

**Univerzita Karlova**

**Fakulta humanitních studií**

**Aplikovaná etika**



**Etické aspekty omezení člověka ve volnosti pohybu  
při poskytování sociální a zdravotní péče**

Disertační práce

**Mgr. Marie Lukasová**

**Vedoucí práce:** doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

2018

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem. Zároveň prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 2. února 2018

Marie Lukasová

Své školitelce doc. MUDr. Ivě Holmerové, Ph.D. děkuji za podporu a pomoc v průběhu celého studia a za vedení při zpracování závěrečné práce. Za cenné rady děkuji profesorce PhDr. RNDr. Heleně Haškovcové, CSc., jejíž přínos pro text zdaleka přesáhl prostou konzultaci. V disertaci významně čerpám z výsledků práce veřejného ochránce práv na poli prevence špatného zacházení. Tuto činnost řadu let určuje ochránkyně Mgr. Anna Šabatová, Ph.D. Děkuji jí za inspiraci a důvěru, ze kterých vyrostla moje profesní identita i tato práce.

## **Abstrakt**

Při poskytování zdravotní a sociální péče někdy dochází k omezení svobody člověka ve smyslu volnosti pohybu s cílem zabránit ohrožení života nebo zdraví osob. Podle okolností se jedná o více či méně invazivní postup – někdy okamžitý, silový a zasazený do situace konfliktu a zvládnání agrese, jindy spíše dlouhodobý ošetrovatelský, například zaměřený na snížení rizika pádu. S použitím omezení je spojeno riziko významných negativních účinků pro zdraví pacienta/klienta. Proto je některými autory zpochybňována etičnost i legálnost jejich použití a je označováno za nelidské a ponižující zacházení. Nejrozšířenější je však přístup omezení připouštějící, jako postup ultima ratio za splnění zásady nezbytnosti a subsidiarity. V České republice neprobíhá dostatečná veřejná ani odborná debata a používání omezovacích postupů není předmětem státní kontroly. Monitoring dodržování lidských práv osob držených v zařízeních zdravotních a sociálních služeb přináší poznatky o nadužívání restrikcí.

Cílem této disertační práce je identifikovat a rozpracovat etické aspekty omezení volného pohybu člověka přijímajícího péči v instituci. Prvním krokem je shrnutí a analýza výstupů čtyř významných aktérů v oblasti ochrany zranitelných osob. Druhým je rozpracování takto získaných zjištěných okruhů problémů. Řeším, co je to omezení, co plyne z principů nezbytnosti a subsidiarity, otázku přípustnosti omezení a individuální odpovědnost pečujících a dalších aktérů poskytování péče v institucích.

Klíčová slova: etika, etika aplikovaná, etika principy, prostředky omezovací, právo lidských práv, restrikce pohybu, služby sociální, služby zdravotnické

## **Abstract**

In the course of providing social and health care, the providers on occasions resort to measures which limit the person's freedom of movement with the aim to prevent a harm to their life or health. Depending on the circumstances it involves a more or less invasive intervention – sometimes it is immediate and includes use of force in the situation of conflict and aggression management, other times it is rather a long-term nursing practice, for instance focused on fall prevention. Restraining is connected with the risk of considerably negative effects on health of a patient/service user. Therefore some authors doubt whether the use of restrictive intervention is ethical and lawful, and it is seen as inhuman and degrading treatment. Nevertheless, the most widespread approach accepts restrictive interventions as a measure of last resort (ultima ratio) providing that the principles of necessity and subsidiarity are respected. In the Czech Republic the public and professional debate is not sufficient and the use of restrictive interventions is not subjected to the state inspection. The human rights monitoring of persons held in health and social care institutions reports cases of restrictions overuse.

The aim of this doctoral thesis is to identify and analyse the ethical aspects of restriction of free movement of a person who receives care in an institution. Firstly, it summarises and analyses the work of four prominent authorities in the field of protection of vulnerable persons. Secondly, it elaborates the challenging issues that arise from the analysis. I deal with questions what the restrictive measure is, what consequences of the principles of necessity and subsidiarity are, the question of admissibility of restraining and the individual responsibility of care professionals and other participants in the provision of institutional care.

Key words: ethics, ethics applied, ethics principles, means of restraint, human rights law, restriction of free movement, services social, services health-care

## Obsah

Úvod .....	9
<b>Omezení volnosti pohybu člověka při poskytování péče .....</b>	<b>11</b>
<b>1. Omezení: pojem a dopady .....</b>	<b>11</b>
1.1 Omezení v užším a širším smyslu.....	11
1.2 Výhody a nevýhody jednotlivých typů opatření.....	13
1.3 Špatné účinky omezení.....	14
<b>2. Realita omezování volnosti pohybu v České republice .....</b>	<b>15</b>
2.1 Právní úprava .....	15
2.2 Poznatky veřejného ochránce práv .....	16
2.3 Situace v ostatních státech Evropy .....	22
<b>3. Perspektiva osoby v omezení.....</b>	<b>22</b>
<b>Čtyři přístupy k omezení volnosti pohybu.....</b>	<b>26</b>
<b>4. Alzheimer Europe .....</b>	<b>27</b>
4.1 Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí .....	27
4.2 Zpráva Etické problémy spojené s omezením svobody lidí s demencí.....	28
4.3 Komentář.....	36
4.4 Shrnutí .....	46
<b>5. Evropský soud pro lidská práva .....</b>	<b>48</b>
5.1 Soud a Úmluva .....	48
5.2 Špatné zacházení.....	49
5.3 Povinnosti plynoucí státu .....	53
5.4 Vybrané rozsudky se vztahem k použití omezovacích prostředků.....	54
5.5 Komentář.....	59
5.6 Shrnutí .....	64
<b>6. Evropský výbor pro zabránění mučení (CPT).....</b>	<b>66</b>
6.1 O Výboru CPT .....	66

6.2	Standardy CPT .....	68
6.3	Standard k používání omezovacích prostředků v psychiatrických zařízeních pro dospělé69	
6.4	Doporučení Výboru CPT pro Českou republiku a některé další státy.....	74
6.5	Komentář.....	78
6.6	Shrnutí .....	92
<b>7.</b>	<b>Mental Disability Advocacy Center.....</b>	<b>93</b>
7.1	Zpráva z roku 2003 o používání síťových a klecových lůžek.....	94
7.2	Zpráva z roku 2014 o používání síťových lůžek a omezovacích prostředků v ČR .....	95
7.3	Komentář.....	97
7.4	Shrnutí .....	104
<b>8.</b>	<b>Velké shrnutí a přehled eticky významných aspektů omezení .....</b>	<b>105</b>
	<b>Přípustnost omezení .....</b>	<b>108</b>
<b>9.</b>	<b>Co je to omezení? .....</b>	<b>108</b>
9.1	Problém definice.....	108
9.2	Opatření ochrany nebo omezení? .....	111
9.3	Chemické omezení.....	113
9.4	Shrnutí .....	117
<b>10.</b>	<b>Předpoklady užití omezení jako prostředku ultima ratio .....</b>	<b>117</b>
10.1	Implikace principu nezbytnosti.....	117
10.2	Rozumná opatření ke snížení potřeby používat omezení .....	118
10.3	Rozvíjející poznámky k vybraným opatřením.....	123
10.4	Shrnutí .....	128
<b>11.</b>	<b>Je eticky přípustné omezit volný pohyb člověka? .....</b>	<b>129</b>
11.1	ANO, jako poslední možnost.....	129
11.2	NE, s odkazem na princip spravedlnosti .....	130
11.3	NE, s odkazem na autonomii člověka .....	136
11.4	NE, s odkazem na princip nepoškozování (primum non nocere).....	144
11.5	Aplikace principu dvojího účinku.....	145
11.6	Alzheimer Europe: principialismus plus důstojnost člověka.....	151

11.7	Shrnutí .....	153
<b>Individuální mravní hledisko.....</b>		<b>157</b>
<b>12.</b>	<b>Mlčení o omezování a jeho důsledky .....</b>	<b>159</b>
12.1	Východisko.....	159
12.2	Kde a o čem se mlčí.....	160
12.3	Proč se mlčí?.....	170
12.4	Jaké má mlčení důsledky.....	178
12.5	Situace v psychiatrické péči ve Francii .....	181
12.6	Situace v psychiatrické péči v Anglii .....	184
12.7	Shrnutí .....	187
<b>13.</b>	<b>Perspektiva instituce.....</b>	<b>188</b>
13.1	Jednání v roli a individuální odpovědnost v instituci .....	188
13.2	Role v sociálních a zdravotních institucích .....	190
13.3	Kultura na pracovišti .....	192
13.4	Úloha vedení organizace.....	197
13.5	Ministerstvo jako instituce.....	200
13.6	Zimbardův pojem situace a systému.....	201
13.7	Shrnutí .....	203
<b>14.</b>	<b>Perspektiva jednotlivce .....</b>	<b>204</b>
14.1	Dilemata a konflikty pečujících .....	204
14.2	Integrita a autonomie pečujících.....	210
14.3	Shrnutí .....	221
<b>Závěr.....</b>		<b>222</b>
<b>Použitá literatura.....</b>		<b>225</b>
<b>Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva .....</b>		<b>237</b>



# Úvod

---

Při poskytování zdravotní a sociální péče někdy dochází k omezení svobody člověka ve smyslu volnosti pohybu s cílem zabránit ohrožení života nebo zdraví osob. Podle okolností se jedná o více či méně invazivní postup – někdy okamžitý, silový a zasazený do situace konfliktu a zvládnání agrese, jindy spíše dlouhodobý ošetrovatelský, například zaměřený na snížení rizika pádu. Některé postupy jsou pro tento účel speciálně vyvinuté (tzv. omezovací prostředky), jinak jde většinou o ošetrovatelské postupy nebo farmakoterapii, které v konkrétních okolnostech také omezují volnost pohybu. Z hlediska průběhu péče je omezení spíše okrajové téma, které má ale zvláštní citlivost kvůli nebezpečí řady negativních vedlejších důsledků, včetně zásahu do důstojnosti pacienta/klienta a zranění jeho i pečujících, a kvůli nebezpečí zneužití. Lidé, kteří omezení zažili, mluví o ponížení, strachu a bolesti. Pečující se necítí komfortně, když při prováděných úkonech riskují zdraví vlastní i pacienta, musí překonávat jeho vůli a následně čelit kritice za přílišnou restriktivnost.

Odborné a právní standardy vyžadují, aby k omezení volného pohybu docházelo jen v nezbytných případech a za splnění principu subsidiarity a přiměřenosti, jinak hrozí závažný neoprávněný zásah do integrity člověka. Oficiální autority v oblasti poskytování zdravotních a sociálních služeb v České republice – ministerstva a představitelé poskytovatelů – charakterizují českou realitu jako souladnou s těmito zásadami a tématem omezení se příliš nezabývají. Monitoring zacházení v zařízeních zdravotních a sociálních služeb však přináší poznatky o tom, že omezování se především z provozních důvodů a kvůli nedostatku méně omezujících alternativ nadužívá a že naplňování oficiálních standardů není v praxi reálné. Některé lidskoprávní přístupy označují použití omezení dokonce za špatné zacházení nebo přímo mučení. Česká republika byla v souvislosti s omezovacími prostředky v roce 2012 shledána Evropským soudem pro lidská práva odpovědnou za porušení zákazu nelidského a ponižujícího zacházení, a to kvůli způsobu jejich použití. Odborná reflexe těchto konfliktů není dostatečná, spíše převládá mlčení nebo přístup založený na emocích. Očím veřejnosti je péče, při níž k omezování dochází, skryta, neboť se odbývá v institucích typu psychiatrické nemocnice nebo domova pro osoby se zdravotním postižením, a její příjemci a namnoze i pečující patří mezi společnosti marginalizované skupiny. Pozornost vzbuzují pouze zprávy z černé kroniky, jako například úmrtí pacienta v souvislosti s omezujícím opatřením, nebo napadení pečujícího.

To jsou základní východiska pro tuto disertační práci, jež má za cíl identifikovat a rozpracovat etické aspekty omezení volného pohybu člověka přijímajícího institucionální péči. Téma jsem zvolila proto, že mě po léta provokuje onen kontrast velké rizikovosti pro důstojnost člověka (pacienta/klienta i pečujícího) na straně jedné a malé pozornosti odpovědných orgánů na straně druhé. Jako právník s respektem k teorii lidských práv zvláště negativně pociťuji, když pečující nemohou postupovat

v souladu s právními principy. Pohled etiky jsem zvolila proto, že péče je navýsost vztahová a osobní záležitost a právo není a ani nemůže být jediným určujícím normativním rámcem. Právo a etika však mají společné hodnotové zakotvení, jež může jejich pohled sladit.

Tato disertační práce je teoretická, vycházející z analýzy relevantních dokumentů, a má čtyři části. V krátké části *Omezení volnosti pohybu člověka při poskytování péče* představuji jednak omezovací opatření a jednak realitu jejich používání v České republice.

Druhá část, *Čtyři přístupy k omezení volnosti pohybu*, je stěžejní tím, že její závěry jsou východiskem pro zbytek textu. K problému omezení volnosti pohybu při poskytování péče existují různé přístupy. Já shrnuji a analyzuji výstupy čtyř významných aktérů v oblasti ochrany zranitelných osob: Alzheimer Europe, Evropského soudu pro lidská práva, Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) a Mental Disability Advocacy Center. Výběr vychází jednak z toho, že jejich činnost má nebo může mít konkrétní dopady na praxi v České republice, a jednak jsou to po mém soudu jediné autority, které zaujímají k vytyčenému tématu komplexní, na hodnotách založené stanovisko. Na závěr z problémů a dilematických situací, jež tyto autority pojmenovávají, abstrahuji ty, z nichž vysvítají etické aspekty omezení při poskytování péče.

Třetí část, *Přípustnost omezení*, řeší klíčovou otázku, zda je eticky přípustné omezit volný pohyb pacienta/uživatele péče. Při jejím promýšlení se ukázalo jako nezbytné nejprve postavit najisto, co je to vlastně omezení, a vymezit, co významného plyne z principů nezbytnosti a subsidiarity, které rezonovaly v argumentaci u všech čtyř zkoumaných přístupů jako předpoklady pro přípuštění používání omezení. Při vlastním řešení otázky přípustnosti se držím teorie principialismu.

V poslední části, *Individuální mravní hledisko*, chci dát do správných souvislostí všechny fenomény, se kterými jsem se v praxi setkávala: osobní stanoviska lidí, role v instituci a role vedoucího zvláště, vliv stavu zdravotnického a sociálního systému a mlčení obestírající používání omezujících postupů.

V práci významně čerpám z publikovaných poznatků veřejného ochránce práv. Jako právnička zařazená v Kanceláři veřejného ochránce práv do týmu provádějícího systematické návštěvy jsem vykonala šetření na řadě míst omezení osobní svobody člověka (od roku 2006 řádově ve stovce zařízení všech typů) a podílela se na jejich hodnocení a koncipování zpráv. Takto jsem se v zařízeních sociálních a zdravotních služeb stala přímým svědkem jak omezení (to jen v nemnoha případech), ale především práce ošetřujícího personálu a jeho sebereflexe. Zvláště se mě osobně dotkla dvě úmrtí v prostředí psychiatrické péče, jež jsem prošetřovala z hlediska prevence špatného zacházení. Tam, kde v textu cílím na odpovědnost vedení institucí, reflektuji osobní zkušenost z jednání s představiteli zařízení a ministerstev a poslanci. Od roku 2016 získávám širší perspektivu na poskytování péče osobám omezeným na svobodě, neboť jako zástupce České republiky v Evropském výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) vykonávám návštěvy v dalších státech Rady Evropy. Práci výboru tak znám zevnitř, včetně formulování standardů.

# Omezení volnosti pohybu člověka při poskytování péče

---

## 1. Omezení: pojem a dopady

### 1.1 Omezení v užším a širším smyslu

K omezení volnosti pohybu při poskytování péče dochází v různých situacích a bývá různě označováno. V literatuře se označuje jako omezení, ochrana, restrikce, opatření omezující pohyb, omezovací prostředek či opatření nebo donucení. Některá opatření jsou upravena zákony, některá odbornými postupy nebo jsou uváděna v literatuře a některá se zkrátka jen používají. V tomto textu dbám na určitou terminologii, pokud se odkazuji na nějaký konkrétní kontext. Při obecných poznámkách o omezení volnosti pohybu používám všechny uvedené výrazy podle výstižnosti. Samotnému rozlišení a označování se budu později věnovat (kapitola 9).

**V užším slova smyslu** jde o použití fyzické síly, nástroje, medikamentu a izolování. Omezovací prostředek může člověka omezovat v pohybu v prostoru, nebo může (jen nebo doplňkově) omezovat pohyb rukou nebo fixovat paže, nohy, hlavu a celé tělo. Zahrnuje se sem jakýkoli postup nebo intervence určené k omezení nebo potlačení pohybu nebo pohyblivosti a ovládnutí člověka. Třídění omezovacích prostředků je v literatuře různé, někdy se výslovně rozlišuje *odloučení* a *omezení* (angl. seclusion and means of restraint).<sup>1</sup> Uvádím kategorie, jaké používá Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (dále také jen „Výbor CPT“; více viz kapitola 6), a doplňuji jejich vysvětlení:

- **Fyzické omezení**, tj. držení nebo znehybnění člověka při využití fyzické síly. Často je kombinováno s psychologickým nebo farmakologickým zklidňováním. Ke znehybnění a držení se využívají speciální techniky.
- **Mechanické omezení**, tj. použití mechanického prostředku. Takto je využíváno čtyř nebo pětibodové znehybnění za pomoci pásů nebo kurtů, pásy k omezení pouze jedné ruky nebo nohy, prostěradlo k pokrytí celého těla člověka krom hlavy, hrudní pás nebo kazajka. Setkat se lze i se speciálními spacími pytlí. Do této kategorie by spadala také pouta a řetězy.

---

<sup>1</sup> Článek 27 Doporučení Výboru ministrů Rec(2004)10, na ochranu lidských práv a důstojnosti osob s duševní poruchou [dále také jen „Doporučení Rec(2004)10“], a zásada 11 bod 11 OSN Zásad ochrany osob trpících duševním onemocněním a zlepšování péče o duševní zdraví [dále také jen „Zásady OSN“].

- **Chemické omezení<sup>2</sup>**, tedy podání léků silou za účelem zvládnutí chování člověka. Používají se antipsychotika, benzodiazepiny, hypnotika a sedativa.
- **Odloučení, nebo izolace**, tj. nedobrovolné umístění člověka samotného v zamčené místnosti. K oddělení může docházet ve zvlášť zřízené místnosti, anebo ve vlastní ložnici.
- **Další způsoby** jsou na pomezí mechanického omezení a izolace. Umožňují člověku hýbat se, ale ne zcela. Jedná se o síťová a klecová lůžka,<sup>3</sup> postranice, speciální rámy a zábrany.

Někdy se opatření kombinují, především chemické omezení s některým dalším.

**V širším slova smyslu** představuje omezení jakékoli opatření, jež má omezující účinek. K prve uvedenému tedy přibude také držení v uzavřeném prostoru v rámci oddělení, postranice u lůžka, fixace ke křeslu či vozíku, zacévkování (tedy použití určitých ošetřovatelských postupů, jež sledují například prevenci pádu, ale mají i omezující efekt), odnětí vhodného oděvu, odnětí (mechanické) pomůcky,<sup>4</sup> zákazy a příkazy, špatné osvětlení a podobně.

K omezení volného pohybu dochází často na půdě psychiatrie, ale týká se i poskytování zdravotní péče v jiných zdravotnických oborech a v sociálních službách. Může být legitimizováno tím, že sleduje ochranu života nebo zdraví člověka. To je zjevné při zvládnutí agrese člověka a nebezpečí plynoucího z jeho chování pro něho samého nebo pro jeho okolí. Omezovací prostředky mohou sledovat také zabránění sebepoškození v důsledku neovladatelných pohybů nebo padání z lůžka. Někdy je motivem rovněž zmírnění nepředvídatelného chování způsobeného kognitivní poruchou nebo mentálním postižením<sup>5</sup>. Omezení může být také nezbytné, když neklidné chování člověka brání provádění úkonů zdraví nebo život zachraňující péče.

---

<sup>2</sup> Označení „chemické omezení“ je nejrozšířenější i v další právní literatuře, i v literatuře medicínské.

Zaznamenala jsem, že některými lékaři a autory je ale považováno za pejorativní (1) a dávali by přednost výrazu „farmakologický“. Chápu to, ale v zájmu přesnosti to nezohledňuji.

<sup>3</sup> V textu používám toto rozlišení, byť je mi známo, že některé zdroje považují za „klecové“ i lůžko uzavřené pomocí sítě. Například Výkladové memorandum k Doporučení Rec(2004)10, v bodě 82, definuje jako klecové lůžko (angl. cage bed) lůžko, které má shora klec vyrobenou buď z kovové mříže, nebo kovové mříže a výpletu.

<sup>4</sup> „Je důležité si uvědomit, že omezení pohybu nepřináší pouze zneužití mechanických pomůcek, ale i absence mechanické pomůcky. Člověk s tělesným handicapem je bez berlí, bez vozíku, bez chodítka nebo bez hrazdičky nad postelí také velmi omezen ve svém pohybu. Tato možná pochybení personálu jsou, na rozdíl od mechanických pomůcek typu klecového lůžka se sítí nebo postranic, supervizí nebo kontrolou kvality služeb daleko hůř dohledatelná, protože supervizora s povrchní znalostí uživatele služeb prostě nemusí absence pomůcky tzv. „praštit“ do očí. Klecové lůžko se sítí však nikdo z nás nepřehlédne.“ (2)

<sup>5</sup> Z hlediska jednoznačnosti dávám tomuto termínu přednost před pojmy „poruchy učení“, „potíže učení“ a „intelektové postižení“, jež se někdy používají, a dám mu přednost i před diagnostickým označením „mentální retardace“.

Omezovací prostředky mají velmi různorodou povahu. Mechanické omezení se provedením i důsledky velmi liší od izolace. Chemické omezení zase má úzkou vazbu na nedobrovolnou léčbu. Omezující úkony péče sledují primárně jiný účel než omezení. Dále vysvětlím, že „omezovací prostředky“ jsou do jisté míry umělá, zastřešující kategorie pro opatření, jež si vyžadují zvláštní opatrnost a pojí se s nimi pojistky proti zneužití.

### 1.2 Výhody a nevýhody jednotlivých typů opatření

Na omezovací prostředky jsou různé názory a i praxe jejich používání se liší, v rámci Evropy i v jednotlivých institucích v České republice. Některá opatření jsou jedněmi odborníky preferována a jinými zatracována. Lze je posuzovat z hlediska účinnosti, bezpečnosti, nákladnosti, náročnosti na použití, šetrnosti k omezovanému. Uvedu několik vysvětlujících poznámek k omezovacím prostředkům v užším slova smyslu.

Fyzické omezení trvá jen po dobu nezbytně nutnou a obtížně se použije preventivně. Dá se použít kdekoli. Pro zvládnutí incidentu dospělé osoby je zapotřebí většinou více lidí, kteří musí být proškoleni v úchopech. U některých osob je z důvodu jejich síly manuální zvládnutí nereálné. (24)

Fixace za použití kurtů či pásů je relativně levná a také účinná. Jejím výsledkem je, že člověk nemůže svými rukama, nohama či zuby ublížit sobě ani ostatním; jakmile má být omezení skončeno, děje se tak okamžitě uvolněním pásů. Co je zjevně negativní, je vysoké riziko fyzické a psychické újmy v momentě omezování i v jeho průběhu. Použití fyzické síly při aplikaci omezení může vyústit ve zranění obvyklá při boji, přičemž v ohrožení je jak omezovaný, tak i pečující. Známa jsou i náhlá úmrtí omezeného, zpravidla z důvodu stresu nebo poziční asfyxie (zadušení při nepříznivé poloze těla), ale některá úmrtí nejsou vysvětlená. Kurty nebo imobilizace mohou také zhoršit krevní oběh, přičemž nebezpečí trombozy nebo srdeční příhody může být vyšší kvůli účinkům některých antipsychotik. Těsná fixace nebo manipulace s kurty u silně neklidných osob může způsobit zranění na zápěstích a kotnících. Člověk nemůže změnit polohu, nemůže zmírnit nepohodlí, přichází bolest zad. Není možné poškrábat se, promnout oči nebo nos, odehnat mouchu. Při kombinaci s medikamentózním tlumením nastávají nepříjemné pocity ztuhlosti. V průběhu omezení je nezbytná pomoc při jídle, pití a vykonávání potřeby. Použití plen dotyčného poníží.

U chemického omezení je aplikace pro zkušené zdravotníky snadná a v nemocničním prostředí nebudí pozornost a pacienta zvláště nestigmatizuje. Výhodou také je, že při účinku umožňuje ukončit mechanické omezení. Zato chemické omezení nelze prostě „ukončit“ nebo vzít zpět – má určité tempo a trvání účinku. Antipsychotika mají možná rizika a vedlejší účinky (nebezpečí náhlé srdeční příhody zvláště u nitrožilního podání, vyšší nebezpečí záchvatu, zvýšená tvorba slin, extrapyramidový syndrom) a trankvilizéry mohou působit na centrální nervový systém, ve výsledku až k zástavě dechu. Mnoho lidí považuje chemické omezení za nejzávažnější zásah do své osobnosti. Pokud není

dostatečně dbáno na vysvětlení a sanaci traumatizujícího prožitku, může omezený i ztratit víru v léky, které bude nadále považovat za prostředky výchovy a kontroly chování, „oblbováky“ (59, s. 149).

Oddělování agresivních nebo „nezvladatelných“ osob od ostatních má například v psychiatrii dlouhou historii a je na první pohled bezpečné. Bezprostředně totiž nehrozí taková zranění, jako v případě mechanického omezení. V případě izolace je zapotřebí oddělené, vhodně vybavené místnosti. Zdánlivě bezpečné opatření může být snadno nadužíváno a může dostat podobu dlouhodobé segregace člověka. Vysoké je nebezpečí psychické újmy. Člověk je odříznutý od přímého lidského kontaktu a má omezenou smyslovou stimulaci. Pocit naprosté opuštěnosti může být hrozivý, způsobuje zmatenost a úzkost, u některých osob může zhoršit psychické onemocnění. Jen málo izolačních místností je vybaveno tak, aby mělo i zklidňující účinek. V případě nevhodně vybavené izolační místnosti hrozí riziko úspěšné sebevraždy.

Sítové a klecové lůžko je postel, která je ze všech stran ohraničená kovovou konstrukcí, jež je vypletená síť nebo vyplněná mříží. Z jedné strany lze bariéru otevřít a zavřít a zamknout. Takové lůžko umožňuje omezenému změnit polohu a volně hýbat rukama a nohama. Je zapotřebí zajistit mu pomoc při provádění hygienických úkonů a fyziologických potřeb. S lůžkem se obtížněji manipuluje, a jakmile se někde instaluje, je nepřehlédnutelné. Z českého prostředí jsou známy případy nešťastného úmrtí v lůžku. Nicméně statisticky významnější bezproblémovost a vyšší pohodlí pro umístěného mohou vést k nadužívání a někdy se lze setkat i s trvalým umístěním člověka do takového omezujícího lůžka.

Pouta a řetězy stěží očekáváme v zařízeních, kde se poskytuje péče. Přesto ještě v jednadvacátém století na ně lze v Evropě narazit. V prostředí forenzní psychiatrie mohou být také zvažovány při převozech pacientů mimo nemocniční prostředí.

### 1.3 Špatné účinky omezení

Použití omezovacích prostředků má dobré i špatné účinky. Uplatnění omezení jednoznačně působí utrpení – ne jen fyzickou bolest, ale i bezmoc, osamocení a ponížení. Samotné použití omezovacího prostředku může vyhrodit agresivní chování člověka a vést k násilí a zranění. Také se udává, že aplikace omezení může mít za následek náhlé úmrtí, zadušení, trombózy a srdeční potíže, ovšem mechanismus vzniku je neprokazatelný. Dokonce se hovoří o tom, že v kontextu psychiatrické hospitalizace s sebou omezovací prostředky nesou největší riziko pro tělesnou a psychickou integritu pacienta. (3) Takže základní otázka zda, respektive kdy, u koho a jak je eticky správné k omezení přistoupit, je nasnadě.

Shrnuji, jaké negativní důsledky jsou nebo mohou být spojené s použitím omezovacích prostředků:

- Některé jsou ve hře vždy: narušení terapeutického vztahu, trauma u omezeného, strach do budoucna, ohrožení zdraví omezovaného člověka (nebezpečí narušení integrity kůže, rozvoj imobilizačního syndromu).
- Některé hrozí, jen pokud nastanou určité nepříznivé okolnosti: bolest při aplikaci, ponižující okolnosti – vykonávání potřeby na lůžku, zranění pacienta nebo pečujících, náhlé úmrtí.
- Některé nastávají při nesprávném postupu: ponížení z vysvětlení či vystavení pohledům jiných, trauma při opuštění v omezení, udušení v poloze vleže obličejem dolů.

Omezování volného pohybu představuje paradox toho, že zdravotnická a sociální zařízení, jejichž účelem je zajištění péče, se za určitých okolností dopouštějí nelidského a ponižujícího zacházení. To když je omezení nikoli nezbytné nebo je nepřiměřené a způsob omezení ponižující nebo nebezpečný.

## 2. Realita omezování volnosti pohybu v České republice

### 2.1 Právní úprava

#### 2.1.1 Zdravotní péče

S účinností zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“), existuje v České republice úprava používání omezení volného pohybu ve zdravotnictví na úrovni zákona, a to jako tzv. „omezovacích prostředků“. Tento pojem je ve zdravotní péči standardně užívaný – používaly jej doporučené postupy klinické praxe v oblasti psychiatrické péče (k nim více v kapitole 12.2.5) a metodické opatření Ministerstva zdravotnictví (první bylo účinné od 1. 1. 2005) a nyní tedy i § 39 uvedeného zákona. Používání omezovacích prostředků je rozšířené v klinické praxi mnoha medicínských oborů. S časem se měnily postupy, jež se jako omezovací prostředek používaly, takže nyní již v předpise nenalezneme klecová lůžka.

Zákon je koncipován tak, že vyjmenovává, co se omezovacím prostředkem rozumí, stanoví podmínky přípustnosti použití a další povinnosti poskytovatele zdravotních služeb. Zákon výslovně stanoví, že používání omezovacích prostředků ovládá zásada nezbytnosti (mohou být použity a trvat, pouze je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob), subsidiarity a přiměřenosti. Poskytovatel je povinen zajistit podmínky pro to, aby použití omezovacího prostředku indikoval zásadně lékař a jiný zdravotnický pracovník jen výjimečně z důvodu nouze. Pro celý kontext poskytování péče má význam obecné ustanovení, že pacient má právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb [§ 28 odst. 3 písm. k)].

S porušením zákona se nepojí žádná správní sankce ve smyslu odpovědnosti za přestupek.

### 2.1.2 Sociální péče

Výslovná regulace používání restrikcí začala v sociální oblasti dříve než ve zdravotnictví. V roce 2004 vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí metodické opatření k používání sítových lůžek; lůžka s mříží už označilo za nepřipustná. První zákonná úprava byla účinná od 1. 10. 2005<sup>6</sup>, a to na stejných principech, jaké ovládají nyní platná pravidla v § 89 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tedy omezení je přípustné pouze jako výjimka v případech přímého ohrožení zdraví a života. Poskytovatel sociálních služeb je povinen předcházet nutnosti jejich použití a přednostně použít méně omezující opatření. Pokud už k použití dojde, je stanovena posloupnost tří povolených opatření – zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě lze na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti podat léčivé přípravky. Zákonný termín je „opatření omezující pohyb osob“.

Použití opatření omezujícího pohyb osob v rozporu s těmito pravidly představuje přestupek poskytovatele sociálních služeb. Dále je zákon o sociálních službách oproti zdravotnickému předpisu přísnější v tom, že stanoví povinnost vést evidenci o případech omezení a sdělovat jednou za rok krajskému úřadu data o četnosti použití. Kromě zásady poskytování služeb v co nejméně omezujícím prostředí obsahuje zákon i obecnou zásadu pro kontext omezení: „Poskytovatel sociálních služeb je povinen poskytovat sociální služby tak, aby metody poskytování těchto služeb předcházely situacím, ve kterých je nezbytné použít opatření omezující pohyb osob“ (§ 89 odst. 4).

Používání opatření omezujících pohyb usměrňuje doporučený postup, který vedle nich rozeznává také „opatření ochrany“. Rozumí se jimi „taková opatření, která jsou používána z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu osob, jimž jsou sociální služby poskytovány a zároveň mohou omezit volný pohyb osob“ (4, bod 2.1).

## 2.2 Poznatky veřejného ochránce práv

### 2.2.1 Postavení a práce veřejného ochránce práv

Veřejný ochránce práv (dále také jen „ochránce“) je instituce v České republice zřízená v roce 2000, původně pouze jako parlamentní ombudsman. S jejím etablováním, rozvojem činnosti a také s novými mezinárodními závazky České republiky v oblasti ochrany lidských práv se poslání a působnost instituce rozšiřovaly. Od roku 2006 působí ochránce také jako tzv. národní preventivní mechanismus,<sup>7</sup> tedy provádí systematické návštěvy míst, kde se nacházejí nebo mohou nacházet

---

<sup>6</sup> Zákonem č. 218/2005 Sb., kterým se do zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, vložil mj. § 89a.

<sup>7</sup> Zřízení předepisuje státu Opční protokol k Úmluvě OSN proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Podstatou činnosti národních preventivních mechanismů je provádění pravidelných návštěv v zařízeních, kde jsou umístěny osoby zbavené svobody, předkládání doporučení příslušným orgánům a také návrhů na zlepšení právní úpravy. V preambuli Opčního protokolu se připomíná,



osoby omezené na svobodě, s cílem posílit ochranu těchto osob před mučením, krutým, nelidským, ponižujícím zacházením nebo trestáním a jiným špatným zacházením. Tato působnost se vztahuje jak na místa typicky detenční, jako jsou zařízení vězeňská, policejní či cizinecká, tak i na místa poskytování péče, jako jsou zdravotnická zařízení a zařízení sociálních služeb, pokud je pobyt nařízen orgánem veřejné moci nebo pokud povaze poskytované péče odpovídá závislost jejich příjemců a nemožnost či neschopnost zařízení opustit.

Ochránce nemá pravomoc nařizovat realizaci opatření k nápravě, která doporučuje. Má ale právo seznamovat veřejnost se svými poznatky a doporučeními, což převážně činí vydáváním tematických zpráv shrnujících systematické návštěvy zařízení určitého typu. Jsou dostupné jednak skrze databázi Evidence stanovisek ochránce<sup>8</sup>, jednak na internetových stránkách ochránce nebo v tištěné podobě.

V letech 2006 až 2017 provedl ochránce celkem 399 návštěv. Z toho bylo 41 návštěv psychiatrických nemocnic (z toho 7 dětských), 18 návštěv léčeben dlouhodobě nemocných, 6 návštěv záchytných stanic, 135 návštěv zařízení sociálních služeb (z toho 42 zařízení pro osoby s tělesným postižením, zbytek tvořila zařízení pro seniory). Zprávy o nich představují unikátní zdroj poznatků o situaci převážně uzavřených zařízení v České republice. Unikátní v tom smyslu, že jsou postavené na zjištěních z první ruky<sup>9</sup> a postihují problémy, které často z kapacitních i jiných důvodů unikají standardním kontrolním orgánům.

### 2.2.2 Poznatky ze zdravotnických zařízení

Systematické návštěvy signalizují nedostatečné zajištění podmínek pro poskytování péče (personální poddimenzovanost, nevhodné stavební a technické řešení pracovišť), což vede k omezování ve volném pohybu z preventivních důvodů, tedy k neoprávněnému (nad)užívání omezovacích prostředků. Mnoho poskytovatelů to nepřipouští, namísto aby usilovali o dosažení právně a odborně bezvadného stavu. (5)

---

že k účinné prevenci špatného zacházení je zapotřebí osvěta a kombinace různých legislativních, správních, soudních a jiných opatření. Za zřizováním národních preventivních mechanismů stojí přesvědčení, že ochranu osob zbavených svobody lze posílit i prostředky preventivní povahy, spadajícími mimo oblast soudnictví. Podmínkou je zajištění nezávislosti národního preventivního mechanismu. (Čerpáno z českého znění Opčního protokolu, viz sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 78/2006 Sb. m. s.)

<sup>8</sup> VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Evidence stanovisek ochránce* [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2017 [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Vyhledavani/Search>.

<sup>9</sup> Ochránce a osoby, které tím pověřil, mohou vstupovat i bez předchozího upozornění do všech prostor zařízení a provádět šetření spočívající v nahlížení do dokumentace (včetně zdravotnické), kladení otázek jednotlivým zaměstnancům a rozmluvě s osobami umístěnými v zařízeních bez přítomnosti jiných osob. Při návštěvách zařízení, kde se poskytuje péče, zve ochránce do kontrolních týmů vždy také externí experty – podle typu zařízení lékaře, všeobecné nebo psychiatrické sestry, nutriční terapeutky, psychology, speciální pedagogy.

**Co se týká situace v psychiatrických nemocnicích pro dospělé,** lze čerpat ze souhrnných zpráv (6 a 7), ze zpráv o šetření tematicky zajímavých individuálních stížností v oblasti ochranného léčení (spisová značka 461/2012/VOP, 2361/2016/VOP, 4174/2016/VOP), zprávy o návštěvě zaměřené na podmínky v zařízení, kde došlo k úmrtí v síťovém lůžku (spisová značka 4/2012/NZ) a výzkumu zaměřeného na kontrolu zacházení v psychiatrických zařízeních a používání omezovacích prostředků (5).

Nemocnice mají pro použití omezovacích prostředků vnitřní směrnice, jejichž kvalita je různá. Běžně se používají kurty, často také izolační místnosti. V některých psychiatrických nemocnicích se dodnes používají síťová lůžka – na neklidových a na gerontopsychiatrických odděleních, nicméně jejich počet za posledních deset let významně poklesl. Převažuje přístup, kdy se neakceptuje chemický omezovací prostředek – tedy používá se (běžně z rozhodnutí sestry<sup>10</sup> na základě předchozí ordinace lékaře „v případě potřeby“), ale nepovažuje se za omezovací prostředek ve smyslu § 39 zákona o zdravotních službách. Ochránce nemá průkazné poznatky o neodůvodnitelném nebo nadměrném používání psychofarmak, byť případů masivní medikace je řada. Situace se postupně zlepšuje, co se týká zajištění adekvátního dohledu u osoby v omezení, nicméně stále je na některých pracovištích tato otázka nevyjasněná a až na výjimky není dohled nepřetržitý. Více než dříve, ale stále, zjišťujeme různé zásahy do soukromí a intimity člověka podrobeného omezení (vystavení zrakům ostatních pacientů, odejmutí oděvu, zobrazení obrazu z kamer na sesternách způsobem, který zasahuje do soukromí nad míru nezbytně nutnou). Co se týká omezujících postupů primárně zaměřených proti nebezpečí pádu, pravidla jejich použití bývají velmi vágní a použití záleží na rozhodnutí sester.

Velmi často zjišťujeme případy, kdy lze pochybovat, že použití nebo trvání omezení bylo opravdu nezbytné – mám na mysli nevypovídající záznamy v dokumentaci i použití při pouhém neklidu nebo nevhodném chování pacienta při absenci možných alternativních opatření. Ochránci konstatovali porušení zákona ve výše uvedených individuálně prošetřovaných případech týkajících se pacientů v režimu ochranného léčení (v jednom případě s výslovným konstatováním ponižujícího zacházení).

Potvrdilo se, že zvláště zranitelnou skupinou osob jsou lidé s mentálním postižením a s demencí.<sup>11</sup> V roce 2007 bylo zjištěno několik případů trvalého použití omezovacího prostředku. „V jednom případě se jednalo o středně těžce mentálně postiženou ženu, která už půl roku byla převážnou většinu dne, kdy se jí nemohla individuálně věnovat sestra, znehybněna omezovacím kabátkem a ještě připoutána k lůžku; důvodem bylo její opakované sebepoškozování především polykáním

---

<sup>10</sup> Jsem si vědoma toho, že nikoli „zdravotní sestra“ nebo „sestra“, nýbrž „všeobecná sestra“, „praktická sestra“ nebo „sestra pro péči v psychiatrii“ jsou správná označení zdravotnických povolání. Místy však vžitá neformální označení používám – především když není rozhodné nebo nevím, zda jde o všeobecnou či praktickou sestru, jako na tomto místě, nebo při převádění zahraničních textů (typicky angl. „a nurse“).

<sup>11</sup> K mentálnímu postižení srov. 7, bod 22 a 23; k demenci 6, bod 103 a 7, bod 14.

předmětů. Dalším případem byla pacientka s těžkou nespécifickou demencí s poruchami chování a také snahami polykat předměty, která je kvůli nemožnosti zajistit nepřetržitý dohled celodenně umístěna v izolační místnosti, krom občasných procházek po chodbě. Celodenně krom nutných úkonů je také v jiné léčebně v síťových lůžkách několik pacientů s těžkou mentální retardací. Síťová lůžka a další omezení v těchto případech nahrazují nedostatek personálu a neexistenci specializovaného pracoviště pro popsané typy postižení.“ (6, bod 79) V roce 2010 ochránce konstatoval pokračování těchto excesů (7, bod 26) a velmi podrobně je zmapoval a předložil ve zvláštní zprávě poslanecké sněmovně<sup>12</sup>. Rozhodně bylo potvrzeno, že u pacientů s mentálním postižením se používají omezovací prostředky ve zvýšené míře.

Provádět kontrolu praxe používání omezovacích prostředků není úplně snadné, neboť sice bývá zaneseno v individuální dokumentaci pacienta, ale jen některá pracoviště mají také listinnou nebo elektronickou evidenci, aby bylo možné případy najít a také souhrnně zhodnotit. Kontroly ze strany krajských úřadů téměř neprobíhají. Se stížnostmi na používání omezovacích prostředků i se stížnostmi na zacházení v psychiatrických nemocnicích a psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic se úřady setkávají pouze ojediněle. (5) Jen ve výjimečných případech se ochránce setkal s tím, že vedení zařízení sledovalo případy použití omezovacích prostředků a činilo kroky ke snižování potřeby jejich použití v budoucnu. V lepším případě se pouze zpracuje statistika.

Na praxi v psychiatrických nemocnicích má pouze minimální vliv zřizovatel většiny z nich, tedy Ministerstvo zdravotnictví. Konstatuji to na základě pramalé odezvy, již měla doporučení veřejného ochránce práv, aby ministerstvo reagovalo na zjištění o používání omezení preventivně pro nedostatek pečujících, nebo dokonce u některých pacientů trvale. Ochránce vysvětlil, že tyto problémy přesahují možnosti jednotlivých nemocnic. Ministerstvo pouze připravilo zákon o zdravotních službách a nové metodické opatření, do praxe poskytování péče ale nezasáhlo.

**Co se týká záchytné služby,** jde o velmi specifický typ péče, jen minimálně upravené zákonem a poskytované různorodými typy poskytovatelů zdravotních služeb. K používání omezovacích prostředků dochází, s ohledem na účel záchytné služby, častěji než jinde. V souhrnné zprávě ochránce (8) je velmi dobře propracovaná kapitola o omezovacích prostředcích, na kterou lze odkázat, co se týká názorů ochránce na omezení vůbec. Z návštěv vyplynulo obecné doporučení posílit bezpečnost na stanicích – jak z pohledu pacientů, tak i zdravotníků.

Praxe používání omezovacích prostředků byla velmi různá, závislá na personálních a materiálních možnostech stanice. Zpravidla absentoval náležitý vnitřní předpis. Ve třetině navštívených stanic

---

<sup>12</sup> Dokument *Umístování a pobyt osob s mentálním postižením v psychiatrických léčebnách* tvoří přílohu zprávy Otakara Motejla pro Poslaneckou sněmovnu PČR za 4. čtvrtletí roku 2009. Je dostupný z <https://www.ochrance.cz/zpravy-o-cinnosti/zpravy-pro-poslaneckou-snemovnu/>.

personál nevěděl, že použití kurtů nebo psychofarmak je omezovací prostředek. V polovině navštívených stanic byly zjištěny případy, kdy nebylo z dokumentace možné jednoznačně identifikovat důvody použití omezovacího prostředku, a tedy ani obhájit oprávněnost užití. Na stanicích nejsou vytvořeny podmínky pro alternativní zvládnání problémového chování intoxikovaných osob. Velmi často nerozhoduje o omezení lékař, ale sestra, přičemž není dodržováno, že by lékař co nejdříve dorazil případ osobně zkontrolovat; z výjimky se na stanicích stává pravidlo.

**Léčebny dlouhodobě nemocných** byly tématem jedné z nejnovějších souhrnných zpráv (9), shrnující poznatky z návštěv v roce 2015. V rámci kapitoly o volnosti pohybu a zajištění bezpečí ochránkyně Anna Šabatová tematizuje a) omezovací prostředky, b) úkony a nástroje zdravotní (především ošetrovatelské) péče, c) režimová opatření.

Bylo zjištěno používání kurtů sestrami na základě ordinací lékaře pro futuro („dle potřeby“, „v případě neklidu“). Stejně předpisy se používají i pro podávání léků s tlumícím účinkem, kde podání je pak rovněž rozhodnutím sestry zpravidla a nikoli výjimečně. V praxi se také nepočítá s tím, že by podání léku k zvládnutí chování pacienta bylo omezovacím prostředkem. Co se týká opatření ošetrovatelské péče, jež mají také omezující účinek (typicky postranice), ne vždy jejich použití předchází řádné hodnocení rizika pádu, praxe je někdy intuitivní a byly zjištěny případy podezření na vynucenou inkontinenci těch, kdo se kvůli zábranám nedostali sami na toaletu.

### 2.2.3 Poznatky ze zařízení sociálních služeb

**Situace v domovech pro osoby se zdravotním postižením** byla shrnuta naposledy v roce 2009 (10); série návštěv započatá v roce 2017 není ještě zpracovaná. Na rozdíl od psychiatrických nemocnic jsem se od té doby neúčastnila monitoringu těchto zařízení, proto si netroufám takto staré informace předkládat jako stále platné. Pouze krátce shrnuji: Ochránce popsal zavíráním v určeném prostoru a mechanické omezení, používané (pro ochranu klientů) mimo systém opatření omezujících pohyb<sup>13</sup>, a to i dlouhodobě. Ve dvou navštívených zařízeních se stále vyskytovala sít'ová a klecová lůžka, používaná jako běžná postel; v jednom zařízení se sít'ové lůžko stále používalo k omezování (a tedy nelegálně). Používání léků s tlumícím účinkem bylo celkem rozšířené, a to na základě předpisů zmocňujících sestry působící v zařízení učinit v konkrétní situaci rozhodnutí. Ochránce konstatoval velkou nedbalost ohledně proškolení pracovníků zařízení – většinou se netýkalo zvládnání problémového chování nebo agrese, takže postupovali intuitivně.

---

<sup>13</sup> „Konkrétně bylo ochráncem zjištěno uzamčení oddělení, vysoké mříže (ohrádky) kolem lůžka, ohrádky uzavírající určitý prostor oddělení, ohrádky pro pobyt člověka např. v herně, uzavření do pokoje bez kliky ve dveřích nebo přímo uzamčení, sít'ová lůžka a snížená sít'ová lůžka, kazajka. (...) Vesměs není vnímán omezující efekt těchto opatření, používají se intuitivně, bez pravidel.“ (10, bod 46)

**Co se týká zařízení sociálních služeb pro seniory**, výstupů je více. Reprezentativní je souhrnná zpráva z návštěv 14 domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem (11) a zveřejněné zprávy ze Sociálního a zdravotního centra Letiny a Sanatoria Lotos (12). Ochránce se v nich v souvislosti s volností pohybu klientů opět nevěnuje pouze „opatřením omezujícím pohyb“, ale i jiným úkonům péče sledujícím bezpečnost či pohodlí klienta.

V naprosté většině zařízení zaměstnanci během návštěv uváděli, že nepoužívají žádná opatření omezující pohyb. Také krajské úřady evidují jen málo hlášení o jejich použití.<sup>14</sup> Zjištění však korespondují s obavami vyjádřenými v odborné literatuře, že totiž jedním z klíčových témat pro kvalitu dlouhodobé péče je nadměrná preskripce antipsychotik a používání omezovacích prostředků u lidí s demencí. Z klinických problémů pak také poruchy chování a agitovanost. (13) Tišící medikaci podává ošetrovatelský personál zařízení na základě předem připraveného lékařského předpisu či po telefonické ordinaci lékaře; pokud nemusí být lékař přímo volán, opatření se v praxi nepovažují za opatření omezující pohyb. Předpisy lékařů byly zjištěny jako velmi vágní, nejčastěji jen „při neklidu“, „při agresi“, a v zařízeních není zvykem rozlišovat podání v rámci kontinuální léčby neklidu a podání jako restrikcí. To se týká téměř všech navštívených domovů, stejně jako používání neúplných předpisů. Dokumentace o neklidu klientů je neprůkazná, není jasné, jak se stav klientů vyvíjí a jak (i jinak než farmakologicky) na to zařízení reaguje. V některých zařízeních jsme zjistili skladování neevidovaných léků s tlumícím účinkem – byly prostě „po ruce“ v místnosti personálu. Několikrát vzniklo přímo podezření na nadměrné tlumení klientů. Řada zařízení provozuje nějaká oddělení jako uzavřená, ale chybí hodnocení potřeby dohledu u jednotlivých klientů a opatření dopadá i na ty, kteří nejsou dezorientovaní. Postranice jsou většinou používány nekoordinovaně a intuitivně – bez hodnocení přiměřenosti a stanovení účelu opatření. Často nejsou postranice používány jen k prevenci pádu, ale také k zabránění vstávání z lůžka.

Je třeba doplnit, že kontrolní orgán, inspekce poskytování sociálních služeb, nemá přístup do zdravotnické (ošetrovatelské) dokumentace. Proto je pro ni používání opatření, jež jsou součástí ošetrovatelské péče, do značné míry skryto a také nemůže využít podstatný důkaz (ne)poskytování péče individualizovaným způsobem vycházejícím ze zdravotního stavu seniorů.

---

<sup>14</sup> „Ve třech krajích neměli žádné takové hlášení za poslední 2 roky. V dalších 2 krajích mají 1, resp. 2 případy použití omezovacího opatření. Vysvětlení se nabízí několik. Buďto klienti v pobytových zařízeních sociálních služeb netrpí vážnějšími poruchami chování, snad proto, že v zařízení pracuje dostatečný počet zaměstnanců v přímé péči a jsou zpracovány kvalitní rizikové plány a kvalitní individuální plány, ve kterých se řeší příčiny neklidného chování a podnikají se kroky k jejich prevenci. Toto vysvětlení by bylo skvělé, ale neodpovídá realitě, se kterou se během návštěv setkal ochránce. Dalším možným vysvětlením je to, že zařízení používají prostředky, kterými klienty omezují v pohybu, ale nepovažují je za ‚restrikcí‘. Toto vysvětlení se zdá více pravděpodobné.“ (11, s. 32)

## 2.3 Situace v ostatních státech Evropy

Podle poznatků Výboru CPT se omezovací prostředky používají v psychiatrických zařízeních<sup>15</sup> ve všech státech Rady Evropy kromě Islandu, Malty, Lichtenštejnska, Monaka a Andory. Co se liší, je místní preference toho kterého typu omezení jako prostředku první volby, také četnost a délka použití a úroveň pravidel a pojistek proti zneužití. Ze srovnání států nevyplývají výraznější rozdíly, co se týká dělení na západní a východní. Východní země mají pochopitelně horší situaci v oblasti zdravotní a sociální péče, nicméně západní státy mají také své problémy a excesy. Realita v České republice má svůj vývoj a specifické historické i kulturní pozadí, což vždy činí srovnávání obtížným.

Stojí za zmínku, že síťová lůžka nejsou fenomén specifický pouze pro Českou republiku; byla předmětem doporučení ve vztahu k Rakousku, kde pracují na jejich úplném stažení z užívání, dále ve vztahu ke Slovinsku, kde v roce 2002 bylo v zařízeních několik posledních kusů, a konečně ve vztahu ke Slovensku. Pokud budu parafrázovat názor, který několikrát v diskusích uvedla veřejná ochránkyně práv a dřívější členka Výboru CPT Anna Šabatová, jedná se patrně o kulturně podmíněný fenomén spojený s psychiatrickou tradicí na území bývalého Rakouska-Uherska.

Monitorovací orgány v evropských státech, národní preventivní mechanismy, hlásí poznatky o velmi rozdílné praxi při používání omezovacích postupů v rámci Evropy. (3) Francouzský generální inspektor míst zbavení svobody vydal v roce 2016 rozsáhlou tematickou zprávu, ve které shrnul poznatky o používání restrikcí ve Francii na základě více než 100 kontrolních návštěv. Konstatuje velké rozdíly v přístupu jednotlivých zařízení a v jejich rámci i jednotlivých pracovišť. Nejednotnost se týká i toho, co se považuje za riziko, nebezpečí, léčebný účel a trest. (14)

## 3. Perspektiva osoby v omezení

Kdo jsou ti, kdo bývají podrobováni omezovacím prostředkům? Jak široká je škála situací, kdy se omezení používá, tak různorodá je to skupina lidí.

Omezení v první řadě reaguje na nebezpečné chování člověka ve smyslu agrese.<sup>16</sup> Typicky jde o osoby v nestabilním stavu nebo s psychotickými prožitky – pacienty naléhavé péče, psychiatrické

---

<sup>15</sup> Důvodem zúžení pohledu na psychiatrii je, že činnost výboru na poli sociální péče dosud není plošná, ani důkladná.

<sup>16</sup> Vysvětlení termínů souvisejících s násilným chováním podává Jan Vevera – jako agrese, násilné chování, agitovanost, verbální agrese, antisociální chování, pasivní agresivitu a hostilitu. „Agresivita se typicky projevuje ve čtyřech stupních. Prvním stupněm je *agrese ideatorní*, myšlenková. Druhým stupněm je *agrese verbální*. Následuje *agrese proti předmětům* (kopání do dveří). Posledním stupněm je *fyzická agrese* vůči lidem (patří sem též vyhrožování se zbraní v ruce, např. nůžky či těžítko). Tato bývá obvykle označována jako násilí.“ (15, s.48–49)

péče, po traumatu či narkóze, v deliriu. Specifické je násilí ze strany osob, které zneužívají drogy nebo alkohol, kde riziko velkého násilí a agrese může trvat po mnoho hodin. V České republice je tradice zabezpečení po čas střízlivění na záchytné stanici, protože pracoviště urgentní péče by velmi zatěžovalo a umístění intoxikovaných osob do policejních cel je nebezpečné.

Násilí ve zdravotnických zařízeních se považuje za běžné. Častěji jsou napadeny sestry než lékaři. Zdaleka nejde o fenomén pouze psychiatrické péče – do agresivního jednání může přerůst neklidné chování (15), které je širším problémem lékařské a ošetrovatelské praxe. „Většina agresivních pacientů, násilníků či pacientů s bizarním chováním nejsou duševně nemocní.“ (16, s. 509) Prioritou pečujících je člověka správně zklidnit, respektive zavčas reagovat již na neklidné chování, k čemuž slouží techniky nefarmakologické (úpravy prostředí, řešení somatických potíží, postupy deescalace, jako je vhodná komunikace a vyjednávání) i farmakologické (tlumení neklidu).<sup>17</sup>

Byť lidé s duševním onemocněním někdy jsou agresivní (většinou vůči rodinným příslušníkům a poskytovatelům péče), jejich obecné vnímání jako velmi násilných je stereotyp.<sup>18</sup> Co přesně znamenala v minulosti nálepka šílenství, rozpracoval Michel Foucault v *Dějinách šílenství*. Šlo o stav spojený s přechodovostí, od 17. století s internací spolu s kriminálními živly<sup>19</sup>, společností odsouzený stejně jako zahálka a mravní pokleslost a až později podřízený autoritě otcovského lékaře. Těžko říci, zda mají tyto reminiscence stále ještě nějaký dopad, nicméně přesvědčení o nutnosti držet nemocné stranou a napravovat je, má svůj předobraz ve špitálu 17. století a instinkt působit na ně skrze tresty a odměny zas v útulku – Asylu.

Specifickou skupinou lidí, vůči kterým bývají omezovací postupy používány, jsou lidé s mentálním postižením, a to primárně kvůli poruchám chování. V péči o lidi s postižením se používá pojem *problémové chování* (srov. dokumenty MPSV a 17).<sup>20</sup> Je až trendem posledního století, že člověka

<sup>17</sup> „Projevy násilí a agrese závisí na kombinaci vnitřních faktorů, jako jsou osobní vlastnosti a silné utrpení, a vnějších faktorů, jako je přístup a chování personálu a ostatních pacientů okolo, stav prostředí a jakékoli restrikce, které omezují svobodu uživatele služby“ (18, s. 5).

<sup>18</sup> Odkazují na práci autorů, kteří na základě výzkumů vyvracejí, že duševní porucha je zdrojem nebezpečnosti člověka, nýbrž že jsou jím faktory spíše neutrální (zneužívání, násilí v anamnéze, nezaměstnanost, zneužívání návykových látek apod.). Srov. 14 (s. 79) nebo Matiaško, M. Možnosti predikcie násilného jednania u páchatela s duševnou poruchou. *Psychiatrie*. 2010; 14(1): 12-17.

<sup>19</sup> „Velké špitály, internační budovy, církevní i veřejné podpůrné a trestní instituce, charity a vládní dobročinná zařízení jsou dílem osvícenství: mají stejně univerzální povahu jako ono a rodí se takřka současně s ním“ (19, s. 40).

<sup>20</sup> Emerson problémové chování definuje široce, jako „kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, že může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup“ (17, s. 13). Mezi problémové chování, jež mohou vykazovat lidé s těžkým postižením, patří „agrese, destruktivita, sebezraňování, stereotypie a řada dalších druhů chování, které může být škodlivé

s (mentálním) postižením chápeme jako obdařeného vlastní důstojností; „slovník minulých staletí z něj dělal buď blázn, který byl pro smích, nebo šílence, z něhož šel strach; tělesně postižený člověk byl mrzák“ (20, s. 45). Ovšem jedna věc je oficiální uznání a principy například Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením<sup>21</sup>, a druhou je tempo provádění reálných změn v zaopatření a podpoře lidem s postižením.

K charakteristice cílové skupiny je zapotřebí ještě doplnit, že se zaměřuji na restriktce v kontextu institucionální péče, kde omezení používají profesionálové, kteří tím vykonávají nějakou autoritu nebo moc nad těmi, kdo jsou jim svěření.

Působivou antropologii nemoci a zdraví poskytl Robert Murphy v knize *Umlčené tělo*, ve které pojednává o vyzkumu vlivu onemocnění na status člověka. Provedl jej sám na sobě, když byl stížen kvadruplegií. Představuje onemocnění jako stav těla i prvek sociální identity, proces, který uvádějí do pohybu somatické příčiny, ale definici a význam mu dává společnost. „Celkem jsem na základě své zkušenosti, výzkumu a v pracích jiných autorů zjistil čtyři nejdalekosáhlejší změny ve vědomí invalidních lidí: sníženou sebeúctu, obsazení a ovládnutí myšlení fyzickými deficity, silný spodní proud zlosti a získání nové, totální a nežádoucí identity“ (21, s. 92). Píše dále o bytostné únavě, touze stáhnout se ze světa, bolesti a zmatku plynoucích z vyhýbání se ostatních, subjektivním pocitu poškození a snížení vlastní hodnoty, které se projevují jako stud a vina. Pociťoval existenční a situační zlost. Autor vydává svědectví o tom, jak prožíval zasažení svého těla, když člověk je jednotou mysli a těla a tělo je jeho výchozím bodem vnímání a výkladu světa. „Paralýza uvádí do pohybu proces odcizení od jiných, od vlastního těla a nakonec od vlastního já“ (21, s. 177). Nejprve je nemocný (či člověk s postižením) umístěn do odlišného prostředí ústavu či nemocnice, a když je jeho tělo spoutáno, přichází také symbolika smrti.

Pocity z omezení jsou subjektivní, osobně mohou vycházet jen z poznámek lidí, se kterými jsem mluvila, nebo z literatury (14, 22, 23). Opakují se svědectví o pocitu nepochopení a potrestání, dokonce pocitu zacházení jako se zvířetem. Může přijít touha po pomstě, smutek, bezmoc, ponížení, vztek, pocit nespravedlnosti. Častý je zážitek opuštění a samoty. Někteří lidé mají pocit, že jim pečující dávají najevo, že celá situace byla jejich vina. Někdy uvádějí, že mají pocit, že si pečující přivazování užívali. Člověk, který zažil omezení, napříště za vším vidí hrozbu, že se to bude opakovat,

---

pro člověka s postižením (např. polykání nestravitelných předmětů), problémové pro pečovatele a ošetřující personál (např. nechota, vytrvalý křik, poruchy spánku hyperaktivita) nebo nepříjemné pro okolí (např. zvracení jídla, pomazávání těla výkaly)“ (17, s. 13).

Hynek Jůn v roce 2007 na základě zahraničních epidemiologických studií odhadoval, že v České republice žilo přibližně 4500 lidí s mentálním postižením a problémovým chováním. (24, s. 8)

<sup>21</sup> Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 10/2010 Sb. m. s., o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.



pokud nebude „poslušný“. Vzpomínky, které si na omezení uchovává, mohou do budoucna podryvat péči a bránit rozvoji terapeutického spojení a možná i uzdravení.

Použití nebo hrozba použití fyzické síly, byť ospravedlněné závažnými důvody, představuje akt násilí a je opakem přijetí a projevu lásky. Pokud nemá vyjasnění, kterému v běžném životě odpovídá omluva či vysvětlení, zůstává pouze zranění a pocit zpochybnění vlastní hodnoty. K podrobnějšímu vysvětlení devastujícího účinku zážitku bezmoci odkazují na pojednání Miloše Mauera, který také tematizuje psychotrauma jako iatrogenní poškození. (20)

## Čtyři přístupy k omezení volnosti pohybu

---

Pro představení různých přístupů k problému omezení svobody člověka ve smyslu volnosti pohybu při poskytování péče analyzuji a shrnuji výstupy čtyř významných aktérů v oblasti ochrany zranitelných osob. Všímám si rozdílů v přístupu k omezení člověka a v použití toho kterého normativního rámce. Mezi problémy a dilematickými situacemi, jež tyto autority pojmenovávají, chci rozeznat ty, z nichž budou vysvítat etické aspekty omezení při poskytování péče.

Alzheimer Europe je nevládní organizace zaměřená na zvyšování povědomí o všech formách demence. Vytváří proto společnou evropskou platformu pro koordinaci a spolupráci mezi národními alzheimerovskými organizacemi. Je rovněž zdrojem informací o všech aspektech demence, přičemž se podílí mimo jiné i na rozvoji jejich etické reflexe a pravidelně vydává materiály zabývající se aktuálními etickými otázkami. Její doporučení a stanoviska nejsou vzhledem ke statutu organizace právně závazná, ale mnohé orgány k nim přihlížejí.

Evropský soud pro lidská práva je přední orgán Rady Evropy v oblasti zajišťování respektu k lidským právům. Střeží naplňování Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a vedle posuzování stížností proti smluvním státům také úmluvu vykládá. Jeho rozhodnutí jsou závazná, a to i pro české vnitrostátní orgány. Uplatňuje tedy přístup právní, ovšem vycházející z hodnotového základu úmluvy.

Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) je rovněž součástí systému Rady Evropy na ochranu lidských práv. Zatímco soud představuje „reaktivní“ mechanismus, tedy rozhoduje o situacích, které se již udály, výbor působí proaktivně a do budoucna a má k tomu přizpůsobené nástroje (návštěvy, zprávy obsahující návrhy opatření, dialog s vládami států). Jeho posláním je prevence a standard, který uplatňuje, jde nad rámec minima daného Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod.

Mental Disability Advocacy Center je mezinárodní organizace, která prosazuje a chrání lidská práva lidí s duševní poruchou, a to především v Evropě. Zaměřuje se na ovlivňování politik s cílem posílit postavení lidí s postižením a jejich integraci do komunity. Za tím účelem provádí i lidskoprávní monitoring. V roce 2003 a 2014 vydala dvě významné zprávy k používání síťových lůžek a dalších omezovacích prostředků v České republice. Předkládá omezování jako morální a etické téma, ale používá především právních argumentů.

## 4. Alzheimer Europe

Představuji dva dokumenty, které se tématu omezení volného pohybu věnují – doporučení (25) a zprávu (26) s rozbohem etických problémů. Nejprve shrnu jejich obsah a poselství. Zastavím se i u přílohy zprávy, kterou tvoří informace o zajímavém španělském programu nulové tolerance k omezení. V části *Komentář* rozeberu několik vybraných aspektů podrobněji.

### 4.1 Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí

Organizace Alzheimer Europe vyjádřila svou pozici k používání omezovacích prostředků před více než deseti lety vydáním doporučení k jejich použití v péči o pacienty s demencí. Pro české čtenáře je přeložila Iva Holmerová a bylo uveřejněno v roce 2007 ve sbírce *Madridský plán a jiné strategické dokumenty*. Doporučení pokrývá situace poruch chování způsobených demencí, jestliže v krajních případech po vyčerpání ostatních možností není k ochraně pacienta k dispozici jiné řešení než použití omezovacího prostředku. Terminologicky tedy Doporučení pracuje s pojmem „pacient“ a „omezovací prostředek“.

Doporučení vychází z principu nezbytnosti a přiměřenosti – omezovací prostředek je „krajní řešení, ke kterému je možné přistoupit až tehdy, kdy jsme si jisti, že ostatní možnosti byly vyčerpány“, přičemž pečující musí hledat příčiny nebezpečného chování. Možné alternativní postupy text uvádí. Pokud jde o samotný důvod použití, pečující si ho mají přesně stanovit a musí se vyvarovat pouhého usnadnění péče nebo řešení neklidu pacienta. Princip přiměřenosti se projevuje v požadavku, že riziko plynoucí z chování pacienta musí být příliš vysoké a bez použití omezovacích prostředků by mohlo dojít k dalšímu zhoršení jeho stavu; vždy je třeba dbát, aby přínos opatření byl vyšší než riziko, které z něj plyne.

Jednou z obecných zásad dle Doporučení dále je, že je nutné pokusit se použití omezovacího prostředku vysvětlit pacientovi. Důraz se klade na to, aby pacient věděl, kdo u něj bude po dobu použití přítomný, resp. jak bude pečující dosažitelný. Klade se nárok jednak na zajištění dohledu, ale také na přítomnost alespoň jednoho pečujícího, který má být s pacientem v trvalém vizuálním a verbálním kontaktu po celou dobu trvání opatření.

Na rozhodování o použití omezovacích prostředků by se měl podílet multidisciplinární tým, který však není dále specifikován. Doporučení je členěno tak, že zvláště pojednává o mechanickém omezení, fyzickém omezení, zamykání dveří, elektronických dohlížecích systémech, dohledu prostřednictvím videa, pasivních alarmech, medikaci jako omezovacím prostředku a psychologickém omezování. Text uvádí jejich definice, které jsou otevřené, tedy s neuzavřeným výčtem možných způsobů omezení. Mezi mechanická omezení se vedle kurtů a pásů například zahrnují i zvláštní židle

se zvedacími podnožkami, rukavice, postranice a „bezpečné spací pytle“; jako nepřipustné se vylučuje připoutání člověka k židli nebo znehybnění svěrací kazajkou.

Alternativní, neomezující způsoby zvládnání neklidu pacienta, které doporučení uvádí, předznamenávají, že od pečujících se očekává vybavení na určité úrovni. Musí zajišťovat možnosti pohybu a aktivizace, určitou flexibilitu, co se týká denního režimu pacientů, musí mít přizpůsobené prostředí a možnost posílit pečující personál. Musí zde být také schopnost aplikovat tzv. nefarmakologické metody managementu demencí.

*Doporučení Alzheimer Europe k používání omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí* je konkrétní návod pro poskytování péče. Neobsahuje žádné obsáhlé komentáře, je srozumitelné a zaměřené přímo na péči, tedy na předpoklady její kvality a povahy podporující lidskou důstojnost. Co je zajímavé, neobsahuje ani požadavek na nějaké záruky, nepředepisuje konkrétní povinnosti v oblasti dokumentace, nebo co se týká pravomocí. V tomto smyslu ponechává prostor pro další úpravu na základě místních podmínek. Pokud jde o jeho dopad, z povahy činnosti Alzheimer Europe dovozují, že byl zamýšlen primárně pro oblast dlouhodobé péče.

## 4.2 Zpráva Etické problémy spojené s omezením svobody lidí s demencí

Podrobné a mnohem rozsáhlejší pojednání představuje zpráva *Etické problémy spojené s omezením svobody lidí s demencí*, u které se zastavím déle.

### 4.2.1 Obsah a zaměření zprávy

Dokument je zprávou o výsledcích pracovní skupiny při Evropské síti pro etiku v souvislosti s demencí<sup>22</sup>, vydanou organizací Alzheimer Europe v roce 2012. Dvanáctičlenná skupina<sup>23</sup> zahrnovala osoby s demencí a pečující, představitele alzheimerovských sdružení a odborníky z oblasti medicíny, zdravotnické etiky, filosofie, psychologie, práva a postižení. Zpráva obsahuje doporučení, která následně po konzultaci s členskými organizacemi přijal výbor Alzheimer Europe.

Zpráva pojednává o šesti etických problémech, z nichž s tématem omezovacích opatření souvisí tři: (i) omezení svobody zvolit si bydliště nebo místo pobytu, (ii) svoboda žít v nejméně omezujícím prostředí a (iii) omezení svobody jednat podle osobního postoje, hodnot a způsobu života. Z příloh

---

<sup>22</sup> European Dementia Ethics Network (EDEN) byla zřízena v roce 2009 z iniciativy skupiny evropských odborníků v oblasti poskytování služeb osobám trpícím demencí. Působí v úzké spolupráci s Alzheimer Europe. Umožňuje činnost pracovních skupin k detailnímu zkoumání etických aspektů u zvláštních témat souvisejících s demencí. Zabývala se tématy, jako je výzkum demence, omezení svobody, přijímání a pojmání demence, pomocné technologie. Více na <http://www.alzheimer-europe.org/Ethics/European-Dementia-Ethics-Network>.

<sup>23</sup> Anna Maki-Petäjä-Leinonen, Antonio Burgueño Torijano, Brenda Frederiks, Chris Gastmans, Dianne Gove, Eleanor Edmond, Fabrice Gzil, James McKillop, Maureen McKillop, Jan Killeen, Maria do Rosário Zincke dos Reis, Marianna Siapera

jsem se soustředila na tu první, nazvanou Nulová tolerance k omezení. Jde o reflexi španělského programu „Odvažte seniory a lidi s demencí“.

#### 4.2.2 Kapitola Omezení svobody zvolit si bydliště nebo místo pobytu

Zpráva rozlišuje následující situace: a) nedobrovolnou detenci, b) umístění na základě toho, že osoba neprotestuje, c) uzavření v nějaké části budovy nebo v širším prostoru. Omezení osobní svobody v tomto smyslu není přímo cílem mé práce, nicméně některé úvahy o jeho etickém rozměru, které ve zprávě nalezneme, jsou zajímavé a použitelné také pro omezení osobní svobody ve smyslu volnosti pohybu.

Pro omezení svobody zvolit si bydliště nebo místo pobytu formuluje zpráva řadu doporučení, z nichž pro pozdější rozbor vybírám tři. Zaprvé vytvářet alternativy k detenci. Dále nepřipouštět detenci pouze faktickou, tedy bez promítnutí do změny právního statusu člověka, protože pak postrádá právní záruky. A konečně doporučení, aby soudci a právníci byli lépe informováni o sociálních a psychologických aspektech demence a o povaze schopnosti a neschopnosti, jež s demencí souvisí.

#### 4.2.3 Kapitola Svoboda žít v nejméně omezujícím prostředí

Dále zpráva pojednává o opatřeních, jež mají za cíl udržet člověka na určitém místě, zabránit mu v pohybu nebo v nějakém činu nebo jej podřídí přání někoho jiného. Označuje je za omezovací prostředky (angl. means of restraint), přičemž pod tento pojem zahrnuje jak omezení, tak i donucení.

**V prvé řadě jde o „fyzické“ omezení.**<sup>24</sup> Zpráva je vymezuje široce. Zaprvé jako opatření s přímým dotykem s tělem člověka – různé druhy pásů, kazajky, držáky končetin, rukavice a za určitých okolností různá zdravotnická zařízení, jako jsou hadičky a infúze. Pak jsou to opatření, která přímo tělo nějak nedrží a nepoutají – to jsou postranice, sítě nebo mříže u postele, stolky připevněné ke křeslům a brzdy a záklopy u kolečkových křesel. Nábytek také může sloužit jako omezovací prostředek, pokud omezuje mobilitu nebo jí brání, jako třeba židle s nakloněným opěradlem. „Zdůrazňuje se, že způsob, jakým jsou předměty použity, a dopady jsou důležité pro určení, zda jde o formu omezení. Například prostěradlo není formou omezení per se, ale je jím, když je zastrčeno tak utaženě, že se osoba nemůže pohnout, bez ohledu na úmysl pečujících. To stejné platí o křeslech s nakloněnými zády. Nemusí tam být žádný úmysl omezovat a osoby je i mohou dobrovolně používat, zvláště když jsou to jediné dostupné židle k sezení. Stejně ale mohou způsobit omezení volnosti pohybu.“ (26, s. 47) Autoři zprávy mluví také o omezujícím efektu odnětí některých zdravotních pomůcek, jako je hůl, chodítka, vozík nebo mobilní infúze. Že je pojetí široké, plyne i z výčtu důvodů, pro které se opatření používají: zabránit zranění se, předejít pádům, reagovat

---

<sup>24</sup> Uvozovky přidávám proto, že zpráva takto označuje opatření, která se tradičně považují za mechanická.

na sebevražedné tendence, neklid, rušení druhých agresivním chováním, sexuálním harašením, narušováním soukromí v pokojích druhých.

Zvláštní pozornost zpráva věnuje dopadům „fyzického“ omezení. S odkazy na různé studie předkládá jejich rozdělení, které je pouze teoretické, neboť mnohé důsledky spolu vzájemně souvisí. V mých očích je taková analýza unikátní, a tak výčet ve stručnosti uvádím:

- Zdravotní/fyzické důsledky zahrnují pohmožděniny, akutní funkční úpadek, snížení periferního oběhu, kardiovaskulární stres, inkontinenci moči a stolice, zácpu, svalovou atrofii, puchýře, infekce, dušení, strangulaci, srdeční zástavu nebo dokonce smrt.
- Duševní/psychologické důsledky zahrnují vážné psychologické poškození, psychologické trauma plynoucí z připomínky případné dřívější viktimizace, zrychlení kognitivního úpadku, apatii, depresi, zklamání.
- Sociální a behaviorální důsledky zahrnují poškození sociální funkce, agresivitu a regresivní chování.
- Důsledky spojené s pohyblivostí a hbitostí zahrnují pokles svalové síly a rovnováhy, pokles hybnosti, zvýšené nebezpečí pádu a poranění, dokonce vedoucí ke smrti.

Zpráva identifikuje konkrétní oblasti, jejichž rozvoj se přímo dotkne potřeby používat omezení. Patří mezi ně změna prostředí a postupů, rozvoj komunikačních dovedností a vzdělávací programy.

**Dále zpráva rozebírá chemické omezení**, které spojuje s podáváním atypických antipsychotik a zasazuje do širšího kontextu. Vychází z toho, že k léčbě behaviorálních a psychologických symptomů jsou mnoha lidem s demencí předepisovány léky na spaní, uklidňující léky a antidepresiva. Pokud jde o definici chemického omezení, zpráva odkazuje na různé pokusy, ale spíše než se svou vlastní definicí přichází s jakousi okolností vylučující omezení: „[L]ék, který je použitý vhodným způsobem a ve vhodné dávce a který prospěch dané osoby vyžaduje, nebude považován za chemické omezení. Na druhou stranu, jsou zde rozdíly v názorech, co představuje vhodné použití, vhodnou dávku a potřebu použití léku. Někteří budou tvrdit, že použití antipsychotik není vhodnou léčbou poruch chování a neléčí účinně symptomy kvůli nebezpečí vedlejších účinků spojených s jejich užitím.“ (26, s. 61)

Postupně se, zejména v posledních letech, zvyšuje zájem o správnou praxi v předepisování těchto léků. Problém vhodnosti použití antipsychotik u lidí s demencí se dá shrnout tak, že mnoho lidí nemá formálně stanovenou diagnózu demence, a přitom mají předepsaná antipsychotika. Vedlejší účinky léků jsou známy jen částečně, přičemž některé zdroje, které zpráva cituje, uvádějí, že všechna antipsychotika, původní i atypická, jsou spojená s podobně zvýšeným rizikem úmrtí a mozkových příhod. Některé léky jsou pro zvládnání poruch chování indikované, ale jen pro krátkodobé podávání. S odkazem na různé studie autoři zprávy tvrdí, že praktičtí lékaři málo rozumí problematice demence, což zvyšuje nebezpečí nesprávné práce s léky. Přesto autoři ponechávají u této otázky otevřený

konec. Připouštějí, že zatímco jedna skupina odborníků si myslí, že antipsychotika nejsou pro lidi s demencí vhodná, jiní se domnívají, že některé situace mohou jejich použití ospravedlňovat, pokud jiné, nefarmakologické přístupy byly vyzkoušeny. Prozatím tak zpráva uzavírá, že antipsychotika by neměla být nikdy používána jako rutinní opatření.

Praxe je v jednotlivých zemích různá. V některých (USA, Velká Británie) byly vedeny rozsáhlé kampaně proti rutinnímu používání antipsychotik a jejich používání se významně snížilo, na rozdíl od jiných zemí (včetně České republiky), kde je tolerance vůči nim zatím relativně vysoká, i přes opakovaně zdůrazňovanou upozornění na skutečnost, že jsou nadužívána. (27)

Zpráva je přes definiční rozmlženost jednoznačná, co se týká existence tohoto omezení: „Chemické omezení je používáno jako nástroj ovládnání nebo dokonce trestu, někdy k řešení nedostatku v počtu personálu a někdy kvůli nedostatku znalostí a schopností zvládnout určité chování, které je běžné u osob s demencí, zvláště v pobytových zařízeních.“ (26, s. 62)

Dále je dle zprávy namísto zajímat se o pro re nata předpisy určitých léků, které jsou často používány k sedaci. Předpis „pro re nata“ znamená, že lékař předepíše lék, který sestra později může podat podle své úvahy. V okamžiku podání tedy rozhoduje sestra. Jedno z nebezpečí spočívá v tom, že sestry jsou více přímo zapojené do péče, a proto může být jejich rozhodování ovlivněno vlastními potřebami vycházejícími z chování osoby, již mají lék podat. Nedá se však říci, že by zpráva tento typ předpisu zcela vyloučila, jen naléhavě upozorňuje na úskalí a žádá důkladnou dokumentaci ze strany lékaře.

**Další kategorií v rámci omezení je dle zprávy použití síly/fyzický zákrok.** Pečující použije ruce, když nedokáže zvládnout složitou situaci a nemá schopnosti, či již vyčerpal možnosti, s daným člověkem efektivně komunikovat. Zjevně tím autoři nemyslí držení znehybněného člověka, spíše jakousi hrubost nebo silové prosazování vůle pečujícího. Jako příklad se uvádí postrkování nebo tahání člověka (např. do auta, do domu, křesla nebo lůžka), popadnutí za paži a donucení jít na konkrétní místo nebo zabránění v odchodu, nebo přitisknutí nebo znehybnění (například pro aplikaci léku). Dále jde o fyzické násilí (facky, rány, třesení).

**Donucení** znamená použití hrozby, zastrašování nebo jiného tlaku, aby člověk udělal něco, co by jinak nezvolil. Může zahrnovat způsobení fyzické nebo psychické bolesti, ale někdy stačí věrohodná hrozba. Tyto postupy cílí na autonomii člověka, přičemž zranitelnost lidí v institucích spočívá právě v tom, že se nemohou vyhnout lidem, kteří mají sklon donucování používat. Mocenská nerovnost mezi klienty a pečujícími může způsobovat pocity bezmoci. Lidé s demencí mohou mít potíže s komunikací a jejich věrohodnost tak může být zpochybněná. Je hodně dobrých důvodů, proč donucování odmítnout. Například někteří lidé mohou být nátlakem a mocenským přístupem extrémně zasaženi a mohou reagovat i velmi nečekaně. Důvody mohou vycházet z jejich předchozích zkušeností, neřešeného traumatu, zneužívání, násilí.

**Omezení plynoucí z prostředí** představují opatření omezující volnost pohybu lidí s demencí způsobem, který vychází z úprav v životním prostoru. Jde o různé zámky, špatné osvětlení, schodiště bez zábradlí, matoucí barevné kontrasty na podlaze, zrcadla na dveřích vytvářející iluzi, že tam někdo stojí, nezajištění dopravy a podobně. Za určitých okolností to mohou být také zamaskované východy a promenády, které navádějí znovu na svůj počátek (ty se dnes považují za dobrý nástroj, ale musí být použity vhodně). V některých případech jde tedy opět především o autonomii člověka.

**Za psychologické omezovací prostředky zpráva považuje** klamání při donucování a skrytém podávání léků, citové vydírání, falešné sliby, zesměšňování, infantilizaci, zpředměťování, ignorování a ponižování. Příkladů konkrétních situací zpráva uvádí celou řadu: Zneužívání moci (autority) bílého pláště – tedy něco se implicitně vydává jako lékařské opatření, ačkoli jím není. Odejmutí společenského oblečení u lidí, kteří nesnesou chodit na veřejnosti v domácím oděvu. Nebo s ohledem na náboženské vyznání třeba znemožnění nosit kompletní úbor. Může jít o cokoli, co působí stud, zmatek, úzkost a strach, často v důsledku omezení volnosti pohybu a volby. U lidí s demencí to může být dokonce i nesprávný způsob komunikace, který je znejistí a zastraší.

**Asistivní technologie.** Mohou být použity k umožnění nezávislosti doma nebo v pobytovém pečovatelském zařízení, ke komunikaci, pohodě a odpočinku. Etické otazníky ale vzbuzuje jejich použití k dozoru a sledování. Podle zprávy je nelze považovat za eticky neutrální.

Podkapitola nesoucí název **Nulová tolerance k použití fyzického a chemického omezení** vystihuje pozici autorů zprávy. Jsou proti používání všech forem omezení osob s demencí. I když akceptují, že zde mohou být výjimečné okolnosti nebo ojedinělé incidenty, které ospravedlňují použití omezení, považují je za nepravděpodobné a vzácné výjimky z pravidla. Autoři volají po opatřeních, která vyloučí nebo omezí používání restrikcí.

V rámci kapitoly je proveden **podrobný rozbor etických aspektů mechanického a chemického omezení**. Ústředními pojmy jsou respekt k důstojnosti člověka, jeho osobitost, dále spravedlnost a férovost, činění dobrého, autonomie, bezpečnost versus blaho. Podle autorů zprávy se vůči lidem s demencí uplatňuje nespravedlivá strukturální diskriminace. Omezení je často používáno pro dobro jiných subjektů, než je příjemce péče, a v zájmu bezpečnosti dostává přednost před důkladnějším prozkoumáním blaha člověka. Nad principem autonomie zpráva rozvíjí úvahu nejen o postavení člověka, který je objektem omezení, ale také o zásahu do autonomie pečujícího personálu. Klade na pečující vysoký etický nárok vyjádřit svou autonomii a vyslovit výhrady proti případnému špatnému zadání. Dílčí myšlenky z etické reflexe obsažené ve zprávě dále v textu využívám.

**Doporučení vládám, zodpovědným subjektům a poskytovatelům péče.** Zpráva nikoli překvapivě vychází z toho, že lidé s demencí by neměli být podrobováni omezovacím opatřením. Tolerovat je lze jen v krajních případech, jež jsou, či by měly být, vzácné. Proto by zodpovědné subjekty a poskytovatelé péče měli usilovat o co nejméně restriktivní prostředí pro osoby s demencí a tímto



směrem by měli směřovat i prostředky. Co se týká právních pojistek, na ochranu lidí s demencí před omezením se doporučuje vytvořit právní rámec a směrnice. Omezení má být přitom definováno tak, aby zahrnovalo všechny typy, a mělo by být otevřené, aby pokrylo i další opatření, která mají omezovací efekt kvůli způsobu svého použití.

