, 75)

**12. Charta základních práv** (vyhlášena na summitu Evropské rady v Nice, 2000). Obsah charty je deklaratorní, zaručuje právo na lidskou důstojnost, respektování tělesné a duševní integrity, respektování svobodného a vědomého souhlasu dotčené osoby v lékařství a biologii, právo na soukromí a rodinný život, ochranu osobních dat, rovnost a zákaz diskriminace.

Všechna tato práva vycházejí ze základní koncepce, kterou je respekt k autonomii a důstojnosti jedince. Klíčovým pojmem této koncepce je informovaný souhlas. (14, s. 9-10)

**13. Konvence o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny** (synonyma: Konvence o biomedicíně, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, 2001).

Úmluva je považována za základ evropského standardu lidských práv ve zdravotnictví a její uplatnění má přednost před českými zákony a podzákonnými předpisy. (27, s. 5)

Úmluva o biomedicíně zakládá široký okruh práv osobám, které se podrobují zákrokům v souvislosti léčbou či výzkumem, důsledkem stanovení těchto práv je vznik odpovídajících povinností poskytovatelům zdravotní péče a výzkumníkům. Jednotlivé články úmluvy buď přiznávají občanům přímo vykonatelná práva nebo ukládají státu povinnost usilovat o dosažení určitých cílů, Úmluva stanovuje přednost zájmů lidské bytosti před zájmy společnosti nebo vědy, rovný přístup ke kvalitní lékařské péči, povinnost poskytovat péči v souladu s profesními standardy. Další články pojednávají o informovaném souhlasu, ochraně soukromí pacienta, zvláštní články upravují nakládání s lidským genomem, provádění vědeckého výzkumu, transplantační medicíny a výzkumu. Cílem této Úmluvy je zakotvení určitého minimálního standardu. (14, s. 11-13)

Domnívám se, že současné právní normy reprezentující činnost státu v oblasti ochrany práv pacientů jsou dostatečné. Výše zmíněné dokumenty týkající se lidských práv a práv pacientů přiznávají pacientům značné možnosti rozhodovat autonomně o svém těle, o léčbě či jejím odmítnutí, zaručují respektování svobody a důstojnosti pacienta.

V současné době jsou odpovědnými orgány v oblasti práv psychiatrických pacientů „jak správní instituce, lékařská sdružení (Lékařské komory), speciální, etické (a dříve i rehabilitační) komise zdravotnických zařízení (ministerstvo zdravotnictví, nemocnice, léčebny), tak i odborné lékařské společnosti. V poslední řadě jsou kompetentní pro rozhodování i soudy“.

(7, s. 13)

Etické komise reprezentuje Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví (MZ), další komise existují u jednotlivých zdravotnických pracovišť, resp. velkých nemocnic a při odborné společnosti ČLS JEP. Povinnosti etických komisí jsou spojeny



především se schvalováním lékových studií, v této souvislosti i obsahem a srozumitelností informovaného souhlasu. Zákon ovšem nestanovuje jejich činnosti při posuzování problémů lékařské a zdravotnické praxe. (5, s. 138)

Kontrolou dodržování práv psychiatrických pacientů se zabývají kromě zdravotnických, právních a soudních orgánů též organizace pacientů či bývalých pacientů a také mezinárodní sdružení (například Světová federace duševního zdraví, Mental Disability Rights International, Amnesty International). Některé mezinárodní organizace uskutečňují cílené kontroly v psychiatrických zařízeních zaměřené na respektování lidských a patientských práv. Řada mezinárodních organizací, např. Občanská komise za lidská práva (Citizens Commission on Human Rights; CCHR), MDAC (Mezinárodní organizace pro ochranu práv duševně nemocných) či The Antipsychiatry Coalition vydala své vlastní deklarace práv psychiatrických pacientů, které často nepřipouštějí možnost omezení svobody pacienta, ochranné léčení nebo vyžadují pro duševně nemocné vyšší práva než pro běžné občany. (5, s. 76).

Z tuzemských organizací zabývajících se právy pacientů lze zmínit např. Českou asociaci pro psychické zdraví.

Osobně vidím pole působnosti občanských aktivit v jiných činnostech, než je vydávání vlastních deklarací, jejichž dopad do praxe je minimální. Občanské organizace jistě mohou velmi přispět ke blahu psychiatrických nemocných distribucí služeb v oblasti pracovních a sociálních možností klientů psychiatrie a snahou o integraci nemocných do společnosti. Přínosné jsou bezpochyby i osvětové a odborné vzdělávací aktivity směřující k veřejnosti. Stále větší význam získává také vzájemná solidární pomoc, a vznikající svépomocné organizace příbuzných psychiatrických pacientů.

### **3. 2. VÝVOJ MEDICÍNY A PRÁVA V PROBLEMATICE HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU NEMOCNÉHO**

Záznamy o psychiatrických nemocných jsou součástí dlouhé historie medicíny, pojem „pacient“ označuje osobu, která je nejčastěji přijata do psychiatrického zařízení, a které je věnována péče o psychické zdraví.

Ne vždy je ovšem tato péče přijata bez výhrad a se souhlasem pacienta. Právo odmítnout léčbu není novinkou dnešní doby, v minulosti existovalo v dobově podmíněné formě. Princip léčení psychiatrického pacienta bez jeho souhlasu taktéž není výsadou novodobé historie. Osoby přijímané a léčené bez svého souhlasu patřily, a dosud patří, mezi skupiny se zvýšeným rizikem porušování práv.

V těchto případech musí být stanovena zvláštní, specifická pravidla směřující k zachování jejich oprávněných zájmů a práv a k dodržování speciálních právních i etických norem. (5, s. 74)

Přístupy k pacientům léčeným bez svého souhlasu a k realizaci nedobrovolné léčby prošly během minulého století značným vývojem.

Psychiatr V.Vondráček píše o provádění přijetí a léčby bez souhlasu nemocného a systému následné kontroly mezi dvěma světovými válkami.

Tehdy byl každý nemocný přijatý do psychiatrického zařízení posouzen komisí, která se skládala ze soudce, zapisovatele a extramurálního psychiatrického znalce. U závažných duševních nemocí (tehdy bylo hodně progresivních paralýz s těžkou demencí) byl pacient kromě nuceného pobytu i rovnou zbaven svéprávnosti, takže nebyl za své činy zodpovědný, byl beztrestný, jeho stížnostmi a kverulacemi se nemusely úřady zabývat. (48, s. 107)

V období 2. světové války se lékaři často ocitali i v konfliktu s vyhlášenými právními normami, protože neudali koho ošetřili a s jakou diagnózou. Hospitalizace na psychiatrii tehdy i mnohým pomohla.

(48, s. 103)

Podobné situace nebyly výjimečné ani v pozdějším období totality, po roce 1968 psychiatrická hospitalizace zachránila některé odpůrce režimu před vězením. Nucený pobyt v psychiatrické léčebně sloužil ovšem i k plnění zakázek státních orgánů.

Jednalo se o tzv. preventivní hospitalizace, kdy před významnými státními událostmi docházelo k nedobrovolné hospitalizaci problémových jedinců (2, s. 42).

V psychiatrických léčebnách byli hospitalizováni taktéž odpůrci režimu, u nichž se represivní orgány rozhodly pro perzekuci nikoli vazbou nebo vězením, ale psychiatrickou hospitalizací.

Baudiš a Libiger popisují některé kasuistiky, většina případů se v tehdejší socialistické republice odehrávala v Čechách a na Moravě.

(5, s. 102)

Politické zneužívání psychiatrie bylo typické zejména pro bývalý SSSR, kde byli někteří političtí odpůrci režimu nedobrovolně psychiatricky hospitalizováni a byla u nich proklamována duševní porucha. Z diagnóz bylo v těchto případech používáno nejčastěji schizofrenie (chronické, event. paranoidní) a paranoického vývoje osobnosti, na úrovni syndromologické pak "reformátorské bludy."

(23, s. 32)

V padesátých letech se psychiatři podíleli významnou měrou na rozhodování soudů a správních institucí o různých právních způsobilostech občanů, mimo jiné i na rozhodnutí o přípustnosti převzetí a držení občana v ústavu zdravotnické péče.

V této souvislosti J. Baštecký hovoří o sociálně kontrolní funkci psychiatrie a zároveň upozorňuje, že psychiatrická kontrola je pro občana méně výhodná než kontrola státních orgánů, neboť může dovést občana do situace, kdy se s ním zachází jako s dítětem (2, s. 31-32)

Před rokem 1989 zdravotnické zařízení rozhodovalo o převzetí nemocného do ústavní péče bez jeho souhlasu a bylo povinno oznámit toto Místnímu národnímu nebo Krajskému národnímu výboru. Pokud se objevily pochybnosti o nutnosti ústavní péče bez souhlasu nemocného nebo byla podána žádost o přezkoumání (odvolání), Národní výbor měl pravomoc rozhodnutí zdravotnického zařízení přezkoumat a poté ho buď potvrdit nebo zrušit. O přezkoumání mohl požádat nemocný, osoby jemu blízké nebo opatrovník, ale i orgány Revolučního odborového hnutí nebo jiné společenské organizace. Výše zmíněné osoby a orgány mohly navrhnout, aby rozhodnutí národního výboru bylo přezkoumáno soudem. (4, s. 30-32)

U alkoholiků mohl Národní výbor též vydat takzvaný výměr na povinnou tříměsíční protialkoholní léčbu. Povinnou léčbu nebylo možné

nařídít u toxikomanů, za určitých okolností však mohla být uložena ochranná léčba. (4, s.36)

Problematika nedobrovolné hospitalizace byla řešena v oblasti správního práva a správního řízení. (3, s. 21)

V případě domnělého či skutečného porušení práv nemocného existovala možnost obrátit se na Československý výbor pro lidská práva a humanitární pomoc, který se zabýval otázkami práv psychiatrických nemocných, stejně jako na úřední orgány tehdejšího státu. P. Baudiš poznamenává, že tyto instituce byly ovšem limitovány dobou a jejím politickým ovzduším. (7, s. 12)

Nutno podotknout, že naše zákonodárství pamatovalo i v době totality na vyjádření vůle pacienta.

„Paragraf 23 Zákona o péči o zdraví lidu začal již v roce 1966 pracovat s poučením a souhlasem, popřípadě odmítnutím zákroku formou tzv. reversu. Teprve po změně společenských poměrů v naší zemi se však zvýraznily následky postupu v rozporu s těmito principy v podobě rozšíření možnosti stížností pacientů a právního postupu proti zdravotnickým zařízením a též mediálního nátlaku.“ (20, s. 6)

Na možnost hospitalizace bez souhlasu pacienta pamatuje i Listina základních práv a svobod č. 21/1993 Sb. v hlavě II. Čl.8 odst. 6. (53)

Na toto ustanovení pak navazuje zákon č. 20/1996 Sb. ve své novelizované podobě (zákon ČNR č. 86/1992 Sb.). (58)

Práva pacientů jsou určována etickým kodexem České lékařské komory (ČLK) stavovským předpisem č. 10, disciplinárním řádem ČLK stavovským předpisem č. 4, dále § 55 odst. 1 zák. č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a ve znění novel zák. č. 86/1992 Sb. (16, s. 443)

V roce 1992 vstoupila v platnost nová zákonná úprava převzetí nemocného do ústavní péče bez jeho souhlasu.

Problematika nedobrovolné hospitalizace se dostala do oblasti občanského práva a občanského soudního řízení a stala se tedy i předmětem zájmu soudní psychiatrie. (3, s. 21)

Zásadní změnou je povinnost soudu každé převzetí pacienta bez jeho souhlasu přezkoumat a o oprávněnosti tohoto převzetí do sedmi dnů rozhodnout.

„Proti předchozí úpravě tzv. nedobrovolné hospitalizace, která požadovala hlášení převzetí nadřízenému orgánu a ten pak mohl a jen v případě odvolání pacienta musel rozhodnutí zdravotnického zařízení přezkoumat, je povinnost soudu o tomto opatření rozhodnout zakotvena již v zákonné normě. Důvodem úpravy je zajistit právo občana na svobodné rozhodování a zabránit případnému zneužití psychiatrie.“(26, s. 27)

Na poli mezinárodních dokumentů je problematika informovaného souhlasu a hospitalizace bez souhlasu nemocného jasně vymezena v Konvenci o biomedicíně, skrze niž byl podstatně modifikován obsah našeho národního práva.

Mnozí odborníci upozorňují na určitý paradox při zavádění opatření vyplývající z této mezinárodní smlouvy – a to, že česká společnost ve svém uvažování k této změně ještě nedozrála. (20, s. 6)

O. Dostál dodává, že přijetí Úmluvy o biomedicíně měla předcházet aktivní debata vedená mezi patientskými a lékařskými organizacemi a poté, s ohledem na ekonomické možnosti systému, by bylo vhodné „proměňovat výsledky konsensu v zákony.“ Důsledkem přijetí Úmluvy o biomedicíně je nyní stav právní nejistoty a mnoho drobných i větších systémových nespravedlností, působených interakcí moderních práv pacientů s napůl předrevoluční koncepcí systému zdravotnictví. (14, s. 5)

### **3. 3. INCIDENCE HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU PACIENTA**

Záznamy o četnosti hospitalizací bez souhlasu nemocného dokumentují poměrně značný výskyt. před rokem 1989.

J. Baštecký uvádí, že přibližně 75% nemocných bylo v letech 1971-1985 v Praze léčeno „nedobrovolně“. Pouze 0,3% z nich aktivně nesouhlasilo s léčením, drtivá většina nemocných aktivně neprotestovala, anebo v průběhu léčení dříve či později začala s hospitalizací souhlasit. K tomu autor odhaduje dalších zhruba 5% hospitalizací bez souhlasu pacienta, které tvořily ochranné léčby, povinné protialkoholní léčení a ústavní pozorování nařízená orgány činnými v trestním nebo občansko právním řízení. (4, s. 34)

Většina pacientů hospitalizovaných bez svého souhlasu však dodatečně, v průběhu léčby, souhlas udělila.

Farmakoterapie, psychoterapeutické a socioterapeutické působení v léčbě obvykle pozitivně ovlivnilo náhled nemocného na onemocnění a vedlo ke zlepšení psychopatologie, takže během krátké doby došlo i ke změnám postojů vůči léčení. (4, s. 34)

P. Baudiš a J. Libiger rovněž potvrzují, že v osmdesátých letech bylo v Psychiatrické léčebně Bohnice v Praze hospitalizováno asi 80% všech přijatých bez svého souhlasu. V ostatních léčebnách byl počet podstatně nižší. V letech 1989-1992 se počet nedobrovolných přijetí snížil asi 4x. (5, s. 105)

Dnešní výskyt hospitalizací bez souhlasu nemocného je podstatně nižší než v době totality. To může mít podle mého názoru řadu příčin, například detabuizaci psychiatrie, větší dostupnost ambulantní léčby, změnu politického ovzduší a vývoj právních norem i změny v praktickém provádění přijetí a hospitalizace bez souhlasu nemocného a přístupu zdravotníků k nemocným.

„V současné době dochází asi u 20 % přijímaných nemocných do psychiatrických lůžkových zařízení k nedobrovolnému přijetí (ročně dochází celkem k 40 000-50 000 přijetím), z nich asi u poloviny se nedobrovolné přijetí během týdenní hospitalizace změnilo v dobrovolné. Nemocný totiž velmi často během několika dní léčení nahlédne svůj stav a sám i písemně potvrdí souhlas s dalším léčením.“(5, s. 77)

V PLB byla zjištěna velmi podobná četnost nedobrovolných vstupů - 18,9% ze všech přijatých pacientů. Nebyl zaznamenán významný rozdíl mezi hospitalizací u mužů a u žen. V zastoupení diagnóz byly na prvním místě závislosti, poté schizofrenie a organické duševní poruchy. (16, s. 443)

### **3. 4. DEFINICE ZÁKLADNÍCH TERMÍNŮ**

#### **3. 4. 1. Informovaný souhlas**

Abych uvedla téma přijetí či hospitalizace pacienta bez jeho souhlasu, je třeba popsat základní fakta týkající se souhlasu. Problematika informovaného souhlasu a poučení pacienta o zákroku je v moderní společnosti velmi aktuální.

„Institut informovaného souhlasu s lékařským zákrokem, tak jak jej upravuje Úmluva o biomedicíně, má již více než stoletou historii. A v současnosti je oblast informovaného souhlasu a s tím spojeného práva pacienta být poučen o plánovaném zákroku nejrychleji rostoucí součástí medicínského práva.“ (14, s. 62)

V literatuře je též souhlas pacienta popsán jako tzv. „pozitivní revers“, což je písemné prohlášení pacienta, dané před provedením určitého zdravotnického zákroku či výkonu, jímž pacient písemně potvrzuje, že si je vědom všech důsledků a rizik, která v daném případě mohou nastat a hrozí, a přesto s provedením zákroku či výkonu souhlasí, resp. tento zákrok žádá. (11, s. 147).

Pacientovi je dána možnost svobodně rozhodovat o svém zdraví, ale zároveň i zodpovědnost - dotyčný musí nést rizika a důsledky spojené s tímto rozhodováním. Povinností lékaře je vyžádat si souhlas s každým plánovaným zákrokem a pacienta předem dostatečně poučit.