#### 4.2.4 Kapitola Omezení svobody jednat podle osobního postoje, hodnot a způsobu života

Tato kapitola pojednává o hodnotách autonomie a sebeurčení zase v širší souvislosti, než je volný pohyb, a to skrze zamyšlení, jak dopadá přechod do pobytového zařízení na život člověka obecně a na prožívání sexuality a vztahů zvláště. Už sama demence svobodu člověka v tomto smyslu omezuje. V pobytové péči je člověk více nebo méně povinen přizpůsobit se životu dané instituce, který je ovlivněn jejími hodnotami a étosem a postoji a hodnotami lidí, kteří v ní pracují. Na straně klienta přitom zůstává zachováno, že potřebuje možnost sebevyjádření, aby pociťoval respekt ke své osobnosti. Několik poznámek z této kapitoly uvedu k vysvětlení hlediska a zájmů osob s demencí, neboť právě demence je faktor zvyšující pravděpodobnost umístění do určitého typu institucí, či přímo faktor determinující.

Autoři zprávy se ve svých úvahách o institucích poněkud vymezují vůči postoji nevládní organizace Mental Disability Advocacy Center. Ta se k institucím vyjadřuje v debatě o právu na život v komunitě versus sociální segregace, a to velmi pevně v tom smyslu, že státy by měly přijmout opatření, aby se zařízení postupně zrušila, a nasměrovat financování k poskytování služeb v komunitě.

„Alzheimerovské hnutí v Evropě spíše argumentuje pro pobytová zařízení dobré kvality pro lidi s demencí, stejně jako pro dobrou kvalitu v domácí péči a podpoře, aby měli lidé opravdu na výběr, jak budou žít a přijímat péči. Proto není proti pobytové péči, nýbrž proti špatně adaptovaným a nevhodným institucím.“ (26, s. 81) I zde se otevírá velký prostor pro diskusi, protože u lidí s demencí se zpravidla jedná také o jejich rodiny, které v určité fázi již nejsou schopny péči samy zajistit, a proto je péče v institucích považována za důležitou součást celého spektra služeb.

**Život v instituci přináší lidem mnoho zdrojů frustrace** a je na vedení a pracovnících, do jaké míry je zmírní či umocní, respektive do jaké míry je možné realizovat přiměřené úpravy k jejich minimalizaci. Frustrace plyne z toho, že se člověk nemůže cítit jako doma, nemá plnou míru soukromí, bezpečí, individualizace, neformálnosti, kontroly nad pravidly a podobně. Celý svět se omezí na skupinu pokojů, pro někoho jen na čtyři stěny (nebo část pokoje, okolí své postele v mnohalůžkovém pokoji) a volnost jít ven je omezená. Člověk se ocitá ve vztazích s nerovným rozložením moci. Denně je vystaven řadě ponižujících situací. Často jsou úzce spojené s důstojností a soukromím (např. dozor v koupelně nebo na toaletě, který není nezbytný; způsob péče v oblasti inkontinence – hlasité komentování toho, co se přihodilo, povyk kolem výměny zašpiněného prádla, obviňování nebo indiskrétnost stran používání inkontinenčních pomůcek). Člověk ztrácí své sociální role, které jsou součástí jeho identity a jsou tím, co jej činí jedinečným. Osobní věci a oblečení se

v institucích často ztrácejí. Život je ohrožen monotónností skrze omezené příležitosti a potěšení, absencí přístupu na vzduch a k běžným denním činnostem.

**Samostatným tématem jsou důsledky toho, když péče není individualizovaná.** To zahrnuje úplnou ztrátu soukromí, neúctu k individualitě a možnosti výběru. Uživatelé musí žít, jíst, mýt se, stýkat se s ostatními lidmi, oblékat se a svlékat a spát ve stejném prostoru jako další lidé a dle rozpisů práce personálu. Úkony péče tak mohou být prováděny v čase, kdy to není vhodné nebo vítané. Typicky pokud způsob mytí a koupání neodpovídá potřebám příjemce péče, může to působit stud, ztrátu sebeúcty a identity, strach a agresi.

Pro jednotlivé negativní skutečnosti zpráva nabízí doporučení, která ve mně však tváří v tvář realitě v mnoha zařízeních vzbuzují skepsi. Řada kroků osvědčených k obnovení pocitu a chování se „jako doma“ je totiž postavena na velmi citlivém přístupu, který jde mnohem dál za základní právní princip individuálního přístupu.

#### 4.2.5 Příloha 1: Nulová tolerance k omezení

Jednu z příloh zprávy tvoří dokument *Deset bodů nulové tolerance k použití omezovacích prostředků u osob s demencí (co jsme se naučili v programu „Odvažte seniory a lidi s demencí“ ve Španělsku)*.<sup>25</sup>

Pojednává o programu, který v duchu hesla „prevence namísto reakce“ nabízí návod a argumenty pro poskytovatele služeb, kteří nepřijímají rutinní používání omezovacích prostředků. Je postaven na tom, že omezovací prostředek není považován za běžnou možnost, nýbrž je vyhrazen jen pro krajní situace, ke kterým obecně nedochází, pokud je zavedena efektivní prevence. Výjimky představuje použití pro záchranu života, nebo pokud je vážně a bezprostředně ohrožena integrita člověka. Pokud se omezení v nějaké krajní situaci užije, nemůže to nikdy překročit rámec dané epizody. Dále uvádím přesné formulace uvedených deseti bodů (26, s. 133) a stručnou informaci z jejich komentáře:

**1. Jak důkazy ukazují, osoba s postupující kognitivní poruchou bude v nějakém momentě své poruchy fyzicky nebo chemicky omezena.** Kognitivní porucha je vnímána doslova jako indikátor použití omezovacích prostředků, i když autoři připouštějí, že se k omezení přistupuje, zpravidla když je kognitivní porucha spojena s další podmínkou/symptomem, jako je bloudění, vážné poruchy chování a riziko pádu.

---

<sup>25</sup> Angl. 10 points for zero tolerance for the use of restraint in persons with dementia (what we have learned in the programme „Untie the Elderly and People with Dementia“ in Spain). Dokument je rovněž samostatně dálkově dostupný na [https://www.researchgate.net/publication/256486126\\_Zero\\_tolerance\\_of\\_restraint\\_10\\_points\\_for\\_zero\\_tolerance\\_for\\_the\\_use\\_of\\_restraint\\_in\\_persons\\_with\\_dementiaEthicsEthical-issues-in-practiceThe-ethical-issues-linked-to-restrictions-of-freedom-of-peopl](https://www.researchgate.net/publication/256486126_Zero_tolerance_of_restraint_10_points_for_zero_tolerance_for_the_use_of_restraint_in_persons_with_dementiaEthicsEthical-issues-in-practiceThe-ethical-issues-linked-to-restrictions-of-freedom-of-peopl)

**2. Důvody pro používání omezovacích prostředků jsou mýty a skutečnost je vyvrátila.** Mýtem má být, že použitím je možné se vyhnout pádům; že nepoužití omezení by bylo v některých případech nebezpečné; že vyhýbat se používání omezení rovná se nárůstu počtu pracovníků v pečovatelském zařízení; že rodiny požadují absolutní bezpečnost pro své blízké.

**3. Rozdíly při používání omezovacích prostředků: proč?** Autoři dovozují, že na tuto otázku není uspokojivá odpověď. Staví vedle sebe zařízení, kde se omezovací prostředky vůbec nepoužívají, a zařízení, kde výskyt dosahoval v extrémním případě 67 %, a to při srovnatelné náročnosti uživatelů.

**4. Důsledky použití omezovacích prostředků na zdraví pacientů.** Souhrn účinků omezení na zdraví pacienta vede k podstatné ztrátě funkční autonomie, jež může být nevratná. Jde o ztrátu pohyblivosti, psychologické problémy, poruchy chování, vedlejší účinky léků.

**5. Důsledky použití omezovacích prostředků na pracovníky a na pečující organizace.** V rámci projektu proběhl průzkum v 72 pečovatelských zařízeních s cílem zjistit úroveň péče v jiných aspektech, než je omezení volného pohybu. Závěrem je konstatováno, že s používáním omezovacích prostředků jde ruku v ruce nedokonalá péče.

**6. Použití omezovacích prostředků kvůli pohodlí.** V rámci španělského programu měly proběhnout studie dokládající, že převládá vzorec rozvinutí používání omezení v každodenní praxi a způsob, který vychází z pohodlí zařízení nebo jeho personálu. Domovy, které se změnily v zařízení bez omezování, tak učinily bez zvýšení počtu pracovníků.

**7. Obnovení používání omezovacích prostředků a rozvoj nových a rafinovanějších forem.** Uvádí se, že když se někde používání omezovacích prostředků jen snížilo a neodstranilo se úplně z běžné pečovatelské praxe, za čas se zase obnovilo. Zařízení tedy musí mít ambici zcela přestat.

**8. Používání omezovacích prostředků generuje etické a právní konflikty. Kolik bezpečnosti se může požadovat?** Pečujícímu personálu vzniká konflikt mezi povinností péče a povinností chránit a respektovat jednotlivce a podporovat jeho autonomii. Ředitelé zařízení a lékaři mají obavy z možných právních důsledků, pokud by se uživatelům bez omezení něco stalo. Autoři nicméně uzavřeli, že používání omezovacích prostředků vytváří falešné zdání větší bezpečnosti. V rámci projektu přitom stanovili minimální požadavky na bezpečnost, které musí zařízení bez restrikcí naplňovat.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Zařízení musí náležitě reagovat na případy vážné a bezprostřední hrozby pro život nebo integritu osoby, aby se předešlo újmě. Výskyt zlomenin kyčle nesmí přesáhnout 1,5 na 100 pádů. Výskyt vážných úrazů hlavy (vyžadujících převoz osoby do nemocnice) nesmí přesáhnout 0,5 na 100 pádů. Uvádějí, že podle studií o výskytu těchto problémů, a podle dat z jejich studie, je v zařízeních, kde se používá mechanické omezení denně, výskyt zlomenin kyčle 3–5 případů na 100 pádů a výskyt vážných úrazů hlavy je 1 na 100 pádů. Viz 26, s. 142–143.

**9. Zařízení bez omezovacích prostředků.** V roce 2013 mělo ve Španělsku dle zprávy existovat 28 zařízení bez používání omezení, někde už po dobu více než dvou let. Uvádí se, že pokud se v zařízení nebudou používat omezovací prostředky u nově přijímaných klientů, za nějaký čas se změní v zařízení bez omezování. Zkušenosti dále ukazují, že zařízení bez omezování nemusí činit výjimky z pravidla nulové tolerance v mnoha případech. Pracovníci údajně nejprve pocítovali napětí, ale když viděli, že se se změnou přístupu klientům nic zásadního nestalo, uklidnili se a rádi přistoupili k práci bez omezování. Stres údajně opadne do tří až šesti měsíců a pečující jsou pak v práci spokojenější.

**10. Nulová tolerance je motor zlepšení. Získává každý.**

## 4.3 Komentář

### 4.3.1 Specifický kontext demence

Kontextem pro úvahy pracovní skupiny je demence. Zpráva tento pojem používá jako zastřešující, protože má postihnout soubor symptomů (ztrátu paměti, změny nálady a problémy s myšlením, orientací, rozuměním, počítáním, učením, řečí a úsudkem) stovek různých typů demence, přičemž vztahovat se má jak na osoby se stanovenou diagnózou, tak i jen s klinickými projevy a příznaky.<sup>27</sup>

Specifický kontext určitého syndromu s sebou nese pohled, který je v jednom smyslu zúžený a ve druhém mimořádně hluboký a detailní. Soustředíme se na osoby, kterým onemocnění zasáhlo kognitivní funkce a má na ně také sociální, fyzický a psychologický dopad. Ačkoli je demence věkově neutrální téma, nejpočetněji jsou mezi postiženými zastoupeni senioři, respektive ti, u kterých je přítomen syndrom frailty.<sup>28</sup>

Zaměření na tyto osoby znamená, že úvahy zahrnuté ve zprávě se týkají jak sociální, tak i zdravotní oblasti, a nikoli konkrétního typu instituce; zpráva se dokonce několikrát vyjadřuje i k péči v neformálním prostředí. Detail spočívá v tom, že v centru není jen samotné omezení, ale také jeho předpoklady a důsledky, jež jsou podány velmi plasticky.

---

<sup>27</sup> „Tzv. ABC syndromu demence, kam zahrnujeme následující okruhy příznaků: A – aktivity denního života, tedy schopnost soběstačně vykonávat každodenní činnosti, a to jak instrumentální tak i bazální; B – chování a jeho poruchy včetně neuropsychiatrických symptomů; C – úroveň kognitivních funkcí, nejlépe v jednotlivých doménách.“ (13, s. 90)

<sup>28</sup> V širším smyslu komplexní geriatrický syndrom křehkosti (frailty). V užším slova smyslu zahrnuje výraznou a neúmyslnou ztrátu hmotnosti, úbytek svalové hmoty, subjektivní pocit únavy, zhoršení kognitivních funkcí, depresivitu, zhoršení spánku, smyslové poruchy. Zhoršuje se soběstačnost, člověk má vyšší riziko pádu s následnými komplikacemi, může trpět psychickými poruchami až po demenci, je špatně pohyblivý, mnohdy špatně vidí a slyší. Je odkázán na pomoc blízkých. (13, s. 83)

Co je tedy zapotřebí si o demenci uvědomit a mít na zřeteli při práci s tímto textem Alzheimer Europe? Významnou roli hrají behaviorální a psychologické symptomy u nemocného,<sup>29</sup> jako jedna z hlavních oblastí určujících kvalitu života osob s pokročilou demencí, vedle zdravotních problémů a potřeby zajištění smysluplných aktivit. (28) Jak zpráva Alzheimer Europe vysvětluje, pro lidi s demencí jsou tyto symptomy stresující a významně přispívají k zátěži pečujících osob. Mohou také zvýšit pravděpodobnost použití omezení. O spontánní agresivitu jde pouze zřídka.<sup>30</sup> Řada problémů v životě člověka trpícího syndromem demence, a jeho blízkých, však neplyne přímo z jeho zdravotního stavu. „Někdy jsou reakce a chování lidí s demencí nesprávně přisuzovány změnám v jejich mozku, když ve skutečnosti jen přiměřeně reagují na frustraci, obavy, události nebo postoje a chování jiných lidí.“ (26, s. 13)

Nemocného demencí postihuje ztráta schopnosti činit samostatná rozhodnutí a vzniká otázka, jak se budou rozhodnutí činit. Ztráta této schopnosti prochází všemi tématy, o kterých zpráva pojednává.

Při postupu demence do vyšší fáze vyvstává do popředí potřeba postarat se o bezpečí nemocného. „Vytvoření chráněného prostředí považujeme vzhledem k charakteru nemoci (doprovází ji dezorientace, lidé jsou ohroženi zablouděním i ve známém prostředí) za nezbytné. Lidé postižení demencí by měli pobývat společně s těmi, kteří o ně pečují, v prostoru, který je chráněn před jejich nepozorovaným odchodem.“ (Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA; 29, s. 161)

---

<sup>29</sup> Vysvětlení pojmu nalezneme například u Holmerové, Rusiny a Jiráka, jako poruchy chování, různé v různých stádiích onemocnění. „Jejich spektrum je bohaté, zahrnují úzkostné stavy, deprese, halucinace, deliria, agitovanost nebo naopak apatii, bludné produkce a řadu dalších.“ Dále sem řadí také tzv. problémové chování, tedy chování, „které není adekvátní nebo se nejeví jako adekvátní“. U Alzheimerovy nemoci se v průběhu onemocnění mohou objevit u 80–90 % nemocných. (27, s. 59)

<sup>30</sup> „U lidí s demencí se velmi zřídka vyskytuje spontánní agresivita, mnohem spíše se jedná o obrannou reakci na určitou situaci, kterou vnímají jako nesrozumitelnou, nepříjemnou či dokonce ohrožující, reakce může být vyvolána či potencována diskomfortem způsobeným například ošetřovatelskou manipulací, nezvládnutou bolestí a podobně. Brání se péči v důsledku nepochopení. Tzv. poruchy chování osob s demencí v pobytových zařízeních bývají často projevem nesouhlasu s pobytem. Lze jim předcházet kvalitou poskytované péče, přístupem orientovaným na člověka.“ (Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA – 29, s. 160)

Volicer a Bloom-Charette rozlišují u problematického chování agitovanost a vzdorovitost (angl. resistiveness), protože mají různé příčiny a jiné vhodné reakce. Agitovanost může vycházet z pocitu nudy, může jít o symptom deprese nebo souviset s bludy a halucinacemi. Vzdorovitost autoři definují jako řadu projevů, kterými osoby s demencí odolávají nebo se protíví snahám pečujících. Má být jedním z nejčastějších a pro pečující nejnáročnějších problematických projevů. Autoři udávají, že provází koupání více než 40 % klientů zařízení. Vzdorovitost působí neschopnost člověka pochopit, proč se právě nějaký úkon péče děje. Pokud přes odpor pacienta pečující trvá na provedení činnosti, může se pacient stát bojovným a může dokonce zaútočit, aby aktivitu zabránil. „Je chybou označit takové chování za ‚agresi‘, protože ve skutečnosti je to pečující, kdo trvá na provedení péče a kdo je v očích pacienta agresorem.“ (28, s. 15) Vzdorovitost se může řešit jak behaviorálními, tak farmakologickými přístupy. Často pomůže prostě chvíli počkat nebo účinně odvést pozornost.

Podle zprávy bude osoba s postupující kognitivní poruchou v nějakém momentě své poruchy fyzicky nebo chemicky omezena; jako by šlo o indikátor. Typické je také zapojení nějaké instituce do zajištění potřebné péče o člověka s demencí. Proto jsem považovala za vhodné pojednat výše podrobněji o kapitole *Omezení svobody jednat podle osobního postoje, hodnot a způsobu života*, neboť je v jejím rámci docela originální přehled všech myslitelných problémů, které zasahují důstojnost a osobnost člověka, jenž musí žít v zařízení. Zpráva tak přesvědčivě instituci vykresluje jako rámec používání omezujících opatření, který s sebou pro omezování nese specifické důvody. Rázem je patrné, jak rozsáhlý je prostor, kde se může odehrávat účinná prevence problémového chování, které je situační a jako výsledek nějaké frustrace.

V České republice navazuje na celosvětové úsilí na pomoc a podporu lidem stíženým demencí Česká alzheimerovská společnost. V textech, které její odborníci publikují, zřetelně vystupují myšlenky a doporučení Alzheimer Europe, jež nám pomáhají interpretovat. Stručné a přitom komplexní pojednání o péči a podpoře pro lidi postižené syndromem demence podává *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA (29)*.<sup>31</sup> Dotýká se i používání omezovacích prostředků, ale pouze jako jednoho prvku v rámci celkového zájmu o správný management demence, jenž sleduje kvalitu života člověka s demencí a jeho rodiny, zmírnění obtěžujících příznaků a podporu důstojnosti. Je zde jasná hierarchie problémů: (i) komplexní péče, (ii) v jejím rámci psychosociální intervence a nefarmakologické přístupy a nefarmakologický management poruch chování, (iii) zdravotnická pomoc, případně skrze medikamenty.

Při studiu textů Alzheimer Europe tedy ze zorného pole vypadávají jiné skupiny osob ohrožených používáním omezení – například typičtí pacienti akutní psychiatrické péče nebo lidé s mentálním postižením – a při následném srovnání budou postupně vystupovat rozdíly v přístupu způsobené tímto zaměřením.

### 4.3.2 Pojetí omezovacího prostředku I: kritérium účelu i dopadu

Pojetí omezovacího prostředku je ve zprávě velmi široké, jedná se o všechna opatření, jež mají za cíl udržet člověka na určitém místě, zabránit mu v pohybu nebo v nějakém činu nebo jej podřídit přání někoho jiného. Zahrnuje nejen opatření a postupy, které přímo sledují omezení pohybu člověka (pásky, sítě, úchopy), ale také ty, které tak činí skrytě nebo dokonce nechtěně. Jde jak o omezení, tak i donucení. Autoři zprávy předpokládají, že se běžně používají mnohá omezující opatření, o kterých se takto vůbec nesmýšlí. Předkládají vůbec nejširší přístup ze všech, jež jsem prostudovala, a připouštějí, že mnoho forem omezení nepředstavuje zbavení svobody.

---

<sup>31</sup> Strategie zohledňuje mezinárodní doporučení a materiály Alzheimer Europe, ale zároveň respektuje realitu České republiky a možnosti poskytování péče v zařízeních, kde lidé s demencí žijí. Tato realita je nepochybně velmi odlišná například od situace v Nizozemí či Skandinávii.

Je zajímavé, že použití síly vnímá zpráva právě jen v úzkém slova smyslu, tedy jako mechanismus omezení přímo skrze sílu člověka (fyzicky). Pokud jde o „fyzické omezení“, jak zpráva označuje to, co se tradičně považuje za omezení mechanické, není zde celkem prostor pro nějak originální přístup. Stojí za řeč, že autoři nevidí kvalitativní rozdíl mezi klecovým a síťovým lůžkem a odkazují se přitom na práci Mental Disability Advocacy Center; lůžko zkrátka omezuje volnost pohybu.

Zpráva uvádí jako omezovací prostředek řadu běžných opatření péče, u kterých je pro určení, zda jde o formu omezení, spíše než úmysl důležitý způsob, jakým jsou předměty a postupy použity, a jejich dopad. Hadičky a infúze poutají přímo, ale skrytě – na první pohled si všímáme terapeutického významu a omezení volnosti pohybu je v pozadí. Postranice omezují rovněž skrytě, stejně jako nábytek (zakloněná záda křesel, příliš přiražené stolky) a příliš utažená přikrývka. Omezující efekt odnětí některých zdravotních pomůcek je na první pohled zřejmý, ale není běžné jej tematizovat. Zpráva vidí různorodost korektních důvodů, pro které se tato opatření používají: zabránit zranění se, předejít pádům, reagovat na sebevražedné tendence, neklid, rušení druhých agresivním chováním, sexuálními harašením, narušováním soukromí v pokojích druhých. To ale omezující efekt neruší a je nutné provést hodnocení – v etické rovině jde o vážení soupeřících etických principů.

To, že se otázka omezení v těchto případech nevyčerpává nalezením konkrétního bezpečnostního rizika, které je opatřením „řešeno“, představuje nevšední způsob uvažování. Předejít újmě je nejčastější argument, se kterým jsem se setkala například u postranic a kterým diskuse zpravidla končila. Autoři zprávy však připomínají, že omezení újmu samo působí, a upozorňují, že k používání vede často nedostatečné školení pečujících. Ti jednak neznají možné negativní důsledky omezení a jednak nemají dostatečnou podporu ve zvládání poruch chování, nebo chování, které oni považují za obtížné. Zpráva vyjmenovává 20 projevů agresivních forem poruch chování<sup>32</sup> a 20 neagresivních<sup>33</sup>, jež mohou demenci provázet. Každý vyžaduje zvláštní pozornost, té se ale ne vždy dostává. Jak vidno, hloubka úvah autorů zprávy a jejich citlivost směrem k nemocným a náročnost na pečující je opravdu velká. Snad právě výborná znalost problematiky je opravňuje k tak náročnému přístupu.

Stejnou logiku sledování efektu nějakého opatření má to, když se za omezení považuje specifické uspořádání (anebo zanedbání) životního prostoru, které záměrně nebo pouze ve svém důsledku omezuje volnost pohybu lidí s demencí. Jde o omezení plynoucí z prostředí v užším slova smyslu,

---

<sup>32</sup> udeření, kopání, popadnutí, strkání, štípání, škrábání, kousání, plivání, škrčení, tahání za vlasy, podrážení, házení předmětů, píchání holí, bodání, nadávání, jekot, křik, fyzický sexuální útok, verbální sexuální návrhy, sebepoškozování

<sup>33</sup> opakující se hluk, opakující se otázky, dělání divného hluku, neustálé volání o pomoc, přílišné jezení/pití, hyperaktivita, pochodování, obecná agitovanost, pronásledování druhých, nevhodné vystavování částí těla, masturbování na veřejnosti, močení na nevhodných místech, špinění, nesprávné zacházení s věcmi, rozebírání předmětů, shromažďování věcí, schovávání předmětů, úmyslné padání, jezení nevhodných látek, odporování

neboť víme, že omezení svobody znamená samo vsazení člověka do specifického prostředí (instituce). Čím větší je prostor pro volný pohyb, tím zřetelnější je, že v některých případech jde spíše než o volný pohyb především o autonomii člověka. Řada dalších postupů, které dále zpráva označuje za omezovací prostředek, pak představuje manipulaci, uplatňování moci, hrubost až agresí, spíše než nějaký specifický omezovací postup. Tak rozumím uvedenému strkání, tlačení člověka někam, ranám, výhrůžkám a zastrašování. To jsou otevřené zásahy, na rozdíl od těch skrytých v podobě donucování, falešných slibů, ignorování, ponižování či používání nesprávného způsobu komunikace. Tímto jde Alzheimer Europe úplně nejdál – opouští přímé zaměření na omezení volného pohybu a přidává další zásahy, do autonomie, integrity a důstojnosti člověka. Tam, kde rozpracovává kategorii tzv. psychologických omezovacích prostředků, je posouzení čím dál náročnější, až u asistenčních technologií zpráva pouze konstatuje, že nejsou eticky neutrální, ale neposkytuje žádné jasné vodítko.

Rozumím tomu, proč jsou odborníci Alzheimer Europe tak citliví, respektive nároční. Obhajují lidi, kteří jsou opravdu nejzranitelnější – život v institucích je poznamenává, nemají vidinu na vymanění se, při porovnání s postavením pečujících se právem cítí bezmocní, mohou mít potíže s komunikací a jejich věrohodnost tak může být zpochybňovaná.

To, že jde především o etickou reflexi, a nikoli právní, by dobře vysvětlovalo tento široký přístup: je nesmírně náročné zkoumat zvnějšku úmysl pečujícího, stejně jako soudit balancování soupeřících zájmů nemocného. Zpráva však vyžaduje promítnout toto široké pojetí také do právních pojistek k ochraně lidí s demencí. Podle doporučení zprávy má být omezení v právní úpravě definováno tak, aby zahrnovalo všechny typy omezení, jež zpráva vyjmenovává, a mělo by být tak otevřené, aby pokrylo i další opatření, která mají omezovací efekt kvůli způsobu svého použití. To je velký požadavek.

Také v českém diskurzu se setkáme s typem myšlení, jaký je za analyzovanou zprávou Alzheimer Europe, například ve *Stanovisku Asociace průvodců v problematice rizikového chování k postranicím*. K postranicím nepřistupuje paušálně, ale řeší, kdy je použití restrikcí a kdy ochranou. „Základem při rozhodování o postranicích je připustit si fakt, že použití postranic by mělo být u některých uživatelů plně přípustné, u některých uživatelů plně zakázané a u některých uživatelů by mělo být přípustné pouze po určitý čas ve dne nebo v noci.“ (2) Ke správnému řešení musíme dle Stanoviska provést analýzu pohnutek k použití postranic a přitom také zkoumat dopad opatření na osobu s ohledem na její pohyblivost, vyhodnotit přiměřené riziko pádu, fyzický věk člověka a provést úpravy jako například pořízení mechanismu k otevření zábrany samotným člověkem nebo zkrácení zábrany. Podobně, tedy i s ohledem na dopad toho kterého opatření, uvažuje také veřejný ochránce práv.

Vymezení omezení v kontextu zvládnání problémového chování u lidí s mentálním postižením nebo autismem podává Hynek Jůn úžeji než Alzheimer Europe: „Restriktivním postupem označujeme omezení pohybu uživatele po dobu nezbytně nutnou, k němuž se uchýlí personál, který v tu chvíli



těžší z autority nad dotyčnou osobou a při tom překročí hranici, která je obvyklá ve vztazích mezi dospělými.“ (24, s. 127) Definice počítá s vědomým činem pečujících, ne jen s omezujícím účinkem. Zdá se mi, že široký přístup Alzheimer Europe odráží charakter služeb poskytovaných lidem trpícím demencí. Od určitého okamžiku jsou totiž závislí na ošetřování a jsou vystaveni většímu riziku i mimovolného omezení než kterákoli jiná skupina příjemců péče.

#### 4.3.3 Pojetí omezovacího prostředku II: zdravotnické zákroky

Při zamýšlení se nad pojetím omezovacího prostředku lze rozlišit dva testy – zda opatření mělo omezit volný pohyb (cíl, účel, pohnutka) nebo zda jej zkrátka způsobuje (dopad). Ten první, sofistikovanější přístup ve zprávě Alzheimer Europe patří zdravotnickým zákrokům a úvaha se při tom ještě dále komplikuje. Uvedu to na dvou příkladech:

Zaprvé jde o použití tlumících léků. Autoři se „nebojí“ tématu chemického omezení a také tak přímo práci s tlumícími léky označují. To není umenšeno faktem, že neposkytují jasnou definici tohoto typu omezení. Významně se zde zohledňuje úmysl a účel, který za použitím léků je, což u mechanického omezení nebylo: „Zjevně je úmysl/účel důležitý, protože lék, který je použitý vhodným způsobem a ve vhodné dávce a který vyžaduje prospěch dotčené osoby, nebude považován za chemické omezení. Na druhou stranu, jsou zde rozdíly v názorech, co představuje vhodné použití, vhodnou dávku a potřebu použití léku.“ (26, s. 61)

Zadruhé, tam kde omezení volnosti pohybu představuje standardní medicínskou praxi (omezení kvůli intravenózní hydrataci, podávání léků nebo drenáží), vtahují autoři do úvahy také souhlas pacienta a nezbytnost, jako okolnosti rozlišující situace, kdy jde o léčbu a kdy o omezení. To by ale znamenalo, že předpokladem faktu omezení je nedostatek souhlasu a úmysl omezit, což ovšem zpráva dosud vytrvale nepřipouštěla. „Nicméně, bylo by nereálné považovat poskytnutí hydratace osobě, která ji potřebuje, za formu omezení. Snad tedy, co se týká zdravotnických prostředků, jsou témata jako úmysl, účel a nezbytnost důležitá v debatě, zda představují formu omezení.“ (26, s. 48)

Přiznám se, že tato jistá nekonzistentnost ve výkladu je pro mě matoucí. Vždyť prospěch člověka, zdůrazněný v citátu o použití léků, sledovala i výše zmíněná bezpečnostní (omezující) opatření mechanická. Je zvláštní jednou od úmyslu pečujícího odhlížet a zaměřovat se při rozhodování o povaze opatření na jeho efekt a podruhé, s odkazem na zdravotnická specifika, z úmyslu a účelu vycházet. Ukázala jsem, že *Stanovisko Asociace průvodců v problematice rizikového chování k postranicím* se pohnutkami zabývá i ve vztahu k mechanickým opatřením, stejně jako jejich individuálním dopadem. Snad jde tedy spíše o zmatení v pojmech, kdy se ve zprávě Alzheimer Europe nerozlišuje jasně mezi omezením jako jedním z dopadů nějakého opatření a oprávněností použití omezovacího prostředku. Také je vidět určitá pokora autorů zprávy, kteří přinášejí co nejvěrohodnější argumenty bez ambice napevno je seřadit a vytvořit jejich systém či hierarchii.

Svým způsobem je matoucí i vtažení souhlasu osoby do výkladu o omezení zdravotními zákroky. Nicméně zde se domýšlím, že toto téma činí poněkud nepřehledným právě to široké pojetí omezení u Alzheimer Europe, které zahrnuje do diskuse o omezení řadu problémů již z oblasti terapie – například téma vhodnosti používání antipsychotik u lidí s demencí. Jde o opatření zasahující do integrity a autonomie člověka, spíše než do jeho volného pohybu, bezpečnosti a práva nebyt podroben ponižování a násilí.

Směšování léčby a bezpečnostních opatření má svá úskalí. Na druhou stranu, jak jinak věrohodně postihnout typický jev u některých přístupů v péči, totiž utlumování (osob s demencí) skrze dlouhodobě užívané léky? V krajních případech pojednává zpráva o tzv. chemické svěrací kazajce. Je myslím správné chtít při komplexní úvaze o omezování volného pohybu uspokojivou odpověď na otázku, zda všechno to zklidňování je skutečně snahou pomoci, nebo jen prostým tlumením pro snazší zvládnutí člověka s problematickým chováním. Výše jsem už citovala opatrný závěr, ke kterému autoři zprávy došli: „Klíčovým momentem s ohledem na použití léků je, zda je nezbytné a v nejlepšího zájmu člověka s demencí. Pokud ano, bude etické je předepsat a podat, a pokud ne, může to být považováno za omezovací prostředek.“ (26, s. 65) Oklikou přes rozbor etických argumentů dospívají tedy autoři ke svého druhu definici omezení. Ke škodě věci se spoléhají na neurčitý pojem nejlepšího zájmu člověka. A je metodologicky poněkud nevěrohodné, že tento přístup ne zvolili i v případě mechanického omezení. Nicméně alespoň se do náročného úkolu pojednání o omezující povaze dlouhodobé medikace pustili, neignorovali ji nebo nevyčlenili pro řešení „až jindy“.

Podobně je zapotřebí brát velmi vážně i další příklady přesahů omezovacích prostředků do oblasti náležité péče a autonomie člověka. Vždyť i zdánlivě marginální překážky v prostředí člověka s demencí mohou vést k jeho sociální izolaci, depresi a předčasné ztrátě zbývajících schopností a je nezbytné proti nim rovněž bojovat. Je pouze otázkou, zda se tak má činit pomocí institutu omezovacích prostředků se vši s tím spojenou opatrností, zárukami a kontrolou, nebo jinými nástroji.

Doplním, že když *Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA* pojednává o omezovacích prostředcích, činí tak stejně jako zpráva Alzheimer Europe také v širším kontextu, v rámci tématu „respektování práv a důstojnosti, zajištění bezpečí“. Použití antipsychotik zasazuje do celého procesu zvládnutí poruch chování.<sup>34</sup> Nepovažuje za omezení ani držení v chráněném prostředí za podmínky,

---

<sup>34</sup> „Poruchám chování lidí s demencí je třeba předcházet prostřednictvím nefarmakologických metod, psychosociálních intervencí a vhodnou úpravou prostředí. Pokud se vyskytnou situace, kdy člověk s demencí ohrožuje sebe a své okolí svým chováním (a situace nebyla zvládnuta nefarmakologickými přístupy), je třeba tyto situace řešit prostřednictvím kvalifikovaného zdravotnického pracovníka (samostatně pracující sestry), který bude analyzovat příčinu stavu (příčinou může být zácpa, retence, bolest, dehydratace atd.) a eventuálně přivolá lékaře. Medikaci lze podat výhradně na základě vyšetření a indikace lékaře. Pokud ošetřující lékař volí některé

že pečující je tam přítomen společně s lidmi s demencí a jsou k dispozici přiměřené strukturování dne a programování aktivit. Chráněné prostředí přitom představuje přiznaně uzavřený prostor: „Chráněné prostředí mohou podle našeho názoru vytvářet rovnocenné technické prostředky – signalizace odchodu, číselné kódy nebo uzamčení oddělení zevnitř (uzamčení číselným kódem je pro člověka s demencí stejně neprostupným jako uzamčení na klíč).“ (29, s. 161) Těmto pasážím předchází popis správného uspořádání prostředí a péče, včetně té související se zvládnutím poruch chování, takže je jasné, že nároky Strategie jsou spíše velké a právě propojující péči o všechny aspekty života uživatele, ne jen o jeho bezpečí.

#### 4.3.4 Význam souhlasu s omezujícím opatřením

Poznamenala jsem již, že důraz na souhlas člověka, který na několika místech ve zprávě je, považuji za důsledek širokého pojetí omezovacího prostředku, kdy nějaké opatření představuje především zásah do autonomie člověka. Jinak, přiznávám, nerozumím tomu, že použití omezovacího prostředku by právě kvůli nedostatku informovaného souhlasu mělo být považováno za neetické a za zneužití (leda by zde bylo ospravedlnění, které by to vylučovalo, jak zpráva dodává).

Zpráva sice v úvodu věnuje značný prostor pojednání o ztrátě schopnosti a způsobilosti. Ovšem tam, kde se odvolává na souhlas člověka, už toto pro demenci navýsost aktuální téma nezohledňuje. Jak pak rozumět například následujícímu výroku? „Použití omezení u lidí s demencí, pokud je individualizované a respektující každého jednotlivce a jeho jedinečnou situaci a potřeby, může být považováno za součást dobré péče, pokud osoba poskytla informovaný souhlas.“ (26, s. 75) Neskrývá se v této větě od počátku protimluv a neotevírá se cesta alibismu odkazování na souhlas, o jehož svobodě a informovanosti máme už od počátku pochyby? Jak jsem si všimla, formuláře pro souhlas s použitím postranic a jiného podobného omezení jsou v pracovních personálu českých zařízení pro seniory pohotově připraveny pro použití u konkrétního klienta, někdy jsou dokonce předem opatřené razítkem a podpisem lékaře.<sup>35</sup>

Zpráva Alzheimer Europe samozřejmě v úvaze pokračuje: „Omezení člověka s demencí, který není schopen poskytnout souhlas, může být připuštěno jen po diskusi v rámci multidisciplinárního týmu a s příbuznými, pečujícími a zástupci osoby s demencí.“ (26, s. 75) Že osoba neprotestuje, nečiní z omezení přijatelné opatření, doplňuje zpráva. Jak se má ale schopnost člověka posuzovat a jak má multidisciplinární tým pracovat, už zpráva neradí. Pouze to, že použití jakéhokoli způsobu omezení

---

z antipsychotik, musí mít na paměti, že tyto léky je zapotřebí podávat pouze po nezbytně nutnou dobu v co nejmenší dávce, neboť v současnosti existují přesvědčivé vědecké důkazy, které potvrzují riziko této medikace zejména při dlouhodobém podávání (více než 4–6 týdnů).“ (29, s. 163)

<sup>35</sup> Při provádění systematických návštěv je mi před kontrolovanými sestrami i trapně, neboť se domýšlím, že jim samým tyto „souhlasové papíry“ nedávají smysl a domnívají se, že je veřejný ochránce práv vyžaduje.

musí být schváleno lékařem a dokumentováno. Zajímavé je, že vůbec není zmínka o schvalování rozhodnutí soudem.

Bezpečný a respektující výklad k požadavku souhlasu člověka tedy existuje. Je nutné zabývat se tím, zda je osoba svobodného a informovaného souhlasu vůbec schopna, a pokud ne, musí se pečující tým vyvarovat svévole. Srozumitelně to vyplývá ze *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*, kde jsou omezující opatření i souhlas zasazeny do celého kontextu péče, která u člověka trpícího demencí sleduje vývoj stavu (včetně duševního).

### 4.3.5 Kdo vlastně rozhoduje a na základě jakých důvodů?

Zpráva si všímá, že v praxi poskytovatelů péče někdy o použití rozhoduje jednotlivec a někdy tým. Někdy tomu předchází přání daného člověka, příbuzných nebo lékaře. Kdo se na rozhodnutí podílí a jak, pomáhá poznat, co je vlastně pravý důvod použití toho kterého omezení; přání zainteresovaných totiž může představovat ten pravý důvod, zatímco deklarované jiné důvody mohou být vedlejší.

S odkazem na různé výzkumy zpráva uvádí, že někdy rozhodnutí pramení v zamýšleném prospěchu pro ostatní. „Například když je důvodem nedostatečný počet personálu, nedostatek odborného personálu, touha po míru a klidu, nedostatek povědomí o alternativách k omezení a o důsledcích použití omezení.“ (26, s. 50) Také někdy dochází k použití rutinně (postranice), nebo není důvod jasný („protože fyzické omezení je často použito svévolně, není vždy dokumentováno,“ 26, s. 50). Dalším běžným důvodem je snaha ochránit člověka před ním samým, především v případě pádu, a související obava ze soudního sporu. Autoři zprávy se domnívají, že tato obava je neopodstatněná a vychází z neznalosti o odpovědnosti za nedbalost a zranění. Navíc samo omezení může zvýšit pravděpodobnost pádu a způsobit vážné zranění. Zvláště autoři tematizují situaci, kdy omezení bylo uplatněno a jde o to rozhodnout o jeho ukončení.

V rámci etického rozboru použití mechanického omezení upozorňuje zpráva Alzheimer Europe na tlak vedení organizací na zaměstnance a také jejich dilema, jak vybalancovat všechny požadavky, přání a závazky. Píše o zásazích do autonomie pečujících. Shrnuji tuto argumentaci na jiném místě (kapitola 14).

Kdo konkrétně rozhoduje, může být zamlženo ve vztahu lékaře a sestry: sestry mohou mít problém neuposlechnout instrukci lékaře, i když jsou v dané situaci formálně zodpovědné ony. To je hloubka úvah, kterou rozhodně nenalezneme například v českých předpisech – zde vše začíná a končí vymezením oprávnění jednotlivých pracovníků vycházejícího z definovaných odborností.

#### 4.3.6 Opravdu nulová tolerance?

Pod vlivem španělské inspirace proniká toto heslo také do zprávy Alzheimer Europe. Ani španělský projekt *Odvažte seniory a osoby s demencí*, ani autoři zprávy to nemyslí doslova – odmítají omezovací prostředky jako možnost, jako součást péče, ale připouštějí jejich výjimečné použití v krajních případech spojených s vážným nebezpečím. Nulová tolerance představuje spíše přístup než cíl. Neznamená například nulovou toleranci k použití psychotropních léků, ale nulovou toleranci k použití těchto léků pouze k omezení. Podle španělského projektu musí zařízení bez omezování (angl. restraint-free) striktně kontrolovat použití psychotropních léků a polypragmazií.

Těžko bez hlubšího rozboru podmínek ve Španělsku hodnotit význam tamního projektu, ale i při pouhém pohledu „zdálky“ lze říci, že nemá v dlouhodobé péči v České republice obdoby. Součástí projektu bylo zkoumání praxe používání omezovacích prostředků a souvisejících klinických faktorů, mapování rozšíření omezování, zkoumání pohledu pečujících osob. Po svém vytvoření byl přístup nulové tolerance zaváděn do praxe vybraných zařízení. Probíhaly informační kampaně, školení, vědecké aktivity, návrhy zákonů. To se do jisté míry děje také u nás, mimo jiné z iniciativy České alzheimerovské společnosti (certifikace Vážka), České gerontologické a geriatrické společnosti nebo veřejného ochránce práv, ale pokud vím, nemá to dopad na širší politiky. Neexistuje ani národní politika, ani široce akceptovaný neformální program, který by takový zásadový přístup zaměřený na změnu reality používání omezovacích prostředků nabízel a prosazoval.

„Nulová tolerance“ je pěkný slogan vystihující náročnost programu. Cílem je obejít se bez omezování a nikoli je obhájit. Podle autorů, zařízení musí mít ambici přestat úplně. Protože jedině pak pečující uvěří, že to jde jinak, a přestanou omezení považovat za možnost.

Vyskytuje se zde několik „pokud“, tedy podmínek: „Víme s jistotou, že skoncování s omezovacími prostředky je bezpečné, pokud se učiní řádně.“ (26, s. 136) Například se v programu jednoznačně ukázalo, že existují faktory organizační, prostředí a kultury práce na daném pracovišti. Jako podmínka se ale neuvádí navýšení ošetřujícího personálu.<sup>36</sup> Přesvědčení autorů vychází z jejich vlastní zkušenosti. Domnívám se ale, že právě zde celkem významná „pokud“ jsou. Nemyslím, že se nyní v české praxi používají omezovací prostředky za účelem snižování počtu personálu, neboť kde je stav na minimu, tam už není co dál brát. Pokud jsou ale na některých pracovištích pacienti (klienti) ohroženi kvůli nedostatku ošetřovatelského personálu podvýživou (11), stěží lze doufat, že se pracovníků dostává pro nerestriktivní a nefarmakologické přístupy k předejití problémovému

---

<sup>36</sup> „Když zkoumáme tvrzení ‚pro nepoužívání omezovacích prostředků je zapotřebí více personálu‘ (myšlenka, která je ve společnosti velmi rozšířená), docházíme k tomu, že je zde určitá všeobecná tolerance k omezování, neboť se soudí, že můžeme ušetřit na lidských zdrojích, když je budeme používat. Celá společnost by se nad tím měla zamyslet. Naštěstí toto tvrzení je založeno na mýtu, že není možné zbavit se omezování bez zvýšení počtu personálu.“ (26, s. 140)

chování. A další „pokud“ uvádí *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*: „[p]rostředí, vybavení a personální obsazení jsou do značné míry komplementární – tam, kde prostředí či vybavení nevyhovuje, je třeba navýšit počet personálu.“ (29)

#### 4.3.7 Odstupňovaná odpovědnost a doporučení

Nad rozbohem etických aspektů používání omezovacích prostředků vyvstává, že autoři zprávy vnímají i jinou odpovědnost než tu individuální. Pojmenovali nároky principu nezbytnosti, strukturální diskriminaci, dopady toho, jak je péče o osoby s demencí ve společnosti zorganizovaná, tlak vedení organizací na zaměstnance. Adresáty doporučení Alzheimer Europe jsou především vlády, odpovědné subjekty a poskytovatelé péče.

- Co se týká právních pojistek, k ochraně lidí s demencí před omezeními se doporučuje vytvořit právní rámec a směrnice.
- K vysvětlení právních a etických souvislostí omezování by měla existovat osvěta. Zdravotníci by měli mít výcvik v tom, jak zohledňovat etické aspekty spojené s použitím omezení.
- Odpovědné subjekty a poskytovatelé péče by měli usilovat o co nejméně restriktivní prostředí pro osoby s demencí a tímto směrem by měli směřovat prostředky.
- Při řešení psychologických a behaviorálních problémů souvisejících s demencí se nejprve musí zkoumat, komu symptomy vlastně vadí. Organizace práce při poskytování péče nesmí povzbuzovat pečující k tomu, aby omezení používali. Zdravotníci by měli mít výcvik v tom, jak zohledňovat etické aspekty spojené s použitím omezení.

#### 4.4 Shrnutí

Pod značkou Alzheimer Europe vznikly dva důležité dokumenty k tématu používání omezovacích prostředků. V *Doporučení k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí* vznikl přehledný návod pro poskytování péče. Rozsáhlejší zpráva *Etické problémy spojené s omezením svobody lidí s demencí* podává poznámky k povaze omezovacích prostředků, včetně vylíčení jejich negativních účinků, rozbor etických aspektů omezení osobní svobody a související doporučení.

Omezení volnosti pohybu omezovacími prostředky chápe Alzheimer Europe jako část širšího problému omezení svobody člověka vůbec. I samotné omezovací prostředky jsou pojímány velmi široce a otevřeně jako opatření, jež mají za cíl udržet člověka na určitém místě, zabránit mu v pohybu nebo v nějakém činu nebo jej podřídit přání někomu jiného, anebo jež takový výsledek působí. To zahrnuje nejen opatření a priori zamýšlená k omezení, ale i neutrální prostředky, jako je nábytek nebo opatření zdravotní péče (včetně tlumících léků). Dále také zastrašování, tlak, donucení, klamání, matoucí a odosobněný přístup a omezující prvky v prostředí. Při označení opatření za restriktivní je vedle jeho cíle (účelu, pohnutek) důležité, jaký má na člověka dopad a zda je použití při omezujícím efektu oprávněné. Lze říci, že u mnoha opatření jde spíše o zásah do autonomie člověka než a priori

o omezení pohybu. Důvodem tohoto přístupu je ochrana zájmu osob trpících demencí, který podle Alzheimer Europe nezbytně předpokládá zajištění komplexní péče a v jejím rámci pak také psychosociálních intervencí a nefarmakologických přístupů a managementu poruch chování.

Alzheimer Europe vychází z principu nezbytnosti a přiměřenosti – je proti používání všech forem omezení u osob s demencí, ale akceptuje omezovací prostředek ve výjimečných situacích jako krajní řešení, ke kterému je možné přistoupit, když jsme si jisti, že ostatní možnosti byly vyčerpány. Přičemž riziko plynoucí z chování pacienta musí být příliš vysoké a bez použití omezovacích prostředků by mohlo dojít k dalšímu zhoršení stavu vždy; je třeba dbát, aby přínos opatření byl vyšší než riziko, které z něj plyne. Alzheimer Europe propaguje přístup nulové tolerance, což je soubor komplexních opatření v zařízení, díky kterému není omezení možnost, ale vzácná výjimka.

Jako prostor pro zlepšení v rámci péče identifikuje Alzheimer Europe práci na alternativách, změnu prostředí a postupů, rozvoj komunikačních dovedností a vzdělávání personálu vůbec. Ve svém pojetí péče je velmi náročná. Mimo velmi kvalitní ošetrovatelské péče požaduje individuální přístup, hledání příčin nebezpečného chování, stálou přítomnost personálu u člověka v omezení, existenci multidisciplinárního týmu. Požaduje připustit riziko a pečlivě vážit negativní dopad omezovacích prostředků a nebezpečí, které se jimi má snížit. Značně přitom zpochybňuje bezpečnost používání chemických i mechanických omezovacích prostředků ve světle nebezpečí pádu.

Byť Alzheimer Europe pojmově nespojuje péči v pobytovém zařízení s používáním restrikcí, dotýká se institucí jako faktoru, který umocňuje zranitelnost lidí s demencí. Zpráva velmi barvitě a výstižně popisuje možné specifické negativní dopady života v pobytovém zařízení, včetně inherentního zjevného i skrytého ponižování. Zvláště v institucích dochází k používání chemického omezení, protože se tam těžko toleruje složité chování lidí s demencí. Ztráta autonomie, soukromí a sebeurčení znemožňuje uniknout omezování a vzbuzuje frustraci, která může vést až k agresi. Diagnóza demence pak představuje faktor zvyšující pravděpodobnost umístění do určitého typu institucí. Alzheimer Europe nevolá po zrušení institucí, nýbrž po realizaci přiměřených úprav k minimalizaci negativního dopadu na uživatele.

Alzheimer Europe přímo tematizuje etické konflikty plynoucí z používání omezovacích prostředků pro pečující personál, a to ve vztahu k osobě, které poskytuje péči, i ve vztahu k nadřízeným, od kterých přichází špatné zadání. Také si všímá významu kultury organizace a tamního přístupu. Doporučení však neadresuje jen pečujícím. Ta zásadní směřují k vládě, odpovědným subjektům a poskytovatelům péče. Jde o nároky právní i etické, podpořené odbornými, etickými i právními argumenty. Co se týká právních pojistek, k ochraně lidí s demencí před omezením se doporučuje vytvořit právní rámec a směrnice.

Alzheimer Europe se vyjadřuje k péči o osoby s demencí, především v zařízeních dlouhodobé péče. To je specifický kontext, jenž má smysl tematizovat a pojímat zvlášť. Týká se totiž velké skupiny lidí

s charakteristickými problémy dosahujícími kategorie zdravotního postižení. Je velmi pravděpodobné, že osoba s postupující kognitivní poruchou bude v nějakém momentě omezována na své svobodě. Je třeba zamýšlet se nad tím, zda se zde neuplatňuje strukturální diskriminace.

## 5. Evropský soud pro lidská práva

Omezení volnosti pohybu omezovacím prostředkem je zásah do osobní sféry (integrity) člověka, který může představovat závažné porušení jeho základních práv se vším, co k tomu v právním smyslu patří. Tedy s nárokem na uznání bezpráví a na nápravu, s možností domáhat se jich u soudu. V této kapitole představuji, jak se k použití restrikcí staví právo lidských práv, konkrétně Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod<sup>37</sup> vykládaná Evropským soudem pro lidská práva (dále také jen „Soud“). V evropském kontextu jde o nejrelevantnější mechanismus mezinárodní ochrany lidských práv. Judikatura Soudu představuje zdroj právního a zároveň hodnotového pojetí postavení člověka ve společnosti.

Nejprve ve stručnosti představím Soud, Úmluvu a obsah práva nebýt podroben mučení, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestu. Za tím účelem se zastavím nad třemi vybranými rozhodnutími Soudu. Ve větším detailu se v části *Komentář* věnuji pojetí omezovacího prostředku jako použití síly, významu principu nezbytnosti a povinnosti státu přijímat ochranná opatření.

### 5.1 Soud a Úmluva

Evropský soud pro lidská práva je přední orgán Rady Evropy v oblasti zajišťování respektu k lidským právům. Od založení Rady Evropy v roce 1949 tuto úlohu sehrává také Výbor ministrů a Parlamentní shromáždění. Nicméně Soud, zřízený v roce 1959, střeží naplňování klíčové mezinárodní lidskoprávní smlouvy v Evropě, Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a jejích protokolů (dále také jen „Úmluva“), a tato jeho role je klíčová. Rozhoduje konkrétní spory na základě stížností proti státům, které jsou smluvními stranami Úmluvy, a jeho rozhodnutí jsou pro státy závazná. Je v tom jeho síla, ale i limit, neboť od řešení a nápravy jednotlivých případů je třeba ještě odlišit nápravu problémů strukturální povahy v jednotlivých státech, které může efektivněji napomáhat spíše politická síla Výboru ministrů. Řada dalších orgánů a také mezinárodních smluv jejich činnost dále doplňuje a tvoří tak systém ochrany lidských práv Rady Evropy.

Evropský soud pro lidská práva sídlí ve Štrasburku. Stížnost k němu může podat stěžovatel, který bez úspěchu vyčerpal vnitrostátní prostředky nápravy porušení některého z práv garantovaných

---

<sup>37</sup> Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 209/1992 Sb.



Úmluvou. Nejčastěji jde o stížnost jednotlivce na stát, který buď skrze své orgány zasáhl do práva, anebo mu nezajistil nezbytnou ochranu.

Důležitou úlohou Soudu přitom je vedle rozhodnutí předloženého sporu také výklad dotčených ustanovení Úmluvy. Úmluva se vykládá nikoli „ve vakuu“, ale v souladu se základními zásadami mezinárodního práva,<sup>38</sup> přičemž principem Soudu je, že tak činí ve světle současných podmínek a s ohledem na vyvíjející se normy národního a mezinárodního práva.<sup>39</sup> Pohled Soudu je náročný, neboť „Úmluva má garantovat práva, jež nejsou teoretická a iluzorní, ale praktická a účinná“.<sup>40</sup>

Úmluva je součástí ústavního pořádku České republiky<sup>41</sup> – zákony musí být vykládány v souladu s ní, a stanoví-li něco jiného než zákon, použije se Úmluva a Ústavní soud může rušit ustanovení zákona pro rozpor s ní. Domácí orgány musí respektovat rozhodnutí Soudu i výklad Úmluvy, jenž podává.

V knihovně rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva nalezneme řadu položek, ze kterých můžeme studovat přístup Soudu k omezení volnosti pohybu v podmínkách zbavení svobody obecně, a v několika případech i v kontextu zdravotních a v menší míře také sociálních služeb. Případy, které vyvstaly ze stížností pacientů na zacházení ve zdravotnických zařízeních, zpravidla představovaly komplexní problémy, zahrnující zásah do osobní svobody a osobní integrity (a tím do Úmluvou chráněného soukromého života) a případně také do práva nebýt podroben špatnému zacházení a práva na život. Posledně zmíněná jsou pro naše účely nejnositelnější a nejzajímavější, a tak o nich pojednám blíže. Nejprve v rámci obecného úvodu a poté na jednotlivých příkladech.

## 5.2 Špatné zacházení

Článek 3 Úmluvy, zakazující špatné zacházení, zní: „Nikdo nesmí být mučen nebo podrobován nelidskému či ponižujícímu zacházení anebo trestu.“ Výkladem této jedné věty, pomocí rozboru rozhodnutí Soudu, se lze dobrat poznání o podobách zakázaného zacházení a obsahu práva člověka – čeho se musí stát zdržet (tzv. negativní závazky státu) a co naopak musí konat (tzv. pozitivní závazky).

---

<sup>38</sup> R. M. T. proti Spojenému království, § 76.

<sup>39</sup> Tzv. doktrína Úmluvy jako živoucího nástroje, Demir a Baykara proti Turecku, § 68. Taková interpretace umožňuje vykládat kodex z roku 1950 ve světle společensko-politicko-kulturního vývoje ve světě a zejména v zemích Rady Evropy.

<sup>40</sup> Storck proti Německu, § 93.

<sup>41</sup> Plyne to z plenárního rozhodnutí Ústavního soudu ze dne 25. 6. 2002, zn. Pl. ÚS 36/01.

### 5.2.1 Co představuje špatné zacházení

Zakázané zacházení se shrnuje pojmem „špatné zacházení“, nicméně v Úmluvě se rozlišují tři formy: *Mučením* se rozumí úmyslné jednání s cílem získat informace nebo doznání nebo potrestat, přičemž vyvolává těžké a kruté utrpení.<sup>42</sup> *Nelidským zacházením* se rozumí jednání, které pod definici mučení nespadá a které způsobuje ublížení na zdraví nebo intenzivní fyzické či psychické utrpení dosahující zvláštní závažnosti.<sup>43</sup> *Ponižujícím zacházením* je jednání, které jednotlivce hrubě ponižuje před jinými nebo v jeho vlastních očích, navádí ho proti jeho vůli či svědomí, potupuje nebo pokořuje, neproказuje dostatečnou úctu k jeho lidské důstojnosti nebo tuto důstojnost snižuje či vyvolává pocity strachu, úzkosti nebo méněcennosti, jež jsou schopny zlomit morální a fyzický odpor osoby.<sup>44</sup> Újma na fyzickém či psychickém zdraví je při posouzení konkrétního případu jako možného špatného zacházení sice relevantním, nikoli však jediným či nezbytným kritériem. Hlavním zájmem chráněným článkem 3 je lidská důstojnost, která může být popřena jak nepřiměřeným zásahem do fyzické integrity, tak zásahem do integrity psychické.

Jednotlivé formy zakázaného zacházení odrážejí rozdíl v intenzitě zásahu. Rozlišení mezi nimi je významné – ne jen pro výši přiznaného odškodnění, ale i například z hlediska povinnosti stíhat viníky trestněprávně. V případech omezovacích prostředků se pracuje s rozsudky, které se týkají nelidského a ponižujícího zacházení; forma *mučení* se pojmově pojí s úmyslnou krutostí, což zatím nebyly případy posuzované v této oblasti.

Nevhodné zacházení musí dosahovat určitého stupně závažnosti, aby se na ně článek 3 Úmluvy vůbec vztahoval. „Posouzení této minimální závažnosti je z povahy věci relativní; závisí na všech okolnostech případu, jako je délka trvání tohoto zacházení, jeho tělesné nebo psychické následky a v některých případech i pohlaví, věk a zdravotní stav oběti. Mezi další faktory patří účel, pro který bylo dané zacházení použito, a záměr nebo motivace, která k tomu vedla, a také kontext, například atmosféra zvýšeného napětí a emocí.“ (Bureš proti České republice, § 84) K závěru o špatném zacházení ve smyslu článku 3 Úmluvy může Soud dospět i v případě absence úmyslu obět' ponižít. Soud bere v potaz důvod a kontext posuzovaného zacházení a také zda byla obět' ve zranitelné situaci, což je běžně případ osob zbavených svobody.<sup>45</sup>

Při posouzení, zda nějaké zacházení dosahuje závažnosti špatného zacházení, platí určitá specifika pro oblast zdravotní péče. Soud k této citlivé otázce přistupuje s tím, že opatření, které je z léčebného hlediska nutné, nelze považovat za nelidské nebo ponižující; určující jsou při tom

<sup>42</sup> Ramirez Sanchez proti Francii, §§ 97–98.

<sup>43</sup> Gäfgen proti Německu, §§ 89 a 91.

<sup>44</sup> M. S. S. proti Belgii a Řecku, § 220.

<sup>45</sup> Bouyid proti Belgii, §§ 83–86.

zavedené zásady medicíny.<sup>46</sup> I v prostředí zdravotních (nebo sociálních) služeb se však může nějaká intervence označovat jako použití síly – typicky použití omezovacích prostředků. Soud pak řeší klasickou otázku nezbytnosti a přiměřenosti použití síly.

Zacházení, které nedosáhne stupně závažnosti nutného pro posuzování na poli článku 3, může představovat zásah do soukromého života chráněného článkem 8 Úmluvy, pokud má dostatečně závažné dopady na fyzickou a duševní integritu člověka.<sup>47</sup>

### 5.2.2 Zbavení svobody a duševní onemocnění – dvojí zranitelnost

Zmínila jsem zranitelnost plynoucí ze zbavení svobody. Ta se týká mého tématu, neboť dopadá nejen na klasická místa za mřížemi (věznice či policejní detenci), ale i na nemocnice, léčebny a domovy – pobytová zařízení, pokud je v nich člověk formálně či fakticky zbaven svobody. Na jednu stranu Soud připouští, že zbavení svobody s sebou nevyhnutelně přináší určitý stupeň utrpení a ponížení, který sám o sobě neznamená ponížení dle článku 3. Stát nicméně musí zajistit, aby podmínky zbavení svobody respektovaly lidskou důstojnost a aby osoby zbavené svobody nebyly vystaveny tísní nebo strádání o intenzitě přesahující nevyhnutelný stupeň utrpení, jenž je detenci vlastní.<sup>48</sup>

Na druhou stranu přináší okolnost zbavení svobody zásadní snížení zmíněného prahu závažnosti zacházení a zvýšení nároků na stát, co se týká důkazů o nepřestoupení zákazu špatného zacházení. Pokud jde o osoby zbavené svobody, použití fyzické síly, které není nezbytně nutné v důsledku jejich vlastního chování, snižuje lidskou důstojnost a je v zásadě špatným zacházením;<sup>49</sup> stačí k tomu i jen facka, jak Soud rozhodl na případu odehrávajícím se na policejní služebně (Bouyid proti Belgii). Co se týká důkazů, Soud si v případě zbavení svobody povšiml, že prokazované události jsou zcela nebo z velké části známy výhradně státním orgánům. Takže pokud je sporné, zda nějaká zranění vznikla v průběhu zbavení svobody, existuje silná domněnka, že ano, a je to stát, kdo musí poskytnout dostatečné a přesvědčivé vysvětlení předložením důkazů, které zpochybní popis události uváděný stěžovatelem.<sup>50</sup> V případě sporu o použití omezovacích prostředků musí stát doložit důvody pro jejich použití.<sup>51</sup>

Dále Soud uznal zvláštní zranitelnost duševně nemocných, která musí být rovněž vzata v úvahu při posouzení toho, zda dané zacházení či trest je neslučitelné se zákazem špatného zacházení.

---

<sup>46</sup> Bureš proti České republice, § 87.

<sup>47</sup> R. B. proti Maďarsku, § 79.

<sup>48</sup> Kudła proti Polsku, §§ 92–94.

<sup>49</sup> Bureš proti České republice, § 86.

<sup>50</sup> Selmouni proti Francii, § 87.

<sup>51</sup> Bureš proti České republice, § 86.

Soud vnímá i specifika ústavní léčby, při níž se oba momenty zranitelnosti umocňují: stav podřízenosti a bezmocnosti je pro pacienty držené v psychiatrických léčebnách charakteristický a tento stav vyžaduje zvýšenou pozornost při přezkumu, zda byla dodržena Úmluva.<sup>52</sup> Soud si také všímá, že zdravotní postižení může někdy bránit osobě brát se za svá práva.

Případy týkající se osob trpících duševní poruchou se, ke škodě věci, nedostávají k Soudu často. „Hlavní případy se týkají procesu a pojistek ve vztahu k detenci člověka z důvodu duševního zdraví. Překvapivě málo případů se týká jiných handicapů vnucených duševně nemocným lidem, pokud jde o užívání jejich základních práv a svobod, nebo stížností na špatné zacházení v institucích. To je patrně smutný obraz toho, že zranitelné skupiny lidí čelí vážným problémům v předkládání nebo žalování svých nároků. Každopádně ale přibývá případů, které se dotýkají schopnosti pacientů s duševní poruchou zpochybnit své léčení, ustanovení opatrovníka a navrácení odejmuté právní způsobilosti.“ (30, s. 789)

### 5.2.3 Absolutní povaha základního práva

Zákaz špatného zacházení má absolutní povahu, to znamená, že jej není možné derogovat (ani za tak závažných okolností, jako jsou boj proti terorismu či organizovanému zločinu) a zákaz je bezvýjimečný. Špatné zacházení není za žádných okolností ospravedlnitelné (bez ohledu na okolnosti nebo chování oběti<sup>53</sup>). To je velmi silný nárok. Když Soud vykládá článek 3 Úmluvy, upozorňuje na zvláštní důležitost práva, jež garantuje. Používá obraty, jako že „střeží jednu z nejzákladnějších hodnot demokratické společnosti“, vždyť „zákaz mučení a nelidského a ponižujícího zacházení nebo trestu je hodnotou civilizace úzce spjatou s respektem k lidské důstojnosti“.<sup>54</sup>

Absolutní povaha zákazu mučení, krutého a nelidského zacházení nebo trestu znamená, že kde je překročen minimální práh závažnosti uplatňovaný u článku 3 Úmluvy, tam nelze mluvit o politických, finančních ani jiných důvodech, jež by zacházení ospravedlnily.<sup>55</sup> Soud nanejvýš připouští delší dobu implementace nějakého rozsudku, ovšem nesleví ze standardu, co představuje porušení článku 3. To je velmi důležité a může to hrát roli i při úvahách některých obhájců lidských práv.

---

<sup>52</sup> Bureš proti České republice, §§ 85 a 87.

<sup>53</sup> Gäfgen proti Německu, § 87.

<sup>54</sup> Bouyid proti Belgii, § 81.

<sup>55</sup> „V demokratické společnosti zlé zacházení nikdy nepředstavuje adekvátní odpověď na problémy, kterým státní orgány čelí“ (o kriminalitě, Bouyid proti Belgii, § 108). „Strukturální nedokonalosti plynoucí z nedostatku zařízení a zdrojů nejsou odpovědí na selhání státu vhodně zabezpečit situaci vězňů, včetně nebezpečí útoku ze strany jiných vězňů“ (o napětí mezi vězni z etnických důvodů, Rodic a ostatní proti Bosně a Hercegovině, § 71).

### 5.3 Povinnosti plynoucí státu

Článek 3 Úmluvy zahrnuje nejen závazek státu zdržet se – v jednání orgánů veřejné moci – špatného zacházení vůči jednotlivcům (negativní povinnost státu), ale i důležité závazky něco konat, a to buď ve smyslu vyšetření a nápravy u toho, co nastalo, a ochrany či odrazení do budoucna. Principiálně stejné povinnosti plynou z práva na život (článek 2) a některé Soud dovodil také u práva na respektování soukromého života (článek 8).

Požadavek na nápravu zahrnuje, že stát musí zabránit porušení práv nepostižitelností a v případě mučení a úmyslného špatného zacházení zajistit účinnost jeho zákazu účinným, nezávislým a rychlým vyšetřením, schopným vést k objasnění faktů a určení a potrestání odpovědných osob.<sup>56</sup> Dále musí být dostupné přiznání odškodnění – a to nejen u fyzického zranění, ale i psychologického dopadu. Náprava také zahrnuje skončení nepřipustného zacházení (zásahu). Dokud stát výslovně nebo fakticky neuzná, že došlo k zásahu, a dokud nedojde k nápravě, stále je tu oběť ve smyslu osoby oprávněné domáhat se soudní ochrany.

Další povinností státu je povinnost zakotvit právní a administrativní rámec pro některé (citlivé) činnosti, což je i poskytování zdravotních a sociálních služeb. Konkrétně jde o stanovení povinností domácím subjektům, například nemocnicím, přijmout náležitá opatření k ochraně života a zdraví lidí. Soud konstatoval i povinnost upravit činnosti pracovníků zařízení, když mohou způsobit nebezpečí pro život pacientů.<sup>57</sup>

S tím úzce souvisí povinnost provádět odborný a pravidelný dozor a kontrolu, kterou Soud dovodil například k ochraně osob podstupujících psychiatrickou léčbu (konkrétně na případu Storck proti Německu se jednalo o soukromou psychiatrickou kliniku).

V určitých situacích také existuje povinnost státu učinit rozumná „operativní“ opatření k ochraně před zásahy ze strany státních či soukromých subjektů. Soud dovodil povinnost přijmout ochranná opatření, zvláště co se týká dětí (zachránit je z prostředí zneužívání v rodině; mít účinný mechanismus hlášení, vyšetřování a ochrany u případů zneužívání ve škole) nebo jiných zranitelných osob včetně osob podrobených domácímu násilí. Je zde možná paralela s postavením lidí žijících v institucích, pokud tam začne klíčit nějaký závažný problém – například zneužívání nebo násilí. Na poli práva

---

<sup>56</sup> Soud klade velmi vysoko zájem na tom, aby nepanovala beztrestnost. Soudnictví by se za žádných okolností nemělo jevit, jako že ponechává nepotrestány neoprávněné zásahy do práva na život nebo práva nebýt podroben špatnému zacházení. To je nezbytné pro udržení důvěry veřejnosti a principů právního státu, stejně jako pro předcházení každé známce tolerance nelegálních činů nebo účasti na nich. Soudnictví musí mít sílu odrazovat a má důležitou roli v předcházení zásahům. Srov. Nencheva a ostatní proti Bulharsku, § 116. Právo na život také implikuje povinnost zajištění systému objasňování úmrtí pacientů a klientů ústavů.

<sup>57</sup> Nencheva a ostatní proti Bulharsku, § 111.

na život můžeme uvést příklad povinnosti chránit pacienty se sebevražednými, sebepoškozujícími nebo jinak nebezpečnými projevy.

Soud konstatoval, že povinnost učinit kroky k ochraně člověka státu vzniká, pokud úřady v daném čase věděly nebo měly vědět, že hrozilo špatné zacházení (nebo že život dotčeného člověka byl v reálném a bezprostředním nebezpečí), a zahrnuje opatření, která od úřadů bylo lze rozumně očekávat. Opatření se musí přijmout rychle, a to konkrétní a dostatečná. Povinnost to ale není neomezená – nesmí se jednat o pro úřady neúnosné nebo nepřiměřené břemeno. V kontextu potíží spojených s politickým řízením moderních společností, nepředvídatelného lidského jednání a skutečností, že výběr operativních kroků musí být činěn podle priorit a zdrojů, by na státní orgány nemělo být kladeno nepřiměřené břemeno.

#### 5.4 Vybrané rozsudky se vztahem k použití omezovacích prostředků

Není mnoho rozhodnutí, ve kterých by Soud posuzoval přímo námitku na neoprávněné nebo nesprávné použití omezovacího prostředku. Většina rozhodnutí, ze kterých se při vychází, se týká jiných okolností.<sup>58</sup> Nicméně Soud i v zásadních případech Bureš proti České republice a M. S. proti Chorvatsku (č. 2) zachoval svůj základní přístup, zohlednil zvláštní zranitelnost osob zbavených svobody a osob s duševním onemocněním a omezovací prostředek posoudil jako použití síly. Poslední případ, který rozebírám, Nencheva a ostatní proti Bulharsku, ilustruje povinnost státu přijmout operativní ochranná opatření.

##### 5.4.1 Bureš proti České republice

V tomto rozsudku z roku 2012 dospěl Soud k závěru, že pacient na záchytné stanici byl několikerým kurtováním podroben nelidskému a ponižujícímu zacházení ve smyslu článku 3 Úmluvy a že porušením bylo také nedostatečné prošetření věci. Stát byl z hlediska Úmluvy odpovědný za jednání personálu záchytné stanice – ačkoli se nejedná o zástupce státu, vykonávají státní moc zadržovat osoby. Soud přistoupil k omezovacím prostředkům nikoli jako k léčbě, ale jako k užití síly. K popsání skutkového stavu cituji několik fragmentů z anotace případu v Databázi vybraných rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva:

„V únoru 2007 se stěžovatel předávkoval lékem, který užíval k léčbě svého duševního onemocnění, a ve večerních hodinách se vydal nakupovat pouze ve svetr, bez kalhot a spodního prádla. Přivolaná hlídka policie usoudila, že je stěžovatel pod vlivem drog, a proto

---

<sup>58</sup> Je to škoda, protože existují například velmi propracovaná rozhodnutí k problému samovazby ve vězení a je vidět, že Soud je schopen velmi realisticky a citlivě posoudit dopad smyslové a sociální deprivace na člověka. Tato rozhodnutí lze však jen velmi volně vztahovat na zacházení v prostředí ovládaném jiným cílem, než je výkon trestu.

ho nechala převézt na záchytnou stanici. Zde byl ihned po přijetí z důvodu neklidu na dvě hodiny přikurtován k lůžku. V průběhu noci byl z důvodu údajné agresivity vůči personálu stanice přikurtován ještě dvakrát. Druhý den ráno byl stěžovatel vyšetřen lékařem, který shledal, že ovlivnění neznámou psychoaktivní látkou nadále trvá, stěžovatel jeví známky duševní choroby a je nebezpečný sobě i svému okolí. Stěžovatel byl proto předán do psychiatrické léčebny, kde byl po dobu dvou měsíců nedobrovolně hospitalizován.

Policie vyslechla jeho, oba ošetřovatele, kteří stěžovatele přikurtovali, a další zdravotnický personál, který měl danou noc na stanici službu. Dále zadala vypracování znaleckého posudku na zranění, která stěžovatel utrpěl. Znalec konstatoval, že v důsledku komprese nervů a cév stěžovatel utrpěl oboustrannou těžkou parézu loketních nervů, která má dlouhodobé, avšak nikoli trvalé následky.“ (31)

Soud přistoupil k zacházení na záchytné stanici podle psychiatrických standardů – a to na základě posouzení posláním zařízení (léčba osob pod vlivem návykových látek) a stavu pacienta (ošetřující personál věděl, že se léčí s duševní chorobou).

Nebylo možné postavit úplně najisto, jak dlouho kurtování trvalo, protože záznamy nebyly v pořádku a rozcházel se s výpovědí personálu. Omezení trvala minimálně 2 hodiny, půl hodiny a 45 minut. Na základě tohoto rozhodnutí Soudu je nyní jasné, že mechanické omezení pohybu pomocí pásů trvajících po takto dlouhou dobu, v rámci psychiatrické péče, za daných okolností (okamžitě po přijetí, se zraněním jako důsledkem) překračuje minimální práh závažnosti uplatňovaný u článku 3 Úmluvy.

Soud vyslovil svůj závěr stran přípustnosti omezovacích prostředků: „Použití omezovacích prostředků je závažným opatřením, které musí být vždy odůvodněno tím, že zabraňuje reálné a bezprostřední újmě pro pacienta nebo okolí, a které musí být přiměřené ve vztahu k tomuto cíli. Pouhý neklid tedy nemůže odůvodnit připoutání člověka k posteli po dobu téměř dvou hodin.“ (§ 96 rozsudku)

Napadení zdravotnického personálu může být dostatečným důvodem pro použití omezení. Soud připomněl, že agresivní chování intoxikovaného jedince může vyžadovat použití kurtů, avšak to musí být nutné ve světle okolností, délka použití nesmí být nepřiměřená a kontroly stavu znehybněné osoby jsou prováděny pravidelně (§ 86). Použití omezovacích prostředků naopak může být stěží odůvodněno tím, že se osoba brání jejich použití (§ 99), a je nepřijatelné jako trest (§ 98).

V daném případě Soud vyzdvihl, že pacient byl při převozu na stanici klidný a anamnézu agresivity neměl. Přesto byl připoután k lůžku ihned po příjezdu na záchytnou stanici z důvodu údajného neklidu. Soud se pozastavil nad tím, že tedy nebyly vyzkoušeny jakékoliv jiné metody pro uklidnění, a uzavřel, že připoutání bylo použito jako běžná praxe (§ 97).

Pochybení záchytné stanice lze shrnout takto: nedostatečné záznamy; kurtování po dobu 2 hodin z důvodu („pouhého“) neklidu; další kurtování z důvodu napadení pacientem, o němž ale neexistoval

žádný záznam. Podle Soudu je na zařízení, aby odůvodnilo použití omezovacích prostředků na drženou osobu. Nestačí obecné poznámky o neklidu a agresivitě vůči okolí (§ 104).

#### 5.4.2 M. S. proti Chorvatsku (č. 2)

V tomto případě se Soud zabýval námitkami proti léčbě bez souhlasu, na začátku s použitím omezovacích prostředků. V rozsudku z roku 2015 dospěl k závěru, že způsob a průběh použití omezovacího prostředku během nedobrovolné hospitalizace v psychiatrické léčebně představovaly nelidské a ponižující zacházení ve smyslu článku 3 Úmluvy a že porušením bylo také nedostatečné prošetření věci. Hodnocení použité v případě Bureš proti České republice Soud dále propracoval. Z anotace případu v Databázi vybraných rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva:

„Stěžovatelka si několik let stěžovala na bolesti zad a další zdravotní potíže, se kterými navštěvovala svého lékaře. Ten ji v říjnu 2012 poslal na další vyšetření k neurologovi, který usoudil, že informace, které stěžovatelka o svém stavu podává, jsou nesouvislé a neodpovídají její bolesti a že nebere předepsané léky. Nařídil proto psychiatrické vyšetření. Psychiatr shledal, že stěžovatelka vymýšlí blouznivá a zmatečná obvinění o svém pronásledování různými lékaři. Její diagnózu stanovil jako vážnou duševní poruchu a nařídil hospitalizaci. Stěžovatelka byla následně umístěna do psychiatrické léčebny, kde byla přikurtována na lůžko a proti její vůli jí byly podány uklidňující léky. Takto znehybněna byla celou noc (celkem 15 hodin), přičemž na její stížnosti o pokračující bolesti zad nikdo z personálu nereagoval.

Následující den léčebna soudu oznámila nedobrovolnou hospitalizaci stěžovatelky. Soud zahájil řízení, ustanovil stěžovatelce obhájce a nařídil zpracování znaleckého posudku o zdravotním stavu stěžovatelky. Znalec dospěl k závěru, že stěžovatelka trpí závažnou duševní poruchou a její propuštění by mohlo vážně ohrozit její zdraví. Soud konal ve věci jednání, na které byl přizván znalec a právní zástupce stěžovatelky. Jednání trvalo 10 minut, během nichž byl vyslechnut jen znalec. Právní zástupce stěžovatelky zůstal po celou dobu pasivní. Na konci jednání soud prodloužil hospitalizaci stěžovatelky na celkovou dobu jednoho měsíce.

Stěžovatelka proti rozhodnutí podala odvolání, ke kterému přiložila i dopis adresovaný řediteli léčebny, v němž si mj. stěžovala na to, že byla bez jakéhokoli důvodu přikurtována a na její stížnosti na bolesti zad nikdo nereagoval. Odvolací soud odvolání stěžovatelky zamítl jako neopodstatněné. Dopis stěžovatelky soud nepostoupil řediteli léčebny ani jinému příslušnému orgánu.“ (32)

Ke skutkovým okolnostem stojí za zmínku, v jaké časové sevřenosti k vývoji situace až k použití omezovacího prostředku došlo: Paní M. S. navštívila praktického lékaře kvůli bolesti zad. Ten ji odeslal na pohotovost, kde ji viděl další lékař, pak neurolog, pak psychiatr, který předepsal



hospitalizaci, a hned pak byla převezena na kliniku. Stěžovatelka tvrdila, že jí řekli, že se jede na rentgen. Každopádně při přijetí na psychiatrickou kliniku odmítla poskytnout souhlas s hospitalizací. Záznam v dokumentaci k tomu momentu uváděl: „orientovaná, podezřívavá ... psychomotorické napětí ... odtažitá, chladná, s nápady ... obviňování, ovládní“. Lékař hned při příjmu předepsal připoutání k lůžku a injekční podání tlumících léků, večer pak další lékař kurtování potvrdil. Paní M. S. byla kurtovaná s ranním přerušением až do poledne dalšího dne, kdy byla přeložena na oddělení s intenzivní péčí. Od té doby už omezena nikdy nebyla. Na klinice byla držena měsíc.

Když Soud zvažoval, zda namítané zacházení má být posuzováno na poli článku 3 Úmluvy, vzal v úvahu, že kurtování trvalo 15 hodin a že takové opatření zpravidla bývá pocíťováno jako traumatizující, nezapomenutelné a působící zranění, a že nebyla řešena bolest zad paní M. S., i když se s ní prokazatelně léčila a v době omezení a před ním si na bolest stěžovala.

Co se týká oprávněnosti namítaného zacházení, chorvatská vláda se hájila tím, že důvodem omezení byla obava před zraněním pacientky nebo jejího okolí v důsledku jejího nepředvídatelného chování, přičemž to přetrvávalo po dobu 15 hodin a pacientku nebylo možné zklidnit jinak. Soud však shledal, že nic nedokládá, že by pacientka představovala reálnou a bezprostřední hrozbu pro sebe nebo ostatní, nebo že by byla jinak agresivní. Relativně podrobné záznamy dokládaly pouze její nesouvislý projev a duševní nerovnováhu (ve stresové situaci nástupu nedobrovolné hospitalizace), což nemůže ospravedlnovat použití omezovacího prostředku (§ 106). Soudu neuniklo, že omezení následovalo po tom, co pacientka odmítla poskytnout souhlas s hospitalizací.

Pravidlo, že omezovací prostředek musí být použit až jako poslední možnost, když už nic jiného k předejití bezprostřední hrozbě nezbyvá, Soud tentokrát aplikoval velmi široce. Týká se podle něj „izolace a dalších forem donucovacích a nedobrovolných opatření proti pacientům s psychologickým nebo mentálním postižením v nemocnicích a všech dalších místech zbavení svobody“ (§ 104).

Soud v tomto rozhodnutí výslovně pojednává také o pojistkách proti zneužití. Musí existovat procesní záruky a nemocnice musí být schopna prokázat, že použití omezení bylo naprosto nezbytné a přiměřené a že jiné rozumné možnosti nemohly uspokojivě řešit nebezpečí, které pacientovi nebo jiným hrozilo. Také musí být zachyceno, že omezovací opatření nebylo použito déle, než bylo pro ten účel striktně nezbytné (§ 105).

### 5.4.3 Nencheva a ostatní proti Bulharsku

V tomto tragickém případě je velmi zajímavý přístup Soudu k povinnosti státu přijmout preventivní opatření k ochraně života osob, za které měl odpovědnost, za okolností, které život těchto osob bezprostředně ohrožovaly, a pak také vhodně reagovat v případě úmrtí. Stojí zato se s rozhodnutím z roku 2013 seznámit, protože principy, které rozvinul na případech týkajících se práva na život,

Soud přenáší také na pole článku 3 Úmluvy. Z anotace případu v Databázi vybraných rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva:

„Stěžovateli byli rodiče sedmi z patnácti dětí a mladistvých, kteří zemřeli během zimy na přelomu roku 1996/1997 v domově pro děti s mentálním a tělesným postižením, situovaným v obci Dzhurkovo. Domov v Dzhurkovo ubytoval v předmětném období kolem osmdesáti dětí. Na přelomu let 1996 a 1997 po ekonomické a finanční krizi peníze vyčleněné pro domov v Dzhurkovo ztratily značnou část své hodnoty a vše vyústilo v situaci, kdy místní úřady nebyly nadále schopny pokrýt výdaje na jídlo a základní zásoby. Nejbližší nemocnice se nacházela 40 km daleko a neexistoval žádný prostředek, jak nemocné děti do nemocnice přepravit. Topení bývalo zapnuté jednu hodinu ráno a jednu hodinu večer, strava byla zcela nedostatečná. Udržování základní hygieny bylo složité.

Od září 1996 usilovala ředitelka domova o řešení nastalé situace, žádala o pomoc jak národní organizace, tak apelovala na regionální rady Červeného kříže. Stejně tak se obrátila i na ústřední orgány – ministerstvo práce a sociálních věcí a ministerstvo financí, a žádala o urgentní zásah, neboť existovalo riziko, že děti nepřežijí v nehostinných podmínkách domova zimu. Do konce února zemřelo osm dětí. Po těchto úmrtích opět kontaktovala odbory sociální péče ministerstva práce a sociálních věcí a v odpovědi na její žádost domov obdržel jednorázovou platbu ve výši cca 3 720 eur. Do té doby však zemřelo již celkem 15 dětí.