Doklad o poučení a souhlasu pacienta je také dokladem o tom, že pacient věděl o charakteru, provedení, ale i rizicích postupu, a převzal za průběh léčení svou část odpovědnosti. (38, s.5)

Podepsaný pozitivní revers lékaře nezbavuje odpovědnosti za komplikace, které se mohou objevit, je pouze účinnou ochranou lékaře před obviněním, že pacienta o těchto komplikacích neinformoval. (17, s. 21)

Pravidlo informovaného souhlasu jasně vymezuje svébytnost pacienta ve vztahu k profesionálním zdravotnickým pracovníkům a vede k odklonu od paternalistických přístupů, které by mohly přehlížet přání pacienta. (56)

„Koncepte informovaného souhlasu zahrnuje filozofii neomezené víry ve správnost lékařova úsudku ve prospěch tvrzení, že každý člověk má v zásadě právo rozhodovat o svém těle.“ (20, s. 5)

O. Dostál zdůrazňuje, že v zemích s vyspělým medicínským právem je rozhodujícím kritériem informovaného souhlasu pacientova svoboda rozhodování. Pacientovo právo znát podrobnosti o svém stavu a rozhodovat o další léčbě má přednost před ochranou jeho zdraví. (14, s. 72-73) I správně provedený zákrok je bez pacientova souhlasu protiprávním jednáním. (14, s. 101)

Informovaný souhlas je i konceptem adekvátní komunikace, nelze ho chápat jako „rigidně naplánovaný dvoufázový kanál, ve kterém nejprve jen proudí informace od lékaře k pacientovi a poté jen souhlas či nesouhlas od pacienta k lékaři. Naopak, informovaný souhlas je normativním schématem pro reálný dialog mezi lékařem a pacientem, v rámci kterého se oba partneři navzájem informují o rozhodných skutečnostech a hledají tak nejvhodnější řešení, se kterým nakonec pacient souhlasí.“ (40, s. 15)

Nejvyšší právní normou je na tomto poli Konvence o biomedicíně, zejména článek 5, který obsahuje obecnou úpravu informovaného souhlasu. Ustanovení čl. 5 je nazváno „Obecné pravidlo“, je rozděleno do tří vět a zní takto. „Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat. (55)

Na obecnou úpravu informovaného souhlasu, obsaženou v článku 5 Úmluvy, navazují specifické výjimky týkající se osob neschopných dát souhlas (článek 6), osob s duševní poruchou (článek 7), stavů nouze vyžadujících neodkladná řešení (článek 8) .

„Pravidlo informovaného souhlasu podle Úmluvy stojí na pozitivním logickém základu: zákrok lze provést jen tehdy, jestliže



k němu dotčená osoba poskytla souhlas. Naopak nestojí na negativním logickém základu: zákrok nelze provést jen tehdy, jestliže dotčená osoba odmítla poskytnout souhlas. Tato distinkce má význam pro problematiku formy tzv. negativního reversu.“ (40, s. 10-11)

### 3. 4. 2. Revers

Jedním z práv občanů při poskytování zdravotní péče je i právo odmítnout léčbu nebo její část. (47, s. 19,)

Odmítnutí se může vztahovat na určitý zákrok, ale i na pobyt v nemocnici - hospitalizaci. Revers je potom ukončení léčby samotným pacientem proti radě lékaře, a pacient musí být seznámen s důsledky takového rozhodnutí. Pokud se pacient rozhodne odmítnout léčbu, je lékař povinen to respektovat.

Konvence o biomedicíně připouští možnost odmítnutí léčby v rámci konceptu informovaného souhlasu, a nechává stanovení konkrétních náležitostí odmítnutí léčby na zákonodárství jednotlivých zemí.

V našich podmínkách se jedná o Zákon o péči o zdraví lidu, který stanoví, že nesouhlas pacienta s výkonem musí být vždy písemný. Písemný souhlas nebo jeho odvolání jsou součástí zdravotnické dokumentace. (58)

J. Vondráček a M. Ludvík komentují nežádoucí ukončení hospitalizace následovně: „Pomineme-li zdravotní důvod pro hospitalizaci, je pobyt pacienta ukončen zpravidla po poučení lékařem vzájemnou dohodou. V ustanovení § 23, ods. 2, zákon č. 20/1996 Sb., je stanoveno, že vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítne-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers). Je samozřejmostí, že se souhlas či nesouhlas pacienta vztahuje i na souhlas či nesouhlas s hospitalizací. V současné době v řadě lůžkových zdravotnických zařízeních dává pacient souhlas s hospitalizací písemným prohlášením. Svůj souhlas s výkonem i hospitalizací může pacient kdykoliv odvolat a jeho rozhodnutí musí být respektováno. O odmítnuté hospitalizaci si musí ošetřující lékař vyžádat od pacienta písemné prohlášení, tzv. negativní revers, jak platný právní předpis stanovuje.“ (46, s. 10)

### 3. 4. 3. Hospitalizace bez souhlasu pacienta

Hospitalizace bez souhlasu nemocného je realizována nejčastěji v psychiatrických zařízeních.

Ve výjimečných případech (infekční nemoci, venerické nemoci, nebezpečí rozšíření nákazy) se týká i nepsychiatrických oddělení.

(5, s. 77)

To je dáno „větší relativitou pojmu duševní poruchy a větším významem hodnocení jedince sociálním okolím pro identifikaci, jakožto jejího nositele.“ (23, s. 33)

Situace kdy není souhlas pacienta nutný specifikuje Konvence o biomedicíně v článku 6, 7, 8 a 26, respektive tyto články definují okolnosti, za kterých může být omezeno uplatňování práv daných Úmluvou, v tomto případě nutnost poskytnutí souhlasu. (56)

Zákon může omezit osobní svobodu nemocného a nedotknutelnost fyzické osoby a neumožnit jí, aby se sama rozhodla, zda dá k lékařskému zákroku svůj souhlas. Jde o případy, kdy zákon chrání veřejný zájem nebo práva jiných osob. Článek 26 Úmluvy dovoluje, aby pacienti byli léčeni proti své vůli a aby tak byla chráněna práva a svobody jiných lidí (například v případě agresivního chování).

Tato výjimka je možná v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných. (14, s. 21)

Dalším případem je situace, kdy dotčená osoba vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, má vážně narušenou schopnost sama se rozhodnout, zda dá k lékařskému zákroku svůj souhlas. Z pohledu práva v této situaci lékař vůči pacientovi vystupuje jako právně nadřazený orgán veřejné moci a lékařské zákroky tak mají povahu aktů veřejné moci (obsahově článek 7 Konvence o biomedicíně). (39, s.12)

P. Svoboda dále uvádí dvě situace, kde je lékař oprávněn provést zákrok bez předchozího souhlasu pacienta, ale nevystupuje přitom jako orgán veřejné moci. První skupinu tvoří případy, kdy pacient není schopen souhlas udělit. Buď nemá způsobilost k právním úkonům a to buď vůbec, nebo ji má omezenou v takovém rozsahu, že není způsobilý k udělení (odmítnutí) souhlasu s daným lékařským zákrokem, nebo není fakticky schopen činit právní úkony (obsahově článek č. 6 Konvence). Druhou skupinu tvoří případy nouze, kdy je třeba okamžitě provést lékařský zákrok nezbytný k záchraně života či zdraví pacienta, ale příslušný souhlas (pacienta či jeho zákonného zástupce) si nelze vyžádat. Jedná se o případ krajní nouze, který je specificky upraven zákonem.( obsahově článek č. 8 Konvence). (39, s.13)

Právní řád ČR vymezuje okolnosti nedobrovolného vstupu dle přesně vymezených pravidel.

V České republice je legislativně upraven nedobrovolný vstup Zákonem o zdraví lidu (§ 23, odst. 4, zák. ČNR č. 86/1992) a Občanským soudním řádem (§ 191 a-g, zák. č. 240/1993 Sb.). (58, 54)

Naše zákonodárství uvádí základní okruhy důvodů, které mohou vést k nedobrovolné hospitalizaci:

### **1. Nemoci vymezené zvláštními předpisy, u nichž lze uložit povinné léčení**

Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, stanoví v § 64 osobám podezřelým z nákazy určitým druhem infekční choroby povinnost podrobit se izolaci a léčbě.

Zákon č 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, který stanovil možnost povinné léčby byl v roce 2005 zrušen. (11, s. 151)

Dalším případem povinného léčení je ochranná léčba podle § 72 trestního zákona, nařízená v trestním řízení tehdy, „spáchal-li pachatel trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti a soud má za to, že povinné léčení zajistí nápravu pachatele a ochranu společnosti lépe než např. trest odnětí svobody. (11, s. 152)

## **2. Situace, kdy osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace (otrava alkoholem nebo psychotropními látkami) ohrožuje sebe nebo své okolí.**

Situace v nichž nemocný ohrožuje sebe nebo okolí jsou zřejmě nejčastějším důvodem k psychiatrické hospitalizaci, problematika „ohrožování sebe a okolí“ je vděčným námětem odborných diskusí. Názory na toto téma jsou rozebírány dále v praktické části.

## **3. Situace, kdy si nelze vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat jeho souhlas, a přitom jde o neodkladné výkony nutné k záchraně jeho života nebo zdraví.**

Jde zejména o nemocné v deliriu, v bezvědomí, o případy pokročilých demencí.

Někteří autoři zpochybňují delirantní stavy a případy demencí jako limitující pro vyžádání souhlasu, a vyhodnocují takovéto situace spíše jako ohrožení pacienta nebo jeho okolí.

Například J. Baštecký upozorňuje, že v případech amentních či deliriózních stavů je možná nedobrovolná hospitalizace pouze, pokud pacient ohrožuje sebe nebo okolí. (3, s. 22)

Také M. Uhlíř uvádí, že poruchy vědomí nutně nemusí činit pacienta nezpůsobilým rozhodovat o svém zdravotním stavu, o zbavení způsobilosti navíc rozhoduje soud. Alterace vědomí sice snižuje rozlišovací schopnosti, ale neznamená úplnou nebo omezenou schopnost činit právní úkony.

(44, s.34)

### **3. 4. 4. Nezletilí a nezpůsobilí**

Pacient může být nezpůsobilý k udělení souhlasu jednak v případě duševní poruchy, která by ho činila k tomuto právnímu úkonu nezpůsobilým, za druhé pak, pokud je osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům. (8, s. 15)

Konvence o biomedicíně zmiňuje osoby neschopné dát souhlas v článku 6 Úmluvy. Osobou neschopnou dát souhlas může být nezletilý, který podle vnitrostátního práva nemá způsobilost k poskytnutí souhlasu se zákrokem, dále dospělý, který podle vnitrostátního práva nemá způsobilost k poskytnutí souhlasu se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo podobných důvodů. (55)

Úmluva tak obě kategorie osob neschopných dát souhlas sama nevymezuje, ale odkazuje v tomto směru na vnitrostátní právní úpravu. Lékařský zákrok na takovéto osobě může být proveden bez jejího souhlasu, protože ta k němu není způsobilá. Za dotčenou osobu dává souhlas jako její alter ego zákonem zmocněný zástupce. Zákonný zástupce musí být vždy kategoricky informován o všech rozhodných skutečnostech týkajících se zákroku. (41, s. 20-21)

## 4. PRAKTICKÁ ČÁST

Následující část diplomové práce se zabývá problematickými aspekty v oblasti informovaného souhlasu, podáním reversu a odmítnutím léčby a dále procesem hospitalizace bez souhlasu nemocného v Psychiatrické léčebně Bohnice v Praze (dále jen PLB).

Tuto problematiku ilustrují některé kasuistiky z mé praxe.

Obsahem praktické části je i výběr a podrobnější popis legislativních rozporů a problematických oblastí objevujících se v praxi.

Tématicky souvisejícími kapitolami je též vztah mezi zdravotníkem a nemocným a práva nemocných hospitalizovaných bez svého souhlasu.

### **Terminologická poznámka:**

V úvodu této části práce bych si dovolila utřídit terminologii, týkající se hospitalizace bez souhlasu pacienta, užívanou v právních normách, odborných publikacích a praxi.

Konvence o biomedicině zmiňuje „osobu s vážnou duševní poruchou“, která může být za určitých okolností „podrobena zákroku bez svého souhlasu“ (55)

Listina základních práv a svobod popisuje „převzetí nebo držení osoby v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu.“ (53)

Autoři se v pojmenováních liší, například J. Baštecký a N. Kramářová uvádějí termín „převzetí do ústavní péče bez souhlasu“ (3 a 26).

P. Baudiš a J. Libiger užívají „přijetí bez souhlasu nemocného“ nebo „nedobrovolné přijetí/léčení“. (5)

Buriánek zmiňuje „takzvané povinné léčení, tj. léčení bez souhlasu pacienta či proti jeho vůli“ (11, s. 151)

V Psychiatrické léčebně Bohnice lékaři používají nejčastěji termín nedobrovolné přijetí/hospitalizace. (16, s. 443)

Autoři se dále různí i v tom, kdo je nedobrovolně či bez svého souhlasu přijat nebo hospitalizován. Je to osoba, občan, nemocný či pacient?

V PLB se užívají termíny dobrovolný a nedobrovolný vstup a nedobrovolná hospitalizace v písemném podání, převážně v dokumentaci pacientů (dekurs, chorobopis) a šíří se též ústním podáním v rámci pracovní komunikace mezi zdravotníky (porady lékařů, staničních sester, i v běžném styku mezi zdravotníky na oddělení). Příčinou je zřejmě zažitá norma.

Domnívám se, že v podvědomí zdravotníků termín nedobrovolný vstup vykresluje nemocného v roli nespolupracujícího a problémového narušovatele zdravotní péče. Stejně tak nevhodně je používán termín „dobrovolný vstup“.

Při přijetí pacienta se zdravotníci zaměřují na odborné zdravotnické výkony a k vyjádření souhlasu s přijetím do péče je přistupováno jen jakoby mimochodem.

*Kasuistika: Zdravotníci často nemocného překvapí nevhodně formulovanou otázkou týkající se souhlasu a tak místo podpory důvěry nemocného ve zvolený postup, jej spíše znepokojí. Příkladem může být věta, kterou lékař položil nemocnému po právě provedeném psychiatrickém vyšetření, ke kterému se dostavil nemocný ze své vlastní vůle: “A teď nám tady ještě podepište dobrovolný vstup.” Tato žádost nemocného zaskočila natolik, že odmítl „dobrovolný vstup“ podepsat. Poté následovala léčba nemocného formou hospitalizace bez jeho souhlasu. Nutno podotknout, že po dalším vyšetření a rozhovoru s ošetřujícím lékařem přímo na oddělení, nemocný po cca 2 hodinách vyjádřil písemně svůj souhlas s hospitalizací.*

Odborná, a jistě i informovaná laická veřejnost, jistě rozumí pojmu nedobrovolný vstup nebo nedobrovolná hospitalizace. Pokud ovšem srovnám termíny „nedobrovolně hospitalizovaný pacient“, a „občan hospitalizovaný bez svého souhlasu“, vyznívá pro mě první termín negativně. Záměrné je jeho užití v názvu práce, protože na psychiatrii se užívá téměř výhradně. V běžném textu se snažím používat termíny přijetí/hospitalizace bez souhlasu pacienta, který považuji za právně a eticky korektní. Výjimkou tvoří doslovné citace.

#### **4. 1. INFORMOVANÝ SOUHLAS V PRAXI, PROBLEMATICKÉ OBLASTI**

##### **4. 1. 1. Sdělení informací**

Před přijetím Konvence o biomedicíně převládal mezi odborníky názor, že lékař by měl pacienta poučit pacienta tak, aby jej získal ke spolupráci a přesvědčil jej o nutnosti potřebný výkon podstoupit. (36, s.70)

Tento zjevně paternalistický postoj je nyní nahrazován přístupem více partnerským. Pacient je více než dříve vnímán i jako klient a spotřebitel zdravotních služeb, který má právo na svoji ochranu.

Nemocný již není pouhým pasivním příjemcem péče, ale na volbě péče se aktivně podílí a bez jeho vůle nemůže být zákrok proveden. Lékař v tomto vztahu figuruje jako poskytovatel služby. (14, s. 63)

Pacient se rozhoduje a volí si z nabízených zdravotních služeb. Lékař už nezískává pacienta ke spolupráci. Je otázkou nakolik se může rozhodovat psychiatricky nemocný – je toho schopen? Domnívám se ne vždy, neboť psychiatrický pacient je často fakticky i právně nezpůsobilý, nejen v oblasti právních úkonů, ale i v posouzení sociálního kontextu dané situace, vlastního zdravotního stavu a nutnosti léčby. Typickým příkladem je bezesporu pacient se závislostí, který popírá svou nemoc a odmítá léčbu.

Také J. Baštecký upozorňuje, že u nemocných s duševní poruchou, může být kvalifikovaný souhlas či nesouhlas do určité míry alterován či znemožněn přítomností této duševní poruchy. (2, s. 78-79)



V některých případech se ovšem i plně způsobilý nemocný bude obtížně rozhodovat a volit ze zdravotních služeb, specificky se jedná o pacienty, kteří mají potíže s komunikací, dezorientované, zmatené.

J. Šimek dodává, že „i plně svéprávný psychiatrický pacient je často sociálně neobratný a stává se obětí nejrůznějších nátlaků svého okolí.“ (43, s. 8)

Souhlas musí být učiněn svobodně a vážně, určitě a srozumitelně. Souhlas proto není platný, pokud je vůle pacienta jakkoliv ovlivněna. Takovým ovlivněním vůle může být například nátlak rodiny, či přílišné přesvědčování ze strany lékaře či zdravotníků. (14, s. 67)

Domnívám se, že v oblasti léčby závislostí je nátlak rodiny na pacienta velmi častý, někdy je zde i ultimátum od zaměstnavatele, „nutícího“ dotyčného k léčbě. Někteří naši klienti v debaklové situaci, kdy ztratili rodinu, zaměstnání, příjem i přístřeší často přicházejí sami, respektive okolnosti je přinutí přijít. Motiv hospitalizace je pak často pouze sociální. Hospitalizaci často předchází konflikt se zákonem nebo pobyt pacienta v nemocnici na somaticky zaměřeném oddělení, kde se projeví abstinenční příznaky a pacient je přeložen na psychiatrii.

Jak přesně pacienta informovat určují zákonné normy, které ovšem při bližším zkoumání nestanovují stejná pravidla.