Koncem července 1999 bylo v důsledku těchto úmrtí zahájeno trestní stíhání. Obviněna byla jak ředitelka domova, tak zdravotnický pracovník s vrchní sestrou. Ačkoliv si vyšetřovatel vyžádal dokumentaci k případu, žádný ze státních orgánů nebyl schopen poskytnout požadované informace, neboť veškerá dokumentace k předmětnému období byla již skartována. Soud první instance všechny tři obviněné zprostil viny v květnu 2005, jeho rozhodnutí následně potvrdil jak odvolací soud, tak nejvyšší kasační soud.“ (33)

Ano, domácí úřady osm let stíhaly ředitelku a pracovníky zařízení, kteří s obrovským nasazením přežívali spolu s klienty zimu v ústavu, bez dostatečných potravin, plen a léků, bez možnosti někoho převézt do nemocnice. Ředitelka několikrát žádala úřady o pomoc, dokonce improvizovala tak, že sháněla prostředky skrze výzvy vysílané v rádiu. Postih jiných osob úřady pořádně nerozvinuly.

Evropský soud pro lidská práva shledal, že došlo k porušení článku 2 Úmluvy, garantujícího právo na život. „Soud konstatoval, že úřady byly srozuměny s faktem, že v domově existovalo reálné ohrožení života dětí, a přesto nepřijaly nezbytná opatření v rámci své pravomoci. Shledal, že na pozadí přicházející kruté zimy a ekonomické krize měly orgány k dispozici určité informace o ohrožení života dětí nedostatečným vytápěním a nedostatkem výživy a léčiv již od září 1996,

tedy od okamžiku, kdy ředitelka domova poprvé požádala o pomoc. Tragické události nenastaly tudíž náhle a nepředvídatelně zásahem vyšší moci, s nimiž by nebyl stát schopen se vypořádat.“ (33)

Patnáct dětí pochopitelně nezabil přímo nějaký státní činitel, nýbrž převážně respirační onemocnění. Soud však dovodil porušení povinnosti (státu) přijmout preventivní opatření k ochraně osob, které mu byly svěřeny. Je už věcí vnitrostátního (administrativního) řešení, jak se taková opatření aktivují. Rozhodující pro posouzení odpovědnosti státu bylo, že nebezpečí pro život klientů neplynulo z nějaké nepředvídatelné události, ale bylo jasné (na základě podmínek v zařízení a příchodu zimy) a bylo možné je snížit rozumnými opatřeními. Soud vysvětluje, že opatření musí být v takových případech přijata rychle, konkrétní a dostatečná – například úpravou rozpočtu, aby zařízení mohlo pro děti koupit, co bylo nezbytně zapotřebí (§§ 124 a 135).

Soud dokonce u povinnosti přijmout vhodnou nápravu dovodil, že (v kontextu národní tragédie a s oběťmi ze skupiny zranitelných osob svěřených do péče státu, kdy nebezpečí bylo úřadům známo) zde nelze mluvit o běžné nedbalosti, kterou by následně zhojilo civilní soudní řízení. V tomto případě je ve veřejném zájmu zapotřebí vnést do případu jasno, co se týká faktů, a rovněž je nutný prvek odrazení a prevence, což zajistí pouze řízení trestní. To mělo vést k vyšetření, zda odpovědné osoby udělaly vše, co bylo v jejich pravomoci, a zda dokonce nenesou i přímou odpovědnost za nějaké úmrtí.<sup>59</sup> A to tedy nejen pracovníci ústavu, ale i příslušné úřady i na vyšší úrovni, respektive jejich představitelé. Limit odpovědnosti jednotlivých pracovníků spočívá v jejich pravomoci.

Konečně, Soud také kritizoval státní orgány, že po tragédii nenásledovala vhodná odezva na úrovni národního systému – zkoumání, zda tady není případná nedostatečnost v rovině řízení sociálních zařízení (§ 137).

## 5.5 Komentář

### 5.5.1 Omezovací prostředek jako použití síly

Soud zatím neměl příležitost vyjádřit se k opatřením, jako je síťové lůžko, chemické omezení, izolační místnost, postranice či další méně zjevné omezující postupy. Výslovné hodnocení provedl jen u mechanického omezení kurty, přičemž tato rozhodnutí nelze bez dalšího přenést, leda by se výkladem dovodila vhodnost uplatnění obecných principů o špatném zacházení i na další skutkové okolnosti. Problém vždy spočívá v přesvědčivém vyrovnání se s medicínskými standardy, na které se Soud primárně odvolává a které řadu omezujících postupů „kryjí“ celkovým terapeutickým účelem.

---

<sup>59</sup> Za účelem určení konkrétních odpovědných osob se musí s určitostí stanovit, zda a do jaké míry nastala úmrtí jako důsledek biologických procesů majících původ v onemocnění dětí a jejich snížené naděje na dožití, a nakolik tu byla příčinná souvislost s činností osob odpovědných za ochranu jejich života a odpovědných za přijímání preventivních opatření, aby se zabránilo bezprostřední hrozbě (§§ 134 a 139).

Co ze studovaných případů vyplývá? Čím podle Soudu kurtování, resp. omezovací prostředky (angl. restraints) jsou a čím nejsou?

Zprvé, Soud rozhodně nepovažuje podrobení omezovacím prostředkům za utrpení inherentně související například s psychiatrickou hospitalizací. Zabývá se předloženými případy velmi pečlivě a zkoumá povahu a dopad omezení na člověka.

Zadruhé, v případě pana Bureše Soud neposoudil kurtování (se zraněním jako důsledkem) jako donucení, které je součástí *léčby* (angl. medical treatment; například léčby neklidu s nezamýšleným negativním důsledkem na zdraví pacienta), aby se pak zabýval otázkou oprávněnosti nedobrovolné léčby, případně správnosti léčebného postupu. Zaujal jinou pozici: „Přiléhavějšími k danému případu jsou případy týkající se použití *omezovacích prostředků* u zadržených osob“ (§ 78) a *síly* (§ 80).

Omezovacím prostředkem se myslí postup, jehož samotným účelem je použití síly. O tomto rozlišení není žádných pochyb.<sup>60</sup>

Tato kvalifikace má právní význam – podle Soudu totiž nezamýšlené negativní důsledky nebo medicínská nedbalost (související s léčbou) s sebou nesou méně náročné právní důsledky, například co se týká nápravy, a také téma nedobrovolné léčby má jiné konsekvence. Naproti tomu použití síly má přísnější kritéria z hlediska přípustnosti (například každé použití síly vůči osobě zbavené svobody, které není nezbytně nutné, potlačuje lidskou důstojnost a je v zásadě vždy porušením článku 3 Úmluvy), dále z hlediska prošetření a nápravy (nestačí, aby vedlo jen k odškodnění, ale musí proběhnout trestní stíhání, které navíc orgány zahájí i bez stížnosti, pokud existují dostatečně určité důkazy). Takže požadavky na stát jsou v případech použití síly mnohem náročnější.

Obecně Soud (silové) donucení nevnímá jako něco ve zdravotní péči nepřipustného, co by bylo pochybením samo o sobě. Ve slavném výroku o lékařské nutnosti připustil, že je někdy nezbytné při realizaci nějaké léčebné metody uplatnit sílu.<sup>61</sup> Ostatně, i stran použití omezovacích prostředků se Soud odvolává na medicínské standardy v psychiatrii [že dovolují užití omezení, pokud není jiná možnost jak u agitovaného člověka předejít tomu, aby ublížil sobě nebo ostatním; M. S proti Chorvatsku (č. 2), § 104].

---

<sup>60</sup> Soud je učinil také s vědomím toho, jak k omezovacím prostředkům přistupuje Výbor CPT, tedy že použití s sebou nese nebezpečí zneužití nebo špatného zacházení (§ 90).

<sup>61</sup> Případ Herczegfalvy proti Rakousku, mj. o nuceném krmení. „Na zdravotnických orgánech však je, aby na základě uznávaných pravidel lékařské vědy rozhodly o použití léčebných metod, v případě nutnosti i silou, za účelem zachování tělesného a duševního zdraví pacientů, kteří nejsou vůbec schopni za sebe rozhodovat, a za které jsou tak odpovědné (...). Je nesporné, že zavedené zásady medicíny jsou v takových případech v zásadě rozhodující; obecně platí, že opatření, které je z léčebného hlediska nutné, nelze považovat za nelidské nebo ponižující. Soud se však musí přesvědčit, že lékařská nutnost byla prokazatelně dokázána.“ (§ 83)

Poznání o postoji Soudu k omezování volnosti pohybu se rozšiřuje tím, že v případě M. S. proti Chorvatsku (č. 2) vyslovil, že pojetí omezovacího prostředku jako opatření ultima ratio k odvrácení bezprostřední hrozby se týká „izolace a dalších forem donucovacích a nedobrovolných opatření proti pacientům s psychologickým nebo mentálním postižením v nemocnicích a všech dalších místech zbavení svobody“ (§ 104). I pro tyto případy tedy Soud vyžaduje pojistky proti zneužití. Co je důležité, Soud se neomezil jen na psychiatrická zařízení. Také už nemluví jen o kurtování, ale specificky o izolaci. Ovšem další opatření nekonkretizoval, tak stále zůstává široký prostor pro výklad.

Konečně, z rozhodnutí Soudu se zatím nedozvídáme nic o povaze tlumících léků jako omezovacího prostředku. Pokud vím, dosud Soud o medikamentech rozhodoval jen jako o léčbě bez souhlasu a i případ násilím podávaných injekcí s lékem předepsaným k pravidelnému podávání posoudil jako zásah do práva na ochranu soukromého života, nikoli jako ponižující zacházení. Jistě i zde by se v budoucnu při rozhodování vážilo, zda šlo o uplatnění léčebné metody (na základě uznávaných pravidel lékařské vědy) a lékařskou nutnost, nebo jestli šlo o silové opatření.

V případě, kdy nějaký zásah do integrity člověka nedosáhne závažnosti ponižujícího zacházení, vypadá Soudem aplikovaný právní standard jinak. Především zásah do práva člověka může být přípustný, pokud je v souladu se zákonem, sleduje legitimní cíl ve veřejném zájmu a je tomuto cíli přiměřený. To je samostatný test, o kterém na tomto místě pojednávat nebudu.

### 5.5.2 Terapeutická nezbytnost

Léčebná nezbytnost je významným kritériem Soudu při rozlišení, zda nějaký nedobrovolný zdravotní zákrok může být zvažován jako nelidské nebo ponižující zacházení. Soud tento přístup uplatnil v roce 1992 a dosud nebyl překonán. Omezovací prostředky nejsou terapeutickou nezbytností „kryté“ jen proto, že je Soud vnímá, s ohledem na jejich povahu, jako nespádající do rámce léčebného účelu.

Co je a co není léčebný postup či metoda, nestanoví Soud, ale vyplývá to ze „zavedených zásad medicíny“. Níže uvádím, jak tento přístup aplikuje Mental Disability Advocacy Center (MDAC) na použití síťových lůžek a dochází k tomu, že je nepřipustné (kapitola 7.3). Je třeba poznamenat, že koncept terapeutické nezbytnosti je nyní velmi napjatý. Napadají ho obhájci primátu autonomie pacienta, vedle MDAC například některé orgány OSN (kapitola 11.3). Soud zatím svůj zavedený přístup precizuje.

### 5.5.3 Nezbytnost a quasi-nezbytnost použití síly

Omezovací prostředek musí být opatřením ultima ratio, tedy použití musí být nutné ve světle okolností a jeho účelem musí být zabránění bezprostřední nebo hrozící újmě, přičemž opatření musí být přiměřené ve vztahu k tomuto cíli. Aby byl omezovací prostředek skutečně až krajní možnost, musí se před jeho použitím vyzkoušet mírnější alternativy, leda by to zjevně nevedlo k odvrácení nebezpečí. To je princip subsidiarity, přičemž uvedené kazuistiky ukazují deficit aplikace v praxi.

U případu pana Bureše uvažme odůvodnění první epizody kurtování jeho neklidem, přičemž to měl být neklid velmi rychle rozvinutý: Pacient byl při převozu na záchytnou stanici klidný a anamnézu agresivity neměl. Přesto byl hned po příjezdu připoután kurty k lůžku. Soud pochybení shledal v tom, že nebyly vyzkoušeny jakékoliv jiné metody pro uklidnění, a poznamenal, že připoutání bylo použito jako běžná praxe (§ 97). Můžeme však tušit, že právě procedura přijetí na záchytnou stanici mohla neklid dramaticky vygradovat.

Případ paní M. S. lze s nadsázkou vyjádřit slovy „co se stane, když člověka s úzkostnou poruchou bolí záda“. Když stěžovatelka navštívila lékaře kvůli bolesti zad, udávala pochybný popis svých potíží a výsledkem byla nedobrovolná psychiatrická hospitalizace a 15 hodin bez řešení zdravotního problému se zády (ačkoli několik lékařů zaznamenalo, že si na bolesti stěžuje), navíc ještě při znehybnění v kurtech. Pro účely své práce ponecháváme zcela stranou otázku oprávněnosti, resp. přiměřenosti nedobrovolné hospitalizace a zaměřuji se na použití kurtů. Když byla paní M. S. na psychiatrické oddělení přinesena na nosítkách, tak, podle dokumentace, křičela, kopala a byla vzdorovitá a hned ji přikurtovali. Ona sama připouští, že byla agitovaná, ale že ji rozčílila lest, za niž považovala svůj převoz. Když si pak v kurtech stěžovala na bolest, už to personál považoval za potíže psychologického rázu. Nebyla i zde eskalace neklidu pochopitelným důsledkem vývoje situace, který nebyl nezbytný? Nelze se divit pacientce, že považuje kurtování za běžný postup vůči pacientům, kteří nedali souhlas s pobytem, a že tato souvislost neunikla ani Soudu. „Je pravda, že v té době stěžovatelka odporovala použití fyzického omezovacího prostředku, ale, s ohledem na okolnosti, za nichž byla přijata do nemocnice a za nichž byla poprvé omezena, se Soud domnívá, že použití omezení může být stěžejí ospravedlněno faktem, že se osoba brání jejich použití.“ (§ 109)

Obojí, tedy rutinní (preventivní) kurtování i vyvolání příčiny k němu, je tak velmi vážným pochybením.

### 5.5.4 Co všechno stát musí učinit

Z rozhodnutí Soudy plyne, že stát je odpovědný za ochranu života a zdraví a důstojnosti osob držených v zařízeních, jako je psychiatrická nemocnice nebo zařízení sociálních služeb. Tedy ve smyslu mezinárodní odpovědnosti státu. Pro přehlednost podávám výčet některých právních aspektů plynoucích z toho, že použití síly hrozí špatným zacházením a že nastupuje povinnost zabránit bezprostředně hrozící újmě:

- Stát musí vytvořit **právní rámec** pro používání omezovacích prostředků a pro jejich kontrolu.
- Je to stát, kdo musí být schopen **doložit odůvodněnost a přiměřenost** použití omezovacího prostředku a že jiné rozumné možnosti nemohly uspokojivě řešit nebezpečí, které pacientovi nebo jiným hrozilo. Především se to odráží v dokumentační povinnosti.
- U pacienta v omezení musí být činěna **opatření k ochraně jeho zdraví** – typicky skrze kontroly personálem a ochranu před násilím ze strany jiných pacientů.
- Tam, kde zásah trvá, musí existovat **nástroj k ukončení špatného zacházení**.

- Tak zvaná hájitelná tvrzení o špatném zacházení musí být **řádně vyšetřena**.
- Veřejné orgány ovšem musí **brát v potaz také okolnosti, jako je nemožnost či neochota podat stížnost** u osob s duševní poruchou v detenci. To znamená začít vyšetřování i bez stížnosti, pokud existují dostatečně jasné důkazy, že mohlo dojít ke špatnému zacházení.
- Úřady musí činit všechny za daných okolností **nezbytné a rozumné kroky k ochraně života člověka a k ochraně před špatným zacházením**. Přitom se bere v úvahu, že lidské chování je nepředvídatelné. Sem lze zařadit posilování profesionálního chování pečujících, řádné proškolení o alternativním řešení neklidu a nebezpečného chování pacienta, výcvik v bezpečném způsobu aplikace omezovacích prostředků, oddělení agresivních pacientů od ostatních a zabránění ve vzájemném napadání, sebepoškozování nebo sebevraždě.

Za příklad operativních preventivních opatření může posloužit situace nebezpečí plynoucího ze sebepoškozování člověka v průběhu hospitalizace, o čemž Soud čas od času rovněž rozhoduje. Při posuzování sporných případů jde o to, zda byla například sebevražda předvídatelná a zda personál nemocnice učinil, co se od něj dalo rozumně očekávat. I při těchto preventivních činnostech se uplatní další principy, jako je například princip autonomie. V rozsudku ve věci Fernandes de Oliveira proti Portugalsku Soud vyslovil: „Úřady musí své povinnosti plnit způsobem slučitelným s právy a svobodami dotčeného člověka a tak, aby snížily příležitosti k sebepoškození bez zásahu do autonomie osoby.“ (§ 67) Také princip nejmenšího omezení<sup>62</sup> bere Soud na vědomí. Domnívá se však, že se odkazem na něj stát nemůže zprostit povinnosti chránit pacienty s duševním onemocněním před nebezpečím, které pro sebe představují, především pokud jsou zde zvláštní příznaky, že pacienti mohou spáchat sebevraždu. Tyto principy se musí vyvažovat při zohlednění individuální potřeby zvláštního dohledu u suicidálních pacientů (§ 73).

Nepřekvapivě docházím k tomu, že použití omezovacích prostředků může být formou takového preventivního zásahu k ochraně života člověka (vždyť oprávněným důvodem omezení je předejít bezprostřední újmě pro pacienta). A jako se u omezovacích prostředků pracuje s principem nezbytnosti, přiměřenosti a subsidiarity (jako s předpokladem toho, aby použití síly nebylo špatným zacházením), tak se také u povinnosti zasáhnout k ochraně života člověka bere ohled na jeho autonomii. Obecně není snadné vždy vyhodnotit, co je pro pacienta s duševní poruchou ta nejméně omezující strategie, když sama duševní porucha přináší s sebou mnoho omezení a její postup, pokud není zastaven, tato omezení stupňuje. To, že existují popsané alternativy k použití omezovacího prostředku, činí otázku subsidiarity snazší. Použití omezení pro zajištění bezpečnosti tam, kde se jím nahrazuje nedostatek personálu, nemůže být považováno za oprávněný krok.

---

<sup>62</sup> Článek 8 Doporučení Rec(2004)10.

Případ Nenecheva proti Bulharsku jsem popsala proto, že je na něm tak názorná povinnost státu přijmout ochranná opatření. (Úřady byly srozuměny s faktem, že v domově existovalo reálné ohrožení života dětí, bylo možné snížit je rozumnými opatřeními, a přesto nezbytná opatření v rámci své pravomoci nepřijaly. Tragické události nenastaly náhle a nepředvídatelně zásahem vyšší moci, s nimiž by nebyl stát schopen se vypořádat.) Případ mi připomněl situaci na některých pracovištích zdravotních nebo sociálních služeb, jak je znám ze systematických návštěv. Přeplněné oddělení psychiatrické nemocnice, s minimálním (vyhláškovým) zabezpečením pouze ženským ošetrovatelským personálem, určené pro příjem neklidných pacientů nejrůznějších diagnóz, s nepřehledným vnitřním uspořádáním. Zařízení pro seniory s demencí, s poddimenzovaným personálním zajištěním (vyhláška neexistuje) a jen občasnou přítomností zdravotní sestry, s denním režimem a vnitřním uspořádáním potencujícím neklid a agresivitu nemocných, s praxí používat tlumící léky na základě předpisu lékaře pro futuro, přičemž léky jsou personálu volně k dispozici. V takových podmínkách přicházejí pacienti/klienti k úrazům, zhoršuje se jejich zdravotní stav, jsou utlumeni, preventivně umístováni do sítového lůžka nebo přivazováni k lůžku. Ani zde nejde o náhlý a nepředvídatelný vývoj nebo o mimořádná jedinečná zranění či úmrtí v důsledku vyšší moci. Tají snad ředitelé zařízení tyto podmínky před jejich zřizovateli, před státními kontrolními orgány, zdravotními pojišťovnami nebo ministerstvy odpovědnými za přípravu právní úpravy a politik? Nebo skutečně není možné učinit nic ke zmírnění těchto podmínek nebezpečných pro zdraví a život osob?

Volím tón, který odráží určitou frustraci z toho, že zpravidla odpovědnost dopadá právě jen na nejnižší články a hlavně neuplatňuje se preventivní přístup. Podotýkám, že na tomto místě rozvažují o pouhé povinnosti a odpovědnosti *právní*, nikoli morální či etické.

### 5.6 Shrnutí

Evropský soud pro lidská práva posuzuje namítané zásahy do tělesné a psychické integrity na poli článku 8 Úmluvy (právo na respektování soukromého a rodinného života) a, v případě překročení minimálního prahu závažnosti, také na poli článku 3 (zákaz mučení, nelidského a ponižujícího zacházení a trestu). Jako špatné zacházení již opakovaně posoudil nesprávné použití omezovacího prostředku při psychiatrické hospitalizaci, konkrétně kurtování v lůžku. K omezení kurty Soud přistoupil nikoli jako k léčebné intervenci, ale jako k použití síly.

Pokud Soud konstatuje porušení článku 3 Úmluvy, předchází tomu podrobné zhodnocení okolností případu, přičemž při rozhodnutí o překročení hranice ponižujícího zacházení hrají roli faktory, jako je délka trvání zacházení, jeho tělesné nebo psychické následky a v některých případech i pohlaví, věk a zdravotní stav oběti. Mezi další faktory patří účel, pro který bylo dané zacházení použito, a záměr nebo motivace, které k tomu vedly, a také kontext, například atmosféra zvýšeného napětí a emocí.



Soud omezení považuje za vážné opatření. Připouští je, ale stanovuje přísná pravidla:

- Použití omezovacích prostředků musí být nutné ve světle okolností a jeho účelem musí být zabránění bezprostřední nebo hrozící újmě, přičemž opatření musí být přiměřené ve vztahu k tomuto cíli. Použití omezovacích prostředků nemůže být odůvodněno tím, že se osoba brání jejich použití, a je nepřijatelné jako trest.
- Aby byl omezovací prostředek skutečně až krajní možnost, musí být před jeho použitím vyzkoušeny mírnější alternativy, leda by to zjevně nevedlo k odvrácení nebezpečí (princip subsidiarity). Z možných alternativ musí být zvoleno to nejmírnější omezení.
- Jakmile je osobní svoboda člověka omezena, každé použití síly, které není nezbytně nutné kvůli jeho předchozímu jednání, představuje zásah do lidské důstojnosti a je v zásadě porušením práva stanoveného v článku 3 Úmluvy. Je na zařízení, aby odůvodnilo použití omezovacích prostředků na drženou osobu, tedy existenci a rozsah nebezpečí a neúčinnost mírnějších opatření.

Součástí povinnosti státu podle článku 2 (právo na život) a 3 Úmluvy je také zakotvení dostatečného právního a administrativního rámce pro poskytování zdravotních a sociálních služeb, ustanovení účinného soudního systému objasňování zásahů a stíhání odpovědných osob, provádění odborných a pravidelných kontrol a přijímání „operativních“ opatření k ochraně osob před zásahy ze strany státních i soukromých subjektů. Tam, kde je ve hře špatné zacházení, nelze argumentovat finanční náročností, neboť zákaz je nederogovatelný a zakázané jednání není za žádných okolností ospravedlnitelné.

Omezovací prostředek může být opatřením k ochraně života a zdraví pacienta, ovšem pacient má také právo na ochranu před špatným zacházením plynoucím z neoprávněného násilí.

Soud měl zatím příležitost vyjádřit se pouze ke kurtování při psychiatrické hospitalizaci, což komplikuje širší aplikaci jeho názorů. Je jisté, že v prostředí zdravotních a sociálních služeb se některé intervence právně posuzují jako použití síly. Soud pak řeší otázku nezbytnosti a přiměřenosti použití. Bezpečně lze tento standard vztahovat na opatření podobná kurtování a na izolaci, ale další použití bez předchozích rozhodnutí nad jinými okolnostmi není snadné ani zaručené. Především není znám názor Soudu na použití chemického omezení nebo síťového lůžka.

Úmluva je živoucí instrument a Soud ji vykládá ve světle společensko-politicko-kulturního vývoje s cílem postupného posilování jednotlivých práv a svobod a zvyšování standardu ochrany. Ačkoli tímto způsobem Úmluva absorbovala řadu morálních norem, představuje nástroj (mezinárodně)právní a takovou povahu mají i názory vyslovené Soudem.

## 6. Evropský výbor pro zabránění mučení (CPT)

Další instituce Rady Evropy, kterou představím, je Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT). Výbor sleduje stejný konečný cíl jako Evropský soud pro lidská práva, totiž přispívat k ochraně lidských práv v Evropě, nicméně činí tak skrze své specifické poslání a nástroje a je zcela nezávislý na Soudu či orgánech Rady Evropy. Působí preventivně monitoringem situace na místech zbavení svobody v jednotlivých státech Rady Evropy a tlakem na jejich vlády, čímž doplňuje následnou kontrolu, kterou provádí Soud přezkoumáním jednotlivých stížností a která sama o sobě nemůže zcela zajistit absolutní zákaz špatného zacházení. V roce 2017 vydal výbor propracovaný standard k používání omezovacích prostředků, který nemá v českých předpisech obdoby. (34)

Nejprve představím výbor, jeho roli a pravomoci a vysvětlím povahu jeho standardů. U doporučení k používání omezovacích prostředků nejprve shrnu jejich obsah a pak ukážu způsob aplikace na příkladu tří nedávných návštěv. V části *Komentář* rozeberu vybrané problémy.

### 6.1 O Výboru CPT

Výbor CPT byl zřízen na základě mezinárodní smlouvy Rady Evropy z roku 1987,<sup>63</sup> ke které v průběhu let přistoupilo všech 47 členských států Rady Evropy (tedy nikoli Bělorusko a Vatikán). Podle této úmluvy „výbor prostřednictvím návštěv zjišťuje, jak je zacházeno s osobami zbavenými svobody, s cílem posílit v případě nezbytnosti ochranu těchto osob před mučením a před nelidským či ponižujícím zacházením nebo trestáním“ (článek 1). Okolnost zbavení osobní svobody a podřízení moci státu vytváří jednak specifickou zranitelnost, při které je člověk vydaný druhým osobám v obtížně kontrolovatelném prostředí a s omezeným přístupem k obraně a (právní) pomoci, a jednak přináší také odpovědnost státu za podmínky a zacházení v detenci (srov. kapitolu 5.2.2).

Mezinárodní smlouva přiznává Výboru CPT značná oprávnění pro provádění návštěv: Výbor má přístup na území státu a právo cestovat bez omezení, má neomezený přístup na kterékoli místo, kde se nacházejí osoby zbavené svobody, a neomezenou možnost pohybovat se na nich; má právo na přístup k úplným informacím o těchto místech, může mluvit s osobami zbavenými svobody bez přítomnosti třetí osoby a také má právo komunikovat s každým, kdo mu podle jeho názoru může poskytnout důležité informace. Výbor po každé návštěvě vypracuje zprávu o zjištěných skutečnostech a připojí návrhy opatření, které jsou následně předmětem dialogu s vládou navštíveného státu. Informace shromážděné výborem v souvislosti s návštěvou, jeho zpráva

---

<sup>63</sup> Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Evropské úmluvy o zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání č. 9/1996 Sb. Úmluva vstoupila v platnost v roce 1989.

a konzultace s dotčenou vládou jsou důvěrné. Výbor zprávy zveřejňuje až na požádání vlády, a to společně s jejími poznámkami.<sup>64</sup>

Oprávnění při provádění návštěv jsou opravdu rozsáhlá a zjištění výboru jsou díky tomu tak říkajíc z první ruky. To je podstatný rozdíl oproti činnosti autorit, které mají poznatky pouze zprostředkované skrze různá oznámení a zprávy a mohou snáze podléhat tlakům vlád nebo nevládních organizací. Evropský soud pro lidská práva činí ve svých rozhodnutích na zjištění a doporučení Výboru CPT čím dál častěji odkazy.

Ochrana před mučením a špatným zacházením je terén, který má Výbor CPT společný s Evropským soudem pro lidská práva, neboť tvoří podstatu článku 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. Ustanovení Úmluvy představují minimální lidskoprávní standard, nad který se mohou státy dále rozvíjet, například skrze závazek spolupráce s Výborem CPT. To znamená, že ne každé zpronevření se prevencí špatného zacházení nutně představuje také porušení Úmluvy. Obě instituce deklarují, že směřují k synergii a vzájemnému doplňování se.

V průběhu 28 let činnosti se práce Výboru CPT etablovala a standardizovala, bylo vykonáno na 420 návštěv. Nejvíce pozornosti výbor věnoval a věnuje tradičním místům zbavení osobní svobody člověka, jako jsou věznice, policejní zařízení, zařízení pro detenci cizinců a psychiatrická zařízení. S tím, jak se pojem „zbavení svobody“ vyvinul v judikatuře Soudu, začal Výbor CPT navštěvovat také uzavřená zařízení sociální péče, nicméně nejsou na programu zdaleka všech návštěv. Stejně tak je patrné, že menší pozornost výbor věnuje zařízením pro děti.

Výbor CPT tvoří vždy po jednom příslušníci smluvních států, které na čtyřleté období volí Výbor ministrů Rady Evropy. Mezinárodní úmluva vyžaduje, aby měli schopnosti v oboru lidských práv nebo odborné zkušenosti v relevantních oblastech. Jakmile jsou zvoleni, vystupují členové jako experti – soukromé osoby (nejsou tedy reprezentanty svých států). Během vlastní dvouleté zkušenosti člena jsem poznala, že na nezávislost a nestrannost svých členů Výbor CPT klade velký důraz a že mají členové dostatečný prostor jednat prosazovat ve výboru své odborné mínění a jednat usměrňovat jeho činnost.

Co se mi zdá důležité zmínit, je aktuální poměr lékařů mezi členy výboru – na počátku roku 2018 jich bylo 14, z toho 7 psychiatrů. Zajímavé je, že převahu mezi nimi mají lékaři ze zemí východní Evropy. Další dva členové měli vzdělání v oboru psychologie. Součástí delegací, které provádějí návštěvy, jsou vždy také lékaři. Uvádím tyto podrobnosti proto, že jsem zaznamenala od českých lékařů a manažerů

---

<sup>64</sup> Krom internetových stránek výboru ([www.cpt.coe.int](http://www.cpt.coe.int)) je ke sdílení zpráv a dalších dokumentů výboru zřízena zvláštní databáze HUDOC CPT (<http://hudoc.cpt.coe.int/eng#>). Fakticky vážně zveřejňování zpráv pouze u několika států (vesměs Ázerbájdžán a Rusko a u některých zpráv také Turecko), zatímco vlády ostatních států o zveřejnění zpráv žádají, bez ohledu na jejich případně kritický obsah.

zdravotních služeb výhrady k doporučením Výboru CPT v tom smyslu, že jsou nereálná a psaná tak zvaně od stolu, že někdo z Evropy nemůže rozumět české realitě a že rady výboru jsou jen „knížecí“. Taková kritika by byla na pováženou, pokud by byla oprávněná. Po mém soudu tomu tak není, protože jednak názory výboru určuje dostatečný počet klinických lékařů v řadách jeho členů a jednak osobnosti těchto lékařů a lékařů, kteří spolupracují v roli externích expertů, jsou skutečně mimořádné co do zkušeností s poskytováním péče i rolí lékaře a poskytovatele zdravotních služeb ve zdravotnickém systému. Ostatně také tón v dokumentech Výboru CPT, které se týkají mého tématu, vyjadřuje respekt k práci zdravotnických pracovníků a nikoli nadřazenost a udělování lekcí.<sup>65</sup>

Výbor provádí návštěvy ve všech smluvních státech, a to jednak pravidelné, které jsou rozsáhlejší, a jednak „ad hoc“, tedy vyžádané okolnostmi a zpravidla zaměřené na nějaký problém. V České republice dosud proběhlo sedm návštěv, z toho čtyři periodické (1997, 2002, 2006, 2010 a 2014) a dvě ad hoc (2008 a 2009), zaměřené především na provádění chirurgických kastrací u pachatelů sexuálních trestných činů.

### 6.2 Standardy CPT

Názory, které Výbor CPT zastává, se vyvíjejí v čase, tak jak získává nové poznatky z navštívených zařízení a jak se rovněž vyvíjí úroveň ochrany lidských práv v systému Rady Evropy. To, jak výbor aplikuje zákaz špatného zacházení při hodnocení poznané reality, respektive co doporučuje jako opatření k prevenci špatného zacházení, je zaužíváno označovat jako „standardy CPT“. Nejsnazší způsob, jak se s nimi seznámit, je studovat sbírku tematických kapitol z výročních zpráv výboru. Vedle informací o činnosti totiž obsahují poznatky, názory a doporučení k problému, ke kterému se Výbor CPT aktuálně rozhodne shrnout svou práci. Někdy tak činí vydáním zvláštního dokumentu.

Co je úplný standard CPT, to lze poznat z obsahu zpráv z návštěv jednotlivých států, které se postupně zveřejňují. To je živá látka, která se tvoří na každém zasedání Výboru CPT a která reaguje na právě učiněné poznatky i odbornou a společenskou diskusi. I když je práce s jednotlivými zveřejněnými zprávami náročná (jsou rozsáhlé a nejsou v češtině), je zajímavější a snad i plodnější oproti práci se sbírkou standardů, jejíž uhlazený text postrádá zasazení názoru do plného kontextu

---

<sup>65</sup> „CPT by chtěl oficiálně konstatovat, že u převážné většiny pracovníků ve většině psychiatrických zařízení, která jeho delegace navštívily, pozoroval obětavý přístup v rámci péče o pacienty. Tato situace si v některých případech zaslouží zvláštní ocenění vzhledem k nízkému počtu zaměstnanců a omezenému množství zdrojů, které má personál k dispozici.“ (35, bod 27) „Výbor CPT se domnívá, že nastal čas, aby podrobněji rozpracoval své předchozí komentáře. Uvítal by k této části své všeobecné zprávy připomínky odborníků z praxe. Níže uvedené poznámky jsou činěny právě v duchu takového konstruktivního dialogu, s cílem napomoci zdravotnickému personálu v plnění jeho namáhavých úkolů a poskytnout pacientům vhodnou péči.“ (36, bod 36)

a názornou aplikaci na ty které podmínky. Je tedy vhodné při studiu nějakého problému vyjít ze sbírky a potom doplňovat poznatky z tematicky zajímavých zpráv z návštěv.

Sbírka standardů je přístupná na internetových stránkách výboru.<sup>66</sup> Její primární jazyk je anglický a francouzský, přičemž postupně z iniciativy států a Rady Evropy vznikají překlady do národních jazyků. Překlad do češtiny je díky úsilí Úřadu vlády České republiky v roce 2016 téměř kompletní.

V oblasti detence v zařízeních zdravotní a sociální péče můžeme vycházet pouze z již poněkud zastarávajícího standardu pro nedobrovolnou hospitalizaci v psychiatrických zařízeních z roku 1998 (35) a zvláštního standardu pro téma používání omezovacích prostředků, o kterém podrobně pojednám. Žádný propracovaný standard pro zacházení v zařízeních sociální péče Výbor CPT dosud nevydal a lze tedy vycházet jen ze zpráv z návštěv některých zemí.

K zaměření Výboru CPT je důležité poznamenat, že jeho přístup od počátku spočívá jednak v tom, že na navštíveném místě zkoumá, zda nedochází k porušování práva nebýt podroben špatnému zacházení, ale je pozorný také k indikátorům, které by předznamenávaly hrozící zásahy. Vyplývá to právě z poslání výboru, kterým je prevence, a závazku států na prevenci s výborem spolupracovat. Výbor tedy rozvinul tzv. *pojistky*, tedy rozumná opatření, která brání tomu, aby ke špatnému zacházení došlo ve formách, v jakých je lze předvídat. Systémové zavádění určitých pojistek, a jejich udržování v praxi a ne jen na papíře, je jedním z témat doporučení a standardů výboru.<sup>67</sup> Konečně, zvláště v zařízeních tzv. tvrdé detence Výbor CPT rovněž propracovává doporučení k *podmínkám* v zařízeních, neboť ty samotné – pokud jejich neuspokojivost přesáhne určitou mez – mohou dosáhnout úrovně špatného zacházení, jak to také judikuje Evropský soud pro lidská práva.

### 6.3 Standard k používání omezovacích prostředků v psychiatrických zařízeních pro dospělé

Výbor CPT při návštěvách psychiatrických zařízení vždy věnoval zvláštní pozornost používání různých typů omezení, a to s ohledem na jejich invazivní povahu a možnost zneužití. První shrnutí standardu k používání omezovacích prostředků představuje výňatek z 8. všeobecné zprávy CPT, publikované v roce 1998 (35, body 47–50). Šlo pouze o čtyři články v rámci pojednání o nedobrovolné

---

<sup>66</sup> <http://www.coe.int/en/web/cpt/standards>

<sup>67</sup> Již notoricky zažitá a přetavená do zákona jsou například pojistky proti špatnému zacházení při omezení svobody policií: právo dotčené osoby, aby byla o jejím zadržování informována třetí strana podle vlastního výběru (rodinný příslušník, přítel, konzulát), právo na přístup k právnímu zástupci a právo na přístup k lékařům včetně práva nechat se vyšetřit, pokud si to zadržovaná osoba přeje, lékařem podle vlastního výběru (vedle vyšetření, které provede lékař povoláný policejními orgány).

hospitalizaci v psychiatrických zařízeních a podstatnější je až tematická část z 16. všeobecné zprávy CPT, publikované v roce 2006 (36; dále jen „standard z roku 2006“).

Text standardu z roku 2006 byl do češtiny přeložen až v roce 2016. To je podle mého názoru škoda, protože od roku 2006 se v českých podmínkách udála příprava a schválení zákona o zdravotních službách a vydání dvou metodických pokynů a standard CPT na to neměl prakticky vliv. To je zjevné z toho, že mnohé názory Výboru CPT jsou nejen nepřijímané, ale co je horší, jsou neznámé.

Souvislost s překladem zde vidím velmi zřetelně, neboť ochota a schopnost pracovníků ministerstev, krajských úřadů a poskytovatelů zdravotních služeb pracovat s cizojazyčným textem je omezená.

Názory Výboru CPT do českého prostředí pronikaly pouze skrze zprávy z jeho návštěv České republiky, nebo působením subjektů hájících uživatele služeb, jakož i veřejného ochránce práv.

Po několikaleté intenzivní debatě byl standard revidován a verzi z roku 2006 nahradil dokument z 21. března 2017 (34; dále jen „revidovaný standard“). Ačkoli revidovaný standard ten původní nahrazuje, je užitečné číst je společně. Standard z roku 2006 obsahuje podrobnější komentář, tedy umožňuje snáze pochopit logiku a úmysl Výboru CPT.

### 6.3.1 Základní zásady

Revidovaný standard připouští omezovací prostředky pouze jako **výjimečné opatření** pro případ pacientů, kteří představují nebezpečí pro sebe nebo ostatní. Konečným cílem by podle standardů vždy mělo být **zabránit použití omezovacích prostředků**, a to omezením četnosti jejich používání a také trvání, nakolik je to jen možné. K tomu je, podle Výboru CPT, zásadní, aby příslušné orgány a také vedení zařízení přijaly strategie a činily proaktivní opatření. Konkrétně uvádí zajištění bezpečných materiálních podmínek (včetně přístupu na vzduch), dostatečného počtu zdravotnického personálu a správného vstupního a průběžného vzdělávání a podporu alternativních přístupů.

V úvodu text výslovně požaduje, aby byly omezovací prostředky vždy použity v souladu se **zásadami legality, nezbytnosti, proporcionality a zodpovědnosti** (angl. accountability):

- Všechny typy omezení a podmínky pro jejich použití mají být upraveny právem.
- Omezovací prostředek musí být postupem poslední volby (ultima ratio), k zabránění bezprostřední újmy pro pacienta nebo pro ostatní, a použití musí trvat co nejkratší možný čas.
- Když se zvažuje použití omezení, musí se upřednostnit nejméně omezující a nejméně nebezpečné opatření.
- Každý případ omezení musí být řádně zaznamenán nejen v individuální dokumentaci pacienta, ale také ve zvláštním registru, a četnost a trvání použití omezení se má pravidelně hlásit dozorovému orgánu.

Za základní zásadu je třeba považovat také **princip nejmenšího omezení**, který je základním principem v oblasti ochrany práv osob s duševní poruchou.<sup>68</sup> Promítá se do nároků na prostředí, kde je poskytována péče, na léčbu a vůbec opatření proti vůli pacienta včetně omezovacích prostředků.

### 6.3.2 Co se připouští jako omezovací prostředek

Revidovaný standard je stručný a přehledný. Vyjmenovává čtyři kategorie opatření, která se vyskytují ve většině navštěvovaných států, a k nim se pak vyjadřuje. Jde o omezení fyzické, mechanické a chemické a izolaci, jak jsem předznamenovala v kapitole 1. V bodě 3.4 se výslovně vyžaduje zákaz používání síťových nebo klecových lůžek a v bodě 3.3 se nepřipouští používání pout nebo řetězů.

### 6.3.3 Kdy a jak je možné omezovací prostředky používat

K čemu Výbor CPT formuloval řadu poznámek a doporučení, jsou okolnosti a způsob použití omezovacích prostředků. Na otázku „kdy“ odpovídá základní zásada, totiž použití je oprávněné, jen pokud je omezení nezbytné k zajištění bezpečnosti. Otázka „jak“ zahrnuje řadu dílčích problémů. Obecně se to vyjadřuje v revidovaném standardu tak, že omezovací prostředky musí být používány dovedně a s péčí, aby se snížilo riziko poškození nebo způsobení bolesti a aby se maximálně zachovala důstojnost pacienta (bod 3.1).

U fyzického omezení se zdůrazňuje, že personál<sup>69</sup> musí mít speciální školení v technikách držení, které minimalizují nebezpečí zranění. Úchopy krku a postupy, které mohou blokovat dýchací cesty nebo způsobit bolest, musí být zakázány. V případě mechanického omezení se smí používat pouze vybavení navržené tak, aby snižovalo škodlivé účinky (popruhy s vypodložením). Pacienti v omezení by vždy měli být v poloze tváří vzhůru, s rukama podél těla, nesmí být bráněno dýchání a komunikaci. Popruhy mají rukám a nohám umožňovat maximum bezpečného pohybu. Dále Výbor CPT požaduje, aby byl pacient zásadně oblečený, mohl používat sociální zařízení a jíst a pít s přiměřeným komfortem. Mechanické omezení se nesmí provádět na dohled ostatním pacientům, leda by si dotyčný výslovně přál společnost nějakého konkrétního spolupacienta. Pomoc pacientů se při omezování nesmí využívat. Co se týká chemického omezení, standard zdůrazňuje, že lze používat pouze schválené léky s krátkodobým účinkem. Pro omezení v izolaci se požaduje, aby místnost byla pro daný účel speciálně navržená, tedy aby byla bezpečná a představovala pro pacienta klidné prostředí.

---

<sup>68</sup> Srov. článek 8 Doporučení Rec(2004)10 a princip 9(1) Zásad OSN (37).

<sup>69</sup> Ve standardu se často uvádí označení „staff“ nebo „member of staff“ bez dalších přívlastků. Chápu je jako označení pracovníků, kteří se podílejí na péči o pacienty, tedy personál zdravotnický zahrnující personál ošetrovatelský a lékařský, a v tomto obecném smyslu je místy také používám.

Omezení nemůže být samo důvodem pro přerušení léčby pacienta, přičemž odvykací syndromy se musí odborně řešit. Pokud je pacient závislý na nikotinu, po dobu omezení by měl dostat buď nikotinové náplasti, nebo příležitost kouřit s asistencí pečujících.

Co se týká zajištění dohledu, dlouhodobý standard Výboru CPT vyžaduje, aby pacient podrobený mechanickému omezení nebo izolaci byl pod neustálým dohledem, který v případě mechanického omezení zajišťuje přítomný pracovník, v případě izolace pak má být personál za dveřmi, tak aby ho pacient viděl a aby se slyšeli. Kamera může takový dohled posílit, ale nemůže jej nahradit. Smyslem přítomnosti pracovníka je udržovat s pacientem terapeutický vztah a poskytovat mu pomoc.

Pokud jde o výběr konkrétního typu omezení, vedle zásady zvolit co nejméně omezující a nejméně nebezpečné omezení se v bodě 5 revidovaného standardu klade důraz na názor pacienta a jeho předchozí zkušenosti.

### 6.3.4 Vnitřní předpisy a školení ošetřujícího personálu

Že každé psychiatrické zařízení by mělo mít k omezování komplexní a pečlivě zpracovaná pravidla, je v revidovaném standardu uvedeno jako obecná zásada. Na přípravě takových pravidel se mají podílet vedle vedení také pracovníci zařízení. Také ve vnitřní úpravě se má odrážet cíl, kterým je pokud možno omezování předcházet. Pravidla mají jasně stanovit, jaké prostředky je možné používat, za jakých okolností a jak, jaký dohled se vyžaduje a co následuje po ukončení omezení. Standard vyžaduje, aby vedle toho pravidla upravovala také vzdělávání personálu, zaznamenávání do dokumentace, vnitřní a vnější hlášení, rozbor situací a stížnostní postup. Informace o těchto pravidlech by měla být dostupná také pacientům. Školení personálu dává revidovaný standard ve svém úvodu do přímé souvislosti s naplňováním základního cíle, kterým má být maximální prevence použití omezovacích prostředků.

### 6.3.5 Pojistky

Standardy CPT požadují několik pojistek proti špatnému zacházení, tedy v tomto případě opatření, jež mají za cíl zabránit zneužití omezovacích prostředků.

Zprvé je stanovena podmínka, že každé použití omezovacího prostředku musí být výslovně nařizeno lékařem na základě individuálního posouzení, anebo musí být lékaři bezprostředně ohlášeno s tím, aby je co nejdříve na základě vyšetření pacienta schválil. Ačkoli jsou to zpravidla sestry, kdo se ocitá v naléhavé potřebě zasáhnout při výskytu nějaké nebezpečné epizody, nepřipouštějí se blanketní předpisy a je nezbytné přivolat lékaře (i zpětně).<sup>70</sup> Také v případech omezení trvajících více než

---

<sup>70</sup> Ve standardu z roku 2006, bodě 44, výbor vysvětluje, že dle jeho zkušeností bývají omezovací prostředky používány při paušálních povoleních častěji, na rozdíl od rozhodování případ od případu.



několik hodin má lékař stav revidovat, přičemž a při opakovaném omezování se dává ke zvážení vyžádat si posouzení věci druhým lékařem (bod 4.2 revidovaného standardu).

Zadruhé, klasickou pojistku představuje důkladné dokumentování případu. Umožňuje zpětně objektivně hodnotit vývoj zdravotního stavu pacienta, případně práci s nebezpečností jeho chování, a usnadňuje odhalení případného zneužití omezení. Výbor CPT byl vždy jednoznačný, co se týká požadavku, aby se o použití omezovacího prostředku pořizoval záznam nejen do individuální dokumentace pacienta, ale také do zvláštního registru na úrovni zařízení.<sup>71</sup> Přidává tím důraz také na sledování situace na daném pracovišti, přičemž toho lze dosáhnout právě jedině skrze práci s dokumentací typu registr (evidence). Přesné informace o rozsahu používání omezovacích prostředků umožňují vedení zařízení přijmout opatření ke snížení míry jejich používání.

Co je novinkou revidovaného standardu, je požadavek, aby se informace o četnosti a délce použití omezovacích prostředků pravidelně hlásila dozorovému orgánu, aby existoval na národní a regionální úrovni přehled o stávající praxi a mohlo se pracovat na strategii k omezování restrikcí.

Mezi pojistky lze zařadit i stížnostní procedury, které revidovaný standard upravuje v bodě 12. Svého druhu pojistkou je také požadavek přímého dohledu u pacienta v mechanickém omezení nebo izolaci, neboť snižuje nebezpečí poškození nebo útrap pacienta v důsledku nějakého nešťastného vývoje událostí anebo zanedbání základních potřeb.

### 6.3.6 Zpětný rozbor situace

Jak ve standardu z roku 2006, tak v revidovaném standardu věnuje Výbor CPT zvláštní pozornost pohovoru lékaře s pacientem po skončení omezení (angl. debriefing). Revidovaný standard uvádí, že takový rozhovor je zásadní, aby se pacientovi dostalo vysvětlení důvodu omezení, zmírnilo se psychické trauma z tohoto zážitku a obnovil se vztah mezi lékařem a pacientem. Pacient a pečující se mohou společně pokusit dojít k tomu, jak by se pacient mohl lépe ovládat, a tak se snad vyhnout dalším atakům agresivity a následnému použití omezovacích prostředků. Původní standard připomíná, že pohovor je příležitostí také pro pacienta vysvětlit, co zažíval před omezením, což může pomoci jemu i pečujícím lépe pochopit jeho chování; není to jen pacient, kdo může být použitím restrikcí traumatizován, ale i personál tváří v tvář agresi pacienta.

---

<sup>71</sup> Požadavek výboru přejímá také Doporučení Rec(2004)10, viz článek 27 odst. 2 a body 201 a 203 Výkladového memoranda.

## 6.4 Doporučení Výboru CPT pro Českou republiku a některé další státy

### 6.4.1 Jednotný standard versus národní specifika

Praxe poskytování zdravotní a sociální péče je v evropských zemích velmi různá. Někdy je docela obtížné se zorientovat v tom, co v té které zemi představuje oblast zdravotní a co sociální, nemluvě o tom, že služby péče někdy spadají dokonce pod resorty justice a vnitra. Je potom možné poměřovat je jedním standardem? Tato otázka se nabízí, stejně jako pochybnost, jak jedním standardem reagovat na velmi odlišné národní trendy. Například v Nizozemsku je znát dlouhodobá snaha obejít se při poskytování psychiatrické péče bez omezovacích prostředků, zatímco ve Francii je jejich používání na vzestupu (14). Vyvážené zohlednění různé vyspělosti a tradic jednotlivých států je opravdová výzva, stejně jako věrnost poslání výboru bránit špatnému zacházení, jehož zákaz je absolutní.

Národní specifika se pochopitelně projevují také v rámci diskuse uvnitř samotného Výboru CPT. To vedlo k tomu, že revidovaný standard představuje v některých svých bodech kompromis, například dává některé kroky pouze ke zvážení (jako žádoucí standard) namísto striktního požadavku (jako minimální standard), ale tím spíš se uchránil před nebezpečím být nerealistickým pokusem regulovat to, co zatím celoevropsky regulovat nelze. Příkladem momentu, na kterém panuje všeobecná shoda, je požadavek na neustálou přítomnost personálu u pacienta v omezení.

Než přistoupím k vlastnímu komentáři standardů CPT, pro dokreslení různosti kontextů a pro osvěžení výkladu zařazuji střípky ze zpráv z posledních návštěv Nizozemí, Velké Británie a Lichtenštejnska.

### 6.4.2 Nizozemí 2016: pro re nata předepsaný rychle tišící lék jako omezovací prostředek

Při poslední periodické návštěvě Nizozemí, která proběhla v květnu 2016, navštívila delegace Výboru CPT dvě vězeňská a dvě civilní psychiatrická zařízení. (38) Nizozemí je příkladem země s vysokou úrovní poskytované péče. Pacienti si při rozhovorech nestěžují na špatné zacházení, materiální podmínky jsou výborné, s ubytováním většinou v jednolůžkových pokojích, ošetřující personál působí profesionálně, režim v psychiatrických zařízeních se obejde bez zamykání pokojů přes den a léčebný program sestává z různého typu intervencí. V žádném z navštívených zařízení nebylo zaznamenáno používání mechanického omezení; v případě nutnosti se používala izolace nebo chemické omezení. Zajímavé je, jak se Výbor CPT ve zprávě z této návštěvy vyjádřil k povaze tišících léků s rychlým účinkem předepsaným pro možné použití v budoucnu, tzv. pro re nata.

Ve zkoumaném případě mohl ošetřující lékař předepsat, aby sestra v případě nutnosti samostatně podala injekci s rychle působícím tišícím lékem (angl. rapid tranquilliser), a to při psychomotorickém neklidu, vážných hrozbách a při násilí na straně pacienta. Lékař pak v případě podání už nebyl ani informován, ani nemusel okamžitě přijít dotčeného pacienta zhlédnout.

Výbor CPT ve svém hodnocení vyšel z toho, že injekce s rychle působícím tišícím lékem je formou chemického omezení, se kterým se pojí významné nebezpečí pro zdraví pacienta, především život ohrožující srdeční arytmie, nízký krevní tlak a dechový útlum. Proto výbor uvádí, že „použití vyžaduje lékařský dohled a dodržování přísných postupů všemi dotčenými zdravotníky, stejně jako nezbytné dovednosti, léky a vybavení. Použití rychle působících tišících léků na základě předpisu pro re nata bez přímého potvrzení lékařem by na sestry příliš přenášelo odpovědnost za zhodnocení pacientova duševního stavu a za náležité řešení případných komplikací v nepřítomnosti lékaře. Také by se tak mohla snížit motivace ošetřovatelského personálu pokoušet se o de-eskalaci situace použitím jiných prostředků, což by v důsledku otevíralo prostor pro zneužití.“ (38, bod 112)

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

Podle názoru Výboru CPT se tedy – z povahy použitého léku a kontextu jeho použití – jedná o omezovací prostředek a na použití se musí vztahovat obecné zásady a pojistky. Krom toho výbor ve zprávě formuloval také specifické pojistky, totiž že takové pro re nata předpisy mohou činit pouze zkušení lékaři na základě komplexního zhodnocení fyzického stavu pacienta, jejich platnost musí být omezená (týdny spíše než měsíce) a musí se přehodnocovat po každém použití nebo při změně pacientovi předepisovaných léků.

Tento příklad po mém soudu dobře ilustruje několik momentů. Jednak to, že klinická realita pracuje s různě pojmenovanými postupy a nástroji a klasifikovat některý z nich jako omezovací prostředek nemusí být pro zdravotníky intuitivní a snadné. Zadruhé je zřejmé, že porozumění standardu CPT mnohem lépe poslouží rozbor konkrétního zjištění, než pouhý normativní text.

### 6.4.3 Velká Británie 2016: dlouhodobé oddělení a používání síly speciálními zásahovými týmy

Poslední periodickou návštěvu Velké Británie, která proběhla v roce 2016, shrnuje rozsáhlá zpráva. (39) Šetření, tentokrát zaměřené na Anglii, proběhlo v pěti psychiatrických nemocnicích – dvou civilních a třech forenzních. Tamní situace je poznamenána narůstajícím počtem hospitalizovaných a tedy i přeplněností.

Pasáž o používání omezovacích prostředků je relativně dramatická, co se týká zařízení forenzní psychiatrie. Z poznámek k civilním zařízením stojí za zmínku dvě skutečnosti. Jednak že Výbor CPT tematizuje jako jeden z úkolů poskytovatelů péče také zajištění přiměřeného lidského kontaktu

pro pacienty v omezení. Zadruhé, v bodě 118 nalezneme shrnutí praxe používání omezovacích prostředků v navštívených zařízeních, přičemž je zřejmé, že v jedné nemocnici výrazně převažovalo omezení v poloze lehu na břiše proti lehu na zádech, a to přesto, že právě probíhal program zacílený na redukci této praxe.

V pasáži o forenzních zařízeních (body 147 a 149) mě zaujalo, že Výbor CPT učinil zjištění o významné četnosti případů použití odloučení pacienta po dobu delší než 24 hodin (v jedné nemocnici to byla minimálně čtvrtina případů použití izolace, v jiné zase z 30 omezených pacientů bylo odloučení u pětiny v rozmezí osmi a 45 dní), a přitom trvání omezení vůbec nekomentoval. I pokud delegace výboru jednotlivé případy prostudovala a dle dokumentace byly v pořádku, je to poněkud nezvyklé při vědomí toho, že ve standardu se o délce omezení pojednává v řádu „minut spíše než hodin“. Možná je vysvětlením to, že na daných pracovištích představovalo významnější problém umístování pacientů do tzv. dlouhodobého oddělení (segregace), o čemž pojednávají ve zprávě body 150 až 168.

Dlouhodobé oddělení je opatření, které britské předpisy připouští v zabezpečených nemocnicích pro případy, kdy na základě klinického posouzení nelze pacienta ponechat volně na oddělení, protože ostatní pacienti nebo personál by byli neustále vystaveni velkému riziku vážného zranění nebo újmy. Toto opatření se ukládá zpravidla po několikadenní izolaci a v některých případech trvá i roky. Pacient je oddělen buď v izolační místnosti, zvláštním pokoji nebo ve své ložnici, odkud vychází na několik hodin nebo třeba jen 30 minut denně.

Výbor CPT byl vážně znepokojen tím, jak se dlouhodobé oddělení používalo ve dvou z navštívených nemocnic. Používalo se často a po velmi dlouhá období a pacienti měli jen minimum lidského kontaktu, přičemž často ani nebyl přímý a nějak naplňující, ale šlo o komunikaci přes okénko ve dveřích nebo o setkání s obrněnou bezpečnostní jednotkou. Takové zacházení může podle názoru výboru dosáhnout nelidského a ponižujícího zacházení a britské úřady by měly urychleně podniknout kroky ke snížení používání tohoto opatření. Výbor také konstatoval, že ve zkoumaných případech nebylo o dlouhodobém oddělení učiněno odůvodněné rozhodnutí, záznamy byly pouze formální a vůbec se nepracovalo na tom, jak pacienta postupně ze segregace vyvést. Co bylo v daném kontextu hodnoceno jako pozitivní, byl záměr jednoho zařízení žádat co 12 měsíců komplexní přezkum případu od kolegů z obdobného (nezávislého) zařízení. Vedle toho musí ale, podle názoru výboru, existovat také právo pacienta odvolat se proti rozhodnutí o takovém omezení a právo na posouzení jeho oprávněnosti co tři měsíce.

V bodě 147 nalezneme popis opatření k vyhnutí se použití odloučení, a to skrze přizpůsobení prostředí. V navštívené nemocnici zřídili klidovou zónu mezi oddělením a izolační místností. Tam může pečující s pacientem nějakou dobu pobýt a pokusit se o zklidnění vyhoceného stavu. Taková dobrá praxe nicméně není rozšířená, neboť právě v souvislosti s pracovišti, kde se používá

dlouhodobé oddělení, Výbor CPT konstatoval velkou hlučnost a nedostatek klidných míst, kde by se pacient mohl adaptovat na život v rámci oddělení.

Ve forenzních zařízeních s vysokým stupněm zabezpečení působí speciální zásahové jednotky, které slouží k vynucení součinnosti pacienta, když se brání například poskytnout vzorek krve, k doprovodu pacientů v dlouhodobém oddělení mimo jejich ložnici nebo k použití omezovacího prostředku (zpravidla fyzického). V jedné nemocnici takový tým tvořil speciálně školený ošetrovatelský personál, který mohl při zásahu nosit ochranné vybavení, jako je speciální oděv, přilby a štíty. (Podle názoru vedení nemocnice spíše dojde ke zranění pacienta, když musí zdravotník brát ohled na svou bezpečnost.) V takové výbavě zasahoval 325krát za rok ve vztahu k 20 pacientům. Nejčastějším účelem byla pomoc v podobě použití síly při zdravotním zákroku (podání léků). Výbor CPT konstatoval, že personál zkoumaných pracovišť postupoval podle místních předpisů, ale použitá síla se zdála být nepřiměřená.

Při studiu této zprávy Výboru CPT se nelze zbavit pocitu, že rozvinutá britská byrokracie sice umožňuje mít o jednotlivých případech omezení přehled a dopracovat se zajímavých čísel, tím se ale její přínos vyčerpává. Nezaručuje už komplexní přístup zaměřený na snižování nebezpečnosti prostředí, kde se péče poskytuje, posílení ošetroujícího personálu, zajištění lidského kontaktu a používání omezení s výhledem, jak bude dál vypadat vztah mezi pacientem a pečujícími. Výbor CPT na to reaguje částečně kriticky, ale řada klíčových otázek zůstává nedořešena, když ve zprávě pouze žádá další vyjádření od britských úřadů a konečné hodnocení se odsouvá.

Zpráva detailně popisuje několik případů dlouhodobé segregace (body 155 až 161) nebo použití zvláštních zásahových jednotek (bod 171 a 173), které jsou velmi zajímavé, ale jejich rozbor přesahuje účel tohoto textu.

### 6.4.4 Lichtenštejnsko 2016: pohyb omezující opatření

Do alpského knížectví Výbor CPT zavítá co osm devět let, naposled v červnu 2016. Zpráva z této periodické návštěvy (40) je zajímavá tím, že obsahuje několik bodů k používání omezovacích postupů v zařízení sociálních služeb. Konkrétně delegace navštívila zařízení pro seniory, jehož uzavřená část určená pro osoby trpící demencí naplňuje parametry místa, kde jsou lidé zbaveni osobní svobody. Nejde o zařízení, kde bychom mohli snadno aplikovat standard přílehlavý pro psychiatrická zařízení.

Pro ochranu některých ubytovaných seniorů se na navštíveném pracovišti používalo uzamčení vstupních dveří s automatickým odemýkáním na základě zadání vyvěšeného číselného kódu, popruhy pro zajištění osoby sedící na invalidním vozíku a postranice na lůžkách. Výbor CPT mohl praxi v zařízení zhodnotit jen částečně, protože případů použití těchto opatření bylo nemnoho a související dokumentace a také poskytnutá sdělení byly neúplné a nejasné. Důležité je však především to, že k těmto opatřením přistoupil odlišně, než k omezovacím prostředkům v psychiatrickém slova smyslu.

Zprv je zřetelné, že o nich pojednává jako o „pohyb omezujících opatřeních“, tedy ne v dosavadní, psychiatrické terminologii (angl. movement-restricting measure na rozdíl od means of restraint). Zadruhé výbor jako obvykle požaduje pojistky, ale poněkud odlišně – totiž buď platný souhlas klienta s omezením, nebo schválení lékaře. Pro případ zablokování vstupních dveří má být přípustnost faktické detence těch klientů, jejichž intelektuální schopnost nedosahují úrovně potřebné pro použití kódu, přezkoumána soudem. Co je s psychiatrickým standardem shodné, je požadavek na vedení centrálního registru o použití těchto opatření a důkladné dokumentování také v individuálních záznamech klientů.

Životní úroveň je v Lichtenštejnsku vysoká, způsob zajištění veřejných služeb je specifický (v řadě aspektů se Lichtenštejnsko spoléhá na služby poskytované v Rakousku a Švýcarsku) a místních sociálních zařízení není více než pět. Na zjištěních učiněných v těchto podmínkách nelze vyvíjet evropský standard. Zpráva je však jednou z mála, kde Výbor CPT reflektuje podmínky, které jsou nějak srovnatelné také s českými zařízeními sociálních služeb pro osoby s demencí.

### 6.5 Komentář

#### 6.5.1 K závaznosti a váze názorů Výboru CPT

Ze srovnání nástrojů Evropského soudu pro lidská práva a Výboru CPT vystupuje fakt, že názory Výboru CPT nejsou na rozdíl od rozhodnutí Soudu právně závazné, tedy s jejich nerespektováním například psychiatrickými nemocnicemi se nepojí žádná právní sankce, respektive nad implementací ze strany smluvních států nebdí žádná další autorita.

Váhu názorům a standardům výboru však dodává to, že na ně jsou v rozsudcích Soudu odkazy, čímž má Výbor CPT nepřímý vliv na posuzování konkrétních sporů a v důsledku také na realitu v tom kterém státě, který je pak vydaný rozsudek povinen vykonat.<sup>72</sup> Rozhodnutí Soudu se může stát dokonce závazné i pro další státy, pokud dostane v další rozhodovací činnosti Soudu váhu

---

<sup>72</sup> Dokumenty Výboru CPT patří mezi „nejúspěšnější“, respektive v rozhodnutích Evropského soudu pro lidská práva nejčastěji citované při srovnání s dokumenty ostatních orgánů Rady Evropy, jež také nemají přímou právní závaznost. Vyplývá to z nedávného výzkumu Lize Glas, která analyzovala 795 právně významných rozhodnutí, jež Soud vydal v průběhu tří let. (41) Soud obecně na cizí dokumenty neodkazuje často, pouze ve čtvrtině sledovaných rozhodnutí. Ale analýza ukázala, že především tak Soud činí v rozhodnutích, která mají vyšší váhu. A čím je rozhodnutí významnější, tím častěji Soud na citovaný dokument nejen odkáže, ale také jej explicitně použije při výkladu Úmluvy a posouzení případu. Nejčastěji Soud odkazuje na dokumenty Výboru ministrů. Výbor CPT má však prvenství v počtu právě těch odkazů, které Soud učinil v rámci právního posouzení merita sporu. Nejčastěji jde o odkazy na zprávy z jednotlivých návštěv (64) a na obecné zprávy (8). (41)

precedentu. Tím fakticky může i subjekt, jako je Výbor CPT, přispívat k výkladu Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod<sup>73</sup> a samozřejmě také posílit svou autoritu.

Z hlediska vynutitelnosti má stejný efekt, pokud na dokumenty Výboru CPT odkazují národní soudy, jejichž rozhodnutí je vynutitelné ve vztahu k účastníkům řízení. To je jev, který má v Česku rostoucí trend, a konkrétně ve vztahu k názorům Výboru CPT o špatném zacházení Ústavní soud judikoval, že mají závaznost autoritativního výkladu a národní orgány se od nich nemohou odchýlit bez důkladného a přesvědčivého zdůvodnění, jinak hrozí, že se dopustí protiústavnosti.<sup>74</sup>

Zadruhé existuje pro posílení Výboru CPT specifický instrument – veřejné prohlášení. Pokud stát není důsledný ve snaze zlepšit situaci ve světle doporučení výboru či zlepšení přímo odmítne, považuje se to za porušení článku 3 Úmluvy o zabránění mučení, totiž porušení principu spolupráce. Výbor na to může reagovat veřejným prohlášením, což je spojeno s mezinárodní ostudou a vlády států si něco takového rozhodně nepřejí.

Právní a politická váha názorů Výboru CPT je jedna věc. Jejich závaznost přímo v praxi, tedy v případě omezovacích prostředků v jednotlivých zdravotnických a sociálních zařízeních, záleží ještě na dalších okolnostech, jako je například jejich klinická důvěryhodnost a odbornost a také hodnotové zakotvení, které by jim mohlo dodat váhu morální.

### 6.5.2 Lze omezovací prostředky vůbec akceptovat?

Výbor CPT mnohokrát zopakoval, že „v mnoha psychiatrických zařízeních může být občas nezbytné použít prostředky, které omezují volnost pohybu neklidných nebo agresivních pacientů“ (standard z roku 2006, bod 36). Také v revidovaném standardu se použití restrikcí připouští – „výjimečně může být nezbytné“ (bod 1.1). Bylo formulování takového standardu krokem správným směrem? Nebylo v roce 2017 již načase odpoutat se od starých postupů a naznačit státům Rady Evropy, že je konec s tolerováním podmínek péče, které neumožňují obejít se bez restrikcí?

---

<sup>73</sup> Soud při definování významu výrazů a pojmů v textu Úmluvy může a musí brát do úvahy výklad mezinárodního práva příslušnými orgány a praxi evropských států skrze jejich sdílené hodnoty. Srov. Demir a Baykara proti Turecku, § 85.

<sup>74</sup> „CPT je expertní orgán, který na základě svých bohatých zkušeností z návštěv míst, kde se nacházejí osoby zbavené svobody, poskytuje pro různé kontexty výklad pojmů mučení, nelidské a ponižující zacházení. Nejde tedy sice o výklad závazný, ale přesto jde o výklad autoritativní, poskytovaný orgánem, který státy zřídily za účelem posílení ochrany osob zbavených svobody. (...) Od výkladu podaného CPT se lze sice na rozdíl od závazného výkladu odchýlit, však taková odchylka musí být velmi důkladně a přesvědčivě odůvodněna. V opačném případě, pokud nějaký orgán veřejné moci relevantní výklad podaný CPT ignoruje či se s ním nedostatečně vypořádá, ohrožuje základní ústavní hodnotu, jíž je podle čl. 1 odst. 2 Ústavy vázanost České republiky závazky, které pro ni vyplývají z mezinárodního práva.“ Nález Ústavního soudu ze dne 27. října 2015, sp. zn. I. ÚS 860/15 (dostupné na <http://nalus.usoud.cz>), § 59.

Jak dovedil Evropský soud pro lidská práva, v sázce je důstojnost člověka, což je hodnota, kterou má Výbor CPT chránit. Dalším argumentem je také mnohokrát zdokumentovaná škodlivost restrikcí. Zkrátka, omezovací prostředky jsou potenciálně nebezpečné, traumatizující a anti-terapeutické. Z textů výboru je zřejmé, že tento argument používá k vysvětlení svého zájmu o toto téma, takže škodlivost musel při svých úvahách zvažovat.

Výbor CPT akceptoval omezovací prostředky jako krajní opatření, které je aktuálně všude v Evropě používané, ale které může být významně potlačeno. Soustředil se na co nejpreciznější vyladění standardu jejich používání a také potlačování a pro bránění jejich zneužití. To je jeho odpověď na otázku vůbec po ospravedlnitelnosti používání restrikcí a fyzické síly. Přístup Výboru CPT je tedy realistický. Hlubší nebo dokonce etickou argumentaci ve standardech nenalezneme.

### 6.5.3 Co se připouští jako omezovací prostředek

Výbor CPT vychází z praxe v zemích Evropy. Z jazykového vyjádření revidovaného standardu<sup>75</sup> vyplývá, že se výbor nesnaží definovat, co je to omezovací prostředek, ale uvádí zmíněnou typologii s doprovodným vysvětlením, co se pod tím kterým pojmem rozumí. Text revidovaného standardu nenechává na pochybách, že jeho vydáním Výbor CPT nesledoval vedení teoretických úvah, nýbrž shrnutí postoje výboru pro nejčastěji navštěvovaná zařízení – psychiatrické nemocnice a léčebny – a s ohledem na tamní realitu. Oproti dřívějšímu standardu se už jako omezení neuvádí neustálý dohled (angl. shadowing), kdy je člen pečujícího týmu stále po boku pacienta a v případě nutnosti zasáhne; není zde zmínka ani o sledovacích zařízeních, alarmech; nepočítá se s omezující povahou držení pacienta odděleně od ostatních nebo zařízením typu postranice.

Tento přístup usnadňuje aplikaci standardu v tom smyslu, že je jasné, na co dopadá. Nedává nám však odpovědi právě na otázky po hodnocení používání sporných a hraničních opatření. Rozhodně oproti standardu z roku 2006 nepřináší revidovaný standard nic nového. Bývalá členka a současná expertka výboru psychiatrická Veronica Pimenoff se k tomu kriticky vyjádřila. (42) Podle jejího názoru se Výbor CPT stále nevypořádal s odděleným držením některých pacientů ve smyslu bezpečnostního opatření, jakým je ve vězení samovazba. Pro oblast vězeňství přitom Výbor CPT pro toto opatření propracoval standard s četnými pojistkami. Podle Pimenoff je problém, že se tato opatření na psychiatrii (patrně má na mysli především forensní zařízení) přehlížejí a hovoří se jen o izolaci ve smyslu krátkodobého nouzového prostředku. Jako by zde standard CPT ztrácel ze své kredibility, když pomíjí situace, které například v britském kontextu (kapitola 6.4.3) představují palčivý problém.

S přístupem, který Výbor CPT zvolil pro revidovaný standard, nesouvisí principiální zklamání, které dokument musel přinést těm, kdo očekávali ostré vymezení vůči některému z typů omezovacích

---

<sup>75</sup> „in most countries visited by the CPT, one or more of the following types of restraint may be used...”



prostředků. Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy Rec 1235 (1994) „Psychiatrie a lidská práva“ [které předcházelo komplexnímu Doporučení Rec(2004)10] například stanoví, že mechanická opatření se nesmí používat (bod 7.3.). Také v řadách odborníků, kteří pro Výbor CPT pracují, jsou lékaři, kteří osobně vnímají buď izolaci, nebo mechanické omezení jako zcela nevhodné.

Je třeba říci, že Výbor CPT nikdy přímo nevykloučoval používání ať už mechanického omezení, nebo izolace. Ze znění původního standardu lze vyčíst znepokojení, že se někde rozmáhá rutinní oddělování pacientů skrze použití izolační místnosti.<sup>76</sup> Mnohem stručnější text revidovaného standardu však neobsahuje ani takové varování. Konzistentně odmítavý je postoj Výboru CPT (pouze) k používání pout, řetězů a klecových a síťových lůžek, a to ať už použitých ke zvládnutí agresivního chování nebo za účelem ochrany zmatených pacientů. Zatímco ve standardu z roku 2006 označil klecová lůžka za ponižující a u síťových lůžek kvitoval, že jsou na ústupu, a povzbuzoval státy k jejich dalšímu stahování, v revidovaném standardu už bez jakékoli další argumentace požaduje zákaz obou typů omezujících lůžek.

U chemických omezovacích prostředků revidovaný standard uvádí, že jde o nucené podání léků za účelem zvládnutí chování pacienta. Pro případ chemického omezení výbor jednoznačně požaduje stejné pojistky, jako u ostatních typů omezovacích prostředků. Standard z roku 2006 upřesňoval, že k omezení se používají například sedativa, antipsychotika, hypnotika nebo utišující prostředky. Revidovaný standard nevyklučuje žádný typ léků, požaduje pouze, aby šlo o léky s krátkodobým účinkem. Implicitně ze standardu plyne, že se nepřipouští slzné nebo pepřové spreje.

Z rozboru zprávy z návštěvy Nizozemí (kapitola 6.4.2) víme, že v klinické praxi existuje také podávání psychofarmak tzv. pro re nata (tedy na základě předpisu lékaře, který opravňuje sestru podat lék v budoucnu, pokud nastane nějaká předvídaná skutečnost), což omezovací prostředek není. Toto rozlišení není v praxi snadné, ale revidovaný standard k tomu mlčí. Pro bližší poznání přístupu Výboru CPT je tak nezbytné pracovat s individuálními zprávami. Po mém soudu je neblahé, že tak náročné téma, jako je v případě pacientů s problematickým náhledem na onemocnění právě rozlišení chemického omezení od „standardní“ léčby bez souhlasu, nemá ve standardu samostatné pojednání. V jeho rámci mohl Výbor CPT shrnout pojistky doporučované také v případě léků předepsaných pro re nata a srozumitelností a věrohodností zvýšit šanci na přijetí tohoto pojetí ze strany zdravotníků.

---

<sup>76</sup> Bod 42: „Pokud jde o umístění do izolační místnosti, toto konkrétní opatření není nezbytně vhodnou alternativou k použití mechanických, chemických nebo jiných omezovacích prostředků. Izolace může mít na pacienta krátkodobě zklidňující účinek, ale jak známo, může způsobit dezorientaci a úzkost, přinejmenším u některých pacientů. Jinými slovy, umístění do izolační místnosti, aniž by opatření bylo doprovázeno vhodnými pojistkami, může přinést opačný účinek, než jaký sledovalo. Výbor CPT je znepokojen tendencí, patrnou ve více psychiatrických nemocnicích, rutinně se vyhýbat jiným omezovacím prostředkům ve prospěch izolace.“

#### 6.5.4 Zásada nezbytnosti

Revidovaný standard jako by nevěnoval zásadě nezbytnosti mnoho prostoru. Stanoví (bod 1.4), že omezovací prostředek musí být postupem poslední volby (ultima ratio), k zabránění bezprostřední újmy pro pacienta nebo ostatní (angl. to prevent imminent harm), a použití musí trvat co nejkratší možný čas. Dále se zakazuje použít omezovací prostředek jako trest, pro pohodlí personálu, kvůli jeho nedostatku nebo namísto řádné péče nebo léčby (bod 1.6). Zdálo by se, že problém představují pouze případy, kdy jednotlivci zneužijí (nadužívají) omezení praxí rozpornou s těmito pravidly.

Zásada nezbytnosti má však širší význam. Souvisí s ní zajištění bezpečnosti v zařízení, což revidovaný standard uvádí v úvodu: zajištění bezpečných podmínek je jedním z proaktivních kroků k předcházení použití restrikcí. Více nalezneme ve standardu z roku 2006. Cituji jeho bod 37:

„Nemocnice by v zásadě měly představovat bezpečné prostředí pro pacienty i personál. S psychiatrickými pacienty musí být zacházeno s úctou a důstojností, bezpečným a humánním způsobem, který respektuje jejich volbu a právo na seburčení. Minimálním požadavkem je, aby ve vztahu personálu vůči pacientům ani ve vztazích mezi pacienty navzájem nedocházelo k násilí a zneužívání.

Přesto může být s cílem zajistit bezpečnost personálu i pacientů někdy nevyhnutelné použít vůči pacientovi fyzickou sílu. Předpokladem pro vytváření a udržování dobrých životních podmínek pro pacienty a vhodného terapeutického prostředí – což je prvořadý úkol nemocničního personálu – je absence agrese a násilí mezi pacienty i vůči personálu. Z tohoto důvodu je zásadní, aby byl personál odpovídajícím způsobem proškolen a veden, a byl tak eticky přiměřeným způsobem schopen zvládnout výzvu, kterou neklidný nebo agresivní pacient představuje.“ (36)

Výbor tedy jedním dechem mluví o omezení, jako nástroji někdy nezbytném k zajištění bezpečnosti, a o vytvoření podmínek, kdy nemusí *nezbytně* docházet k situacím, ve kterých je pak omezení skutečně nezbytné. Úvod revidovaného standardu přidává také dostatečný počet ošetřujícího personálu, bezpečné materiální podmínky a nabídku a rozvoj alternativních opatření.

Ve vymezení podmínek přípustného použití omezovacího prostředku je nezbytnost navázaná na bezprostřední nebezpečí újmy. V žádné verzi standardů definici *bezprostředního nebezpečí* nenalezneme, ani v Doporučení Rec(2004)10, které v článku 27 rovněž pracuje s pojmem *bezprostřední újma*. Dle Výkladového memoranda (bod 197) pojem *újma* zahrnuje i možné způsobení bolesti. Jinak výklad újmy ani situaci nebezpečí nespécifikuje. Tyto pojmy je tedy třeba dále vykládat, přičemž o problémech v tuzemské praxi pojednávám na jiném místě (kapitola 12.2.3).

Nejasnosti dle mého názoru může vzbuzovat formulace revidovaného standardu CPT v tom, že použití omezovacího prostředku je vztaženo na „násilné psychiatrické pacienty, kteří představují

nebezpečí pro sebe nebo ostatní“. Výslovný odkaz na násilí ze strany pacienta je podle mého názoru nevhodně zužující. Nebezpečí může v praxi představovat také stav pocházející ze zmatenosti, deliria, nemožnosti ovládat své pohyby. Že by tyto souvislosti standard CPT z použití omezení vylučoval? Domnívám se, že nikoli, že by se jednalo o nesprávně použitý jazykový výklad, kterému nenasvědčuje způsob aplikace standardu samotným výborem.

#### 6.5.5 Jak dlouho trvá nezbytnost?

Projevem zásady nezbytnosti je také to, že jakmile pomine nouzová situace, která vyústila v použití restrikce, musí být pacient okamžitě uvolněn (bod 1.4 revidovaného standardu). Revidovaný standard (bod 4.1) k tomu v souvislosti s použitím mechanického omezení a izolace uvádí, že bude zpravidla trvat minuty spíše než hodiny a že použití mechanického omezení po celé dny nelze ospravedlnit a podle názoru výboru dosahuje špatného zacházení. Pokud je ve výjimečných případech nutné pokračovat v mechanickém omezení nebo izolaci po dobu delší než několik hodin, opatření má být lékařem v krátkých intervalech revidováno (bod 4.2).

Výbor CPT měl v minulosti tendenci prosazovat určité konkrétní časové limity pro přípustné trvání omezení.<sup>77</sup> Logika spojená s časovým limitem je taková, že při jeho překročení se hovoří už o prodloužení omezení, se kterým lze spojit další pojistky, například povinnost znovu zajistit vyšetření pacienta lékařem, získat názor druhého lékaře, případně nadřízeného, nebo plánovat přesun pacienta do specializovaného zařízení. Že žádná striktní pravidla (maximální délku přípustného omezení) nezařadil Výbor CPT do revidovaného standardu a také vyžádání si názoru dalšího lékaře v případech delšího nebo opakovaného omezení je dáno pouze ke zvážení (bod 4.2), je aktuální výsledek diskuse odborníků výboru na toto téma.

Jeden pohled na tento výsledek může být, že standard je vágní a nevymezení přípustné délky omezení může mít nebezpečné důsledky v podobě erodování pojmu nezbytnosti. Jiný pohled nalezneme v příspěvku doktorky Veroniky Pimenoff, který přednesla v roce 2015 na konferenci k 25. výročí činnosti Výboru CPT. Pimenoff dává před časovými limity přednost důrazu na prevenci. Ve svém příspěvku se nejprve vymezila vůči tehdejšímu návrhu na revizi standardu, neboť podle jejího názoru neobsahoval důraz na snižování četnosti a trvání omezení a předcházení s tím spojené zátěži a utrpení, ale namísto toho obsahoval „byrokratická pravidla o trvání a nezávislých odbornících, která jsou v klinické praxi jen stěží realizovatelná a rozhodně nevhodná“ (42, s. 11). Považovala za iluzorní možnost získat názor druhého, nezávislého lékaře v časných ranních nebo

---

<sup>77</sup> Byl to případ i zprávy z poslední návštěvy České republiky, kdy výbor posuzoval praxi v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy, kde doba trvání nepřerušovaného mechanického omezení popruhy kolísala mezi 10 a 82 hodinami, přičemž průměrná doba trvání byla přibližně 30 hodin. Výbor na to reagoval doporučením konkrétního maxima v hodinách. (43, bod 165)

ve večerních hodinách, pokud by na tuto dobu připadlo vypršení časového limitu, a buzení pacienta v izolaci za účelem posouzení, zda nemá být po limitu omezení ukončeno. To by byly důsledky tvrdého šestihodinového limitu pro přípustné trvání omezení. Kdo by takový standard přijal, nevzal by v úvahu, že „spánek je zpravidla úlevou pro, začasné beznadějně, trpícího a vážně nemocného pacienta a že ukončení omezovacího prostředku často vyžaduje plán bezprostředně následující péče, který nelze realizovat uprostřed noci, kdy je personální zajištění extrémně nízké“ (42, s. 11).

Doktorka Pimenoff, kterou jsem osobně poznala jako nesmlouvavou zastánkyni humánních postupů v psychiatrii, tedy volá po již zmíněné klinické i právní věrohodnosti standardů CPT. Někdy zkrátka může být klinicky nezbytné omezení prodloužit a má to být rozhodnutí na zodpovědnost lékaře, který pacienta ošetřuje. Také pokud je řeč o bezprostředním nebezpečí jako podmínce, jejíž naplnění musí být neustále splněno pro ospravedlnitelnost trvání omezení, stěžejí lze připustit ohraničení nějakými předem stanovenými limity. Jednak by to byl protimluv a jednak by se zastíral význam klinického rozhodnutí lékaře. V důsledku by buď ošetřující personál delším omezením porušoval pravidla, nebo by – při nejhorším – předčasným uvolněním sám vytvořil nebezpečnou situaci. Také jde o projev realističnosti s ohledem na kontext v evropských zemích poznáný při návštěvách, neboť vydávání nějakého pravidla za minimální standard bez reálného výhledu na konkrétní a opravdovou implementaci by bylo marným krokem. Standard by byl jen na okrasu. Lze však pracovat s limitem pro přípustné trvání nebo platnost jednoho rozhodnutí lékaře. Z individuálních zpráv lze seznat názor Výboru CPT na to, jaká délka trvání omezení již budí silné pochybnosti.

Tím, že revidovaný standard nyní uvádí trvání omezení v řádu minut spíše než hodin, dává Výbor CPT dostatečně najevo, jak nahlíží na nezbytnost, sledování jejího trvání a způsob zajištění péče o pacienty s nebezpečným chováním. Tento přístup výbor zachovává i přesto, že se při návštěvách pravidelně setkává s omezením (mechanickým i izolací) trvajícím déle, dokonce řadu dní. To je po mém soudu správné, neboť v řadě případů je dlouhodobé omezení důsledkem nevhodného způsobu poskytování péče (vč. nedostatku personálu), a tedy ve skutečnosti není nezbytné, což také bývá ve zprávách výboru rozvedeno. Bližší vysvětlení by si však zasloužilo to, že se v revidovaném standardu (bod 3.3) i v doporučeních ve zprávách objevují požadavky stran zajištění jídla, pití a vykonávání potřeby u omezeného člověka („pokud možno samostatně“). Doporučení, které sleduje komfort a důstojnost pacienta, nesmí být vykládáno tak, aby zpochybňovalo zásadu nezbytnosti, a podle toho by také text standardu měl být koncipován.