J. Bohdan uvádí, že v Zákoně o péči o zdraví lidu z roku 1966 není lékaři uložena povinnost sdělit pacientovi přesnou diagnózu, ale poučit jej vhodným způsobem o povaze onemocnění a potřebných výkonech tak, aby se pacient mohl stát aktivním účastníkem poskytované péče. (8, s. 10)

J. Buriánek vnímá oznamovací povinnost obsaženou v Zákoně o péči o zdraví lidu jako „povinnost lékaře poučit pacienta a členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o výkonech, které je třeba provést.“ (11, s. 129)

J. Bohdan se domnívá, že informace o rizicích výkonu nemusí nutně obsahovat výčet všech rizik a komplikací, která mohou nastat, protože to by mohlo pacienta od souhlasu s výkonem odradit (8, s. 9-10)

Ustanovení Etického kodexu ČLK stanovuje, že je možné, aby lékař dle své úvahy a svědomí zadržel informaci o nepříznivé diagnóze

nebo prognóze v individuálním zájmu nemocného. Ustálenou konstantní interpretací, že si lékař sám určuje rozsah poučení, však zcela zásadně otrásl zákon č. 260/2001 Sb., kterým se do zákona o péči o zdraví lidu dostalo ustanovení, že pacient má právo na poskytnutí veškerých informací shromážděných ve zdravotnické dokumentaci. (11, s. 137)

Podle právního výkladu Úmluvy o biomedicíně je též třeba, aby lékař poučil nemocného nejen o povaze onemocnění, ale též o diagnóze a prognóze jeho onemocnění. (40, s. 14)

Pacient musí být předem informován o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích i alternativách. (38, s.5)

Úmluva o biomedicíně musí být aplikována přednostně před zákony a jinými právními předpisy. Zde se tedy jedná rozpor mezi § 23 odst. 1 zákona o péči o zdraví lidu a ustanovení Konvence o biomedicíně. Ustanovení Etického kodexu ČLK je neaplikovatelné. (40, s. 14)

Úmluva o biomedicíně nepřipouští žádné výjimky, kdy by mohl lékař pacientovi zamlčet část nebo plnou pravdu v jeho zájmu. Připouští pouze, že zákon může ve výjimečných případech stanovit omezení přístupu pacienta k informacím o jeho zdravotním stavu. (11, s. 138)

Ačkoli Úmluva stanovuje právo každého na informace, připouští i možnost odmítnutí těchto informací samotným pacientem.

Úmluva o biomedicíně stanovuje právo každého na veškeré informace shromažďované o svém zdravotním stavu, nicméně přání nebýt takto informován je nutno respektovat.

P. Svoboda uvádí, že ustanovení Úmluvy o biomedicíně nelze zřejmě vykládat tak, že dotčená osoba musí být před každým lékařským zákrokem bezvýhradně informována o všech rozhodných skutečnostech, i když si to sama nepřeje. „Na druhé straně ho však zřejmě nelze vykládat ani tak, že dotčená osoba si může (závazně) přát nebýt informována o žádných rozhodných skutečnostech. Pak by totiž její souhlas (nesouhlas) se zákrokem nebyl vůbec „informovaný“. Tím by byla popřena vlastní podstata konceptu informovaného souhlasu...ustanovení Úmluvy je minimem, které chrání dotčenou osobu i proti ní samotné.“ (41, s. 18)

Taktéž J. Buriánek potvrzuje možnost zatajení informací lékařem, pokud jej o to pacient požádá, což neodporuje naší platné právní úpravě ani dikci čl. 10 Úmluvy o biomedicíně. (11, s. 139)

Domnívám se, že v psychiatrické praxi není obvyklé, aby pacient vyžadoval veškeré informace o svém zdravotním stavu. Pacient má možnost doptat se na to, co ho zajímá a klást lékaři otázky během vyšetření, vizity, rozhovoru.

T. Lajkep dodává, že sdělení informací není v psychiatrii takový problém jako v jiných oborech. „U psychické nemoci se dá stěžít odhadnout její průběh, a proto se lékař sám brání výrokům s definitivní platností. Navíc se mnohdy předpokládá, že znalost symptomů napomáhá pacientovi v průběhu terapie a dost často vlastní terapeutický proces začíná právě tím, že pacient, nebo jeho nejbližší, jsou seznámeni s diagnózou, terapií eventuálně prognózou.“

(28, s. 7)

Pokud jde o formu poskytnutí informací, dotčená osoba musí být informována řádně, to znamená srozumitelně a vhodně. Lékař musí sdělit pravdivě, úplně a nezkresleně všechny rozhodné skutečnosti. (41, s. 19)

Toto pravidlo lze v praxi naplnit jen stěží, pokud informování pacientů probíhá formou hromadných vizit. Člověk s psychiatrickým onemocněním může navíc trpět potížemi, díky nimž bude schopnost pochopení rozhodných skutečností snížena či znemožněna. Proto je třeba, aby zdravotníci při sdělování informací jednali citlivě a zachovávali individuální přístup k pacientovi.

#### **4. 1. 2. Zákrok v péči o zdraví**

Následující text se zabývá situacemi, ve kterých se uplatňuje informovaný souhlas, dle Konvence o biomedicíně se jedná o zákrok/y v oblasti péče o zdraví.

Zákrok v oblasti péče o zdraví lze dle P. Svobody vykládat jako lékařský zákrok, zahrnující preventivní, diagnostické, léčebné a rehabilitační zákroky, prováděné při poskytování zdravotní péče. Otázkou je, zda se informovaný souhlas vztahuje pouze k jednomu specifickému zákroku nebo i na několik zákroků určitého druhu.

(40, s. 10)

Vysvětlující zpráva ke Konvenci o biomedicíně potvrzuje, že by nebylo vhodné vyžadovat výslovný souhlas v případě četných rutinních lékařských výkonů. (55)

Souhlas se proto často mlčky předpokládá, pokud je dotyčný dostatečně informován.

Domnívám se, že v somatické medicíně, zejména v souvislosti s prováděním chirurgických výkonů je informovaný souhlas povětšinou již běžně užíván. Kde dříve stačil konkludentní souhlas, je nyní vyžadován písemný i se všemi souvisejícími informacemi. Výsledkem jsou mnohdy byrokratické písemné souhlasy a zahlcení klienta informacemi. Tento přístup jistě chrání zdravotníky daného zařízení, ale nejsem přesvědčena o jednoznačném přínosu těchto dokumentů i pro všechny pacienty.

V psychiatrii je celá věc složitější, protože psychiatrie používá jiné metody léčby než somatická medicína (například psychoterapii individuální i skupinovou, léčbu prací, arteterapii, hipoterapii, muzikoterapii, relaxační metody) a její pacienti jsou jiní (často nezpůsobilí, s poruchami myšlení, vůle atp.). Zřejmě proto zde není užití písemného informovaného souhlasu se zákrokem v péči o zdraví zcela běžné.

V této souvislosti bych si dovolila uvést citát V. Studenta komentující striktní požadování informovaného souhlasu v USA:

„Jde o proslulý "Malpractice Law" (zneužití pravomoci lékaře, zanedbání povinné péče, poškození pacienta). V oficiálních učebnicích se můžete dočíst, že vás může stát pár set tisíc dolarů odškodného, jestliže budete léčit psychotika bez jeho "informovaného souhlasu" (čili musí být ve stavu, aby vaši instruktáž o zamýšlené léčbě pochopil), nebo naopak, když nebyl léčen, ač má zaručené "právo na léčení", byl-li už do ústavu přijat, nebo v případě použití určitého preparátu, ač mohl dostávat jiný, s menším výskytem komplikací (ale také méně účinný). Trest kyne stejně tomu, kdo pacienta zadrží proti jeho vůli v ústavu, ač mohl být svěřen terapeutické komunitě, jako tomu, kdo jej nehospitalizoval, ač má povinnost chránit jeho samého nebo okolí a předvídat jeho potenciální sklon k agresi. Jiný případ: Pacient zažaloval psychoanalytika a jeho ústav pro zanedbání péče, protože jej

bezvýsledně léčil a nesprávně diagnostikoval. Přešel totiž na "biologicky orientované" oddělení, kde byl pro melancholii úspěšně léčen antidepresivy. Předběžný "malpractice tribunál" mu přisoudil odškodné 250 000 dolarů.“ (37, s.42-43).

#### 4. 1. 3. Formy souhlasu

Následující podkapitola se zabývá platností konkrétního a generálního souhlasu a dále diskutuje, zda souhlas musí být písemný či nikoliv. Obě témata jsou uvedena popisem současné praxe v Psychiatrické léčebně Bohnice.

Pacient při přijetí do PLB podepisuje „Vstupní prohlášení pacienta“. V tomto prohlášení souhlasí „s přijetím do Psychiatrické léčebny Bohnice a s prováděním potřebných vyšetřovacích a léčebných výkonů, včetně takových nutných omezení ve volném pohybu a styku s vnějším světem, která vyplývají z režimu na oddělení, běžně u všech pacientů uplatňovaného“(49). Vstupní prohlášení dále upravuje sdělování informací o hospitalizaci a zdravotním stavu osobám, které pacient jmenovitě určí. Pacient má právo i žádnou takovou osobu neurčit. Vstupní prohlášení musí podepsat pacient a 2 osoby přítomné podpisu pacienta. (Vzor „Vstupního prohlášení pacienta“ je uveden v příloze č. 1.)

„Z pohledu práva je podpis dobrovolného vstupu pacienta do léčebny vnímán jako právní úkon pacienta. Je třeba posoudit, zda má pacient způsobilost k právním úkonům v době, kdy tento souhlas uděluje. Znamená to, že pacient musí být schopen ovládat své jednání a rozpoznat jeho důsledky.“ (34)

P. Svoboda uvádí, že výklad článku 5 alinea 1 Úmluvy nevyžaduje, aby souhlas byl dán konkrétně, proto je zřejmě platný i souhlas se zákroky určitého, vymezeného druhu.

„Platný by však zřejmě nebyl generální souhlas, který by se vztahoval např. „na všechny potřebné zákroky“. Autor logicky namítá, že generální souhlas nemůže být pojmově informovaný ve smyslu čl. 5 alinea 1 Úmluvy o biomedicíně. Dodává, že generální souhlas se vztahuje na jakékoliv zákroky, takže nemůže být v souladu s žádnou předchozí informací, která určuje zamýšlený zákrok. Generálním souhlasem by se navíc pacient vzdal svébytnosti. (40, s.10)

O. Dostál též popisuje, že ani samotný příchod pacienta do zdravotnického zařízení neznamená udělení generálního souhlasu ke všem zákrokům, což je dost častá a nesprávná představa zdravotníků. (14, s. 69)

Pokud vyjdeme z předpokladu neplatnosti generálního souhlasu, není podle mého názoru platný ani formulář, který pacient podepisuje při příjmu, a jež je označován jako „dobrovolný vstup“. (49)

(Formulář v úplném znění je součástí přílohy č. 1.)

Během hospitalizace v PLB se pacient může setkat s informovaným souhlasem v písemné podobě, zejména v souvislosti prováděním některých diagnostických výkonů (např. vyšetření magnetickou rezonancí, computerovou tomografií - tato vyšetření jsou prováděna mimo léčebnu v nemocnicích, kde je běžně podepisován informovaný souhlas téměř s každým zákrokem).

Z terapeutických zákroků je pacientův souhlas nutný v případě elektrokonvulzivní terapie (elektrošoky). Udělení výslovného souhlasu je nezbytné též při účasti pacienta ve výzkumu, což ovšem specifikuje zvláštní zákon, a tato problematika je již nad rámec daného tématu. Při provádění ostatních léčebných zákroků a ošetrovatelských výkonů se souhlas pacienta předpokládá.

„Je pravda, že naše zákony předepisují povinný písemný souhlas jen u vybraných výkonů, takže není porušením práva, když lékaři postupují jen na základě ústního souhlasu, nebo dokonce na základě souhlasu nevyřčeného, ale jasně vyplývajícího z chování pacienta. Pokud vše proběhne bez komplikací nedojde k problému. Pokud ale nastanou komplikace výkonu nebo pacient není spokojen s výsledkem, může dojít k tomu, že proti sobě bude stát tvrzení lékaře, že pacient s výkonem souhlasil a tvrzení pacienta, že nebyl poučen o všech důsledcích či komplikacích postupu. Význam písemného souhlasu pochopitelně narůstá u výkonů s vyšším rizikem komplikací, u invazivních výkonů a výkonů s dlouhodobými následky“ (38, s. 5)

Jako sporné prostředky v problematice informovaného souhlasu může být označena například psychofarmakoterapie a hormonální terapie aplikovaná mladistvým nebo mentálně retardovaným jedincům. Dalším společensky široce diskutovaným problémem je neterapeutická sterilizace a interrupce u osob trpících duševní chorobou, ačkoliv naše právo toto neumožňuje. (28, s.6)

### **Doplňující poznámka:**

Právo každého občana na informace, možnost rozhodování a volby zdravotních zákroků přináší i větší díl zodpovědnosti za své vlastní zdraví. Jakou odpovědnost má v péči o zdraví zdravotník?

Má lékař právní odpovědnost za pacienta (19, s. 33) nebo odpovídá pouze za provedení léčby lege artis a za výsledek odpovědnost nenese? (14, s.22) Konvence o biomedicíně přenechává velkou část zodpovědnosti za své zdraví na jednotlivci, který ovšem musí být k rozhodování způsobilý.

O. Dostál zdůrazňuje nutnost právní odpovědnosti lékaře pro případy nedbalosti, neomluvitelné neznalosti, špatné organizace práce či nezájmu. Lékař neodpovídá za výsledek, ale odpovídá za „řádné konání, tedy správné využití těch schopností a znalostí, které má nebo je povinen mít.“ (14, s. 3)

Konvence o biomedicíně zároveň stanovuje povinnost lékaře provést zákrok v souladu s profesními povinnostmi a standardy (Článek 4 Úmluvy), pokud není standard vytvořen, tak podle českých zákonů s „rozumnou pečlivostí.“ (14, s. 26). Článek 4 se vztahuje i na psychology, zdravotníky, sociální pracovníce, léčitele... např. neprofesionální vedení pohovoru může zakládat odpovědnost, dojde-li jeho následkem k újmě na duševním zdraví. (14, s. 29)

## **4. 2. REVERS V PRAXI A PROBLEMATICKÉ OBLASTI**

### **4. 2. 1. Podání reversu**

Pokud pacient během léčby v PLB změní své rozhodnutí a rozhodne se léčbu ukončit, podává negativní revers.

Ten má písemnou formu, ve které pacient sděluje, že se cítí psychicky a fyzicky zdravý a rozhodl se ukončit léčbu proti radě lékaře a terapeutického týmu. Tento dokument musí být založen do dokumentace a zároveň zaznamenáváme i čas podání reversu. Žádost o revers je nutné projednat v co nejkratším termínu, v pracovní době primáře nebo jeho zástupce je třeba je s touto žádostí seznámit. Na projednání reversu má terapeutický tým 24 hodin.

V případě, že na oddělení není ošetřující lékař, který by mohl tuto situaci vyřešit, oznamujeme podání reversu službu konajícímu psychiatrovi. Toho informujeme, zda se jedná o pacienta již léčeného bez svého souhlasu nebo pacienta doposud léčeného se souhlasem, u kterého je třeba stav lékařsky posoudit a buď žádosti vyhovět nebo ohlásit obvodnímu soudu



detenci. Ohlášení službu konajícím lékaři, včetně času, kdy k němu došlo, zaznamenáváme do dokumentace. Pacienta je třeba informovat o ohlášení jeho žádosti lékaři. Ten se dostaví na oddělení a s pacientem hovoří osobně. Pokud uzná, že zdravotní stav pacienta nebrání propuštění-reversu vyhoví.

#### **4. 2. 2. Forma a obsah reversu**

Zákon o péči o zdraví lidu stanovuje, že odmítá-li nemocný léčení i přes náležité vysvětlení o vážnosti onemocnění a o potřebě léčení, musí od něj lékař vyžádat písemné prohlášení (revers).

„Úmluva o biomedicíně nestanoví, zda odvolání souhlasu musí být výslovné (ústní nebo písemné), či zda postačuje odvolání konkludentní.“ P. Svoboda uvádí, že proto postačuje odvolání projevené konkludentně. „Zákon zřejmě nemůže vyžadovat odvolání výslovné (např. písemné), a to ani v těch případech, v nichž sám vyžaduje výslovný souhlas. Šlo by o zúžení práva dotčené osoby oproti rozsahu, který zaručuje Úmluva. Odvolání souhlasu musí být svobodné, což Úmluva výslovně stanoví, jakož i informované, což Úmluva výslovně nestanoví, ale lze to spolehlivě dovodit.“ (41, s. 19)

Smysl výše uvedené citace nepotvrzuje ustanovení Zákona o zdraví lidu v nutnosti podání odvolání v písemné formě. Tento fakt by ovšem značně zkomplikoval dosavadní praxi.

Moje osobní zkušenost potvrzuje, že ne vždy je možné získat písemné provedení reversu, protože i pacient právně zcela způsobilý nemusí být schopen nebo ochoten revers napsat. Samostatnou kapitolu tvoří vyžadování písemných dokumentů u cizinců a pacientů z etnických menšin. Toto téma již přesahuje rámec mé diplomové práce do oboru interkulturního ošetrovatelství, takže ho pouze zmiňuji jako potřebné k řešení bez dalšího komentáře.

V psychiatrické léčebně Bohnice je vyžadována písemná forma reversu, která je součástí dokumentace. Revers je vnímán spíše jako ochrana zařízení před možnou stížností na zanedbání péče ze strany pacienta.

Osobně si myslím, že pacient by měl mít možnost odvolat svůj souhlas i ústní formou, platnost ústních dohod konec konců právo připouští. V tomto případě bych navrhovala, aby lékař provedl zápis tohoto pacientova rozhodnutí o ukončení léčby před svědky. Dále se budu zabývat „informovaným“ odvoláním souhlasu.

V PLB na oddělení následné léčby závislostí pacienti nejčastěji odmítají léčbu pouze stručným písemným prohlášením typu: „Cítím se psychicky a fyzicky zdrav a žádám o ukončení léčby proti radě lékaře a terapeutického týmu.“ Součástí je jméno a podpis pacienta. Datum a čas obvykle dopisuje zdravotník při fyzickém převzetí této písemnosti od pacienta. Lékař, který pacienta vyšetří, zaznamená jeho zdravotní stav do dokumentace s tím, že pacienta propouští na jeho vlastní žádost (pokud to pacientův zdravotní stav umožňuje).

Pokud pacient odmítá vyšetřovací či léčebný výkon, musí jej lékař vždy náležitě poučit o důsledcích, které pro něj odmítnutí příslušného výkonu znamenají.

J. Buriánek uvádí, že revers musí být vždy „dostatečně individualizován“, tzn. měly by v něm být uvedeny nejen potřebné skutečnosti obecně se týkající daného zákroku, ale i skutečnosti týkající se zdravotního stavu pacienta. Musí být uvedeno, kdo, kdy, kde a jaký výkon odmítl, jakého poučení a vysvětlení se mu dostalo, kdo je poskytl a zejména na jaké možné negativní důsledky byl pacient upozorněn. Revers musí být datován a měl by být podepsán nejen pacientem, ale i lékařem, který poučení podal. Pokud zdravotní stav pacientovi neumožňuje se podepsat, měli by jeho souhlas svým podpisem potvrdit alespoň dva přítomní svědkové. Revers je součástí dokumentace.

(11, s. 150)

J. Bohdan doplňuje, že součástí reversu by měl být podrobný popis vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, který pacient odmítá podstoupit, poučení o zdravotních a právních důsledcích odmítnutí provedení výkonu a dále prohlášení pacienta o tom, že poučení řádně rozuměl a nemá žádné doplňující dotazy. Dále je potřeba uvést datum, hodinu, minutu a místo podpisu negativního reversu. (8, s. 15)

#### **4. 2. 3. Odmítnutí léčby v souvislosti s léčebným řádem a povinnostmi pacienta**

Problém často nastane v situaci, kdy pacient odmítá léčbu, popřípadě aktivní zapojení vlastní osoby v léčbě a spolupráci se zdravotníky a zároveň odmítá podat revers.

J. Bohdan, s odvoláním na vládní návrh zákona doporučuje, aby v situaci, kdy pacient odmítá potřebnou péči a zároveň odmítá o tom podepsat prohlášení, zopakoval ošetřující lékař znovu informace s důrazem na konkrétní rizika, přičemž toto učinil před svědkem, kterým může být jiný zdravotnický pracovník nebo osoba určená pacientem. O této informaci včetně uvedení důvodů, které vedly k takovému postupu, provede lékař záznam do dokumentace, který podepíše též svědek. (8, s. 18)

J. Buriánek považuje za vhodné v této situaci sepsat a založit do zdravotnické dokumentace zápis, který by měl obsahovat stejné náležitosti jako samotný revers a který by měl být podepsán lékařem a věrohodnými svědky. Tento zápis pak může sloužit jako alibi, obrana lékaře proti případnému budoucímu obvinění za zanedbání péče. „Jestliže pacient odmítá či sabotuje léčbu a zároveň odmítá podepsat písemný negativní revers, je třeba hledat způsob, jakým tento jeho postoj přesvědčivě v dokumentaci zaznamenat. V úvahu přichází např. lékařský záznam, k němuž je připsáno a podepsáno svědectví jiné osoby, např. zdravotní sestry nebo pacientova příbuzného.“ (11, s. 148)

S touto problematikou se v praxi setkávám často právě na oddělení léčby závislostí. Pacient odmítající aktivní zapojení v terapeutické skupině a komunitě pacientů narušuje léčebné působení těchto aktivit na ostatní motivované pacienty. V mnoha případech se pacient nechce aktivně léčit ze závislosti, ale pobyt na oddělení mu nevádí. Propuštění z důvodu nespolupráce je však spíše výjimečné, protože pacientova motivace k léčbě se vyvíjí v průběhu hospitalizace. Posouzení situace je v kompetenci ošetřujícího lékaře. Fakt je, že dokumentace obvykle neobsahuje náležitosti uváděné J. Buriánkem a je vedena jako zápisy jednotlivých pracovníků o případech pacientovy nespolupráce nebo odmítání. Bylo by zřejmě vhodné potvrdit lékařský záznam i svědectvím další osoby. Řešením by dle mého názoru byla i finanční spoluúčast pacienta na léčbě.

J. Vondráček a M. Ludvík uvádějí, že „ukončení hospitalizace pacienta z iniciativy ošetřujících zdravotnických pracovníků pro soustavné nebo závažné porušení domácího řádu je možné pouze pokud předčasným propuštěním nedojde k poškození zdraví pacienta, nebo pokud porušení domácího řádu není způsobeno psychickou poruchou pacienta, nebo jeho zdravotním stavem.“ (46, s.9)

Na oddělení léčby závislostí se jedná o Léčebný režim, který si pacient přečte a je povinen ho znát, a Léčebnou dohodu, kterou i podepisuje. Tyto dokumenty specifikují tzv. prohřešky proti režimu, například

přechovávání alkoholu, drog, hraní karetních her, vulgární vyjadřování vůči ostatním, nedovolené opuštění oddělení apod. Domnívám se, že sem lze zařadit i povinnosti pacienta, jak jsou specifikovány v celoustavní publikaci „Práva pacientů“. (30) Zde je uvedeno, že pacient PLB má povinnost zejména:

- mít snahu žít zdravě a vyvarovat se vlivů škodlivě působících na jeho zdraví
- vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví
- dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí
- podepsat při přijetí do PLB poučení pacienta, jehož součástí je i prohlášení o dobrovolnosti léčení v PLB
- dodržovat provozní řád primariátu a z něj vyplývající stanovený režim oddělení
- poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu a dodržovat lékařem stanovený léčebný režim
- nepožívat v průběhu hospitalizace alkoholické nápoje a návykové látky a užívat léky nepředepsané ošetřujícím lékařem
- podrobit se v případech stanovených obecně závaznými předpisy zdravotnickým prohlídkám a diagnostickým zkouškám, léčení nemocí společensky zvlášť závažných, asanačním, dezinfekčním a jiným opatřením na ochranu před nákazou
- účastnit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře léčby prací
- uhradit PLB jím způsobené škody, za které podle obecně platných právních předpisů odpovídá

(Publikace „Práva a povinnosti pacientů při poskytování zdravotní péče v Psychiatrické léčebně Bohnice“ je uvedena příloze III.)

Otázkou je vymahatelnost povinností pacienta. Většinu pacientů neplnících výše uvedené povinnosti, či narušujících léčebný režim pochopitelně propustit nelze, z důvodů uvedených J. Vondráčkem a M. Ludvíkem.

Pacienta ovšem není možné přinutit, aby tyto instrukce respektoval.

Ačkoliv jeho povinnost dodržovat léčebný režim je daná zákonem, neexistuje

žádná sankce. Pacient nemůže být postižen, způsobí-li škodu na vlastním zdraví, ani v tom případě, že vzniknou další zbytečné veřejné výdaje ne jeho další léčení. (13, s. 47)

V této souvislosti O. Dostál zmiňuje i ekonomický aspekt práv pacientů. Pomocí správně zvolených ekonomických nástrojů lze účinně motivovat pacienty k zodpovědné péči o své zdraví, dodržování léčebného režimu a prevenci. (14, s. 95)

#### **4. 3. PROCES HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU PACIENTA V PRAXI, PROBLEMATICKÉ OBLASTI**

##### **4. 3. 1. Přístupy k hospitalizaci bez souhlasu pacienta**

Takzvaná „nedobrovolná léčba“ vzbuzuje mezi laickou veřejností často negativní emoce. Postoje společnosti k omezovacím prostředkům bývají problematické. Na jedné straně veřejnost citlivě vnímá a odsuzuje omezení osobní svobody a autonomie pacienta, na druhé straně existuje pocit ohrožení a strachu z potenciálně nebezpečného pacienta s akutní duševní poruchou. (59, s. 7-8)

V případě hospitalizace bez souhlasu pacienta dochází ke kolizi principu autonomie jednotlivce a ochrany života a zdraví (14, s. 16, 23).

Přístup pacientů k omezení v podobě hospitalizace bez svého souhlasu nemusí být zpětně hodnocen jednoznačně negativně, protože mnoho pacientů v průběhu léčby změnilo náhled na nutnost hospitalizace.

Výzkum v USA prokázal, že po 4-8 týdnech od propuštění 52% pacientů se závislostí zpětně potvrdilo, že v době hospitalizace bez svého souhlasu tuto hospitalizaci potřebovalo. (18)

I P. Baudiš a J. Libiger uvádějí, že „po několika dnech řada nemocných nahlédne důvodnost psychiatrické léčby a s dalším pobytem v léčebně souhlasí.“ (5, s. 63) Jde vesměs o nemocné, kteří si své psychické alterace nejsou vědomi a u kterých léčba, byť ji odmítají, záhy zlepšila jejich stav. (5, s. 77)

Názory na hospitalizaci bez souhlasu nemocného se liší i mezi odborníky, většina lékařů preferuje širší výklad pojmu „nebezpečnost sobě a

okolí“, protože včasná hospitalizace může chránit zájmy nemocného i společnosti.

Jedná se zejména o případy nemocných s mánií nebo závislostí, či při počínajícím relapsu psychózy, kdy je léčba „v nejvlastnějším zájmu nemocného, avšak stav nesplňuje zcela rigorózně legislativní kritéria.“ (5, s. 63).

J. Baštecký uvádí situaci, „kdy například dementní nemocný zanedbáváním hygieny ohrožuje své okolí (zahmyzením, možností samovznícení odpadků apod.) anebo sebe (zanedbávání výživy, topení, ošacení, větrání nebo odmítání nabízené zdravotnické péče či sociálních služeb.“ (3, s.22)

N. Kramářová vyslovuje pochybnosti v otázce ohrožování okolí pacientem. V první řadě se táže, co je třeba chápat pod pojmem ohrožuje a zda termín „ohrožuje“ odpovídá výhradně jen ději, který již nastal nebo také i ději, který nastat může. (26, s. 27)

J. Baštecký uvádí, že nebezpečí ohrožení musí být zjevné a aktuální, nikoli jen potencionální. (2, s. 101).

Není také jasné, co všechno může být ohroženo a jaké bude pořadí významnosti tohoto ohrožení. Názory na tuto problematiku se různí, někteří psychiatři zahrnují do kategorie ohrožení okolí i majetkové škody, což znění Zákona o péči o zdraví lidu nepotvrzuje.

Článek 26 Úmluvy biomedicíně připouští omezení výkonu práv a ochranných ustanovení daných úmluvou v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných. (55)

Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně potvrzuje možnost omezení volnosti pohybu či povinného léčení osoby, která může být vzhledem ke své duševní poruše potenciálním zdrojem ohrožení zdraví ostatních, a to v zájmu ochrany práv a svobod jiných lidí. (56)

Z pohledu práva je pro psychiatrickou hospitalizaci významný zejména článek 7 Konvence o biomedicíně, který umožňuje za stanovených podmínek

provést lékařský zákrok na osobě trpící vážnou duševní poruchou bez jejího souhlasu. Toto ustanovení se týká osob, jejichž schopnost rozhodování o navrhovaném léčení je vážně narušena právě jejich duševní poruchou. Zákrok může být proveden při současném plnění následujících podmínek :

- Dotčená osoba musí trpět duševní poruchou. (55)

Lze soudit, že duševní porucha ve smyslu čl. 7 Úmluvy zahrnuje i stav narušení duševních schopností v důsledku požití alkoholu nebo drog, resp. stav intoxikace ve smyslu § 23 odst. 4 zákona o péči o zdraví lidu. (42, s. 20)

- Duševní porucha musí být vážná, bez odpovídající léčby by se vší pravděpodobností došlo k závažnému poškození zdraví dotčené osoby. (Jedná se například o riziko poškození u osoby trpící sebevražednými sklony). (55)

Ustanovení § 23 odst. 4 zákona o péči o zdraví lidu umožňuje též provést vyšetřovací a léčebné výkony bez souhlasu dotčené osoby, jestliže jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí. (42, s. 20)

První dva uvedené body konvence korespondují s ustanoveními Zákona o péči o zdraví lidu v definici duševní poruchy a možného sebepoškození.

Další podmínka určuje, jaké zákroky mohou být provedeny bez souhlasu nemocného. a stanovují nutnost ochrany osob s psychiatrickou poruchou.

- Lékařský zákrok musí být zaměřen na léčbu právě a jen této duševní poruchy, přičemž léčba musí být nezbytná v tom smyslu, že by bez ní se vší pravděpodobností došlo k závažnému poškození zdraví pacienta. (55)

Tato podmínka chrání zdraví pacienta, ale zároveň i jeho svébytnost. Na základě čl. 7 Úmluvy tak není možné léčit duševně nemocnému pacientovi jakoukoliv somatickou chorobu. (42, s. 20)

Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně uvádí, že právní úprava umožňuje v řadě členských států léčbu pacienta se závažnou duševní chorobou v lékařsky naléhavých případech, zákrok musí směřovat k záchraně života pacienta. (56)

Také Zákon o péči o zdraví lidu umožňuje provedení zákroku vedoucího k záchraně života a zdraví, ovšem v případě, kdy si nelze souhlas vyžádat vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného.

Pacienta s psychiatrickým onemocněním tak lze léčit bez jeho souhlasu, pouze pokud je ohroženo jeho zdraví a život. Domnívám se, že v praxi často dochází k pochybnostem, zda a do jaké míry je možné léčit pacienta, který neudělal souhlas a již není v přímém ohrožení života a zdraví. Problematika léčby pacienta během hospitalizace bez jeho souhlasu a je dále řešena v samostatné kapitole.

Další požadavek stanovuje nutnost ochrany osob s psychiatrickou poruchou.

- Musejí být dodrženy podmínky stanovené zákonem na ochranu těchto osob, včetně právní úpravy pro dohled, kontrolu a odvolání. (55)

Vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně specifikuje, že tyto podmínky musí zahrnovat náležité dozorní, kontrolní a odvolací řízení, jako např. zajištění ochrany soudním orgánem. Takový požadavek je pochopitelný s ohledem na možnost provést potřebný zákrok i na osobě, která k němu nedala souhlas; je proto nezbytné zavést opatření k náležité ochraně práv této osoby. (56)

P. Svoboda uvádí, že ochrana vyplývající ze Zákon o péči o zdraví lidu není dostatečná. Tento zákon stanovuje ochranné podmínky v případě převzetí



pacienta do ústavní péče bez jeho souhlasu formou takzvaného detenčního řízení podle § 191a až 191g občanského soudního řádu. (42, s. 21) .

V rámci detenčního řízení se soud vyjádří k přípustnosti hospitalizace. Někteří psychiatři doporučují nechat proběhnout detenční řízení i pokud pacient dodatečně souhlas udělil, ale nesouhlasí s některými omezeními v léčbě.

„Jsou případy, že pacienti chtějí podepsat dobrovolný vstup v době, kdy již bylo zahájeno detenční řízení, a přitom nesouhlasí s omezujícími prvky léčby (například omezení vycházek, propustek). Pacientovi by se za dané situace nemělo bránit v podpisu dobrovolného vstupu, ale na formulář napsat, s kterými omezujícími prvky léčby nesouhlasí a nechat proběhnout detenční řízení. Důvody trvalí detence uvést i do dekurzu.“ (50, s. 3)

Soud je oprávněn v rámci detenčního řízení přezkoumávat jen samotný akt převzetí, resp. dalšího držení nemocného v ústavu jako formy omezení osobní svobody. Soud není oprávněn přezkoumávat vlastní vyšetřovací a léčebné výkony, které jsou v ústavu na zadržené osobě bez jejího souhlasu prováděny - ty jsou prováděny jako jiné zásahy bez možnosti jakéhokoliv přezkumu. (42, s. 21)

#### **4. 3. 2. Postup při hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu**

V případě, že pacient odmítne pobyt v PLB a nemůže být propuštěn, protože i nadále jeví známky duševní poruchy, v důsledku které ohrožuje sebe nebo své okolí, nebo v případě, kdy je pacient proti své vůli omezen ve volném pohybu nebo ve styku s vnějším světem, musí zdravotnické zařízení hlásit soudu převzetí pacienta k hospitalizaci bez jeho písemného souhlasu.

Toto rozhodnutí faxujeme na formuláři „Sdělení Psychiatrické léčebny

Bohnice Obvodnímu soudu pro Prahu 8“. Do sedmi dnů od tohoto sdělení se na oddělení dostaví soudní znalec, který se vysloví k přípustnosti hospitalizace. Rozhodnutí učiní soud poté, co vyslechne pacienta, ošetřujícího lékaře a eventuálně po zvážení dalších důkazů, ale bez znaleckého psychiatrického posudku. Výsledky lékařů i pacientů probíhají přímo v léčebně, kde má soud přidělené prostory. Soud poté vynese rozsudek o přípustnosti držení pacienta v ústavu. Usnesení je adresováno doporučeně pacientovi nebo jeho zástupci a ústavu a zároveň je pacientovi stanoven opatrovník (pokud pacient nemá jiného zástupce). Proti tomuto rozhodnutí je možné se do 15 dnů odvolat.

Rozhodnutí soudu, zda k převzetí došlo ze zákonných důvodů, může být vydáno na „základě vyjádření lékařů dotyčného ústavu, případně vyjádření hospitalizovaného (může jít např. o zjevně „vyšinuté“ vyjádření hospitalizovaného o tom, proč v zařízení být nechce). (11, s. 125)

Směrnice PLB stanoví, že: „až do rozhodnutí soudu o tom, že převzetí a umístění pacienta v PLB bylo v souladu se zákonnými důvody, smí být takto hospitalizovaný pacient farmakologicky léčen jen v rozsahu nezbytném a neodkladném.“ (33). (Směrnice č. 7/2002 je uvedena v příloze II.)

Podotýkám, že ani po rozhodnutí soudu se pacient hospitalizovaný bez svého souhlasu, nemusí podrobit léčbě, která není nezbytná a zaměřená přímo na léčbu jeho duševní poruchy, což směrnice neuvádí.

#### **4. 3. 3. Dodatečné udělení souhlasu**

V případě pacientů se závislostí je běžné, že pacient po započetí „Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí do ústavu zdravotní péče“ během sedmidenní lhůty udělí souhlas s hospitalizací. V tomto případě opět faxujeme soudu sdělení, že pacient podepsal souhlas s hospitalizací a řízení je zastaveno.