### 6.5.6 Dlouhodobé použití omezovacího prostředku

Uvedené pojistky se nezdají být řešením případů dlouhodobého omezení, pokud je takové omezení důsledkem zavedené praxe nebo jde o extrémní případ. V prvním případě, pokud se dlouhodobé omezení na nějakém pracovišti akceptovalo jako standardní postup, bude personál realizovat pojistky formálně a ty pak nesplní svůj účel. Pro druhou situaci, tedy extrémní případy pacientů

vytrvale a nepředvídatelně násilných a zároveň rezistentních na léčbu, se zaužíval pojem *dlouhodobé použití omezovacího prostředku* (angl. prolonged use of restraint), a to jak mechanického, tak izolace. Při četbě o dlouhodobém omezování některých pacientů v britských nemocnicích (kapitola 6.4.3) jsem si kladla otázku, zda skutečně nebylo možné měřit všem stejně, uplatnit na zjištěné případy standard CPT a ve zprávě postup navštívených zařízení ostře kritizovat. Výbor CPT namísto toho žádal další vyjádření pro případné pozdější hodnocení. Jistě, situace není černobílá a existují výjimečné momenty. Pokud ale známe jejich znaky a dokonce se pro ně vyvinula terminologie, očekávala bych, že je standard nepomine, když už neposkytne snadné vodítko. Je například možné stanovit další požadavky na ochranu pacienta, jako je zpřísněný přezkum nebo ustanovení opatrovníka.

Standard Výboru CPT tedy vyčerpávající výklad o délce trvání stavu nezbytnosti nedává, když pomíjí případy dlouhodobého použití omezovacího prostředku. Standard se rovněž nevyjadřuje k podobnému problému, kterým je opakované omezování jednoho pacienta.

Nicméně přetrvávající případy dlouhodobého omezení podle mého názoru nepodkopávají myšlenku snižování používání omezovacích prostředků, která je leitmotivem původního i revidovaného standardu. Nesprávné nebo nadměrné používání omezovacích prostředků totiž eliminovat lze. Otázkou podle výboru zůstává, zda je reálné od restrikcí ustoupit zcela.

### 6.5.7 Subsidiarita při použití omezovacího prostředku

Když už se zvažuje použití omezení, musí se upřednostnit nejméně omezující a nejméně nebezpečné opatření. Je jasné, že ošetřující personál má reagovat na hrozivé nebo přímo násilné chování pacienta odstupňovaně. Ale jak konkrétně, totiž jaké opatření je „nejméně omezující“?

Standards nestanoví preferenci jednoho typu opatření před jiným, žádnou hierarchii, ani například prioritu mechanického omezení před chemickým nebo naopak. Výbor se pouze vymezuje vůči kombinování chemického omezení s ostatními typy – může být ospravedlněno jen šancí na zkrácení aplikace omezovacího prostředku nebo nezbytností k zabránění vážné újmy u pacienta nebo ostatních. To je dobrá připomínka, neboť rutinní použití chemického omezovacího prostředku u pacientů v mechanickém omezení by snadno vedlo k porušení zásady přiměřenosti.

Tuto subsidiaritu nalezneme i v rozsudku Bureš proti České republice, ale ani v něm nemáme vodítko. Soud shledal jako pochybení, že (aniž by byl doložen opak) nebyly bez úspěchu vyzkoušeny méně omezující prostředky (angl. less restrictive restraints). Není jasné, co přesně se tím myslí. Subsidiarita v rámci přístupu k neklidnému pacientovi je srozumitelný požadavek. Lze si představit například upřednostnění pouhého oddělení pacienta od ostatních před umístěním do izolační místnosti, použití přilby pro ochranu hlavy před zraněním namísto připoutání neklidného člověka na lůžko,

nebo odstranění předmětů z okolí člověka, který má tendence je polykat, před jeho omezením. To však není upřednostnění jednoho omezovacího prostředku před jiným.

Názory na to, jaké opatření je méně omezující, se různí, a to rovněž mezi lékaři. Známa je obhajoba síťových lůžek českými lékaři na tomto principu. Do hlediska intenzity se také mísí pojetí důstojnosti člověka.<sup>78</sup> Mě napadá, že snad za určitých okolností a zvláště s ohledem na preference pacienta může být krátké umístění v izolační místnosti vnímáno jako méně restriktivní než použití kurtů. Je mi ale blízká skepse, že totiž v praxi patrně není řídicím momentem úvaha zasahujícího člověka, ale dostupnost toho kterého prostředku.

#### 6.5.8 Názor a souhlas pacienta

Jiná je ale situace, pokud zde existuje preference pacienta, neboť pak standard doporučuje, nakolik je to jen možné, brát při výběru konkrétního typu omezení jeho názor v úvahu. Standard CPT nepředstavuje nic zásadně nového – odkaz na názor pacienta nalezneme také ve výkladu k Doporučení Rec(2004)10, konkrétně v bodě 195 a v bodě 59 Výkladového memoranda. Podle něj se má eventualita použití omezovacího prostředku probrat s pacientem, pokud to jde – například pacient si sám může být vědom toho, že se za určitých okolností stává násilným, a v čase klidu se může vyjádřit, jak má podle něj ošetřující personál reagovat na první známky problematického chování. Ostatně každý člověk vnímá jako vysoce nepříjemné něco jiného.

Vnímám tuto logiku, ale dovedu si zároveň představit, že bez nezbytného komentáře to zdravotníkům může znít až necitlivě. Podobně mně samotné znělo jako necitlivý formalismus následující pravidlo z britské směrnice: „Pokud uživatel neučinil předchozí rozhodnutí nebo prohlášení ohledně použití omezovacích prostředků, povzbudte jej, aby tak učinil co nejdříve (například během příjmu do lůžkového psychiatrického oddělení). Ujistěte se, že uživatelé rozumí hlavním vedlejším účinkům u léků doporučených touto směrnicí pro rychlé zklidnění, aby mohli učinit informované rozhodnutí.“ (18, bod 1.1.8) Skutečně je vhodné mluvit o omezovacích prostředcích již v průběhu přijetí pacienta na lůžko?

Rovněž považuji za poněkud absurdní a nebezpečné pohrávání si s důležitými systémovými pojistkami, že u dobrovolně hospitalizovaných pacientů by omezovací prostředky měly být použity pouze s jejich souhlasem (bod 43 standardu z roku 2006). Toto doporučení je uvedeno jako součást pravidla, že se musí po použití omezení přezkoumat právní postavení pacienta. Revidovaný standard

---

<sup>78</sup> Zaujal mě názor, který zazněl v rámci diskuse o monitoringu psychiatrických zařízení v Evropě, konané v roce 2016 Asociací pro zabránění mučení (APT). Parafrázuji: Na jednom psychiatrickém oddělení přistupuje ošetřující tým u právě přijatého pacienta v případě nutnosti omezování nejprve k „objetí“ nebo „omezení za použití prostěradla“; to je lidštější než spoutání nebo izolování. (3, s. 25) Proč má být *lidštější* znehybnění prostěradlem než pásy k tomu účelu speciálně uzpůsobenými?

obsahuje jinou formulaci, ale sleduje stejný smysl. Podle mého názoru je odkazování na souhlas člověka neslučitelné s povahou omezovacího prostředku jako použití síly (jak je Výbor CPT pojímá) a může vést k „vyrábění“ pouze formálních prohlášení. Zároveň automatické hlášení každého byt' velmi krátkého omezení soudu, který by měl zahájit řízení o nedobrovolné hospitalizaci, rovněž nepřináší ochranu pacienta před zneužitím síly. Obávám se, že v očích zdravotníků mohou formální postupy diskreditovat pojistky jako takové.

Rozlišování právního postavení pacienta jako hospitalizovaného dobrovolně nebo v režimu detence je projevem ochrany práva člověka na osobní svobodu, které za jasně stanovených a spravedlivých<sup>79</sup> podmínek lze omezit pouze rozhodnutím soudu. Je fakt, že velmi často člověk, vůči kterému směřuje omezení, zároveň nemůže nebo nechce souhlasit se svou hospitalizací. Soudní řízení o přípustnosti či nepřípustnosti jeho držení v zařízení je pak namístě, aby se jeho právo na osobní svobodu ochránilo před neoprávněným nebo svévolným zásahem. Nicméně dovedu si představit případy, kdy jednorázové opatření nemění postavení pacienta, zvláště když je léčba, které se podrobuje, rychle účinná a jeho případná nebezpečnost vymizí. Proč pak zahajovat zbytečné řízení?<sup>80</sup>

Důraz na souhlas je projevem respektu k autonomii člověka, což je princip, který poskytování péče ovládá a ze kterého jsou možné pouze výjimky. Může a má se uplatnit u různých opatření s omezujícím efektem, pokud se ještě poměří různá pro a proti, nikoli však v nouzové situaci, kdy tíži rozhodnutí musí unést pečující. Ostatně souhlas není pouhá akceptace nějakého zákroku, ale dobrovolné rozhodnutí, kterým se vyloučí jiné možnosti, které byly rovněž na stole. Takto situace použití omezovacího prostředku nevypadá. Důraz na souhlas člověka nicméně může být brán jako projev respektu člověka k člověku, když pečující s pacientem komunikuje neustále, i ve vyhocené situaci, a snaží se udržet jeho důvěru a spolupráci.

### 6.5.9 Dostupnost a odbornost zdravotnického personálu

Jen málo požadavků Výboru CPT nemá nějakou vazbu na zásadu nezbytnosti a i požadavek na dostupnost a odbornost zdravotnického personálu má tento důležitý přesah: pokud nebude personálu dostatek, bude docházet k porušení standardu. „Omezovací prostředek nikdy nesmí být

---

<sup>79</sup> Spravedlivých ve smyslu stanovených zákonem, který musí dosahovat určité kvality (pravidla musí být dostupná, předvídatelná, musí obsahovat dostatečné záruky zabraňující svévoli), srov. X. proti Finsku, §§ 166 a 167.

<sup>80</sup> Rozumné je po mém soudu pravidlo obsažené v Prováděcím předpise k anglickému Zákonu o duševním zdraví z roku 1983 (44, body 26.50 a 26.51). Nestanoví se automaticky povinnost hlásit soudu případy omezení pacientů dosud vedených jako dobrovolných. Pouze upozorňuje, že poskytovatelé a personál musí být opatrní a zajistit, že použití omezujících zákroků nezpůsobí omezení dosahující zbavení svobody. Tím je bránění v opuštění nemocnice, držení v podmínkách izolace a uplatňování opatření pod pohrůzkou detence. Pak se samozřejmě případ soudu hlásit musí.

použit jako trest, pro pohodlí personálu, kvůli nedostatku personálu nebo namísto řádné péče nebo léčby.“ (Revidovaný standard, bod 1.6)

Ve standardu z roku 2006 označuje výbor za chybnou úvahu, že je jednodušší zajistit těžko zvládnutelné pacienty omezovacím prostředkem a jít plnit jiné úkoly. Vysvětluje, že použití omezovacího prostředku správným způsobem a ve vhodném prostředí vyžaduje více – a nikoli méně – personálu, protože v každém případě má někdo z pečujících zajistit přímý, osobní a neustálý dohled (bod 43). Tím výbor sice přesvědčivě vysvětluje, proč nemá být omezování pro personál pohodlné, ale velký problém, jaký v klinické praxi znamená zásadní nedostatek personálu, to přímo nepojmenovává. To může tvář v tvář realitě působit až jako jeho bagatelizace.

Napětí zde možná přetrvá, racionální obhajoba znění standardu však existuje: text je nutné číst jako celek, tedy včetně úvodu revidovaného standardu, kde se vysloveně požaduje zajištění dostatku ošetřujícího personálu a jeho vzdělávání, tak aby se péče mohla obejít zásadně bez omezování. Citovaná věta se pak vyjadřuje k příkladům zdůvodnění konkrétního použití, jež tedy Výbor CPT nepřipouští jako součást pojmu nezbytnosti.

### 6.5.10 Terapeutický účel omezovacího prostředku

Ze všeho dosud uvedeného jasně vyplývá, že Výbor CPT omezovací prostředky považuje za nouzová opatření, nikoli za součást léčby. Revidovaný standard to vyjadřuje celkem radikálně, když v bodě 1.5 doslova uvádí, že omezovací prostředky jsou bezpečnostní opatření a nemají terapeutické ospravedlnění (angl. therapeutic justification). Posléze uvedené v sobě skrývá silnou kontroverzi.

Nejde jen o akademickou terminologickou otázku nebo účelové použití pro zabránění tomu, aby rozšíření používání omezovacích prostředků po čase nevedlo k tomu, že je psychiatři pro jistou účinnost začnou vnímat jako „terapeutické“ zacházení s násilnými pacienty. (Francouzský generální inspektor míst zbavení svobody dokonce varuje, že pak omezování jako součást terapie pronikne i do vzdělávacích programů pro lékaře a sestry; 14.) Jde o hlubší problém, zda jsou představitelné vůbec nějaké intervence lékaře, které by zároveň byly považovány za neterapeutické.

Názor z revidovaného standardu tedy říká, že omezení a izolace nemohou být považovány za součást léčby, jde o bezpečnostní opatření a krok donucení. Jsou účinné při předcházení zraněním, čímž se za současného stavu poskytování péče použití ospravedlňuje. Není ale znám vědecký důkaz, že by měly restriktce léčebný přínos pro pacienta, jenž by péče „ztratila“ v případě odbourání omezování. Proti terapeutickému zakotvení omezovacích prostředků hovoří také to, že je jejich praxe tak rozdílná



nejen napříč evropskými státy, ale i uvnitř jednoho státu.<sup>81</sup> Spíše než vědecké důkazy o nezbytnosti toho kterého prostředku ovládá praxi místní tradice.

Druhý názor říká, že i když jde v případě omezovacích prostředků o krajní opatření, nařizuje je lékař a tedy má lékařské (či terapeutické) ospravedlnění. Kdyby šlo jen o bezpečnostní opatření, mohl by je nařídít i někdo jiný než lékař, například šéf bezpečnostní služby v nemocnici. Lékařské a terapeutické ospravedlnění jistě nechybí u úsilí lékaře udržet svého pacienta v bezpečí a ochránit ostatní před napadením, když nepohoda pramení ze zdravotního stavu pacienta. Dodejme, že není legitimní požadovat od pečujících, aby zvládali problémové chování, které má kriminální charakter. Je oprávněné trvat na tom, aby součástí indikace omezovacího prostředku byl definovaný zdravotní stav, což vyžaduje aktivní účast lékaře a činí z omezení opatření rázu když ne terapeutického, tak jednoznačně *zdravotního*.

Existuje ještě smíšený postoj, totiž že izolace a fyzické a mechanické omezení nejsou terapeutické, nýbrž krajní postupy, ale u použití léků je situace jiná. Vysoké dávky tlumících léků, použité k omezení, jsou i v případě těžké krize zároveň součástí léčby, zvolené lékařem na základě posouzení symptomů. Terapeutický efekt léků tu u psychotických stavů nesporně je.<sup>82</sup>

Na jednu stranu revidovaný standard chápu. Citovaná věta je součástí pasáže o základních zásadách, kde se vykládá především princip nezbytnosti a Výbor CPT vysvětluje své pojetí. Jasně tím říká, že omezovací prostředek je nouzové opatření a že nebude diskutovat o tom, že bychom mohli ve jménu dalších pohnutek připouštět fixování, izolování nebo masivní tlumení pacientů ještě i v jiných situacích, než je absolutní nezbytnost.<sup>83</sup> Ano, medikamenty mohou mít pozitivní vliv na průběh onemocnění, ale jejich podání přes odpor pacienta tím nebude zcela ospravedlněno.

Na druhou stranu rozlišení, zda má nějaký zákrok „terapeutický“ cíl, má pro mnoho zdravotníků velký etický význam. Domnívám se, že Výbor CPT neměl ambici vstupovat na led praktické filosofie. Vyjádření jeho postoje v revidovaném standardu je výsledkem aktuální diskuse, která měla do jisté

---

<sup>81</sup> Velké holandské studie zaměřené na výskyt použití izolace zjistily rozpětí mezi 116 a 948 případy na 1000 příjmů a rozpětí v trvání omezení od 1 do 157 hodin na 1000 lůžkohodin. (45)

<sup>82</sup> Tento postoj lze patrně přisoudit autorům českých doporučených postupů klinické praxe, kde se uvádí: „Omezovacími prostředky v psychiatrii rozumíme terapeutická a preventivní opatření omezující volný pohyb a jednání pacienta.“ (47, s. 152)

<sup>83</sup> Dobré argumenty přináší také francouzský generální inspektor: Ačkoli část francouzské odborné veřejnosti zastává názor, že izolace a mechanické omezení jsou součástí léčby, generální inspektor je chápe jako bezpečnostní opatření, protože se neprokázal léčebný účinek omezování. Musí být zakázáno používat je jindy, než po nezbytně nutnou dobu trvání naléhavého stavu. Když jde o nouzové opatření pro krizovou situaci, po jejím skončení odpadá ospravedlnění pro další trvání. Pokud bychom připustili, že jde o prostředek terapeutický, nic by nebránilo v dalším trvání. (14)

míry otevřený konec a může do budoucna ještě dojít revize. Po mém soudu by bylo lépe použít bezpečnější formulace, například dříve použitou: „fixace nemůže a nemá nahradit náležitou psychiatrickou léčbu a péči; nemůže být ani náhradou za řádné personální zajištění“ (zpráva z návštěvy Dánska v roce 2008, bod 127). Jako dobře srozumitelný mi připadá i výrok norského ombudsmana „donucovací prostředky nesmí být nikdy použity jako léčba nebo trest“ (46).

### 6.5.11 Co ve standardu nenalezneme

Dovolím si na tomto místě vyjádřit názor, že v revidovaném standardu Výbor CPT nedal náležitý důraz na prevenci použití omezovacích prostředků. V úvodu sice uvádí, že předcházet jejich používání má být konečným cílem všech snah, nicméně povinnost prevence netematizuje, a tak je pouze na čtenáři standardu, jak ji pochopí. Očekávala bych například požadavek na předcházení rizikovým situacím, které s určitou pravděpodobností mohou k použití omezení ústít. Řada dobrých opatření je ve standardu jen zmíněna v jiné souvislosti, takže zanikají – jako když se stanoví, že vnitřní pravidla mají cílit na snižování nutnosti používat restrikce (1.7) a že se mají sbírat data o používání omezovacích prostředků také za účelem realizace strategií pro omezení jejich četnosti a trvání (11.2). Přitom Výbor CPT má konkrétní zkušenosti s účinnými postupy a ve standardu je mohl nabídnout jako inspiraci namísto obecných tezí. Omezovací prostředky se například méně používají ve státech, kde se proaktivně rozvinuly cílené programy zaměřené na rozvoj alternativ nebo vzdělávání. Výbor vychází z toho, že pro snižování omezování jsou zapotřebí dlouhodobá opatření pro vzdělávání zdravotníků a změnu kultury v institucích. Proto mohl standard více zdůraznit potřebu systémových aktivit v tomto směru. Rovněž požadavek na jednotlivá zařízení, aby ve svých vnitřních úpravách sledovala prevenci, je velmi vágní.

Podobně v rámci úpravy trvání použití omezovacího prostředku poněkud chybí zcela praktický požadavek, aby se už od momentu omezení připravovaly podmínky pro uvolnění a začlenění pacienta zpět mezi ostatní. Jen s určením nějaké strategie a se zajištěním potřebného dohledu je možné rozhodnutí o uvolnění učinit zodpovědně a bez riskování opětovného uplatnění restrikce. Také plán další péče musí být revidován po každé epizodě omezení, pokud se nemá riskovat jeho opakování, nemluvě o přijetí proaktivních opatření, jako je operativní posílení personálu. Standard tyto postupy ani jasně nevyžaduje, ale ani je nepředkládá jako žádoucí těm, kdo je ještě neznají.

Co se týká kontroly, revidovaný standard požaduje několik opatření, která ji usnadňují – vedení zvláštního registru a vykazování informací externím orgánům. Zároveň však samotnou kontrolu či přezkum nevyžaduje, čímž oproti standardu z roku 2006 úroveň ochrany pacientů neposouvá. Pokud se záznamy nikdo nepracuje, ztrácí jejich vedení preventivní efekt a je vlastně zbytečné.

Po důkladném porovnání obsahu standardu z roku 2006 a revidovaného standardu se domnívám, že nový dokument přináší jen málo nového. Je sice přehlednější a jasnější, ale to i díky tomu, že obsahuje méně argumentů a komentářů, což zas může snížit jeho přesvědčivost v očích zdravotníků.

Styl normativního textu nebyl pro standardy CPT dosud typický. Preventivní role výboru se zpravidla projevuje tím, že text standardů bývá otevřený do budoucna a nastiňuje žádoucí výsledek, než aby kodifikoval nějaká pravidla. Text také zpravidla nastiňuje, ve kterých bodech chce výbor dále se státy vést dialog a v jakém duchu. Pro takové úvahy není v revidovaném standardu místo.

### 6.5.12 Aplikace standardu v jiných oblastech

Přímými odkazy na konkrétní body rozsudků ve věcech M. S. proti Chorvatsku (č. 2) a Bureš proti České republice v revidovaném standardu Výbor CPT dává najevo, že omezovací prostředky pojímá jako použití síly. Tím se značně zužuje pojem omezovacího prostředku v porovnání s přístupem, jaký zaujímá Alzheimer Europe. Přístup Výboru CPT je však zúžen ještě dále, když svůj standard opakovaně ukotvuje k psychiatrickým zařízením pro dospělé a nastoluje tak otázku jeho použitelnosti v péči o lidi s postižením, případně pro zařízení vězeňská.

Také zařízení sociálních služeb přitom spadají do mandátu Výboru CPT, jenž je (s určitým zpožděním oproti zařízením tzv. tvrdé detence) také navštěvuje. Monitoring na těchto místech provádí i jiné orgány, včetně národních (srov. kapitolu 2.2). Hledání vhodného standardu použitelného pro tyto účely je nyní celoevropsky velmi aktuální. (48) Od Výboru CPT se přitom očekává více, než je zatím schopen nabídnout, protože publikaci komplexního standardu vždy předchází intenzivní zkoumání praxe v zařízeních a propracování doporučení na úrovni jednotlivých zpráv, což u zařízení sociální péče dosud neproběhlo v potřebném rozsahu. To neznamena, že z práce Výboru CPT nelze například v kontextu sociálních služeb čerpat. Je však nutné provést už náročnější výklad, což především neprávnikům aplikaci standardů ztěžuje.

Přímo standard pro používání omezovacích prostředků je použitelný tam, kde omezení při poskytování péče představuje použití síly a nouzové opatření. Výbor CPT je na principu nezbytnosti připouští i v zařízeních sociální péče, a to jak fyzické (bude opodstatněné „zřídka“) a mechanické omezení (bude opodstatněné „výjimečně“, viz zpráva z návštěvy Srbska v roce 2007, bod 174), tak i izolaci. Pro sociální služby nečiní výjimku ve svém odmítnutí síťových lůžek. V rozličných zprávách nalezneme důraz na podporu a vzdělávání pečujících, včetně vzdělávání v oblasti zvládání problematického chování, a úzkou spolupráci se zdravotníky (zpráva z návštěvy Kypru v roce 2008, bod 147), na zajištění dostatku pečujících za účelem předcházení nepřiměřeným reakcím na problematické chování (zpráva z návštěvy Slovinska v roce 2006, bod 105) a na zajištění zastoupení mužů i žen v personálu (zpráva z návštěvy Malty v roce 2015, bod 169).

Bezpochyby lze tedy pro zařízení sociálních služeb použít základní zásady a koncept pojistek. V detailech je už úvaha složitější. Výbor byl například vždy konzistentní, co se týká požadavku, aby se omezovací prostředky používaly pouze z rozhodnutí lékaře, nebo aby byl lékař bezodkladně vyzooměn. Takový nárok je nesplnitelný v zařízeních, kde není lékař ve službě v průběhu celého dne, což je případ ošetrovatelských nebo sociálních zařízení. Zde se otevírá prostor pro rozvinutí

buď nového standardu, anebo nových záruk proti zneužití. Lze například připustit použití síly v nouzové situaci a okamžité zajištění převozu člověka do vhodného zdravotnického zařízení. V sociálních službách nechybí jen lékař, ale i zdravotní sestry. Také počet ošetřujícího personálu vůbec a specializované materiální vybavení nelze srovnávat s pracovišti akutní psychiatrické péče, což snižuje schopnost použít bezpečně mechanický omezovací prostředek.

Sám Výbor CPT tedy v pasážích svých zpráv o návštěvách zařízení sociálních služeb pro osoby s postižením zatím používá svou standardní terminologii (angl. means of restraint) a mutatis mutandis aplikuje psychiatrický standard. To je pochopitelné a správné v případě, že jde o stejná opatření, ale například v kontextu péče o osoby trpící demencí je absurdní přistupovat k postranicím tak jako k síťovému lůžku nebo k bezpečnostním popruhům na vozíku jako k fixaci kurty. V uvedeném příkladu zprávy z návštěvy Lichtenštejnka se výbor vyjadřuje i k jiným omezujícím postupům, než je užití síly (tzv. „pohyb omezující opatření“). Je to však zatím ojedinělý text.

### 6.6 Shrnutí

Výbor CPT vydal podrobný standard k používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči pro dospělé. Je zakotven ve shrnujících dokumentech výboru z let 2006 a 2017. Standard omezovací prostředek nedefinuje, nýbrž přímo pojednává o fyzickém, mechanickém a chemickém omezení a izolaci. Použití omezovacího prostředku se připouští na principu nezbytnosti a proporcionality, nicméně výbor striktně odmítá klecová a síťová lůžka. Výbor požaduje systémové kroky k předcházení používání omezení a také naplnění zásady legality, zodpovědnosti a zásady nejmenšího omezení, resp. subsidiarity. To vyžaduje konkrétní opatření na úrovni vlády i jednotlivých poskytovatelů služeb. Preventivní funkci mají propracované pojistky, nicméně nestanoví se maximální časové limity pro trvání omezení.

Výbor CPT omezovací prostředky považuje za nouzová opatření, nikoli za součást léčby (nemají terapeutické ospravedlnění), což může být v rovině etické velmi sporné. Standard neřeší problém dlouhodobého nebo často opakovaného použití omezovacího prostředku u jednoho pacienta. Ne přímo v textu standardů, ale v jednotlivých zprávách výbor pojednává o pro re nata předpisech tlumících léků. Dovozuje, že tlumící léky představují omezovací prostředek podle povahy a kontextu svého použití. Má se na ně vztáhnout obecný princip nezbytnosti a pojistky, jako je zásada lékařského rozhodnutí v dané situaci.

Ačkoli Výbor CPT jako jednu ze základních zásad při práci s omezovacími prostředky podává zásadu legality, upozorňuje na význam kultury, postojů a tradic mezi zdravotníky. Proto radí nespoléhat se pouze na právní regulaci, ale při zapojení rovněž veřejnosti, rodin, vedení zařízení, ošetřujícího personálu a pacientů pracovat na změně postojů. Klíčovou roli zde hraje vedení zařízení.

Výbor CPT akceptoval omezovací prostředky jako krajní opatření, jež je dosud všude v Evropě používáné. Standard obsahuje požadavky fakultativní i striktní. Část argumentace je s ohledem na problém špatného zacházení právní, ale ve zbytku jde o argumenty medicínské a hodnotové. Výbor usiluje o klinickou i právní věrohodnost, jeho postoje jsou spíše realistické než idealistické.

Autorita Výboru CPT je mezinárodněprávní a odborná, v České republice mají jeho názory závaznost autoritativního výkladu pojmu špatného zacházení, od kterého se národní orgány nemohou odchýlit bez důkladného a přesvědčivého zdůvodnění. Jinak se mohou dopustit protiústavnosti. Povědomost o práci výboru není mezi českými odborníky velká a situaci v českém zdravotnictví a sociálních službách tak ovlivňuje jen nepřímo.

Standardy o používání omezovacích prostředků lze na základě analogie použít i pro jiné medicínské obory a sociální péči. Je zřejmé, že Výbor CPT rozlišuje mezi omezením v nouzových situacích, spojeným s použitím síly, a používáním ošetrovatelských postupů s omezujícím potenciálem. U nich rovněž požaduje pojistky a přiměřené respektování základních zásad.

## 7. Mental Disability Advocacy Center

Mental Disability Advocacy Center (dále jen „MDAC“ nebo „Centrum“) pracuje jako typický mezinárodní nevládní subjekt, který sleduje a prosazuje svá témata co nejefektivněji za pomoci práva a veřejného mínění. Využívá různé nástroje, jako je lidskoprávní monitoring,<sup>84</sup> strategická litigace, osvětové kampaně, výzkumy a lobbying. Od roku 2002 má Centrum ve svém programu boj proti klecovým lůžkům v České republice, Slovensku, Maďarsku a Slovinsku, přičemž vydalo dvě zprávy – v roce 2003 (22) a 2014 (23), jejichž rozbor bude následovat. Centrum je úspěšné v prezentaci svých témat v britských médiích včetně BBC a The Sunday Times. Právě ta v roce 2004 přinesla zapojení spisovatelky J. K. Rowling do veřejné kritiky českých poměrů, když napsala dopis české vládě o svém znepokojení nad používáním klecových lůžek.

---

<sup>84</sup> Monitoring lidských práv je v obecném smyslu dokumentování skutečnosti z hlediska jejich ochrany. Porovnáváním učiněných zjištění s obsahem mezinárodních nebo domácích standardů monitoring přispívá k jejich implementaci. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením předepisuje státům zajistit monitorování jejího naplňování. V oblasti psychiatrické péče předepisuje monitorování Doporučení Rec(2004)10. MDAC představuje příklad občanského monitoringu bez formálních pravomocí. Řadu aspektů monitoringu prováděného návštěvami zdravotních a sociálních zařízení shrnuje příručka The ITHACA Toolkit. (49) Podmínkou účinnosti monitoringu je jeho nezávislost – faktická i společností vnímaná. Účinnost zvyšuje to, když se k názorům připojují důkazy. Zde je však nepřekročitelnou mezí zásada neškodit (angl. do no harm), která vyžaduje, aby se v průběhu monitorující návštěvy i při práci se získanými informacemi co nejvíce minimalizovalo riziko pro dotazované a umístěné osoby.

Představím dvě zprávy Centra o používání klecových lůžek<sup>85</sup> a omezovacích prostředků a v části *Komentář* podrobněji pojednám o argumentaci použité proti jejich používání.

## 7.1 Zpráva z roku 2003 o používání síťových a klecových lůžek

Centrum se strategicky zaměřilo na některé ze zemí, jež měly být k 1. květnu 2004 přijaty do Evropské unie. V roce 2003 provedlo v České republice, Maďarsku, Slovensku a Slovinsku výzkum zaměřený na používání síťových a klecových lůžek v tamních sociálních a psychiatrických zařízeních. Cílem bylo získat obrázek o tehdejší situaci. Spolupracovníci Centra navštívili 27 zařízení, z toho v České republice 2 ústavy sociální péče a 2 psychiatrické léčebny, kde proběhly místní šetření a rozhovory se současnými a bývalými uživateli. Dále MDAC shromáždilo statistické údaje a analyzovalo právní úpravu. Tak vznikla zpráva *Klecová lůžka. Nelidské a ponižující zacházení nebo trestání ve čtyřech zemích přistupujících do EU (22)* obsahující jak popis učiněných zjištění, tak i argumentaci pro zákaz všech typů omezovacích lůžek a doporučení vládám dotčených států.

Zjištění lze shrnout takto: Klecová lůžka (tedy kovová nebo síťová) se v té době používala ve všech sledovaných zemích, a to do různé míry. Ve zprávě rozlišili tyto situace rutinního použití: (i) omezení osob s těžkým mentálním postižením s „problematickým“ nebo „náročným“ chováním, někdy po dobu let; (ii) omezení starých lidí trpících demencí; (iii) omezení psychiatrických pacientů (ve spojení s chemickým omezením); (iv) namísto zajištění vhodného počtu ošetřujícího personálu a také jeho výcviku a (v) jako druh trestu nebo hrozby. MDAC uvádí, že pečující používají racionalizaci, aby používání klecových lůžek ospravedlnili, a že nemají povědomí o tom, jak traumatizující účinek má používání na uživatele péče. Co se týká systémového zhodnocení, v oblasti zdravotnictví jsou dle MDAC odborníci odmítaví vůči změnám a úředníci dají na jejich názor, takže se udržuje status quo. V oblasti sociální jsou záminkou pro používání klecových lůžek nedostatky potřebných zdrojů, nedostatek personálu a výcviku. Vedení a pracovníci velké většiny zařízení se zdáli být skutečně zaujatí pro poskytování kvalitní péče. Mnoho pracovníků vyjadřovalo nad klecovými lůžky nelibost, ale neviděli jinou možnost, když, jak říkali, není dostatek pečujících a zařízení jsou přeplněná.

V roce 2003 byl postoj MDAC ke klecovým lůžkám jednoznačně odmítavý a opíral se o mezinárodní standardy a zkušenosti uživatelů péče. Mechanické omezení může být užito pro zvládnutí stavů nouze, kdy osoba představuje bezprostřední hrozbu pro sebe nebo ostatní; klecové lůžko je ale pro každý případ nevhodné a neobhajitelné. Subjektivní prožitek při umístění do klecového lůžka je vždy ponižující, děsivý, zneschopňující a škodlivý. Lidé obecně nemají chuť o svém prožitku mluvit.

---

<sup>85</sup> Centrum důsledně pracuje s pojmem „klecové lůžko“, nebo i „klece“, bez ohledu na to, zda jde o lůžko uzavřené sítí nebo kovovou mříží. Vzhledem k tomu, že v České republice mají klecové a síťové lůžko poněkud jiný příběh, budu místy terminologii měnit, anebo dám původní výraz do uvozovek.

Pokud ano, vypovídají o strachu a ponížení a cítí, že došlo k narušení jejich důvěry k pečujícím. Pro podrobnosti ze svědectví pacientů odkazují na pasáž od strany 33 zprávy. Zkrátka, podle MDAC představuje použití klecového lůžka právně nepřipustné a terapeuticky neobhajitelné opatření.

Zpráva uvádí, že omezení osobní svobody člověka je morální, etické, právní a lidskoprávní téma, a v argumentaci proti používání klecových lůžek tyto roviny částečně sleduje.

- Nejprve uvádí, že obhájci lidí s duševní poruchou, lidskoprávní organizace, mezinárodní profesní organizace a mnoho odborníků se shodují, že v moderní psychiatrii nemají klecová lůžka místo a měla by se zrušit.
- Odkazuje na odbornou literaturu, která dokládá, že používání klecových lůžek se opírá o mylné pojetí bezpečnostních opatření.
- Dovojuje, že jde o právně zakázaný postup – nelidské a ponižující zacházení, kterým se stát dostává do rozporu se svými mezinárodními závazky.

Pro vládu České republiky plynulo ze zprávy MDAC několik doporučení. Předně zakázat používání klecových lůžek, zajistit provádění nezávislé inspekce, zavést povinné vzdělávání ošetřujícího personálu zdravotních a sociálních zařízení v oblasti lidských práv, implementovat standardy CPT, zajistit systém pro centralizované sbírání dat a získávání statistik. MDAC realisticky poznamenává, že kde není účinný mechanismus kontroly a dohledu k zajištění, že právo je respektováno, jsou klecová lůžka používána jako kázeňské opatření. (22, s. 32)

## 7.2 Zpráva z roku 2014 o používání síťových lůžek a omezovacích prostředků v ČR

Po deseti letech provedlo Mental Disability Advocacy Center další monitoring, tentokrát pouze v České republice a pouze v psychiatrických zařízeních – psychiatrických nemocnicích a psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic.<sup>86</sup> Shrnuje jej dokument z roku 2014 *Klecová lůžka a používání omezovacích prostředků v českých psychiatrických zařízeních* (23).<sup>87</sup> Cílem bylo objektivizovat výskyt síťových lůžek a zjistit, proč se stále ještě používají a zda se změnil názory poskytovatelů psychiatrické péče ohledně snižování omezovacích prostředků.

Tak proběhl snad nejrozsáhlejší občanský civilní monitoring psychiatrických nemocnic, jaký kdy v České republice byl. Monitorující týmy oslovily 45 psychiatrických zařízení, mluvily s řadou lidí z obou „táborů“ v devíti zařízeních, vstoupily přímo na řadu pracovišť, případně se s uživateli a pracovníky setkávaly v neutrálním prostředí. Pro ujasnění je třeba říci, že neprováděly výzkum,

---

<sup>86</sup> Monitoring proběhl v letech 2012 a 2013, s přispěním nevládní organizace Liga lidských práv, a to skrze žádosti o informace zaslané několika desítkám psychiatrických zařízení a skrze návštěvy v osmi zařízeních.

<sup>87</sup> Jako editoři zprávy jsou v textu uvedeni Steven Allen a Oliver Lewis. Zpráva byla vydána také česky a z toho vycházím, ovšem s vědomím, že český text má nízkou jazykovou kvalitu, jež může jeho sdělení i zkreslovat.

nestudovaly případy pomocí zdravotnické dokumentace a neprovedly například ověření faktických informací z rozhovorů. Nicméně zpráva bezpochyby obsahuje významné indicie o stavu používání omezovacích prostředků v české lůžkové psychiatrické péči.

Primárním zjištěním bylo, že v roce 2012 se v 17 psychiatrických zařízeních stále ještě používalo 120 síťových lůžek. Monitoring v roce 2002 informaci o počtu lůžek nepřinesl, ale je jasné, že v mezidobě klesal.

Rozhovory monitorující týmy prováděly především v zařízeních, kde se síťová lůžka dosud používala. Mezi dotázanými zdravotnickými pracovníky převládá názor, že síťová lůžka jsou za daného stavu věcí nutná. Jeden lékař si stěžoval, že „minimální úroveň počtu personálu se nyní stala normou“ (23, s. 47), „jinde se zdálo, že jsou klecová lůžka používána z důvodu převážně ženské pracovní síly, aby bylo možno zvládnout pacienty: týmu MDAC bylo řečeno, že je obtížné zaměstnat muže, zejména v psychiatrii, z důvodu nízké mzdy a statusu“ (23, s. 35). Navíc podle nich síťová lůžka „mají smysl“, při srovnání s trýznivostí jiných forem mechanického omezení. Ředitel zařízení, kde síťová lůžka odstranili, vysvětlil, že byla nahrazena zvýšeným používáním izolačních místností a kurtů.

Centrum opět zaznamenalo řadu autentických výpovědí pacientů. Dále zpráva uvádí velké rozdíly v používání omezovacích prostředků a, z pohledu MDAC, kazuistiky dokládající použití nikoli nezbytné. Dále bylo zjištěno rozsáhlé používání síťových lůžek v gerontopsychiatrické péči, dlouhodobé kurtování a používání psychotropní medikace, které není považováno za omezovací prostředek.

Postoj MDAC k síťovým lůžkám je nadále absolutně odmítavý, doporučení pro Ministerstvo zdravotnictví nepřekvapivě zní odstranit je z psychiatrických zařízení. Dále je Centrum velmi kritické i k jiným formám omezení, které rovněž označuje za špatné zacházení. Konstatuje, že provádění systematických návštěv veřejným ochráncem práv nevedlo k poklesu používání omezovacích prostředků, ani ratifikace Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Proto a z obavy, aby rušení síťových lůžek nevedlo k navýšení jiného omezování, MDAC žádá okamžitě zakázat také všechna ostatní omezovací opatření. „Zrušení jedné formy používání omezovacích prostředků nesmí nikdy být nahrazeno alternativní restrikcí.“ (23, s. 14) Dále MDAC doporučuje použití všech forem omezovacích prostředků zaznamenávat v centrálním registru, přístupném nezávislým orgánům, veřejnému ochránci práv a veřejnosti, a zavést program kontinuálního vzdělávání zdravotníků v oblasti lidských práv. Vláda musí být dle Centra iniciativní, protože bez školení, diskuse, nastavení klinických standardů a vynucování nových postupů se samo od sebe nic nezmění.

Argumenty Centra se v porovnání s rokem 2003 proměnily. Prim hraje důraz na deinstitucionalizaci, a jak níže ještě doložím a okomentuji, Centrum spojuje používání omezovacích prostředků s poskytováním péče v institucích a výrazně kritiku omezovacích prostředků využívá právě ke kritice samotných psychiatrických nemocnic. Jasně to vystihuje sdělení v závěru zprávy: „Snížení používání



omezovacích prostředků nemůže být samo o sobě řešením. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením vyžaduje, aby zařízení, která ze společnosti segregují osoby se zdravotním postižením, byla uzavřena a místo toho by se měly investice zaměřit na podporu v komunitě, do které patříme všichni.“ (23, s. 53) Ministerstvu práce a sociálních věcí pak MDAC vzkazuje, že „[d]einstitucionalizace zařízení sociálních služeb nesmí nikdy vyústit v to, že osoby s mentálním postižením budou umístěny do psychiatrických zařízení“ (23, s. 14).

Přes tento radikální postoj je třeba říci, že v textu zprávy mluví Centrum spíše o snížení používání omezovacích prostředků, než o zrušení. Věnuje značný prostor přesvědčování, že trendem v současné psychiatrii je omezit restriktce na absolutní minimum. Zpráva také nabízí proaktivní opatření vedoucí ke snížení, nikoli zrušení používání omezovacích prostředků. Nicméně, „tyto zásahy nemohou nahradit požadované rozsáhlejší strukturální změny, včetně zajištění práva každého člověka s duševním postižením žít v komunitě, jak vyžaduje mezinárodní právo“ (23, s. 48).

Snad lze tedy poselství celého, poněkud nesourodého dokumentu shrnout tak, že jednotliví poskytovatelé služeb mají vhodnými opatřeními snižovat používání omezovacích prostředků a vláda má zajistit strukturální změny, ústup od „archaické ústavní povahy poskytování psychiatrických služeb“, aby ve výsledku byly restriktce zcela eliminovány.

### 7.3 Komentář

#### 7.3.1 Povaha omezujících lůžek

Síla obou zpráv MDAC spočívá v tlumočení četných svědectví současných a bývalých uživatelů služeb o zkušenosti s pobytem v klecovém nebo sítovém lůžku. Pohled doslova zevnitř přináší něco víc, než co lze dovodit úvahou. V lůžku je možné se pohybovat. Je také možné zvyknout si na spánek v něm. Většina dotazovaných se vyjádřila, že zavření do lůžka považovali za ponižující. Mluvili také o tom, že byli v lůžku opuštěni, nemohli se dovolat sester („nemá cenu volat personál, nepřijdou“, „neměla žádnou možnost, jak kontaktovat sestry“) a měli strach, že to bude trvat navždy. Ti, kteří lůžko jen viděli, se báli, že je to postihne. Pacienti také uváděli, že použití lůžka je za trest, když „zlobí“, když křičí nebo se perou. Několik svědků mluví o tom, že v lůžku nebyla jiná možnost, než se pomočit. U starších pacientů umístění do sítového lůžka automaticky vedlo k použití plen. (23)

Několik svědectví vypovídá o velmi dlouhodobém použití lůžka – buď jen na noc, nebo trvale s malými přetřkami. MDAC na tom demonstruje názor o preventivním používání omezení, především v důsledku nedostatku ošetřujícího personálu, případně personálu mužského.

#### 7.3.2 Jedná se o léčebný postup?

Zpráva z roku 2003 na několika místech zdůrazňuje, že omezovací prostředky, natož pak klecová lůžka, nepředstavují léčebný postup (angl. therapeutic intervention). Cituje vyjádření odborníků, kteří

se vůči opačnému názoru ostře vymezují, neboť omezení jsou „jen léčebnými selháními, ke kterým lze přistoupit jen v krajní situaci“ (22, s. 15). Tedy jde o nouzová opatření, dokonce označená za odborné selhání.

Domnívám se, že MDAC jednoznačně usiluje o to, aby se u klecových lůžek nemohl uplatnit princip Evropského soudu pro lidská práva, dle něhož opatření, které je terapeuticky nezbytné, nemůže být považováno za nelidské nebo ponižující (srov. kapitolu 5.5.1 a 5.5.2). Centrum uvádí, že neexistuje žádný medicínský standard, který by povoloval omezení v klecovém lůžku jako přijatelnou formu léčby, ani nelze použití klecových lůžek opřít o žádná „uznávaná pravidla lékařské vědy“ (což je podle Soudu rozhodující kritérium). I s odkazem na zásadu nejméně omezujícího prostředí MDAC uzavírá, že používání klecových lůžek porušuje mezinárodní profesní standardy o omezování.

### 7.3.3 Argumentace proti používání omezujících lůžek

Ve zprávě z roku 2003 je obsažena propracovaná argumentace proti přípustnosti klecových lůžek. Velmi působivé jsou už tři otázky na úvod směřující přímo ke zdravotníkům: „Kdy omezení vzbudí něco jiného, než vztek, naučenou bezmocnost nebo povrchní vyhovění? Kdy omezení naučí něčemu jinému než pasivitě nebo více násilí? Jak jdou spolu dohromady ‚úzdrava‘ s vynucenou izolací nebo znehybněním? Umíme to lépe a nyní je čas pro změnu.“ (22, s. 16) Hlavní zásadou má být snažit se vyřešit hlubší problémy, které vedly k použití omezení.

Zprvce Centrum předkládá obecné argumenty, jako jsou negativní účinky omezujících opatření na pacienty i pečující, kteří je uplatňují, a velké rozdíly v praxi jejich používání. Dále jsou tu faktory prostředí: „problematické či obtížné chování“ má méně vážnou podobu a méně častý výskyt v malých komunitních zařízeních, takže omezení se častěji používá v pobytových zařízeních, než v jiných formách bydlení.

V odmítnutí omezujících lůžek se MDAC opírá nejprve o postoj odborné komunity. Uvádí *Madridskou deklaraci o etických standardech psychiatrické péče* Světové psychiatrické asociace, konkrétně zlomek z bodu 1: „Psychiatri by měli nacházet léčebné intervence, které co nejméně omezují svobodu pacienta.“ Dlužno dodat, že přímo omezující opatření v deklaraci žádný prostor nemají. Dále odkazují na postoj Mezinárodní společnosti psychiatrických sester (50). Tyto oficiální dokumenty zpráva doplňuje o vybrané názory zahraničních odborníků. Poněkud manipulativně se uvádí, že o klecových lůžkách mimo střední Evropu prakticky nikdo nic neví a považují se za „středověký“ postup. Zpráva pak cituje dva odborníky, kteří silnými slovy negují jakýkoli pozitivní efekt použití klecových lůžek, a to způsobem, který je zpochybnitelný, protože stejné argumenty lze použít i proti izolaci, která za středověký postup označena není (viz 22, s. 22).

Sice se na jednom místě zprávy uvádí, že klecová lůžka nejsou ponižující kvůli mezinárodním úmlouvám nebo názoru lidí v monitorujících orgánech, ale „protože nám o tom lidé, kteří v nich strávili

nějaký čas, vypráví“ (23, s. 5), přesto MDAC usiluje o vybudování také argumentace právní. Aplikuje na použití klecových lůžek obecné principy používané Evropským soudem pro lidská práva na poli článku 3 Úmluvy a dochází k závěru, že představuje nelidské a ponižující zacházení. Zohledňuje při tom právě výpovědi uživatelů s tím, že mají při tomto určení primární význam, dále vyvrácení terapeutické nezbytnosti a „názory odborníků, že použití lůžek je přehnané a nikoli nezbytné“ (22, s. 23). Dle MDAC celkově jde o použití síly, která není nezbytná. Dále Centrum argumentuje standardem ochrany lidských práv v systému Organizace spojených národů.

Konečně, MDAC rovněž útočí na obvyklá ospravedlnění použití klecových lůžek. Zpochybňuje průkaznost toho, že by se používáním omezovacích prostředků předcházelo zraněním. Poněkud bagatelizuje výskyt agresivního a nebezpečného chování, s tím, že je pouze vzácný. Na tomto místě výkladu pak autoři zamlžují problém důrazem na vlastní nebezpečnost použití síly. Nicméně v případě nezbytnosti použití jiných omezovacích prostředků připouštějí – ovšem ne omezujících lůžek. Ta jsou příliš restriktivní. S argumentem pro použití z důvodu nedostatku pečujících je MDAC rychle hotovo s tím, že není dostatečnou omluvou pro popření základních lidských práv, což plyne jak ze Zásad OSN (14.1), tak z absolutní povahy zákazu špatného zacházení.

### 7.3.4 Omezovací prostředky a deinstitutionalizace

Už ve zprávě z roku 2003 Centrum uznává, že používání omezovacích prostředků je jedním z více či méně propojených témat, jakými jsou dále deinstitutionalizace, systém opatrovnictví, nedostatek sociální integrace lidí s mentálním postižením a nedobrovolná detence. Zatím však tato další témata nebyla významná v použité argumentaci. Ne tak ve zprávě z roku 2014, která naopak téma restrikcí používá k prosazení deinstitutionalizace. Parafrázují pointu zprávy: protože omezování volnosti pohybu je porušením základních práv lidí a protože se odehrává v institucích, které se jej v uplynulých desetiletích odmítly vzdát, byť by to bylo možné, je jasné, že jediným řešením je opuštění ústavního modelu ústavní péče. Centrum jde mnohem dál než Výbor CPT, který pojmenovává břemeno tradic a kultury. Zpráva z roku 2014 obsahuje názor, že kořenem problému omezování je sepjetí restrikcí a psychiatrických nemocnic, „lékařského modelu péče“ a přístupu zanedbávajícího autonomii a informovaný souhlas.

Necítím se kompetentní k posouzení sporu, zda práva osob se zdravotním postižením vylučují zcela ústavní péči, respektive to není předmětem této práce.<sup>88</sup> Není ale nezbytné to rozřešit, protože

---

<sup>88</sup> Dosud skromná česká judikatura zatím interpretuje Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením tak, že z jejího článku 19 „nevyplyvá absolutní zákaz poskytování sociálních služeb ‚ústavního‘ charakteru, pokud k životu v takovém specifickém prostředí uživatel není nucen a pokud je v takovém zařízení zajištěn důstojný život osob se zdravotním postižením“ (rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 27. ledna 2016 zn. 4 Ads 85/2015, § 39). Naproti tomu obecné stanovisko Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením vydané

v případě české psychiatrické péče je snadné zůstat na bezpečné půdě, když její nedostatečná deinstitutionalizace je nesporná.<sup>89</sup> Po prostudování zprávy MDAC z roku 2014 si nicméně troufám říci, že pro svůj závěr o vyřešení problému restrikcí přechodem ke komunitní péči nepodává dostatek důkazů.

Zprvce není jasné, jak komunitní péče odbourá všechny nebezpečné situace, které v souvislosti s průběhem duševní poruchy přicházejí v úvahu, tedy ohrožení vázané na stav člověka, například ataku psychózy. Pochybný je názor, že zvláštní problematika omezení volného pohybu u lidí s demencí je dána rovněž hospitalizací: „Používání omezovacích prostředků je spojeno se zvládním chronických pacientů, hlavně seniorů. Nedostatek alternativ k hospitalizaci, zastaralá nemocniční infrastruktura a nedostatek finančních zdrojů jsou faktory, které vysvětlují tyto zažité formy omezování a izolace v české psychiatrii.“ (23, s. 21) Není jasné, jak změna způsobu poskytování péče vyřeší ty problémy, které jsou takřikajíc „na vstupu“.

Zadruhé konkrétní opatření, jež zpráva doporučuje pro praxi, vedou pouze ke snížení používání restrikcí, nikoli k úplnému odbourání, a mají uplatnění jen v některých situacích, kdy se omezovací prostředky používají. Zpráva také mluví o změně přístupu – od ovládnutí ke spolupráci, ukončení nerespektujícího chování zdravotníků a o důrazu na prevenci. Mluví o výzkumu, vzdělávání, leadershipu a odpovědnosti. Nenalézáme ovšem žádnou konkrétní vizi, jak má péče bez restrikcí vypadat.

Podle mého názoru působí závěr Centra o řešení problému restrikcí v psychiatrické péči skrze deinstitutionalizaci jen jako fráze. Je jistě správné pojímat všechny, i širší souvislosti včetně právě tradic, stereotypů a dopadu způsobu organizace poskytování zdravotní péče na respekt k důstojnosti a autonomii pacienta. Nepřesvědčivostí svého silného závěru však Centrum riskuje úspěch celého svého tažení. A dále, nezbyl prostor pro téma účinného snižování používání omezovacích prostředků.

### 7.3.5 Zbytečné „fauly“ ve zprávách MDAC

Kritika zdravotníků za používání síly a zavírání pacientů do lůžek má v sobě emotivní náboj. Zdá se, že MDAC jej chce využít a místy jej podle mého názoru ještě přiživuje a vyhrocuje, především

---

v roce 2017 k tématu práva na nezávislý způsob života a zapojení do komunity radikálně odmítá veškeré služby pro osoby se zdravotním postižením mimo běžné bydlení.

<sup>89</sup> Srov. například úvod ke Strategii reformy psychiatrické péče. „MZČR přistoupilo k iniciaci přípravy této Strategie reformy psychiatrické péče na základě rigidnosti stávajícího systému institucionální psychiatrické péče, který má své těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích/léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální, a také kvůli absenci služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízké míře koordinace jednotlivých složek psychiatrické péče.“ (51, s. 10)

ve zprávě z roku 2014. Nad následujícími ukázkami si kladu otázku, zda to cíli MDAC může více prospívat nebo škodit.

Začít lze poznámkou o práci s jazykem. Někdy se v textech objevuje slovo „klece“, standardně označení „klecové“ i při pojednání o sítových lůžkách.<sup>90</sup> MDAC to ve zprávách přiznává a vysvětluje tím, že rozdíl je „zcela sémantického charakteru“ a pro umístěného pacienta je primární pocit toho, že je uzavřený. Fakt je, že pacienti, se kterými pracovníci Centra mluvili, také pojem „klece“ používali. Ovšem rozdíl mezi klecovým a sítovým lůžkem je, a proto by jej mělo odrážet i jazykové vyjádření.

Zpráva z roku 2014 obsahuje několik tvrzení, jež jsou nepřesná nebo nesprávná ve smyslu, který poskytování péče líčí nepříznivě. Například pod samostatným nadpisem tematizuje „systém používání omezovacích prostředků a trestání“ (23, s. 44) a u toho uvádí třídní zákaz opustit oddělení za porušení režimu, což není omezovací prostředek v tom smyslu, v jakém o nich zpráva referuje. Dále autoři zprávy uzavřeli, že jedním z důvodů použití sítových lůžek v jedné nemocnici je, že je to součástí přijímacího procesu; text vyznívá tak, jako by se to týkalo všech přijímaných pacientů, ačkoli parafrázované výroky personálu o tom nevypovídají. Podobně, když měl personál uvést, že lůžko je použito při „problémovém chování“, tak se k tomu ve zprávě bez dalšího uvádí, že je to „nálepka, která je nepochybně přidělena všem nově přijímaným pacientům“ (23, s. 35). Jako účelové a velmi necitlivé mi přišlo hodnocení konkrétního případu, kdy v jedné psychiatrické nemocnici zachovali jediné sítové lůžko pro jednu dlouhodobě hospitalizovanou pacientku s velmi problematickým chováním, a to na žádost jejích rodičů (též opatrovníků). Na základě krátké zkušenosti z oddělení, bez studia celého případu zpráva uvádí: „Její případ tvoří jasnou příčinnou souvislost mezi zbavením svéprávnosti a dalším zneužíváním, jako je umístění do ústavu a zavírání do klece... Plné respektování způsobilosti každé osoby je prvním krokem v prevenci mučení a špatného zacházení.“ (23, s. 33)

Psychiatrická péče je velmi delikátní terén. Pro provedení dobrého monitoringu je naprosto nezbytné mluvit s jejími uživateli a z těchto svědectví vycházet. Zároveň je však nutné obstarat si komplexní informace, tedy také pozorovat, klást otázky dalším uživatelům i personálu, studovat dokumentaci a vůbec maximálně objektivizovat všechna tvrzení a rozlišovat excesy a obecnou praxi. Pokud to z nějakého důvodu není možné, je správné svědectví tlumočit, ovšem s touto výhradou. Anebo je možné použít i nekoherentní výroky pacientů, ale s vysvětlením, že je to pro dokreslení toho, jak prožívají svou situaci.<sup>91</sup> Bez takového komentáře ale monitorující riskuje nepochopení a zkreslení skutečnosti a také diskreditaci lidí trpících duševní poruchou, kteří už i bez toho trpí znevažováním

---

<sup>90</sup> Když zpráva z roku 2014 zarezovala v britských médiích, The Sunday Times věnovaly polovinu stránky zprávě s titulkem „Pacienti českých nemocnic v klecových lůžkách“. Jeho první věta zní: „Dekádu poté, co JK Rowling vedla kampaň za její ukončení, je krutá praxe na psychiatrických odděleních stále používána...“ (52)

<sup>91</sup> Využívám zde své zkušenosti i podrobné rady jak provádět rozhovory s pacienty a jak vážit takto získané informace, které obsahuje ITHACA Toolkit (49, s. 31).

svých zkušeností. Proto považuji za neprofesionální, když zpráva uvádí svědectví pacienta, že byl kurtován pro „hloupou poznámku“ a uvolněn byl, „až když se polepšil“, a následně, bez dalšího studia případu připojuje závěr: „To demonstruje svévolnost při rozhodování, kdy je osoba kurtována a kdy jsou kurty odstraněny, v kontextu trestu.“ (23, s. 40) Anebo zkušenost pacientky, „která mívala dlouhé vlasy, které jí byly proti její vůli oholeny, když byla přijata do léčebny. Co pro to bylo důvodem? ‚Pomsta,‘ řekla. ‚Neudělali to každému, jen asi třem lidem, a když to dělali, měli posměšné poznámky.‘“ (23, s. 44) Tato zkušenost je uvedena bez dalšího. Přitom jde o velmi vážné obvinění.

Některé výroky na adresu českého zdravotnictví a zdravotníků lze hodnotit jako nediplomatické. Na druhou stranu jde o hodnotící soudy, které nejsou podle mého názoru urážlivé a představují pohled na věc. Například s hodnocením, že omezovací prostředky „stále zůstávají charakteristickým znakem české psychiatrické praxe“ (23, s. 19), nemusí někdo souhlasit, ale pokud uvážíme, že MDAC hodnotí vývoj mezi lety 2003 a 2014 na tomto specifickém poli, kde nedošlo k téměř žádnému systémovému posunu, tak lze uznat, že si je Česká republika opravdu vysloužila. Kontroverzní je i výrok, že existuje „rezistence zdola,“ protože mnoho profesionálů nevěří, že by byla psychiatrická péče možná bez používání omezovacích prostředků. (23, s. 13) A osobně nevím, co je „ohromujícího“ na tom, že psychiatři, lékaři a ošetrovatelský personál preferují klecová lůžka před jinými formami omezení (s. 12). Na druhou stranu některé výroky jsou nepodložené, a protože se týkají tématu, které je pro zdravotníky velmi citlivé, výsledkem opravdu může být urážka. Například výrok o všeobecném nedostatku sprch a toalet, nebo že „[v]šeobecně však tým MDAC našel mezi profesionály málo empatie pro pacienty, kteří jsou vystavováni omezovacím praktikám“ (23, s. 47).

Z výše uvedeného je zřejmé, že MDAC upřednostňuje zvoleným stylem působivost před věcností. U poučeného, nebo jen zdravě skeptického čtenáře to může jít na úkor přesvědčivosti, nemluvě o zdravotnících, které mnohé výroky popudí. Z negativního postoje se jen obtížně vykročí ke spolupráci. Možná ale, že MDAC v ni už ani nedoufá a věří jen v úspěch radikální změny „shora“, o niž skrze mezinárodní tlak usiluje. Mě některé výše uvedené výroky rozladily, neboť ukvapené nebo zjednodušující závěry jsou neprofesionální a diskreditují monitoring jako takový. Urážení pečujících či rodičů je nejen nespravedlivé, ale odhání i důležité spojení v úsilí o humanizaci psychiatrie.

### 7.3.6 Zprávy MDAC v kontextu vývoje v České republice

Přes tyto slabiny, především u zprávy z roku 2014, nelze přehlédnout pozitivní význam, jaký práce MDAC pro českou realitu má. Monitoring lidských práv, jaký Centrum bylo schopno zorganizovat, je v našich poměrech nevídaný. Získané poznatky jsou velmi cenné, neboť pochází z prostředí, odkud na veřejnost proniká jen velmi málo informací. Centrum je také „hlasité“, tedy je schopno prosadit se v populárních médiích, a je vytrvalé, neboť věnuje jednomu problému pozornost už více než 15 let. Neuplatňuje resortismus – tedy alespoň ve zprávě z roku 2003 se věnuje jak sociální, tak zdravotní

sféře. Obrací se přímo na vládu a nemilosrdně hodnotí a porovnává její aktivitu vůči různým již zapomenutým výzvám a příslibům.

MDAC jako by čtenářům předkládalo dva příběhy. Jeden je ze zahraničí a má vycházet ze zkušenosti se snižováním používání omezovacích prostředků. Podává jej tak, že s pozorností věnovanou v minulosti úmrtím a zraněním souvisejícím s použitím restrikcí vždy nejprve přišlo uvnitř odborné komunity úsilí o zdokonalení používaných technik. Pak se ale začaly prosazovat hlasy zdola, volající po úplném zbavení se postupů založených na omezování pacienta/klienta. Na některých pracovištích pak začali pečující zkoušet restrikce redukovat, což mělo ukázat, že významné snížení používání omezovacích prostředků nemusí zvýšit úrazovost, respektive že zvyšuje celkovou bezpečnost poskytování služby. Víze budoucnosti je opuštění ústavní péče a její přeměna v komunitní služby.

Druhý příběh se týká České republiky a vypráví o vývoji, který se zablokoval a vyžaduje radikální impulz. MDAC dokumentuje, jak v uplynulých desetiletích klesá používání klecových a posléze i síťových lůžek, nicméně v nějaké míře stále přetrvává. Charakterizuje situaci takto: „Neustálé používání klecových lůžek je důkazem potřeby širší reformy péče v ústavech sociální péče a v psychiatrických zařízeních střední a východní Evropy.“ (z předmluvy Alvara Gil-Roblese, 22, s. 8) To je jistě možné vztáhnout i na omezovací prostředky obecně.

Od 90. let 20. století začíná také ve střední Evropě působit Výbor CPT. MDAC připomíná, že před zprávou z návštěvy provedené výborem v roce 2002 nebyl v České republice vůbec rozšířen názor, že by používání klecových lůžek jako běžných postelí některých klientů a v ložnicích s ostatními bylo nějak nevhodné. Česká vláda je nově nucena komunikovat s výborem, a to i o klecových lůžkách, a v té době také Centrum předložilo svou první zprávu a vyprovokovalo citelnou negativní mediální kampaň v zahraničí. V reakci na tyto události byla z pokynu ministra zdravotnictví Jozefa Kubinyiho všechna klecová lůžka z psychiatrických léčeben s okamžitou platností odstraněna, počet síťových lůžek se snížil a začaly vznikat i předpisy.

Ratifikace Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením později ale nevedla k žádnému pokroku: v první zprávě zaslané Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením v roce 2011 vláda zcela pomlčela o síťových lůžkách a omezovacích prostředcích na psychiatrii obecně. Nadále ignoruje doporučení Výboru CPT usilovat o stažení všech síťových lůžek. Česká republika je jedna z mála zemí Evropské unie, která nemá žádnou strategii péče o duševní zdraví, a nemá ani národní politiku ohledně omezování volnosti pohybu. Druhý průzkum MDAC podniklo „jako reakci na neschopnost české vlády započít diskuzi o vážných porušeních lidských práv, která vyplývají z používání klecových lůžek v psychiatrických zařízeních“ (23, s. 18).

Centrum kritizuje Ministerstvo zdravotnictví, že sice přijalo Strategii reformy psychiatrické péče, udělalo však velmi málo pro zredukování nadměrného používání omezovacích prostředků v péči

o duševní zdraví. Centrum volí poněkud radikálnější styl a kritizuje nejen ministerstvo a vládu, ale i psychiatrickou obec.

Tento druhý příběh má tedy prozatím hořký konec. Některé části vyprávění je třeba brát s rezervou – problémy nejsou fenomén jen středoevropského regionu. Lze však souhlasit s hodnocením MDAC, že když se na používání klecových lůžek soustředila mezinárodní pozornost, stát učinil pouze povrchní kroky k uklidnění kritiky, už ne ale opatření ke komplexnímu řešení. Mnohé kroky, jako je například snižování počtu síťových lůžek, učinily samy instituce (byť patrně rovněž pod nátlakem), takže všechen pokrok ani nelze přičítat vládě.

## 7.4 Shrnutí

Mental Disability Advocacy Center vydalo dvě zprávy o lidskoprávním monitoringu zaměřeném na používání omezovacích prostředků obecně a klecových lůžek zvláště. Zpráva z roku 2003 zahrnovala kromě České republiky také další tři státy z podobného kulturního okruhu (bývalého Rakouska-Uherska) a vyjadřovala se k situaci jak v zařízeních psychiatrických, tak i sociálních. Zpráva z roku 2014 se týkala pouze České republiky. Přinesla mj. počty síťových lůžek v psychiatrických zařízeních v roce 2012 (minimálně 120).

Centrum pojednává o rozšířeném používání omezovacích prostředků, rozdílné praxi mezi jednotlivými zařízeními a o používání restrikcí i mimo situace naprosté nutnosti. V oblasti sociální se nejvíce projevoval nedostatek potřebných zdrojů a pečujícího personálu a jeho školení. Zprávy přináší svědectví lidí, kteří zažili použití omezovacího prostředku. Mluví o pocitu ponížení a strachu a Centrum mimo jiné na tom staví svůj názor, že použití síťového nebo klecového lůžka představuje nelidské a ponižující zacházení v právním smyslu. Přitom se dále opírá o principy obsažené v rozhodnutích Evropského soudu pro lidská práva (vyvrací především terapeutickou nezbytnost síťových lůžek) a o názory orgánů OSN. Své tvrzení, že obecně všechny omezovací prostředky představují špatné zacházení, však MDAC nedoložilo. Usiluje o odborné zpochybnění restrikcí, ale ani v tom není zcela přesvědčivé.

Centrum trvá na odstranění všech síťových lůžek jako opatření nepřijatelného a terapeuticky neobhajitelného. S ohledem na nepřesvědčivý vývoj a obavu z toho, že zrušení síťových lůžek by vedlo k navýšení používání jiných restrikcí, MDAC žádá v roce 2014 také okamžité zrušení všech omezovacích prostředků. Spojuje jejich používání s poskytováním péče v institucích a kritizuje psychiatrické nemocnice jako historicky překonaný model poskytování péče. Pro svůj závěr o úplném vyřešení problému restrikcí přechodem ke komunitní péči ale MDAC nepodává dostatek důkazů.

MDAC se obrací především na Ministerstvo zdravotnictví a vládu, neboť zjištěná pochybení jsou systémová a jejich zastavení vyžaduje komplexní politiku. Především ve zprávě z roku 2014 je řada tvrdých výroků také na adresu psychiatrické obce a obecně profesionálních pečujících. Mezi mírnější



patří ten, že jsou rezistentní vůči změně, používají racionalizaci, aby klecová lůžka ospravedlnili, a nemají povědomí o tom, jak traumatizující je jejich účinek na uživatele péče. Jako „fauly“ jsem označila několik výroků ve zprávě, které nejsou jen silné, ale i nepřesné a nesprávné.

Byť mají zprávy Centra své slabiny, jejich poselství je rozumné a v zájmu osob trpících duševní poruchou: jednotliví poskytovatelé služeb mají vhodnými opatřeními snížit používání omezovacích prostředků a vláda má zajistit strukturální změny, aby ve výsledku byly restriktce (jednou) zcela eliminovány.

## 8. Velké shrnutí a přehled eticky významných aspektů omezení

Představila jsem čtyři přístupy k omezení volnosti pohybu v prostředí zdravotních a sociálních služeb.

- Alzheimer Europe pokrývá u problému omezení volnosti pohybu člověka specifika jednak dlouhodobé péče a jednak péče o osoby trpící demencí. Ve svých výstupech integruje zkušenost jejich i zkušenost jejich rodin, odborníků z oblasti péče a právníků. Její přístup je mezinárodně sdílený a je navýsost praktický. Předkládá také úvahy z oblasti etiky s cílem rozšířit tento způsob reflexe mezi pečující a posílit tím respekt k důstojnosti jejich i osob trpících demencí. Na doporučeních pro vlády států je vidět, jak se Alzheimer Europe snaží upevnit svůj standard také skrze právní regulaci. Široké a otevřené pojetí omezení zahrnuje i neutrální prostředky, bariéry v prostředí, opatření zdravotní péče a mocenské jednání. Tímto jde Alzheimer Europe nejdál – opouští přímé zaměření na omezení volného pohybu a přidává další zásahy, do autonomie, integrity a důstojnosti člověka. Alzheimer Europe chce péči bez používání omezení; to může být pouze krajní možností ve výjimečných případech. Má vysoké nároky na poskytovatele péče, aby na základě odbornosti a ochoty k přiměřeným úpravám naplňovali princip subsidiarity a nediskriminace.
- Evropský soud pro lidská práva hodnotí konkrétní podmínky u případů v předložených stížnostech. Do jeho rozhodování se zatím dostalo jen málo případů týkajících se omezení volnosti pohybu ve zdravotních a sociálních službách. Lidé s duševní poruchou a lidé zbavení svobody jsou zvláště chráněni skrze institut zranitelných osob, neboť jejich přístup k pomoci a právu je v praxi omezený. Použití omezovacího prostředku je z právního hlediska závažný zásah do fyzické a psychické integrity člověka, a pokud nerespektuje princip nezbytnosti, přiměřenosti a subsidiarity, dosahuje ponižujícího zacházení. To Soud shledal na případu použití kurtů při poskytování psychiatrické péče a může to být vztáhnuto i na další opatření; práh závažnosti pro posuzování zásahu jako ponižujícího zacházení je ale poměrně vysoko. Kurtování nepředstavuje podle Soudu léčebnou intervenci, ale použití síly se vším, co s tím v právním slova smyslu souvisí. Při vyšetřování hodnověrných tvrzení (podezření), že bylo síly ze strany představitelů státní moci užito neoprávněně, musí být stát schopen doložit, že použití bylo

nezbytné a přiměřené. Stát je povinen také činit operativní opatření k ochraně osob, které jsou reálně ohroženy špatným zacházením, nebo je v nebezpečí jejich život. Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod představuje právní, standard, který je minimální.

- Výbor CPT formuluje své standardy na podkladě poznatků ze stovek návštěv uzavřených zařízení po celé Evropě a důkladné diskuse expertů z oborů medicíny i práva. Má ambici, aby byly realistické a klinicky věrohodné. Standard k používání omezovacích prostředků je náročný, pro české úřady až nepřijatelný. Výbor CPT se domnívá, že v řadě navštívených zařízení jsou omezovací prostředky používány nadměrně. Proto stanoví a prosazuje záruky (pojistky) proti špatnému zacházení. V roce 2017 výbor revidoval standard k používání omezovacích prostředků v psychiatrických zařízeních pro dospělé do normativního textu s jasným poselstvím pro poskytovatele služeb i vlády států. Výbor se vyjadřuje k omezovacím prostředkům jako použití síly. Tím se komplikuje použití standardu na omezení volného pohybu v důsledku léčebných intervencí. Část doporučení výboru vychází z minimálního (právního) standardu a část jde nad něj a má medicínský a etický charakter. Názory Výboru CPT nejsou přímo právně závazné, ale mají značný dopad. Výbor CPT má proti Soudu lepší pozici v tom, že jedná s vládami o zjištěných problémech především v obecné rovině. Nezřídka přitom pojmenovává potřebu strukturální odpovědi státu.
- Mental Disability Advocacy Center sdílí pojem omezovacího prostředku s Výborem CPT. Zprávy Centra o monitoringu situace v českých sociálních a psychiatrických zařízeních představují radikální postoj proti omezovacím prostředkům obecně a síťovým a klecovým lůžkům zvláště – jejich použití Centrum považuje za špatné zacházení v právním slova smyslu a předkládá také argumenty odborné a etické, nicméně ne příliš propracované. Každopádně síťová lůžka Centrum považuje za nepřijatelná. Omezovací prostředky Centrum spojuje s tématem institucionalizace a využívá je ke kritice ústavní péče vůbec.

Rozbor práce těchto čtyř subjektů přinesl několik poznatků. Zaprvé, jejich přístup k omezení volnosti pohybu je různý, i když se konkrétní předmět jejich zájmu částečně překrývá. Při hodnocení omezovacích opatření si při tom převážně neodporují, spíše se doplňují. Vybočuje MDAC. Zadruhé, tři prameny pojednávají o nadužívání omezovacích postupů, o jejich používání v rozporu se zásadou nezbytnosti a o velké rozdílnosti praxe při jejich použití, a to ve zdravotní i sociální oblasti, v Evropě i přímo v České republice. Zatřetí, všechny subjekty rozlišují rovinu jednotlivých pečujících a poskytovatelů a rovinu systémovou. Začtvrté, všechny subjekty nějak rozlišují pochybení – odborné, morální i právní. Etická argumentace je relativně rozšířená – používá ji přímo Alzheimer Europe i hodnotově založené právo lidských práv.

Na základě studia těchto zdrojů docházím k následujícím otázkám a problémům, jejichž rozpracování podle mého názoru může postihnout etické aspekty omezení volného pohybu člověka při poskytování péče. Podle souvislostí jsem je seskupila a opatřila nadpisy:

### **Co je to vlastně omezení?**

Dopad, nebo účel a úmysl? Může být omezovací prostředek terapeutickým opatřením? Jde stále o jeden problém, když pojetí omezení může být tak různé?

### **Předpoklady užití omezení jako prostředku ultima ratio**

Co konkrétně implikuje princip nezbytnosti a subsidiarity? Význam faktorů zvyšujících pravděpodobnost omezení a naopak opatření, která snižují používání restrikcí. Svázanost institucionální péče s používáním restrikcí?

### **Je eticky přípustné omezit volnost pohybu člověka?**

Přípustnost opatření s negativním účinkem. Postačí k přípustnosti omezení naplnění zásady nezbytnosti a přiměřenosti? Význam vůle člověka. Mají na posouzení vliv okolnosti používání omezení, jako je například strukturální diskriminace? Je nějaký prostředek zcela nepřijatelný?

### **Pohled pečujícího personálu**

Autonomie, integrita a etické konflikty pečujících. Vysoká náročnost standardu versus realita poskytování péče. Kdo vlastně rozhoduje? Vztah lékaře a sestry. Individuální odpovědnost v prostředí instituce a nezájmu společnosti.

### **Různí aktéři, různá odpovědnost**

Odpovědnost vedení zařízení, vlády, státu. Standardy právní nebo etické? Proč nejsou alternativy rozšířené? Je kritika českých úřadů a institucí oprávněná a proč?

Ve zbytku práce tyto problémy rozeberu, rozliším jejich povahu a rozpracuji etické aspekty.

# Přípustnost omezení

---

Čtyři přístupy k omezení volnosti pohybu, jež jsem podrobně rozebrala a představila, vychází z různých argumentačních pozic. Jejich znalost použiji při úvaze o etické přípustnosti omezení. Provedu je poměřením čtyřmi klasickými bioetickými principy samostatnosti (autonomie), nepoškozování (nonmaleficence), směřování k dobru (beneficence) a spravedlnosti (justice; který je autory interpretován nejen jako spravedlnost, ale i právo). (53) Přidržím se tedy etiky principů (principlialismu).

Otázka, zda je eticky přípustné omezit volný pohyb pacienta/uživatele péče, je klíčová. Před jejím zpracováním je však zapotřebí řešit dvě z dalších vytyčených témat, totiž vypořádat se s otázkou, co je to vlastně omezení, a vymezit, co významného plyne z principů nezbytnosti a subsidiarity, které rezonovaly v argumentaci u všech čtyř přístupů. Tím tedy musím začít. U posléze uvedeného se ukázal jako pointu vystihující nadpis *Předpoklady užití omezení jako prostředku ultima ratio*.

## 9. Co je to omezení?

### 9.1 Problém definice

#### 9.1.1 Obecně

Pohledy na to, co se má tematizovat jako omezení volného pohybu, se různí. Z dosavadního výkladu přitom nelze říci, že by některý z rozebraných přístupů byl nevhodný, nebo naopak vítězný. Společně mají to, že se zaměřují na opatření nebo podmínky, které mají nebo hrozí mít nějaký negativní dopad. A dále všechny přístupy uvádí omezení jako něco, co se má minimalizovat či eliminovat, tedy nejde o neutrální pojem.

Samotné pojetí není ani problémem etiky, ani čistě medicínským. Medicínská, nebo obecně odborná (pro zjednodušení pomíjím odbornosti uplatňující se více v sociální péči), je otázka potřebnosti a vhodnosti použití toho kterého postupu a opatření z hlediska zdraví, správnosti provedení a ošetření, případně předvídání a vážení nežádoucích účinků. Pojetí (definice) je spíše vyjádřením přístupu podloženého nějakým zájmem. Tak například „omezovací prostředky“, jako pojem používaný Výborem CPT, jsou kategorie vzniklá z reflexe klinické praxe, která odpovídá tomu, že s ní výbor pojí režim podmíněného povolení (přípustnost jen v případě nezbytnosti) a pojistek, v zájmu prevence špatného zacházení při poskytování psychiatrické péče. Je konvencí, s jakými postupy bude svázán náročnější rozhodovací postup a dokumentování, sledování a kontrola. Rozumné je, zatížit tak to, co je považováno za nebezpečné nebo nadužívané. Až zakázání nějakého postupu, to už je problém podstatný, neboť vlastně pokládáme novou otázku: *co je nepřijatelné?* V případě Výboru

CPT je to ponižující či obecně špatné zacházení. To je hodnotová otázka, které se právě budu věnovat v rovině etické.

A tak bych, domnívám se, neudělala chybu, pokud bych si omezení volného pohybu definovala sama, s nějakým rozumným odůvodněním, a pak provedla zamýšlený rozbor souladnosti s principy bioetiky. Pokud ale nemá jít jen o abstraktní cvičení, bude lépe ponechat téma definice otevřené a následnou úvahu nijak nezužovat.

Definice jsou užitečné pro dosažení porozumění v diskusi. A naopak, problém definice vystupuje do popředí, pokud neodpovídá potřebám dané diskuse a činnosti, definice je neúplná, matoucí nebo chybí. Výbor CPT definici omezení nepodává. Jeho pojetí, co je omezovací prostředek, je přitom celkem jasné, jak jsem dovedla (až například na téma chemického omezení, kde je revidovaný standard vcelku stručný a definice omezení by pomohla s interpretací).

Sama bych omezení definovala široce tak, že jde o zásah do integrity člověka jakýmkoli omezením volnosti jeho pohybu, který získává zvláštní váhu, když je jím zasaženo do jeho autonomie (děje se proti vůli člověka) nebo když je s ním spojeno použití síly. Pro případy použití síly považuji za vhodné stanovit přísnější pojistky.

### 9.1.2 Právní vymezení

Některé parametry použití omezujících postupů mají být upraveny právními normami. Povinnost státu stanovit minimální právní rámec plyne z rozhodnutí štrasburského soudu a v mnohem širším rozsahu jej požaduje i Alzheimer Europe. Česká právní úprava odpovídá svým záběrem spíše požadavku Soudu. Prostudovala jsem ji a našla několik problémů, které myslím souvisí právě s tím, že právní předpisy definice omezení neobsahují, pouze některé postupy jako omezení označují (zákon o zdravotních službách), nebo obecně omezování až na výjimky zapovídají (zákon o sociálních službách). Příklady:

- První metodické opatření Ministerstva zdravotnictví k používání omezovacích prostředků uvádělo jako omezovací prostředek také pobyt na uzavřeném oddělení. Stejně tak Doporučené postupy psychiatrické péče III. z roku 2010, tedy k otázce omezovacích prostředků ty nejnovější, rozumí jako omezovací prostředek také přijetí pacienta na oddělení, kde je omezen jeho styk s okolním světem. (54) V zákoně to mezi omezovacími prostředky zařazeno není. To ale neznamená, že by se opatření přestalo používat. Jaký má tedy charakter?
- Manuální omezení nemá v České republice tradici a jeho zařazení do zákona o zdravotních službách vyvolalo značný rozruch. Má se zvlášť zaznamenávat a chápat jako omezovací prostředek každé přidržení pacienta, jak to dovedíme jazykovým výkladem zákona? (55)
- Jak se ukázalo při systematických návštěvách, v řadě zařízení sociálních služeb pro seniory personál podává tlumící léky ad hoc na základě pro re nata ordinací lékaře. Protože tato podání

nezapadala do komplexní práce s problémovým chováním, nýbrž šlo o izolovaná rozhodnutí sester, ochránce vyložil, že může jít o omezování, a požádal Ministerstvo práce a sociálních věcí, aby nejasnosti panující v praxi zohlednilo v metodickém opatření. Ministerstvo se tomu dosud brání.

- *Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí* tematizuje také psychologické omezování. Má jít o používání verbálních a nonverbálních pokynů, příkazů a zákazů omezujících pohyb a jednání pacientů s demencí. Ačkoli připouští, že je obtížné je identifikovat, kvůli jeho povaze zásahu do lidské důstojnosti a negativnímu dopadu na pacienta je přesto uvádí jako omezení (srov. kapitolu 4.2.3). Také pacienti psychiatrických zařízení i sami zdravotníci někdy udávají „přesvědčování“ jako prvek donucení. (56) Když je české předpisy neznají, znamená to, že je vše dovoleno? Nebo také patří mezi „opatření omezující pohyb“, které zákon o sociálních službách nedefinuje, jen zakazuje používat?
- Veřejný ochránce práv ve své poslední zprávě z návštěv léčeben dlouhodobě nemocných nepojednává samostatně o omezovacích prostředcích, ale v jedné kapitole *Volnost pohybu, zajištění bezpečí* spolu s výkladem o dalších úkonech zdravotní péče a o režimu, jež mají nějaký omezující efekt. (9) Odpovídá to zjištěním o ošetřovatelské praxi, jež často omezující je, aniž by to bylo nějak reflektováno vedením a pravidly zařízení. Když tyto postupy nezná výčet omezovacích prostředků uvedený v zákoně, znamená to, že je takové omezení volného pohybu dovolené?
- Na přístupu Evropského soudu pro lidská práva je vidět, že definičním kritériem pro zpřísněnou proceduru při omezení volnosti pohybu může být užítí síly. Pak ovšem zůstává s otazníkem použití léků a téma donucení a hrozby.

Domnívám se, že zde jednak panuje nejasnost, jaké postupy jsou právem dovolené a jaké ne, a zadruhé, jaké postupy mají být svázané se zvláštní přísnou procedurou, kterou zákony předepisují v institutu omezovacího prostředku (opatření). Je klíčové, aby právní pravidla byla vyjádřena jasně a stanovena správně a dostatečně vzhledem k předmětu úpravy, aby nevznikaly zmatky a právo mohlo být svými adresáty přijato s respektem. Konkrétně, je v zájmu obecné právní jistoty a vnitřního klidu pečujících minimalizovat dilema, zda respektovat právo, které se přičí jejich etickému soudu. Nejasnost rovněž umožňuje hledat okliky v aplikaci práva a vylučuje právní postih. Volání po právní jistotě se po mém soudu nevylučuje s požadavkem Alzheimer Europe, aby omezení bylo právem definováno tak, aby zahrnovalo všechny typy a bylo otevřené. (26) Legislativní technika má dostatek nástrojů ke splnění takového zadání.

Alzheimer Europe doplňuje, že k vysvětlení právních a etických souvislostí omezování by měla existovat náležitá osvěta. Nelze než souhlasit. Ve zdravotnictví neexistuje ani žádný oficiální výklad,

co omezením rozumět.<sup>92</sup> Pro oblast sociální výklad existuje (4), ale má malý dopad na řešení sporných situací v praxi. Část nejasností by odpadla, pokud by téma omezovacích prostředků a postupů mělo více pozornosti odborníků i státních orgánů, takže by bylo více odborné literatury a odůvodněných závazných rozhodnutí umožňujících mezeru zaplnit.

Teoreticky zajímavé je ono pomezí péče a použití síly, které blíže rozpracuji u opatření ochranných a farmakologických.