Usnesení Městského soudu v Praze uvádí, že: „Pokud se soud po zahájení řízení dle § 191b odst. 1 Občanského soudního řádu (OSŘ) v zákonné sedmidenní lhůtě dozví, že nemocný svůj souhlas dodatečně udělil, řízení zastaví, pokud ještě nerozhodl o zákonnosti převzetí dle § 191 odst. 4 OSŘ. Jestliže však nemocný tento souhlas udělí až po uplynutí této sedmidenní lhůty nebo jestliže se soud až po uplynutí této lhůty o dodatečně uděleném souhlasu dověděl, je pro rozhodnutí soudu tato okolnost významná

jen tehdy, jestliže soud nestačil výjimečně v zákonné lhůtě o nedobrovolném vstupu rozhodnout.“(45)

#### **4. 3. 4. Další postup při hospitalizaci bez souhlasu pacienta**

Dále se soud vyslovuje k přípustnosti dalšího držení občana v ústavu. Ke zjištění jeho zdravotního stavu ustanoví soudního znalce - psychiatra, který vypracuje znalecký posudek. (2, s. 104)

Znalec se vyjádří k otázce zda je, či není „omezení“ pacienta nezbytné. (11, s. 126)

Do tří měsíců od výroku o přípustnosti převzetí pacienta do ústavní péče, vynese soud rozsudek, zda je další držení pacienta přípustné nebo ne a na jak dlouhou dobu.

Účinnost tohoto rozsudku zanikne do jednoho roku od jeho vyhlášení, jestliže v rozsudku nebylo stanoveno jinak. Osoba držená v ústavu nebo její zástupce či příbuzný může samozřejmě požádat o nové vyšetření a rozhodnutí o propuštění i před uplynutím doby, která je stanovena v rozhodnutí soudu. (2, s. 104)

Hospitalizace může samozřejmě skončit i dříve, pokud pominou její zdravotní důvody. (11, s. 126)

#### **4. 3. 5. Soudní řízení**

N. Kramářová se zamýšlí nad průběhem soudního řízení o vyslovení přípustnosti k převzetí a držení nemocného v ústavu. Během tohoto řízení soud vyslechne nemocného a ošetřujícího lékaře. Není zcela jednoznačné, zda by měl lékař v této situaci respektovat případný pacientův zákaz sdělování informací o pacientově osobě. Nerespektování pacientova zákazu připouští výjimka zákona č. 86/1992 Sb. § 55, která umožňuje sdělit informace po zproštění mlčenlivosti nadřízeným orgánem. Občanský soudní řád ovšem v § 124 obsahuje požadavek „provádět veškeré dokazování tak, aby bylo šetřeno státní, hospodářské a služební tajemství a státem uznávaná mlčenlivost, kterou lékařská mlčenlivost bezesporu je.“ (26, s. 28)

Domnívám se, že obdobná pochybnost by mohla zaznít i při použití dokumentace pacienta v soudním řízení.

J. Buriánek uvádí, že případ, kdy soud vyslovuje souhlas s hospitalizací pacienta, jež nemůže nebo nechce vyslovit souhlas s hospitalizací sám, je výjimkou v Občanském soudním řádu (§191a-191g), „kdy zdravotnické zařízení je přímo povinno soudu sdělit určité skutečnosti jinak chráněné mlčenlivostí. V tomto

případě se rovněž jedná o „posuzování zdravotního stavu podle zvláštního právního předpisu“, a podle ustanovení § 9 písm. c) Zákona o ochraně osobních údajů je tedy zde soud oprávněn žádat od zdravotnických zařízení určité informace, na které se jinak vztahuje mlčenlivost.“(11, s. 116)

Výjimka spočívá v tom, že prvotní informaci, resp. podnět k zahájení řízení zde musí lékař či zdravotnické zařízení soudu zaslat i bez souhlasu pacienta. (11, s. 124)

N. Kramářová dále zmiňuje fakt, že lékař sděluje soudu informace o pacientovi, které jsou poté citovány ve zdůvodnění usnesení soudu, jež obdrží i pacient. „Výjimku představuje případ, kdy nemocný-podle vyjádření ošetřujícího lékaře-není schopen takové rozhodnutí chápat (§191 c odst. 1 OSŘ). Podobná námitka bude ze strany lékaře uplatňována spíše jen ojediněle a tak většina nemocných převezme usnesení do vlastních rukou. Pacient tak dostává často informace, které by mu lékař jinak neposkytl vůbec, případně by je nemocnému sdělil jinou formou či v jinou dobu.“ (26, s. 29)

Ačkoliv se též domnívám, že tato situace může být nepříjemná pro lékaře i pacienta, podotýkám, že lékař stejně nesmí dle Konvence o biomedicíně informace zatajovat, ovšem forma a způsob podání informací by měly odpovídat pacientovu chápání. V praxi jsem se opakovaně přesvědčila, že sdělení lékaře ve zdůvodnění usnesení soudu většina pacientů nerozumí pro jeho odbornost a též velká část pacientů popírá fakta o svém chování ať již pro amnézii nebo nedostatečný náhled.

V PLB směrnice stanovuje, že pacient musí obdržet rozhodnutí soudu nebo být alespoň seznámen s jeho obsahem a dále podepsat prohlášení, zda obsahu rozhodnutí rozumí nebo nerozumí, a že ví o možnosti podat (s případnou pomocí sociální pracovnice) odvolání a v jaké lhůtě. (33)

#### **4. 3. 6. Provádění zákroků během léčby bez souhlasu pacienta**

Provádění zákroků v oblasti péče o zdraví během léčby bez souhlasu pacienta je diskutabilní. Hospitalizace bez souhlasu pacienta se obvykle neomezuje pouze na pobyt pacienta v ústavu. Stejně jako u pacientů léčených se svým souhlasem, se i zde uplatňuje farmakoterapie, režimová léčba, psychoterapie skupinová i individuální, pracovní terapie, arteterapie atd.

Uvedené způsoby léčby nejsou v PLB obvykle ošetřeny informovaným souhlasem.

Značná část pacientů PLB trpí, současně s psychiatrickým onemocněním, i somatickými poruchami, které se běžně v populaci vyskytují. Na oddělení léčby závislostí se jedná především o hepatopatie, hypertenzi, diabetes mellitus, epilepsii a některé infekční choroby. Zákroky prováděné v léčbě somatických poruch jsou pak především diagnostické (např. odběry biologického materiálu) a léčebné, zejména farmakologické, režimové a dietní. Terapie těchto onemocnění je součástí poskytované zdravotní péče.

Domnívám se, že většina pacientů, hospitalizovaných se svým souhlasem i bez něho, neví o možnosti odmítnout jednotlivé typy terapie nebo jednotlivé zákroky. Stejně jako je příchod pacienta do zdravotnického zařízení často mylně interpretován jako souhlas se všemi v budoucnu provedenými zákroky, je rozhodnutí soudu o přípustnosti držení pacienta v ústavu vnímáno jako rozsudek, který dovoluje provádět všechny další zákroky bez nutnosti souhlasu.

Pokud ovšem budeme vycházet ze článku 7 Úmluvy o biomedicíně, u pacienta hospitalizovaného bez svého souhlasu je zřejmé, že zákrok musí být zaměřen na léčbu duševní poruchy, a lze ho provést pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vší pravděpodobností došlo k závažnému poškození zdraví. Další zákroky v oblasti zdravotní péče směřující tedy ke zlepšení zdraví musí být kryty informovaným souhlasem.

Pacient léčený bez svého souhlasu se nemusí podrobit všem léčebným zákrokům. Soudci obvodního soudu připomínají, že „je na lékaři, aby posoudil, zda tyto zákroky může učinit proti vůli pacienta, a to v souladu se zákonem o péči o zdraví lidu“ (34, s. 6)

Domnívám se, že striktní právní výklad v případě hospitalizace bez souhlasu pacienta značně omezuje rozsah léčby psychiatrického pacienta.

Lékař by směl léčit výhradně vážnou duševní poruchu, u které by bez odpovídající léčby se vší pravděpodobností došlo k závažnému poškození zdraví dotčené osoby, anebo by mohl zasáhnout až v případě ohrožení okolí pacientem a v situaci krajní nouze. Tomu by zřejmě odpovídalo i omezené množství léčebných prostředků, které by mohl využít.

Myslím si, že z pohledu medicíny by tak lékař mohl vlastně léčit pouze příznaky, jevící se v chování pacienta jako ohrožující. Dlouhodobá léčba (nutná například u nemocných s psychózou) by v podstatě nebyla možná, dokud by pacient nesouhlasil.

Podle N. Kramářové by lékař u nemocného, který aktuálně neohrožuje sebe nebo okolí mohl jenom vyčkávat na udělení souhlasu a léčba by byla omezena na pouhé držení v ústavu. Tento striktní výklad je spíše zastáván právníky, lékaři se většinou řídí požadavkem „použití prostředků běžných, nerizikových a lege artis prováděných, což ovšem neznamená léčbu veškerého rizika. (26, s. 29)

V praxi nemocný hospitalizovaný bez svého souhlasu vždy neodmítá všechny léčebné postupy. Některý pacient se například účastní psychoterapie, ale odmítá akceptovat léčebný režim oddělení či pracovní terapii. Aplikace farmakoterapie problémem být nemusí, pokud má nemocný dostatek informací o lécích, které užívá, což je dáno především komunikací s lékařem a sestrou. Velká část klientů užívá psychofarmaka i v běžném životě a podávání léků se nijak nebrání, zejména pokud jsou podávány známým způsobem, nejčastěji perorálně.

V problematice provádění léčebných výkonů u pacienta hospitalizovaného bez svého souhlasu je v zahraničí užíván institut právníka pacientů (používaný v Rakousku). Právník pacienta „má právo dát souhlas k léčení tam, kde nemocný není schopen náhledu a úsudku“. (26, s. 29)

Další možností je začlenění problematiky provádění léčby do kompetencí etických komisí jednotlivých zařízení.

Praktická poznámka:

Moje osobní zkušenost je s lidmi intoxikovanými a ohrožující sebe nebo své okolí. I v praxi vznikají pohybnosti, zda tito lidé patří na záchytnou stanici nebo do nemocnice. Na záchytku se mohou dostat ti, kteří nekontrolují své chování, ohrožují sebe nebo jiné lidi, narušují veřejný pořádek nebo budí veřejné pohoršení. (57). Nejde zde primárně o problém „dobrovolnosti léčby“, i na záchytce by měl člověk souhlasit s ošetřením a navíc zdejší pobyt netrvá obvykle déle než 24 hodin, takže není hlášen soudu. Problém na který chci upozornit je v úhradě péče-záchytka je účtována k přímé úhradě pacientovi, pokud však bude člověk s identickou diagnózou ošetřen v léčebně, bude úhrada záležitostí jeho pojišťovny a to i v případě opakované hospitalizace.

Také P. Svoboda upozorňuje, že zákon vůbec nestanoví ochranné podmínky v případě ošetřená na záchytné stanici ve smyslu čl. 7. „Vyšetření dotčené osoby, její zadržení a ošetření v záchytné stanici jsou tak prováděny jako jiné (bezprostřední) zásahy bez možnosti jakéhokoliv přezkumu. Náprava tohoto stavu vyžaduje změnu zákonné úpravy.“ (42, s. 21)

#### *4. 4. NEZLETILÍ A NEZPŮSOBILÍ*

##### **4. 4. 1. Průběh hospitalizace u nezletilých**

Nezletilí pacienti bývají hospitalizováni v našem zařízení buďto z vlastní vůle nebo z vůle rodičů. Pokud přijímající lékař usoudí, že pacient není způsobilý rozhodovat o sobě a posoudit náležitě svůj zdravotní stav, stačí souhlas rodičů, kteří podepíší dobrovolný vstup za nezletilého. Revers za nezletilého musí podepsat také rodiče, ukončení léčby je konzultováno vždy s ošetřujícím lékařem. Útěk nezletilého z léčby musí být hlášen policii ČR.

Právníci komentují hospitalizaci nezletilého následovně: „Nezletilí pacienti mají způsobilost k právním úkonům v rozsahu ustanovení §9 z.č. 40/1964 Sb.,

občanského zákoníku, v platném znění, kdy jsou schopni činit právní úkony, které jsou svou povahou přiměřené rozumové a volní vyspělosti odpovídající jejich věku. Takové posouzení je pak opět na lékaři, kdy je potřeba posoudit osobnost pacienta a zhodnotit, zda způsobilost má, či nikoli. A to s přihlédnutím k osobnosti jednotlivého pacienta, kdy orientačním hlediskem je věk nezletilého, a to zejména věk blízký hranici zletilosti, i když toto hledisko nelze paušalizovat. Pacient, i když je nezletilý může mít plnou způsobilost k právním úkonům a pak je na něm, aby souhlas dal či nikoli. V tomto případě jej nemohou za pacienta dát rodiče, ale je to plně v dispozici nezletilého. Samozřejmě, že jistotou je podpis rodičů i nezletilého.“ (34, s. 6)

T. Lajkep upozorňuje, že většinu dětských pacientů tvoří děti s diagnózou poruchy chování, které, pochopitelně, o hospitalizaci zájem nemají. Také jsou často přesvědčovány okolím (rodiči a učiteli), že je to za trest a tyto děti vnímají léčbu jako nutné zlo. Autor též upozorňuje, že k hospitalizaci dochází často až v okamžiku, kdy se problémy těchto dětí vyhrotí. (28, s. 6)

#### **4. 4. 2. Názor nezletilé osoby, udělení zástupného souhlasu**

Úmluva o biomedicíně umožňuje, aby dospělá osoba neschopná udělit souhlas se dle možností zúčastnila udělení zástupného souhlasu. Nezletilé osobě umožňuje vyjádřit svůj „názor, který bude zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti.“ (55)

P. Svoboda však namítá, že úmluva vůbec nespécifikuje, jak má být názor nezletilé osoby zohledněn, ani jak se má dospělá osoba zúčastnit udělení zástupného souhlasu. Tato ustanovení Úmluvy by měla konkretizovat vnitrostátní právní úprava. (41, s.22). Obecná úprava v Občanském zákoníku neřeší otázku zohlednění názoru nezletilé nezpůsobilé osoby, ani účast dospělé osoby nezpůsobilé osoby při udělování svolení. To je pro ochranu nezpůsobilých osob nedostatečné. (42, s. 20)

V PLB je poměrně častá žádost rodičů o přijetí nezletilého k hospitalizaci, nejčastěji k léčbě závislosti. V případě intoxikace a ohrožení zdraví či života nezletilého lékař přistoupí k hospitalizaci bez souhlasu nezletilého. Pacient projde několikadenní detoxifikační léčbou, přičemž



pominou zdravotní důvody pro hospitalizaci a nemocný je propuštěn. Tato procedura se u některých našich klientů opakuje i několikrát ročně. Pokud si rodiče nezletilého přejí jeho hospitalizaci kvůli abusu drog, často přinášejí do přijímací kanceláře i konkrétní zneužívanou chemikálii. (Poznámka: Momentálně se v PLB pracuje na směrnici určující způsob likvidace těchto chemikálií)

Etický a právní problém podle mého názoru vzniká v otázce oznamovací povinnosti v případě přechovávání a distribuce drog. Má v tomto případě zdravotník oznámit spáchání trestného činu policii? V praxi se obvykle oznamovací povinnost nedodrжуje. Dle právníků není u podobných činů neoznámení trestné a oznámení může být naopak porušením zdravotnické mlčenlivosti, pokud není jednáním v krajní nouzi. (11, s. 115 )

#### **4. 4. 3. Provádění zákroků bez souhlasu zákonného zástupce**

Liší se též ustanovení Konvence a Zákona o péči o zdraví lidu v případě možnosti provedení zákroku bez souhlasu zákonného zástupce.

P. Svoboda uvádí, že Konvence nedovoluje lékaři provést zákrok, byť by to bylo v rozporu se zájmem dotčené osoby, pokud by zákonný zástupce odmítl udělit souhlas se zákrokem. Zákon o péči o zdraví lidu však opravňuje lékaře, aby v neodkladných případech rozhodl o provedení nezbytného zákroku i tehdy, když rodič dítěte nebo opatrovník osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům odmítají udělit souhlas. Z tohoto důvodu je § 23 odst. 3 zákona o péči o zdraví lidu v rozporu s čl. 6 odst. 2 a 32 Úmluvy a tato vnitrostátní specifická zákonná úprava je neaplikovatelná. (41, s. 21)

#### **4. 4. 4. Problematika způsobilosti k právním úkonům v praxi**

Situace osob nezpůsobilých také není zcela bez praktických problémů, které souvisejí s procesem zbavení či omezení způsobilosti.

Návrh na zahájení řízení o způsobilost i k právním úkonům obvykle podává zdravotnické zařízení, v němž je dotyčný hospitalizován nebo některý správní orgán působící na úseku sociální péče. (11, s. 124)

Zdravotnické zařízení se může obrátit na soud i formou podnětu.

Otázka způsobilosti se řídí obecnou úpravou v občanském zákoníku, neřeší specificky způsobilost fyzických osob k udělení souhlasu s lékařským zákrokem, ale obecně jejich způsobilost k právním úkonům. (42, s. 19)

Omezení způsobilosti k právním úkonům by se však mělo týkat pouze oblasti majetkoprávní a pracovněprávní. (3, s. 23)

V případě hospitalizace pacienta, jehož způsobilost k právním úkonům byla omezena, je nutno podle obsahu rozhodnutí soudu o omezení způsobilosti k právním úkonům zjistit obsah tohoto omezení, a teprve podle něj určit, zda souhlas s hospitalizací může projevit (a podepsat) pacient nebo opatrovník. (33)

V praxi se vyskytují i případy, kdy zcela evidentně nezpůsobilý pacient není zbaven způsobilosti k právním úkonům.

Příkladem může být dlouhodobá hospitalizace pacienta s mentální retardací, který nebyl zbaven způsobilosti k právním úkonům, protože za celou dobu jeho pobytu v léčebně nebyl důvod k podání návrhu soudu a nikdo se o to nestaral. Právně tak pacient způsobilý je, ale prakticky nikoliv. Lékař se o tuto problematiku aktivně nezajímá, takže problém způsobilosti se objeví často až v situaci, kdy má pacient například podepsat souhlas s vyšetřovacím výkonem mimo zařízení léčebny. Pacient je v takovém zdravotním stavu, že platnost jeho souhlasu nelze předpokládat, respektive lze kdykoliv právně zpochybnit.

Složitější je situace osoby s přechodnou duševní poruchou, jejíž právní úkony v rozhodování o léčbě platné nejsou. Tato osoba ovšem nemá ustanoveného zákonného zástupce.

O. Dostál píše: „Pokud lékař hodlá provést na takové osobě zákrok, musí proto buď vyčkat, než přechodná porucha pomine, nebo se obrátit na soud, což s sebou ovšem nese riziko prodlení. Žádoucím řešením je proto patrně rozhodování těchto situací etickými komisemi zdravotnických zařízení, s nimiž se již počítá v některých návrzích zákonů.“ (14, s. 88)

V praxi se obvykle uplatní paternalistický pomáhající přístup lékaře, který například v případě alterace vědomí pacienta hospitalizuje, nasadí léčbu

a poté vyčká vylepšení stavu. V psychiatrické praxi jsou tyto situace celkem běžné, lékař sloužící na příjmu rozhoduje především o tom, zda pacienta přijmout či ne. Pokud je pacient například potenciálně nebezpečný sobě, je obvykle hospitalizován. Důkladnější vyšetření pak provádí ošetřující lékař na oddělení.

Staří lidé, kteří jsou plně právně způsobilí též často těžko řeší nezvyklé situace a orientují se v novém prostředí. Někteří jsou lehkou manipulovatelní, jiní zase iracionálně odmítají veškeré zákroky. (14, s. 88-89)

#### **4. 5. VZTAH ZDRAVOTNÍKA A NEMOCNÉHO**

##### **4. 5. 1. Rovnoprávný vztah**

Následující podkapitola diskutuje některé názory týkající se vztahu mezi nemocným a zdravotníkem. Stejně jako v problematice hospitalizace bez souhlasu, lékaři obvykle preferují více kontroly a ochrany v tomto vztahu a právníci se drží striktní formulace rovnoprávnosti vztahu. Poté uvádím práva a povinnosti pacientů při poskytování zdravotní péče v Psychiatrické léčebně Bohnice.

Rozdílů v postavení zdravotníka a pacienta je mnoho – zdravotník má například odbornou znalost nemoci, poskytuje péči a pomoc, sám je obvykle zdravý a netrpí nepříjemnými příznaky nemoci, své povolání si zvolil, stojí za ním síla instituce v níž pracuje, zná důvěrně nemocniční prostředí, je zde v práci, ve které se může osobně angažovat nebo jednat profesionálně a bez osobní zainteresovanosti. (25)

Vztah zdravotníka a nemocného není přirozeně zcela rovnovážný. J. Šimek uvádí, že „ani z pohledu lékařské etiky není psychoterapeutický vztah rovnoprávný.“ (43, s. 9)

P. Baudiš píše, že „neprávem se proklamuje úplná rovnost mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty. Samozřejmě, že pacient musí mít veškerou úctu, důstojnost, informace a podíl na rozhodování o svém zdraví a léčbě. Ale kvůli odlišně definovaným úlohám a povinnostem rovnocennými partnery nejsou a ani být nemohou.“ (6, s.13)

Významné dokumenty zabývající se právy pacientů zaručují rovnoprávný vztah, například Deklarace lidských práv a duševního zdraví určuje, že nemocný má právo, aby s ním zdravotník jednal jako rovný s rovným, byť by tuto představu svým jednáním jakkoli narušoval. (2, s. 58)

Z pohledu práva je vztah mezi nemocným a zdravotníkem vztahem rovným. Lékař zde vystupuje jako právně rovný poskytovatel určité služby, nikoliv jako právně nadřazený orgán veřejné moci. (39, s.11-12)

V současnosti si pacient sám určuje, jaký zákrok podstoupí a jaký ne. Příčinou této změny je růst vzdělanosti, vzrůstající respekt k odlišnému názoru či náboženskému přesvědčení a důraz na svobodnou vůli každého jedince. (14, s. 3).

Individualita a autonomie jednotlivce jsou hodnoty velmi společensky uznávané a ceněné.

H. Haškovcová se vyjadřuje ke změně vztahu mezi zdravotníkem a nemocným, příčiny ústupu od paternalismu vidí v „týmové práci zdravotníků, vyšší vzdělanosti nemocných a v akcentu na autonomii a další lidská práva. Od 70. let 20. století je evidentní snaha o nové uspořádání základních vztahů a hovoří se o partnerství. Vzápětí je třeba dodat, že charakter tohoto partnerství musí být profesionální, nikoliv faktický.“ (19, s. 34)

V publikaci Psychiatrické léčebny Bohnice nazvané „Práva a povinnosti pacientů při poskytování zdravotní péče“ jsou uvedena i práva pacientů ve vztahu s lékařem. Pacient má právo na to, „aby se lékař vzdal paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektoval ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.“ (30)

Domnívám se, že PLB jako instituce vystupuje vůči klientů i zaměstnancům značně autoritativně, což je dáno například režimem oddělení, ale i principem hierarchie, který funguje i mezi jednotlivými pracovníky psychiatrické léčebny.

V této souvislosti K. Kopřiva uvádí: „Stojí za povšimnutí, že pomáhající organizace se často silně opírají o princip moci a dominance nadřízených a podřízených.“ (24, s. 18)

Můj názor je, že ne všichni nemocní vyžadují s lékařem partnerský vztah. Někteří naopak potřebují, aby lékař vystupoval jako autorita a oni sami byli v rozhodování o léčbě pasivnější. Druhá moje poznámka směřuje k často zmiňovanému partnerskému vztahu mezi zdravotníkem a nemocným. I mezi svými kolegy narážím na pojetí partnerství jako vstřícného a slušného chování ke klientovi, přičemž zdravotník stále vyžaduje od nemocného poslušnost a spolupráci. Ačkoliv nejrůznější dokumenty proklamují právo na změnu paternalitních pozic na partnerský vztah, domnívám se, že změna přístupu v mysli jednotlivých zdravotníků ještě neproběhla a poté co proběhne, bude třeba změnit rutinní způsob péče a naučit se pracovat s nemocnými novým způsobem. Další vývoj bude jistě obsahovat i systémové změny související s poskytováním péče.

Dodávám, že ani partnerství ve vztahu zdravotník a pacient však není bez negativ. Jisté je, že důsledkem partnerství může být i odmítnutý a

zklamaný zdravotník a zdravotně poškozený pacient. V našich podmínkách opravdu není tradiční, aby lékař přikládal větší respekt rozhodnutí pacienta než záchraně jeho života, jak je běžné například v USA.

#### **4. 5. 2. Vztah zdravotníka a nemocného v situaci hospitalizace bez souhlasu nemocného a odmítnutí léčby**

V situaci, kdy je pacient přijat nebo hospitalizován bez svého souhlasu nebo předchozí souhlas odvolal, mění se postavení i vztah mezi ním a zdravotníkem. V případech, kdy lékař hájí veřejný zájem nebo práva jiných osob, vystupuje ve vztahu k pacientovi jako orgán veřejné moci. (39, s.12.)

To je v rozporu s představou lékaře jako zastávce zájmů nemocného s co nejmenší mocenskou silou. (43, s. 8)

N. Kramářová píše, že v průběhu rozhodování o hospitalizaci nemocného bez jeho souhlasu je pro lékaře výhodné zapojení soudu do tohoto procesu, „protože rozhodnutí soudu snímá obvykle v očích pacienta z lékaře odpovědnost za nucený pobyt a vztah mezi lékařem a jeho pacientem pak není touto skutečností tolik narušován.“(26, s. 27)

Vztah mezi zdravotníkem a nemocným se vyvíjí v i případě odvolání souhlasu a odmítnutí léčby. Jaký tento vztah bude určuje svým chováním i sám zdravotník.

T. Lajkep upozorňuje na nutnost individuálního přístupu a zohlednění faktorů jako je jedinečnost pacienta, okamžik vývoje jeho nemoci a sociální zázemí. Autor dále tvrdí, že komunikace mezi terapeutem a pacientem do jisté míry určuje, bude-li pacient kompetentní nebo ne. (28, s. 6)

Značnou roli v rozhodování pacienta o udělení či odmítnutí souhlasu mají osobní sympatie nebo antipatie ke zdravotníkovi, a dále zejména argumentační schopnost zdravotníka a předchozí zkušenost pacienta se zdravotnictvím.“ (44, s. 33)

Domnívám se, že důvody vedoucí k odvolání souhlasu mohou pramenit z nejrůznějších osobních či rodinných problémů, nedorozumění či nevhodné

komunikace při přijetí, dalším důvodem může být i nespokojenost pacienta s léčebným režimem.

V situacích omezení osobní svobody formou hospitalizace bez souhlasu, přistupuje pacient odmítavě jak k léčbě samotné, tak obvykle i ke zdravotníkům.

Pacient může vnímat negativně, že za něj rozhoduje někdo jiný, může cítit hněv, vinu, nespokojenost, protože je adresátem péče, se kterou nesouhlasí. Zároveň nelze očekávat pacientovu aktivní účast v léčbě. Pacient často odmítá kontakt se zdravotníky a vyjadřuje nedůvěru léčebným postupům. Z osobní zkušeností vím, jak nelibě vnímají pacienti zákonem stanovenou lhůtu, kterou má na rozhodnutí soud.

Jak vnímá tuto situaci sám zdravotník? Zdravotníkovi je dávana moc pomáhat lidem a pacient ji odmítá. Pro zdravotníka může být tato situace též negativní. Může ji vnímat jako útok proti sobě, jako ohrožení smyslu své existence nebo jako nevděk.

„Určité povahy mají k nadměrné kontrole blízko. Jde například o lidi, které nesouhlas druhých osob velmi znejistňuje, a proto jim lépe vyhovuje situace, kdy prostor pro projev nesouhlasu s jejich (většinou dobře míněnými) záměry není velký.“ (24, s. 18)

Zdravotník v této situaci pak může reagovat nepřiměřeně, výsledkem čehož je narušená důvěra mezi ním a nemocným a další odmítání poskytované péče.

Požadavkem na zlepšení možných problematických vztahů mezi zdravotníkem a nemocným v případě odmítavého postoje k léčbě je proto podle mého názoru adekvátní komunikace s nemocným, k níž vede například

nácvik sebereflektujících technik u zdravotníků, supervize a týmová spolupráce mezi zdravotníky v rámci jednotlivých případů.

#### **4. 6. PRÁVA PACIENTA V PŘÍPADĚ HOSPITALIZACE BEZ SOUHLASU**

Kontroverzní v souvislosti s psychiatrickou léčbou jsou především některá práva pacienta. Jedná se především o právo na informace o nemoci a léčbě, dále právo na důvěrnost informací, právo nebýt podroben léčbě násilím, právo odmítnout léčbu, právo nebýt podroben restriktivním opatřením a právo nebýt hospitalizován bez svého souhlasu.

Evropská konvence lidských práv (The European Convention of Human Rights) zaručuje osobám, u kterých byla omezena jejich svoboda psychiatrickou hospitalizací právo na informace, právo účastnit se soudního jednání, právo na kompenzaci a právo na respektování soukromé korespondence. (15)

Směrnice PLB stanoví nutnost poučit pacienta, který jeví známky duševní poruchy, v důsledku které ohrožuje sebe nebo své okolí a je hospitalizován bez svého souhlasu o:

- medicínských a právních důvodech vedoucích k jeho nedobrovolné hospitalizaci
- následném postupu (hlášení do 24 hod soudu, poté vyslechnutí pacienta soudcem atd.)
- jeho právu informovat (popř. prostřednictvím PLB) o hospitalizaci blízkou osobu a zaměstnavatele (33)

##### **4. 6. 1. Právo na informace**

Právo na informace má pacient v běžné zdravotní péči zaručeno konceptem informovaného souhlasu. Způsob informování pacienta, který je hospitalizován bez svého souhlasu má svá specifika.

V případech, kdy lékař provede zákrok nebo hospitalizaci bez souhlasu pacienta se nabízí otázka, zda má rovněž oprávnění pacienta neinformovat o všem, popřípadě o něčem, o čem je jinak povinen ho informovat. Tato logika je založena na principu informovaného souhlasu. P. Svoboda upozorňuje, že



„pojmově se informovaný souhlas uplatňuje pouze ve vztazích rovnosti a v případech, kdy má lékařský zákrok povahu aktu veřejné moci, nemá smysl o pravidlu informovaného souhlasu vůbec mluvit.“ Ovšem i v tomto případě má pacient právo na informace a vyjádření svého názoru. Tato práva však vycházejí z jiných právních principů, než je princip informovaného souhlasu. (39, s. 13)

V případě hospitalizace bez svého souhlasu má pacient právo na informace jako účastník soudního řízení. V situaci bezprostředního zásahu má lékař povinnost alespoň v základním, hrubém rozsahu předem informovat pacienta o tom, co se s ním bude dít a umožnit mu vyjádřit se k tomu. (39, s.14)

Další skupinu, u které není vyžadován souhlas s hospitalizací, ale má právo na informace tvoří osoby, jež se mají podle rozhodnutí soudu podrobit ochrannému léčení (podle § 72 trestního zákona) nebo pozorování ve zdravotnickém ústavu (podle § 116 odst. 2 trestního řádu) nebo předběžnému opatření, kterým se zatímně upravují poměry účastníků (podle § 76a občanského soudního řádu) nebo ochranné výchově, zcela výjimečně vykonávané v PLB (podle § 84-86 trestního zákona). Tito pacienti musejí být seznámeni se svými právy a povinnostmi na oddělení. (33)

#### **4. 6. 2. Práva pacienta v soudním řízení**

P. Svoboda dále uvádí, že ve všech případech má pacient právo na relevantní informace, jakož i právo na vyjádření a řádné posouzení svého názoru. „Lékařské zákroky mající povahu aktu veřejné moci jsou zásadně prováděny na základě předchozího rozhodnutí vydávaného v řízení, aby měla dotčená osoba možnost procesněprávní ochrany.“ (39, s.14.)

Pacient jako účastník soudního řízení má zejména právo na to, aby:

- dostal všechny informace relevantní pro rozhodnutí

- na podkladě informací uplatnil všechny skutečnosti, argumenty a důkazy, které považuje za důležité
- mu bylo oznámeno výsledné rozhodnutí
- rozhodnutí bylo řádně odůvodněno (39, s.14)

Soudního řízení, které probíhá přímo v PLB se účastní nejčastěji ošetřující lékař, pacient a soudkyně. Ačkoliv pacient evidentně svá práva v tomto řízení má, je sporné, zda si jich je vědom a jakým způsobem je může reálně využít. Domnívám se, že nemocný často přesně netuší, jaké je jeho právní postavení v tomto řízení či proč se ho účastní. Aktuální pro pacienty by často bylo i poskytnutí rady, popřípadě pomoci právníkem. Otázkou je, zda by se mohl nechat zastoupit v tomto řízení.

V interní publikaci nazvané Práva pacientů v PLB, která je určená zejména pro hospitalizované pacienty, jsou popsány další možnosti odvolání pacienta pro případy pochybností v souvislosti s poskytováním péče, potažmo průběhem hospitalizace bez souhlasu. Tato publikace je dostupná pacientům na každém oddělení. Pacient má právo:

- podat řediteli PLB návrh na přezkoumání rozhodnutí nebo opatření učiněného při výkonu zdravotní péče a týkajícího se jeho práv a povinností, a to do 15 dnů ode dne rozhodnutí nebo opatření
- podat řediteli PLB nebo Ministerstvu zdravotnictví návrh na přezkoumání, má-li za to, že mu není poskytována náležitá péče
- obrátit se na Českou lékařskou komoru, týkají-li se nedostatky odborného nebo etického postupu lékaře (30)

Pacienti PLB mají možnost v otázkách hospitalizace a jejího případného odmítnutí využít zdarma právníckou pomoc provozovanou studenty právnické fakulty pod vedením vyučujícího. Tato služba ovšem není zcela „bezbariérová“, protože pacient si musí vše zařídit osobně (to znamená, že musí mít vycházky) nebo telefonicky (možnost a schopnost telefonovat také není automatická).

Domnívám se, že v praxi může být pro psychiatrického pacienta krajně obtížné získat právníckou radu a pomoc, respektive pro určitou skupinu pacientů je toto velmi obtížné. Pacient zbavený způsobilosti též stěží prosadí své zájmy či nesouhlas s léčbou. Znalost práv pacientů je u většiny zdravotníků nedostatečná, stejně jako respektování autonomie pacienta.

Tuto problematiku ilustruje případ pacienta hospitalizovaného na oddělení chronického neklidu se závislostí na alkoholu a demencí, který je zbaven způsobilosti k právním úkonům. Pacient není somaticky ani psychicky zcela zdravý, ale je z velké části soběstačný. Pokud by mu byla poskytnuta adekvátní péče, byl by možný jeho pobyt mimo ústav (například formou chráněného bydlení, pobytu v domácím prostředí s pečovatelskou službou či v domově důchodců). Příbuzní pacienta se o pacienta nezajímají. Léčba pacienta se omezuje na trvalý pobyt na uzavřeném oddělení a farmakoterapii. Tento člověk neví, proč je hospitalizován a pobyt v ústavu považuje za zbytečný. Pacient o pomoc nikoho nežadá, pouze verbalizuje nesouhlas s léčbou. Protože je dementní a jeho rozumové schopnosti jsou oslabeny, nedokáže v této věci nic podnikat. Pro ošetřovatelský personál ani lékaře není projevený nesouhlas dostatečný impuls k řešení jeho situace. Opatrovník rozhodl o souhlasu s léčbou, protože mu lékař kvalifikovaně vysvětlil, že je to pro pacienta nejlepší. O možnosti právní rady tento pacient neví, personál nevyvíjí v tomto směru žádnou aktivitu. Pacient je klidný, nenáročný, nekonfliktní, pomáhá ostatním pacientům a nevyžaduje nadměrnou zdravotní péči. Problém je opuštěnost tohoto člověka na oddělení, nikdo mu nepomůže, nikomu se do ničeho nechce.

#### **4. 6. 3. Diskuse o právech nemocných hospitalizovaných bez svého souhlasu**

V zahraničí se přístup k právům pacientů v mnohém liší, následující odstavec podává výčet některých zajímavostí z Nizozemí, kde se legislativa řídí zejména moderním Zákonem o psychiatrických ústavech z roku 1994.