## 9.2 Opatření ochrany nebo omezení?

Při absenci právních definic se v praxi některá naprosto zjevně omezující opatření bagatelizují s tím, že primárním účelem jejich použití není omezovat, ale chránit. Druhým extrémem je zatěžování standardních úkonů péče neúnosnou administrativou. Nejprve uvedu tři skutečnosti, na kterých lze toto zdánlivé dilema studovat:

**První poznámka:** Metodický postup Ministerstva práce a sociálních věcí pro používání opatření omezujících pohyb osob rozlišuje

- „opatření omezující pohyb“ jako ta opatření, která „zamezí uživateli sociální služby pohybovat se svobodně a bez omezení a tím projevovat svou svobodnou vůli“, a
- „opatření ochrany“ jako opatření, která „jsou používána z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu osob a zároveň mohou omezit volný pohyb osob“. (4, bod 2.1)

„V souvislosti s užitím prostředků, které mohou uživatelům sociálních služeb omezit volný pohyb, je vždy nutné vyhodnotit, zda je daný nástroj užíván jako prostředek omezující pohyb osob, či zda je nástrojem ochrany uživatele.“ (4, bod 2.4)

**Druhá poznámka:** Ve standardech ošetrovatelské péče, které v roce 2004 zpracovali Tomáš Petr a Tibor Miklóš (58), je fixace končetiny při aplikaci infúze považována za omezovací prostředek, označovaný jako „fixace pacienta“. Definuje se tak postup ve vztahu k pacientovi, který se neprojevuje neklidem a agitovaností, ale spíše zmateností, a je ale právě kvůli infúzi nebo kvůli riziku pádu omezen břišním pásem v lůžku nebo v křesle, nebo je mu fixována jedna končetina. „Dle našeho názoru je důležité ho vymezit oproti jiným omezujícím opatřením a ošetřit tak situace, kdy jsou např. gerontopsychiatrickí pacienti celý den připoutáni ke křeslu, aniž by se někdo zabýval tím,

---

<sup>92</sup> Například v Anglii prováděcí předpis pro péči o duševní zdraví stanoví, že omezujícími zákroky jsou „úmyslná opatření ze strany jiných osob, jež omezují pacientův pohyb, svobodu nebo svobodu jednat nezávisle, a to za účelem bezprostředního zvládnutí nebezpečné situace, kdy je bez přijetí nějakých opatření reálná možnost újmy pro pacienta nebo ostatní, a zastavení nebo významného snížení nebezpečí pro pacienta nebo ostatní.“ (44, bod 26.36) Národní odborná autorita pak upřesňuje, jaké nástroje se používají (sledování, oddělení člověka, manuální omezení, mechanické omezení a rychlé zklidnění). (18)

jak dlouho a z jakého důvodu.“ Tedy je zde konstatován rozdíl a zároveň trvání potřeby nějakých pojistek. (58, s. 29)<sup>93</sup>

**Třetí poznámka:** Asociace průvodců v problematice rizikového chování vydala stanovisko k postranicím, které předkládá přístup zobecnitelný i pro jiná opatření:

„Všechny mechanické pomůcky můžeme využívat i zneužívat. Pro seniora s Alzheimerovou chorobou můžeme polohovací vak dobře využít pro pohodlné sezení při dívání se na televizi, zároveň jej však můžeme zneužít jako restrikcii, která nám zajistí, že z vaku se senior sám nezvedne a my máme od něho na chvíli klid (velmi pěkně si to můžeme obhájit i tím, že to děláme pro jeho dobro, aby se nezranil nebo že je nás jako personálu prostě málo). U dítěte s kombinovaným handicapem můžeme rehabilitační židli se stolkem využít pro správnou polohu jeho těla při práci nebo při jídle, ale zároveň ji můžeme zneužít pro náš klid ve chvíli, kdy dítě neustále po nás leze nebo něco chce. Je důležité si uvědomit, že omezení pohybu nepřináší pouze chybné zneužití mechanických pomůcek, ale i absence mechanické pomůcky. Člověk s tělesným handicapem je bez berlí, bez vozíku, bez chodítka nebo bez hrazdičky nad postelí také velmi omezen ve svém pohybu.“ (2)

Na příkladech je vidět, jak odborná literatura doplňuje zákon, který z nějakého důvodu některá opatření nezmiňuje; při náležité analýze dopadu opatření na konkrétního člověka však není sporu o tom, zda má nebo nemá omezující účinek. Podle metodiky Ministerstva práce a sociálních věcí má poskytovatel i u „opatření ochrany“ ctít zásadu nezbytnosti, vymezit situace možného porušení svobody pohybu uživatele a zpracovat pravidla pro používání opatření. Pokud nemůže uživatel opatření zhodnotit v rovině informovaného souhlasu, posuzuje a rozhoduje případ odborný tým. To vyhovuje požadavku Alzheimer Europe na zachování principu nezbytnosti a přiměřenosti a je to rovněž v souladu se základními právy člověka – pokud zásada nezbytnosti a přiměřenosti naplněna není, může se skutečně jednat o neoprávněné omezení volnosti pohybu člověka.

Tento přístup uplatňuje také veřejný ochránce práv, který řadu opatření s omezujícím dopadem nepodřazuje pod zákonné vymezení „omezovacího prostředku“, ale přesto v souvislosti s nimi klade vysoké nároky:

- Pro zařízení sociálních služeb: „Omezení volnosti pohybu klienta může nastat jak v souvislosti s použitím opatření omezujících pohyb, tak jako jiný úkon péče, legitimně učiněný z důvodu bezpečnosti či pohodlí klienta. Je důležité, aby přijatá opatření, pokud jsou součástí specifické péče o klienty, nebyla nahodilá, neprofesionální ani výsledkem intuitivního rozhodování

---

<sup>93</sup> Poznámám, že už Doporučené postupy psychiatrické péče II. z roku 2006 připoutání končetiny při aplikaci infúze za omezení pacienta nepovažují.



personálu. Musí jít o výsledek spolupráce lékaře, sester a pečujícího týmu pracovníků zařízení. Rovněž je třeba, aby vedení zařízení nastavilo jasná pravidla pro používání opatření, která mohou klienta omezovat v pohybu.“ (11, s. 32)

- Pro léčebny dlouhodobě nemocných: „Postranice (nebo zábrany) jsou běžně užívaným ošetřovatelským nástrojem, jehož účelem je zabránit pacientovi v pádu z lůžka. Jejich použití však může ohrožovat pacientovu důstojnost i zdraví (imobilizace, inkontinence), proto při jejich užití žádám o splnění následujících podmínek. 1) Účelem použití postranic musí být zamezení pádu pacienta, tedy zajištění jeho bezpečnosti, nikoliv například ulehčení práce personálu. Předpokladem je individuální hodnocení rizika pádu, které je popsáno v předchozí kapitole. 2) Použití postranic musí být přiměřené riziku. Jako pravidlo platí, že je nutné vždy používat co nejméně restriktivní opatření. Je tedy třeba nejdříve zvážit, zda nelze k ochraně před pádem, respektive před následkem pádu, použít méně restriktivní opatření, například snížit lůžko či položit matrace vedle lůžka, nebo použít postranice částečné, nebo spustitelné pacientem na lůžku. U pacientů s demencí může být vhodné rovněž použití piktogramů vysvětlujících nutnost zvednutí postranic. Zvláště je třeba zvažovat použití postranic u pacientů, u kterých vyvolává postranice úzkost a mohou se snažit ji sundávat, nebo přelézat. 3) Při použití postranic u pohyblivých pacientů (prevence pádu ve spánku) je nutné zajistit, aby pacient mohl opustit lůžko. Například lze použít postranice částečné, nebo spustitelné pacientem na lůžku. 4) Zákon výslovně neukládá zdravotnickému zařízení povinnost zaznamenávat režim použití postranic do zdravotnické dokumentace. Je-li však režim nasazování postranic uveden v pacientově dokumentaci, má personál jasné instrukce, jak má postranice nasazovat. Za vhodné zde považuji, aby měl personál při službě k dispozici jako pomůcku vedoucím pracovníkem autorizovaný seznam pacientů, kterým má být postranice nasazována, v němž bude upřesněn režim nasazování.“ (9, s. 43–44)

Docházím k závěru, že různost pojetí kategorie omezení by ztratila na významu, pokud by se uplatňovala robustní ochrana zájmů osob přijímajících péči, tedy byla garantovaná ochrana před všemi neoprávněnými zásahy do integrity člověka. V kontextu „ochranných opatření“ k zásahu nejspíše dojde, pokud péče není komplexní (zahrnující psychosociální intervence a nefarmakologické přístupy v managementu poruch chování) a není maximálně šetrná k autonomii člověka. Problém je, že v praxi k takovým zásahům dochází velmi často, a v oblasti zdravotní péče chybí byt' i metodika, která by způsobem srovnatelným se sociální oblastí vedla k této citlivosti a náročnosti.

### 9.3 Chemické omezení

Farmakologické ovlivnění je lege artis krok při zvládnutí agresivního a násilného chování z chorobné příčiny, kterým je možné případně předejít použitím omezovacích prostředků. Zároveň však použití léků za určitých okolností představuje omezovací prostředek. Jak se v tom zorientovat a správně

zachovat? Rozlišení není snadné – vždyť haloperidol je „stejně dobrý k tišení okamžitého neklidu a zároveň také k dlouhodobé léčbě nemoci, jejímž hlavním příznakem je nejistota a tenze doprovázející bludy a halucinace“ (59, s. 149). Nicméně možné to je a část praktických problémů je právě příkladem nedokonalosti českých pravidel.

Odhaduji, že rozeznávat chemický omezovací prostředek představuje jedno z nejkontroverznějších doporučení veřejného ochránce práv v oblasti používání restrikcí v psychiatrických nemocnicích. Byl to problém od samotného počátku provádění systematických návštěv (srov. 7, bod 15) a je i nyní, kdy je farmakologické omezení zmíněno v zákoně. Mohu přidat vlastní zkušenost například z jednání o novelizaci metodického opatření k používání omezovacích prostředků nebo v ředitelárnách zařízení, na jejichž systematické návštěvě jsem se podílela: projasnit toto téma je nesmírně náročné a mnoho zdravotníků to zkrátka nedokáže přijmout. Že většina psychiatrických nemocnic farmakologický omezovací prostředek vůbec „nepoužívá“, je toho důkazem. Zdá se mi, že deset let zde není žádná doba a přemýšlím, co by se muselo stát, aby v praxi nastaly změny. Ještě v prosinci 2017, při kulatém stole pořádaném veřejnou ochránkyní práv k bilancování systematických návštěv zaměřených na ochranné léčení, se mě jeden ředitel psychiatrické nemocnice zeptal, v čem vidím u tzv. chemického prostředku ten prvek omezení. Jiný ředitel pochyboval, zda může podání léků představovat restrikcii, když u omezovacích prostředků je povinnost dokumentovat trvání „od–do“, což tady neseďí, a jiný vysoce postavený lékař reagoval v nadsázce na argumentaci standardy britskými a standardy CPT bonmotem, že právo šaría také představuje v určitém kontextu standard.

Toto jsou zdroje, které v psychiatrickém kontextu chemický omezovací prostředek rozeznávají a uznávají:

- WHO základní principy pro právní úpravu péče o duševní zdraví (60) u principu 4 uvádí jako jednu ze zásad „poskytování ústavní péče v co nejméně omezujícím prostředí“, do čehož výslovně zahrnují i použití omezovacích prostředků včetně chemických.
- Chemické omezení zná stanovisko Mezinárodní společnosti psychiatrických sester (50).
- Standardy dlouhodobé péče, publikované v monografii Ivy Holmerové a kolektivu, pracují s omezovacími prostředky jak mechanickými, tak i chemickými, za něž považují nadměrné používání tlumivých prostředků. (13, s. 170)
- Výbor CPT definuje v revidovaném standardu chemické omezení jako nucené podání léků za účelem zvládnutí chování pacienta (více v kap. 6.5.3).

- Doporučení Rec(2004)10 chemické omezení mezi omezovacími prostředky neuvádí, ale Výkladové memorandum v bodě 145 týkajícím se léčby bez souhlasu se k němu explicitně vyjadřuje a vlastně je i definuje.<sup>94</sup>
- Doporučené postupy psychiatrické péče II. z roku 2006 farmakologický omezovací prostředek spíše neznaly. Uvádím „spíše“, neboť v příslušné kapitole se sice výslovně pojednává o „aplikaci psychofarmak bez souhlasu pacienta a umělé výživě sondou“, ale s tím, že u podání proti vůli pacienta nejde o omezovací prostředek ve vlastním smyslu toho pojmu, ale spíše o prostředek léčebný. „Ve většině případů se podávají psychofarmaka ke zklidnění nemocného, a tím k zahájení terapie, a to při částečné nebo úplné anosognózi.“ (47, s. 160) Verze III. z roku 2010 farmakologické omezení zná, jako „parenterální medikaci, aplikovanou bez souhlasu pacienta“, přičemž je dál nerozvádí. (54) Domnívám se, že standard z roku 2006 vystihuje většinový odborný postoj. Byť schéma doporučeného postupu při parenterálním podání medikace bez souhlasu nemocného se nelišilo od schématu při užití omezení v pohybu, byl zde pocíťován rozdíl. Z mého pohledu chybí jen záruky.

Není tedy otázkou *zda*, ale *jak* chemický omezovací prostředek chápat a jak uspokojivě vymezit rozdíl mezi léčbou (včetně podání tlumícího léku pro re nata) a omezením.

Alzheimer Europe v kontextu dlouhodobé péče vlastní definici nemá, jen uvádí hned čtyři existující způsoby vymezení chemického omezení: 1. lék použitý ke zvládnutí chování a použitý způsobem, jež nevyžaduje léčbu symptomů pacienta; 2. psychofarmakum použité kvůli kázni nebo pohodlí pečujícího a nevyžádané léčbou symptomů, které člověka omezují; 3. použití léků pro změnu chování člověka; 4. tlumící a tišící léky pro čistě symptomatickou léčbu neklidu nebo jiného narušeného chování. (26)

Dobře propracovaná pravidla, co se týká neklidové medikace, jsem zaznamenala v anglické instrukci ke krátkodobému zvládnutí násilí a agrese (18). O pro re nata medikaci se tam pojednává v rámci postupů k předcházení násilí a agresi. Přičemž se rozlišuje mezi (i) nastavením farmakoterapie ke snížení nebezpečí násilí a agrese (léky podávané pravidelně nebo pro re nata) jako součástí komplexní strategie, a (ii) použitím léků samostatně pro rychlé zklidnění v průběhu epizody násilí. Pouze to první se označuje jako „pro re nata“, neboli „v případě potřeby“.<sup>95</sup> Instrukce doporučuje

---

<sup>94</sup> „...znepokojení vyvolává něco, co je někdy nazýváno ‚chemické omezení‘. Léky jsou použity jako omezení, pokud jsou použity k zvládnutí chování člověka, nejsou lékařsky nezbytné a nejde o klinicky vhodnou léčbu jeho stavu. Léky by nikdy neměly být použity pro pohodlí personálu nebo jako nástroj k donucení, ukáznění nebo potrestání.“ (61, bod 145)

<sup>95</sup> „When needed. In this guideline, p.r.n. refers to the use of medication as part of a strategy to de-escalate or prevent situations that may lead to violence or aggression; it does not refer to p.r.n. medication used on its own for rapid tranquillisation during an episode of violence or aggression.“ (18, s. 16)

nestanovovat pro re nata předpis rutinně, automaticky při přijetí. Předpis musí být naprosto jednoznačný ohledně účelu a okolností podání. Vyžaduje se, aby se předpis pro re nata přehodnocoval nejméně co týden, co se týká trvání a důvodu. Pokud nebyl od minule použit, má se zvážit jeho zrušení. Pokud je to možné, má se zahrnout do diskuse také uživatel služby.

Český zákon o zdravotních službách farmakologický omezovací prostředek zná, ale definuje jej poněkud nejasně: „K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu psychiatrické poruchy.“ [§ 39 odst. 1 písm. f)] Jak se na základě tohoto složitějšího souvětí zorientovat v tom, že omezením není léčba psychiatrické poruchy, když přitom násilím podávané léky zpravidla k léčbě psychiatrické poruchy také přispívají? Proč má hrát roli cesta podání léku? Sice bude injekční podání v případě omezovacího prostředku nejčastější, ale je nepřesné činit z toho definiční kritérium. Veřejný ochránce práv na to upozorňuje a žádá, aby zadání bylo pro zdravotníky jasné a srozumitelné v tom smyslu, jak s chemickým omezením pracuje Výbor CPT. Naposledy to vznesla ochránkyně Anna Šabatová v rámci připomínkování návrhu nového metodického opatření, jehož první verze v tomto bodě jen opisovala zákon. Ministerstvo zdravotnictví se nejprve odmítlo tímto tématem v metodickém opatření zabývat, ale po urgencích i od jiných subjektů přislíbilo odkázat na standard Výboru CPT.

Dosavadní mlčení a přešlapování kritizují, ale naprosto uznávám, že jde o komplexní problém. Připomenu, že Výbor CPT přistupuje k chemickým omezovacím prostředkům citlivě a provázanost s léčbou připouští. Nicméně pro některá podání tlumících léků režim omezovacího prostředku požaduje. Kolegové z výboru často uvádějí poznatek z rozhovorů při návštěvách, že podrobení člověka a podání psychoaktivních látek silou je mnoha pacienty (a také zdravotníky) vnímáno jako nejzávažnější zásah do integrity pacienta, jaký může v psychiatrické nemocnici nastat.

Situaci dále znepřehledňuje to, že velkou hrozbou pro důstojnost a integritu pacienta je také obecně podávání léků proti jeho vůli a předávkování a často se při související kritice dávají všechny tyto problémy „do jednoho pytle“. Excesivní tlumení má s omezením mnoho společného: je velice obtížné je dokázat a přesvědčivě rozkrýt; má podobné rizikové faktory, tedy nedostatek personálu, nevhodné materiální podmínky pro poskytování péče a nedostupnost kompletní škály léčebných intervencí; konečně, v obou případech mohou být léky zneužity k potrestání a vyřazení obtížného pacienta a může tak z právního hlediska dojít ke špatnému zacházení. Jedná se však o situace lišící se jádrem problému a také vhodnou argumentací. Zatímco u omezovacích prostředků je po mém soudu primárně v zájmu pacientů prosazovat preventivní opatření a trvat na kritériu nezbytnosti, u přemedikování je hlavním tématem správnost léčebného postupu a informovaný souhlas pacienta. V dalším odkazují na postoj Alzheimer Europe (kapitola 11.6).

Podotýkám, že v sociálních službách není situace lepší. Jak ukázaly systematické návštěvy 14 zařízení pro seniory v letech 2013 a 2014, v naprosté většině zařízení je ošetrovatelský personál zvyklý některým klientům podávat tisíce léky na základě předem připraveného lékařského předpisu či po telefonické ordinaci lékaře. Reflexe těchto poznatků s představiteli různých poskytovatelů ukazuje, že než bude možné mluvit o vhodnosti použití psychofarmakoterapie (sestry zařízení si často stěžují na nezáměr praktických lékařů o stav klientů) a povaze toho kterého podání jako případného omezení, bude nejprve nutné dosáhnout věrohodné dokumentace projevů chování klientů a okolností podání léků. V současné době je velmi nedokonalá a málo vypovídající (viz kapitola 2.2.3). Metodické opatření je k podání léků nedostatečné a Ministerstvo práce a sociálních věcí je zatím odmítá doplnit.

## 9.4 Shrnutí

Nenašla jsem prostou odpověď na otázku, co je to omezení. Dílem jde o konvenci a dílem jde o vyjádření toho, co je považováno za nepřijatelné. Téma definice jsem proto nechala otevřené.

Všimla jsem si, že česká právní úprava definice omezení pro potřeby porozumění dotčených ustanovení neobsahuje. Působí to nejistotu při aplikaci ustanovení o omezovacích prostředcích (opatřeních omezujících pohyb) na sporné situace.

Odhaduji, že rozeznávat chemický omezovací prostředek představuje jedno z nejkontroverznějších témat v oblasti restrikcí. Není přitom otázkou zda, ale jak chemický omezovací prostředek chápat a jak uspokojivě vymezit rozdíl mezi léčbou (včetně podání tlumícího léku předepsaného pro re nata) a omezením. Český zákon je v tom nejasný. Je to ale komplexní problém.

Docházím k závěru, že různost pojetí kategorie omezení by ztratila na významu, pokud by se uplatňovala robustní ochrana zájmů osob přijímajících péči, tedy byla garantovaná ochrana před všemi neoprávněnými zásahy do integrity člověka.

# 10. Předpoklady užití omezení jako prostředku ultima ratio

## 10.1 Implikace principu nezbytnosti

Krom poněkud nejasného postoje u MDAC všechna výše rozebraná stanoviska restrikce připouštějí jako krajní opatření, tedy při uplatnění principu nezbytnosti. Podle Evropského soudu pro lidská práva musí být použití nutné ve světle okolností. Aby byl omezovací prostředek skutečně až krajní možnost, musí jeho použití předcházet vyzkoušení mírnějších alternativ, leda by to zjevně nevedlo k odvrácení nebezpečí. To je princip subsidiarity. Princip nezbytnosti ovládá rozhodnutí o uplatnění omezení i o jeho trvání.

Princip nezbytnosti je dynamický a navýsost svázaný s realitou poskytování péče. Štrasburský soud v konkrétních případech kritizoval neuplatnění principu nezbytnosti, ačkoli obhajoba státu se domnívala, že naplněn byl. Já jsem pak nezbytnost deklarovanou státem v těch případech nazvala *quasi-nezbytností* (kapitola 5.5.3.). Co to znamená? V různých podmínkách poskytování péče je různě vysoko práh, při jehož překročení už je z pohledu pečujících nezbytné omezení použít. Nezbytnost nechápu jako objektivní stav (výšku prahu), ale jako požadavek na úsilí mít práh tak vysoko, kam ho lze rozumnými opatřeními dostat, respektive minimalizovat potřebu používat omezení. To není jen jiná, ale stejně abstraktní definice, nýbrž pojetí se zcela praktickými dopady. U výkladu standardů Výboru CPT jsem konstatovala, že jen málo jeho požadavků nemá nějakou vazbu na zásadu nezbytnosti. I zde jsem ji podrobně rozebrala a vyvodila z ní řadu konkrétních důsledků (kapitola 6.5.4). Obecně řečeno, jde o rozvíjení předpokladů pro účinnost a reálnost alternativních postupů (subsidiarity omezení) a předcházení vzniku nebezpečných situací. Nyní výklad dokončím a shrnu.

Při úvaze o etické přípustnosti omezení volnosti pohybu totiž nestačí jen říci „za podmínky nezbytnosti je omezení přípustné/nepřípustné“. Je zapotřebí při tom vědět, zda je nezbytnost pojímána náležitě, nebo ne, a co to znamená.

## 10.2 Rozumná opatření ke snížení potřeby používat omezení

### 10.2.1 Mírnější alternativy k odvrácení hrozící újmy (sekundární prevence)

**Použití omezení subsidiárně znamená vyčerpání mírnějších alternativ k odvrácení hrozící újmy, leda by zjevně nemohly vést k dosažení sledovaného účelu.**

Výbor CPT jako mírnější alternativy uvádí vysvětlení a to i opakované, zklidnění zdravotnickým pracovníkem, oddělení od ostatních pacientů, hledání a odstranění příčin neklidu, odklonění pozornosti apod. Ze studia odborné literatury je zjevné, že alternativy k omezení jsou v poskytování péče náročný a komplexní požadavek, takže se musí systematicky hledat a budovat. (50) Například anglické předpisy alternativy upravují celkem rozsáhle, jako proces deeskalace, jehož naplnění vyžaduje vyškolený dostatečně početný tým pečujících a vhodné prostředí.<sup>96</sup> Alzheimer Europe s alternativními přístupy spojuje zajištění možnosti pohybu a aktivizace, určitou flexibilitu, co se týká

---

<sup>96</sup> Směrnice vyjmenovává pět momentů, které je potřeba se pro to naučit (zachycení prvních známek agitovanosti, podrážděnosti, hněvu a agrese; znalost pravděpodobných důvodů – obecných i pro jednotlivé uživatele; používání technik rozptýlení, zklidnění a relaxace; práce s osobním prostorem člověka; způsob reakce na hněv uživatele). Doporučuje se co nejdříve nastolit úzký vztah s uživatelem a citlivě sledovat změny v jeho náladě nebo rozpoložení, které mohou vést k agresi nebo násilí. Deeskalaci napomůže oddělit agitovaného uživatele od ostatních (použití klidné zóny na oddělení, ložnice, odpočinkové místnosti, zahrady a další vhodné prostory), přičemž personál nesmí zůstat osamocen. (18)

denního režimu, přizpůsobení prostředí, možnost posílit pečující personál a schopnost aplikovat tzv. nefarmakologické metody managementu demencí. (26)

**MDAC jasně uvádí, že bez reálných alternativ se omezení akceptované jako poslední možnost stává první volbou.**

Priorita méně omezujících alternativ může být uvedena v předpisech, ale lze jen stěží očekávat jejich použití, pokud nejsou pečujícím dostupné<sup>97</sup>, nebo ani neví, co je představuje. Výbor CPT požaduje nabídku a rozvoj alternativních opatření. Klíčovou roli zde, podle výboru, hraje vedení zařízení. „Pokud nebude personál povzbuzovat a nenabídne alternativy, zavedená praxe častého používání omezovacích prostředků bude nejspíše přetrvávat,“ stojí v bodě 54 standardu z roku 2006. (36)

### 10.2.2 Další opatření snižující nezbytnost používání omezení (primární, sekundární a terciární prevence)

Jsou zde i opatření, která nejsou přímo alternativami, spíše proaktivními opatřeními ke snížení rizika vzniku nebezpečných situací, a tím i snížení používání omezovacích prostředků.

**Štrasburský soud poukázal na vyvolání příčiny ke kurtování, v kontextu psychiatrické hospitalizace.**

Například u nedobrovolných pacientů psychiatrických nemocnic lze obecně očekávat emoce ovlivněné frustrací. Soud považuje za charakteristický stav podřízenosti a bezmocnosti. Řada pacientů se brání hospitalizaci a diagnostickým a léčebným postupům, které zdravotníci chtějí činit bez jejich souhlasu. Soud k tomu uvedl, že použití omezovacích prostředků může být stěží odůvodněno tím, že se osoba brání jejich použití. Ale brání se i podání léků například. Zvláště na počátku psychiatrické hospitalizace je nezbytné postupovat velmi citlivě a předejít zvýšení tenze a neklidu pacientů.

V prostředí instituce je možné udělat řadu opatření pro snížení frustrace a napětí, respektive odbourat řadu opatření, jež je zbytečně vzbuzují. Impulzy k násilí a neklidu mohou představovat stresující pravidla, která musí pacienti/klienti dodržovat, včetně tabáku na přiděl, zamykání pokojů a nedostatečného přístupu na vzduch. „Tato opatření vzbuzují úzkost, když nejsou opodstatněná, když vedou k pocitu, že jsou svévolná, nebo když jsou nevyřčená – přičemž mohou být porušena

---

<sup>97</sup> Co plyne ze šetření veřejného ochránce práv na záchytných stanicích v roce 2014: Typicky na záchytné stanici může být problém s nedostatkem personálu pro alternativní postupy, například na stanici, kde slouží pouze jeden pracovník. „Chod stanice zajišťuje pouze zdravotnický personál, často ve velmi nízkém počtu, s výraznou převahou ženského personálu a nijak zvlášť proškolený ve zvládnání agresivních osob. Není překvapivé, že se za této situace personál vyhýbá fyzickému kontaktu se zachycenými, kteří by mohli představovat bezpečnostní riziko, a v případě potřeby se spoléhá na asistenci policie, která však není mimo okamžik přijímací procedury na stanici přítomna a musí být zdravotníky přivolána.“ (8, s. 22) Většina pokojů jsou vícelůžkové ložnice, odlukové místnosti nejsou až na výjimky zřízeny. (8, kapitoly 6.1, 6.2, 8.2.)

neúmyslně." (14, s. 108) Existuje také jasná souvislost mezi úzkostí a pohybem: jakákoli pohybová aktivita pomáhá vybit obrannou mobilizaci organismu, kterou působí úzkost. „[S]ama nemožnost pohybu zvyšuje anxiózně agresivní napětí.“ (62, s. 149) Je paradoxní, že uzavřená oddělení psychiatrie i řada zařízení sociálních služeb nemají snadný přístup do (zabezpečeného) venkovního prostoru a kvůli nemožnosti zajistit přístup na vzduch jinak se někteří lidé po dobu týdnů a měsíců vůbec nedostanou na vzduch nebo k možnosti fyzicky se unavit.

V případě lidí s mentálním postižením a s problémy s komunikací je nezbytné postupovat mimořádně citlivě a poučeně, co se týká jejich zvláštních potřeb. Ačkoli na počátku pobytu může být nebezpečí násilného chování nízké, necitlivé zacházení, invazivní léčba a režimové zásahy činěné proti vůli v nich vyvolávají pocit ohrožení a mohou eskalovat problémové chování.

### **Jsou zde i hlubší souvislosti vůbec s odborností a způsobem poskytování péče.**

U lidí závislých na ošetrovatelské péči jde ruku v ruce mechanické a chemické omezení. Psychofarmaka zvyšují riziko pádu se závažným zraněním, které je zase hlavním důvodem udávaným pro denní použití mechanického omezení. Pak zas ale uživatelé projevují dvakrát tolik agitovanosti, což vede ke zvýšení tlumících léků. (26) Dále má závažné důsledky to, když dlouhodobá péče není individualizovaná. Alzheimer Europe mezi ně řadí pocit studu, ztrátu sebeúcty a identity, strach a agresi. (26) Dalším odborným opatřením je provádět po příjmu do nemocnice hned klinické zhodnocení a třídění pacientů a včas zahájit léčbu neklidu.

### **Samostatný odborný problém představují přístupy v oblasti prevence a zvládnání problémového chování.**

Existuje velký rozdíl mezi tím, co je vyzkoumáno a ověřeno,<sup>98</sup> a tím, co je dostupné v praxi. Ve službách, které se věnují člověku jen krátkodobě, například u příjmového psychiatrického oddělení, nejsou podmínky pro terapii problémového chování v pravém slova smyslu. Nicméně i tam se v nějaké základní míře musí uplatňovat všechny formy aktivit k podpoře lidí s problémovým chováním, kterými dle Emersona jsou prevence, včasná detekce a intervence a praktická, emoční a technická podpora. (17) Zvláště zranitelnou skupinou jsou lidé s mentálním postižením s problémovým chováním, ke kterým se hlásí jen nemnoho odborníků.<sup>99</sup> Jejich problémové chování

---

<sup>98</sup> Srov. 17; 27; Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA (29). V literatuře se lze dokonce setkat s pojetím prostředí jako léčbou Alzheimerovy choroby, označením „léčivé prostředí“. (63) Jde o prostředí, které podporuje pocit bezpečí, jistoty a svobody; podporuje pochopení, co se děje; umožňuje potěšení z pobytu venku a prožitku počasí a ročního období.

<sup>99</sup> Tito lidé s problémovým chováním „nejsou vítáni ani v prostředí sociálních služeb (agresivní chování je často kontraindikací pro přijetí do ústavu nebo domova), ani v prostředí služeb zdravotních (mentální retardace není nemoc, ale stav, nemáme tudíž co léčit).“ (předmluva Hynka Jůna v 17, s. 9)



souvisí s celkovou kvalitou služby: postoji pečujících,<sup>100</sup> velikostí skupin klientů, počtem pečujících, náplní dne, mírou kolektivity v uspořádání služby, možnostmi komplexního terapeutického přístupu. V každém ohledu se může skrývat problém.

**Vyhodnocení rizika a přípustění jeho určitého stupně také zužuje okruh situací, kdy už je omezení použito.**

To je požadavek Alzheimer Europe ve vztahu k osobám trpícím demencí. Pečující by měl vyhodnotit riziko spojené s pohyblivostí člověka a přijmout určitý stupeň rizika jako nezbytnou součást dobré péče. Španělská zařízení bez restrikcí ukazují, že od používání se může upustit a že je to pro uživatele služeb celkově bezpečné. (26)

**Rozpoznávání situací vedoucích do krize a výcvik pečujících ve zvládnání náhlých a nebezpečných situací. (14)**

**Podle Výboru CPT souvisí s nezbytností také zajištění bezpečnosti (ve smyslu absence násilí a zneužívání), dostatečný počet a kompetence ošetřujícího personálu a bezpečné materiální podmínky.**

K některým případům omezení přispívají nevhodné podmínky na oddělení – nebezpečné pro agitované nebo hůře mobilní pacienty, nepřehledné a nezabezpečené pro pacienty se sklony k sebepoškozování.<sup>101</sup> Alzheimer Europe jde v kontextu dlouhodobé péče ještě dál: specifické uspořádání (anebo zanedbání) životního prostoru označuje přímo za omezení.

**Delší trvání omezení představuje zvláštní výzvu pro doložení trvání nezbytnosti.**

Výbor CPT předpokládá trvání omezovacího prostředku (ve smyslu použití síly) v řádu minut spíše než hodin. V praxi však bývá používáno i mnohem déle, což označuje pojem dlouhodobé použití omezovacího prostředku. Vystávají pak otázky nad způsobem zajištění péče o pacienty s nebezpečným chováním na daném pracovišti. Z kazuistik Výboru CPT plyne, že některé případy jsou velmi složité. Každopádně jakmile je omezení uplatněno, mají pečující začít hned připravovat cestu k jeho ukončení. Literatura mluví o uplatnění multidisciplinárního přístupu (14) či flexibilitě prostředí (50).

---

<sup>100</sup> Přímo o *chybných postojích personálu* ve vnímání lidí s problémovým chováním píše Hynek Jůn. Pro dopady efektu prvního dojmu či základní atribuční chyby srov. 24.

<sup>101</sup> Srov. mezinárodní projekt Safewards zaměřený na vytváření pozitivní atmosféry a bezpečného prostředí na psychiatrických odděleních ([www.safewards.net](http://www.safewards.net)).

**Specifickou povahu mají opatření s úmyslem odradit personál od použití omezení:** nařídit kontroly lékaře u člověka v omezení v pravidelných intervalech a zatížit péči administrativou; provádět vnitřní audity; zpřístupnit statistická data; rozšířit laickou a právní pomoc pacientům.

Sofistikované anglické předpisy celý proces charakterizují jako (i) předvídání a snižování rizika násilí a agrese a (ii) předcházení násilí.<sup>102</sup> Pokud hodnocení nebezpečí násilí a agrese<sup>103</sup> vychází pozitivně, předepisuje se zajistit konkrétní kroky primární, sekundární a terciární prevence.

### 10.2.3 Systematické úsilí o snižování potřeby používat restrikce

K opatřením ke snížení nutnosti použít omezení lze přistupovat standardizovaně, a to jak v případě konkrétního člověka a s ohledem na vývoj jeho stavu v čase, tak i v perspektivě celkového způsobu poskytování péče a jejího systémového zajištění. Jinými slovy, prevence má také úroveň poskytovatele a systému a i zde by aktivita měla být systematická a komplexní.

O snižování potřeby používat restrikce se v poslední době začalo mluvit (veřejný ochránce práv je doporučuje psychiatrickým nemocnicím i Ministerstvu zdravotnictví již několik let) a je důležité, aby se neredukovalo jen na úsilí o pokles absolutních čísel použití omezení. Nevhodnost kvantitativního pohledu dobře vyjadřují standardy dlouhodobé péče: „Administrativně nelze stanovit, jaké procento používání omezovacích prostředků je únosné a jaké již nikoliv. Záleží na skladbě pacientů, jejich zdravotní problematice a úrovni nastavení psychosociálních intervencí.“ (13, s. 170) Kvalitativní pohled vyžaduje hledat odpověď na výzvu principu nezbytnosti s ohledem na podmínky na konkrétním pracovišti nebo v systému poskytování péče, a to podle typu péče a dosavadního stavu. Například podle francouzského národního preventivního mechanismu, který se vyjadřoval k psychiatrické péči, je na úrovni systému nutné promýšlet a vyučovat možné alternativy a podporovat ošetřující týmy. Nezbytné je kvalitativní i kvantitativní hodnocení těchto opatření, doporučení dobré praxe a provádění vnější kontroly. (14) Alzheimer Europe to vyjadřuje obecně tak,

---

<sup>102</sup> Anglická odborná literatura uvádí řadu předpokladů předvídajícího přístupu: Pracovat jako pečující tým; zajistit dostatek aktivit a podporu při problémech s komunikací; rozpoznat možné provokování, šikanu, nevíтанé fyzické a sexuální kontakty nebo nedorozumění mezi uživateli služby; očekávat důsledky různých řízení (například soudních) a opatření na chování uživatele; zlepšit nebo vyladit prostředí, včetně zajištění soukromí a přístupu ven; očekávat důsledky omezení volnosti pohybu na chování člověka; očekávat dopady problémů, které člověk má ve venkovním světě. Dále provádět hodnocení nebezpečí násilí a agrese. (18)

<sup>103</sup> K takovému hodnocení existuje například BVC – Brøset Violence Checklist. Jde o šestipoložkový formulář, který pomáhá předvídat násilné chování v průběhu krátkého času (tj. 24 hodin). Doplnuje se skóre podle pozorování pacienta (zmatený, podrážděný, divoký, výhrůžná řeč, výhrůžné chování, útok předměty). Pokud vychází nebezpečí násilí jako velké, měla by se přijmout preventivní opatření a naplánovat, jak se bude případný útok zvládat. BVC vyvinuli v Brøsetu v Norsku, na oddělení forenzní medicíny v rámci univerzitní nemocnice St. Olavs. Je založen na myšlence, že násilné incidenty se zřídka dějí bez rozpoznatelných varovných signálů.

že zodpovědné subjekty a poskytovatelé péče by měli usilovat o nejméně restriktivní prostředí pro osoby s demencí a tímto směrem by měli směřovat i prostředky. (26)

Pokud jde o situaci v praxi, systematické úsilí o snižování potřeby používat omezení není dostatečně rozvinuté. Lépe je na tom sociální sféra, kde kupříkladu vznikla a ministerstvem byla podporována iniciativa pro výcvik průvodců v problematice rizikového chování, probíhaly projekty pro odbourávání síťových lůžek nebo vznikla certifikace dobré péče pro osoby s demencí. Někteří konkrétní poskytovatelé služeb se rozhodli jít cestou maximálně individualizované péče a tím předcházet problémovému chování (u lidí s autismem nebo trpících demencí). Ve zdravotnictví však systematický přístup v této oblasti není většinou ani akceptován (uvádím to na základě osobní zkušenosti z jednání s představiteli Ministerstva zdravotnictví i psychiatrických nemocnic, mezi nimiž čest výjimkám). Nemyslím si, že by byl za těchto okolností opodstatněný optimismus autorů Doporučených postupů psychiatrické péče II, že omezovací prostředky „[b]udou používány stále méně často, a to zejména díky dalším pokrokům v psychofarmakoterapii, a také dosažením vyššího počtu ošetrovatelského personálu v lůžkových zařízeních a jeho stále kvalifikovanějšími a erudovanějšími postupy a postoji k pacientům“ (47, s. 161). Pokud se pro tyto pokroky nebude pracovat, samy nenastanou. Nemluvě o tom, že na některých pracovištích není zapotřebí použití omezovacích prostředků jen předcházet, ale především dosáhnout poskytování bezpečné péče, jež by si omezení nevynucovala (srov. kapitolu 10.3.4).

Uzavírám, že princip nezbytnosti se v České republice uplatňuje především na úrovni jednotlivých pečujících nebo týmů. Poskytovatelé jej uplatňují jen někteří a na systémové úrovni jde pouze o izolované počiny.

### 10.3 Rozvíjející poznámky k vybraným opatřením

#### 10.3.1 „Faktory nikoli klinické“

Tímto pojmem označil Výbor CPT ve standardu z roku 2006 (36, bod 54) všechno to, co má významný vliv na používání omezovacích prostředků, ale nespojuje s diagnózami pacientů nebo personálním zabezpečením a materiálním vybavením zařízení. Jde především o **kulturu a postoje, a také tradice a pravidla**. Výbor hodnotí zjištěné situace případ od případu a ve svých zprávách shromáždil řadu poznatků o kontextu a může tak činit poznámky také o **historických tradicích zdravotnického systému** té které země. Zdá se, že tyto faktory mají významný vliv na politické postoje k používání či nepoužívání omezovacích prostředků a také právní úpravu. Výbor proto neradí spoléhat se pouze na právní regulaci. Podle jeho názoru je nezbytné do úsilí o snižování používání omezovacích prostředků zahrnout také změnu kultury, což se nejspíš podaří při zapojení rovněž veřejnosti, rodin, vedení zařízení, personálu a pacientů. Názory pacientů i zdravotníků na roli

personálu jsou uchopitelné obtížně, je však nutné uvědomovat si jejich vliv. Snáze lze ovlivňovat přístup vedení zařízení a povědomí pacientů o svých právech.

Také španělský program *Odvažte seniory a lidi s demencí* umožnil identifikovat jako určující kulturu organizace a tamní přístup. „Věříme, že jsou zde **faktory kontextu**, které (rozhodujícím způsobem) ovlivňují přístup organizace a jejích pracovníků. Věříme také, že nejdůležitějšími z nich jsou ty, které způsobují pocit právní nejistoty pracovníků a jejich nadřízených, a společenská tolerance běžná u některých typů omezovacích prostředků a u některých případů.“ (26, s. 137)

### 10.3.2 Faktor instituce

Na tradice se odkazuje i MDAC, když ve své zprávě o omezovacích prostředcích kritizuje ústavní péči: „Kulturní tradice v terapii může být tak zažitá, že se zdá, jako by byla zabudována do základních kamenů léčeben. V takovém prostředí všichni očekávají omezovací praktiky, včetně jejich obětí. Tyto tradice se nemění i přes novelizace zákonů, změny ve financování, vzdělávání, přes akademický výzkum, či zvyšování povědomí. Často bývá jediným řešením úplný zákaz, tedy stržení oněch základů,“ uvádí Pétur Hauksson (předmluva k 23, s. 5).

Podle Centra sama ústavní psychiatrická péče s sebou nese používání omezovacích prostředků a přechodem ke komunitní péči by byl problém vyřešen. Já jsem v komentáři konstatovala, že tento postoj Centrum nepodložilo dostatečnými argumenty (srov. kapitolu 7.3.4). Na druhou stranu, pokud bychom nenašli důvody k rozumnému očekávání, že se situace v ústavní péči zlepší, tak by Centrum mělo pravdu. Část domovů pro osoby se zdravotním postižením, které jsem v rámci provádění systematických návštěv navštívila (po roce 2008), byly ještě totální instituce v Goffmanově pojetí (64) a některá zařízení měla její rysy. Provozní důvody tam mají přednost před poskytováním péče zaměřeným na osobu. Člověk přichází o své věci, ani na drobnosti nemá skříňku, dostává erár s logem organizace, kde mu nic nepatří. O vše musí žádat a žadonit – o toaletní papír, oheň na cigaretu, vodu, povolení použít telefon, kapesné. Jí pouze lžící. Stále zažívá nějaká odhalení svého soukromí i těla, personál má informace o jeho soukromí za veřejné. Jazyk a řeč pečujících méněcennost uživatele potvrzují. O spouštěcích agrese obsažených ve službě samé, byť poskytované v dobré víře, pojednává Hynek Jůn v kontextu problémového chování lidí s mentálním postižením a autismem. (24)

Na tomto místě pouze konstatuji velevýznamný vliv faktoru instituce na nutnost používat omezovací opatření, neboť hodnotit samotnou institucionální péči přesahuje rámec mé práce. Osobně se kloním k uvážlivosti ve strategickém přístupu a nezbytnosti vnímat odlišné potřeby lidí, kteří tvoří skupinu příjemců péče. Také zpráva Alzheimer Europe ve velkém detailu a naléhavě instituci vykresluje jako rámec používání omezujících opatření, který s sebou pro omezování nese specifické důvody (26; srov. kapitolu 4.2.4.), přesto zaujímá s ohledem na svou zájmovou skupinu jiný postoj než MDAC. Při své vnitřní reflexi mnohdy velmi skličujících poznatků z navštívených zařízení si často kladu

otázku, zda není i u velmi nemocných lidí lepší zcela laická péče než ta ponižující „odborná“ péče v navštíveném zařízení. Nebo zda ona velmi obávaná zařízení poskytující péči bez oprávnění k poskytování sociálních služeb (tzv. neregistrovaná) nejsou lepší než nic. Nevím.

### 10.3.3 Komunikace a mezilidská interakce

Komunikace, ať už verbální nebo neverbální, je jednou z oblastí, kde se prevence také odehrává. Chyby – arogance nebo nepřiměřeně autoritativní postoj pečujícího, nedodržování bezpečné tělesné vzdálenosti, situace vhodná k pokusu o únik či uchopení kontroly nad situací – mohou působit jako obecný nebo specifický spouštěč násilí. (59) Naopak, rozvoj komunikace se přímo ukáže na nižší potřebě používat omezení. (26)<sup>104</sup>

Prostudovala jsem *Pragmatiku lidské komunikace* od Paula Watzlawicka a kolegů. (65) Z jejich výkladu teorie komunikace, určeného pro studium mezilidských interakcí, plyne, že není možné její složitosti podceňovat, stejně jako není možné ignorovat vztahy, které vznikají mezi jinak cizími lidmi – v našem kontextu při poskytování péče. Platí princip zpětné vazby ve vztazích: mezilidské systémy je možno vidět jako „zpětnovazebné cykly, protože chování každého jednotlivce ovlivňuje každou další osobu a samo je ovlivňováno chováním všech ostatních“ (65, s. 34). Poznatek plynoucí z aplikace obecné teorie systémů na interakční systém, jež autoři provádějí, lze zjednodušeně vyjádřit tak, že výsledek interakce mezi pečujícím týmem a pacientem/klientem nezáleží primárně na tom, jak se chová on, ale jaké jsou parametry celého systému, respektive jak je interakce zorganizovaná a jaká je komunikační úroveň pečujících.

Co uvádějí autoři jako klíčové a přitom to může být v praxi kamenem úrazu? Na vědeckém podkladu vlastně vysvětlují, proč je tak důležité nejen to, co se říká, ale především to, jak se to říká. Každá komunikace má obsahový a vztahový aspekt, přičemž obsahový aspekt je určován aspektem vztahovým. A tak to, co říkáme, paralelně buď potvrzuje, nebo zpochybňuje veškerá neverbální komunikace včetně hlasového zbarvení a rytmu a kadence slov. Komunikace přitom zprostředkovává informaci, ale současně vyvolává chování. V každé komunikaci se hraje o definici vztahu mezi účinkujícími. Když je komunikace poznamenána patologiemi, jako je eskalace symetrie (nastolování rovnováhy neustálým trumfováním) a rigidita komplementárnosti, vede to k problémům vztahovým. Není možné z pečujících udělat stroje na dokonalou komunikaci, ale je nutné pracovat na zlepšování a vyhýbání se alespoň těm základním chybám a poruchám komunikace.

---

<sup>104</sup> Hana Svobodová v *Etice v ošetrovatelské praxi* vypráví o experimentu, který provedli v jednom zařízení dlouhodobé péče v České republice. „Členové personálu začali důsledně oslovovat obyvatele jednoho oddělení jejich titulem, tedy ne jenom pan, paní, ale také pane doktore, pane profesore, pane inženýre, mistře, paní ředitelko, jak to mezi Čechy a jinými Evropany bylo zvykem před 2. světovou válkou. Zjistilo se, že na tomto oddělení došlo k významným změnám v běžném chování personálu i obyvatel. Snížil se výskyt problémů chování a hluk, rozšířila se příjemná společenská interakce.“ (66, s. 83)

Dále z práce plyne závěr, že jak každý potřebuje komunikovat s druhými pro zachování vědomí sebe sama, představují dlouhé časové úseky sociální deprivace při omezení nebo v rámci jen rudimentární péče závažné zásahy do emocionální stability člověka. Při zajištění častých kontrol a ještě lépe stálé přítomnosti člena personálu u člověka v omezení nejde jen o otírání čela a odhánění hmyzu, ale o potvrzení toho, že omezovaný nepřestává být součástí lidských vztahů a zůstává mu důstojnost toho, kdo je hodný péče.

Stojí za zamyšlení, jaké signály vysílají pečující svým přístupem. Například úpravy prostředí, bezpečnostní opatření a různé nálepky mohou zafungovat jako svého druhu sebenaplňující se proocství.<sup>105</sup> Jde o to, že nějaká premisa víceméně vnutí osobě určité chování. Například kvůli předpokladu, že klient s mentálním postižením bude „nevypočitatelný agresor“, bude ničit věci ve svém okolí, napadat ostatní nebo utíkat, se jeho životní prostor zbaví všeho běžného vybavení a dekorací, jako lůžko se použije síťové lůžko a nainstalují se venkovní a vnitřní mříže. Když člověk držený v takovém prostředí začne mít poruchy chování, může to být právě důsledkem počátečního nastavení prostředí, stejně jako smyslové a sociální deprivace. Nebo když u pacienta s problematickým chováním a priori doprovází zdravotní sestru skupina bezpečnostních pracovníků nemocnice, případně v plné výzbroji ochranných pomůcek (viz kapitolu 6.4.3). Tyto teorie se v praxi zužitkovávají právě tak, že se například k redukci vybavení a podnětů záměrně nepřistoupí, a počká se na případný vývoj po počátečním rozbíjení věcí (klient si zvykne a přestane).

#### 10.3.4 Vliv prostředí a počtu pečujících

Agrese a konflikty vyplývají z množství souvislostí nejen v oblasti charakteristiky pacienta. Vliv charakteristiky oddělení (počet lůžek na pokoji), personálu (počet a výcvik ošetřujících osob) a zavedené praxe zjistili čeští výzkumníci. (67) Velká holandská studie doložila vliv prostředí na psychiatrickém oddělení na četnost používání izolace. (45) Riziko izolace zvyšovala mj. přítomnost speciálních bezpečnostních opatření (zámky a alarmy na dveřích a druh komunikačního zařízení pacient-personál) a velké množství pacientů v budově. Znaky, které riziko snižovaly, byly soukromý prostor pacienta, vyšší míra komfortu a větší přehlednost oddělení.<sup>106</sup>

<sup>105</sup> Podle Watzlawicka se jedná o „takové způsoby chování, které ve druhých lidech vyvolávají reakce, na něž by toto chování bylo potom adekvátní reakcí, kdyby vlastně nebylo podmíněno samo sebou“ (65, s. 98).

<sup>106</sup> Dopad speciálních bezpečnostních opatření výzkumníci vysvětlili vytvářením neosobní, omezující a institucionální atmosféry, která může vést k reakcím, jako je úzkost, shlukování, spory a agrese. Pokud jde o přehlednost (kamery, široké chodby, průhledy a dobrý přehled), zdá se, že její nikoli pozitivní dopady na atmosféru jsou převáženy pozitivním dopadem na pocit bezpečnosti jak u pacientů, tak u personálu. Soukromý prostor je významný tím, že nabízí pacientům možnost kontroly, pocit něčeho vlastního, identitu a důstojnost a možnost řídit své sociální interakce. Naopak nedostatek komfortu a možnosti mít pod kontrolou své prostředí může vést k tísní a bezmocnosti. Žádný význam se neprojevil u celkové velikosti oddělení a počtu

Souvislost mezi používáním omezovacích prostředků a prostředím poskytování péče explicitně dovozoval veřejný ochránce práv Pavel Varvařovský v případě úmrtí pacientky v sítovém lůžku (případ je uveden v Evidenci stanovisek ochránce pod značkou 4/2012/NZ). Ačkoli vyšetření případu ochráncem nevzbudilo širší ohlas, případ popíšu podrobněji, neboť je velmi vypovídající k problému nezbytnosti použití omezení.

V lednu roku 2012 zemřela pacientka ženského neklidového oddělení psychiatrické nemocnice tak, že se udusila s hlavou zaklíněnou v narušeném sítovém výpletu lůžka, do kterého byla umístěna pro nebezpečné chování při atace psychózy. Když se Pavel Varvařovský případem zabýval, nesoustředil se pouze na bezprostřední okolnosti úmrtí. Zatímco primární pozornost všech kontrol po incidentu, včetně orgánů činných v trestním řízení, se věnovala tomu, zda někdo nesl odpovědnost za tuto smrt, ochránce se věcí zabýval šířeji s tímto zjištěním:

- Po těžké noci byla pacientka do sítového lůžka znovu uložena poté, co se mimo lůžko nasnídala, osprchovala a přijala léky. Její stav byl při kontrole popsán takto: „*leží klidně, (...) klidná, (...) zatím nutně i nadále omezení v lůžku vzhledem k přetrvávání nespolupráce*“. (68) Později při rozhovorech ale lékaři situaci popisovali poněkud závažněji. Každopádně, chování pacientky sice bylo nevyzpytatelné, ale zjevně nebylo ohrožující, když spolupracovala s personálem.
- V sítovém lůžku byla pacientka sama v malé uzavřené místnosti a neměla možnost nikoho přivolat. Žádný mechanismus signalizace pacientka neměla, ani nikoho na dohled. Od sesterny ji dělilo několik prostor a dveří. V místnosti byla kamera, zvuková, ale zvuk v pracovně nebyl zapnutý. Obraz z kamery byl vyveden do ráno velmi rušné sesterny, kde se na obrazovce musel obraz z různých kamer ručně přepínat, a nebylo stanoveno, že by měl někdo monitor na starost.
- Na oddělení s kapacitou 45 lůžek byly umístovány pacientky s nesourodými diagnózami a s projevy, kvůli kterým byly na jiných odděleních neúnosné a na tomto se vzájemně potencovaly k neklidu. Prostředí bylo neutěšené, svým řešením neumožňovalo rozvrstvit režim a svou dispozicí také znesnadňovalo zajištění dohledu. Také mnohalůžkové řešení ložnic snižovalo práh problematického chování, jež by už nebylo možné tolerovat. Stav pacientů a i určení oddělení předpokládaly poskytování fakticky akutní péče. Počet personálu tomu ale neodpovídal.

Na daném oddělení nebyly podmínky pro nějaké alternativy k použití omezovacích prostředků nebo k opatřením pro jejich urychlené ukončení. Naopak, reálné podmínky vynucovaly omezování volného pohybu pacientů, včetně používání tří sítových lůžek. Ošetřovatelský personál neměl podmínky pro zajištění kvalitního dohledu nad pacientkou v omezení, natož pak pro zajištění individuálního

---

lůžek, počtu společenských místností a celkového množství společného prostoru. To naznačuje, že osobní prostor je důležitější než ten společný, pokud jde o riziko možného použití izolace. (45)

přístupu k pacientce ve chvíli, kdy byla bez agrese. Jako důvod pro ponechání pacientky v sítovém lůžku se tak jeví spíše to, že v ranním ruchu na oddělení nebylo možné zajistit jí zvýšený dohled a sítové lůžko plnilo funkci preventivní a zabezpečovací.

Ovšem kde jinde než na neklidovém oddělení by měla být možnost tolerovat hlučnost pacienta a zajistit mu dohled i jinak, než jen umístěním do kolektivu nebo do omezení? Pokud toto není zajištěno, pak pacienti, kteří jsou hluční, nemohou spát a je třeba je sledovat, končí v terapeutické izolaci nebo v jiném omezení. Podmínky pro poskytování péče na tomto oddělení v minulosti opakovaně kritizoval veřejný ochránce práv Otakar Motejl, ale vedení nemocnice neučinilo žádné podstatné změny. Po interním šetření tohoto neštěstí vedení změnilo určení oddělení a pro léčbu akutních stavů vyčlenilo a uzpůsobilo jiné oddělení.

Francouzský generální inspektor ve své zprávě uvádí, že pacienti napadají sestry, pokud jsou nedosažitelné a tato nedosažitelnost je stresuje; ale ošetrovatelský personál, který se bojí násilí nebo se necítí být dost silný, reaguje na agresivní chování pacientů umístěním do izolace. Rizikovým faktorem jsou tak také chování a pocity ošetrovatelského personálu. Strach, únava, příliš mnoho práce a nedostatek personálu jsou rizikové faktory pro výbuchy pacientů. Když se tím bojí, lékař zcela určitě omezovací prostředek předepíše. (14)

#### 10.4 Shrnutí

Princip nezbytnosti v sobě obsahuje požadavek na úsilí pomocí všech rozumných opatření minimalizovat potřebu používání omezení. Jde o rozvíjení předpokladů pro účinnost a reálnost alternativních postupů (subsidiarity omezení) a preventivní opatření.

Zprvu, z principu subsidiarity vyplývá povinnost vyčerpát mírnější alternativy vedoucí k odvrácení hrozící újmy, leda by to zjevně nevedlo k odvrácení nebezpečí. Alternativy k omezení jsou v poskytování péče náročný a komplexní požadavek, takže se musí systematicky hledat a budovat. Priorita méně omezujících alternativ může být uvedena v předpisech, ale lze jen stěží očekávat jejich použití, pokud nejsou pečujícím dostupné. Zadruhé, existuje škála opatření, která nejsou přímo alternativami, spíše proaktivními opatřeními ke snížení rizika vzniku nebezpečných situací, a tím i snížení používání omezovacích prostředků.

Komunikace, ať už verbální nebo neverbální, a úroveň mezilidské interakce je jednou z oblastí, kde se prevence odehrává. Rozvoj komunikace se přímo ukáže na nižší potřebě používat omezení. Dále jde o zajištění bezpečí v zařízení, práci s prostředím poskytování péče, zajištění dostatku kompetentních pečujících a vhodného způsobu poskytování péče (práce s problémovým chováním, připuštění určité úrovně rizika, včasná léčba neklidu).



Tematizuje se, že vliv na výsledek tohoto úsilí má komplexní problém „instituce“ a faktory „nikoli klinické“, jak označuje Výbor CPT kulturu, postoje, tradice a pravidla. Proto se nelze spoléhat pouze na právní regulaci, ale usilovat o změnu kultury při zapojení rovněž veřejnosti, rodin, vedení zařízení, personálu a pacientů/klientů.

K naplnění principu nezbytnosti je zapotřebí úsilí, jinak je pouze prázdnou frází. Aktivní přístup může, a tedy má být systematický a komplexní. A to jak na úrovni pečujících, tak i poskytovatele služby a systému. V České republice se princip nezbytnosti uplatňuje především na úrovni jednotlivých pečujících nebo týmů. Poskyvatelé jej uplatňují jen někteří a na systémové úrovni jde pouze o izolované počiny.

## 11. Je eticky přípustné omezit volný pohyb člověka?

### 11.1 ANO, jako poslední možnost

Už jsem představila některé autority, které použití omezovacích prostředků připouštějí jako postup ultima ratio. Postoji Alzheimer Europe dodává mimořádnou váhu to, že krom mnoha odborných, praktických či strategických iniciativ se soustavně věnuje rozvoji etické reflexe. Omezení jako krajní opatření připouštějí také české doporučené postupy psychiatrické péče nebo autoři monografie *Psychiatrie a etika* z roku 2002 (59). Je to pozice Mezinárodní společnosti psychiatrických sester (ISPN): na principu co nejmenšího omezení při poskytování péče připouští izolaci a omezení jako nouzový zákrok poslední volby, při systematickém hledání alternativ k omezení a opatření pro to, aby omezení mohlo trvat co nejkratší čas. „I když je cíl dosáhnout na stav bez omezování chvályhodný, ISPN vyzývá k opatrnosti před plošným přijímáním politik nulové tolerance. Takové případy mohou mít vážné nepříznivé dopady (jako rafinované zvyšování použití farmakologických řešení).“ (50, s. 102) Také odborníci na zvládání problémového chování u lidí s mentálním postižením nebo autismem připouštějí použití restriktivních postupů v krizových situacích. (24)

Ti, kdo restrikce připouštějí jako opatření ultima ratio, se odvolávají na princip beneficence, totiž zájem a dobro člověka. I přes náležitou péči někdy nelze zabránit násilnému nebo jinak ohrožujícímu chování a někdy nezbude, než zasáhnout způsobem, jenž omezí volnost a vůli člověka. Tento přístup je náročný – jak jsem vysvětlila v předchozí kapitole. Je skutečnou výzvou pro odbornou i organizační stránku poskytování péče. Omezení nemá být alternativou odbornému postupu k řešení nebezpečí nebo jeho rizika, ale až postupem v nouzi. Pro oprávněnost použití restrikce je nezbytná hrozba a nemožnost dosáhnout účelu lepším opatřením.

„Pro čí dobro?“ máme se dále ptát podle Alzheimer Europe, s tím, že velmi snadné je zastřít pravý stav věcí, kdy omezení slouží přepracovaným pečujícím a vedení zařízení zavírá oči před různými postupy v zájmu výhodnosti a úspory peněz. V péči o osoby s demencí otázka také vyžaduje

zkoumat, pro koho je chování člověka vlastně obtěžující, problematické. A dále: „[P]roblematická situace není způsobena pouze osobou s demencí. Může jít také o odraz toho, jak je péče o osoby s demencí ve společnosti zorganizovaná, což zase odráží ekonomické, politické a sociální činitele, které pro změnu mohou být odrazem toho, jaký význam je osobám s demencí přikládán. (...) Fyzické omezení bude jen vzácně v nejlepším zájmu člověka s demencí, a pokud není, tak by mělo být považováno za neetické.“ (26, s. 56)

Naplnění požadavků plynoucích z principu nezbytnosti v praxi je jádro etického přístupu v konkrétním případě, i k omezení jako takovému. Obecně je možné omezení jako opatření ultima ratio přijmout jako souladné s principem beneficence, ale nedůslednost a nedbalost v konkrétním zařízení nebo v konkrétním sociálním nebo zdravotním systému povede k závěru o neetičnosti používání omezení.

### 11.2 NE, s odkazem na princip spravedlnosti

#### 11.2.1 Úvod

Pokud je omezovací opatření použito skutečně jako prostředek ultima ratio, jako by nezůstal žádný prostor pro úvahu o spravedlnosti nebo nespravedlnosti takového omezení. Je zkrátka nevyhnutelné. Protože ale situace v praxi není zdaleka ideální, otevírá se otázka, zda v souvislosti s uplatněním omezení není dotčen etický princip spravedlnosti. Poskytování péče se odehrává v řadě vztahů, kde může k nespravedlnostem docházet vůči jednotlivcům i vůči skupinám osob. Nejsou někteří podrobováni omezení spíše než jiní? Hromadné jevy by nasvědčovaly tomu, že problémy jako nedostatek pečujícího personálu, nevhodná organizace a neodborné vedení mají širší dopad. Uvedu burcující situace, především ze zkušeností z provádění systematických návštěv veřejného ochránce práv v psychiatrických zařízeních:

- Ošetřující tým někdy nasazuje omezovací prostředek, když je pacient neklidný, nebo pokračuje v aplikaci ještě i po odeznění agresivního chování, neboť není dostatek pracovníků pro zajištění individualizované péče potřebné pro monitorování či zvládnutí rizikového chování. Ve zprávě MDAC se píše o pacientovi, který se cítil bezpečněji v síťovém lůžku, než volně na oddělení. Problém je také to, když nezkušení pracovníci nedokážou působit na pacienty zklidňujícím a terapeutickým způsobem a spíše konflikty vyvolávají. Používání omezení se může stát doslova rutinním opatřením při zajišťování dohledu a bezpečnosti – pro některé pacienty vždy na noc, nebo u každého nepodrobového nově přijatého. Pokud jsou síťová lůžka ve stavu oddělení, při naplnění kapacity se stanou něčí postelí.
- Projevem nedostatku personálu nemusí být jen samo použití omezení a doba jeho trvání, ale i způsob jeho průběhu. Mám na mysli rutinní používání plen namísto dopomoci k vykonání

potřeby na toaletě, naprostou opuštěnost pacienta, pokud u něho není pečující přítomen, nemožnost přivolat si pomoc.

Porušení principu spravedlnosti konstatuje zpráva *Etické problémy spojené s omezením svobody lidí s demencí* (26), neboť omezení se zdá být používáno vůči určitým skupinám lidí spíše než vůči jiným. Jde o osoby omezené na svobodě, děti, staré lidi a osoby s fyzickým nebo duševním postižením.

Problémy bývají nejen, ale i otázka peněz. Součástí úvahy je tedy i otázka, zda s principem spravedlnosti nekoliduje způsob distribuce zdrojů do oblastí péče, kde nyní především k používání omezovacích prostředků dochází. Nedostatek peněz bude ve zdravotní a sociální péči vždy zdrojem konfliktů. Soudobá kvalitní zdravotní péče má vzhledem k rostoucím možnostem medicíny i očekáváním společnosti stále se zvyšující náklady. V sociální sféře je zvyšuje stárnutí populace, delší nemocnost v závěru života a omezená ochota a možnosti rodin pečovat osobně. Prostředky, které může na zajištění péče věnovat i ta nejbohatší společnost, jsou z povahy věci omezené. Dostupným prostředkům se musí nějak správně přidělit určení a musí se stanovit limity jejich spotřeby, což je nesmírně obtížný úkol. Etický princip spravedlnosti se uplatňuje při rozhodování o alokaci prostředků, když péči nehradí přímo její příjemce, nýbrž veřejný nebo jiný fond. Podstatou správného řešení je, že výsledek sice může být pro někoho bolestný, ale nebude pocíťovaný jako nespravedlivý.

Čerpala jsem především z teorie lidských práv, jež jsou univerzálním morálním principem (69) s propracovaným pojetím spravedlnosti obecně a jež zavazují především stát. Zvláštní téma spravedlivé distribuce společných statků je podstatou tzv. sociálních práv, jež garantují určité plnění mj. i ve formě sociálních a zdravotních služeb.<sup>107</sup> Studovala jsem je s pomocí monografie Pavly Boučkové *Rovnost a sociální práva*. (70)

### 11.2.2 Spravedlnost jako rovnost

V Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluvě o lidských právech a biomedicíně<sup>108</sup> (dále jen „Úmluva o lidských právech a biomedicíně“) je spravedlnost pojatá jako *rovná dostupnost*. Článek 3 obsahuje zásadu rovné dostupnosti zdravotní péče – smluvní strany musí vyvinout co největší úsilí k dosažení rovné dostupnosti zdravotní péče patřičné kvality, „majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje“. Rovná dostupnost znamená nepřítomnost neoprávněné nerovnosti – diskriminace. Jak se tento princip promítá do praxe? Typickou skupinou osob ohrožených diskriminací, u níž se otázka rovného

---

<sup>107</sup> Sociální, či socioekonomická práva, jsou skupina lidských práv, jež se podle tradičního členění poskytnutého pakty OSN z roku 1966 odlišují od práv občanských, politických, hospodářských a kulturních. Sociální práva jsou soudně vymahatelná za předpokladu, že existuje pozitivní povinnost státní moci konat k jejich zajištění (a veřejné subjektivní právo jednotlivce). Obsahem takových pozitivních práv je participativní nárok vůči státu. (70)

<sup>108</sup> Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s.

přístupu ke zdravotní péči řešila i na úrovni Evropského soudu pro lidská práva, jsou vězni. Evropský standard je nyní takový, že vězňům musí být péče dostupná za podmínek srovnatelných s těmi, za jakých se jí dostává pacientům mimo věznice.

Rovnost v přístupu k právům, a k ní komplementární všeobecný zákaz diskriminace, je rovněž základní českou ústavní hodnotou, stejně jako respekt k neporušitelnosti lidské důstojnosti, ve smyslu důstojnosti inherentní, všeobecné lidské. Výklad těchto hodnot českým Ústavním soudem je ovlivněn rozhodnutími Spolkového ústavního soudu. Stejně jako německá poválečná ústavní tradice, také názory Ústavního soudu významně čerpají z kantovské morální teorie.<sup>109</sup> „Ústavní zásada rovnosti v právech náleží k těm základním lidským právům, jež konstituují hodnotový řád moderních demokratických společností. Princip rovnosti je právně filozofickým postulátem, který je v rovině pozitivního práva garantován zákazem diskriminace. Rovnost není kategorií neměnnou, neboť prochází vývojem, který její obsah obzvláště v oblasti práv politických a sociálních výrazně poznamenává.“ (Nález sp. zn. Pl. ÚS 15/02 ze dne 21. 1. 2003.) Lidská důstojnost se stala základní bází, z níž vychází interpretace všech základních práv. (Nález sp. zn. IV. ÚS 412/04 ze dne 7. 12. 2005.)

Ústava rovnost pojímá jako princip nikoli formální, ale *materiální rovnosti*, což neznamená povinnost státu zajistit stejné materiální podmínky pro všechny, nýbrž se stejnými případy zacházet stejně a s rozdílnými rozdílně. Typickým příkladem je diskriminace, dalším je nezajištění sociálního zabezpečení odpovídajícího tzv. minimálnímu standardu. Při zohlednění zásady lidské důstojnosti se tak z principu rovnosti dovozují zcela praktické závěry, konkrétní veřejné subjektivní nároky jednotlivců na účast na společných dobrech. Sociální zákony, ani administrativní (rozpočtová, distributivní) opatření nemohou být přijímány tak, aby zakládaly rozpor s právem jednotlivce na život ve svobodě a důstojnosti. (70)

Jak se tyto principy uplatní v realitě sociálních a zdravotních služeb? V souladu se sociální spravedlností bude jen takový způsob poskytování a taková úroveň těchto služeb, jež jednotlivcům zakládá podmínky pro důstojný život.

Především diskriminace je v rozporu s důstojností. Zaprvé lze některé situace omezení volného pohybu rozpoznat jako projev nedůvodného rozdílného zacházení ve stejné situaci. To by byl případ

---

<sup>109</sup> „Rovnost všech lidských bytostí jako subjektů základních práv a svobod je obsahem v zásadě všech dokumentů chránících lidská práva. Jde mj. i o praktické poznání a uznání hodnoty každého člověka jako takového, bez ohledu na jeho schopnosti, znalosti a ‚užitečnost‘ či prospěšnost pro celek; z právně filozofického hlediska jde o projev dávné pravdy – ač nesčetněkrát v dějinách porušované – že s člověkem nikdy nesmí být svévolně zacházeno pouze jako s prostředkem sloužícím zájmům jiných. Lze konstatovat, že rovnost svobodného jedince v důstojnosti a právech je základním stavebním kamenem našeho ústavního řádu a promítá se vlastně i do celé Listiny základních práv a svobod.“ (Nález sp. zn. Pl. ÚS 42/04 ze dne 6. 6. 2006, publikován pod č. 405/2006 Sb., § 24.)

zmíněného znevýhodňování vězňů. V některých státech je při poskytování služeb doložitelný odlišný přístup k lidem určité národnosti nebo vyznání. Běžný standard péče je někdy upírán osobám trpícím přenosnými chorobami, typicky AIDS. Alzheimer Europe srovnává různou toleranci lidí ke křiku malých dětí a k poruchám chování lidí trpících demencí: obě skupiny potřebují ošetrovatelskou péči, v péči o lidi trpící demencí se při tom toleruje používání omezení. Rozdíl má být dán ageismem a stigmatem demence. (26)

Diskriminací člověka je i nevytvoření specifických podmínek kvůli ignorování odlišnosti situace, kterou zakládá reálná skupinová charakteristika, v tomto případě zdravotního postižení. Omezení člověka je tak nespravedlivé, když je dáno tím, že péče, kterou potřebuje, se poskytuje způsobem, který s ohledem na jeho postižení zakládá nebezpečí újmy při volném pohybu. Typicky jde o omezení člověka trpícího demencí v prostředí nepřizpůsobené sociální služby nebo člověka s mentálním postižením, pro kterého v psychiatrické nemocnici není zajištěn dohled a bez něj provokuje ostatní nebo polyká předměty. Projevem diskriminace je nepřizpůsobení podmínek péče; použití omezení je důsledkem a je poznamenáno nespravedlností.

Jaká je míra toho, co stát musí při vyvážení specifických podmínek učinit? Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením zavazuje státy, které k ní přistoupí, realizovat řadu opatření pro plnou realizaci všech lidských práv a základních svobod všech osob se zdravotním postižením bez jakékoli diskriminace na základě zdravotního postižení. Jedním z klíčových pojmů úmluvy je tzv. přiměřená úprava (angl. *reasonable accommodation*). V definici přiměřené úpravy je obsažen i její limit nutně vynaloženého úsilí. Přiměřená úprava „znamená nezbytné a odpovídající změny a úpravy, které nepředstavují *nepřiměřené nebo nadměrné zatížení*, a které jsou prováděny, pokud to konkrétní případ vyžaduje, s cílem zaručit osobám se zdravotním postižením uplatnění nebo užívání všech lidských práv a základních svobod na rovnoprávném základě s ostatními“ (článek 4). S přistoupením k úmluvě se stát zavazuje přijímat tyto úpravy všude, kde je to potřeba k odstranění nerovnosti osob s postižením, a naopak, odepření přiměřených úprav představuje diskriminaci.

Princip materiální rovnosti umožňuje přemýšlet i o širokých souvislostech „života ve svobodě a důstojnosti“. Tedy ne jen o rovnosti mezi příjemci určitého typu péče (přístup k péči v rámci psychiatrického oddělení), ale o péči vůbec, přičemž ta musí mít určité minimální parametry. Teorie lidských práv pracuje s pojmem minimálního standardu sociálních práv. „Konkrétní obsah minimálního standardu v oblasti sociálních práv závisí v rozhodující míře na dostupnosti a rozsahu veřejných zdrojů, právě tak jako na distribučních rozhodnutích.“ (70, s. 152) Domnívám se, že v naší zemi zajištění minima závisí spíše na politických rozhodnutích a vnímání naléhavosti veřejných a soukromých zájmů, než na absolutním (ne)dostatku. Diskriminaci tak můžeme dovozovat například i v situaci zanedbání určitého segmentu veřejných služeb (například sociální služby versus sport) nebo oblasti péče (psychiatrie versus onkologie).

Zvláštní koncept představuje strukturální diskriminace. Jde o druh diskriminace, „která je inherentní v sociálních postupech a tradicích a často nesouvisející s přáním člověka zacházet s jiným člověkem nebo skupinou nespravedlivě. Někdy je taková diskriminace tak hluboce zakořeněná ve společnosti a denním životě, že lidé mohou být překvapeni při připomínce, že je něco v jejich jednání v nepořádku. Mohou argumentovat, že zde není žádný zlý úmysl a že je to prostě způsob, nebo dokonce jediný způsob, jak lze věci dělat.“ (26, s. 54) Podle autorů zprávy koncept strukturální diskriminace nezbavuje viny, protože každý člověk se může vůči nespravedlnosti vymezit.

### 11.2.3 Alokace zdrojů v případě péče o duševní zdraví

Propracovanou analýzu alokace zdrojů v kontextu péče o duševní zdraví podávají James Sabin a Norman Daniels. (71) Jejich pohled dobře ilustruje mé dosud spíše abstraktní úvahy. Autoři rozlišují čtyři úrovně specifických problémů.

- Zaprvé „makro“ úroveň, kterou představuje rozhodnutí o podílu, který připadne na péči o duševní zdraví z celého objemu prostředků pro zdravotní péči. Psychiatrická péče má velký význam v tom, že dorovnává šance svých příjemců, aby mohli vůbec být součástí společnosti a mohli žít svůj život. Obhájci psychiatrie v boji proti marginalizaci v porovnání s obory pečujícími o fyzické zdraví nacházejí dost argumentů i v prevalenci duševních poruch a účinnosti léčby.
- Ve druhé úrovni jde o priority v rámci psychiatrie – typicky dilema ústavní versus komunitní péče, nebo prioritizace léčby vybraných poruch. Soupeří spolu upřednostnění léčby těch více trpících, nebo pomoci většímu množství pacientů a úvahy se objektivizují například statistikou o invaliditě a sebevraždě.
- V rámci konkrétní oblasti, jako je například léčba schizofrenie, půjde o rozdělení peněz pro různé léčebné postupy respektive i mezi prevenci, léčbu a rehabilitaci.
- Čtvrtá úroveň je tzv. „mikro“ a charakterizuje ji otázka, kolik péče je dost v případě konkrétního pacienta. Zde se balancuje poměr „cena-výkon“ a stanovují se limity čerpání z veřejných fondů. V praxi se to projevuje limity na délku pobytu v nemocnici nebo tím, že je proplacena péče potřebná pro dosažení úlevy od akutních symptomů a navrácení běžné funkčnosti, ale už ne další péče, byť je indikovaná a byla by pro pacienta prospěšná.

Spravedlnost je zde dobrem pro všechny: lékaře odbřemení od náročného rozhodování o vynakládání zdrojů; důvěra pacientů a jejich blízkých vůči lékařům nebude podkopána a bude snazší pacienty léčit; politici nebudou ohroženi kritikou distribučních rozhodnutí. Sabin a Daniels uvádějí základní podmínky, jež má spravedlivý systém přerozdělování naplňovat: pravidla a rozhodnutí musí být přístupná veřejnosti, musí se přesvědčivě a na podkladě zdravého rozumu vypořádat se zjištěnou potřebou nějaké péče v populaci, klinickými daty o účinnosti péče a definovanými zdroji a systém musí být otevřený změnám na základě učiněných zkušeností. Celkově tento přístup autoři nazývají „odpovědnost za rozumnost“. (71, s. 120)

Zdá se mi, že etický problém spočívá nejen v netransparentnosti a nerozumnosti, ale i v tom, jaké hodnoty se upřednostní. Je zde nebezpečí, že se zvolí pouze ekonomická kritéria, nebo že se vyhová těm nejhlasilivějším skupinám. Z ekonomického hlediska bude vždy vycházet levněji problematické pacienty čas od času přivázat k lůžku nebo zavřít do izolace, než poskytovat kvalitní farmakoterapii a psychoterapii. Snad proto je důležitý boj o to, aby omezovací prostředky nebyly chápány jako terapeutické opatření, neboť pak by představovaly velmi levnou, a tedy plátcí péče preferovanou alternativu. Na cestě ke spravedlivému řešení by také nemělo docházet k dalším ztrátám, jakými je například rivalita odborníků, kteří by v zájmu pacienta naopak měli spolupracovat,<sup>110</sup> nebo jednotlivých skupin pacientů.

Podle Sabina a Danielse spravedlnost vyžaduje, aby byla na rovném základě dostupná základní zdravotní péče všem. Co je *základní zdravotní péče*, je samostatné téma, kterému se mohu snadno vyhnout, pokud bude předmět mého zájmu skromnější, řekněme „péče, kde omezovací prostředek je skutečně výjimečné opatření“. Myslím, že i při tomto zjednodušení problému se lze dobrat důkazů o nespravedlnostech.

Když Jan Mach píše v souvislosti s etickými problémy 21. století o ekonomických limitech v medicíně, tak uvažuje o investicích do náročné, „vysoce drahé léčby“ závažných nemocí, které jsou léčitelné za cenu vysokých finančních výdajů.<sup>111</sup> (72) Například u psychiatrické péče jde o úplně jiné náklady co do určení (směřují především do léků a lidské práce, nikoli do technologií a nejnovějších postupů), ale i co do objemu.<sup>112</sup> Ví se, že podrobení restrikci přináší osobě i pečujícímu značné utrpení a rizika pro zdraví. Ví se, že za peníze je možné významně snížit nutnost používat restrikce, dokonce rozvíjet přístupy nulové tolerance k omezení. Také se ví, že jak psychiatrické nemocnice, tak léčebny dlouhodobě nemocných poskytují péči na hranici únosnosti personálního zajištění.<sup>113</sup> Pokud se zde šetří, bezprostředně to citelně dopadá na tisíce lidí. Vypadá to na prostou utilitaristickou matematiku

---

<sup>110</sup> „Takže zatímco by v zájmu nejlepší klinické praxe měly nemocnice a komunitní služby být součástí jednoho integrovaného systému, v mnoha společnostech spolu soupeří o omezené zdroje na péči o duševní zdraví, a to ve stejné míře ze zájmu o svoje postavení a další ekonomické benefity, jako z přesvědčení o přednostech té které služby, nebo i více.“ (71, s. 115)

<sup>111</sup> Poukazuje na to, že zákon tuto náročnost nezohledňuje – pouze stanoví právo pacienta na náležitou odbornou úroveň poskytovaných zdravotních služeb, což zakládá na případné právní spory.

<sup>112</sup> Například náklady na jeden den hospitalizace člověka s nařízeným ochranným léčením se odhadují na 1800 Kč, jak uvádí důvodová zpráva k zákonu č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

<sup>113</sup> V podstatě jde o základní zjištění ze systematických návštěv léčeben dlouhodobě nemocných, psychiatrických nemocnic i zařízení sociálních služeb pro seniory, kde je poskytována dlouhodobá péče. Personálnímu zajištění odpovídajícímu vyhlášce č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů, odpovídá podle standardů dlouhodobé péče druhé nejhorší možné hodnocení. Přitom má dlouhodobá péče charakter služby, jejíž kvalita je determinována především lidským faktorem. (13)

(péči bez násilí co nejvíce pacientům a pečujícím), ale jde také o dosažení minimální úrovně důstojnosti, absence utrpení a odmítnutí násilí. Je nemorální nezabránit útrapám nad rámec těch nezbytných.

Všechny medicínské obory jsou na stejně šikmé ploše charakterizované rozpadáním etického principu vzájemné pomoci a vzájemné odpovědnosti, „erozí společenské solidarity“ (73, s. 29) a neprofesionálním řízením.<sup>114</sup> Možná že není zbytí a ekonomika bude diktovat platit odškodné jedincům, kteří se ho domohou u soudu, a zbytku ponechat služby svým charakterem celkem brutální. Obecně je jistě platné, co Helena Haškovcová tematizuje jako rozevírání nůžek mezi ideální a dostupnou medicínou a souběžnou komercializaci zdravotnických služeb. (74) Ovšem v oborech závislých na přímém terapeutickém působení zdravotníků (v psychiatrii a dlouhodobé péči) se podle mého názoru setkáváme spíše s nespravedlností, neboť se zde vůbec nebojuje o dosažení ideálního stavu, ale stavu alespoň uspokojivého. Jan Libiger zde viděl diskriminaci péče o osoby s duševní poruchou už před 15 lety. (59)

### 11.2.4 Závěr

Došla jsem k závěru, že použití omezovacího prostředku může být nespravedlivé. Že k tomu v současné době v České republice často dochází, mohu pouze odhadovat, neboť jsem nepředložila žádnou statistiku (což je standardní nástroj například při litigaci postavené na argumentu diskriminace), ani detaily konkrétního případu. Svůj odhad opírám jednak o detailní zkušenost s několika případy použití omezení a jednak o časté poznatky o neprovádění přiměřených úprav a neuplatňování principu nezbytnosti.

### 11.3 NE, s odkazem na autonomii člověka

Morální postoje pronikají do práva. Zcela to platí u práva lidských práv. A naopak, některé instituce nadané autoritou výkladu mezinárodního práva lidských práv mají ambici skrze negativní či pozitivní hodnocení souladu skutečnosti s právem osvojenými kategoriemi, jako je například důstojnost člověka nebo nelidskost, přisuzovat také kvalitu „správného a špatného“. Velmi dobře je to vidět na argumentaci principem autonomie.

Tuto část výkladu pojmám jako konfrontaci postoje Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením s autory lékařské a zdravotnické etiky. Nejprve ale představím myšlenkový kontext, kterým je odsouzení všech nedobrovolných zdravotnických zásahů do integrity pacientů s duševní poruchou či postižením.

---

<sup>114</sup> „Je někdy s podivem, jak se lpí na kvalifikaci a praxi lékaře, aby mohl řídit třeba jen malý kolektiv kolegů zdravotníků, a jak snadné je stát se manažerem velkých segmentů zdravotnictví.“ (75, s. 47)



### 11.3.1 Zvláštní zpravodaj OSN pro otázky mučení

„Ačkoli se zákaz mučení původně uplatňoval v souvislosti s vyšetřováním, trestáním nebo zastrahováním zadržených osob, mezinárodní společenství si začalo uvědomovat, že k mučení může docházet i v jiných kontextech,“ uvedl Juan E. Méndez, zvláštní zpravodaj OSN pro otázky mučení v tematické zprávě, ve které ostře odsoudil také používání omezení a samotek ve zdravotnických zařízeních. (76, § 15) To jsou závažná slova, která navíc vyšla z velmi respektovaných úst. Co vyprovokovalo vtažení kategorie *mučení do* mezinárodního diskurzu o zdravotní péči?