Nizozemská legislativa specifikuje práva pacienta velmi podrobně. Mezi ně např. patří, že správní rada psychiatrické nemocnice zajistí, že rodině pacienta bude písemně oznámeno, který konkrétní lékař nebo jiná osoba v nemocnici je odpovědná za léčbu tohoto pacienta a dále poskytne písemné informace o "domácím řádu" nemocnice a právech pacientů podle tohoto zákona. Tyto

informace budou obsahovat také adresu, na kterou lze správní radě předkládat stížnosti. Pacient musí být rovněž písemně informován, že informace vztahující se k jeho léčbě budou zahrnuty do jeho zdravotní dokumentace a že k této dokumentaci má přístup. Osoba odpovědná za léčbu dotčené osoby zajistí, že pacient obdrží ústní vysvětlení léčby. Pacient má právo být informován o svém léčebném plánu. Léčebný plán slouží k léčbě duševní poruchy v takovém rozsahu, aby bylo odvráceno nebezpečí, pro něž byl pacient přijat do nemocnice bez poskytnutí svého souhlasu. Pacient může vyjádřit s ohledem na navrženou léčbu svá přání, pokud toho není schopen, projedná tuto záležitost právní zástupce. Pokud konzultace ohledně léčebného plánu nevedla k žádné dohodě, léčba pacienta nesmí být zahájena. Vždy přitom bude zajištěno, že i kdyby osoba zastupující pacienta poskytla souhlas, léčba nemůže být zahájena, pokud pacient projevuje námitky. Navržený nebo dohodnutý léčebný plán může být realizován pouze do té míry, nezbytné k odvrácení vážného nebezpečí pro pacienta nebo jiné osoby v důsledku pacientovy duševní poruchy. Jakákoli korespondence adresovaná pacientovi nebo vyhotovená pacientem, může být v přítomnosti pacienta podrobena kontrole (9), pro informaci: např. předpisy státu Texas nedovolují kontrolu korespondence. (22)

Vyhraněný přístup k právům psychiatrických pacientů je zřejmý v USA, v souvislosti se soudními žalobami bývalých pacientů na zdravotnická zařízení a vysokými odškodněními za nesprávnou péči.

V. Student píše: „V hovoru o napodobování našich velkých vzorů a o občanských svobodách se musím zmínit o dosud opomenuté zdravotnické legislativě v USA, která již nabyla charakteru významného právního úseku. Poskytuje obživu celému trustu specializovaných, věčně hladových advokátů, kterým jejich komora dovoluje zveřejňovat inzeráty á la "nemáte dojem, že jste byl nesprávně léčen? - obraťte se na ...", a dřívější "spiknutí mlčenlivých mezi lékaři" bylo nahrazeno "přecpaným trhem psychiatrů a psychologů připravených poskytnout odborný posudek v jakékoliv zdravotnické záležitosti na přání právního zástupce". (37, s. 42-43)

Americký postoj je dán důrazem na svobodné rozhodování jednotlivce až s jakousi tabuizací práv, včetně práv patientských. (7, s. 13)

K problematice nedobrovolné hospitalizace duševně nemocných se vícekrát vyjadřovaly evropské instituce ochrany lidských práv. Dle F. Křepelky je omezení osobní svobody častým předmětem posouzení Evropského soudu pro lidská práva, příčinou je silný sklon dotčených

využívat všechny skutečně i zdánlivě možné opravné prostředky. (27, s. 3)

O. Dostál upozorňuje na tendenci řešit problémy vztahu lékař-pacient především trestněprávní cestou, což je způsobeno jednak nepochopením role trestního práva, za druhé platnou právní úpravou. „Tento trend vede k pocitu ohrožení lékaře a narušení důvěry mezi ním a pacientem.“ (14, s.6)

Důvodem podání trestního oznámení namísto civilní žaloby bývá „bezplatnost tohoto postupu a fakt, že vše potřebné zařídí bezplatně orgány činné v trestním řízení. Následkem této skutečnosti je nadužívání trestního práva, které by mělo být v medicínskoprávních sporech pouze krajní variantou“ (14, s. 153)

Můj názor je, že ačkoliv naše společnost deklaruje psychiatrickým pacientů adekvátní práva, dokáže z této ochrany těžit jen určitá specifická skupina pacientů, která je dostatečně informovaná a vzdělaná a má šanci svá práva vyžadovat a prosazovat, někdy až nadměrně. Značné kverulantství, ať už bezděčné v návaznosti na chorobu či vědomé, se v kontaktu s psychiatrickými pacienty objevuje poměrně často.

Souhlasím s O. Dostálem v tom, že „uznání práv pacientů, vyjádřených v Úmluvě, je v zásadě správným krokem, který je patrně nezbytný vzhledem k potřebě přiblížit i tuto část právního řádu standardu Evropské unie...“(14, s. 173) Stejně tak akceptuji názory volající po samostatném zákonu k psychiatrické péči, nebo alespoň hlubší právní úpravu této problematiky v rámci jiného zákona. (9)

Někteří autoři požadují i vytvoření celoevropského systému určujícího postupy a pravidla psychiatrické léčby. (35), jiní vycházejí z českých etických i zdravotnických tradic s přihlédnutím k celosvětovým trendům a legislativním požadavkům. (7, s. 13)

Zde jsem si uvědomila i jasnou souvislost s problémy společenskými, týkající se přístupu k vlastnímu zdraví a k psychiatrickým nemocným, a propojenost se současnou koncepcí zdravotní péče, jež z jedné strany již garantuje pacientům všechna práva,

ale ještě závazně nestanovuje nutnost dodržovat odpovídající povinnosti a finančně se účastnit na léčbě.

#### **4. 7. SHRNU TÍ**

Úmluva o biomedicíně vnesla do českého medicínského práva nové požadavky, na které není dosud připraven náš právní řád, zdravotnický systém, ani společnost, a tak v psychiatrické praxi narážíme na celou řadu problémů a nejasností.

Práce diskutuje především některé legislativní rozdíly a problémy objevující se v praxi v souvislosti s existencí a prováděním informovaného souhlasu, reversu, odmítnutí léčby, přijetí a hospitalizace bez souhlasu pacienta. Při zpracování jsem čerpala z oblasti medicíny i práva a zároveň i ze své dlouholeté praxe zdravotní sestry v PLB.

Problematika hospitalizace bez souhlasu nemocného bude zřejmě vyžadovat ujasnění právních norem zejména v oblasti ochrany práv pacientů nezpůsobilých udělit souhlas, dále v dořešení situace osob s přechodnou duševní poruchou při udělení souhlasu a obsahové interpretaci požadavku ohrožování sebe a okolí.

Zdravotnická praxe se bude muset vypořádat s aplikací informovaného souhlasu a informovaného odmítnutí léčby bez přílišné byrokracie a alibismu, a dále s omezením možnosti léčby pacienta hospitalizovaného bez svého souhlasu.

Společenské změny přinášejí zvýšený respekt k autonomii jednotlivce, přijetí odpovědnosti za své zdraví a rozhodování o něm, včetně povinností pacienta a možné finanční spoluúčasti na léčbě.

## 5. ZÁVĚREČNÁ ČÁST

Závěrečná část mojí práce obsahuje návrh doporučení, diskusi a závěr. Návrh doporučení odráží poznatky vytríbené v praktické části práce, aplikovatelné v konkrétním zařízení. V diskusi uvádím některé zajímavosti o léčení bez souhlasu pacienta v zahraničí a srovnávám je s českým přístupem.

### 5.1. NÁVRH DOPORUČENÍ

Některá fakta, jež jsou uvedena v praktické části práce a čerpají zejména ze znění Konvence o biomedicíně a znalosti praxe provádění přijetí a hospitalizace v podmínkách PLB, mě vedla k vypracování následujícího návrhu doporučení. Ten by měl směřovat k redukci možných problémů při realizaci přijetí a hospitalizace nemocného bez jeho souhlasu, diskutovaných v praktické části. Změny doporučuji v oblasti formálního provádění a dokumentování procesů, dále v oblasti komunikace a přímého kontaktu s nemocným, edukace zdravotníků a práv pacientů. Cílem je kvalitní dobrá praxe, eticky i právně korektní, bezpečná pro zdravotníky i jejich klienty. Doporučení v kategorii provádění procesů a komunikace obsahují i návrhy v oblasti provádění informovaného souhlasu a reversu.

#### I. Procesy

- Navrhuji v praxi nahradit termíny „dobrovolný vstup“ a „dobrovolná hospitalizace“ a termíny „nedobrovolný vstup“ a „nedobrovolná hospitalizace“ názvy „přijetí/léčba se souhlasem pacienta“ a „přijetí/léčba bez souhlasu pacienta“.
- V oblasti získávání souhlasu k provedení zákroku v péči o zdraví doporučuji zvážit právní závaznost a užití současného „Vstupního prohlášení“. Optimálně je možné zavést například speciálně připravené informované souhlasy pro pacienty s konkrétní diagnózou, a některé další zákroky v oblasti zdravotní péče (farmakoterapie).

- Domnívám se, že by bylo vhodné formalizovat náležitosti, které by měl revers obsahovat, to znamená podrobný popis vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, který pacient odmítá podstoupit, poučení o zdravotních a právních důsledcích odmítnutí provedení výkonu a dále prohlášení pacienta o tom, že poučení řádně rozuměl a nemá žádné doplňující dotazy. Revers by měl být zároveň „individualizován“ pro případ konkrétního pacienta. Dále je potřeba uvést datum, hodinu, minutu a místo podpisu negativního reversu. Souhlasím též s názory odborníků uvedenými v praktické části práce, že při jednání lékaře s pacientem, je vhodná účast třetí osoby, tato osoba může být zdravotní sestra.
- Pokud pacient odmítá léčbu a zároveň odmítá podepsat revers je vhodné, aby lékař znovu pacienta informoval o důsledcích odmítnutí léčby, s důrazem na konkrétní rizika. Toto poučení je třeba učinit před svědkem, kterým může být jiný zdravotnický pracovník nebo osoba určená pacientem. V dokumentaci je pak nutné obsah poučení zaznamenat, a doplnit podpis svědka.

## **II. Komunikace**

- V oblasti informovaného souhlasu zlepšovat komunikaci s nemocným za účelem respektování a podpory jeho autonomie. Například formou supervize (individuální, skupinová), Bálintovských skupin, vzájemného konzultování, či videotréninku.
- Pozornost je třeba věnovat i mnohdy problémovému vztahu zdravotník x nemocný odmítající léčbu. (Zdravotník má moc, vykonává rozhodnutí soudu, zároveň musí respektovat pacientovu autonomii a důstojnost, měl by i pomáhat, léčit, podporovat. Je to vlastně problém pro multidisciplinární tým, lékař je vykonavatelem úředně svěřené moci, ale psycholog nebo sestra může mít s pacientem pomáhající vztah.)

## **III. Edukace zdravotníků**



- Zvýšit informovanost zdravotníků v problematice současných právních a etických norem a v oblasti práv nemocných, doporučuji formou seminářů.

#### **IV. Práva pacientů**

- Zvýšit dostupnost právní rady pro pacienty. Informovat pacienty již při příjmu o možnosti konzultace v právní poradně. Bezplatná a dostupná telefonní linka do právní poradny, adresa na zasílání stížností. (V oblasti právní pomoci se mohou angažovat i ochranná hnutí pacientů a spotřebitelů a organizace zabývající se právy pacientů.)
- Zvážit aktualizaci interní publikace „Práva a povinnosti pacientů při poskytování zdravotní péče v Psychiatrické léčebně Bohnice“.

Kapitola 1. 3. Informovanost pacienta, bod 4 uvádí: “Pacient má právo na to, aby pokud lékař dle své úvahy a svědomí individuálně v zájmu nemocného zadržel informaci o nepříznivé diagnóze nebo prognóze, informoval rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké, pokud nemocný neurčil jinak.“ (30)

Tento bod vychází ze Zákona č. 220/1991 Sb. o komorách, § 3, odst. 5. a je v rozporu s ustanovením Úmluvy o biomedicíně, která stanovuje právo každého na veškeré informace shromažďované o svém zdravotním stavu, avšak připouští možnost nebýt takto informován, pokud je to přání pacienta.

V kapitole 1. 4. Souhlas pacienta, bod 1, a) „Souhlas není potřeba v případě záchrany života popř. zdraví dítěte nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas.“ (30)

Konvence nedovoluje lékaři provést zákrok, byť by to bylo v rozporu se zájmem dotčené osoby, pokud by zákonný zástupce odmítl udělit souhlas se zákrokem. Zákon o péči o zdraví lidu však opravňuje lékaře, aby v neodkladných případech rozhodl o provedení nezbytného zákroku i tehdy, když rodič dítěte nebo opatrovník osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům odmítají udělit souhlas. Z tohoto důvodu je § 23 odst. 3 zákona o péči o zdraví lidu v rozporu s čl. 6 odst. 2 a 32 Úmluvy a tato vnitrostátní specifická zákonná úprava je neaplikovatelná. (41, s. 21)

(Publikace „Práva a povinnosti pacientů při poskytování zdravotní péče v Psychiatrické léčebně Bohnice“ je uvedena v příloze III.)

## 5. 2. DISKUSE

V evropských státech není legislativa zcela jednotná a má svá specifika, ale podstatou možného omezení pacienta zůstává především jeho nebezpečnost sobě či okolí. V některých zemích jsou kritéria odlišná, např. „neschopnost péče o sebe“, „potřeba léčení (Anglie, Dánsko), „bez léčení by došlo k poškození zdraví“ (Rusko), „narušení schopnosti hodnotit situaci“ (Izrael), ale i „odmítnutí vyšetření psychiatrem“ a „nebezpečí majetkové újmy“. (5, s. 75)

„Mezinárodní standard vyžaduje k nedobrovolné hospitalizaci přítomnost duševního onemocnění, a závažné a bezprostřední ohrožení sebe nebo dalších osob. Rada Evropy doporučuje splnění dvou kritérií: závažná duševní nemoc a absolutní potřeba nepřetržité psychiatrické péče.

Procentuálně se počet nedobrovolně přijatých v ČR významně neliší od ostatních zemí, i když kritéria nejsou všude stejná.“(16)

V Evropských zemích se procento nedobrovolných hospitalizací velmi různí (velmi nízké procento v Litevsku či Španělsku ve srovnání s téměř 80% v některých městech ve Velké Británii). (35)

Rozdíly jsou v i délce pobytu pacienta v zařízení. Ve státě Texas se vysloví přípustnost držení na 3 dny v předběžném slyšení soudu. Během nich

je čas na procedurální přípravu a kompletní zkoumání pacientova stavu. V konečném slyšení se vysloví verdikt o přípustnosti hospitalizace na konkrétní dobu. (22)

V Belgii je doba nedobrovolné hospitalizace stanovena na 40 dní, v tomto období posoudí lékaři stav pacienta. Původní doba může být prodloužena. Prodloužení je možné až na 2 roky a v nezbytném případě i na další 2 roky. V Anglii je určena doba pro vyšetření pacienta a rozhodnutí o další léčbě omezena na 28 dnů a doba nedobrovolné hospitalizace je 6 měsíců. (32)

**Státy EU mají pro psychiatrii většinou samostatný zákon. O nedobrovolném zadržení osoby a jejím převozu na psychiatrické pracoviště nerozhodují až na ojedinělé výjimky lékaři ale zpravidla prokurátor či soudce. (9)**

Například v belgickém postupu při nedobrovolném přijetí má velkou pravomoc soud. Lékař nejčastěji zahajuje svým doporučením postup vedoucí k nedobrovolné hospitalizaci, ale jeho role je poradní. Rozhodnutí je plně v kompetenci královského zmocněnce a smírčího soudce. Krajský soud je považován za ochránce práv pacienta při žádosti o revizi. V belgické legislativě se klade důraz na to, zda je pacient nebezpečný sobě nebo okolí. Hlavní rozdíl mezi belgickou a anglickou legislativou je v rozhodující roli soudní autority při nedobrovolném přijetí, kdy lékař má jen poradní hlas. Zároveň je v belgické legislativě možnost odvolání a ochrana lidských práv pacienta zabezpečena také soudem. V Anglii se legislativa toto snaží zajistit s pomocí sociálních pracovníků, kteří chrání práva pacientů. (32)

V. Student naopak uvádí, že v Anglii, Švýcarsku, Švédsku a Francii je pravomoc rozhodnout o hospitalizaci bez souhlasu nemocného zcela nebo do značné míry svěřena psychiatrům. V případě nedobrovolného přijetí a držení nemocného v ústavu „spoléhá anglická justice na správnost doporučení dvou lékařů (nikoliv nezbytně psychiatrů) k nedobrovolnému přijetí, bez dalšího zásahu soudu (informován je pouze koroner), a oprávněnost dalšího držení reviduje po šesti měsících a dále pak po jednom roce nezávislá komise skládající se z psychiatra, soudce a laické osoby - bez znaleckého přešetřování a bez soudního řízení. Ve Švýcarsku, opět bez těchto procedur, postačuje doporučení jednoho lékaře, po němž se nemocný může během 10 dnů odvolat ke komisi stejného složení a o jeho dalších osudech rozhodují ošetřující psychiatri. Ve Švédsku doporučují nedobrovolné přijetí dva

lékaři, a totéž postačuje při jeho propuštění. Nezbytnost jeho dalšího držení v ústavu periodicky sleduje ústavní komise a pacient se proti jejímu rozhodnutí může odvolat ke státní kontrolní komisi. V Dánsku je odůvodněnost převzetí do ústavu důkladně zajištěna doporučením lékaře, schválením místního policejního náčelníka a konečně vedoucího lékaře ústavu, avšak o jeho dalším držení rozhoduje nikoli soud, ale krajský odborník. Na přání pacienta může být stanoven jakýsi dočasný "pečovatel", který se informuje o jeho stavu a zajišťuje, aby se hospitalizace zbytečně neprotahovala. Nedobrovolný, ale i dobrovolný pacient může být zadržen proti své vůli v ústavu, pokud by předčasné propuštění snižovalo vyhlídky na uzdravení. Důvěra v lékaře je v Dánsku tradiční a odpovídá tomu také velmi krátká doba nedobrovolných pobytů (podmíněná ovšem také tím, že se týkají skoro výhradně psychotiků a nikoli alkoholiků nebo "sociálních případů", odkazovaných do jiných zařízení). V Německu se zadržení v odvykacím ústavu pro alkoholiky a jiné toxikomany nepoužije, jestliže se odvykací léčba předem jeví jako bezvýchledná.“ (37 s. 39-41)

Ačkoliv je jisté, že i v mnohých evropských státech rozhoduje o hospitalizaci bez souhlasu nemocného lékař, v našich podmínkách „mnohé laiky překvapuje, že rozhodnutí je ponecháno v rukou psychiatra, i když s následnou kontrolou soudem.“ (5, s. 77)

Odborný protiargument je, že proces rozhodování o hospitalizaci bez souhlasu pacienta „nepřísluší právu, to musí fungovat jako odvolací orgán, zmíněný v Deklaraci lidských práv psychiatrických pacientů. Naše stávající právní úprava, kontrolující nedobrovolný pobyt pacientů v psychiatrických lůžkových zařízeních se z tohoto hlediska jeví nejen jako adekvátnější vztahu psychiatrie a práva, ale i jako prostředek proti přílišné psychiatrizaci společenských problémů a proti politickému zneužívání psychiatrie.“ (23, s. 33)

Další důvod, proč o hospitalizaci bez souhlasu pacienta rozhoduje v první řadě lékař uvádí P. Baudiš aj. Libiger: „Přijetí do psychiatrického zařízení se může uskutečnit v zákonem stanovených případech a situacích, kdy je pacient pro duševní chorobu nebo intoxikaci nebezpečný sobě nebo svému okolí. O této skutečnosti rozhoduje odesílající lékař, přijímací lékař psychiatrického lůžkového oddělení, popřípadě ošetřující lékař nebo primář oddělení. Protože jde vesměs o naléhavé situace, odehrávající se v kteroukoli denní i noční hodinu, musí být rozhodování svěřeno lékařům a nikoli soudu.“ (5, s. 62)

Psychiatrii a psychiatrům jsou tedy svěřena značná práva a odpovědnost při zbavování duševně nemocného jeho osobní svobody. Tuto odpovědnost jim poskytuje společnost při zachování určitých pravidel. Nejde zde jen o ochranu pacienta, ale i o ochranu psychiatra, který koná svoji povinnost zodpovědně. I

nedobrovolné přijetí je nutno chápat jako dobrodiní pro nemocného, nikoli jako trest, jestliže jsou dodržována a přiznávána ostatní práva nemocného. (5, s. 77)

Účast soudu v procesu rozhodování je obvyklá i v jiných demokratických zemích, zároveň je v souladu i s řadou mezinárodních dokumentů. Zapojením soudu do procesu rozhodování se naše úprava dostává do souladu i s řadou mezinárodních dokumentů, například Havajskou deklarací. (26, s. 27)

Kromě rozdílné role soudu a lékařů v procesu rozhodování o hospitalizaci bez souhlasu nemocného jsou velmi zajímavé i některé zahraniční výzkumy, zabývající se medicínskými a sociálními aspekty léčby provedené bez souhlasu pacienta u konkrétních psychiatrických diagnóz.

Němečtí výzkumníci například popisují, jak se liší klinické charakteristiky a výsledky léčby mezi pacienty léčenými se svým souhlasem a bez něho. Například u mentální anorexie mají pacienti léčení bez svého souhlasu obvykle v anamnéze předchozí hospitalizace a delší trvání nemoci. Predispozicí nedobrovolného vstupu je taktéž abúzus v dětství a sebepoškozování. (10)

Další výzkumy potvrzují dobré výsledky nedobrovolné hospitalizace u pacientů s drogovou závislostí. Šance na úplnou abstinenci a sociální reintegraci byla nejvyšší u mladších pacientů. Rok a půl od ukončení léčby abstinovalo 60% pacientů. (1)

*Zároveň byly prokázány i souvislosti mezi nedobrovolnou hospitalizací a posttraumatickou stresovou poruchou u pacientů se schizofrenií. (29)*

Některé zahraniční výzkumy srovnávají přístup pacientů a personálu k problematice práv nemocných hospitalizovaných bez svého souhlasu. Rozdíl je především v přístupu zdravotníků k právům pacientů v situacích nouze.

V Izraeli může být pacient hospitalizován 48 hodin bez svého souhlasu v případě nouze, vynucená hospitalizace (forced hospitalization) je typická pro situace floridních psychotických příznaků, pokud je pacient nebezpečný sobě nebo okolí a odmítá se nechat vyšetřit. U těchto hospitalizací zdravotníci prezentují možnost slevit z dodržování práv nemocných v případě nutnosti léčby, pacienti mohou být léčeni různými způsoby proti své vůli. Během hospitalizace má pacient právo psát a obdržet korespondenci, přijímat návštěvy, mít osobní věci u sebe a nosit civilní šatstvo. (31)

### 5. 3. ZÁVĚR

Cílem mojí práce bylo popsat historii přijetí a hospitalizace bez souhlasu pacienta v českém prostředí, formulovat nové etické i praktické problémy hospitalizace bez souhlasu pacienta v důsledku existence současných právních a etických norem a návrh na řešení. Domnívám se, že tyto cíle jsem z velké části splnila.

Největší pozornost jsem věnovala uvedení problematických oblastí, které jsou popisovány v literatuře či se objevují v praxi. V tomto bodě jsem přesáhla problematiku přijetí a hospitalizace bez souhlasu pacienta do oblasti informovaného souhlasu a způsobilosti k právním úkonům, což je dáno úzkou praktickou souvislostí těchto témat a jejich překrýváním i v jednotlivých kasuistikách.

Během mojí práce s tématem přijetí a hospitalizace pacienta bez jeho souhlasu jsem postupně nacházela související témata, která nešlo opomíjet. Jednalo se především o téma práv pacientů, odpovědnosti zdravotníků a pacientů, a dále o téma vztahu zdravotníků a nemocného léčeného bez svého souhlasu.

Toto skutečnost odráží i některá doporučení, navrhuující možné změny v zaběhnuté praxi konkrétního zařízení.

## 6. SEZNAM ZDROJŮ

1. ANDRE, C., JABER-FILHO, J-A., CARVALHO, M., JULLIEN, C., HOFFMAN, A.: Predictors of recovery following involuntary hospitalization of violent substance abuse patients. *Am-J-Addict.*, 2003, Jan-Feb, 12 (1), 84-89, Rio de Janeiro, Medline, IS 1055-0496.
2. BAŠTECKÝ, J. , KREKULE, P.: *Psychiatrie, právo a společnost., postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*, Praha: Galén, 1997.
3. BAŠTECKÝ, J.: K problematice převzetí a držení občana v ústavu zdravotnické péče v České republice, Česká a slovenská psychiatrie, roč. 91, 1995, Suppl. 1., s. 20-25.
4. BAŠTECKÝ, J.: *Právní a sociální otázky duševně nemocných v psychiatrické ambulanci*, Brno: IDV PZ, 1988.
5. BAUDIŠ, P., LIBIGER, J.: *Psychiatrie a etika*, Praha: Galén, 2002.
6. BAUDIŠ, P.: *Zájmy a práva nemocného a společnosti*, 2003, Bohnice, Měsíčník psychiatrické léčebny v Praze 8, r. XIII, 2003, číslo 11, s. 11-14.
7. BAUDIŠ, P.: *Práva psychiatrických pacientů*, Česká a slovenská psychiatrie, 91, 1995, Suppl.I. s.11-15.
8. BOHDAN, J.: *Informace o zdravotním stavu, poučení a souhlas pacienta*, *Zdravotnictví a právo*, r. 7, 2003, č. 9, s. 8-18.
9. BOŠKOVÁ, V.: *Nizozemí: zákon o psychiatrických ústavech a nedobrovolné hospitalizaci. Psychiatric Hospitals (Compulsory Admissions) Act, vydání z r. 2000. Výtah z ustanovení.*  
[www.zdn.cz/dokumenty/zahranici/holpsy.doc](http://www.zdn.cz/dokumenty/zahranici/holpsy.doc) (navštíveno 2. 1. 2005)
10. BRUNNER, R., PARZER, P., RESCH, F.: *Unfreiwillige Hospitalisierung von Patienten mit Anorexia nervosa: Klinische Aspekte und empirische Befunde*, *Fortschr-Neurol-Psychiatr.*, 2005 Jan., 73(1), 9-15, Heidelberg, Medline, IS 0720-4299.
11. BURIÁNEK, J.: *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*, Praha: Linde, 2005.
12. *České ošetřovatelství 2: Zajišťování kvality Ošetřovatelské péče. Etický kodex sester. Charty práv pacientů*, Brno: IPV PZ, 1998.
13. CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O.: *Trestní právo a zdravotnictví*, Praha: Oráč, 2000.
14. DOSTÁL, O.: *Práva pacientů v evropském právu a české zdravotnictví, disertační práce*, PF UK, Katedra evropského práva 2005
15. DOUGIN, A. M., *Legal protection in psychiatry. The jurisprudence of the organs of the European Convention of Human Rights.* *European Psychiatry*, 1998, 13, Suppl. 3. 101S-106S, Strasbourg, Medline, IS 0924-9338.

16. DUŠEK, M., PAPEŽOVÁ, S.: Psychiatrie a nedobrovolné hospitalizace-současný stav PLB, zápis ze schůze Psychiatrické společnosti konané 5. září 2001, Česká a slovenská psychiatrie, r. 97, 2001, č. 8, s. 443.
17. EIM, J.B.: Informovaný souhlas očima lékaře, Sestra, r. XIV, 2004, č. 2, s. 21.
18. GARDNER, W., LIDZ, C-W., HOGE, S-K., MONAHAN, J., EISENBERG, M-M., BENNETT, N-S., MULVEY, E-P., ROTH, L-H.: Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization, Am-J-Psychiatry, 1999, Sep., 156 (9), 1385-91, Pittsburgh, USA, Medline, IS 0002-953X
19. HAŠKOVCOVÁ, H.: České ošetřovatelství 5: Manuál o etice, Brno: IDV PZ, 2000.
20. HOLČAPEK, T., ŠUSTEK, P.: Lesk a bída informovaného souhlasu, Zdravotnictví a právo, roč. 8, 2004, č. 12, s- 5-7.
21. HOSÁK, L.: Transformace psychiatrie v zemích bývalého „Východního bloku“ a farmakoeconomika, Psychiatrie, r. 3, 1999, č.1, [www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH199/09hosak.htm](http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH199/09hosak.htm) (navštíveno 15. 2. 2006).
22. HRDLIČKA, M.: Studijní pobyt v Texas Medical Center v Houstonu. Pohledy ze zahraničí, 1999, [www.if2.cuni.cz/projekty/pelikan/peli0399/doc6.htm](http://www.if2.cuni.cz/projekty/pelikan/peli0399/doc6.htm), (Navštíveno 3.1. 2005).
23. KALVACH, Z.: Na co upozornilo politické zneužívání psychiatrie ve vztahu psychiatrie a práva, Česká a slovenská psychiatrie, 91,1995, Suppl. 1, s. 32-34.
24. KOPŘIVA, K.: Lidský vztah jako součást profese, vyd. 4, Praha : Portál, 2000.
25. KRÁLOVCOVÁ, M.: Herní práce, volitelný předmět v letním semestru 2006, FHS, Máchova ulice, seminář 7-8.4. 2006.
26. KRAMÁŘOVÁ, N.: Úvaha nad zákonnou úpravou převzetí pacienta do ústavní péče bez jeho souhlasu, Česká a slovenská psychiatrie, roč. 91, 1995, Suppl. 1., s. 26-31.
27. KŘEPELKA, F.: Evropský standard lidských práv a zdravotnictví, Zdravotnictví a právo, r. 6, 2002, č. 7-8, s. 2-5.
28. LAJKEP, T.: Zamyšlení nad některými problémy informovaného souhlasu v psychiatrii, Med. Etika Bioetika, r. 1, 1996, č. 3, s. 6-8.
29. MEYER, H., TAIMINEN, T., VUORI, T., AIJALA, A., HELENIUS, H.: Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. J-Nerv-Ment-Dis., 1999, Jun., 187 (6), 343-52, Turku, Finland, Medline, IS 0022-3018.)
30. Práva a povinnosti pacientů při poskytování zdravotní péče v Psychiatrické léčebně Bohnice, interní publikace PLB, [www.plbohnice.cz/index.php?page=2](http://www.plbohnice.cz/index.php?page=2) (Navštíveno 25. 1. 2006).



31. ROE, D., WEISHUT D., J., N., JAGLOM M., RABINOWITZ, J.: Patients' and Staff Members' Attitudes About the Rights of Hospitalized Psychiatric Patients Psychiatr.-Serv., 2002, Jan., 53 (1), 87-91, Ramat Gan, Israel, Medline, IS 1075-2730.

32. SEIFERTO VÁ, D.: Nedobrovolné psychiatrické přijetí. Psychiatrie č.3-00.htm.  
<http://mail.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH300/> (navštíveno 4. 1. 2005)

33. Směrnice č. 7 / 2002, P ř í j e m p a c i e n t ů a j e j i c h d a l š í d r ž e n í v P L B , interní směrnice Psychiatrické léčebny Bohnice. (navštíveno na intranetu 25. 2. 2006)

34. Stanovisko soudců obvodního soudu pro Prahu 8 na otázky lékařů PL-Bohnice ohledně dobrovolných a nedobrovolných vstupů do psychiatrické léčebny, Bohnice, měsíčník Psychiatrické léčebny v Praze 8-Bohnicích, roč. XIV, 2004, č. 4, s. 6.

35. STÁRKOVÁ, L., RABOCH, J., NOVOTNÁ, I., BAŠNÝ, Z., KALLERT, T.: Mezinárodní projekt Eunomia–nedobrovolný vstup a nedobrovolná léčba pacientů s akutní duševní poruchou. Vydavatelství a nakladatelství Tigis-Psychiatrie. [www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp2003/14.htm](http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp2003/14.htm) (navštíveno 5. 1. 2005)

36. STOLÍNOVÁ, J.: Občan, lékař a právo, Avicenum, Praha 1990.

37. STUDENT, V.: Psychiatři, právníci a šamani v péči o duševně nemocného, Česká a slovenská psychiatrie, 91,1995, Suppl. 1 s. 35-43.

38. SUCHARDA, I.: Informovaný souhlas pacienta, Sestra, r. XIV, 2004, č. 2, s. 5.

39. SVOBODA, P.: Informovaný souhlas pacienta při lékařských zákrocích (teoretická východiska, Úmluva o biomedicině). 1. Zdravotnictví a právo, roč. 9, 2005, č. 6, s. 10-17.

40. SVOBODA, P.: Informovaný souhlas pacienta při lékařských zákrocích (teoretická východiska, Úmluva o biomedicině). 2. Zdravotnictví a právo, roč. 9, 2005, č. 7, s. 9-19.

41. SVOBODA, P.: Informovaný souhlas pacienta při lékařských zákrocích (teoretická východiska, Úmluva o biomedicině). 3. Zdravotnictví a právo, roč. 9, 2005, č. 8, s. 18-24.

42. SVOBODA, P.: Informovaný souhlas pacienta při lékařských zákrocích (teoretická východiska, Úmluva o biomedicině). 4. Zdravotnictví a právo, roč. 9, 2005, č. 9, s. 19-23.

43. ŠIMEK, J.: Lékařská etika v současné medicíně, Česká a slovenská psychiatrie, 91, 1995, Suppl. 1, s. 3-10.

44. UHLÍŘ, M.: Informovaný souhlas v podmínkách přednemocniční neodkladné péče, Urgentní medicína, r. 8, 2005, č. 1, s.32-36.

45. Usnesení Městského soudu v Praze ze dne 3. 12. 1996, sp. zn. 20 Co 490/96, in: Právní rozhledy, r.11, 1997, č. 6.

46. VONDRÁČEK, J., LUDVÍK, M.: Nežádoucí ukončení hospitalizace, *Sestra*, roč. XIV, 2004 č. 6, s.9-10.
47. VONDRÁČEK, L., BOUŠKA, I.: *Základy zdravotnického práva*, Praha: Karolinum, 2004.
48. VONDRÁČEK, V.: *Konec vzpomínání (1938-1945)*, 1. vydání, Brno: Avicenum, 1988.
49. *Vstupní prohlášení pacienta při přijetí do Psychiatrické léčebny Bohnice*, interní dokument Psychiatrické léčebny Bohnice.
50. *Z primářské porady*, Bohnice, měsíčník psychiatrické léčebny v Praze 8, r. XIII, 2003, č. 11, s. 3.
51. *Za jakých okolností lze psychiatrického pacienta hospitalizovat proti jeho vůli?* Česká psychiatrie JEP, [www.ceskapsychiatrie.cz/detail.php?id=38](http://www.ceskapsychiatrie.cz/detail.php?id=38) , (Navštíveno 3. 1.2005).

#### Právní předpisy

52. *Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě*, Amsterdam 28.-30. března 1994, Světová zdravotnická organizace, Regionální úřadovna pro Evropu, Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1994.
53. *Listina základních práv a svobod*, 2/1993 Sb.
54. *Občanský soudní řád (§ 191 a-g, zák. č. 240/1993 Sb.)*.
55. *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně*, 96/2001 Sb. m. s.
56. *Vysvětlující zpráva k Úmluvě Rady Evropy č. 164 na ochranu lidských práva a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvě o lidských právech a biomedicíně*, 1996.
57. *Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů*, 379/2005 Sb.
58. *Zákon o péči o zdraví lidu (§ 23, odst. 4, zák. ČNR č. 86/1992)*.

#### Další zdroje

59. KORBELOVÁ, E.: *Nedobrovolný vstup na psychiatrii*, Seminární práce z předmětu Etické, právní a ekonomické aspekty řídicí praxe, vypracováno ve druhém ročníku studia Řízení a supervize v sociálních zdravotnických zařízeních, FHS, UK, 2005. a a

## **7. PŘÍLOHY**

PŘÍLOHA I: PROJEKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

PŘÍLOHA II: SMĚRNICE Č. 7 / 2002

Příloha č. 1: Vstupní prohlášení pacienta

PŘÍLOHA III: PRÁVA A POVINNOSTI PACIENTŮ PŘI POSKYTOVÁNÍ  
ZDRAVOTNÍ PÉČE V PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNĚ BOHNICE