Kromě zákazů ve Všeobecné deklaraci lidských práv (1948) a Mezinárodním paktu o občanských a politických právech (1966) má mučení a špatné zacházení v rámci ochrany lidských práv na úrovni Spojených národů zvláštní úpravu v Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání z roku 1984 (v českém právním řádu č. 143/1988 Sb.), kterou nebylo zvykem ve zdravotnickém kontextu aplikovat. Tedy, lékařské a vědecké pokusy byly vždy vnímány jako rizikové. Ale opravdovou změnu v jejich hodnocení vyvolaly otrěsné poznatky o zneužívání a podrobování bolestivým a ponižujícím metodám v táborech pro drogově závislé,<sup>115</sup> o plošném provádění sterilizací nebo interrupcí bez souhlasu pacientek, o ponižujících praktikách na homosexuálech a transsexuálech, provádění elektrošoků bez souhlasu pacienta. Tyto případy kompromitovaly argumenty, jež byly vznášeny na jejich obhajobu, totiž o účinnosti opatření, výchovných důvodech a léčebné nutnosti, neboť velmi často byl doložen také cíl potrestat nebo úmysl ponižít. Závěr je pak tvrdý: „Zdravotní péče, která působí kruté utrpení bez ospravedlnitelného důvodu, může být považována za kruté, nelidské nebo ponižující zacházení nebo trestání, a pokud je zde zapojení státu a zvláštní úmysl, jde o mučení.“ (76, § 39)

Zvláštní zpravodaj (a po jeho vzoru také MDAC, viz výše) výslovně zpochybňuje doktrínu léčebné nezbytnosti, když byla s to pokrýt taková příkoří, a uvádí, že představuje překážku v ochraně před svévolným ubližováním ve zdravotnických zařízeních. Kromě toho zpochybňuje, že by pro používání samotek a dlouhodobého omezování nějaké terapeutické odůvodnění existovalo, a žádá absolutní zákaz jejich používání, a to i krátkodobého. Především o nich pojednává v širším kontextu podrobování lidí s psychosociálním nebo mentálním postižením hospitalizaci a zdravotním zákrokům

---

<sup>115</sup> Viz zprávu *Treatment or Torture, Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers*. Její vypracování bylo součástí kampaně *Stop mučení ve zdravotní péči*, která měla za cíl odhalovat špatné zacházení a porušování práv marginalizovaných lidí ve zdravotnických zařízeních, které plyne z vládních politik či zanedbávání. Zpráva odhaluje a rozebírá případy krutostí schvalovaných ve jménu medicíny, veřejného zdraví nebo veřejného pořádku, a to konkrétně na půdě tzv. rehabilitačních center v jihovýchodní Asii pro osoby se skutečnou či tvrzeňou závislostí na drogách, kteří jsou zavíráni bez přístupu k lékařské péči či právní pomoci. Ve zprávě se popisuje situace, kdy se v detenčních centrech používají fyzické omezovací prostředky jako „léčba“ drogové závislosti. Spoutávání po dobu tří až 6 měsíců, vsazování nohou do řetězů a uvolňování v závislosti na délce abstinence. (77)

bez souhlasu, nebo dokonce s donucením. Jako jedinou možnou výjimku uvádí naléhavé situace ohrožení života. Prostor zde tedy zůstává pro případy zvládnání akutních psychotických či jiných krizových stavů, které lze obtížně zahrnout pod použitý pojem „psychosociální postižení“.<sup>116</sup>

Svou daň si v mezinárodním lidskoprávním diskurzu vybírají také desetiletí marginalizace a ponižování lidí s mentálním postižením a jinými duševními poruchami. U zvláštního zpravodaje vidíme, že do jednoho pytle spadlo uplatňování psychochirurgie, elektrošoků a psychofarmak bez souhlasu, dlouhodobé i krátkodobé používání sametek a restrikcí a vše je dáno do souvislosti s diskriminací na základě postižení, jejímž nástrojem je zbavení svéprávnosti. „Jakmile jednou padne rozhodnutí o nezpůsobilosti, přestanou se volby člověka brát vážně.“ (76, § 27)

### 11.3.2 Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením

Ještě radikálnější postoj zastává Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Jde o smluvní orgán, který poskytuje autoritativní výklad ke stejnojmenné úmluvě, ke které přistoupilo již více než 170 zemí světa včetně České republiky, a získává tak značenou váhu. Zatímco většina mezinárodních orgánů dosud připouštěla léčbu bez souhlasu a také použití restrikcí pro přísně vymezené, výjimečné situace, Výbor pro práva osob se zdravotním postižením žádá absolutní, bezvýjimečný zákaz jakýchkoli nedobrovolných zásahů. Bez souhlasu dotčeného člověka není možné učinit nic (a souhlas rozhodně nemůže být v zastoupení, nanejvýš získaný skrze tzv. podporované rozhodování). Musí se skončit se vsí nucenou léčbou a také s používáním izolace a různých druhů omezení, včetně fyzického, chemického a mechanického. (78) Nucená léčba představuje mj. porušení práva nebýt podroben mučení. (79) V komunikaci se státy pojednává výbor v jednom bodě společně o „použití síťových lůžek a dalších forem nekonsenzuálních postupů v psychiatrických nemocnicích a zařízeních, kde mohou být umístováni lidé s mentálním, duševním nebo psychosociálním postižením“, a to pod rubrikou práva nebýt podroben mučení a krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu (80, § 32).

Tento absolutní přístup se setkává s rozpaky, které se projevují tím, že při expertních jednáních se konstatuje názorový rozpor mezi například Výborem CPT či Evropským soudem pro lidská práva

---

<sup>116</sup> Pokud není uvedeno jinak, pojem „postižení“ se dnes v lidskoprávním kontextu chápe ve smyslu Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. V ní není definován a vychází se z otevřeného vymezení v článku 1, kde je řeč o dlouhodobém oslabení/poruše/postižení, angl. impairment. („Persons with disabilities include those who have **long-term** physical, mental, intellectual or sensory **impairments** which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others.“ Důraz přidán.) K výkladu si můžeme pomoci například Směrnici k článku 14 úmluvy, kterou vydal Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením. Pojem „impairment“ Výbor chápe jako „fyzické, psychosociální, intelektuální nebo smyslové osobní potíže, které mohou a nemusí být spojeny s funkčními omezeními těla, myšlení nebo smyslů. Oslabení se liší od toho, co je zpravidla považováno za normu.“ Postižení (angl. disability) je pak chápáno jako „sociální dopad interakce mezi osobním oslabením a sociálním a materiálním prostředím“. (78, § 6)

na straně jedné a Výborem OSN pro práva osob se zdravotním postižením na straně druhé a uzavře se, že je to velká výzva do budoucna. Jak ale věrohodně oponovat tomuto radikálnímu názoru, který se opírá o silné hodnoty autonomie a důstojnosti člověka? Domnívám se, že rovněž pouze hodnotově.

Argument, že zásahy odůvodněné duševní poruchou či postižením představují nepřípustné rozlišování mezi lidmi na základě tohoto kritéria a tedy diskriminaci, je po mém soudu správný. Odmítá přijmout důsledky stigmatu a předsudku (srov. kapitulu 12.3.1), odmítá přístup bez individuálního posouzení. Výbor však u tohoto nezůstává, jeho NE restrikcím i léčbě bez souhlasu je absolutní, i pro nouzové a krizové situace, kde je okolnost postižení zjevně druhořadá. Tvrzeným důvodem je primát autonomie člověka. Protože v tomto bodě mi postoj výboru připadá nesprávný, rozvedu jej.

Výbor odmítá i zásahy založené na nebezpečnosti nebo tvrzené potřebě léčby, pokud jsou nějak navázány na poruchu (oslabení); každý má právo odmítnout léčbu, dělat chyby a případně také nést odpovědnost, včetně té trestněprávní. Žádná záminka, která by opravňovala k nedobrovolné hospitalizaci nebo léčbě, nemá mít v zákonech místo. Rovněž v naléhavých a krizových situacích se musí vycházet z toho, že člověk s postižením musí dostat podporu k učinění rozhodnutí; žádná zvláštní pravidla pro tyto situace se nemají zavádět. Pokud i přes vynaložení značného úsilí nelze v takových situacích zjistit vůli a preference člověka, má být standardem postup podle „nejlepšího výkladu jeho vůle a preferencí“. (Parafrázuji ze 78, §§ 13, 15, 22 a 23.) Stále znovu a nad vícero otázkami výbor ve svých stanoviskách připomíná „obecné nedorozumění“ ohledně způsobilosti osob s postižením právně jednat, tedy že nikdo nesmí být vnímán jako neschopný činit vlastní volby<sup>117</sup> (a vyžadující zastoupení například opatrovníkem), nýbrž každý musí dostat potřebnou podporu. Pokud jde o dospělé, „[p]aradigma ‚nejlepšího zájmu‘ musí být nahrazeno paradigmatickým ‚vůle a preferencí‘, aby bylo zajištěno, že lidé s postižením se těší právu na právní způsobilost na rovném principu s ostatními“ (79, § 21). Pokud se má člověku poskytnout nějaká ochrana, tak k zajištění respektu k jeho vůli a přáním, nikoli k jeho ochraně před zneužitím.

Proč tedy odmítá výbor jakékoli použití restrikcí? Po mém soudu ne a priori proto, že by představovalo kruté, nelidské zacházení, nýbrž proto, že se děje v kontextu zacházení bez souhlasu člověka, což pošlapává jeho právo na rovnost před zákonem a jeho autonomii. Přičemž zacházení

---

<sup>117</sup> Zatímco „právní způsobilost“ (angl. legal capacity) považuje výbor za vlastní každému člověku a bez možnosti omezení či zbavení, „mentální způsobilost“ (angl. mental capacity), jako dovednosti člověka činit rozhodnutí, se může lišit, může se vyznačovat aktuálními nedostatky. To však nemůže mít vliv na uznání práve právní způsobilosti. (79) Nicméně „pojem mentální způsobilosti je sám o sobě vysoce kontroverzní,“ uvádí výbor ve svém komentáři k čl. 12 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. (79, § 14) Mimo jiné proto, že k jeho konstatování se předpokládá, že jsme schopni přesně zhodnotit vnitřní pochody v mysli člověka.

bez souhlasu bylo po desetiletí zatíženo nerespektujícím, ponižujícím a ubližujícím zacházením. V člověku vyvolává hlubokou bolest a trauma.

Ani při vši dobré vůli a v zájmu o synergii systému mezinárodní ochrany lidských práv se mi nedaří nalézt nějaké východisko umožňující výklad této pozice tak, aby byla ve shodě s výše popsáním evropským rámcem; vyjádření Výboru pro práva osob se zdravotním postižením je příliš jasné. Přitom se nemohu zbavit pocitu, že s vaničkou se vylévá i dítě. Skutečně je u ponižování lidí se zdravotním postižením a zneužívání omezovacích prostředků na vině to, že zdravotníci nebo pečující na ně dosud nepohlíželi skrze „paradigma vůle a preferencí“? Skutečně je podmínkou důstojnosti člověka, že má být za všech okolností podle práva ponechán učinit „rozhodnutí“ i o protiprávním jednání a ublížit sobě nebo druhému? Skutečně není rozdílu mezi léčbou bez souhlasu a krizovými zdravotními intervencemi? Vždyť ani princip rovnosti není porušen tím, když se na osobu s postižením uplatní v krizové situaci stejný postup, jako na každého jiného.

### 11.3.3 Kritika přístupu Výboru pro práva osob se zdravotním postižením

Pro výstupy Výboru pro práva osob se zdravotním postižením je příznačné, že se nesetkáme s konkrétním vyjádřením k situacím typickým v životě člověka stíženého vážnou duševní nemocí, jako je ataka (paranoidní schizofrenie) nebo delirium. To by vyžadovalo skutečně komplexní výklad, který ovšem z pera výboru zpravidla nepřichází, pouze hluboké rozpracování jen některých aspektů, po kterém už následují obecné, radikální teze. Rovněž v rozebíraných stanoviskách výboru nenacházíme postoj k situaci, kdy člověk představuje bezprostřední nebezpečí pro ostatní. To v mých očích jeho výklad oslabuje. Věrohodnější by bylo se nejen odkazovat na obecné ideové zdůvodnění, ale podrobně rozebrat klíčové situace a ukázat na nich hodnoty, které hájí.

V rámci ještě právní reflexe těchto postojů je třeba dodat, že jakmile se do debaty vtáhne pojem „mučení“, přichází i obrovská síla mezinárodního závazku státu jednak mučení nezpůsobovat a jednak před ním chránit, předcházet mu a odškodňovat oběti. U tzv. absolutního práva to nemůže stát oddiskutovat (na rozdíl od jiných lidských práv) odkazem na omezenost zdrojů nebo nedostatek služeb, nýbrž musí jednat okamžitě. Protože jde o právo, od kterého se nelze odchýlit (nederogovatelné), státy nemohou mučení nebo špatné zacházení ospravedlnit jako nástroj k ochraně veřejné bezpečnosti nebo veřejného zdraví. Konečně, monitorovací a dozorové orgány jsou ve vztahu k mučení rozvinutější, než například ve vztahu k právu na zdraví. Nelze vyloučit, že se proto argument „mučením“ někdy používá i účelově.

Neunikne, že – z hlediska principialismu – Výbor pro práva osob se zdravotním postižením zdůrazňuje princip autonomie a pomocně se také uplatní principy nepoškození a spravedlnosti, ale princip dobřechinění nikoli. Přístup výboru je postaven na ušlechtilých hodnotách, které mají širokou podporu. (Například důraz na posilování osob s postižením, aby mohly činit rozhodnutí a ta pak zavazovala také lékaře, stojí za konceptem dříve vysloveného přání, po jehož uplatňování v praxi

volají obhájci práv lidí trpících demencí.) Troufám si však říci, že není komplexní a hlavně, autonomii člověka pojímá paušálně, bez zohlednění jejích složek, jako je rozum a schopnost myslet, rozhodovat se a jednat na podkladu svých myšlenek.

Pro porovnání znovu sáhnu k rozhodnutím českého Ústavního soudu, který ve svých právně závazných rozhodnutích pracuje také s teorií hodnot. Svoboda a autonomie jsou, dle Ústavního soudu, základními hodnotami, na kterých je postaven český ústavní pořádek, spolu s respektem k lidské důstojnosti a její ochranou. Připomenul to v nálezu I. ÚS 2078/16 ze dne 2. 1. 2017, stejně jako svůj současný pohled na střet mezi povinností poskytnout pomoc osobě, jejíž život či zdraví jsou vážně ohroženy, a právem takové osoby pomoc odmítnout.<sup>118</sup> Sebeurčení a autonomie mají dle soudu primát, ovšem stále se vykládají v souvislosti s psychickou způsobilostí člověka a připouštějí se výjimky. I v případě, že odmítnutí konkrétní léčby může vést k fatálnímu konci, lékařský zákrok bez souhlasu pacienta by byl v rozporu s jeho právem na tělesnou integritu (§ 25 nálezu) – ovšem to platí u psychicky způsobilého dospělého člověka. Úmluva o lidských právech a biomedicíně uvádí všechny výjimky: týkají se osob neschopných dát platný souhlas (její článek 6), léčby vážné duševní poruchy, jež je nezbytná pro zabránění vážnému poškození zdraví (článek 7), stavu nouze (článek 8) a navíc úmluva zakotvuje obecnou výjimku, že lze výkon práv omezit na základě zákona, pokud je to nezbytné v demokratické společnosti v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných (článek 26).

Je velmi složité pouštět se do úvah, zda je v plné šíři tento koncept ještě platný ve chvíli, kdy probíhají práce na dodatkovém protokolu k úmluvě, který by se měl týkat právě nedobrovolné léčby, a hledá se evropský konsenzus v této věci. Co však chci říci, je, zaprvé, že za samu podstatu autonomie (a ostatně i konceptu svobodného a informovaného souhlasu) se považuje schopnost přijímat informace a činit morální a i faktické volby. A zadruhé, základní práva je možné omezit, za účelem ochrany práv dalších osob či jiných ústavně chráněných veřejných statků, při dodržení principu proporcionality a hledání rovnováhy mezi různými dotčenými zájmy a právy skrze individuální rozhodování. Kateřina Šimáčková, soudkyně zpravodajka v citovaném případě u Ústavního soudu, vyjádřila na konferenci *Dvacet let Úmluvy o lidských právech a biomedicíně* (konané 2. listopadu 2017 v Praze) svoje chápání postavení člověka s duševní poruchou. V diskusi uvedla, že tváří v tvář extrémům velké protektivnosti na straně jedné a hlubokého respektu k projevům člověka na straně druhé je třeba zaujímat postoj, který extrémy vyvažuje. Nicméně v českém kontextu je podle Šimáčkové zapotřebí více mluvit o respektu, protože „ve společnosti převládá tradičně jiný pocit“, a to protektivnost. Soudkyně Šimáčková tedy chápe motivaci a pravdu

---

<sup>118</sup> Případ se týkal trestního stíhání lékaře, který neposkytl ani nezajistil pomoc své dlouhodobě nemocné matce, jež jeho pomoc i jeho samého odmítala a brzy nato zemřela.

těch, kdo chtějí posilovat autonomii osob s duševní poruchou, ale přesto se nepřiklání k názoru, že zásahy do integrity bez souhlasu člověka jsou nepřijatelné.

Ujasnila jsem rozpor mezi názorem Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením (a linkou představovanou Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením) a Úmluvou o lidských právech a biomedicíně a potažmo i Ústavním soudem. Všechny tyto autority pracují jak s nástroji práva, tak i s hodnotovou argumentací, a všechny prioritizují autonomii člověka. Výbor však nezahrnuje do své konstrukce prvek neschopnosti člověka poskytnout souhlas či nesouhlas. Jeho postoj se ve vztahu k používání omezovacích prostředků projevuje jejich absolutním odmítnutím. Rovněž nenalezneme nic o tom, že také ostatní mají právo se bránit, nebo mají právo být ochráněni.

#### 11.3.4 Pojem autonomie

Lze zpochybnit způsob, jakým Výbor pro práva osob se zdravotním postižením pracuje s pojmem autonomie? Domnívám se, že ano, ve smyslu odchýlení od tradičního pojetí etiky obecně a lékařské a zdravotnické etiky zvláště.

Respekt k autonomii v lékařské a zdravotnické etice znamená „respekt ke stavu nezávislého, samostatného jednání, bez zevního ovlivnění“ (81, s. 43). Pacient má svůj osud pod kontrolou i v době nemoci, sám je soudcem svých záměrů a zájmů, určuje způsob svého jednání. „Autonomie předpokládá schopnost zvážit a rozlišit jednotlivé alternativy a schopnost uskutečnit vlastní plán, který si člověk předsevzal.“ (81, s. 44)

Co je podstatou autonomie ve výkladu Jana Sokola? Bezesporu schopnost rozvahy a sebeovládání, v kontrastu s „autonomií“ pojímanou jako soulad se sebou samým, se svými zájmy a náklonnostmi, která je také v přímém rozporu s deontologií Immanuela Kanta, postavenou na rozumu a svobodě k podřízení se zákonu, který z rozumu vyplývá. (82) Jan Sokol předkládá přesně to pojetí, vůči kterému se Výbor pro práva osob se zdravotním postižením tolik vymezuje.<sup>119</sup> Sokol mluví také o potížích s právní autonomií zejména starých a nezkušených lidí a za „dábelskou“ označuje hru na „svobodné rozhodnutí“ (82, s. 143; uvádí to v kontextu tzv. šmejdu).

Vidíme zde, že tradiční pojetí autonomie předpokládá intelektuální výkon – porozumění, rozhodování, určování plánu – a také svobodu a volnost k výběru z možností. Na tomto základě je také považováno za možné autonomii konkrétního nemocného zpochybnit. „To, že v důsledku těžké choroby dochází ke ztrátě autonomie, je evidentní; avšak i v jejích počátcích právě utrpení může být příčinou této ztráty. Trpící se navíc uzavírá do osamění a tak i pomoc jiného člověka v jeho vlastním

---

<sup>119</sup> „Nejenom člověk v kómatu, v šoku nebo v opilosti, ale také psychicky či mentálně postižený nebo prostě jen popletený, případně senilní, není úplně přičetný a nemůže tedy být ani úplně autonomní. I když není soudně zbaven svéprávnosti, určitě potřebuje, aby za něho rozhodovali a jednali jiní. Nemají sice obvykle jeho pověření, přesto je to v jeho vlastním a někdy i životním zájmu.“ (82, s. 143)

rozhodování bývá ztížena.“ (81, s. 76) Je otázka, zda u rozhodnutí pacienta trpícího vážnou nemocí vůbec racionálnost a autonomii předpokládat, neboť nemoc racionalitu ohrožuje a člověk není autonomní, když mu v jeho rozhodování jde pouze o zmírnění utrpení.<sup>120</sup>

Úmluva o lidských právech a biomedicíně pojem autonomie nepoužívá. Článek 1: „Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost (angl. identity) všech lidských bytostí a každému bez diskriminace zaručí úctu k integritě (angl. integrity) jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny.“ U lidí neschopných poskytnout souhlas úmluva zmiňuje také nejlepší zájem (čl. 6 odst. 5, problém odvolání zástupného souhlasu). Svěbytnost se váže s názory a přáními člověka, nikoli přímo činěním rozhodnutí (srov. čl. 17 o ochraně osob neschopných dát souhlas k výzkumu). Důstojnost a svébytnost tak přetrvávají i v nemoci. Není sporu o tom, že z úmluvy plyne přednost svobodné vůle pacienta před ochranou jeho života či zdraví. Non salus, sed voluntas aegroti suprema lex. Z úmluvy ale plyne interpretační princip, podle něhož důstojnost člověka nad autonomií převažuje.

Jedním z cílů léčby je tedy nemocnému navrácet jeho autonomii (uvádí to také Munzarová, 83). Takto chápou i postoj Alzheimer Europe a autorů publikujících o dlouhodobé péči. Podle Volicera a Bloom-Charette je dlouhodobá péče charakteristická omezením volby a možností kontroly a ohrožením pocitu jedinečnosti každého člověka. (28) Nejde o to, že by dlouhodobá péče byla tak restriktivní, naopak, jejím cílem je poskytovat kvalitní péči odpovídající potřebám pacientů a tím vyrovnávat limity a ohrožení jejich autonomie. Ale autonomie v obvyklém pojetí bioetiky a dlouhodobá péče, to je zkrátka paradox. Schopnost vyslovit přání nebo je jinak dát najevo bývají u mnoha pacientů velmi omezeny. „V péči o pacienty s demencí musíme vycházet také z toho, že tito pacienti jsou vulnerabilnější než jejich vrstevníci a zdravotní péče musí směřovat k podpoře a zachování jejich důstojnosti.“ (84, s. 226)

Mohu uzavřít, že respekt k autonomii je ve zdravotnické etice zásadou a její pošlapávání by porušovalo důstojnost osoby a lidskost, ale více zdůrazněnou hodnotou je integrita – podle Munzarové integrita nejen pacienta, ale i lékaře.<sup>121</sup> Originální poznámky k principu autonomie podává Miloš Mauer v *Základech moderní lékařské etiky*. Samotný pojem přímo nerozpítává, ale tematizuje rozdíl mezi autonomií „zdravou, zodpovědnou, založenou na vzájemném respektu a úctě“ a autonomií „narušenou nebo excesivní, narcistní“ (20, s. 130).

<sup>120</sup> V preambuli Doporučení Rec(2004)10 je uvedeno, že vzniklo „s ohledem na to, že duševní onemocnění a určité léčebné postupy při takovém onemocnění mohou mít vliv na podstatu lidské individuality“.

<sup>121</sup> Marta Munzarová uvádí na první pohled překvapivou poznámku o autonomním modelu vztahu lékaře a pacienta, jež přerůstají do zákaznického či smluvního modelu. Uvádí, že se zcela opouští základní mravní otázky a kontext; myšlenka na dobro (správnost) a zlo (nesprávnost) je irelevantní. (81)

Pojem autonomie je ve svém obsahu nejasný a v různých filosofických pohledech se liší. Předložila jsem několik základních<sup>122</sup> argumentů tradiční zdravotnické etiky k zpochybnění pojetí autonomie v textech Výboru pro práva osob se zdravotním postižením. Věřím, že to nesnižuje význam Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, tohoto provolání rovnosti a autonomie lidí s postižením. Její význam právní se teprve ukáže, ovšem role symbolická a ideová je velmi významná už nyní.

#### 11.4 NE, s odkazem na princip nepoškozování (primum non nocere)

O škodlivých důsledcích použití omezovacích prostředků není sporu. Donucení a omezení člověka poškozují, ať už fyzicky či duševně, byť například až z dlouhodobého pohledu. Extrémním dopadem je náhlé úmrtí. Například ve Velké Británii vznikla iniciativa odmítající používání manuálního omezení, při kterém je člověk znehybněn v pozici vleže na břicho (angl. face down prone position); v jeho přímém důsledku a při působení síly ze strany pečujících došlo totiž k řadě úmrtí. (85) Výsledkem je zvláštní důraz na to, aby způsob omezení zajišťoval zachování dýchání a krevního oběhu omezovaného, aby nikdy nedošlo k zakrytí úst a nosu, tlaku na krk, hrudní koš a břicho a aby se zdravotníci maximálně vyhýbali držení člověka v pozici lehu na břicho. (44, bod 26.70) Poskytovatel zdravotní služby musí zajistit, že manuální omezení provádějí zdravotníci, kteří úzce spolupracují jako tým a chápou roli každého ze zúčastněných. Jeden pracovník má být vůdčím v celém průběhu omezení.<sup>123</sup> Manuální omezení běžně nemá trvat po dobu delší než 10 minut.

Britský příklad je inspirativní v tom, že ukazuje, že občanská iniciativa může mít vliv na odborné postupy, byť se dostaví spíše tehdy, pokud dojde k úmrtím. S použitím síťových lůžek v České republice v poslední době přímo souvisela dvě úmrtí – v roce 2002 zemřelo dítě, když na ně spadla železná tyčka z lůžka, do kterého bylo v ústavu sociální péče dítě uloženo (22), a v roce 2012 se pacientka na neklidovém oddělení psychiatrické nemocnice oběsila na poškozeném výpletu lůžka (více v kapitole 10.3.4). Dlužno dodat, že zde nebyla občanská společnost dost hlasitá a tragické události neměly systémový dopad.

Nicméně argumentem v britském případě nebyla etická nepřipustnost, nýbrž nevhodnost kritizovaného opatření, protože jeho nebezpečnost byla vyšší než nezbytná. Podobně k jádru věci zcela necílí ani argument, že s použitím restrikcí se může pojit úmysl potrestat nebo zastrašit. Jde

---

<sup>122</sup> S vědomím, že otázka svobody vůle člověka, a také svobody jednání, je svébytné téma, které přesahuje rámec mé práce. Srov. například shrnutí diskuse o determinismu a jeho popření v textu Davida Černého. (86) Existenci svobody vůle zkrátka předpokládám v duchu Franklova výroku: „Lidská existence znamená být odpovědným, protože podstata člověka záleží v tom, být svobodným.“ (116, s. 89)

<sup>123</sup> Tato osoba by měla zajišťovat, že ostatní pracovníci chrání a podpírají hlavu a krk uživatele, kontrolují jeho dýchací cesty a dýchání a známky života. Také má ostatní po celou dobu zákroku podporovat. (18, body 1.4.23, 1.4.29, 1.4.32)



o nepřípustné jednání, stejně jako použití restrikce nedůstojným způsobem – například před zraky třetích osob, bez lidského kontaktu ze strany pečujících v průběhu omezení. Takové postupy nejsou pro použití omezovacích prostředků definiční.

Otázka, zda je obecně použití restrikcí přípustné, je ve skutečnosti otázkou, zda respektive kdy je přípustné nenaplnit etický požadavek poskytovat jen dobrou péči. Autoři zprávy Alzheimer Europe k tomu předkládají konflikt „bezpečnost versus blaho“. Promýšlejí, zda, a pokud ano, tak do jaké míry by lidé s demencí měli být chráněni před újmou, a tematizují přepečovávání: „U lidí, kteří jsou považováni za více zranitelné a za které je někdo zodpovědný, je často větší význam přisuzován bezpečnosti než blahu.“ (26, s. 57) Uvádí známé srovnání s lidmi, kteří se oddávají adrenalinovým nebezpečným sportům, jejichž postavení nikdo nezpochybňuje, zatímco osobě s postižením se žádné riziko nedovolí. Srovnání pokulhává v tom, že na rozdíl od člověka trpícího demencí většina populace patrně rozumí tomu, co je v sázce, může vážit pro a proti a převzít odpovědnost za důsledky, takže princip autonomie převáží. Můžeme ale najít jiné příklady diskriminace – ostatní lidé, kteří svým jednáním rovněž představují hrozbu pro zdraví a bezpečnost svou a ostatních, totiž nejsou nedobrovolně internováni, leda pokud skutečně nějakou újmu způsobí. Každopádně, Alzheimer Europe odmítá ztotožňovat blaho člověka pouze s jeho fyzickou integritou a hledá blaho celkové.<sup>124</sup>

Konflikt mezi principem dobřečinnosti a nepoškozování má řešit princip dvojího účinku. Předkládá podmínky, za nichž je v konkrétním dilematickém případě možné tolerovat nějaké riziko či zlo.

### 11.5 Aplikace principu dvojího účinku

V úvaze o morální přípustnosti (ospravedlnění) použití síly může pomoci nalézt odpověď princip dvojího účinku, který rozpracoval Tomáš Akvinský v Sumě teologické nad otázkou zabití při sebeobraně. Doktrína dvojího účinku je dodnes používaná v kontextu etiky principů k rozlišení, kdy je možno tolerovat určité riziko a ještě tím nepopřít princip nepoškozování. Mně byl v této věci průvodcem David Černý a jeho kniha *Princip dvojího účinku: zabíjení v mezích morálky*. (87)

Princip dvojího účinku stanoví, za jakých okolností není morálně nesprávné jednat způsobem, který má dobré i špatné důsledky, přičemž předpokladem je kontext etiky přihlížející k intencím (úmyslu), tedy to, že akceptujeme, že intence jsou morálně relevantním faktorem (mají váhu v rámci morálního posuzování). To je kontroverzní moment pro konsekvencialistickou tradici v etice, a proto neexistuje

---

<sup>124</sup> Důvodem je jistě i to, že i problém fyzické integrity je velmi komplexní, jak ukazuje poznatek ze španělského programu *Odvažte seniory a lidi s demencí* nad problematikou prevence pádu: „V dnešní době není možné brát omezování lidí jako platný prostředek k prevenci pádů, protože se vždy vyvine v denní použití, které má horší důsledky než možný pád. Rutinní použití fyzického omezení zvyšuje riziko pádů a především zvyšuje riziko, že zranění z pádů budou závažnější. U starších uživatelů dlouhodobé péče, kteří užívají antipsychotika, je dvakrát až třikrát větší pravděpodobnost zlomeniny kyčle než u obyvatel, kteří tyto léky neužívají.“ (26, s. 136)

všeobecná shoda na platnosti principu. To je třeba hned na úvod připustit. Odpovídá však mé morální intuici a také intuici řady pečujících, se kterými jsme se při systematických návštěvách mohla setkat.

### 11.5.1 Definice

Podle Černého, princip dvojího účinku v klasické moderní podobě říká, že je možné uskutečnit jednání s dobrými i špatnými účinky, pokud jsou splněny tyto podmínky:

- „Povaha aktu: Jednání musí být dobré či alespoň morálně indiferentní (nezávisle na svých důsledcích).
- Intence aktéra: Aktér zamýšlí pouze dobrý účinek. Špatný účinek může být předvídan, tolerován a připuštěn, nesmí však být zamýšlen.
- Rozlišení mezi prostředky a důsledky: Špatný účinek nesmí být prostředkem k dosažení účinku dobrého.
- Proporce mezi dobrým a špatným účinkem: Dobrý účinek musí převážit účinek špatný.“ (87, s. 19)

### 11.5.2 Povaha aktu

Je-li jednání alespoň morálně indiferentní akt, potom lze na jednání aplikovat jádro principu – nejprve musí být jednání *ex obiecto* správné, jinak se v testu, který princip dvojího účinku představuje, nepostupuje dál k otázce dobrého a špatného účinku, cíle a přiměřenosti prostředků. Na to, jaké jednání je nepřípustné morálně *ex obiecto*, budou samozřejmě různé názory. Podle Černého je podstatná morální norma zakazující usmrcení nevinné lidské bytosti, nepřípustné jsou také zásahy do její psychofyzické konstituce (např. zmrzačení). To koresponduje se závažnou povahou zákazu mučení a nelidského či ponižujícího zacházení v právu lidských práv.

Domnívám se, že o omezení lze mluvit jako o „alespoň morálně indiferentním aktu“, pokud je součástí péče. Uvědomuji si, že je to velmi zjednodušené vyjádření: spíše bych měla uvést součásti *dobré péče*, neboť na povaze péče záleží i kvalita jejích součástí a na okolnostech záleží mnoho. Zcela jiná je situace v péči profesionální a laické, vyžádané či dobrovolné a vnučené, kvalitní a pofidérní. Dokonce si lze představit péči, či spíše zacházení, protiprávní až představující trestný čin. Nicméně to není předmětem mého zájmu, a proto si dovoluji učinit obecný předpoklad, že kontext péče je také alespoň morálně indiferentní.

Je nějaký případ použití omezovacího prostředku špatný *ex obiecto*? Asi půjde o situace, kdy se jednání pečujících zcela míjí s podstatou poskytování péče. Například když by šlo o bití, použití studené vody, roubíku. Také myslím, že by šlo o zásahy, kdy je potřebnému odepřena péče a je například předán policii k použití donucovacích prostředků a umístění do policejní cely. Nebo půjde o použití zcela nepřípustného postupu – Výbor CPT mluví nejen o řetězech, ale také o síťovém lůžku a dovozují také tlumící léky v dávce s dlouhodobým účinkem.

### 11.5.3 Intence aktéra

Připomínám: aktér musí zamýšlet pouze dobrý účinek; špatný účinek může být předvídan, tolerován a připuštěn, nesmí však být zamýšlen. Druhá podmínka principu dvojího účinku se tak zaměřuje na morální psychologii.

#### Pojem intence

Teorie rozlišuje cíl jednání a cíl jednajícího. Tomu odpovídá také rozlišení psychologické, totiž dělení na intenci objektu jednání (proximální intenci) a intenci jednajícího (remotní intenci). Proximální intence je naplněna samotným jednáním, remotní intence vyjadřuje konečný cíl, který se jednáním mohl naplnit, ale nemusel. Mezi proximální a remotní intencí se zorientujeme při správném použití slova „aby“, které ukazuje na skutečný cíl jednajícího člověka: Tým pečujících použije izolační místnost, aby pacientovi zabránil v napadení někoho jiného nebo ve zranění sebe sama. Cílem jednání je izolovat člověka v bezpečném prostoru. Cílem jednajících je minimalizace nebezpečí, které je působeno chováním pacienta. Můžeme si ale představit také situaci, kdy tým použije izolační místnost, aby pacienta potrestal, že kouřil na záchodě. Z morálního hlediska bude situace jiná, protože se remotní intence změnila.

#### Nezamýšlený důsledek jednání

Testem principu dvojího účinku projde jen jednající, který zamýšlí pouze dobrý účinek. Teorie se musela vypořádat také s postojem jednajícího k negativnímu důsledku jednání. Černý podrobně vysvětluje podstatu tzv. nezamýšleného důsledku jednání, a to rozbořením myšlenek Tomáše Akvinského (jako autora tradičního) ze spisu *De Malo*. Svatý Tomáš rozlišuje důsledky, k nimž dochází pouze zřídka, a důsledky, k nimž dochází vždy či často. „Důsledky, k nimž dochází pouze zřídka, nejsou zamýšlené žádným způsobem. (...) Je-li však s jednáním spojen nějaký nezamýšlený důsledek, který nastává vždy či často, potom – ač není objektem intence – pod tuto intenci spadá.“ (87, s. 61) Taková konsekvence jednání spadá do prospektivní rozvahy rozumu, jednající si ji uvědomuje. Není objektem žádné z intencí, třebaže není od intence odlučitelná.

U sebeobrany je tak smrt útočníka mimo úmysl, *praeter intentionem*, třebaže je důsledkem, který má k jednání silný vztah. Podobně lze vyloučit negativní účinky použití omezovacích prostředků z úmyslu pečujících, ačkoli mohou být a jsou součástí jejich předvídání a mají povahu důsledku. Například bolest při aplikaci tlumící injekce nebo zranění při zápasu při kurtování je nezamýšlený důsledek, přičemž podání injekce nebo omezení kurty je intence. Když to půjde, pečující bude postupovat bezbolestně. Pokud by bolest sehrávala roli dílčího cíle, spadala by do intence, což by se v praxi projevilo tím, že jednající by nebyl motivován postupovat co nejšetrněji.

Naopak, stěží vyloučíme z úmyslu negativní účinky, kterým bylo možné se vyhnout. Jako příklad lze uvést omezení v poloze vleže obličejem dolů bez snahy co nejdříve je ukončit, vyhnutelné vystavení

člověka v omezení zrakům dalších osob, opuštění člověka v omezení, neprovádění kontrol prokrvení končetin v případě fixace. V takové situaci nelze mluvit o nezamýšleném důsledku.

### **Problém blízkosti**

Při akceptaci principu dvojího účinku je nezbytné se vypořádat s tzv. problémem blízkosti. Objevuje se v situaci, kdy při posuzování jednoho jednání soupeří dvě naprosto rozdílné intence, přičemž nesoulad jako by plynul z otázky, zda jde situaci rozdělit na dvě různé události.<sup>125</sup> Problém blízkosti má do určité míry odraz i v debatě o omezovacích prostředcích a některé nesrovnalosti jím lze vysvětlit. Například znehybnění člověka pomocí kurtů bývá označováno také jako „omezení v lůžku“. Hovoří se například o „omezení v pohybu v lůžku“ na 24 hodin, nikoli o „způsobení nesnesitelného umrtvení těla“. Je však přípustný argument, že je zde rozdíl a že jednájící nemá intenci působit utrpení, jen dlouhodobě člověka pacifikovat? David Černý na závěr výkladu uvádí svůj pohled: „Osobně se mi zdá, že problém blízkosti je ve skutečnosti pseudoproblémem, který se zakládá na příliš subjektivistickém chápání intencí. Jakmile intence interpretujeme jako řídicí prvek lidského jednání, musíme k jejich korektní deskripci vycházet nejenom ze subjektivity aktérů (...), ale také z objektivního stavu věcí ve vztahu k řádu rozumu.“ (87, s. 209)

### **Morální váha intence**

Už jsem předeslala, že úvahám o intenci předchází otázka, zda jsou intence z morálního hlediska důležité, a pokud ano, v jakém smyslu. Sama jsem si ji intuitivně kladla, když jsem přemýšlela, zda je úmysl a účel nějak významný při používání nástrojů, které nepochybně mají omezovací účinek, a třeba přitom nespádají mezi tradiční omezovací prostředky (kapitola 4.3.2). Například fixování osob s demencí k lůžku nebo křeslu pomocí prostěradla nebo pásku z oblečení. Zvláště u těchto úkonů pečující, se kterými jsem mluvila, zdůrazňovali, že cílem je ochrana pacienta, nikoli omezení.

Tradiční přístup říká, že intence je relevantní při rozhodování, zda je jednání správné. Jiný je názor, podle kterého je intence relevantní jen pro posouzení charakteru jednájících, ale pro hodnocení jednání nehraje roli. Význam intencí vylučuje většinou konsekvenencialismus. Černý pro podporu svého závěru předkládá myšlenkový scénář<sup>126</sup> zubaře a sadistického zubaře. Stojí za ocitování, protože

---

<sup>125</sup> Černý, stejně jako řada autorů, které rozebírám, vychází z drastického příkladu kraniotomie při komplikovaném porodu. V jedné interpretaci provází úkon lékaře intence usmrtit plod a ve druhé pouze rozdrtit hlavičku nenarozeného plodu, přičemž jeho smrt pak nastává, ale nikoli jako součást plánu lékaře. Jedním z argumentů proti dělení takového úkonu je, že obě události jsou příliš blízko, než abychom je mohli rozdělovat. (87)

<sup>126</sup> Myšlenkový experiment je vymyšlená situace, která pomáhá testovat naše morální intuice a morální principy a řešení morálně dilematických případů.

krom obecné názornosti vysvětlení rozdílu mezi jednáním jen vědomým a jednáním úmyslným může být skrze téma působení bolesti přenositelný i do kontextu použití síly.

„Zubař: Zubař musí vyvrtat zkažený zub svého pacienta. Dobře si uvědomuje, že mu způsobí bolest, tento negativní efekt svého zákroku však nezamýšlí: hodlá vyvrtat zub (*finis operis*), aby měl jeho pacient zdravý chrup (*finis operantis*).

Sadistický zubař: Zubař musí vyvrtat zkažený zub svého pacienta. Dobře si uvědomuje, že mu způsobí bolest, a dělá mu to velkou radost. Způsobená bolest se stává jedním z cílů jeho jednání: nechce pouze spravit pacientovi chrup, ale také způsobit mu bolest.

Oba zubaři působí svému pacientovi bolest: v prvním případě lze způsobení bolesti charakterizovat jako vědomé (vědomé způsobení bolesti), zatímco v druhém případě je nejen vědomé, ale také úmyslné.“ (87, s. 136)

Rozdílná kauzální struktura je morálně relevantní, nejde jen o hru se slovy. Sadistický zubař se nebude snažit zmírnit průvodní bolest, i kdyby k tomu měl nástroje. Černý uzavírá, že „[i]ntence nevyjadřují pouze to, co zamýšlíme, ale také míru našeho zapojení jako racionálních lidských bytostí (...) do produkce příslušného účinku.“ Od intuitivních argumentů se vrací k etice: „Je však podstatné, že špatné důsledky nejsou objektem intencí: právě to z nás v nelehkých životních situacích a volbách činí dobré a ctnostné osoby.“ (87, s. 219) Jsem tím přesvědčena, že úmysl a zamýšlený účel jsou významné pro hodnocení správnosti jednání.

### 11.5.4 Intence u použití omezovacích prostředků

Již v průběhu shrnutí výkladu o intencích jsem připojovala asociace na téma použití omezovacího prostředku. Z morálního hlediska je rozdíl, když se izolační místnost použije, aby se pacientovi zabránilo v napadení někoho jiného nebo zranění sebe sama, nebo aby pečující pacienta potrestal. Je rozdíl, když je při použití omezovacího prostředku způsobena bolest jako nezamýšlený důsledek, nebo když jde o dílčí cíl jednajícího.

V testu principu dvojího účinku se situace analyzují na úrovni prvků: jednání – důsledek – proximální intence (objekt jednání) – remotní intence (objekt jednajícího). Má-li jednání projít testem, musí být proximální intence morálně alespoň indiferentní, remotní musí být dobrá. Použití síťového lůžka omezí volnost pohybu člověka, což sleduje intenci zabezpečit člověka před pádem, přičemž jednající může zamýšlet jak ochranu pacienta před bezprostředním nebezpečím plynoucím z delirantního stavu, tak usnadnění si práce. Aplikace injekce s tisícím lékem způsobí útlum člověka, což sleduje intenci ovládnout jeho jednání, přičemž pečující může zamýšlet jak ochranu okolí před agresivním chováním, tak klid od naléhavého pacienta.

Zajímavé je, jak intenci vymezují české předpisy. Jak zákon o zdravotních službách, tak i zákon o sociálních službách obsahují pozitivní formulaci:

- Zdravotní služby: „Omezovací prostředky lze použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob“ [§ 39 odst. 2 písm. a)].
- Sociální služby: „Při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek...“ (§ 89 odst. 1).

Jedná se v textu zákona o intenci proximátní nebo remotní? Domnívám se, že remotní, neboť jednotlivé akty v praxi pochopitelně sledují jiné, dílčí cíle (proximátní intence) – jako je například oddělení člověka od ostatních lidí nebo od zdroje nebezpečí, jeho zklidnění, poskytnutí času pro odeznění záchvatu nebo nástup účinku léků. To vše se činí, **aby** se odvrátilo nebo odstranilo bezprostřední ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti. Je tímto vymezena intence jednajícího úplně? Pozitivní odpovědi nasvědčuje poučení plynoucí z principu dvojího účinku, totiž že právě různost intence jednajícího činí rozdílným také hodnocení celého jednání. Pokud zas uplatníme právní pohled, z podstaty právního principu nezbytnosti vyplývá, že pokud bychom připustili benevolenci u intence jednajícího, zároveň bychom zpochybnili i sám princip, neboť ten definuje vztah jednání k intenci, kterou je u použití omezovacího prostředku právě a jen zabránění vážného ohrožení.

Prostor pro různou intenci zůstává, co se týká preventivních opatření a opatření ke snižování potřeby používat omezovací prostředky. Nelze nic namítat, pokud se jimi sleduje například bezpečnost na oddělení nebo snižování úrazovosti u pečujících, spíše než exkluzivně pomoc pacientovi. Usuzuji tak z toho, že tyto činnosti ve skutečnosti mají jiné intence, než je tomu v případě použití omezovacích prostředků, anebo představují dílčí kroky k naplnění jiného remotního cíle. Jedním z konečných cílů, o kterém jsem pojednávala v kapitole 10, je snížení potřeby uchýlovat se k použití omezení. Černý připomíná, že „remotní intence strukturuje celkový plán, v němž další intence a jejich naplnění v jednání hrají roli prostředků“ (87, s. 193). Také proto je tak důležitá. Pokud jednající nemají jasno ohledně konečného cíle, snadno mohou soustředit své síly na nevhodné kroky (například pořizování dalších a dalších izolačních místností, namísto posílení personálu a rozvíjení metod, které snižují potřebu užití síly).

### 11.5.5 Rozlišení mezi prostředky a důsledky

Připomínám: špatný účinek nesmí být prostředkem k dosažení účinku dobrého. Také na tomto prvku z definice principu dvojího účinku lze rozvinout úvahu. Její podstatou je odlišení, co je prostředkem, respektive kdy negativní skutečnost prostředkem není. Prostředkem sebeobrany je boj, nikoli smrt. Důsledkem boje může být smrt agresora, ta však není sama o sobě nutným prostředkem. Pečující

tým použije kurty a pacienta zpacifikuje. Cílem jednajících je zklidnění, zvládnutí člověka, který se chová nebezpečně. Prostředkem jsou kurty, které jsou zamýšlené včetně nepříjemného i ohrožujícího účinku na omezovaného, který se s nimi pojí. Negativní důsledek typu poškození nervů nebo kůže je nevynucený negativní důsledek, který nemusí nastat vždy – leda při mimořádně nepříznivém průběhu interakce nebo neodborném provedení. Tyto defekty totiž nejsou nutným prostředkem k cíli.

### 11.5.6 Proporce mezi dobrým a špatným účinkem

Poslední prvek definice principu dvojího účinku praví, že dobrý účinek musí převážit účinek špatný. Jinými slovy, lidský akt vedený dobrou intencí se může stát morálně nepřípustným, není-li úměrný cíli. Jde o úměru mezi aktem a jeho cílem; nikoli o množství případného fyzického zla. To, zda je v praxi něco úměrné nebo nikoli, je úvaha závislá na velmi dobré znalosti problému, konkrétně závažnosti důsledků. U omezovacích prostředků ji je bezesbytku schopen učinit odborník v oblasti péče. Černý uvádí obecná pravidla, která pomáhají úvahu strukturovat. Některá z nich parafrázuji (87):

- Čím závažnější je špatný účinek jednání, tím musí být závažnější důvod pro uskutečnění jednání.
- Pokud by fyzické zlo nastalo i bez jednání, jsou důvody nutné k provedení jednání slabší. A naopak, pokud jednání vede ke špatnému účinku, který by jinak nenastal, musí být důvody k jednání silnější, než kdyby byl špatný věcný stav na jednání nezávislý.
- Pokud je špatný účinek pouze pravděpodobný, potom důvody k jednání mohou být slabší.
- Pokud lze dosáhnout cíle jednání alternativní cestou, která nevede ke špatnému důsledku či vede k méně vážným špatným důsledkům, je jednající povinen zvolit toto alternativní jednání.

Odras zásady proporcionality nalézáme v zásadě subsidiarity a přiměřenosti použití omezovacího prostředku, jejíž naplnění je předpokladem přípustnosti v očích Evropského soudu pro lidská práva i Alzheimer Europe.

## 11.6 Alzheimer Europe: principialismus plus důstojnost člověka

Zpráva *Etické problémy spojené s omezením svobody lidí s demencí* (26) přináší podrobný rozbor etických aspektů dvou typů omezení, mechanického a chemického, v němž principialismus obohacuje o explicitní zohlednění hodnoty důstojnosti člověka. Ústředními pojmy jsou zde respekt k důstojnosti člověka, jeho osobitost, dále spravedlnost a férovost, beneficence (činění dobrého), autonomie, bezpečnost versus blaho.

Podle autorů zprávy, pečovat o osoby s demencí s důstojností je jeden z nejvýznamnějších etických principů v tomto kontextu. Důstojnost spojují s principem beneficence. „Pokud není s lidmi, kteří byli nedobrovolně omezeni na svobodě, zacházeno lidsky a s důstojností, s maximálním zachováním jejich práva na sebeurčení, nelze říci, že dané opatření naplňuje princip beneficence a podporuje jejich prospívání.“ (26, s. 41)

Důstojnost je pojímána jednak jako kvalita inherentní každému člověku, nezczitelná, a jednak jako důstojnost plynoucí z identity člověka.<sup>127</sup> Neetické pak je ignorování jedinečnosti člověka i v jeho prožívání nějakého omezení. „Co jeden člověk může považovat za lehké omezení svobody nebo jako málo významnou věc, může být pro jiného zničující, podle toho, jaké významy člověk přisuzuje danému opatření a jak významné pro něj je být omezen v tomto směru. To může být založeno na historii člověka, zkušenostech, hodnotách a očekáváních, stejně jako na významu, jaký přikládá důsledku omezení. Například někdo nemusí nic namítat proti zastlání do postele tak těsně, že se nemůže pohnout. Může to chápat jako akt péče, v noci se příliš nehýbe nebo tomu ani nevěnuje pozornost. Někdo jiný to může pocítovat jako krajní formu omezení, které dokonce zasahuje do jeho spánku, může to spojovat se zavinováním dítěte a považovat to za ponižující, podlé nebo jako zneužití moci.“ (26, s. 53) Nezohlednění reakcí každého člověka na dané opatření dosahuje zacházení s člověkem jako s objektem a ne jako s jedinečnou bytostí.

Respekt k individualitě člověka se u Alzheimer Europe projevuje i odmítnutím farmakologického řešení společensky nepřijatelného chování pod záminkou, že osoba jedná způsobem, který není souladný s její povahou. „Nelze presumovat, že vše, co osoba s demencí dělá, je způsobeno změnami v mozku.“ (26, s. 64) Jednak demence představuje zcela novou zkušenost a jednak má osoba právo citově a psychologicky reagovat na své symptomy a vyjádřit to. Některé chování, které ostatní těžko přijímají, je výsledkem frustrace, nudy a strachu a sebevyjádřením člověka s demencí. Spíše by se takové chování mělo interpretovat – co se jím sděluje. Zpráva dokonce uvádí, že „v případě psychotických symptomů (pocity pronásledování, delirium a halucinace) není použití léků nutně ta nejlepší možnost“ (26, s. 65). Připouští ale, že u závažných poruch chování, které okolí třeba i uráží, vzniká dilema. Tato perspektiva je pro mě nová – v české literatuře jsem se s ní dosud nesetkala – a přiznávám, že některé závěry se mi jeví až jako nemilosrdné. Domnívám se, že pokud existuje rozumná pochybnost, jak nějaké chování interpretovat (a to i při zohlednění informací o charakteru člověka a jeho životního příběhu), a pokud ve smyslu obecné normy platné ve společnosti, jíž je člověk součástí, jde o kompromitující a dehonestující chování, nemělo by při diagnostikované demenci být vykládáno jako projev jedinečnosti člověka. Považovat takové projevy za překážku

---

<sup>127</sup> Je druhem důstojnosti, „kterou se sebou lidé spojují jako s celistvým a autonomním člověkem, který má svou vlastní minulost, budoucnost a vztahy s dalšími lidmi. Jak osoba vnímá svou hodnotu a cenu, se odráží zpět v kontextu interakce. Důstojnost tedy může být chápána jako vlastnost, která může být subjektivně pocítována, ale také jako něco, co může být popřeno, přehlíženo, sráženo a porušeno. Je často spojena se sebeobrazem člověka, který se vyvíjel a byl pěstován v průběhu mnoha let, ale může být poškozen činy druhých lidí. Tento druh důstojnosti může být zničen druhými lidmi, dokonce neúmyslně, když opravdu neporozumí každému člověku, tedy kým nebo jakým druhem člověka doopravdy je. Důstojnost identity poskytuje možné vysvětlení pro ponížení utrpěné jako důsledek viditelného nebo veřejného omezení. Takové ponížení může také vycházet z kulturního očekávání spojeného s dospělostí a s asociacemi spojenými s nástroji používanými k omezení dětí.“ (26, s. 53)



pro farmakoterapii ve jménu zachování důstojnosti nemocného je pak liché a po mém soudu je nemilosrdné kvůli tomu neposkytnout úlevu nebo nezabránit zostuzení člověka.

Ve jménu autonomie Alzheimer Europe odmítá použití psychotropních léků, aniž by člověk s demencí poskytl informovaný souhlas – tedy při skrývání medikace, nuceném podání nebo podávání bez ptaní. Takový postup jej zbavuje práva rozhodnout, zda bude léčen. Zřetelně se zde mísí pojmy léčby (bez souhlasu) a zajištění bezpečí, které jediné je odůvodněním podání léků jako omezení. Na druhou stranu, velmi detailní pohled umožňuje demaskovat použití léků, které sleduje zájem pacienta nedokonale, bez náležitého promyšlení všech aspektů.

Nakonec autoři v určité míře použití léků připouštějí, když nabízejí řešení ve specifickém testu: „Musí se vážit, zda rizika spojená s použitím psychotropních léků jsou převážena možným prospěchem z účasti na rozhodování (pozn. která se umožní odstraněním úzkosti a deliria), zda taková odpověď není nepřiměřená a zda by jiné přístupy nemohly být vhodnější.“ (26, s. 64) S přihlédnutím k principu beneficence a nezbytnosti se za klíčový moment považuje, zda je použití léků nezbytné a v nejlepším zájmu člověka s demencí. Pokud ano, bude etické je předepsat a podat, a pokud ne, může to být považováno za omezovací prostředek.

Alzheimer Europe explicitně v kontextu etické diskuse vyjadřuje to, co nacházíme také v teorii lidských práv, konkrétně v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně a judikatuře Ústavního soudu. Tedy důstojnost člověka jako interpretační princip u všech lidských práv.

### 11.7 Shrnutí

Protože omezovací prostředky mají negativní účinky, etická úvaha se vede o tom, zda je jejich použití vůbec někdy přípustné, respektive za jakých okolností není nesprávné. Poměřila jsem použití omezení čtyřmi klasickými bioetickými principy.

Domnívám se, že jádrem etického přístupu v konkrétním případě i k omezení jako takovému je naplnění požadavků plynoucích z principu nezbytnosti a subsidiarity. Obecně je možné omezení jako opatření ultima ratio přijmout jako souladné s principem beneficence, ale nedůslednost nebo nedbalost v konkrétním zařízení nebo v konkrétním sociálním nebo zdravotním systému může vést k závěru o neetičnosti používání omezení, a to především s ohledem na **princip spravedlnosti**.

Etický princip spravedlnosti se také uplatňuje při rozhodování o alokaci prostředků, když péči nehradí přímo její příjemce, nýbrž veřejný nebo jiný fond. Podstatou správného řešení je, že výsledek sice může být pro někoho bolestný, ale nebude pocíťovaný jako nespravedlivý.

Bioetika spravedlnost pojímá jako rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality. Teorie lidských práv, konkrétně sociálních práv, chápe spravedlnost také jako materiální rovnost, tedy jako povinnost se stejnými případy zacházet stejně a s rozdílnými rozdílně. Popřením principu materiální rovnosti

a důstojnosti jednotlivce je diskriminace (včetně neprovedení přiměřených úprav kvůli ignorování odlišnosti situace, kterou zakládá reálná skupinová charakteristika, v tomto případě zdravotního postižení) a nezajištění sociálního zabezpečení, které zakládají rozpor s právem jednotlivce na život ve svobodě a důstojnosti.

- Diskriminační, a tedy nespravedlivé je, když je jedna skupina lidí omezena spíše, než jiná. Domnívám se, že to často platí v sociálních službách o osobách s duševní poruchou s problémovým chováním, protože pro ně nejsou služby přizpůsobené, a v psychiatrických nemocnicích o osobách s mentálním postižením, protože není posilován personál pro zajištění potřebného dohledu a bezpečí.
- Diskriminační také je, když se osobám se zdravotním postižením dostává péče v takových podmínkách a takovým způsobem, že jsou při tom ponižovány. Domnívám se, že to platí pro mnoho příjemců psychiatrické a dlouhodobé péče, neboť na řadě pracovišť i na úrovni oboru není řádně uplatňován princip nezbytnosti při používání omezovacích prostředků.
- Alzheimer Europe konstatuje porušení principu spravedlnosti ve vztahu k lidem trpícím demencí (mluví o strukturální diskriminaci), MDAC ve vztahu k osobám s duševní poruchou obecně. Také Zvláštní zpravodaj OSN pro otázky mučení omezovací prostředky odmítá, protože jde o projev diskriminace; prostor ale zůstává pro případy zvládnutí akutních nebezpečných stavů, které lze stěží zahrnout pod použitý pojem „psychosociální postižení“.

Výklad o **etickém principu autonomie** jsem pojala jako konfrontaci postoje Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením s autory lékařské a zdravotnické etiky. Výbor pro práva osob se zdravotním postižením se k restrikcím vyjadřuje společně s léčbou bez souhlasu. Napadá koncept právní nezpůsobilosti a s tím i možnost použít omezení. Bez souhlasu dotčeného člověka není možné učinit nic, s veškerým omezováním se musí skončit. Postoj výboru jsem shledala jako nedostatečně odůvodněný, neboť v jeho textech nenacházím komplexní výklad, pouze rozpracování některých aspektů, po němž následují obecné, radikální teze. Nenalezla jsem explicitní vyjádření ke krizovým zdravotním intervencím a zásahům k ochraně druhých a jejich právu být ochráněni. Slovník, který výbor používá, je velmi silný, neboť vychází z předpokladu propojenosti špatného zacházení se zásahy do autonomie člověka.

Postoj Výboru pro práva osob se zdravotním postižením je v rozporu s evropskými lidskoprávními autoritami, ale odchyluje se i od tradičního pojetí lékařské a zdravotnické etiky. Autonomii člověka pojímá paušálně, bez zohlednění jejích složek, jako je rozum a schopnost myslet, rozhodovat se a jednat na podkladu svých myšlenek. Naproti tomu, tradiční pojetí autonomie předpokládá intelektuální výkon – porozumění, rozhodování, určování plánu – a také svobodu a volnost k výběru z možností. Na tomto základě je také považováno za možné autonomii konkrétního člověka zpochybnit, například v důsledku nemoci.

Nicméně samotný pojem autonomie čelí kritice. Jeho obsah je totiž nejasný a liší se u jednotlivých filosofů. Pacient navíc není doopravdy autonomní, když mu v jeho rozhodování jde pouze o zmírnění utrpení. Podle současných českých autorů je respekt k autonomii pacienta samozřejmým předpokladem etického přístupu a její pošlapávání by porušovalo důstojnost osoby a lidskost, ale více zdůrazněnou hodnotou je integrita člověka.

**Konflikt mezi principem dobřečinění a nepoškozování** má řešit princip dvojího účinku. Princip je platný za předpokladu, že intence jednajícího je připuštěna jako významná při morálním posuzování jednání. S pomocí principu dvojího účinku jsem učinila tyto závěry:

- Je neetické použít ty omezovací postupy, které ex obiecto považujeme za špatné. Existuje obecná shoda na tom, že jsou to například řetězy, bití nebo tlumící léky v dávce s dlouhodobým účinkem. Jen částečná shoda existuje o nepřipustnosti klecových a síťových lůžek. Také myslím, že by šlo o zásahy, kdy je potřebnému odeprána péče a je například předán policii k použití donucovacích prostředků a umístění do policejní cely. Upozorňuji, že jsem učinila předpoklad a zjednodušení, že o omezení můžeme mluvit jako o *alespoň morálně indiferentním aktu*, pokud je součástí péče.
- Úmysl a zamýšlený účel jsou významné pro otázku správnosti jednání; různá remotní intence činí rozdíl v hodnocení dvou jednání se stejným účinkem. Je tedy správné, že pečující při použití ve své podstatě neutrálních ošetřovatelských nástrojů/postupů zdůrazňují motiv ochrany člověka. V testu principu dvojího účinku jde však pouze o jednu z podmínek.
- Koncept nezamýšleného důsledku sice umožňuje vyloučit nepříznivé důsledky z úmyslu jednajícího, ale pokud doprovázejí dané jednání vždy či často, spadají do prospektivní rozvahy rozumu zvažujícího možné jednání; tedy jsou součástí předvídání a mají povahu důsledku, který nelze ignorovat.
- Negativní účinky, kterým bylo možné se vyhnout, nelze z úmyslu vyloučit. U újmy způsobené nedbalostí při postupu omezení vzniká morální odpovědnost, byť by samotné omezení bylo přípustné.
- Je vhodné stanovit *systematické úsilí o snižování potřeby uchýlovat se k omezení* jako oficiální cíl při poskytování péče, protože remotní intence strukturuje celkový plán, v němž další intence a jejich naplnění v jednání hrají roli prostředků. Úsilí terapeutických týmů i vedení služeb by pak bylo efektivnější. Pokud jednající nemají jasno ohledně konečného cíle, snadno mohou soustředit své síly na nevhodné kroky (například pořizování dalších a dalších izolačních místností, namísto posílení personálu a rozvíjení metod, které snižují potřebu užití síly).
- Omezení je neetické, jsou-li negativní důsledky neúměrné nebezpečí, jež má odvrátit. Z principu přiměřenosti plyne, že pokud lze dosáhnout cíle jednání alternativní cestou, která nevede ke špatnému důsledku či vede k méně vážným špatným důsledkům, je jednající povinen alternativu využít.

Docházím tedy k závěru o etické správnosti omezení volného pohybu v některých situacích – lze říci, že potvrzení dochází principy nezbytnosti, subsidiarity a přiměřenosti. A naopak, existují argumenty pro etickou nepřípustnost použití, pokud tomu situace neodpovídá.

Když dám závěr o významu *předpokladů pro užití omezení jako prostředku ultima ratio* pro přípustnost omezení do souvislosti s realitou malé rozšířenosti alternativ a postupů ke snížení potřeby používat omezení, pak **absence potřebné aktivity na straně některých poskytovatelů a organizátorů péče je neetickým přístupem.**

## Individuální mravní hledisko

---

V této poslední části své práce se budu podrobněji zabývat problémy, které jsem po analýze čtyř přístupů k omezení volnosti pohybu shrnula do okruhů *pohled pečujícího personálu a různí aktéři, různá odpovědnost*. Přitom postřehy čtyř autorit doplním také o své zkušenosti, jak z jednání s odborníky z přímé péče, tak i vedoucími pracovníky a organizátory zdravotních a sociálních služeb.

Jan Sokol si v úvodu knihy *Etika, život, instituce* vytyčil za cíl „[p]osílit vědomí, že mravnost není jen osobní kvalita jednotlivého člověka, nýbrž že se především děje v lidských vztazích“ (82, s. 13), včetně vztahů specifických tím, že se odbývají v institucích. Výslovně mluví o „těžko obhajitelném přesvědčení, že instituce a jejich pravidla v moderních společnostech mravnost nahrazují a činí zbytečnou“ (82, s. 201). To je pohled, který je v oblasti poskytování péče, ať už sociální či zdravotní, naprosto vystihující. Pokud mám učinit několik méně abstraktních poznámek, už k individuálnímu morálnímu hodnocení, není zbylí, než pustit se do rozplétání vztahů horizontálních a vertikálních, a především mezi aktéry jednajícími v roli.

Jan Sokol rozlišuje tři, respektive čtyři různé roviny toho, čím se při jednání dáváme vést: společný mrav, individuální morálku a etiku. Společenský mrav jako naučené stereotypy, jejichž dodržování odměňuje souhlas většiny a jež jednání v určité společnosti sice omezují, ale také zjednodušují.<sup>128</sup> Individuální morálka odpovědného jednotlivce, jenž své jednání poměřuje na vahách svědomí. Etika jako hledání nikoli jen dovoleného, ale lepšího, případně nejlepšího. Přičemž tou čtvrtou rovinou je právo jako systém rozlišující jednání přípustné a nepřípustné skrze vnější, formalizovaný a veřejně platný soud.<sup>129</sup> (82) Této terminologie se v této části přidržím.

Ač je poskytování péče stále spoutanější předpisy, zůstává prostor pro umění i pro mravní hledisko. „Potřeba mravního rozhodování vyvstává tehdy, když je praktická situace nejednoznačná a kdy pro zamýšlený postup i proti němu, ať již preventivnímu, diagnostickému či terapeutickému, lze nalézt řadu závažných argumentů. Podstatné je, že rozřešení nelze opřít o faktografii vědecké

---

<sup>128</sup> Originální cestu ke společenskému mravu nalezneme u polského psychiatra Antoni Kepinského: „Vývoj signalizační soustavy u člověka, zejména té nejvyšší formy signálu, již je slovo, mu umožňuje v nesrovnatelně větší míře než zvířatům využívat hotových struktur činnosti. Místo aby je vypracoval od začátku, učí se jim od společnosti okolního světa. Kázeň je nezbytnou podmínkou pro asimilaci těchto hotových forem. Jejich převzetí je odměňováno, kdežto odmítání je trestáno. Vytváří se vnitřní soustava kontrolující chování jednotlivce, a ten ji pocítuje jako ‚společenské zrcadlo‘ (‚co si o mně pomyslí!‘).“ (62, s. 34)

<sup>129</sup> Pro terminologickou úplnost doplním, že v kontextu poskytování péče pojednává Helena Haškovcová i o „etiketě“ v lékařství, což jsou ritualizované formy chování mezi lékařem a pacientem a mezi lékaři vzájemně. (74, s. 14)

medicíny, neboť ona právě ve vztahu k řešenému chybí, nebo je sporná. Zbývá tedy rozvaha zpravidla mravní povahy, která se v daném případě opírá nejen o deontologické vymezení kompetencí, ale také o osobní a klinickou zkušenost konkrétního řešitele či řešitelů.“ (74, s. 19)

To je vyjádření platné i pro jiné odbornosti, než je medicína – ošetrovatelství, etopedii, psychologii, gerontologii. S ohledem na zkoumanou problematiku dodávám také dilemata plynoucí z napětí mezi ideálním a reálným stavem, tedy z praktické nemožnosti postupovat ideálním způsobem.

Nejsem v pozici, abych moralizovala. Ambicí mé úvahy je dát do správných souvislostí a snad i pochopit všechny fenomény, se kterými jsem se v praxi setkávala: osobní stanoviska lidí, role v instituci a v pozici vedoucího zvláště, vliv současného stavu zdravotnického a sociálního systému, mlčení obestírající používání omezujících postupů. Vše se mi jeví jako velmi provázané.

Nejprve jako rámec tematizuji mlčení o omezování volného pohybu v České republice a jeho důsledky. Jde o mou vlastní úvahu, nebo spíše snahu objektivizovat pocit, který v sobě už několik let nosím. Snažím se hledat také příčiny mlčení, aby bylo možné pracovat na změně.

Dále na oblast sociálních a zdravotních služeb aplikuji pohled Jana Sokola na instituce. Teprve s perspektivou *instituce* v rovině abstraktní a *organizace* v případě konkrétního zařízení vzniká barevný obraz reality poskytování péče, do kterého lze zasadit jak jednání podle mravních norem, tak i vědecké pojetí kvality péče.<sup>130</sup> Působení v instituci mění autonomii jednotlivce na heteronomii plynoucí z daností jednání v roli. Také s sebou přináší silný vliv vnitřní kultury, která může dále působit na svobodu člověka.

Nakonec se můj pohled z obecných souvislostí zaostří na jednotlivce a jeho perspektivu. Lze vůbec od lidí pracujících v organizacích očekávat či požadovat, že budou těmto tlakům vzdorovat? Tam, kde zůstává zachována svoboda jednotlivce, otevírá se prostor pro drama individuálního rozhodování a jednání.

Problém individuální odpovědnosti dobře dokresluje poznatky z oblasti sociologie a psychologie, proto používám také výklad o vlivu situačních a systémových sil, stigmatu a dehumanizace. Ačkoli nechci míchat do sebe psychologii a etiku, bez snahy o plasticitu se u poznámek o dilematech

---

<sup>130</sup> Zalíbil se mi popis univerzity jako podniku, který poskytl Max Weber ve své slavné přednášce Věda jako povolání. Paralelou se snadno od postavení vědeckého pracovníka dostaneme k postavení lékaře například v psychiatrické nemocnici: „Velké ústavy lékařského a přírodovědeckého zaměření jsou ‚státněkapitalistickými‘ podniky. Nelze je spravovat bez podnikových prostředků největšího rozsahu.“ „Dělník, tedy asistent, je odkázán na pracovní prostředky, jež dává k dispozici stát; v důsledku toho je tudíž stejně závislý na řediteli ústavu jako zaměstnanec v továrně, neboť ředitel ústavu si v dobré víře představuje, že tento ústav je jeho ústavem, a také si v něm tak počíná.“ (88, s. 111)

neobjedu, neboť je důležité, jak se situace jeví jednajícímu a rozhodujícímu se subjektu, s ohledem na jeho cíle a očekávání.

## 12. Mlčení o omezování a jeho důsledky

### 12.1 Východisko

Začíná to už slovníkem, jak si všimlo Mental Disability Advocacy Center: „ochranný kabátek“, „ochranné lůžko“, „terapeutické lůžko“ jako označení pro poutací kazajku a síťové lůžko (proti čemuž zas MDAC staví označení „klece“). „Omezení v lůžku“ jako označení pro znehybnění kurty, „terapeutická izolace“ pro izolaci či odluku. „Tak, jak člověk mluví, obvykle i prožívá.“ (89, s. 85) Možná se eufemismy uplatňují proto, aby nebylo pečujícím tolik zatěžko tyto nástroje používat. Zlepšit nepříjemnou realitu použitím dobrých slov. Každopádně změna označování nějaké skutečnosti může být účinnou cestou jak nevpustit problém k etické reflexi – zastírá se totiž jeho pravá povaha a vytváří se jiná realita. (20)

Téměř každý, s kým jsem kdy mluvila o tom, že měl svého blízkého na oddělení chirurgie v nemocnici, v léčebně dlouhodobě nemocných nebo v pobytovém zařízení sociálních služeb, se o omezování zmínil: dědeček byl několik dní ve stavu zmatenosti po narkóze; manžel si vytrhával ve zmatenosti kanylu; maminka v noci stále bloudila; dceru jsme z ústavu vyzvedávali vždy „oblbnutou“ léky. Někdy to příbuzní přijali s pochopením, někdy zaznívala i provinilost, že něco takového dopustili. Když ale při rozhovorech v rámci provádění systematických návštěv přijde řeč na používání restrikcí, dotázaný pracovník vždy znejistí, projevuje podráždění a bagatelizuje význam omezení v kontextu poskytované péče.

Píšu o mlčení, protože – jak dále popíšu – existuje rozdíl mezi standardem a klinickou praxí, o němž se nemluví.<sup>131</sup> Rozhodně se jedná o situaci vzdálenou veřejné a „odpovídající“ odborné diskusi, jež požaduje Úmluva o lidských právech a biomedicíně v článku 28. Odpověď na otázku, proč vlastně se mlčí, není snadná. Jak známo, lidské chování většinou ovládá zvyk, že budoucnost odpovídá minulosti – tak nač nějaká diskuse? Nicméně možné důvody nalézám. Mlčení má také své důsledky, a to nejrůznější. V obecné rovině pak platí výrok Jana Sokola, že „o věcech, o nichž se úplně přestane hovořit, vzniká dojem, že přestaly být“ (82, s. 21).

Souhlasím s názorem autorů tematické kapitoly Doporučených postupů psychiatrické péče III., že je v souvislosti s omezovacími prostředky neprávem spojována pouze psychiatrie. (54) Naopak, právě psychiatrie je zajisté nejdál ve standardizaci péče spojené s použitím omezovacích prostředků.

---

<sup>131</sup> Nemám tedy na mysli pojem „medicína mlčení“, kterým se od 60. let 20. století vyjadřuje neposkytování informací pacientovi o jeho zdravotním stavu (srov. 74).

Vzhledem k bohatství související literatury dám však psychiatrické péči často přednost a „mlčení“ na ní budu ilustrovat. Připojím také několik poznámek k její situaci ve Francii a Anglii.

## 12.2 Kde a o čem se mlčí

### 12.2.1 Místa zbavení svobody

Instituce pro osoby s duševní poruchou halí pro oči veřejnosti „plášť neviditelnosti“ (49, s. 5). Jde o obecnou uzavřenost institucí, která pro zařízení pro osoby s duševní poruchou platí ještě více, když byla po desetiletí z terapeutických i diskriminačních důvodů budována stranou od života světa a většinové společnosti. Izolace posiluje stigma a podporuje mlčení. Svou roli hrají i potíže řady lidí s postižením vyjádřit se. Ačkoli se v některých oblastech pomalu projevuje deinstitucionalizace, realitou je převažující oddělenost a hlavně skrytost zrakům. Velmi živě si vzpomínám na počátek rozhovoru s ošetřovatelem na mužském neklidovém oddělení psychiatrické nemocnice, kam jsme přišli při systematické návštěvě na krátké šetření asi ve 21 hodin večer. Nechal si vysvětlit, co tam s kolegy pohledáváme, a pak upřímně prohlásil: „No, to máte opravdu velké oprávnění, sem se jen tak někdo nedostane.“

Žel to platí i pro kontrolní orgány, kterými jsou v případě nemocnic krajské úřady, jejichž kapacita je omezená a věnuje se jiným tématům, než je zachování integrity a důstojnosti pacienta. Konkrétně kontrola používání omezovacích prostředků a psychiatrických nemocnic není pravidelná, ve skutečnosti téměř neprobíhá.<sup>132</sup> V roce 2014 jsem, s kolegyní Marínou Urbánikovou, na toto téma pro ochránkyni Annu Šabatovou prováděla a zpracovávala výzkum. Cílem bylo zmapovat praxi krajských úřadů při vyřizování stížností a provádění kontrolní činnosti za období dvou a půl roku od účinnosti zákona o zdravotních službách. Ukázalo se, že zákon sice založil potřebné kontrolní oprávnění (dopadá široce na plnění povinností a podmínek stanovených zákonem o zdravotních službách a jinými právními předpisy upravujícími zdravotní služby), ale krajské úřady neuvolnily pro nové úkoly kapacity a prioritou jsou jiné zdravotní služby. (5) Navíc se kontrolní orgány potýkají s nedostatkem respektu, neboť zákon sice umožňuje ukládat k odstranění zjištěných nedostatků nápravná opatření a kontrolovat jejich splnění, ale poskytovatele zdravotních služeb nic nenutí je naplnit – zákon s nesplněním nespojuje žádnou sankci, stejně jako s nesplněním povinností spojených s použitím omezovacího prostředku. Mezi mravními hodnotami a právem daného státu existuje vnitřní souvislost. (90) O čem svědčí to, že zneužití omezovacích prostředků nebo jejich nesprávné používání nemá v oblasti zdravotních služeb žádnou správní sankci? Nezakládá to

---

<sup>132</sup> „S úplným ‚funkčním uzavřením‘ institucí a organizací má naše doba velmi špatné zkušenosti a totalitní režim nebo koncentrační tábor se nemohou legitimovat tím, že dokonale fungují, tj. dosahují stanovených cílů. Nezbytně potřebují stálý dohled a kritiku – včetně kritiky stanovených cílů.“ (82, s. 238)



oprávněnou domněnku, že přestupování zákona a nerespektování základních práv společnost toleruje? Tím by u jednotlivců postupně zanikalo vědomí o tom, co je nesprávné.

Mlčení se ale prolamuje už tím, že se začal provádět monitoring. Z činnosti veřejného ochránce práv plynou poznatky o dění za dveřmi uzavřených oddělení. Je ale třeba říci, že kapacity pro provádění systematických návštěv se musí využívat pro všechna místa, kde dochází k omezení svobody. Ještě ani nebyly navštíveny všechny psychiatrické nemocnice, natož aby byly návštěvy pravidelné. V Česku se neuplatňuje soustavný civilní monitoring nebo kontrola (jako například v Norsku, kde u zařízení pro osoby s duševní poruchou působí dohledové komise). Posunem ale je, že Ministerstvo zdravotnictví vydalo v roce 2016 metodiku ke kontrolám používání omezovacích prostředků.<sup>133</sup>

Kontroly a monitoring jsou skutečně zapotřebí zvláště tam, kde pacienti a klienti nemají schopnost se sami bránit. Při četbě *Psychiatrie a etiky* mě zaujal optimismus Pavla Baudiše: „V řadě příležitostí jsme měli možnost se přesvědčit, že v psychiatrii v České republice nedochází k hrubším prohřeškům proti etickým pravidlům, normám a kodexům. Toto přesvědčení pramení z práce se stížnostní agendou Ministerstva zdravotnictví, ze znalecké činnosti, z kontaktů s policií, ve sporných případech se státními zastupitelstvími i soudy, z dlouholeté činnosti etických komisí, a to jak centrální, tak i lokálních, i z praxe včetně rozhovorů s nesčíslnými psychiatrickými pacienty.“ (59, s. 80) Že na nějakou péči nejsou stížnosti, ještě neznamená, že je kvalitní. Jana Wichsová doložila, že na kvalitu péče mají pacienti nižší nároky než například sestry. Nemocný s nízkými nároky je snáze uspokojen než ten náročný, proto spokojenost pacientů nemusí vždy znamenat kvalitní péči.<sup>134</sup> V prostředí, kde pečující efektivně uplatňují nad umístěnými osobami moc, také existuje obava z odvetných opatření a nedůvěra ve stížnostní mechanismy. (5)

### 12.2.2 Signály z nejvyšších míst o omezení volnosti pohybu

Dále se mlčí přímo i o vysoké míře používání omezujících postupů jak ve zdravotní, tak i sociální péči. Restrikce aktuálně nejsou téma ani pro ministerstva, ani pro řadu odborníků, přes opakovaná upozornění ze strany Výboru CPT, MDAC i veřejného ochránce práv. Vysvětlím, o co opírám tento závěr.

Ministerstvo práce a sociálních věcí se od roku 2002 restriktivními opatřeními koncepčně zabývalo. Podnětem byly zprávy Výboru CPT a Mental Disability Advocacy Center. Ministerstvo vydalo několik tiskových prohlášení, metodické materiály, zajistilo změnu zákonných pravidel a výcvik odborníků –

<sup>133</sup> Č. j. MZDR 19085/2016-26/PRO, dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/metodika-ministerstva-zdravotnictvi-ke-kontrolam-pouzivani-omezovacich-prostredk\\_13021\\_3266\\_3.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/metodika-ministerstva-zdravotnictvi-ke-kontrolam-pouzivani-omezovacich-prostredk_13021_3266_3.html).

<sup>134</sup> Pro úvahy o limitech dotazníků spokojenosti používaných v nemocnicích na práci Jany Wichsové odkazují (117). Upozorňuje mimo jiné, že jejich výsledky zkresluje to, že výpovědi těžce nemocných nebo handicapovaných pacientů se jen obtížně získávají.

průvodců dobrou praxí v problematice práce s klientem s rizikem v chování. Zvláště viditelné byly kroky vedoucí k odbourání používání klecových a sítových lůžek.<sup>135</sup> Před jejich zákazem se ministerstvo snažilo nastartovat podporu poskytovatelům v postupném odstraňování omezovacích prostředků ze zařízení sociální péče. Používání lůžek s mříží bylo metodickým opatřením prohlášeno za nepřipustné a použití lůžek opatřených sítí bylo přípustné pouze v mimořádných situacích. (57) Výslovně bylo stanoveno, že tato lůžka nesmějí být použita za účelem nácviku chování nebo dosažení změny v chování klienta či ulehčení práce pečujících. Už v roce 2005 začalo v sociální oblasti platit první zákonné ustanovení o opatřeních omezujících pohyb osob, které pak zákon o sociálních službách rozšířil. Definitivně také ukončil používání sítových lůžek a podrobil používání opatření omezujících pohyb kontrole inspekcí kvality sociálních služeb a odpovědnosti za přestupek. Zákonná pravidla jsou v souladu s mezinárodními požadavky, zakotvují zásadu nezbytnosti a subsidiarity a výslovně požadují také primární prevenci.

Moderní jsou také metodické materiály pro sociální služby, tedy manuál *Práce s klientem s rizikem v chování* (91) i doporučený postup pro používání opatření omezujících pohyb. Nalezneme v nich důraz na provázanost snižování používání restrikcí s deinstitucionalizací a přechodem na poskytování individualizované podpory, protože s nimi jde ruku v ruce smazávání atributů moci u personálu a pokles agresivity v chování klientů. Manuál požaduje primární prevenci (doporučuje zabývat se nikoli jen nebezpečnými projevy klientů, ale již problémovým chováním, což je kategorie širší, a předcházet situacím, které by mohly vést k nutnosti omezit pohyb člověka; doporučuje provádět analýzu potřeb člověka, plánovat poskytování péče, používat tzv. ucelený rehabilitační přístup) i sekundární prevenci (techniky de-eskalace, aktivního naslouchání) a jde do takových jemností, jako jsou dopady úzkosti a agresivity pracovníků na agresivní chování klienta. Metodika samostatně tematizuje odpovědnost poskytovatele – za systém vzdělávání pracovníků, výcvik v postupech prevence a pravidlech šetrné sebeobrany a za péči nadřízených o potřeby pečovatелů a bezpečnost všech zúčastněných.

Pozornost Ministerstva zdravotnictví si omezovací prostředky vyžádaly nejprve v souvislosti s psychiatrickou péčí, a to ve stejné době, jako tomu bylo u sociálních služeb. Ten vývoj jsem popsala v souvislosti s prací MDAC (kapitola 7.3.6). První metodické opatření ministerstvo vydalo v roce 2005 pouze pro psychiatrickou péči, to současné z roku 2009 již jako obecné. Od té doby se kromě legislativní práce nestalo prakticky nic, poslední snaha o aktualizaci metodického opatření nepřinesla po dvou letech příprav žádné plody. Strategie reformy psychiatrické péče se tématu nedotýká.

---

<sup>135</sup> Co se týká klecových lůžek, z informací dodnes dostupných na internetových stránkách ministerstva (92) plyne, že v roce 2004 bylo klecových lůžek s mříží v zařízeních sociální péče 105, se sítí 243 a bez specifikace 306 – celkem tedy 654.

Pokud jde o protransformační a proklientskou rétoriku, sociální oblast předběhla zdravotnictví zhruba o 10 let a dodnes se deklarované priority obou resortů nedají srovnat. Týká se to poskytování výkladu zákona (srov. kapitoly 9.2 a 12.2.3), pro Ministerstvo zdravotnictví těžko přijatelné evidence použití restrikcí (kapitola 12.2.4), jež je pro sociální služby zavedená už od roku 2005, a podobně je tomu s definováním primárních i sekundárních strategií prevence jako součásti poskytované péče a povinnosti analyzovat situace použití opatření. Jako by ale aktivita na straně Ministerstva práce a sociálních věcí v oblasti redukce používání restrikcí ustala s přijetím zákona o sociálních službách. Po léta zůstává například nevyřešený přístup inspekce poskytování sociálních služeb do ošetrovatelské dokumentace v zařízeních a usměrnění poskytovatelů v práci s neklidovou medikací, jež je minimálně v zařízeních pro seniory používána velmi rizikovým způsobem. (11)

Že je na tom sociální sféra lépe než zdravotní, platí i pro právní úpravu. V zákoně o sociálních službách je uvedeno toto ustanovení: „Poskytovatel sociálních služeb je povinen poskytovat sociální služby tak, aby metody poskytování těchto služeb předcházely situacím, ve kterých je nezbytné použít opatření omezující pohyb osob.“ (§ 89 odst. 4). S jeho nenaplněním není přímo spojena žádná sankce, jde svou povahou o programové ustanovení, nicméně s jasným poselstvím. Podobné ustanovení v zákoně o zdravotních službách není, naopak lze proti tomu postavit definici náležité odborné úrovně: „Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na *konkrétní podmínky a objektivní možnosti*.“ (§ 4 odst. 5; důraz přidán)<sup>136</sup> Toto vymezení vůči ideální medicíně má své opodstatnění praktické a také v zájmu efektivity vynaložení prostředků ve zdravotnictví. Tak to vysvětluje Petr Šustek v monografii *Zdravotnické právo* na příkladu nejmodernějších metod a postupů, které věda zná, k nimž je zapotřebí nejmodernějších přístrojů: ty nemohou být v praxi dostupné okamžitě a i tak jen u některých poskytovatelů. (93) Podle mého názoru takové ustanovení ale hrozí tím, že současné podmínky na tom kterém pracovišti se budou brát jako danost a jejich kritiku nebude možné použít k právnímu zpochybnění plnění povinností poskytovatele. Petr Šustek se s takovou obavou vypořádává: „postupy neúčinné, nekvalitní, zastaralé či jinak pro pacienty nevhodné“ nelze konkrétními podmínkami a objektivními možnostmi pokrýt, neboť budou v rozporu s pravidly vědy a uznávanými medicínskými postupy. (93, s. 279) To je rozumné, ale zůstávám skeptická, co se týká konkrétně nedostatků souvisejících s nezajištěním dostatek ošetrovatelského personálu pro poskytování přímé péče, což je dlouhodobý problém péče například v léčebnách dlouhodobě nemocných a některých typech psychiatrické péče. Zde jsou

---

<sup>136</sup> Jedná se o definici vycházející z dřívějšího zákonného pojmu *současné dostupné poznatky lékařské vědy*, ale obohacenou o aspekt konkrétních podmínek a obecných možností, ke kterému už dříve dospěly soudy při dovozování obsahu neurčitého právního pojmu *lex artis* (náležitý odborný postup) v trestněprávních věcech. Posouzení, co se konkrétními podmínkami a objektivními možnostmi pokryje a co nikoli, záleží na posouzení soudem v konkrétním případě. (93)

nedostatky tak rozšířené, že se k právnímu řešení dostávají jen excesy. Celkové poselství zákona o zdravotních službách je tedy velmi odlišné – náležitá péče podle zákona žádné zlepšování podmínek nevyžaduje, takový nárok se musí dovozovat z ústavních principů (například práva osob se zdravotním postižením na přiměřenou úpravu) a interpretace uznávaných medicínských postupů. Prostor pro uplatnění etických postojů je zde nesporně velmi široký.

Každopádně pro žádný z oborů neexistuje vládní nebo ministerská strategie pro snižování potřeby používat omezování volného pohybu a zvýšení bezpečnosti poskytování péče. Přitom nelze než souhlasit, že „[k]de se porušení práv ukazuje v celém systému a ne jen na izolovaných případech, je zapotřebí komplexní politiky, která by tato porušení zastavila“ (22, s. 19).

Samostatným problémem je 20 let řešená problematika dlouhodobé péče, tedy péče interprofesionální, zdravotně-sociální, jejíž systémové zakotvení je zakleto v ministerských pracovnách resortu zdravotnictví a práce a sociálních věcí, na čemž nic nemění schůze různých pracovních skupin. Zatímco odborníci dlouhodobou péči definovali, popsali a vytvořili pro ni i standardy a indikátory kvality (13), její cílová skupina a její specifické potřeby jako by pro systém neexistovaly. Financování poskytování ošetrovatelské péče v zařízeních sociálních služeb pro seniory, největší skupinu příjemců dlouhodobé péče, je naprosto neuspokojivé. (11) Zdravotní potřeby nezapadají do konceptu kvality dle standardů kvality sociálních služeb a ohledně péče o lidi s poruchami chování a nebezpečím pro sebe nebo okolí lze říci pouze to, že tzv. zvláštní režim (dle zákona definující znak domovů se zvláštním režimem) je velkou neznámou po celou dobu platnosti zákona o sociálních službách. Patrně i sociální služby a dlouhodobá péče trpí přenesenou stigmatizací, kdy také ageismus přináší stereotypizaci a diskriminaci, stejně jako duševní poruchy. Každopádně senioři závislí na péči představují sociální skupinu, která nemá politickou pozornost.

### 12.2.3 Pojem „bezprostředně“ v zákoně o zdravotních službách

Podle zákona o zdravotních službách lze omezovací prostředky „použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení *bezprostředního* ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob,“ a jen po dobu trvání tohoto důvodu [§ 39 odst. 2 písm. a) a b)]. Znění zákona odpovídá tomu, co požaduje Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod i Výbor CPT (viz výklad v kapitole 6.5.4). Problémem takového zakotvení indikace však je neurčitý právní pojem *bezprostředně*, který je nutné vykládat.

Doporučené postupy psychiatrické péče v souvislosti s použitím omezovacího prostředku uvádějí, že je „vhodné brát v úvahu také vývoj poruchy v čase a povahu onemocnění, odrážející potřebnost a indikaci medicínské péče. Přikláníme se k názoru, že není vždy medicínsky zdůvodněné čekat do doby, než se nemocný stane aktuálně nebezpečným sobě nebo okolí“ (54, s. 217). Dřívější verze doporučených postupů uvádí „stavy, které s největší pravděpodobností vyústí“ do ohrožujících projevů. (47) Po mém soudu je to rozumný výklad, který obecnost normy neodstraňuje, ale

vysvětluje, že *bezprostředně* neznamena *nyní probíhající*, a také předznamenává limity pro klinické posouzení, které zas usazuje do medicínské odbornosti. Nebezpečí příliš širokého chápání pojmu „potřebnosti a indikace medicínské péče“ lze snížit dalším výkladem, s důrazem na princip poskytování péče zásadně na základě souhlasu a co nejméně omezujícím způsobem.

Ke škodě věci odborná literatura k tomuto tématu téměř chybí. Veřejný ochránce práv se ji pokouší doplnit. Příkladem je věc uvedená v Evidenci stanovisek ochránce pod značkou 4174/2016/VOP. (130) Týkala se pacienta psychiatrické nemocnice, s ochranným léčením uloženým pro pomluvu. Po půl roce pobytu v nemocnici měl incident: spolupacient sdělil primáři, že pacient má pistoli a slyšel jej říci, že primáře zastřelí. Primář měl strach o svůj život. Vyslechl pacienta, který se v průběhu pohovoru choval klidně, ale při konfrontaci s nařčením byl tenzní, verbálně útočný a měl nevyzpytatelné jednání; z dokumentace však nevyplývá, že by se v tuto chvíli choval způsobem, kdy by lékaře či kohokoliv jiného *bezprostředně* ohrožoval. Primář jej nechal přemístit na jiné oddělení a umístit do izolační místnosti. Nemocnicí přivolaná policie vyslechla pacienta a prohledala jeho věci; pistole se nenašla. Ač byl pacient klidný, zůstal v izolační místnosti přes noc. Dle dokumentace spočíval důvod omezení v „nevyzpytatelném jednání“ pacienta.

Je jisté, že pracovníci nemocnice mohli mít reálnou obavu o svůj život a zdraví, pakliže by se pacient zmocnil své údajné zbraně. Nicméně vzhledem k tomu, že pacient *bezprostředně* nikoho neohrožoval, nebyly splněny podmínky pro použití omezovacího prostředku a umístění pacienta na izolaci proto nebylo nezbytné. Stačil by zvýšený dohled, případně přemístění. Pokud by následně začal být agresivní (verbálně či brachiálně), výhrůžný či by zdravotníky přímo ohrožoval, bylo by samozřejmě možné k omezovacímu prostředku přistoupit.

Pojem *bezprostředně* se v roce 2016 objevil i v návrhu nového metodického opatření k používání omezovacích prostředků, a to opět bez dalšího vysvětlení. Při kulatém stole konaném na Ministerstvu zdravotnictví v srpnu uvedeného roku, jehož jsem se za veřejnou ochránkyni práv účastnila, zazněly od přítomných lékařů otázky, co vlastně to slovo znamená. Když vyšší verze dokumentu vysvětlení neobsahovala, vyzvala ochránkyně ministerstvo k doplnění, aby se tak předešlo svévoli v praxi. Navrhla, aby metodické opatření vyjmenovávalo okolnosti, které lékař při hodnocení stavu pacienta může brát v úvahu (aktuální stav onemocnění a předchozí jednání, neúspěch méně restriktivního postupu), aby byl jeho úsudek, že k ohrožujícímu chování v brzké době dojde, opodstatněný. Ministerstvo nejprve sdělilo, že metodickému pokynu nepřísluší výklad pojmu *bezprostředně*, a když tuto nesprávnost ochránkyně vyvrátila, uvedlo, že se tomuto problému bude, někdy v budoucnu, věnovat novela zákona o zdravotních službách. To je absurdní, neboť *bezprostředně* je vhodný obecný právní pojem a problém jen aktuálně činí jeho výklad. Spíše se jedná o další projev mlčení, tentokrát patrně z nezájmu o téma, který může jen podpořit nedůvěru a nerespekt zdravotníků k právní úpravě.

#### 12.2.4 Evidence použití omezovacích prostředků ve zdravotnictví

Česká republika nemá data o používání omezovacích prostředků v zařízeních zdravotních služeb. Ministerstvo zdravotnictví nemá přehled o současné situaci, ani o tom, jaký panuje trend. Podle poznatků veřejného ochránce práv není situace dobrá ani na úrovni vedení jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb – případy použití restrikcí se zpravidla nehodnotí z hlediska možnosti přijmout nějaká opatření k prevenci do budoucna za účelem zlepšení podmínek poskytování péče a posílení bezpečí (5).<sup>137</sup> V praxi se odpovědnost za použití ponechává na konkrétních zdravotnících (na konkrétním příkladu to ilustruji v kapitole 10.3.4). Za takového stavu věcí je velmi obtížné přesvědčit rozhodující aktéry ministerstvem počínaje, že zde existuje nebezpečí zneužívání restrikcí, respektive systémová podmíněnost jejich nadužívání. Na druhou stranu, proti stigmatizujícím nařčením z porušování práv pacientů není k dispozici transparentní, na důkazech založená pozice poskytovatelů zdravotních služeb. Sledují se infekce, pády, stranové záměny, použití antibiotik, ale použití síly proti nemocnému nikoli.

Připomenu, že Výbor CPT doporučuje jako jednu z pojištěk vedení zvláštních registrů. Sbírat data o jednotlivých případech a vyhodnocovat je za účelem zlepšování přístupu k jednotlivým rizikovým skupinám pacientů požaduje také Mezinárodní společnost psychiatrických sester. (50) Jde konkrétně o to, aby se krom pořízení záznamu do individuální dokumentace omezovaného pacienta podchytil případ použití restrikce také k dalšímu hodnocení. Jen nad více případy je možné analyzovat situaci na daném pracovišti, poučit se, rozpoznávat významné trendy jak na straně pacientů, tak na straně poskytovatele a ve výsledku efektivně pracovat na snižování nutnosti omezení používat a zvyšování bezpečnosti poskytování péče. Evidence je rovněž nezbytným předpokladem provádění kontroly – bez ní jsou konkrétní případy těžko dohledatelné.

V některých psychiatrických nemocnicích evidenci vedou (ručně po různých sešitech, či za pomoci programů pro zpracovávání zdravotnické dokumentace, které evidenci „samy“ generují a nevzniká tedy žádná práce navíc); ostatně doporučuje to také platné metodické opatření ministerstva. (94) V mnoha ale nikoli, a jen minimum nemocnic s ní dál pracuje a má z ní nějaký užitek. O jiných

---

<sup>137</sup> Jako světlou výjimku lze uvést například praxi zjištěnou v Dětské psychiatrické nemocnici Opařany už v roce 2012. Cituji ze souhrnné zprávy: „Část záznamů je vedena centrálně, lze je tedy i centrálně vyhodnocovat. Každé oddělení měsíčně vyhotovuje bilanci, jaké omezovací prostředky byly použity. Data vyhodnocuje ustanovená komise.“ (95, s. 46) Bylo to součástí širšího odpovědného úsilí o zajištění bezpečnosti při poskytování péče: „Nemocnice organizuje mj. výcvik zvládnání agresivního pacienta; pouze část vzdělávání je externí. Zaměstnancům je poskytována podpora spočívající v pořízení přenosných alarmů a zorganizování pomoci personálu z jiných oddělení v případě ohrožení. Zvýšené riziko, které s sebou nese práce s určitými typy pacientů, není přehlíženo, což je důležitý signál nejen pro pacienty, ale především pro pracovníky, což zvláště oceňují. Dále bylo zjištěno, že personál neváhá použít alarm i jen preventivně, nebo vykázat nežádoucí událost, což je mimo jiné i projev toho, že ve výsledku nejsou tyto skutečnosti interpretovány jako selhání personálu. To ve svém souhrnu vede k eliminaci preventivního užití omezení.“ (95, s. 44)

poskytovatelích zdravotních služeb nejsou zprávy. Doporučení na jednotlivých pracovištích vést evidenci a záznamy hodnotit, ochránce předkládá od roku 2008 dodnes. Když nebylo úspěšné působení na jednotlivé nemocnice, začal ochránce doporučovat předepsání vedení a vyhodnocování evidence zákonem. Ke škodě věci zákonné ustanovení prošlo legislativním procesem tak, jak je Ministerstvo zdravotnictví připravilo – viz odstavec 4 v § 39 zákona o zdravotních službách.<sup>138</sup> Výsledkem bude nic neříkající statistika: zákon předepisuje poskytovatelům vést evidenci obsahující za rok tolik čísel, kolik typů omezovacích prostředků poskytovatel používá. Když je například ve všeobecné nemocnici psychiatrické, chirurgické, interní, dětské a geriatrické oddělení, nesdělí evidence s celkovými počty nic relevantního o tamní praxi používání restrikcí. Stejně nevypovídající jsou celková čísla v případě psychiatrických nemocnic, kde se od sebe péče na jednotlivých odděleních velmi liší.<sup>139</sup>

### 12.2.5 Napětí mezi standardem a klinickou realitou v psychiatrické péči

Ministerstvo zdravotnictví odráží často požadavky na posílení ochrany práv pacientů s tím, že každý konkrétní případ se musí řešit zvlášť a příslušní jsou k tomu pouze ošetřující odborníci, kteří postupují v souladu s odbornými postupy. Ráda bych odhalila, že je tento argument bezpředmětný.

V oblasti psychiatrické péče upravuje omezení zákon, metodické opatření ministerstva zdravotnictví (94), existují ošetřovatelské standardy a doporučené postupy klinické praxe.<sup>140</sup>

Z doporučených postupů abstrahuji tyto zásady, které jsou nyní pro psychiatrii normou:

- omezovací prostředky musí být používány co nejméně a jako krajní řešení po vyčerpání všech dostupných nerestriktivních opatření a

---

<sup>138</sup> „Poskytovatel je povinen vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků, která obsahuje souhrnné údaje o počtech případů použití omezovacích prostředků za kalendářní rok, a to pro každý omezovací prostředek zvlášť; identifikační údaje pacientů, u kterých byly omezovací prostředky použity, se v centrální evidenci neuvádějí. Použití omezovacího prostředku se zaznamená do centrální evidence nejpozději do 60 dnů ode dne jeho použití.“

<sup>139</sup> Pro zajímavost doplním podobně nedokonalou situaci ve Francii. Tam je od ledna 2016 povinností poskytovatelů sledovat data o četnosti použití izolace a omezení. Generální inspektor pro místa zbavení svobody lituje, že s novou zákonnou povinností nepřišla žádná opatření k tomu, aby se data dala sbírat a analyzovat na úrovni regionální i národní, žádný harmonizovaný informační systém. Obává se, aby se sběr dat nemíjel základním cílem, kterým má být snižování používání omezení, a nesloužil jen pro rozhodování o financování péče. Samozřejmě že péče o nejsložitější pacienty, jakou jsou ti, kdo jsou nejčastěji omezováni, je nejdražší z hlediska zdrojů. Dle generálního inspektora je ale klíčové zajistit, aby tabulky nevedly k finančnímu zvýhodňování omezovacích postupů. (14)

<sup>140</sup> Doporučené postupy klinické praxe se tématu omezovacích prostředků podrobně věnovaly v roce 2006 (47), přičemž je na textu zjevná inspirace standardy ošetřovatelské péče, které na základě širokého konzultačního procesu zpracovali Tomáš Petr a Tibor Miklós v roce 2004 (58). Vyšší verze doporučených postupů z roku 2010 (54) obsahuje rovněž kapitolu o omezovacích prostředcích, ovšem významně stručnější.

- nelze je užívat pro usnadnění péče a dozoru při nedostatku personálu;
- léčení neklidných a násilných pacientů vyžaduje multidisciplinární a kvalifikovaný přístup;
- omezení může mít dopad na terapeutický vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem, na jehož zachování se musí vynakládat veškeré úsilí.

Také řadu dalších aspektů doporučené postupy řeší moderním způsobem souladným s mezinárodními standardy:

- Ohledně rizikových faktorů se mj. uvádí, že „násilí může odrážet očekávání ošetřujících, stejně jako nízký počet personálu nebo jeho časté změny, které ovlivňují vztahy mezi ošetřujícími a pacientem“. (47, s. 152)
- Dále se mezi obecnými zásadami uvádí: „Stejně důležitá jako zvládnutí neklidu je jeho prevence, např. zlepšováním prostředí, výcvikem a vhodnou supervizí personálu apod.“ (47, s. 152)
- Pro bezpečnost a rychlost zákroku je nutné zajistit dostatečný počet personálu a „každé oddělení musí mít vypracován postup, kterým lze v co nejkratším čase mít k dispozici odpovídající počet personálu“. (47, s. 153)
- Řeč je také o individuálních opatřeních: „Součástí individuálního plánu péče o nemocného by mělo být stanovení způsobu, jakým lze nejefektivněji zvládnout pacientovu ztrátu sebekontroly a následné ohrožující chování.“ (47, s. 152)
- Dotčení zdravotníci mají mít krom každoročního školení také možnost mluvit o svých osobních zkušenostech a prožitcích z práce s neklidnými a nespolupracujícími pacienty.
- Konečně, doporučené postupy psychiatrické péče uvádí, že „řešení situací spojených s agresivním jednáním se u akutně psychiatrických nemocných nevyhneme“ a že je třeba být připraveni a umět agresivní jednání předvídat. (54, s. 217)

Ve většině ohledů se doporučené postupy shodují s doporučeními Výboru CPT. Kde tedy vidím problém, proč píšu o napětí? Na základě zkušeností ze systematických návštěv psychiatrických nemocnic si trůfám říci, že problém je na cestě od standardu k jeho uplatnění v praxi. Panuje – z pohledu nutnosti používat omezení – zásadní nedostatek ošetřovatelského personálu, který zpravidla není kompenzován opatřeními, jako je situační posílení na základě nouzového signálu; nerestriktivních opatření je na některých pracovištích dostupných jen velmi málo; kvalifikovaný přístup se nerozvíjí, protože vzdělávání bývá formální; plány péče se v oblasti zvládnutí ztráty sebekontroly pacienta nezpracovávají; zpětný rozbor situací spojených s použitím restrikcí v pravém slova smyslu neprobíhá, ani pro potřeby pacienta ani pečujících.

Není to samozřejmě jen veřejný ochránce práv, kdo na problémy v praxi upozorňuje. Marie Trešlová a Hana Dohnalová výzkumem zjišťovaly praxi sester psychiatrických oddělení při používání omezovacích prostředků. Uvádějí, že ačkoli dotázané sestry věří, že v určitých situacích je použití omezovacího prostředku nezbytné, pociťují etický problém v tom, že s ohledem na počet sester



ve směně je omezovací prostředek první volbou při zajišťování bezpečnosti pacientů a ostatních na oddělení. Téměř polovina dotázaných sester má obavy o zdraví omezovaných pacientů a více než třetina o zdraví vlastní. Autorky dále došly k závěru, že praxe se na jednotlivých pracovištích velmi různí a dochází k různým chybám. (96)

Aby byl výklad srozumitelnější, uvedu jako příklad případ neoprávněného použití farmakologického a mechanického omezovacího prostředku, který je uveden v Evidenci stanovisek ochránce pod značkou 461/2012/VOP. (129) Subtilní seniorka byla povinná nastoupit do psychiatrické nemocnice na pozorování a diagnostiku (protože odmítala součinnost znalci ustanovenému v trestním řízení; později jí soud pro pomluvu uložil ochranné léčení). Protože to ale odmítala, do nemocnice ji přivezla policie a na místě nespolupracovala s ošetřujícím personálem. Protože ji policie přivezla po pracovních hodinách, setkala se pacientka pouze s lékařem na centrálním příjmu nemocnice. V té době byla dle dokumentace úzkostná, napjatá, místy až motoricky neklidná a s paranoidními projevy, ovšem bez projevů agrese. Pociťovala hospitalizaci jako křivdu a spiknutí úředních míst. Na oddělení pak nespolupracovala s ošetřovatelským personálem, odmítala odevzdat věci do depozitu. Dle dekurzu „*hádá se s oš. personálem, přetahuje se s ním, nespolupracující, nárůst neklidu, pac. křičí, ječí...*“. Sestry hned samy použily injekci předepsanou pro případ neklidu a podaly ji, i když se pacientka bránila. Znovu byla injekční neklidová medikace aplikována, když si pacientka odmítla vzít večerní léky, a do nástupu účinku medikace byla na jednu hodinu kurtována. Od té doby léky přijímala. Lékařem byla vyšetřena až druhý den.

Není důvod zpochybňovat diagnózu nebo vhodnost zvolené léčby. Použití injekce však představovalo omezovací prostředek (účelem bylo ovládnout chování člověka a překonával se jeho odpor), který nebyl nezbytný z hlediska bezpečnosti. Pacientka se sice zčásti projevovala chorobně, ale nikoho neohrožovala a ani s ohledem na její konstituci a důvod přijetí do nemocnice nebyl důvod se domnívat, že někoho bezprostředně ohrozí. Nebylo nutné překonávat násilím její vůli hned po nástupu do nemocnice, nebyl důvod nenechat ji v klidu do setkání s lékařem daného oddělení. Kurtování s ohledem na celou epizodu pak rovněž nemohlo být shledáno nezbytným. Z pohledu pacientky se jednalo o velmi necitlivý přístup a navození situace, která vedla k použití omezovacích prostředků. Z případu M. S. (č. 2) proti Chorvatsku (viz kapitolu 5.4.2) víme, že také Evropský soud pro lidská práva nepovažuje odpor k hospitalizaci a psychickou nestabilitu při přijetí za dostačující důvod pro použití omezení; nelze za ospravedlnění síly zpětně přijmout stupňující se neklid a agresi v tomto kontextu.

Veřejný ochránce práv narazil na případ celkem náhodou, když primárně řešil stížnost pacientky už v režimu ochranného léčení na nějaké aspekty její léčby. Šlo o exces, anebo o ukázkou typické situace zvládnání neklidu vystresovaného pacienta v době mimo pracovní hodiny lékaře? Ministerstvo zdravotnictví ve svém mlčení o systémové povaze problému omezení by patrně uvedlo, že se jednalo

o exces. Na základě svých zkušeností se přikláním pro druhou variantu, ale v dané nemocnici neexistují data, statistiky ani analýzy, a tak nevíme. Co je jasné, je dobrá ilustrace složitosti této problematiky: na první pohled jde o hodnocení nezbytnosti použití síly, neoddělitelné je však také téma předcházení gradování neklidu pacienta, alternativ ke zvládnání problémového chování a podmínek, ve kterých se péče poskytuje. Ještě se mi nestalo, že by v průběhu systematické návštěvy či v průběhu odborné diskuse zdravotníci sami identifikovali jako problém, že nemají předpoklady pro použití omezení pouze jako opatření ultima ratio. Předmětem diskuse bývá správnost indikace omezení v konkrétním případě, případně je pro zdravotníky významné téma bezpečnosti na oddělení. Ovšem podstatná diskuse o vytváření podmínek pro minimalizaci nutnosti uchýlovat se k restrikcím je naprostou raritou. Nejčastěji nastupuje zklamání z otevírání tématu restrikcí a opakuje se nespokojenost se stigmatizací psychiatrie skrze ně.

### 12.3 Proč se mlčí?

#### 12.3.1 Stigma duševní poruchy

Co se týká lidí trpících duševní poruchou, mlčení kolem nich může vysvětlovat stigmatizace. Stigmatizaci a sebestigmatizaci u psychiatrických poruch se věnuje monografie Marie Ociskové a Jána Praška. (97) Stigmatizovaní jedinci jsou odmítaní – ostatní se jim vyhýbají. Zlo stigmatizace také spočívá v tom, že nemocní ve strachu ze stigmatu odmítají péči, a až ji přijmou, diagnostika i léčba jsou opožděné.

Stigma obecně znamená znehodnocující přívlastek, který nositele odlišuje od kategorie osob, do které by mohl spadat, a to způsobem, který snižuje jeho hodnotu a způsobuje problém přijetí (98). „V moderní době se význam stigmatu posunul k jakýmkoli znakům, rysům nebo nemoci, která značkuje jedince jako v něčem nepřijatelně odlišného od ‚normálních‘ osob.“ (97, s. 12)

Většina nemocí vede zdravé lidi v okolí k projevům soucitu, v některých případech se ale nemocní setkávají s odmítnutím. Týká se to chorob považovaných za mimořádně nakažlivé nebo za znamení hanby, jako je malomocenství nebo AIDS. (99) U duševních poruch funguje stejný mechanismus. Váží se s nimi tíživé symboly – v minulosti řetězy, dnes polstrovaná izolační místnost – a evokují nepochopení, nepředvídatelnost, násilí a nebezpečí. „Včerejší vědecké termíny se rychle změnilly v pojmy zneužívané k potupě.“ (17, s. 12) Podle francouzského generálního inspektora míst zbavení svobody se populární pohled na duševně nemocné jako na lidi, kteří dělají potíže a jsou potenciálně násilní a nebezpeční, ještě dále zhoršuje. (14)

Stigma nemá zcela racionální původ, když trvá po staletí až dodnes, kdy už zcela neplatí pojetí duševní poruchy jako neléčitelného onemocnění.<sup>141</sup> Hrají zde roli i vlivy psychologické a společenské. Nemoc i postižení představují formu „prahovosti“, jejich nositelé jsou obtížně zařaditelní, procházejí změnou identity a statusu. Robert Murphy uvádí, že lidé dlouhodobě handicapovaní nejsou ani nemocní, ani zdraví, ani mrtví, ani úplně živí, ani mimo společnost, ani zcela v ní. Jsou v částečné izolaci od společnosti jako nedefinovaní, pochybní lidé. A to je vnímáno jako nebezpečné. (21) Také jde o osoby trpící, což je úděl, který v hedonistickém pohledu dráždí svou nesmyslností. „Postižení jsou pro zdravé lidi neustálou viditelnou připomínkou, že společnost, v níž žijí, je prostoupena nerovností a utrpením, že žijí ve falešném ráji a že i oni jsou zranitelní. Představujeme hrůzostrašnou možnost.“ (21, s. 98) Parálza je přímo metafora smrti. Psychologické mechanismy projekce a identifikace přináší výsledek, jenž se přičí hodnotám nezávislosti, soběstačnosti a autonomie, které jsou v naší současné kultuře tak důležité.

Pokud jde o složky stigmatizace, jeden model vede od značkování, přes stereotypii, separaci, ztrátu pozice až k diskriminaci. (97) Někteří autoři uvádějí jako další krok špatné zacházení. (49) Stigmatizace a diskriminace se týká jak nemocných, tak i celého oboru, který se péčí o ně zabývá, neboť funguje přenos stigmatu ze stigmatizované osoby na její okolí. Stigma se projevuje despektem k účinnosti psychofarmak, která jen „tlumí a oblbují“, a antipsychiatrickým hnutím, což nemá u jiných medicínských oborů obdoby.

Pokud společnost přisuzuje nemocným odpovědnost za jejich stav, izoluje je a sankcionuje, pak je patrně nebude spontánně chránit a například podrobovat poskytovatele služeb zvýšené kontrole. Tím se vysvětluje výše popsaná váhavost při provádění státní kontroly a to, že vlastně doposud kontrola nikomu nechyběla. Zkušenost svého druhu kontrolního orgánu, pro který léta pracuji, je taková, že výsledky systematických návštěv mohly zarezonovat pouze tehdy, když obsahovaly nějakou silnou kritiku. Omezovací prostředky někdy novináře zaujaly. Souvislosti a příčiny jejich širokého používání ale už nikoli. Podobně zaujaly drsné poznatky z návštěv tzv. neregistrovaných zařízení pro seniory, ale analýza toho, jak se v legálních zařízeních pracuje s psychofarmaky nebo postranicemi, už zapadla.

Někteří představitelé psychiatrie se cítí být tak stigmatizováni, že za stigmatizující považují i kontrolu. V roce 2010 vyzval Petr Možný, ředitel Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, výbor Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně, aby zaujal odmítavé stanovisko k faktu, že

---

<sup>141</sup> „Dříve se předpokládalo, že hlavním zdrojem stigmatizace jsou obavy z onemocnění, která jsou neléčitelná, a že stigma mizí, jakmile se vynoří účinná léčba. Bylo tak tomu například u tuberkulózy. Stigmatizace by se podle této představy měla snižovat se zvyšující se úspěšností léčby. Ačkoliv však psychiatrie v posledních desetiletích zaznamenala velký rozvoj, stigma psychických poruch se podstatněji nesnížilo. Dodnes totiž mnozí zastávají názor, že duševní poruchy jsou neléčitelné.“ (97, s. 253)

psychiatrické léčebny jsou mezi institucemi navštěvovanými Výborem CPT a Podvýborem OSN pro prevenci mučení a jiného krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání. „Toto zařazení považuji za neopodstatněné a ve svém důsledku za velmi škodlivé, neboť to podporuje těžkou a zcela neodůvodněnou stigmatizaci našeho oboru jak v očích laické veřejnosti, tak, obávám se, i v očích kolegů lékařů z jiných oborů. Psychiatrie jako obor je historicky dlouhodobě stigmatizována a toto zařazení je dalším posílením tohoto stigmatu, neboť z něj lze dovodit, že právě v psychiatrických léčebnách jsou pacienti vystaveni ‚mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání‘, což je předpoklad, který musím zcela kategoricky odmítnout a považuji jej za věcně nesprávný a ve svém důsledku hrubě urážlivý vůči všem pracovníkům, kteří poskytují léčebnou a ošetrovatelskou péči duševně nemocným během jejich hospitalizace v psychiatrických léčebnách.“ (100) Výbor odborné společnosti názor Petra Možného podpořil a navrhl zvážení lepšího názvu, ve stylu „komise pro zajištění práv a důstojnosti osob zbavených svobody státní mocí“.

Vzpomínám si, že původně jsem instinktivně s doktorem Možným nesouhlasila a přisuzovala jsem jeho reakci teprve malé zkušenosti, kterou tehdy Česká republika i psychiatrická obec měly s Výborem CPT. Od té doby se s touto reakcí setkávám stále a uznávám, že sám název výboru si žádného zdravotníka ke spolupráci nenakloní. Na druhou stranu, Výbor CPT není žádná „inspekce kvality“, nýbrž orgán monitorující skutečně ty nejzávažnější jevy z hlediska důstojnosti člověka zbaveného svobody a jeho název upomíná, před čím se chceme mít na pozoru. Nástrojem stigmatizace tedy může být i název kontrolního orgánu, byť vychází z objektivních skutečností (zaměření na místa zbavení svobody, což nezahrnuje pouze psychiatrii, ale i jiné zdravotní služby) a neobsahuje žádnou nadsázku (víme, že na půdě zdravotnického zařízení, a konkrétně i v České republice, skutečně může docházet k nelidskému a ponižujícímu zacházení, o jehož prevenci je třeba usilovat; viz kapitolu 5.4.1).

Co Ocisková a Praško uvádějí o překážkách destigmatizace, totiž že je vždy jednodušší něčí postoje posílit, než je změnit, to platí i o obranném postoji, který v důsledku stigmatizace a diskriminace vznikl. Proti stigmatizaci musí nastoupit destigmatizační programy, osvěta veřejnosti o projevech duševních poruch a zvyšování porozumění a ochoty pomoci.<sup>142</sup> Mediální prezentace témat spojených s duševní poruchou omezená na zprávy z černé kroniky tak jde přesně proti tomuto zájmu. Nelze se divit nechuti zdravotníků mluvit o tak „senzačním“ tématu, jakým jsou klece, kazajky a injekční stříkačky. „Násilí a agrese mohou ovlivnit veřejné mínění o službách a jejich uživateli a způsobit silný negativní dopad na celou praxi poskytování péče.“ (18, s. 5)

---

<sup>142</sup> Realizaci kampaní a také vzdělávání proti stigmatu pro klíčové skupiny, jako jsou policisté a učitelé, doporučuje k předcházení diskriminaci také Doporučení Výboru ministrů CM/Rec(2009)3, o monitorování ochrany lidských práv a důstojnosti lidí s duševní poruchou.

Stigma působí také dovnitř oboru. Miloš Mauer píše o vlastní zkušenosti s nevysloveným stigmatem, „které říká: pacient, který je ‚blázen‘, je ‚blázen‘ stoprocentně. Není tu prostor pro úvahu, že v některých situacích se takový člověk může chovat zcela normálně, například pociťovat přirozený stud, a v případě špatného chování personálu tak může být traumatizován“ (20, s. 165). Proto je důležité zaměřit se také na změnu postojů zdravotníků. Podle Ociskové a Praška mají odborníci větší sklon k nálepkovací reakci, ostatně ve shodě s pravidelně používanými diagnostickými „nálepkami“. Uvádějí, že lidé s duševní poruchou zažívají stigmatizaci i v péči poskytované lékaři somatických oborů. „U psychiatra jako by platilo, že čím závažnější jsou příznaky poruchy, tím méně je pacient stigmatizován. Naopak se na něj hledí s vážností a respektem k projevům poruchy a k němu samotnému. Podobná situace však nepanuje u somatických lékařů.“ (97, s. 84) S postoji, které za stigmatizací stojí, souvisí také fenomén tzv. diagnostického overshadowingu (volně lze přeložit jako „přehlížení“, doslova pak „potlačení“), který se dotýká lidí s duševní poruchou a představuje projev diskriminace. Spočívá v přehlížení problémů v oblasti fyzického zdraví lékařem, buď protože stížnost člověka nebere vážně, nebo kvůli neznalosti, což může vést jak k zanedbání zdravotní péče, tak k rozvinutí problémového chování člověka.<sup>143</sup>

Je otázkou, jestli může stigmatizovat srovnávání postavení lidí s duševní poruchou a vězňů. Objevuje se například ve zprávě Alzheimer Europe *Etické problémy spojené s omezením svobody lidí s demencí*, v souvislosti s omezením možnosti dostat se ven u člověka s demencí žijícího v instituci. Předkládá se jako paradox, že právo je lépe prosazováno pro vězně, než u lidí v ošetrovatelských zařízeních. (26) Faktem je, že se srovnání nabízí, protože v některých ohledech je ochrana integrity vězňů dál. Pozornost je jí věnována po delší čas, a to i právními nástroji, což se v oblasti dlouhodobé péče děje celosvětově, ale i v České republice, teprve několik dekád.<sup>144</sup> Každopádně srovnávání je pro zájmy obou skupin spíše nevýhodné, neboť jejich status je třeba zvýšit, což se nestane srovnáváním s další marginalizovanou skupinou. Také je tu nebezpečí přenášení vězeňských praktik kázně, kontroly a nařízení také do jiných typů institucí.

---

<sup>143</sup> „Je jasné, že mnoho zdravotníků nemá dostatečné školení, aby zhodnotili a léčili osoby s duševním nebo mentálním postižením a aby znali tu řadu interakcí mezi problémy fyzického a duševního zdraví. Například, bolest zubů se u osoby s omezenou schopností komunikovat může projevat jako ‚problematické chování‘. To může být projevem dále také u sociálních událostí, jako je ztráta blízkého člověka nebo jiné ztráty, nebo u změn v sociální struktuře, jako je přestěhování z jednoho místa na jiné, dále u necitlivého zacházení ze strany pečujících, vlivů prostředí, jako je hluk, nebo narušení rutiny. Použití léků je v takových případech nejen kontraindikováno, ale může ještě zvýšit pociťované utrpení.“ (49, s. 18) Před diagnostickým overshadowingem varuje také Doporučení CM/Rec(2009)3.

<sup>144</sup> „Na začátku 19. století vzbouzí pohoršení, že se s bláznů nezachází o nic lépe než s odsouzcenci podle občanského práva nebo s podvraceči státu; kdežto po celé 18. století se zdůrazňovalo, že si vězňové zaslouží lepší osud, než aby byli směřováni s bláznů.“ (19, s. 155)

### 12.3.2 Psychiatrie opomíjená a v defenzivě

Když Marie Trešlová a Hana Dohnalová výzkumem o postupu sester psychiatrických oddělení při používání omezovacích prostředků zjistily, že praxe se velmi různí a dochází k různým chybám, vysvětlily si to mimo jiné i jako důsledek nízké prestiže psychiatrie a psychiatrického ošetřovatelství ve společnosti.<sup>145</sup> Kde jinde než na psychiatrii se v nemocnicích stále ještě setkáme s ložnicemi o deseti, čtrnácti lůžkách? Stigma se netýká jen lidí s duševní poruchou, ale vyznačuje do okolí, na rodinu i zdravotníky. Jsou tu i další okolnosti: odtržení psychiatrie (zejména prostorové) od ostatní medicíny, teoretická nejednotnost, domněle nevědecký charakter, malé terapeutické úspěchy, údajná velká moc příslušníků oboru, ráz prezentace příslušníků oboru na veřejnosti. Jan Libiger o psychiatrii uvádí, že „[j]ak laiky, tak lékaře přitahuje a zároveň i trochu odpuzuje“ (59, s. 17).

Pro zajímavost: že je psychiatrie opomíjená, zaznívá i jako kritika dovnitř Výboru CPT. Finská psychiatrická Veronika Pimenoff, která byla členkou výboru řadu let a jejíž práce je za standardem k používání omezovacích prostředků z roku 2006, se na výroční konferenci k 25. výročí vzniku Výboru CPT doslova rozčlila, že už je načase revidovat psychiatrický standard, který výbor uplatňuje, skončit s paralelami s vězeňským prostředím a konečně rozpracovat standardy pro jednotlivé psychiatrické služby, které nelze stále vnímat jako homogenní celek. Jinými slovy, více pozornosti psychiatrii a jejím pacientům, specifický přístup. Monitoring postavený na paralelách s vězeňským prostředím není dobrý. (42)

Je-li psychiatrie opomíjená, je naprosto klíčové, jakým dojmem bude na okolí působit. Už tak je dost „zlé“, že nemůže nabízet přitažlivá dramata operací a triumfálního zachraňování života, přičemž obraz pacienta v omezení působí opravdu hrozně. Erving Goffman by řekl, že také potřebuje „zdramatizovat svou práci“, protože řada činností je „publiku“ skrytá nebo nejasná. (101, s. 37) Například činnosti kolem prevence neklidu, aktivizace, zajišťování denního režimu a sebeobsluhy lidí budou vždy relativně nezajímavé – co vlastně ty sestry po celou pracovní dobu dělají? Vytváření dojmů navenek a s tím související komunikace stojí hodně sil. Goffman si také všimá, že se kvůli tomuto úsilí může nedostávat času pro vykonávání činnosti, jež tvoří vlastní podstatu. Ovšem snaží se vůbec psychiatrie nějak příznivý dojem vytvořit? Někteří lékaři se zlobí, proč musí ztrácet čas a energii s kontrolami, s občanskou společností, s příbuznými pacientů. Ovšem vytváření dobrého dojmů je zapotřebí i pro získání si vlivných úřadů či nadřízených. Myslím, že zrovna u psychiatrů a psychiatrických sester lze očekávat vlastnosti, jež úspěšná komunikace předpokládá.

---

<sup>145</sup> „Tyto výsledky jsou ovlivněny postavením psychiatrie a psychiatrického ošetřovatelství ve společnosti, přístupem společnosti a zdravotníků, vzděláváním v psychiatrii a ošetřovatelství, přístupem středního a vrcholného managementu ve zdravotnictví a ošetřovatelství, nedostatečným výzkumem, patrně kvůli neznalosti cizích jazyků, a nedostatečnými schopnostmi mezilidské a mezioborové profesionální komunikace.“ (96, s. 97)

I na psychiatrii pak dopadají obecné fenomény, jakými jsou zranitelnost lékařské profese<sup>146</sup> a tzv. defenzivní medicína. Tento pojem vystihuje tlak, který na lékaře a poskytovatele dopadá z vyvozování odpovědnosti za lékařská pochybení. „Lékař přestává být sebevědomě odvážným a stává se právnicky opatrným.“ (72, s. 62) Psychiatrii zahnal do defenzivy už antipsychiatrické hnutí, jež dodnes působí a může vysvětlovat zase „antilidskoprávní“ postoje mezi psychiatry.

Antipsychiatrický předsudek spočívá mimo jiné v domněnce, že léčba přes odpor pacienta je násilím typickým pro celou psychiatrii. Že započal pohyb ode zdi ke zdi, si lze uvědomit nad řádky již klasického textu amerických psychiatrů Paula Appelbauma a Thomase Gutheila, jehož titul lze do češtiny přeložit jako *Hnit se svými právy*. (1, angl. Rotting with their rights on) Autoři proklamovali jako svůj cíl otestovat abstraktní právní koncept *pacientů uplatňujících svá práva* na konkrétních případech pacientů odmítajících léčbu. V úvodu se ohrazují proti předsudkům ze strany právníků, ale už názvem svého textu se také usvědčují z předsudku. Mají po mém soudu tendenci bagatelizovat hledisko práv pacienta, kterým neponechávají žádnou významnou roli.<sup>147</sup> Značný prostor přitom autoři věnují kritice systému zdravotnictví, jehož byli součástí a na nějž koncept lidských práv tehdy ještě neměl významný vliv. V závěru Appelbaum a Gutheil uvádějí, že „ačkoli právo a psychiatrie vidí svět skrze odlišné předlohy, mohou se vzájemně vhodně informovat o skutečnostech relevantních pro oblast, kde se setkávají“ (1, s. 315). Po ostrém slovníku celého textu působí takový závěr velkoryse. Mluví ale pouze o informování, takže spolupráci si autoři zjevně nedovedou představit.

Uvedený článek a nepřijetí konceptu práv pacienta stále rezonuje. Připomínám přímý odkaz v textu doktora Lloyda Sederera s názvem *Dying with your rights on*. (103; Zemřít se svými právy) Autora vyburcoval tragický případ vážně duševně nemocné pacientky, která zemřela hladem a podchlazením poté, co byla propuštěna z psychiatrické hospitalizace bez vyrozumění příbuzných, kteří by se o ni

---

<sup>146</sup> Podle socioložky Aleny Glajchové souvisí se současnými trendy v medicíně, jakými jsou rostoucí autonomie pacientů, konzumerismus, komercializace, farmaceutizace (důvěra a naděje v léky) a deprofesionalizace (silný vliv zdravotních pojišťoven a nadřízených). Narušila se tradiční role lékaře a jeho postavení jakožto odborníka. (102)

<sup>147</sup> Autoři formulují časté omyly v chápání medikace jako léčby, na nichž má stát vratká konstrukce práv pacienta, a vyvracejí je. Tak vyvracejí také tvrzení o malé schopnosti předvídat, co se stane s pacientem, pokud v určité situaci nedostane léky. „Ve skutečnosti můžeme velmi dobře předvídat, co se stane s nezaléčeným pacientem, jehož rozrušení a hyperaktivita soustavně eskaluje navzdory snahám, spočívajícím v prostředí, snížit jeho máni; jsme docela dobře schopni předpovědět, co se stane s vážně depresivním pacientem s detailními a konkrétními sebevražednými plány, který nereagoval na opatření v rovině mezilidské a rovině prostředí, pokud rychle nedostane určitá antidepresiva.“ (1, s. 307) Problém je po mém soudu v tom, že schopností předvídat se nedají obhájit všechny nedobrovolné zásahy, neřkuli zásahy silou, neboť závažná poškození nehrozí všem pacientům a týkají se jen vážných poruch a v jejich rámci jen některých stavů. Naproti tomu donucení k léčbě a omezování je na některých pracovištích plošně uplatňovaným pravidlem, nebo se uplatňuje u lidí s mentálním postižením. Postoj autorů je tak cenný především jako reakce na soudobou výzvu, nepředstavuje ale komplexní výklad.

postarali – a to na základě toho, že měla právo odejít a měla právo na své soukromí. Názvem se Sederer hlásí k vnímání zájmu pacienta jako odlišného od pojetí lidských práv. Podle něj se ani po třiceti letech nic nezměnilo, litera zákona byla naplněna a pacient zemřel. Ale i on představuje spíše odborníka nespokojeného s úrovní systému poskytování psychiatrické péče. Svými slovy útočí na právo člověka žít v nejméně omezujícím prostředí, že to ono je důvodem, že soukromí pacientky a její touha žít si po svém dostaly přednost před zajištěním následné péče. Ve zbytku svého článku však především horuje za efektivní využívání léčebných prostředků moderní psychiatrie a kritizuje stávající systém nedobrovolné léčby a hospitalizace, což je kritika do vlastních řad.<sup>148</sup>

Přiznávám, že nemám pochopení pro tento druh defenzivy. Patrně to plyne z mé pozice právníka, tedy bez osobního angažmá na poskytování péče. Ale připadá mi, že dialog se pak opravdu nemůže dařit. Dodám, že jako pověřenec veřejného ochránce práv jsem se setkala s lékaři, kteří za „faktor zranitelnosti“ považovali také ochránce, tento kontrolní orgán sui generis. Mnozí však tento postoj naopak nezaujmají. Patrně to souvisí s vnitřními postoji toho kterého odborníka.<sup>149</sup>

### 12.3.3 Moc v medicíně

Po přečtení zprávy Alzheimer Europe *Etické problémy spojené s omezením svobody lidí s demencí* jsem si uvědomila, jak ojedinělý text to je v tom smyslu, že velmi zdůrazňuje perspektivu nemocného. Ostatně zpráva vznikala za přispění příjemců péče a jejich blízkých, a také odborníků z oblasti etiky a práva. V textech ryze lékařských jsem toto nenalezla. Myslím, že to souvisí s odstupem, který lékař a s ním zbytek terapeutického týmu udržuje, a s mocí, která v medicíně je.

Moc je všudypřítomnou složkou všech mezilidských vztahů v podobě schopnosti dosáhnout svých cílů nebo prosazovat své zájmy (99), v rámci zdravotní péče pak vystupuje nerovné rozdělení moci ve prospěch pečujícího. Pro pacienty držené v psychiatrických zařízeních je charakteristický stav podřízenosti a bezmocnosti (Bureš proti České republice, § 87), pro lékaře zase pozice autority a moci.<sup>150</sup> Podle Evropského soudu pro lidská práva tento stav vyžaduje zvýšenou pozornost

<sup>148</sup> Postrádá v systému psychiatrické péče organizaci, přičitatelnost a odpovědné financování, takže péče začasť není kvalitní a nedostává se jí nemocným v tom správném okamžiku. „Nikdo nemá slušnou šanci uzdravit se z vážné duševní nemoci bez bezpečného a spolehlivého bydlení a přístupu ke kvalitním zdravotním a psychiatrickým službám.“ Dodává ještě: „Nezájem je krutý a drahý. Můžeme to změnit. Lidé mohou mít svá práva a své životy – a své příbuzné také. To je to, o čem zdravotní péče, včetně péče o duševní zdraví, doopravdy je.“ (103)

<sup>149</sup> „Chtějí-li chránit své nemocné, pak si musí být vědomi toho, že mohou naopak díky svým odborným zkušenostem a vědomostem a podporou respektu k celosti člověka a skutečné lidskosti podstatně přispět k diskusi. Vždyť fantasmata filozofů je uzavírají do jejich vlastních zasetí, jichž si nejsou ani vědomi.“ (81, s. 70)

<sup>150</sup> „V kontextu poskytování zdravotních služeb je také nutno reflektovat zvláštní pozici lékaře vůči pacientovi. Lékař s ohledem na své odborné znalosti a dovednosti má vůči pacientovi zřejmou převahu. Tato převaha může v některých případech vést k tomu, že lékař se dostane vůči pacientovi do pozice moci, konkrétně možnosti



při přezkumu toho, zda byla dodržena Úmluva (srov. kapitolu 5.2.2), pro poskytovatele zdravotní péče je naopak výhodné udržovat mlčení, neboť zachovává panující informační asymetrii. Poskytovatelé služeb mohou mít dobré důvody bránit se zraku veřejnosti i práva, přičemž uzavřenost organizací umožňuje udržovat je v pozici laiků a nezasvěcených. (82)

Moc není jen v konkrétních vztazích, ale přenáší se do rolí a celého zdravotnictví<sup>151</sup> a neslučuje se s už zmíněnou kontrolou. Mám s tím osobní zkušenost z období, kdy poslanecká sněmovna v roce 2016 projednávala tzv. protikuřácký zákon. Návrh obsahoval také novelizační ustanovení vůči zákonu o zdravotních službách, konkrétně měl zavést povinnost pro poskytovatele zdravotních služeb vést evidenci použití omezovacích prostředků ve formě nic neříkající statistiky (vysvětluji v kapitole 12.2.4). Veřejná ochránkyně práv Anna Šabatová se v rámci připomínkového řízení snažila přesvědčit Ministerstvo zdravotnictví, aby návrh změnilo, ale bez úspěchu. Proto chtěla kontaktovat některého poslance a téma mu nabídnout. Podařilo se mi zaujmout tím poslance Víta Kaňkovského, místopředsedu tehdejšího Výboru pro zdravotnictví. Byla jsem velmi povzbuzená tím, že ač sám lékař, považoval za důležité uvést evidenci do souladu s doporučením Výboru CPT i veřejného ochránce práv a souhlasil, že „načte“ pozměňovací návrh. Vše se mi vrylo do paměti, protože jsem ho kvůli naléhavosti termínu tehdy musela vypracovat přes noc. (105) Zpětně pana poslance opravdu obdivuji, že s návrhem obsahujícím argumenty pro usnadnění vnitřní a vnější kontroly poskytovatelů na jednání výboru vystoupil, přestože byl jednomyslně odmítnut, všemi lékaři a sestrami, kteří v roli poslanců výbor tvořili. Důvodem byl odpor k další administrativě. Zákon byl tedy novelizován dle vládního návrhu a nesmyslné administrativy paradoxně všem přibylo.

Moc se ve zdravotnictví uplatňuje i dovnitř, typicky v rámci stanovené hierarchie. Zejména pro odstup mezi lékaři a sestrami bychom těžko hledali analogie v jiných civilních resortech. Psycholog Karel Kopřiva zde vidí dokonce paralelu s armádou. (106) „V mezilidských vztazích představuje hierarchizace moci výhodný způsob, jak si vybit agresivitu, a to podle zásady ‚bije mě silnější, já biju slabšího,‘“ upozorňuje psychiatr Antoni Kepinski. (62, s. 43) Když uvážíme, že při zajišťování pořádku na oddělení a zvládnání problematických situací jsou v první linii sestry a nižší zdravotnický personál, uvědomujeme si naráz, že pacient nemusí být jediná oběť ve smyslu vystavení zážitku násilí.

---

o pacientovi rozhodovat. Proto je důležité stanovit jasná pravidla vztahu mezi lékařem a pacientem a definovat práva pacientů, aby se zabránilo možnému zneužití moci.“ Nález Ústavního soudu ze dne 2. ledna 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16.

<sup>151</sup> Líbí se mi květnaté vyjádření Radkina Honzáka: „Z politického hlediska je medicína mocenská instituce a její moc je srovnatelná s vlivem církve za vrcholného středověku. Bez její asistence a jejího požehnání se u nás nikdo nenarodí, nikdo neumře, nikdo nejde do školy, nemůže řídit auto, vykonávat řemeslo a pomalu ani nebude moci jít na toaletu. Moc je to velká a vnucuje se otázka, k čemu ji používá.“ (104, s. 411)

Doplním také druhou stránku moci, tu odpovědnosti, jak nadřazené postavení plynoucí z nějaké profesní role zohledňuje Evropský soud pro lidská práva. V rozsudku ve věci V. K. proti Rusku, který se týkal šikanování malého dítěte ve školce, hrálo při rozhodnutí o tom, že jednání dosáhlo intenzity špatného zacházení, roli právě to, že pachatelkou byla učitelka. Ve věci Bouyid proti Belgii šlo o posouzení zacházení se zadrženým mladíkem, kterému měl dát facku policista. Soud zde vyslovil úvahu o efektu jednání přímo popírajícího povinnosti plynoucí z nějaké profesní role. Vztah mezi policistou a osobou, která se nachází pod jeho kontrolou, ze své podstaty charakterizuje právě nadřazenost a podřízenost. Oběť (v daném případě fyzického násilí) ví, že takové jednání je nezákonné a představuje etické profesní pochybení ze strany policisty, a to v ní může vyvolat zážitek svévole, nespravedlnosti a bezmocnosti. Myslím, že podobný dopad má skutečné nebo domnělé neterapeutické nebo hrubé jednání zdravotníka, především lékaře.

Moc v medicíně je rozsáhlé a svébytné téma. Zastavila jsem se u něj proto, že představuje jeden z důvodů, proč nedochází v českém zdravotnictví k velkým pokrokům, co se týká transparentnosti používání omezovacích prostředků, a předznamenává složitost individuální morální odpovědnosti pečujících.

## 12.4 Jaké má mlčení důsledky

### 12.4.1 Použití omezovacích prostředků spadlo do koše „mučení“

Domnívám se, že otevřenější postoj psychiatrů a organizátorů zdravotní péče k diskusi o používání omezovacích prostředků, respektive snižování potřeby je používat, by vzal vítr z plachet řadě hlasitých kritiků, kteří nyní používají silná slova jako útok na „hrady“ institucí. V mezinárodním diskursu už padla i ostudná nálepka *mučení* (viz kapitolu 11.3). Spojení používání omezovacích prostředků a právní kategorie mučení sice nebylo učiněno nad reáliemi v České republice, ovšem již existuje a může vrhnout stín i na tuzemskou realitu. Mělo by být stimulem k maximální transparentnosti postupů v českých nemocnicích a zařízeních sociálních služeb a zodpovědnému přístupu na strategické úrovni, tedy především na úrovni vlády.

### 12.4.2 Síťová lůžka – přijdeme o ně?

Domýšlím se, že pokud by nyní mohli promluvit někteří lékaři, se kterými jsem se setkala, kontrovali by, že lidskoprávní obec také o ledasčem mlčí – například o alternativách k síťovým lůžkům. V České republice se síťová lůžka stále používají ve zdravotnických zařízeních. Zatím nemáme jiný přehled, než zprávu MDAC z roku 2014. (23) Na úplné stažení síťových lůžek vyvíjejí tlak nevládní organizace a také Výbor CPT a další mezinárodní orgány.

Ve vztahu k České republice jsou síťová lůžka v agendě Výboru CPT už od periodické návštěvy v roce 2002. Naposled je komentoval po návštěvě Psychiatrické nemocnice Kosmonosy v roce 2014. (43) V této psychiatrické nemocnici jich je v používání vysoký počet (v době návštěvy 30). Výbor CPT tedy

konstatoval, že od minulé návštěvy nedošlo v České republice k žádné změně, opakovaně vyjádřil své vážné obavy ohledně používání síťových lůžek (připomenul také případ úmrtí pacientky v Psychiatrické nemocnici Dobřany v roce 2012) a doporučil, aby české orgány nadále podporovaly jejich vyřazování z užívání v psychiatrických léčebnách. K praxi v navštívené nemocnici pak uvedl několik kritických poznámek. Zaprvé kvůli nižší intenzitě dohledu oproti omezení pomocí kurtů, kdy sestry pacienta v síťovém lůžku pouze co dvě hodiny zkontrolovaly. Zadruhé, propočtení délky pobytu v lůžku v jednotlivých případech ukázal, že určití pacienti trávili v síťových lůžkách po několik měsíců polovinu nebo dokonce většinu svého času. Požadavek na vyřazení síťových lůžek z používání Výbor CPT doplnil doporučením, aby české orgány v případě nutnosti prověřily potřebné početní stavy zaměstnanců v zařízeních psychiatrické péče. Pro případ pacientů, kteří potřebují ochranná opatření kvůli zhoršené pohyblivosti nebo nočním poruchám, Výbor CPT doporučil hledat k zajištění jejich bezpečnosti vhodnější ochranné prostředky než síťová lůžka (např. nemocniční lůžka, která mohou být snížena, nebo která jsou po stranách vybavena deskami a umožňují tak, aby personál pacientovi z obou stran pomáhal; bod 170).

Část lékařské obce je proti rušení, neboť pro síťová lůžka nevidí dobrou alternativu. Faktem je, že řada lůžek byla vyřazena právě na základě veřejného tlaku a nikoli proto, že by to podle lékařů bylo pro pacienty dobré (tak mi to vysvětlovali ředitelé Psychiatrické nemocnice Brno nebo Psychiatrické nemocnice Dobřany). Ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice Martin Hollý prohlásil, že až na jednu výjimku se bez síťových lůžek toto zařízení obejde. A pak jsou zde nemocnice, kde je stále používají.

Argumenty proti používání síťových lůžek má MDAC (srov. kapitolu 7.3.3). Výkladové memorandum k Doporučení Rec(2004)10 věnuje v bodě 82 síťovým a klecovým lůžkům pozornost, ale nikoli s jasným postojem: „V mnoha zemích se taková lůžka nikdy nepoužila a bylo tomu tak po řadu let. V jiných zemích, kde se tato lůžka používala, se míra použití snižovala, protože jejich opodstatnění se čím dál více zpochybňovalo a začalo se s alternativními metodami k dosažení stejného účelu méně omezujícím způsobem.“ (61) Pro vytrvání v trendu snižování také v České republice mluví dobré zkušenosti s odbouráváním síťových lůžek v ústavech sociální péče.<sup>152</sup>

---

<sup>152</sup> Stanovisko Asociace průvodců v problematice rizikového chování k postranicím takto komentuje tehdejší protiargument, že někteří lidé s postižením se v síťovém lůžku cítí dobře: „V těchto případech můžeme udělat ‚v dobré víře‘ spoustu chyb. Před rokem 2007 jsme školili personál ve zvládnutí agresivního chování v přibližně 20 ústavech sociální péče. Toto vysvětlení využití klecového lůžka jako prostředku pro dosažení pocitu soukromí se vyskytovalo relativně často. Pro potvrzení této hypotézy se často uvádělo, že si uživatel do klecového lůžka vleze sám. Po návrhu, aby z lůžka byla odstraněna jakákoliv možnost k jeho zamknutí zvenčí (odstranění petlíček, zavaření zámků aj.) tak, aby uživatel mohl kdykoliv lůžko opět opustit, personál často přicházel s argumenty, proč to nejde. Na základě této argumentace se ukázalo, že pravou pohnutkou pro použití klecového lůžka je spíše nezvládnutí chování uživatele než jeho aktivní vyhledávání soukromí.“ (2)

Postupné stahování síťových lůžek se týkalo Slovinska. Pak proběhlo v Rakousku, kde byl tento proces složitější, než se zprvu zdálo. Ve zprávě z návštěvy Rakouska v roce 2014 (115) Výbor CPT uvítal zákaz síťových lůžek vydaný federálním ministerstvem zdravotnictví, který měl znamenat stažení síťových lůžek ze zdravotních a sociálních služeb, po určitých přechodných opatřeních, do července 2015. Ukázalo se však, že poskytovatelé psychiatrické péče ve Vídni, kde se síťová lůžka ještě používala, s tím nebyli srozuměni, neboť v tom viděli jen přechod k používání mechanického omezení. Trvali na doplnění zákazu o další opatření včetně revize personálního zajištění služeb. Výsledkem je, že Rakouská psychiatrická a psychoterapeutická společnost vypracovala na žádost ministerstva komplexní doporučení pro zajištění alternativních opatření (a vyhnutí se nárůstu mechanického omezování) a zahájila práce na přípravě nových doporučení pro klinickou praxi. Odborná společnost doporučila následující opatření: „zvýšit strukturální zdroje (ve smyslu personálních a pro infrastrukturu), posílit speciální vzdělávání (například v de-eskalačních technikách, podávání vhodné medikace), zahájit širší a věcnou diskusi (zahrnující i pacienty a dotčené příbuzné), vypracovat a zavést národní směrnice, zavést vysoce diferencovaný systém sběru dat a vhodných závazných ukazatelů“ (80, bod 126). Celý proces odstavení síťových lůžek se tedy protáhl, nicméně – soudě podle odpovědi rakouských úřadů Výboru CPT – rozproudil celonárodní debatu, jak zkvalitnit poskytovanou péči a používání jakýchkoli restrikcí se vůbec vyhnout.

Ne tak v České republice. Česká vláda v reakci na poslední zprávu Výboru CPT deklarovala, že od užívání síťových lůžek se obecně ustupuje, nicméně žádnou aktivitu za tímto účelem nevyvolala. Neprověřila potřebné početní stavy zaměstnanců v zařízeních psychiatrické péče a nemá ani přehled o faktickém používání lůžek. Když na to ochránkyně upozornila v květnu 2017 v rámci diskuse nad návrhem nového metodického pokynu s tím, že by tedy bylo vhodné metodickým opatřením přispět ke snižování používání síťových lůžek, reagovalo Ministerstvo zdravotnictví tak, že ze zásad metodického pokynu bude zřejmé, že využití omezovacích prostředků je krajním řešením, tedy i používání síťových lůžek. Dále sdělilo, že z aplikační praxe má poznatky o tom, že jsou síťová lůžka využívána minimálně a vždy s ohledem na pacientův zdravotní stav. Ministerstvo tedy nemá k odbourávání síťových lůžek žádný postoj, respektive apel Výboru CPT ignoruje. Ostatně nijak nereagovalo ani na zprávu MDAC z roku 2014 varující před pouhým přechodem k používání izolačních místností a představitelé ministerstva nedali žádnou odpověď ani představitelům psychiatrických nemocnic, když se u kulatého stolu při přípravách návrhu nového metodického opatření ptali, jak se mají do budoucna zařídit.

Za této situace se může stát opravdu cokoli – síťová lůžka může nějaký ministr jedním podpisem zakázat používat v přímo řízených organizacích, stejně jako jiný může podepsat další vyhybavou odpověď Výboru CPT nebo veřejnému ochránci práv.

## 12.5 Situace v psychiatrické péči ve Francii

Jaká je situace lůžkové psychiatrické péče ve Francii lze seznat díky unikátní analýze problému omezovacích prostředků, kterou zpracoval francouzský národní preventivní mechanismus – generální inspektor pro místa zbavení svobody (fr. Contrôleur général des lieux de privation de liberté). Komplexní tematická zpráva (14) na 130 stranách přináší nejen poznatky z kontrolních návštěv, ale také jejich právní, odbornou a etickou reflexi.<sup>153</sup> Dozvídáme se řadu informací a také to, proč a s jakými důsledky se o restrikcích mlčí ve Francii.

Generální inspektor zjistil návštěvami řadu znepokojujících jevů ve spojitosti s restrikcemi. Například systematické používání izolace na některých pracovištích u pacientů v detenci, u pacientů krátce po příjmu nebo v jiných stanovených situacích. Zjištěná praxe se lišila jak mezi zařízeními, tak i v jejich rámci, a to i když platila jednotná vnitřní pravidla. Restrikce se používají na odděleních jak akutní péče, tak léčby chronických onemocnění. Generální inspektor zjistil, že spíše než druh pacientů je určující přístup zvolený na tom kterém oddělení. Délka použití omezení se liší řádově – od hodin po dny, výjimečně dokonce měsíce. Liší se obsah ošetrovatelské péče poskytované v průběhu omezení. Generální inspektor zjistil případy vnitřních předpisů nařizujících použití izolace při nástupu některých pacientů i případy použití izolace za trest nebo k zajištění kázně (byla stanovena i pravidla, jak dlouho bude izolace trvat v návaznosti na typ prohřešku). Zjištěno bylo také zamykání pacientů na ochranu před jinými, nebo umístění do izolace, protože nikde jinde už nebylo místo.

Při samotném omezení byla zjištěna také řada problémů: rozhodování sestrami, aniž by lékař neprodleně dorazil, a o víkendů a svátcích bez vyšetření lékařem; nedostatečnost kontrol a nemožnost dovolat se ošetrovatelského personálu; zásahy do soukromí pacienta ve formě průzorů vedoucích do chodby a povinného svlékání; omezování návštěv; nedostatečné zajištění hygienického zázemí, včetně nuceného pomočování a používání plen.

Co se týká výskytu restrikcí, podle generálního inspektora se z rozsahu používání izolace a omezování zdá, že se staly pro odborníky nepostradatelnými. Polovina pečujících, s nimiž proběhly rozhovory, uváděla, že se v posledních letech používání zvýšilo. Tento postřeh nelze objektivizovat, protože neexistují data ani na národní, ani na regionální úrovni. Dotázaní však uváděli, že pozorují vzrůst násilí na straně pacientů. Toto přesvědčení rovněž nelze potvrdit, ale jako by to, co dříve bylo považováno za zvládnutelné, už zvládnutelné nebylo. Generální inspektor to spojuje s tím, že kvůli ukončení specializačního vzdělávání sester nyní v praxi chybí sestry, které by se samy rozhodly pracovat v psychiatrické oblasti a byly na to odborně připravené. Zadruhé došlo ke snížení stavů ošetrovatelského personálu. Takže se změnilo složení týmů a jsou slabší, což jako stresující přímo

---

<sup>153</sup> Nevím proč, ale problém zúžili na izolaci a mechanické omezení a do analýzy nezahrnuli chemické omezení.

pocitují zdravotníci i pacienti. „A tak týmy, které cítí, že nemají dost sester, ospravedlňují preventivní používání omezovacích prostředků tím, že se vyhnou násilí.“ (14, s. 85) Omezování se stalo běžným postupem, který ošetřovatelský personál a téměř nepřítomní lékaři jen zřídka kdy zpochybňují. Generální inspektor tak došel k závěru, že používání omezení je dáno kulturou organizace a zavedeným přístupem.

Generální inspektor popisuje bludný kruh. Ošetřovatelské týmy, které nemají dostatečné školení ani podporu, tlačí na lékaře, aby nařizovali izolaci a tím jim ulevili. To funguje ale jen zpočátku, protože tento způsob práce s neklidem a agresí těžce dopadne na celý tým, když ošetřovatelský personál ztrácí postavení podpůrců při terapii a dostává roli restriktivní. Tyto metody také podporují v ošetřovatelském personálu pocit viny, pocit, že se podílí na trestání. A nejhorší část tohoto bludného kruhu přichází, když se pacient podrobuje, aby se zbavil pocitů viny za své onemocnění a problematické chování, k nimž na takovém oddělení dospěje. Generální inspektor se často setkával s tím, že zdravotníci – i na odděleních pro léčbu chronických onemocnění – říkali, že sám pacient žádal o omezení nebo izolování, i mimo krizové situace. „Když si o to říkají, tak proto, že sami vědí, že to potřebují.“ Tito pacienti opravdu cítili, že tento postup bude mít dobrý dopad na jejich současný nebo potenciální neklid, ale krom toho také věděli, že pak dostanou intenzivnější pomoc od přetíženého ošetřovatelského personálu. Svou žádostí o omezení také vysílají pozitivní signál – že sám pacient zvolený přístup potvrzuje, ošetřovatelský personál vnímá jako posílení terapeutického spojení. Pacienti pak představují ujištění a snad také uspokojení pro tým, který omezení provádí, neboť převrací protipřenos na tým z negativního na pozitivní. (14, parafráze stran 86 a 87) Generální inspektor tak dospěl k mimořádně závažnému závěru, že zvýšené používání omezovacích postupů je důkazem nedostatku klinické lékařské a ošetřovatelské práce.

Generální inspektor originálně pohlíží také na dopady používání restrikcí na chod oddělení: zatěžuje celé oddělení (například hlukem, když pacient v omezení nemá jinou možnost, jak přivolat personál, než křikem) a je drahé – co jen stojí práce sester při ošetřování člověka v omezení, včetně dokumentování. Generální inspektor z tohoto úhlu pohledu nechápe ten nedostatek debaty a absenci systematického řešení předpokladů omezování. Podle lidí, se kterými mluvili inspektoři, je důležitá přítomnost lékařského i sesterského personálu, dovednosti a odbornost sester, přizpůsobené prostředí, počet a kvalita terapeutických aktivit a přístup na vzduch. (14)

Generální inspektor ve zprávě zdůrazňuje, že se snaží předkládat nikoli odsudek nebo zdrcující kritiku, ale volání po debatě v lékařské a ošetřovatelské komunitě o prospěchu omezování, se zohledněním práv pacienta. Co se týká nezájmu veřejnosti a neznepokojení škodlivými následky restrikcí, vysvětluje jej rozšířeným přesvědčením, že omezení je používáno jen jako krajní opatření, a celkovým redukováním obrazu nemocného na „přivázaného šilence“. Na adresu odborné veřejnosti se pozastavuje, že více prostoru dostává i elektrokonvulzivní terapie, nemluvě o nesmírně náročné

schvalovací proceduře při zavádění léčiv, zatímco k používání restrikcí není nutné získat ani žádné oprávnění.

Vyžaduje od ministerstva jasnou politiku snižování používání omezovacích prostředků. Taková politika si vyžádá různá opatření k dosažení toho, aby zdravotníci a jejich týmy měli v každodenní práci k dispozici alternativní postupy.

Toto je shrnutí velice detailní a odborně podložené analýzy, která vznikla jako výstup kontrolního orgánu v kontextu mlčení ne nepodobného situaci v České republice. Generální inspektor konstatuje téměř úplnou absenci veřejné diskuse o tématech týkajících se osob trpících duševní poruchou obecně a o restrikcích zvláště. Zatímco u nedobrovolné hospitalizace se pro pacienty alespoň rozvinuly právní záruky, omezovací prostředky žádné nemají a donedávna neměly ani právní rámec.<sup>154</sup> Nicméně je vidět, že několikaleté úsilí přináší určité plody. Bez ohledu na negativní vyznění tohoto exkurzu do francouzské reality je třeba ocenit, že úřad odpovědný ve Francii za doporučení a kvalitu ve zdravotnictví vydal v roce 2016 několik pomůcek pro zvládání násilí na psychiatrii a pracuje na tématu snižování využívání omezovacích prostředků.<sup>155</sup> V rámci doporučení pro předcházení násilí<sup>156</sup> mimo jiné pojednává o primární, sekundární a terciární prevenci. Cílem doporučení je skutečně účinná prevence.

---

<sup>154</sup> Ve Francii až do roku 2016 úplně chyběla právní úprava používání omezovacích prostředků a její zavedení je výsledkem několikaletých snah právě generálního inspektora. Nově mají nemocnice také povinnost každý rok vypracovat zprávu o použití izolačních místností a omezení, o postupu za účelem omezení používání těchto praktik a vyhodnocování jejich použití. Zpráva se postupuje radě uživatelů a dozorcí radě. Generální inspektor věří, že dochází k významné medicínské i právní změně tím, že u omezení nyní zákon mluví o „rozhodnutí“ (fr. *décision*), nikoli o „předpisu“ (fr. *prescription*). Má to vyjadřovat, že se nejedná o opatření léčebné povahy, a také se otevírá přímá cesta k přezkumu zásahu do práv člověka před správním soudem. Nicméně podle generálního inspektora jsou kontrola a monitoring lepší než spoléhání na sebeobranu pacientů a jejich blízkých. „Rodiny nemají žádné měřítko k rozeznání, zda zacházení s jejich příbuzným představuje exces nebo je nevhodné. Krom toho, rodinní příslušníci nebývají systematicky informováni o podmínkách použití izolace nebo omezení jejich příbuzného; je pro ně těžké zasáhnout a zřídka kdy je k tomu někdo povzbudí.“ (14, s. 92)

<sup>155</sup> „Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie. Outil d'amélioration de psychiatrie.“ Dostupné z: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie).

<sup>156</sup> „15 programmes d'amélioration des pratiques, Violence en hospitalisation psychiatrique.“ Dostupné z: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/15\\_programmes\\_violence\\_hospi\\_psy\\_cd21092016\\_v0.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/15_programmes_violence_hospi_psy_cd21092016_v0.pdf).

## 12.6 Situace v psychiatrické péči v Anglii

Na reáliích v Anglii<sup>157</sup> mě zaujaly dva momenty: jednak zkušenost se skandálem po medializovaném případě špatného zacházení s lidmi odkázanými na péči a jednak velký rozdíl proti České republice, co se týká komplexnosti právní úpravy používání omezovacích prostředků, místy až přebujelé.

### 12.6.1 Jasný signál z nejvyšších míst

V roce 2011 vypukl skandál, když televizní stanice BBC přinesla zprávy o chronickém týrání pacientů ve Winterbourne View, soukromé nemocnici o kapacitě 48 lůžek, specializované na diagnostiku, léčbu a rehabilitaci lidí s mentálním postižením. Přími pachatelé byli trestně stíháni (všech 11 před soudem přiznalo vinu<sup>158</sup>, šest bylo odsouzeno k trestům odnětí svobody), ale provedlo se i širší vyšetřování, které odhalilo selhání na straně provozovatele nemocnice a systému.

Zjistilo se, že kolem nemocnice ve Winterbourne View mohly úřady zaznamenat řadu varovných signálů. Pacienti tam setrvali mnohem déle, než by bylo vhodné. Jenom málo jich bylo místních, častěji byli do nemocnice odesíláni různými orgány ze vzdálených míst. V zařízení bylo zvýšené využívání fyzického omezení, v průběhu tří let tam zasahovala třicetkrát policie, skoro 80 pacientů muselo být ošetřeno na pohotovosti, stížnostní orgány dostaly 40 oznámení; tyto signály si ale nikdo nespojil a případ provalila až skrytá kamera. Management zařízení měl působivé vnitřní předpisy, ale vůbec nezajistil podmínky pro kvalitní poskytování služby, školení personálu byla chabá a realitou byla velká fluktuace. Absentovalo vedení v poskytování péče. (107)

Vyšetřování vedlo k návrhům právních změn a posílení inspekční činnosti. Dále byly vydány směrnice a učiněna veřejná prohlášení, a to jednak k používání omezujících postupů a jednak k transformaci péče o lidi s postižením, tak aby byla poskytována mimo instituce. „Nesmíme nadále tolerovat umístování lidí do nevhodných zařízení, jako bychom nikdy nepřipustili, aby se lidem dostávalo špatné léčby u rakoviny,“ prohlásil ministr Norman Lamb. (107, s. 5) Závěrem vyšetřování byla také potřeba vyjasnění odpovědnosti jednotlivých aktérů a dobrým vedením dospět ke změně kultury a přístupu k lidem s postižením. To znamená, že nezůstalo u konstatování selhání u jednotlivých pečujících. Naopak, namísto obviňování personálu se konstatovala potřeba lepšího vzdělávání a podpory, aby byl napříště v lepší pozici při zvládnání problematického chování klientů. Zpráva z vyšetřování odhalila mezery v odpovědnosti managementu a zřizovatelů za to, co se v jejich zařízení děje. A tak mezi opatřeními k nápravě nalezneme právě vyjasnění očekávání od řízení organizací a revizi správního a trestního postihu poskytovatelů a zřizovatelů.

<sup>157</sup> Důsledně píšu o Anglii, neboť předpisy, které jsem nastudovala, se uplatňují pouze v Anglii a Skotsku.

<sup>158</sup> Jejich činy jsou označovány jako „disability hate crime“, tedy zločin nenávisti k lidem s postižením.



Z odborného hlediska se ústřední otázkou stala vhodná a přiměřená péče o lidi s postižením, kteří mohou mít problematické chování. Zajištění péče postavené na individuálním přístupu se přitom shledalo být jako klíčové řešení i pro otázku potřeby používat omezení. Odeslání člověka do specializované nemocnice má být jen výjimečný krok, a to jen pokud je zjevné, že je to pro člověka to nejlepší – a ne, když není nic lepšího k dispozici. (107) Inspekce se má napříště zabývat i modelem péče, který je ve službě uplatňován.

Stojí za zmínku, že jedním ze systémových opatření byl přezkum předepisování psychofarmak lidem s problematickým chováním; uskutečnit jej mělo ministerstvo a odborná psychiatrická společnost.

Rozsáhlá inspekční činnost, která po aféře následovala, přinesla zjištění o tom, že poskytovatelé služeb pro osoby s postižením jsou velmi často nejistí ohledně používání omezujících opatření a někteří na omezování spoléhají více než na prevenci poruchového chování. Dále byla zmapována praxe používání restrikcí v zařízení pro krizovou psychiatrickou péči. Na základě těchto analýz dostalo ministerstvo zdravotnictví za úkol připravit potřebné směrnice.<sup>159</sup> Změna se stala prioritou vlády.

Ať už tyto závazky vedly k vytčenému cíli, či dosud ne, zapojení nejvyšších míst státní správy a politiky je příkladem zcela jiného přístupu, než jaký známe z tuzemska. V Anglii v důsledku toho nemůže nikdo zpochybňovat, že omezovací prostředky hrozí zneužitím, zdržují úspěch léčby a je s nimi spojeno nebezpečí traumatu u uživatelů služeb i pečujících. Tento přístup rovněž zajistil, že debata nezůstala na rovině rozebírání excesů nebo obviňování pečujících. Vždy se jednalo společně o zajištění bezpečnosti, důstojnosti a respektu pro uživatele služeb i pečující.

Snížení potřeby používat restrikce se má dosáhnout proaktivními opatřeními na úrovni jednotlivých poskytovatelů, změnou kultury, vedení a pracovních postupů. Mají se zavádět přístupy založené na poskytování péče v terapeutickém prostředí, kde omezení je až poslední možností a mají se spustit programy na omezování restrikcí. Pokud bude k omezení jako ke krajnímu prostředku přistoupeno, pak bude existovat návod na jejich použití bezpečným, etickým a legálním způsobem. Politika poskytovatele musí být jasná a otevřená. Kdykoli je to jen možné, mají být pacienti vtaženi do plánování své péče včetně té, která se týká zvládnání krizí. (108)

### 12.6.2 Pravidla pro používání omezení

V anglických předpisech se projevuje tato logika: Tam, kde je poskytována péče lidem, o nichž toho není dost známo, nelze vycházet z individuálního plánování. V takových službách je důležité uplatňovat přístupy, které minimalizují konfliktní situace, vyvarovat se represivního prostředí a režimu (včetně například nedostatečného přístupu na vzduch) a zaměřit se na léčbu a péči v situacích

---

<sup>159</sup> V roce 2014 vydalo strategický dokument, lze říci směrnici, s názvem Příznivá a aktivní péče: snižování potřeby omezujících zákroků. Jeho obsah jsem podrobně rozebrala v recenzi, na niž odkazuji. (108)

ohrožujícího chování. V ostatních službách se předepisuje pracovat s přístupy na podporu žádoucího chování člověka. Jejich jádrem je hledání příčin problematického chování a použití plánů podpory (žádoucího) chování, jež obsahují strategie primární, sekundární a terciární prevence. Každý člověk, u kterého lze rozumně předpokládat, že může dojít na omezující opatření, musí mít vypracován individuální plán podpory chování.

Ošetřující personál musí být k použití omezovacích prostředků proškolen. Kde je reálné, že u cílové skupiny dojde k použití restrikcí, musí existovat jasná vnitřní úprava, na jejímž vzniku se podílí také uživatelé a pečující. Má se stanovit například i to, kdy má být přivolána policie.

Zda jsou omezovací prostředky používány bezpečným a etickým způsobem, má být stále sledováno. Proto má být v organizacích jasná dokumentační povinnost a také evidence. Druh zásahu, účel a okolnosti musí být předmětem přezkumu a data o praxi v organizaci musí být dostupná i veřejně.

Každá služba, kde může dojít k použití omezení, musí mít zavedený program snižování omezovacích opatření. Má jít o práci na přístupech k zvládnutí agrese či násilí. Jako nezbytné byly v této oblasti identifikovány následující klíčové momenty: podpora z úrovně vedení; důsledná péče o politiku a vnitřní pravidla; zapojení uživatelů služeb, jejich příbuzných a obhájců; účinné vedení; školení a výcvik; monitoring omezovacích opatření; účinný přezkum postupů a hlášení; vhodné používání medikace. Od vedení se očekává vstřícný postoj ke kontrolám a ochrana zaměstnanců, například skrze bezpečnost a ochranu zdraví při práci, a dobré vedení.

Pokud se jedná o odpovědnost úřadů nebo třeba pojišťoven, tak ti si musí být jisti, že jimi financovaná služba má kompetence pracovat s plány podpory chování a má program na snižování restrikcí. Nesmí umístit člověka do zařízení, kde tento standard není.

Ve srovnání s českou realitou nemá šíře ani hloubka anglické úpravy obdoby. Krom směrnice pro poskytovatele existuje i podrobná právní úprava používání omezovacích prostředků v prováděcím předpise k Zákonu o duševním zdraví z roku 1983 (44). Národní ústav pro kvalitu zdraví a péče vydal předpisy ke krátkodobému zvládnutí násilí a agrese (18) a k péči o lidi s mentálním postižením a problémovým chováním (109). Jistě, určitá část opatření působí poněkud byrokraticky a je zde nebezpečí, že řada opatření zůstane při nedostatku pracovníků jen na papíře. Přesto se mi vtírá parafráze na citát ze hry Záskok Divadla Járy Cimrmana, že co je v Česku předmětem vášnivých debat v anarchistických kroužcích, je v Londýně rozpracováno do posledního odstínu a k dispozici i v „easy read“ variantě.

## 12.7 Shrnutí

Co se týká míst zbavení svobody, řada aspektů života v nich je pro oči veřejnosti jakoby neviditelná. U psychiatrické péče to platí i o zracích kontrolních orgánů.

Konstatovala jsem, že přes opakovaná upozornění ze strany Výboru CPT, MDAC i veřejného ochránce práv se na úrovni ministerstev i mezi odborníky mlčí o vysoké míře používání omezujících postupů ve zdravotní a sociální péči. Na vládní úrovni platí, že jak Ministerstvo zdravotnictví, tak Ministerstvo práce a sociálních věcí vedou agendu spojenou s tématem omezení volného pohybu při poskytování péče, přesto nacházím důkazy o jejich nedostatečné pozornosti. Pokud jde o protransformační a proklientskou rétoriku, sociální oblast předběhla zdravotnictví zhruba o 10 let a dodnes se deklarované priority obou resortů nedají srovnat. Kritiku práce Ministerstva zdravotnictví dokládám nečinností k odstranění nejasností při výkladu definičního kritéria „bezprostředního“ ohrožení, nezavedením evidence použití omezovacích prostředků jako účinného nástroje pro systematický přístup k omezení restrikcí a ignorováním napětí mezi standardem a klinickou realitou v psychiatrické péči. Ani pro sociální ani pro zdravotní oblast neexistuje vládní nebo ministerská strategie pro snižování potřeby používat omezování volného pohybu a zvýšení bezpečnosti poskytování péče.

Na otázku proč se o omezovacích postupech mlčí, nacházím odpověď ve stigmatizaci lidí trpících duševní poruchou i oborů a pečujících, kteří se na ně zaměřují. Pokud společnost přisuzuje nemocným odpovědnost za jejich stav, izoluje je a sankcionuje, pak je patrně nebude spontánně chránit a například podrobovat poskytovatele služeb zvýšené kontrole. Zvláště u psychiatrie platí, že je v defenzivě, což právě přispívá k tendenci mlčet o tématech, která ji mohou v očích veřejnosti dál poškodit. Moc panující v medicíně je dalším z důvodů, proč nedochází v českém zdravotnictví k velkým pokrokům, co se týká transparentnosti používání omezovacích prostředků, a předznamenává složitost tématu individuální morální odpovědnosti pečujících. Pro poskytovatele zdravotní péče je naopak výhodné udržovat mlčení, neboť zachovává panující informační asymetrii.

Plody mlčení jsou hořké. Důsledkem je mimo jiné to, že vážné diskuse o etických dilematech personálu a vyhrocuje se kritika institucí a psychiatrické péče, a to i použitím právní kategorie „mučení“.

Je zřejmé, že za této situace nepostačí ke změně pouze zprávy z monitoringu lidských práv. V současné době to v České republice není s to vytvořit dostatečný tlak. Je nezbytné zapojení odborníků.

Nedostatek odborné debaty panuje například také ve Francii, ale není celoevropským trendem. V Anglii je omezování volného pohybu v péči o duševní zdraví upraveno podrobnými pravidly a je předmětem vládní politiky. V Rakousku probíhá zodpovědná diskuse o alternativách k síťovým lůžkům.

## 13. Perspektiva instituce

### 13.1 Jednání v roli a individuální odpovědnost v instituci

Charakteristiku postavení zaměstnanců organizací jako *jednání v roli* podává Jan Sokol v monografii *Etika, život, instituce*. (82) Člověk jako zaměstnanec či jiná součást organizace nejedná autonomně, nýbrž heteronomně. Má se podřizovat pokynům jiných, a to včetně volby účelů a cílů svého jednání; zachází s majetkem, s informacemi a pravomocemi, které mu nepatří; jeho osobní odpovědnost je přiměřeně omezená a odpovídá míře volnosti v jednání. Přičemž míra heteronomie se liší podle jeho postavení – je menší u vedoucích zaměstnanců, u nichž je zase vyšší odpovědnost. Rozhodování člověka jednajícího v roli není soukromé, nýbrž „svěřené“. (82, s. 83)

Přitom existuje prostor pro konflikt:

- Jednající v roli má dbát o prospěch organizace. Přitom jako odborník má také profesní imperativ, typicky v zájmu konkrétního pacienta. Častým konfliktům tohoto druhu předchází dobře vyladěný účel organizace.
- Pečující má jako odborník ve své profesi individuální odpovědnost. V organizaci je přitom součástí hierarchie a struktury a jako jednající je postaven do „konfliktů různých solidarit a loajalit, a to zejména ve vyšším postavení, kde k jeho roli patří mnoho různých vztahů“, i vícestanných (82, s. 222). Na horizontální úrovni rozostřuje odpovědnost práce v týmu.
- Tam, kde by jednotlivec neměl v organizaci určitou odpovědnost a prostor, „roli“, a měl by pouze plnit rozkazy, stal by se automatem. Před takovou situací autoři varují, neboť zde je snaha vyvázat člověka z jakékoli individuální odpovědnosti.

Philip Zimbardo si všímal specifik jednání v roli ze svého pohledu sociálního psychologa. Popisuje, že lidé v roli se začínají chovat novým způsobem, vzbuzovat nový dojem – novou chůzí, gesty, řečí. Změna se odehraje během několika minut překročením fyzické hranice dvou prostředí. Role si přizpůsobí člověka. (110)

Ačkoli situace v konkrétní organizaci může být maximálně příznivá, téma prostoru pro svobodu a individuální odpovědnost zůstává složité. „[K]lasická představa o svobodě a její neoddělitelné druhé stránce, totiž odpovědnosti, z níž praktická filosofie tradičně vycházela, platí pro jednání závislého člověka v roli jen v omezené míře, případně vůbec ne. Přijetím role člověk na jedné straně silně omezuje volnost svého rozhodování i odpovědnost za jeho důsledky, na druhé straně se ovšem zavazuje, že bude roli vykonávat svědomitě a svěžené prostředky užívat pouze k tomu, k čemu je dostal.“ (82, s. 216) Zdravotnické a sociální organizace jsou se svou spleť vícestanných a nesymetrických vztahů výborným příkladem náročnosti institucionální morálky.

Individuální mravní odpovědnost nemizí nikdy, ať už na úrovni individuální morálky či etiky. Morálka je mimořádně důležitá, neboť uzavřené instituce do značné míry postrádají moment veřejného hodnocení, jež je podmínkou pro reflexi naplňování norem v oblasti mravu i práva. Etika jako hledání nejlepších cest nemá limitů a nemůže být působením člověka v instituci vyřazena; spíše představuje oblast, ke které se vnitřní hodnotící a rozvažovací procesy člověka vztahují.

Zaprvé je tu odpovědnost toho, kdo je v postavení vedoucího a určuje program jednání svých podřízených. Je především v moci a odpovědnosti nadřízených střežit účel organizace. Například nutnou strategií zdravotnické organizace musí být „vícehodnotové a sdílené vize, a to tak, aby nedominovaly jen ekonomické nebo kvantitativní cíle“ (75, s. 47). Platí to zcela i pro sféru sociální. Právní i interní pravidla povinnosti vedoucích specifikují.<sup>160</sup> Ovšem být skutečně dobrým příkladem, oceňovat v neformální rovině to dobré a neignorovat to nesprávné, nezavírat oči před konflikty plynoucími pro podřízené z různých systémových problémů apod., to je působení stěží měřitelné a vynutitelné.

Zadruhé, role zaměstnance nevyklučuje jeho individuální odpovědnost jako odborníka. Medicínská etika i v současné době poskytování péče v organizacích je založena na jednání podle vlastního rozmyslu a individuální odpovědnosti. Lékař, a pečující obecně, je individuálně odpovědný za vztah se svým nemocným i za poskytovanou péči. Ostatně jeho odborná kompetence může být unikátní z hlediska osob působících v organizaci, včetně nadřízených. Co bylo tradičním požadavkem etiky, zrcadlí i zákon a jeho veřejný nárok<sup>161</sup>. Zdravotnický pracovník má možnost výhrady svědomí nebo náboženského vyznání. Zvláštností některých profesí je také silná loajalita. Lékař není vázán jen loajalitou ke svému zaměstnavateli, ale i solidaritou vůči kolegům.

Zatřetí, podle Jana Sokola by člověk měl pochopit, že není jen „živý nástroj v rukou svého zaměstnavatele, ale že i ve své roli zůstává svobodnou, a tedy i odpovědnou lidskou osobou“ (82, s. 226). Filosof to říká v tom smyslu, že zaměstnanec nemá mlčet, pokud si všimne nějaké „vážné ničemnosti“, kterou se před ostatními daří utajit. „I kdyby jen mlčel, přidal by se k těm, kdo ji páchají.“ (82, s. 226) Zimbardo to nazývá zlem nečinnosti – neposkytnutí pomoci, anebo naopak nesouhlasu, neposlušnosti nebo upozornění na nesprávné činy – a spojuje je s mocí

---

<sup>160</sup> Například Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí pro používání opatření omezujících pohyb osob samostatně tematizuje odpovědnost poskytovatele – za systém vzdělávání pracovníků, výcvik v postupech prevence a pravidlech šetrné sebeobran, provádění postupů a směrnic a za péči nadřízených o potřeby pečovatелů a bezpečnost všech zúčastněných. (4)

<sup>161</sup> „Zdravotnický pracovník je povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho odborné způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležitě odborné úrovni a řídit se etickými principy...“ [§ 49 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách]

skupinové konformity a poslušnosti k autoritě, které mohou ovládat a podkopávat individuální iniciativu. (110)

Oba autoři mluví o whistleblowingu. Sokol jako o problému povinnosti loajality, zdrženlivosti a diskrétnosti zaměstnance vůči zaměstnavateli na straně jedné a nutném předpokladu kontroly institucí na straně druhé. Zimbardo zdůrazňuje sociální tlak, který má whistleblowingu bránit, a spojuje jej s velkou statečností, přičemž k hrdinství je často potřeba sociální podpora.<sup>162</sup> Na jednu stranu vidíme ve zdravotnictví vysoké požadavky například na sestry, aby takovou statečnost zahrnuly do svého etického kodexu,<sup>163</sup> na druhé straně se udržuje prostředí mlčení, které insiderům velmi ztěžuje naplnění takové povinnosti. Jejich organizace tím přicházejí o kritiku, kterou jen částečně suplují předpisy a kontroly zvnějšku. Pokud mlčení kryje nemravnosti, z dlouhodobého pohledu se to institucím musí nevyplatit.

Konečně, jednání v roli nepředstavuje překážku pro to, aby se člověk (pečující) choval laskavě, vstřícně a zdvořile. Z odborného hlediska lze říci, že jde o profesionální přístup, který je předpokladem vztahu důvěry a postupem, který zbavuje pacienta strachu. A zcela prostě řečeno, opačné chování je zpravidla obyčejná lidská neslušnost a bezohlednost. Etiketa se sice podle Jana Sokola může tvář tvář vnitřnímu mravnímu životu člověka jevit jako mravně nezávažná formalita. Zdvořilost ale otupuje konflikty a je páteří společenského mravu. (82) Kde s jejím dodržováním souvisí smír mezi nadřízenými a podřízenými a zachování důstojnosti člověka, křehké kvůli jeho oslabenému postavení, tam závažnost jejího dodržení dosahuje etické úrovně.

### 13.2 Role v sociálních a zdravotních institucích

Problém individuální odpovědnosti dobře dokresluje řada poznatků z oblasti sociologie a psychologie, především jejich poněkud širší pohled pomocí pojmů *sociální identity* a *sociální role*. Sociální role je „očekávané chování jedince plynoucí z jeho konkrétního sociálního postavení“ (99, s. 553), přičemž tento pojem je založen na analogii s divadlem. V každém společenském kontaktu lidé víceméně vědomě hrají nějakou roli. Klasik tvrzení, že všichni hrajeme divadlo, Erving Goffman, neváhá mluvit o scénáři, rekvizitách, kulisách, zákulisí a divácích. (101) Je znakem sociální a zdravotní instituce, že existuje svět uživatelů/pacientů a svět personálu a mezi

---

<sup>162</sup> Mám živě v paměti svědectví psychiatricky Betty Brahmy, dámy, která se po dlouhé kariéře ve vězeňském zdravotnictví rozhodla spolupracovat s právě vznikajícím francouzským národním preventivním mechanismem. Nestala se whistleblowerem, jen „změnila dres“ a byla součástí kontrolních týmů, které prováděly monitoring zacházení s lidmi ve věznicích a psychiatrických nemocnicích. Musela se srovnat s tím, že tak přišla o několik celoživotních přátel z řad kolegů, kteří jí to neodpustili.

<sup>163</sup> Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester uvádí, že sestra je „povinna účinně zasáhnout, pokud je péče o nemocného ohrožena jejím spolupracovníkem nebo kteroukoliv jinou osobou“ (článek 4).

oběma skupinami je sociální odstup. Jeho míru můžu ilustrovat vlastní zkušeností, jak se někteří pracovníci zařízení, kde jsem byla na systematické návštěvě, podívovali, že tým ochránkyň bude mluvit také s uživateli/pacienty.

Studii rolí na scéně psychiatrické kliniky provedl polský psychiatr Antoni Kepinski a přitom zohlednil moment hierarchie: „Psychiatrickou kliniku lze považovat za malou skupinu, tj. takovou, kde dominují přímé styky (face-to-face) a která se dělí na čtyři podskupiny: lékaře, sestry, pomocný personál (uklízečky, servírky) a pacienty. V této skupině existuje určitá hierarchie moci, která je vyjádřena uvedeným pořadím. Pacienti by měli představovat nejdůležitější skupinu, neboť díky nim našli členové ostatních podskupin pracovní uplatnění a v jistém smyslu i cíl své aktivity, ale zatím zauímají v této hierarchii místo poslední. Těžko si představit, že by tomu mohlo být jinak, že by pacienti začali vládnout členům jiných podskupin. (...) Zůstávají těmi, kteří jsou řízeni, a nestávají se těmi, kteří řídí jiné.“ (62, s. 220) Hierarchické chování lidí charakterizuje tzv. syndrom cyklisty: směrem nahoru se hrbít, směrem dolů šlapat. Kepinski si všímá, že čím se v hierarchii psychiatrické kliniky stoupá výš, tím se zmenšuje četnost styků s nemocnými. „Nejvíce času tráví s pacienty pomocný personál, nejméně přednosta instituce. To se ovšem týká kvantity, nikoli kvality styků.“ (62, s. 221)

Kepinski mimořádně věrně a s úctou charakterizuje roli psychiatrické sestry – ve své době, ovšem podle mého názoru v mnohém s nadčasovou platností: „Práce sester probíhá ve stínu, neboť veškeré světlo je soustředěno na práci lékařů. Přesto však právě na sestřích spočívá břímě bezprostřední péče o pacienta. Sestry musejí zvládnout velice obtížné umění improvizované psychoterapie, tj. schopnosti řešit konflikty, snižovat pacientovo napětí, překonávat jeho odpor, vyvolat úsměv na jeho tváři, tedy umění, o kterém se málo píše v učebnicích psychoterapie, ale které bývá často daleko obtížnější než to, čemu se oficiálně psychoterapie říká. Na odděleních, kde se zdravotní sestry vyskytují stále, kdežto lékaři se mění, bývají právě tyto sestry centrálními osobnostmi, tj. těmi, které vytvářejí ovzduší.“ (62, s. 222)

Role lékaře je ve zdravotnické organizaci jednak terapeutická a jednak vedoucí. „Z pohledu pacientů samotných jsou stále osobnostmi, ke kterým mají pacienti tradičně největší důvěru. Je tedy podle mého názoru jejich povinností, aby si všímali nejen samotné léčby, ale také veškerých dalších opatření a situací, které nastávají v rámci hospitalizace a zásadním způsobem ovlivňují efekt léčby starších pacientů,“ uvádí Iva Holmerová. (84, s. 225) Co autorka uvádí v kontextu geriatrické péče, platí podle mého názoru i u omezovacích prostředků.

Role pacienta je nesmírně zajímavé téma, ale vzhledem k zaměření mého zájmu na pečující se jí jen dotknu pro porozumění silám, jež u role pacienta či klienta působí. Především by nemocný měl mít roli pacienta a ne pachatele, jak to v případě lidí s ohrožujícím chováním může nastat. Zimbardo popsal vliv takové role v kontextu vězení: „Role dozorce podporuje sadismus. Role vězně podporuje zmatek a stud.“ (110, s. 238) Pokud má v sociální nebo zdravotní organizaci zasahovat policie,

tak zásadně jen kvůli jedné povahy kriminální, jinak v naprosto výjimečných situacích. Zimbardo vůbec nahlíží na roli spíše situačně, píše o situační identitě. Například: „Nacházíte-li se na místě pro choromyslné, musíte být duševně nemocný, protože duševně zdraví lidé nejsou pacienti v ústavech pro choromyslné.“ (110, s. 385) S rolí pacienta se pojí očekávání jeho poslušnosti, Miloš Mauer píše i o „institucionalizované bezmoci“ pacientů (20, s. 70). Vzhledem k tomu, že v péči se uplatňuje nálepkování, nemocný může mít také roli člověka s problémovým chováním. Té se zbavit, může být velmi těžké, byť se medicína a ošetřovatelství vydávají za na důkazech založené obory.

Co ve specifickém (sociálním) kontextu poskytování péče můžeme k výše uvedenému dodat o individuální odpovědnosti? Práce v týmu nejenže rozmlžuje individuální odpovědnost, ale také přináší zvláštní překážky individuálnímu vybočení. Goffman si všímá, že pro každý tým je klíčové udržet jeho integritu. Mezi členy týmu vládne až familiárnost, jíž však nemusí odpovídat žádná důvěrnost. Společnou činnost týmu, a skutečnost týmem prosazovanou, mohou vážně narušovat veřejné neshody mezi členy týmu, vypadnutí z role nebo přímo odpadnutí. Proti tomu se tým musí bránit. Pečující jsou si kolegy, kteří prezentují tutéž úlohu témuž „publiku“. Publikem jsou nejen pacienti/klienti, ale vůbec veřejnost. K udržení veřejné „fasády“ (101, s. 92) se mezi nimi uplatňuje soudržnost a zavazuje je profesionální etiketa. Goffman dokonce jako o technice boje proti neloajlnosti některého člena týmu mluví o „vybudování intenzivní skupinové solidarity v rámci týmu a současně vytvoření takové zákulisní podoby obecnstva, která obecnstvo vykresluje v dostatečně nelidském světle, aby účinkujícím podvodně poskytla emocionální a morální imunitu.“ (101, s. 208) To může být skutečně nebezpečné, minimálně jako ohrožení terapeutického vztahu.

### 13.3 Kultura na pracovišti

Přirozená lidská solidarita mezi členy skupiny zaměstnance nejen podporuje, ale vytváří také nátlak na to být týmovým hráčem. Jaká pravidla má „hra“ v dané organizaci nebo na konkrétním pracovišti? Mimo oblast tvrdých pravidel mluvíme o organizační kultuře, Jan Sokol používá pojem „zavedený mrav organizace“ (82, s. 221). Silná kultura v organizaci může doslova ovládat tamní chování a týká se to i osob v instituci žijících, které mohou mít vlastní (sub)kulturu. Je odpovědností vedoucích kulturu vytvářet a podporovat, jinak se vyvine živelně.<sup>164</sup>

O kultuře v instituci s velkou naléhavostí pojednává materiál Penal Reform International (dále také „PRI“), z pera Jema Stevense, a to jako o systémovém faktoru určujícím, jak vážné riziko špatného zacházení bude v instituci přítomno. „Kultura na místech omezení svobody představuje sdílené domněnky a hodnoty personálu a umístěných osob, jež řídí chování v rámci zařízení omezení

---

<sup>164</sup> „Nezdravá organizační kultura představuje pro zdravotnické zařízení jedno z největších rizik dlouhodobého, vážného selhání.“ (112, s. 81)



svobody.” (111, s. 4) Zahrnuje sdílený názor, co je v zařízení důležité, jak se řeší problémy, jaké chování je akceptovatelné a jaké ne.

Kultura je výslednicí řady faktorů. Tím je například poslání zařízení, jak je oficiálně zakotveno, ale i neformálně sdělováno vedoucími. Podle PRI je rozdíl, zda je posláním instituce péče (léčba) nebo detence či ubytování. Snad právě zde jsou kořeny toho, proč je v praxi takový rozdíl v tom, jak k lidem s problémovým chováním přistupují pečující profesionálové a jak policisté. Některé faktory označuje Penal Reform International přímo za rizikové z hlediska nebezpečí ubližování a porušování práv – pokud se některé přístupy a hodnoty, které jdou proti právům člověka, dostanou do kultury instituce, může to být velmi nebezpečné.

- PRI například tematizuje nebezpečnost názoru, že lidé omezení na svobodě nezasluhují práva. S tím jsem se osobně mimo vězeňské prostředí nesetkala, zato ale ano s otevřeně verbalizovanými projevy typu „jen samá práva, ale že je ten člověk nebezpečný, to nikoho nezajímá“. Zde lze připomenout přesvědčení, že je třeba „dát jim za vyučenou“, „každý si zvykne“ a „ještě by nám měli být vděční“. Vybavuji si také rezervovaný postoj z jednoho domova pro seniory: „my svoje pravomoci nepřekračujeme a není naší povinností starat se, jestli lékař nepředepíše příliš vysoké dávky tlumících léků“, nebo výrok jednoho primáře gerontopsychiatrie: „odtud všichni odcházejí jen nohama napřed“. Tyto fráze jistě formují přístup personálu k tomu, co pacientům/klientům náleží.
- Dále PRI uvádí jako rizikový faktor ztrátu jedinečnosti lidského života. Když se práce personálu stane rutinou, osoby omezené na svobodě mohou ztratit status jednotlivců a stát se jen neživými objekty anebo masou osob, z nichž od každé lze čekat to stejné. To v praxi mohou dokládat výroky personálu typu „dělají nám to naschvál“, „oni to mají jinak“, či až neuvěřitelné „jedu si pro housky“, což řekl člověk, který provozoval neregistrované zařízení pro seniory, jež si jezdil vyzvedávat do jedné psychiatrické nemocnice. Řadu let nesu v paměti výrok zdravotní sestry z gerontopsychiatrie, že „pacient si spokojeně šutoří v síťáčku“. Jestli si dobře vzpomínám, dále jsme spolu mluvily o tom, zda by do péče zařízení klidně svěřila svou matku, což ji zarazilo – skrze provedení svého druhu role-reversal testu pacient náhle získal tvář konkrétního, důležitého člověka.
- Rizikovým faktorem mohou být také diskriminační postoje, na základě jakéhokoli důvodu. To je riziko vystihující zranitelnost lidí s mentálním postižením hospitalizovaných na obecných odděleních v (psychiatrických) nemocnicích, kde mezi personálem panuje přesvědčení, že takový pacient tam nepatří a „nevíme, co s nimi“. To má zprošťovat odpovědnosti za to, že se vůči lidem s postižením často preventivně používají omezovací prostředky.
- Významné rovněž je, pokud na pracovišti „zdomácní“ násilí. V jedné psychiatrické nemocnici se jako refrén na náročných odděleních opakovaly obavy personálu z napadení pacienty. V dané organizaci byl pacient vnímán jako agresor a pečující jako ten, kdo je dřív nebo později zraněn.

Když se taková atmosféra spojí s přesvědčením, že „my sestry si musíme nějak poradit“, protože lékaři nechtějí být rušeni nebo nejsou z jiného důvodu dostupní, vzniknou příhodné podmínky pro preventivní a prodlužované používání omezovacích prostředků.

- K rizikovému faktoru, jako který PRI uvádí použití moci pro osobní prospěch, mi vytanula pouze jedna zkušenost – totiž když v některých zařízeních sociálních služeb jsou prací všeobecné sestry pověřovány osoby bez náležitého vzdělání. Vystupují pak opravdu důležitě a s autoritou.
- „My a oni“, tedy už vyhocené vnímání rozdělení rolí, jež je jinak fungování instituce inherentní. PRI upozorňuje, že „personál může být podezřívavý o úmyslech a chování umístěných osob, které dozoruje, nebo může pociťovat, že s nimi soutěží o pozornost vedení. Personál také může tento přístup zaujímat vůči nadřízeným nebo společnosti“ (111, s. 9). S identitou oběti a ukřivděností na straně personálu typu „nechali nás v tom, nikdo se nezajímá o sociální služby a podmínky pro práci v nich“, „na práva zaměstnanců se nikdo neptá,“ se lze setkat celkem často.
- Kultura nepostižitelnosti – tedy když je mezi personálem spiklenectví vyznačující se mlčením navenek. To je celkem běžné (viz kapitola 13.2). Problém je, pokud se mlčení neprolomí ani při vážných prohřešcích a když je zároveň vedení neschopné a fakticky neví, co se na pracovišti děje. K pocitu nepostižitelnosti nicméně mohou někteří lidé dojít celkem oprávněně, uvážíme-li například, že v sociálních službách vykonává inspekční činnost od roku 2007 již třetí úřad s neustálými organizačními či ideovými problémy, a že ve zdravotních službách probíhá správná kontrola pouze ostrůvkovitě. Lze si snadno spočítat, že pravděpodobnost citelného postihu být jen protiprávních postupů je nízká. V případě postupů sporných či závadných „jen“ morálně to není jiné. Zde mohu jako příklad uvést možnost, jak se zbavit nepohodlného klienta sociální služby: pokud personál přivolá kvůli zvládnutí problematického chování klienta rychlou záchrannou službu, je vysoce pravděpodobné, že klient bude odvezen do psychiatrické nemocnice, kde několik týdnů zůstane. Účelové jednání má šanci rozkrýt jen kompetentní odborník za příhodných okolností, kdy najde svědky.

To byly mé asociace k vybraným aspektům institucionální kultury, jež Penal Reform International uvádí jako rizikové. Přemýšlím, kam případně zařadit situaci, kdy vedoucí pracovník hájí a prosazuje nezákonný postup s tím, že etika má v jeho svědomí primát. Ke konfliktu práva a svědomí v lékařské profesi někdy v praxi dochází; jeho zohlednění nalezneme v etickém kodexu České lékařské komory<sup>165</sup>, usnesení rady World Medical Association<sup>166</sup> a je rozpracovaný v literatuře (81). Podle

---

<sup>165</sup> „Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.“ (Etický kodex České lékařské komory, § 1 odst. 3)

<sup>166</sup> „Etické hodnoty a právní principy mají obvykle úzký vztah, ale etické závazky příznačně právní povinnosti přesahují. V některých případech zákon nařizuje neetické chování. Že lékař vyhověl zákonu, nutně neznamená,

mého názoru však je rozdíl, jestli jde o konkrétní případ a individuální odpovědnost lékaře, nebo o přístup celého pracoviště založený na postupu odporujícím zákonu, jenž lékař (primář) významně ovlivňuje. Vybavuji si případ týkající se elektrokonvulzivní terapie (ECT), které se řada pacientů ještě dnes velmi bojí. Zákon říká, že bez souhlasu je možné podrobit pacienta léčbě jen v případě neodkladné péče. Na zkoumaném pracovišti vedlo vnitřní přesvědčení lékaře k tomu, že ECT indikoval i těm nesouhlasícím pacientům, u kterých to bylo „pouze“ vhodné, nikoli nezbytné ve smyslu neodkladné péče. Přičemž tak postupoval pravidelně. Šlo o postup odchýlný od zákona a vědělo o něm celé oddělení a celá nemocnice. Nedovedu si představit, že by chronické ignorování zákona nemělo dopad na kulturu instituce.

Proti rizikovým faktorům staví Penal Reform International zavedení úcty k právům člověka do institucí. V praxi to znamená „zajištění pojistek proti špatnému zacházení a podporu konstruktivního prostředí skrze vzájemný respekt mezi personálem a osobami omezenými na svobodě“ (111, s. 7). S tím ovšem nemá nic společného, když jsou pojistky uplatňovány pouze formálně – skrze nesrozumitelná poučení a formulky, které nemají žádné pokračování v praxi. To naopak svým projevem paralelního systému podkopává účinek lidských práv, takže kulturu organizace neozdraví.

Každopádně Penal Reform International konstatuje, že měnit kulturu organizace je nesmírně těžké a hlavně časově náročné.<sup>167</sup> Jeho poselstvím však je, že je to možné a že se to může dít proto, že pozitivní kultura je v důsledku efektivnější a bezpečnější, a to ne jen z hlediska klienta. Jako nástroje k dosažení změny uvádí vnitřní audity, kodexy, stanovení pracovních postupů a školení. Zároveň upozorňuje, že nezbytné je viditelné zapojení vedení do takových iniciativ. Také proto je důležité, co je psáno v „etických“ kodexech, nařízeních a směrnících a jaký signál k tomu vedení vysílá. Jednoznačně nepříznivě musí na personál působit, když vedení dává najevo, že „standards máme v pořádku, šanonů s nimi jsou dvě police“, ale nikdo na vedoucích pozicích se fakticky nezajímá o to, co se na pracovištích děje.

S výhradou, že vnímám zásadní rozdíl mezi zařízením vězeňským a zařízením péče, na tomto místě zmíním i koncept tzv. dynamické bezpečnosti (angl. dynamic security). Nejčastěji právě ve vězeňském kontextu jej uplatňuje jak Penal Reform International, tak i Výbor CPT, ale dle mého je přenosný na poskytování péče některým typům nemocných s rizikem agrese v chování. Jde o přístup založený na vědomí, že bezpečnost nezajišťuje dostatečně jen ostraha. Faktory, které mají na bezpečnost vliv,

---

že jednal eticky. Když je zákon v rozporu s lékařskou etikou, měli by lékaři pracovat na změně zákona. V situaci takového konfliktu etická odpovědnost převáží.“ (113)

<sup>167</sup> „Zajímavou vlastností ovzduší, kterou nejlépe vyjadřuje pojem *genius loci*, je svého druhu nesmrtelnost. Mění se lidé tvořící dané prostředí, ale ovzduší zůstává, jako kdyby bylo nějak spjata s místem, nikoli s lidmi, což je přirozeně absurdní.“ (62, s. 220)

jsou spíše dynamické a vyžadují, aby personál věděl, co se uvnitř vlastně děje. Ví se, že personál může dosáhnout zlepšení bezpečnosti a pořádku v zařízení, když k umístěným přistupuje lidsky a slušně. Jednak je tím poznává a je schopen rychle rozpoznat, když vzniká nějaké riziko, a jednak je pro ně spíše kladnou postavou než nepřítelem a potenciálním terčem agrese. Dynamická bezpečnost je tedy založena na pozitivních vztazích mezi personálem a umístěnými, férovém jednání a smysluplných aktivitách. (111)

Nový impulz a zlepšení atmosféry může také přinést promyšlená práce s prostředím, v jehož rámci se péče odbývá. Řada míst, kde je lidem poskytována péče, je stále ještě vybavena mřížemi v oknech (ať už je důvodem cokoli). Velmi silně působí, pokud je v zařízení špína, nepořádek, zápach moči. Dále dle PRI přináší změnu kultury transparentnost – tedy zveřejnění některých informací o fungování zařízení a jeho otevření vnější kontrole.

Výbor CPT se ke kultuře organizace také vyjadřuje, a to náročným doporučením, aby odpovědné orgány usilovaly o vytvoření profesionální kultury, podle které je správné hlásit případy špatného zacházení způsobeného kolegy a být součástí týmu těch, kdo se k nekorektnímu zacházení neuchylují. Cesta, jak oznámení učinit, musí být citlivě připravena, stejně jako ochranná opatření pro whistleblowery. Nadřízení a také kontrolní orgány musí bojovat s kulturou nepostižitelnosti. (114)

Petr Škrla a Magda Škrlová rozeznávají konkrétně ve vztahu ke zdravotnické organizaci faktory, které ohrožují organizační kulturu. Jsou jimi mimo jiné nejasná představa o tom, co je úspěch a jak jej dosáhnout; zvyšování indexu entropie; narůstající stupeň vyčerpanosti; projev nezájmu managementu o problémy zaměstnanců; zřetelná ztráta naděje a směru; nevhodný postoj managementu – zaměstnanci mají dojem, že jsou pokládáni pouze za nákladové položky. (112)

Dotýkají se i vztahů lékařů a sester – autoři jako ohrožující faktor uvádějí stav, kdy se o reformě jejich vztahů pouze mluví. „Komunikace mezi lékaři a sestrami je často zdrojem pocitů úzkosti na jedné straně a frustrace na straně druhé. Komunikační problémy jsou u sester umocňovány přesvědčením, že lékaři si neváží jejich práce a že je nepokládají za důležité partnery péče. Na některých odděleních tato skutečnost způsobuje napětí a kde je napětí, tam může být i vážně ohrožena bezpečnost pacientů.“ (112, s. 109)

Úroveň pouhého faktoru ovlivňujícího kulturu na pracovišti představuje situace, kdy organizace má vysloveně špatné vnitřní předpisy. Například je uvedeno ve směrnici zařízení, že ošetřující personál může ke zvládnutí nebezpečných stavů pacientů použít terapeutickou izolaci, ale místnost není uzpůsobena pro bezpečný pobyt pacienta, takže se nepoužívá a pečující mají prázdné ruce. Jiným příkladem jsou v předpise stanovené úrovně dohledu nad pacientem v omezení, které se nedají dodržet. Nebo nesoulad mezi informacemi uvedenými ve vnitřních předpisech pro sestry a pro lékaře. Francouzský generální inspektor rozkryl, že některá zařízení, ve snaze uspět při certifikaci, vytvářela desítky vnitřních předpisů. Setkal se s předpisy o používání omezovacích

prostředků, jež se velmi odchýlily od postupu doporučeného národní akreditační agenturou, ale kopírovaly místní špatnou praxi. Obsah předpisů před generálním inspektorem nikdo nezkontroloval. „Jinými slovy, když má někdo horečku, někteří lidé se rozhodnou namísto řešení problému změnit nastavení teploměru.“ (14, s. 78)

### 13.4 Úloha vedení organizace

Uvedla jsem, že vedoucí pracovníci jsou odpovědní za vytváření kultury organizace, což vyžaduje také jejich osobní viditelné a věrohodné zapojení. V kapitole 10 jsem dovedla povinnost uplatňovat princip nezbytnosti v praxi. Domnívám se, že do budoucna by se právě zde měla rozvinout odpovědnost vedení. Považuji za nepřiměřené stíhat konkrétní pečující v několika málo případech, na které si společnost „posvítí“, a zároveň netematizovat odpovědnost za neuplatnění principu subsidiarity při rutinním používání omezovacích opatření. Vedoucí pracovníci nemají většinou přímou odpovědnost v jednotlivých případech, založenou na základě příčinné souvislosti mezi jejich jednáním či opomenutím a konkrétním protiprávním následkem. Prokázání vlivu řady faktorů na frekvenci aplikace omezovacích prostředků však formuje obsah jejich manažerské odpovědnosti za svěřenou organizaci: za stav organizace práce, odbornou úroveň poskytování péče, prostředí a kulturu organizace. Pokud se ví, jaká opatření by významně snížila používání omezovacích prostředků, je z hlediska morálního jednání v roli vedoucího pracovníka povinností učinit vše, co lze rozumně požadovat, a to s náležitou odborností.

V kapitole 13.1 jsem zmínila *účel organizace*, a to s úmyslem odkázat tím na teleologické pojetí (telos jako účel, cíl) spravedlnosti v etice ctností. (69) Pokud poznáme účel nějaké instituce, k čemu slouží, bude zřejmější, jak má správně fungovat a o jaké hodnoty mají usilovat její představitelé, a jakými prostředky. Například u psychiatrické nemocnice je rozdíl, pokud je jejím účelem detence, poskytnutí azylu, zaopatření nebo léčba.<sup>168</sup> Pokud je jí léčba, není jen věcí názoru, nýbrž nutností usilovat rovněž o terapeutický vztah a jeho ochranu před narušením (srov. kapitolu 14.2.2), podmínky pro opravdu terapeutický přístup ze strany pečujících a minimalizaci restriktivnosti v zacházení. Podobně lze teleologickou úvahu uplatnit i na omezovací opatření. K čemu slouží? Jestliže k deklarované ochraně osob, pak je z etického pohledu nutností vytvářet předpoklady právě pro takové a ne jiné použití.

Marta Munzarová se tomuto tématu věnuje rovněž, a to skrze úvahu o cílech medicíny, z nichž pak vyplývá, co je dobrem při jejím výkonu. Autorka zřetelně upřednostňuje jako cíl dobro nemocného – „jednoho nemocného v rámci klinického setkání“ a varuje před rozkladem teleologického pojetí

---

<sup>168</sup> Kladu si otázku, jaký bude účel centra duševního zdraví, základní jednotky psychiatrické péče v transformovaném systému.

dobra (81, s. 52). Jiné, společností žádané cíle (ekonomické, administrativní, vědecké, politické) zavádějí externí morálkou a jsou nebezpečné. Souhlasím s tím, že jde o klíčovou otázku, ale sama autorka připouští, že nalezení „dobra nemocného“ je někdy problém (i v dialogu mezi lékařem a nemocným), a osobně vidím i jiné cíle, jež jsou zcela ušlechtilé. Nenacházím argument, proč by medicína, či poskytování péče obecně, mělo být nějak vyňato ze starosti o veřejný zájem, jak to ostatně připouští i Úmluva o lidských právech a biomedicíně.<sup>169</sup> Proto může medicína sloužit i k ochraně jiných osob než pacienta.

V kapitole 10.3.4 jsem blíže popsala případ úmrtí pacientky v síťovém lůžku na ženském neklidovém oddělení psychiatrické nemocnice v roce 2012, který vyšetřil a komunikoval veřejný ochránce práv Pavel Varvařovský. V tomto případě se nakumulovala řada problematických momentů a vyjevila se hořká skutečnost. Pacientka zemřela na oddělení, kde podmínky pro poskytování péče ochránce po provedení systematických návštěv v minulosti opakovaně kritizoval: podmínky na oddělení jednak samy vynucovaly používání omezovacích prostředků a jednak ztěžovaly dohled a provedení omezení důstojným způsobem. Ochránce toto vyslovil čtyři roky před mimořádnou událostí, ale jeho doporučení k nápravě nebyla vyslyšena a vedení nemocnice neučinilo žádné podstatné změny. Později také vyšlo najevo, že případů, kdy nějaká pacientka narušila síť lůžka a hrozilo tak zranění, bylo více, a že interně se problém přetíženosti daného oddělení řešil (bez úspěchu) od roku 2005. Až následně vedení změnilo určení oddělení a pro léčbu akutních stavů vyčlenilo a uzpůsobilo jiné oddělení.

Nechci zde předkládat tragédii jedné ženy a její rodiny, ale organizace, jejíž vedení znalo slabinu daného oddělení, ale nevyřešilo ji. Toto byl pohled veřejného ochránce práv. Nesdílelo jej Ministerstvo zdravotnictví, jež po incidentu zhodnotilo následná opatření vedení nemocnice a bylo spokojeno; k podmínkám poskytování péče na daném oddělení se nevyjádřilo nad rámec toho, že práce na takových odděleních je náročná. Já si ale myslím, že ochránce měl pravdu a myslím si to i přesto, že jsem se osobně účastnila opakovaných jednání s ředitelem této psychiatrické nemocnice, jež byla z jeho strany naprosto korektní. Ačkoli jsem se vždy snažila držet od sebe daleko myšlenku, že by někdo musel být „vinen“, lituji, že pochybení nikdy nikdo neuznal. Připadá mi totiž nebezpečné nepřipouštět manažerskou odpovědnost za problémy tohoto typu.

Ač tato událost vzbudila pozornost médií, nedalo se to srovnat s případem vraždy v květnu 2015. Pachatelem byl muž, který byl tři měsíce před činem pacientem psychiatrické nemocnice, odkud jej po měsíční hospitalizaci propustili pro netrvání důvodů pro detenci. Paradoxem je, že taková událost stála křeslo ředitele psychiatrické nemocnice, když jej odvolal ministr zdravotnictví Svatopluk

---

<sup>169</sup> Helena Haškovcová zase představuje zdraví jako nikoli jen soukromou záležitost jednotlivce, ale i v jeho veřejném rozměru (118, s. 114).

Němeček, aniž by vůbec existovala validní analýza případu a možné vazby mezi činem a prací nemocnice či jejích lékařů. Odborná veřejnost se ředitele zastala a shodla se na tom, že odvolání to bylo nespravedlivé a důvody veřejně pro ně uváděné byly absurdní. (119) Zjevně šlo o strach ministra z veřejného mínění, který ovšem jeho předchůdci nepocitovali v případě úmrtí v síťovém lůžku, byť tam by bylo možné uvažovat o reálném pochybení vedení nemocnice. Zdá se, že váha stigmatu lidí trpících duševní poruchou je větší, než váha patnáctileté ředitelské kariéry ve svých kruzích uznávaného manažera a psychiatra.<sup>170</sup> Jaký signál tím ministr vyslal? Rozumím mu takto: „Dělejte za zdmi léčebny, co umíte, nikdo vám nic vyčítat nebude, stejně vám pod prsty nevidíme.“

To je české pojetí odpovědnosti vedení organizace poskytující péči, za které je spoluzodpovědné také ministerstvo. Nemohu se ubránit srovnání s britskou zkušeností, kterou jsem popsala výše (kapitola 12.6.1). Zveřejnění zprávy o týrání v jedné nemocnici nevedlo jen ke skandálu a trestnímu postihu jednotlivců, ale k širokému vyšetřování v systému poskytování služeb (pro osoby s mentálním postižením) a přijetí několikaletého programu nápravy na systémové úrovni, včetně zacílení inspekční činnosti. Ministři se ve veřejných prohlášeních hlásili k odpovědnosti za přijetí systémových opatření a k podpoře poskytovatelů služeb do budoucna. (107)

Miloš Mauer představuje tzv. doktrínu korporátního selhání. (20) Nejde o odpovědnost organizace za kontrolu jednání každého jednotlivce, ale za nastolení takových programů, které představují prevenci případných chyb (programy zaměřené na kontrolu dodržování pravidel a zákonů, vytváření a dodržování strategií k detekci možných chyb). Odpovědností organizace je vytváření dobrého etického klimatu, předcházení morální tísní pracovníků a syndromu vyhoření.<sup>171</sup> Na tomto principu

---

<sup>170</sup> Francouzský generální inspektor ve své zprávě popisuje vývoj v politické debatě ve Francii v posledních letech, který je pro lidi s duševním onemocněním velmi negativní. Politická debata je prostoupena důrazem na veřejnou bezpečnost. Nepracuje se s žádnými důkazy, mluví se o detenci a nuceném léčení, namísto ochrany nemocných lidí před důsledky jejich onemocnění. Francie měla také svá dramata, známý je projev prezidenta Sarkozyho po zavraždění studenta v Grenoblu v roce 2008 (v podrobnostech o jeho dopadu odkazují na 14, s. 81 a 86). Generální inspektor se domnívá, že nekonečné opakování pouček o právu na bezpečí a nízká úroveň mediálního obrazu dramatických událostí dokonce narušily i přístup zdravotníků – nebezpečnost pacienta už nepředstavuje výsledek patologie, která vyžaduje léčbu, ale sama představuje základ pro léčbu a pacienta definuje. Generální inspektor zde vidí přímou souvislost s používáním omezovacích prostředků, které je nyní silněji legitimizováno.

<sup>171</sup> Podle Miloše Mauera patří mezi nejčastější příčiny chyb rozptýlená nebo nejasná odpovědnost, podceňování rizika, neochota členů týmu vyjádřit své obavy, nevyužití nástrojů rizikového managementu, neochota sdílet informace a zkušenosti s jinými pracovišti, absence dalšího vzdělávání. Příznání chyby se bere jako slabost. „I když řada českých zdravotnických zařízení alespoň některé typy mimořádných událostí sleduje, praxe naznačuje, že většina zdravotníků má negativní postoj ke hlášení pochybení i téměř pochybení.“ (112, s. 49)

je založena také česká trestní odpovědnost právnických osob, respektive možnost vyvinut se z ní.<sup>172</sup> Právnická osoba neodpovídá za excesivní jednání zaměstnance. To znamená, že se může vyvinut, pokud vynaložila veškeré úsilí, které bylo možno spravedlivě požadovat, aby spáchání protiprávního činu zabránila. Mezi taková opatření se řadí opatření v oblasti řádného řízení a kontroly, včetně povinnosti k předcházení páčání trestné činnosti v rámci právnické osoby, opatření k zajištění firemní kultury a kultury řízení. U té se zkoumá, jak je ve skutečnosti prosazována, žita, jaký tón udává vedení organizace, ale i její střední a nižší management. Dále má váhu obsah a míra respektování vnitřních předpisů, vzdělávací akce, etický kodex, nastavení kontrolních mechanismů, proces identifikace rizik. (120)

### 13.5 Ministerstvo jako instituce

K případu úmrtí v síťovém lůžku je třeba doplnit ještě úroveň zřizovatele a ústředního orgánu státní správy. Ministerstvo zdravotnictví bylo v letech 2008 a 2010 informováno tehdejším ombudsmanem Otakarem Motejlem o neuspokojivých podmínkách poskytování péče na příjmových odděleních psychiatrických léčeben (6 a 7), načež nepřijalo žádná relevantní opatření. Ministerstvo je mimo jiné zřizovatelem všech tzv. velkých psychiatrických nemocnic v České republice. Když média rozvířila případ úmrtí pacientky, vyžádalo si ministerstvo zprávu od ředitele nemocnice. Dokud ochránce Varvařovský opakovaně nežádal ministerstvo o nápravu trvajících špatných podmínek na oddělení, neučinilo ministerstvo v podstatě nic. Pak provedlo v průběhu jednoho roku sedm návštěv psychiatrických nemocnic, při nichž například ve vztahu k dané psychiatrické nemocnici provedlo rozhovor s vedením a prohlídku několika oddělení a ověřilo, že personální vybavení není pod minimálním limitem stanoveným vyhláškou. Sporných a kritizovaných skutečností se návštěva nedotkla a ministerstvo se tedy vlastně ani nebylo schopno relevantně ke zprávě ochránce Varvařovského postavit, což také ochránce konstatoval a posoudil to jako nedostatečnou reakci na tak závažnou událost, jakou úmrtí člověka v síťovém lůžku je.

Ředitel nemocnice nám vysvětlil, že už v minulosti byly vypracovány několikrát plány pro budování nových oddělení či rekonstrukce, jejichž realizace by odlehčila danému problematickému oddělení. Ministerstvo zdravotnictví jako zřizovatel je ale do té doby finančně nepodpořilo a i opatření následující po incidentu financovala nemocnice ze svého rozpočtu. V reakci na případ úmrtí v síťovém lůžku se jeden z projektů upřednostnil. Také při jednání s ředitelem nemocnice jasně

---

<sup>172</sup> Od roku 2011 je v českém právním řádu zakotvena trestní odpovědnost právnických osob s tím, že právnickou osobu zavazuje protiprávní čin (přičítá se jí), kterého se při plnění svých úkolů dopustil člen voleného orgánu, zaměstnanec nebo jiný její zástupce vůči třetí osobě. Právní následky se přičítají přímo právnické osobě.



zaznělo, že když personální vybavení nemocnice překročí minima daná vyhláškou, má poskytovatel zdravotních služeb problémy s udržitelností financování.<sup>173</sup>

Tím, že zřizovatelem dané psychiatrické nemocnice je Ministerstvo zdravotnictví, se (snadněji než v jiných případech) dostávám až k nejvyšší úrovni odpovědnosti ve veřejné sféře, na úroveň jednoho ze subjektů, které určují široký institucionální rámec poskytování v tomto případě psychiatrické péče. Jeho neaktivita má přímý vliv na podmínky poskytování péče v zařízeních.

Ministerstvo je institucí svého druhu. S ohledem na ústavněprávní pravidlo, že státní moc lze uplatňovat jen v případech, v mezích a způsoby, které stanoví zákon, představují jeho účel úkoly stanovené zákony, a to ve specifickém okruhu působnosti. Tím jsou, v případě Ministerstva zdravotnictví, také zdravotní služby. Zákon<sup>174</sup> mezi základní činnosti (každého) ministerstva stanoví mimo jiné zkoumat společenskou problematiku v okruhu své působnosti, analyzovat dosahované výsledky, činit opatření k řešení aktuálních otázek, zpracovávat koncepce rozvoje svěřených odvětví a řešení stěžejních otázek a předkládat je vládě, předkládat podklady pro sestavení návrhu státního rozpočtu, pečovat o náležitou právní úpravu věcí patřících do působnosti a dbát o zachování zákonnosti v okruhu své působnosti a činit potřebná opatření k nápravě.

Považuji za zřejmé, že takové vymezení nemá jen koordinační funkci. Lze dovodit, a to přímo ze zákona, odpovědnost za jasné stanovení poslání organizací, které ministerstvo zřizuje, za provádění kontroly, za zachování zákonnosti v oblasti práv pacienta/uživatele i bezpečnosti práce pečujících pracovníků. K tomu se přidává podíl na odpovědnosti za stav právního a administrativního rámce poskytování péče. Opět nechci moralizovat, ale s ohledem na řadu deficitů, kterou jsem až doteď vylíčila, lze usuzovat na profesionální i morální selhání řady úředníků a politiků.

### 13.6 Zimbardův pojem situace a systému

Situace je sociologický pojem, který zapadá do úvahy o odpovědnosti, ale především o činění rozhodnutí lidí. Situace mají svou objektivní existenci, zároveň jsou závislé na tom, jak je subjektivně vnímají jejich současníci a aktéři.<sup>175</sup>

---

<sup>173</sup> Čerpám z informací veřejně dostupných v databázi Evidence stanovisek ochránce ke spisové značce 4/2012/NZ a informací, jež jsem v minulosti opakovaně přednášela z pověření veřejného ochránce práv.

<sup>174</sup> Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>175</sup> Srov. pojednání o historické sociologii Miloše Havelky, včetně tzv. Thomasova teorému („jestliže lidé považují nějaké situace za reálné, pak budou jednat tak, jako by reálné opravdu byly, a potud budou mít představované situace reálné následky“) a logiky situací dle K. R. Poppera. Situace jsou zdroje, nikoli pouhý

Americký sociální psycholog Philip Zimbardo po analýze Stanfordského vězeňského experimentu zdůrazňuje význam situačních sil; jeho výklad se částečně překrývá s popisem dějů v instituci od Jana Sokola. Zimbardo ale zvláště tematizuje i síly systému, jež s těmi situačními pracují v tandemu. Za nejdůležitější ponaučení experimentu považuje to, že situace jsou důležité, přičemž jsou vytvářeny systémy. „Situace je součástí systému, ale ten je trvalejší, všeobecnější, zapojuje rozsáhlé sítě lidí, jejich očekávání, normy, postoje a možná i zákony. Postupem času systémy získávají historický základ a někdy i politické a ekonomické mocenské struktury, které řídí a usměrňují chování mnoha lidí v rámci své sféry vlivu. Systémy jsou motory pohánějící situace, ty vytvářejí behaviorální souvislosti, ty zas ovlivňují to lidské jednání, které je pod jejich kontrolou. V jistém bodě se systém může stát samostatným subjektem, nezávislým na těch, kteří ho původně založili, nebo i na těch, kteří disponují zjevnou autoritou v rámci jeho mocenské struktury. Každý systém si postupně vyvíjí svoji vlastní kulturu a mnoho systémů společně přispívá ke kultuře společnosti.“ (110, s. 228)

Pro předmět mé práce je zajímavé, že Zimbardo tyto vlivy domýšlel až do toho důsledku, že zbavují člověka individuální odpovědnosti. Situační síly tvarují lidské myšlení a jednání, přičemž „totální situace“ ovlivňuje lidskou přirozenost „způsobem, jenž zpochybňuje náš smysl pro stabilitu a konzistentnost individuální osobnosti, charakteru a morálky“ (110, s. 262). Jiný jeho závěr je už tradičnější: „Jednotlivci a skupiny, kteří se chovají nemorálně nebo protiprávně, musí být stále odpovědní a právně zodpovědní za svou spoluúčasť a zločiny. Nicméně při vyměřování jejich trestu je třeba brát v úvahu situační a systémové faktory, které jejich chování způsobily.“ (110, s. 284) Je to pohled sociální psychologie, jenž napomáhá rozeznávat a doceňovat sociální realitu a nemusí být terminologicky přesný z hlediska mravnosti či práva. Stojí však za promýšlení.

Realita, kterou jsem v této práci popisovala, nenasvědčuje příznivému obrazu českých systémů poskytování zdravotní a sociální péče: nedostatek dedikovaných peněz, málo pozornosti na vrcholu mocenských struktur i kontrolních orgánů, mlčení odborných i politických autorit o tématu omezení volnosti pohybu, strukturální diskriminace některých skupin příjemců péče, neexistující diskuse o etických dilematech, tolerance omezování na strategické úrovni, nedokonalý právní rámec včetně definice toho, co je zakázáno, a toho, co má být činěno k ochraně pacienta/uživatele, a pouze formální akceptace řady pravidel. Velkou obžalobou systému je ostatně rozebraná zpráva Mental Disability Advocacy Center (23; kapitola 7). Zdravotnický systém má řadu aktérů.<sup>176</sup> Vztah s plátcem péče je úplně anonymní. Odpovědnost za strategii má vláda.

---

kontext problémů. Analýza logiky situací se dělí na porozumění historickému původu situace, aktuální povaze a možnostem situace. (121, s. 60 a násl.)

<sup>176</sup> Systémovou rovinu ve zdravotnictví promýšlí Helena Haškovcová ve *Fenoménu stáří* a zdůrazňuje nutnost jasného formulování hodnot, na nichž má stát zdravotní strategie, konkrétně „všeobecné dostupnosti, kvalitní péče, spravedlnosti a solidarity“ (118, s. 113).

Rovněž ze strany situačních sil plyne značné nebezpečí: zanedbávaná kultura na pracovišti, pocit naprosté volnosti v používání moci, moc skupinové konformity, poslušnost k autoritě.

„Některá porušení lidských práv jsou zjevná. Nicméně mnoho, nebo většina zásahů je ve zdravotních i sociálních institucích strukturální povahy a může také být, že za ně v instituci nejsou ani žádný jednotlivec, ani skupina lidí přímo odpovědní.“ (49, s. 7)

### 13.7 Shrnutí

Zdravotnické a sociální organizace jsou se svou spleť vícestanných a nesymetrických vztahů výborným příkladem náročnosti institucionální morálky. Formální vymahatelná pravidla, jež určují role pracovníků instituce, nepokrývají oblast rozhodování zcela.

Zprvé je tu odpovědnost toho, kdo je v postavení vedoucího a určuje program jednání svých podřízených, za udržení hodnotového účelu organizace poskytující péči. Zadruhé, role zaměstnance nevyklučuje jeho individuální odpovědnost jako odborníka. Zatřetí, platí nejobecnější pravidlo, že v každé roli člověk zůstává svobodnou, a tedy i odpovědnou lidskou osobou, která má být schopna případně vystoupit i s kritikou dané organizace. Konečně, jednání v roli nepředstavuje překážku pro to, aby se člověk (pečující) choval slušně, zdvořile a laskavě.

Personál organizace je spojen vnitřní kulturou, která mu může bránit hodnotit skutečnost objektivně a případně vystoupit proti nějakému zlu. Silná kultura v organizaci může doslova ovládat tamní chování. Je odpovědností vedoucích ji vytvářet a podporovat, jinak se vyvine živelně. Kultura organizace je výslednicí řady faktorů, přičemž některé jsou rizikové z hlediska nebezpečí ubližování a porušování práv člověka. Proti nim musí nastoupit zavedení úcty k právům člověka, podpora konstruktivního prostředí vzájemného respektu mezi pracovníky a osobami přijímajícími péči, budování prostředí bezpečného pro vyslovení kritiky, souladnost pravidel a praxe vyžadované vedením. Změnit kulturu organizace je velmi těžké. Odpovědnost za iniciativu nese vedení, přičemž vedoucí musí být viditelně zapojeni a vysílat patřičné signály.

Sociální psycholog Philip Zimbardo tematizuje síly situace a systémů (vytvářejících situace), jež spolu pracují v tandemu a významně působí na jednající jednotlivce. Nepopírá individuální odpovědnost morální ani právní za spoluúčast na zlu, ale při vyměřování trestu požaduje brát v úvahu situační a systémové faktory, které na jednající působily.

V kapitole 10 jsem dovedla důsledky uplatňování principu nezbytnosti v praxi a nyní je tematizuji jako odpovědnost lidí působících ve vedoucích pozicích. Domnívám se, že do budoucna by se právě tato odpovědnost měla rozvinout. Považuji za nepřiměřené stíhat konkrétní pečující za porušení některého zákonného pravidla v několika málo případech, na které si společnost „posvítí“, a zároveň netematizovat odpovědnost za neuplatnění principu subsidiarity při rutinním používání omezovacích

opatření. Vedoucí pracovníci nemají většinou přímou právní odpovědnost v jednotlivých případech, založenou na základě příčinné souvislosti mezi jejich jednáním či opomenutím a konkrétním protiprávním následkem. Prokázání vlivu řady faktorů na frekvenci aplikace omezovacích prostředků však formuje obsah jejich manažerské odpovědnosti za stav svěřené organizace: za stav organizace práce, odborné úroveň poskytování péče, prostředí a kulturu organizace.

Ministerstvo je jedním ze subjektů, které určují široký institucionální rámec poskytování péče ve své gesci, a je také institucí svého druhu. Ze zákona plyne úkol ministerstva stanovit poslání organizací, které zřizuje, zajistit provádění kontroly, zachovávání zákonnosti v oblasti práv pacienta/uživatele i bezpečnosti práce pečujících pracovníků. Dále má ministerstvo podíl na odpovědnosti za stav právního a administrativního rámce poskytování péče. S ohledem na řadu deficitů, které jsem až doteď vylíčila, lze usuzovat na profesionální i morální selhání řady úředníků a politiků.

## 14. Perspektiva jednotlivce

### 14.1 Dilemata a konflikty pečujících

#### 14.1.1 Východisko

Domnívám se, že etika je v oblasti péče dennodenně a hluboce prožívaná. Dokládají to upřímné snahy řady pečujících vypořádat se s dilematy, před kterými je snadné kapitulovat. Prostorem pro ni je terapeutický vztah a zároveň i mizérie všech situačních a systémových omezení, jež znesnadňují komunikaci a práci. Nejprve uvedu dva příklady dilemat pečujících – dilema autonomie versus bezpečí a konflikty plynoucí z poskytování péče způsobem, který plně neodpovídá odbornému přístupu – a pak budu tlumočit doporučení jak je řešit, s nimiž jsem se setkala.

#### 14.1.2 Autonomie nemocného s demencí versus jeho bezpečí

Alzheimer Europe tematizuje konflikt mezi povinností péče a povinností respektovat jednotlivce a jeho autonomii jako jeden z největších etických konfliktů profesionálů pečujících o lidi trpící demencí. (26) Používání omezovacích prostředků může mít dopad na emoční stav pracovníků, způsobovat úzkost, frustraci a pocity viny. Je nesmírně obtížné vybalancovat hodnoty bezpečí a autonomie. Nicméně to je součástí péče a při splnění všech odborných náležitostí (mapování přítomných rizik pro život a zdraví nemocného, poskytování komplexní péče) a při použití zásad subsidiarity a přiměřenosti je možné dojít k nějakému rozhodnutí, s maximálním ohledem na autonomii a důstojnost nemocného, které je z mravního hlediska dobré.

Profesní standard vyžaduje, aby v centru pozornosti byl nemocný. Do etické rozvahy pečujících by se naopak neměly „vejít“ ohledy na zájmy dalších subjektů. Jako příklad lze uvést spekulace o právních

důsledcích, pokud by se nemocnému bez omezení něco stalo,<sup>177</sup> nebo ohledy pečujícího na vlastní postavení, když nadřízení mají jiný názor na priority v péči nebo na používání omezujících postupů. Prioritou nadřízených může být plnění harmonogramu práce. Omezující postupy mohou být součástí způsobu poskytování péče zavedeného na daném pracovišti. V takovém případě nepoužití omezení může být vydáváno za odbornou chybu nebo porušení pracovní kázně.

Právě tlaku ze strany nadřízených Alzheimer Europe věnuje zvláštní pozornost a autoři tematické zprávy požadují, aby pečující dilema ustáli: „Péče o osobu s demencí znamená dělat, co je v nejlepším zájmu osoby, což je použití omezení zřídka, pokud někdy. Jak bylo uvedeno, lidé s demencí často nemají moc protestovat, mohou být snadno manipulovatelní a kvůli závislosti na pečující osobě jsou ve zranitelném postavení. Proto na pečujícím spočívá povinnost respektovat osobu s demencí a jednat v jejím nejlepším zájmu.“ (26, s. 56) Autoři zde zjevně apelují na etický postoj pečujících, tedy vznášejí požadavek vysoce náročný. Ovšem kde pečující pocítuje etické dilema, není jiné odpovědi, než právě etické. Budu v ohledu na pečující ještě pokračovat, na tomto místě se však hodí připomenout, že konflikty z dilematu *autonomie versus bezpečí* jsou do značné míry generovány celkovým paradigmatem, které se v dané organizaci uplatňuje.

Jako klíčové téma toto dilema určil Atul Gawande ve své knize *Nežijeme věčně: medicína a poslední věci člověka*. (122) Autor, americký lékař, hledá nějaký závěr prostřednictvím reflexe vlastních zkušeností a poznatků o dlouhodobé a paliativní péči ve svém okolí. Všimá si, že bezpečí se v kritériích kvality snadno stanoví jako nejvyšší priorita. Člověku však v životě nejde jen o bezpečí a ochranu, nýbrž potřebuje, aby jeho život měl smysl a hodnotu a možnosti, které by mu je daly. „Problém medicíny a ústavů, co se týče péče o staré a nemocné, nespočívá ani tak v tom, že by měly mylný názor na to, co je v životě důležité, jako spíše v tom, že na tuto věc nemají názor žádný.“ (122, s. 112)

Autor vytknuté dilema popisuje na projektu asistovaného bydlení, vyvinutého v 80. letech v USA paní Keren Wilsonovou v opozici k ústavní péči v domovech pro seniory. „Obyvatelé sami rozhodovali o svém životě, o základních pravidlech, o rizicích, která jsou nebo nejsou ochotni podstupovat. (...) Ihned se však našli tací, kteří tento koncept zpochybňovali. Mnohým dlouholetým zastáncům maximální ochrany seniorů připadalo toto uspořádání velmi nebezpečné.“ Měli legitimní otázky. „Je člověk, který odmítne pravidelný úklid, kouří cigarety a jí sladkosti, které mu způsobí diabetickou

---

<sup>177</sup> V rámci španělského projektu *Odvažte seniory a lidi s demencí* zaznamenali, že rodinní příslušníci obyvatel zařízení, kde se omezování používalo, byli více nepřátelští, než u zařízení bez restrikcí. V zařízeních bez restrikcí si i nadále kladou otázku, kolik bezpečnosti je bezpečné (angl. how much safety is safe?), ale když si ji kladou spolu pracovníci i příbuzní a když sdílejí argumenty, řeší se případ od případu a to vede k tomu, že nenastávají etické konflikty a právní spory. Ve výsledku jsou rodiny spokojenější a zařízení zlepšují svůj obraz jako instituce. (26)

krizi, jež si vyžádá hospitalizaci, obětí zanedbání péče, nebo archetypem svobody? Neexistuje zřetelná hranice. (...) A Wilsonová nepředkládala žádné jednoznačné odpovědi. Ona ani její zaměstnanci se nezříkali odpovědnosti za starost o bezpečí obyvatel. Jejím primárním úmyslem však bylo nabídnout lidem místo, kde by si mohli uchovat autonomii a soukromí v takové míře, jako by žili ve vlastním domově, tedy včetně práva odmítnout omezení, jež by plynula z péče o bezpečnost nebo z obvyklých ústavních pravidel.“ (122, s. 82 a 83)

Jak věrohodné, vždyť se stejným napětím se lze setkat i v českých zařízeních pro seniory, kde berou vážně důstojnost uživatele. Jana Heřmanová píše v rámci výkladu o morální odpovědnosti sester o ochotě „konfrontovat hodnoty vlastní s hodnotami pacienta a uvědomit si, nakolik naše vlastní hodnoty mohou ovlivnit péči“ (66, s. 67). Může institucionální kultura, založená na kvalitě péče i respektu k autonomii člověka, zaplašit podezření na zanedbávání, jež nižší bezpečnost navozuje? Gawande dochází k závěru, že zařízení pro seniory jsou budována ani ne tak pro staré lidi, jako spíše pro jejich děti. A jim se především prezentují jako *bezpečná* místa. „Pro sebe chceme svobodu a pro ty, které milujeme, bezpečí. Mnohé z toho, co chceme pro své blízké, jsou věci, které bychom sami rezolutně odmítali, neboť by porušovaly naši autonomii.“ (122, s. 95)

Autorovi lze dát v mnohém za pravdu, lze ale i doplňovat. Opuštění primátu bezpečí v zájmu autonomie a kvality života nesmí být skrytým ulehčením péče, projevem nezájmu a neobdobnosti. Zabývala jsem se tím, když jsem na konferenci veřejného ochránce práv o ochraně seniorů žijících v institucích měla za úkol shrnout jeho závěry k tématu autonomie vůle u klientů s demencí. (123) V této souvislosti jsem postavila problém jinak než Gawande – autonomie nikoli versus bezpečí, nýbrž důstojnost člověka. „U osob s demencí nevystačíme s principem autonomie vůle, a to právě kvůli poruše kognitivních funkcí, myšlení, paměti, orientace v prostoru a čase, ztrátě schopnosti plánovat a organizovat svůj život. Je třeba ho doplnit a ‚vyvážit‘ principem ochrany lidské důstojnosti, čili vhodnými kroky, ‚managementem‘, předcházet tomu, že by docházelo k zásahům do lidské důstojnosti klientů.“ (123, s. 85; srov. 11, s. 22) Předpokladem této modifikace primátu autonomie vůle je péče založená na znalosti problému, jakým syndrom demence je, a individuální hodnocení potřeb člověka s ohledem na fázi onemocnění.<sup>178</sup> Bez toho může být primát autonomie cynicky zneužit k zastření zanedbání, jako když má záviset na projevu přání klienta s demencí, zda bude vysazen na toaletní křeslo s použitím zástěny nebo bez ní, zda bude v lůžku posazován nebo zda dostane na noc postranici.<sup>179</sup>

<sup>178</sup> V rámci Kanceláře veřejného ochránce práv nás zásadně ovlivnila Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. (29)

<sup>179</sup> Vzpomínám na Sanatorium Lotos, příklad špatné praxe poskytování péče seniorům (12). Ošetřující personál tam deklaroval jako prvořadé hledisko pro změnu přání rodiny – a tak i klient, který netrpěl demencí, měl cigarety na přiděl podle přání rodiny, skříně na pokojích byly zamčené a klientům jejich věci a smíšený pár spolu

Líbí se mi, že Atul Gawande nebuduje nějakou filosofickou konstrukci a nemění jedno velké slovo za jiné: „Autonomie je v podstatě stejně prázdným a nesmyslným životním cílem jako například bezpečí. (...) Ale my chceme, ať se stane cokoliv, mít svobodnou možnost utvářet své životy v souladu se svou povahou a přesvědčením. (...) Boj s vlastní smrtelností je bojem o udržení integrity v rukou těch, jimž je lhostejné, kdo jsme nebo kým chceme být. Když přijdou nemoci a stáří, je tento boj ještě obtížnější. A odborníci a instituce, na něž se obracíme, by nám jej neměli ještě ztěžovat. Naštěstí jsme ale vstoupili do éry, kdy je jich stále více přesvědčeno o tom, že jejich posláním není lidi ve jménu bezpečnosti omezovat, ale naopak ve jménu kvality života jejich možnosti udržovat.“ (122, s. 123)

### 14.1.3 Neodbornost, trest a poškození

Jedním ze znaků současné situace v poskytování péče je, že se v praxi tolerují postupy, které lze označit za neodborné. Z toho rovněž plyne pro pečující personál konflikt – jak přesně postupovat? Rozpracovala jsem tuto myšlenku na příkladu psychiatrické péče.<sup>180</sup>

Ve zdrojích odborné literatury je řadu požadavků, které se běžně neuplatňují nejen kvůli nedostatku prostředků, ale protože nejsou známé a zažité. Například požadavek, aby zákrok proti agresivnímu pacientovi, pokud se má provést, proběhl s jistotou převahy sil, rázně a krátce, bez „nedůstojných šarvátek“ (59, s. 149). Jako extrém si vybavuji psychiatrickou nemocnici, kde třikrát do měsíce volali na oddělení policii, protože téměř výlučně ženský personál nebyl schopen vlastními silami zvládat nebezpečné chování pacientů. Podobně není v praxi realizovaný požadavek, aby součástí individuálního plánu péče o nemocného bylo stanovení způsobu, jakým lze nejefektivněji zvládnout pacientovu ztrátu sebekontroly a následné ohrožující chování (47, s. 153). Ani se v praxi nečiní potřebné úpravy při poskytování péče lidem se zvláštními potřebami, jako je například mentální postižení.

---

mohl bydlet právě jen pod podmínkou souhlasu rodiny. O individuálních potřebách klientů personál nevěděl nic.

<sup>180</sup> O provázanosti běžného používání omezujících postupů a neodbornosti v dlouhodobé péči svědčí výsledky průzkumu, který proběhl v rámci španělského projektu *Odvažte seniory a lidi s demencí v 72 pečovatelských zařízeních* s cílem zjistit úroveň péče v jiných aspektech, než je omezení volného pohybu. Závěrem je konstatování, že s používáním omezovacích prostředků jde ruku v ruce nedokonalá péče. Například při managementu rizika pádu, práci s problematickým chováním nemocných a rehabilitaci. Nevyužívají se nefarmakologické strategie a neřeší se polypragmatizace. Dále školení pracovníků neodpovídá problematice klientely, o kterou pečují, a je chabá reflexe etických aspektů péče. V zařízeních s používáním omezovacích prostředků byly také zaznamenány vážné nedostatky v zajištění pasivní bezpečnosti – volný přístup do nebezpečných zón, nedostatečné osvětlení, velké množství překážek v průchodech a přeplněnost některých prostor. Co se týká nábytku, bylo tam málo možností přizpůsobit výšku postele potřebám uživatele, sotva jaké možnosti různého sezení, přičemž to pro různé pacienty nebylo vyhovující. A naopak, propagátoři projektu uvádějí, že když pečující po nějaký čas pracují bez restrikcí, nová zkušenost vede ke zvýšení jejich odbornosti právě v těchto dosud zanedbaných oblastech. (26)

Dále lze na mnoha psychiatrických pracovištích pozorovat tolerování pouze formálního vzdělávání. Sestry často nemají pravidelné roční proškolení v tématu omezování, jež předpokládají doporučené postupy klinické praxe (8; 96), případně se vzdělávání redukuje na přednášku o předpisech. V jedné nemocnici mi například vysvětlovali, že školení na bezpečné zvládnutí agresivního chování pacienta absolvuje staniční sestra a je už na ní, jak a zda je tlumočí svému týmu. Bez praktické části, bez snahy o automatizaci postupu má školení pramalý význam pro praxi a to se odráží také v nízkém sebevědomí některých pracovníků.<sup>181</sup>

Použití omezovacího prostředku za trest by jistě každý profesionál označil za nepřijatelný exces. Osobně jsem se s ním v jednoznačné podobě setkala pouze jednou, když byl pacient umístěn do izolační místnosti za to, že přes zákaz kouřil na záchodě; o dalších případech mám jen zprostředkované poznatky. Ovšem omezení trest evokuje<sup>182</sup> a v psychiatrii je přítomné téma převýchovy. Jednak je intuitivní použít nějakou odezvu na problémové chování, která má efekt trestu, a jednak to může být v krátkém časovém horizontu účinné. K tomu prvnímu momentu si vybavuji studentku právnické fakulty, která na mé přednášce o monitoringu psychiatrických zařízení prohlásila, že po zkušenosti z kurtů alespoň pacient už víckrát nebude na nikoho útočit; poučí se.<sup>183</sup> Ostatně, společnost přisuzuje nemocným odpovědnost za jejich stav. Erving Goffman zase upozorňuje, že v institucích se někdy uplatňují i ve vztahu k dospělým lidem vzorce poslušnosti – projevy nesouhlasu (i s ponižujícími požadavky) jsou považovány za drzost a přímo postihovány. (64) Argument účinnosti mohou relevantně vznést příznivci behaviorálního teorie v psychologii, kde se ve vědecké literatuře objevovala velká důvěra k trestajícím postupům zaměřeným na redukci problémového chování.<sup>184</sup> Pokud se nebude mluvit o správných postupech při zvládnutí rizikového chování pacientů, může se trestání rozšířit.

---

<sup>181</sup> Při studiu anglických předpisů jsem se setkala s podrobností nároků na vzdělávání, jaké nemá v Česku obdoby. Ve službách, kde může být nutné omezovací prostředky použít, se krom bezpečného provedení předpokládají ještě čtyři další dovednosti – způsob poskytování péče založený na vztahu, porozumění vazbě mezi problémy v oblasti duševního zdraví a nebezpečím násilí a agrese, schopnost posoudit nebezpečnost a schopnost snížit nebo odklonit agresi, když se vyskytne. (18) Součástí školení má být umožnění pocítit, jaké to je být podroben omezení. Počítá se se zvláštním školením pro lidi v přímé péči a pro vedoucí. Pracovník může používat jen ty způsoby omezení, ke kterým má vzdělání nebo výcvik. (124)

<sup>182</sup> „Ačkoli záměrné používání omezení ke způsobení bolesti bylo častým případem v minulosti a, předpokládejme, v současnosti už není tento úmysl přítomen, lidé mohou vědomě nebo nevědomě spojovat opatření k omezení jejich volnosti se známými způsoby trestání.“ (26, s. 54)

<sup>183</sup> Nápadně to připomíná racionalizaci, kterou používali studenti-žaláři, kteří se dopustili krutého zacházení ve slavném vězeňském experimentu: aby „vězni“ dostali na pamětnou. (110, s. 43)

<sup>184</sup> Emerson k tomu uvádí: „O přijatelnosti (nebo nepřijatelnosti) využívání averzivních nebo násilných postupů k redukci problémového chování byly napsány tisíce slov. Názory se různí od návrhů, že využití takových



MDAC pojednává o iatrogenním traumatu v souvislosti s použitím omezovacího prostředku. (22) Psychotrauma jako iatrogenním poškození pacienta rozpracoval Miloš Mauer v *Základech moderní lékařské etiky*. (20) Psychotrauma může být způsobeno způsobem léčby pacienta, což je obecný problém, který lze u silových zásahů pozorovat velmi zřetelně. Mauer píše o „ústavním a institucionalizovaném násilí“ a při tom uvádí nejen bezdůvodné omezování svobody, ale i odpírání jídla či pití nebo pomoci s vykonáním potřeby; „mezi nejvíce ohrožené patří ti, kteří se mohou méně bránit, tedy senioři, děti, mentálně a fyzicky postižení pacienti nebo pacienti upoutaní na lůžko“ (20, s. 93). Dopad závisí na průběhu zásahu a na subjektivních faktorech na straně pacienta. Případné trauma pak může být posíleno nevhodnou komunikací s pacientem. Mauer upozorňuje, že již jednou traumatizovaný pacient reaguje odlišně na různé události, zpravidla více nebo méně citlivě než je obvyklé. Jeho chování tedy může působit bizarně a v očích zdravotníků jej spíše dále stigmatizovat.

#### 14.1.4 Etická odpověď

Individuální perspektiva pracovníka uplatňujícího omezovací opatření může tedy zahrnovat pocit ohrožení osobním nebo profesionálním selháním, a to když je v napětí jeho povinnost pečovat a povinnost respektovat autonomii nemocného a používat omezení pouze výjimečně, přičemž zvláštní komplikaci přináší konflikt se zadáním nadřízených.

Zpráva Alzheimer Europe pojednává o pečujících jako o „dvojitých agentech, lapených mezi odborné a etické povinnosti k právům pacienta a povinnosti realizovat záměr zaměstnavatele, což může zahrnovat šetření peněz a provádění výhodných opatření“ (26, s. 57). Pojednávají o tom i zdroje týkající se psychiatrické péče<sup>185</sup> a vyjadřují to sami pečující. České psychiatrické sestry pocítují etický problém v tom, že s ohledem na počet sester ve směně je omezovací prostředek první volbou při zajišťování bezpečnosti pacientů a ostatních na oddělení. (96) Mohu jen podepsat výrok Anne Lecourbe, právníčky pracující pro francouzský národní preventivní mechanismus: „Inspektoři se setkali s týmy zdravotníků, kteří jsou také znepokojeni kvůli právům pacientů a kladou otázky po humánním zacházení s nimi. Zpochybňují význam používání izolace a jsou otevření diskusi o svých postupech, ale nemají čas a tyto praktiky berou jako povolené. Říkají, že zpočátku byli šokováni, ale už o tom nepřemýšlejí.“ (3, s. 36)

Zpráva Alzheimer Europe uvádí, že možností jak při konfliktu s podmínkami na pracovišti vyjádřit svou autonomii, je vyslovit výhrady, nebo přestat pro zařízení pracovat. (26) Tak tedy etický pohled

---

postupů může být v jistých situacích eticky nejvhodnější, až po volání po celkovém odsouzení používání násilných intervencí.“ (17, s. 75)

<sup>185</sup> Mezinárodní společnost psychiatrických sester žádá systematické hledání alternativ k omezení a žádá prostředí umožňující bezpečnou a účinnou péči, tak aby omezení mohlo trvat co nejkratší čas. (50)

jako požadavek na pečující a zároveň jako cesta ke zlepšení jejich postavení ve složitém konfliktu odpovědnosti k více soupeřícím zájmům a subjektům. Jan Sokol uvádí, že právě proto, že jsou vztahy v instituci tak složité, neprůhledné a dilematické, nelze nároky na dobré jednání formulovat jako obecně platná a vymáhaná pravidla. „Bez těch se jistě neobejdeme, sama o sobě ale určitě nepostačí.“ (82, s. 227) Individuální odpovědnost zdravotnických pracovníků je třeba posilovat a bojovat proti morální vyvázanosti, k níž máme my lidé přirozeně sklon. Marek Vácha v rámci výkladu o paradoxu svobody varuje před „útekem od odpovědnosti k naučené bezmocnosti“ jako „jednom z nejstarších lidských pokušení“ (66, s. 23).

Velký význam a také náročnost má po mém soudu také schopnost připustit si vlastní chybu či nezralost, přijmout je a pracovat na zlepšení. To se týká nejen popsanych dilemat, ale také práce s mocí a emocemi. Když si Karel Kopřiva nad úvahami nad pomáhajícími profesemi všímá, jak personál obkličuje řada etických kodexů, v nichž se mísí ideály a tvrdé nároky, dochází k tomuto závěru: „V etických kodexech pomáhajících by měla být proto uvedena ještě jedna zásada, která tam zatím přítomna nebývá: *Pomáhající je připraven kdykoliv vnímat a akceptovat svou nedokonalost, slabost a zranitelnost, kterou pomáhání vyjevuje, a pomocí sebereflexe a supervize napomáhat vývoji k lepšímu stavu, než je ten současný.*“ (106, s. 91)

## 14.2 Integrita a autonomie pečujících

### 14.2.1 Integrita pečujících a co ji tvoří

Jana Heřmanová představuje přístup v rámci etiky ctností, který je založený na morální integritě (v daném kontextu sestry). Integrita je představena jako ctnost holistického charakteru, která umožňuje konsistentní jednání odpovídající přesvědčením a ideálům člověka. U profesionální integrity vychází hodnoty a ideály z cílů profese a profesionální role. (66) Uvedu několik poznámek o skutečnostech, které zvláště prověřují profesionální integritu v souvislosti s tématem omezení volnosti pohybu při poskytování péče.

**Poskytovaná péče je svým charakterem velmi náročná.** V kontextu péče o staré lidi Helena Haškovcová rozpracovala pohled na profesionálně pečující osoby, v němž udává řadu problémů, jež na ně dopadají – od nedostatku pracovníků, přes náročnost a nedoceněnost práce až po psychickou zátěž péče a o trpícího starého člověka. (118) Zvláštní náročnost plyne z péče o osoby s násilným nebo sebedestruktivním chováním a vůbec i používáním síly vůči nemocnému.<sup>186</sup>

---

<sup>186</sup> Erving Goffman si v klasické studii o sociální situaci v institucích všímá, že někdy je pro personál extrémně obtížné udržet vlastní emoce pod kontrolou, když je vystaven sebedestruktivním činům uživatelů. „Ve snaze zhatit tyto zjevně sebedestruktivní činy se může personál ocitnout v situaci, kdy je donucen zacházet hrubě s takovými pacienty, čímž vytváří svůj vlastní obraz jako krutých a donucujících lidí právě v okamžiku, kdy se snaží někomu zabránit, aby si udělal, co by podle nich žádný člověk druhému udělat neměl.“ (64, s. 83)

Francouzský generální inspektor tematizuje tíživý dopad používání omezení na ošetrovatelský personál psychiatrických pracovišť. Každá sestra na psychiatrickém oddělení ví, že bude muset zvládat pacienta v krizi, který bude nebezpečný a neklidný. Ale namísto, aby se hledala dlouhodobě co nejlepší řešení, často se pracuje podle po léta zavedených zvyklostí nebo podle autoritativních rozhodnutí primářů a akceptuje se například společné léčení pacientů vyžadujících odlišný přístup.<sup>187</sup>

**Břemeno náročné péče nedopadá na všechny členy ošetrujícího týmu stejně.** Zvládání krizových situací je po většinu dne ponecháno na ošetrovatelském personálu, vyzbrojeném předpisy léků „pro případ potřeby“. Někdy si ošetrovatelský personál stěžuje, že je od lékařů opuštěný a že nemá jejich řádnou podporu. „Podle některých lékařů se mnoho kolegů přestalo do řešení krizových situací zapojovat.“ (14, s. 85) „Izolovaný“ tým pak používá izolaci (14, s. 96).

**Inherentní náročnost péče ještě ztěžují společenské vlivy.** Literatura zabývající se postavením lékaře pojednává přímo o dehumanizaci, a to jednak ze strany pacientů a jednak zdravotnického zařízení či celého systému. Lékaři nemohou být jen lidmi, nesmí chybovat, musí dostát všem nárokům. (125) O nedostatečném ohodnocení a přetížení nemocničních lékařů pojednává Jan Mach. Podcenění hodnoty práce lékařů a dalších zdravotníků je podle něj nesrovnatelné s ostatními vyspělými zeměmi. (72)

**Od pečujících se očekává vztah.** Vztah je podstatnou složkou povolání ve všech pomáhajících profesích. Medicína je na vztahu lékaře a pacienta založena a jedná se o nenahraditelný a jedinečný „účinný faktor“ (89, s. 83). Také role sester jsou primárně determinovány vztahem k pacientovi. Sice jde o vztah nesouměrný, odehrávající se v rámci nějakého systému, formalizovaného rámce profesionálních a odborných povinností a možností, přesto je povinností zdravotníka usilovat o to, aby šlo o vztah důvěry<sup>188</sup> a terapeutický. K vytvoření a udržování vztahu takových kvalit je zapotřebí času, kterého se ale dle slov pečujících zoufale nedostává kvůli břemenu administrativy a objektivně vzato kvůli převládající personální poddimenzovanosti. Nicméně pečující o jeho navození a udržování usilovat musí.

**Přítom ohrožení vztahové péče znamená také ohrožení pečujícího.** To by nebyla ztráta pouze pro pacienta/klienta, jak na příkladu vztahu lékaře a pacienta uvádí Antoni Kepinski. „Pacient si za peníze kupuje lékařovy služby, jenže těmito službami nejsou jen jeho odborné znalosti, nýbrž celý osobnostní postoj, emocionální vztah k pacientovi. Bylo by správnější říci, že pacient si lékaře kupuje. (...) V tomto poměru považuje jedna ze stran druhou stranu za koupeného odborníka, něco jako

<sup>187</sup> Diagnostická pestrost na odděleních je ve Francii důsledek sektorizace, kdy organizace poskytování péče je postavena na územním principu.

<sup>188</sup> Podle Etického kodexu České lékařské komory má lékař právo odmítnout péči o nemocného, mimo jiné pokud je přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem (§ 2 odst. 4).

elektronový mozek na formulování diagnóz a léčby, kdežto druhá kompenzuje své ponížení přezíráním pacienta z výše své vědecké autority. V obou případech je tedy jeden z nejkrásnějších svazků, jež kdy existovaly v mezilidských vztazích, deformován v poměr subjektu k objektu.“ (62, s. 211)

**Pokud jde o právní ochranu pečujících,** ta je explicitně stanovena pouze pro zdravotnické pracovníky<sup>189</sup>, ale není mi známo, že by ve zdravotnictví vedla ke zlepšení postavení pečujících, když pracují v podmínkách vyžadujících časté omezování volnosti pohybu pacienta. Zato jim přímo zákon předepisuje řídit se etickými principy.<sup>190</sup>

**Zvlášť je tematizována integrita lékaře.** Autoři *Základů moderní lékařské etiky* z několika úhlů predestinují zranitelnost lékařů, kteří jsou vystaveni tlaku zaměstnavatelů, ekonomickým tlakům, někdy dokonce mohou čelit i tlakům politických autorit. Identita lékaře je v ohrožení. Nicméně přetrvávající společenskou prestiží veřejnost lékařům „posílá vzkaz, že je ještě stále nechápe jako pouhé funkcionáře zdraví či jako techniky opravující poškozené součásti těl, jako zaměstnance nějaké korporace, pojišťovny nebo nemocnice“ (20, s. 10).

#### 14.2.2 Ohrožení vztahu mezi pečujícím a jeho klientem/pacientem

Ideální představa vztahu mezi pečujícím a nemocným (klientem) je podobná „vztahům nepodmíněné starosti o druhého“, o kterých pojednává Jan Sokol ve *Filosofické antropologii* (126, s. 194). Uvedla jsem, že vztah má být prostředím, ve kterém může pacient/klient pociťovat k pečujícímu důvěru; podle Heleny Haškovcové je důvěra pro tento vztah determinující (74), podle Pavla Baudiše je ještě více než u jiných lékařských oborů na důvěře závislé psychiatrické léčení (59). Pacient/klient zažívá nemoc a utrpení, jež jej mohou uvrhnout i do životní krize, kterou potřebuje projít lidsky důstojným způsobem. Empatie a nezklamání důvěry snižují pocit strachu, úzkosti a frustrace.

Faktem je, že jde o vztah asymetrický. Ve vztahu laika a odborníka je jeden aktér obdařen mocí nad druhým, který je závislý v mnoha ohledech běžného života. Pacient/klient má kvůli svému stavu oslabenou schopnost řídit svůj život a také svou roli v různých vztazích, což jsou za normálních okolností projevy jeho lidství. To je situace nahrávající dehumanizaci, o níž pojednám dále. Lékař je odborník, u něhož je specifickým požadavkem oboru autorita.<sup>191</sup> Navíc lékař často vystupuje jako

<sup>189</sup> „Zdravotnický pracovník má právo neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví.“ [§ 50 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách]

<sup>190</sup> § 49 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách.

<sup>191</sup> Jsem si vědoma toho, že někteří autoři vztah lékaře a pacienta charakterizují jako (již) rovnocenný a partnerský, dokonce konzumentský. A to především s ohledem na „emancipaci pacientů“, u nichž rostou znalosti a povědomí o medicínské problematice, takže je řeč o tzv. informovaných či expertních pacientech.

zástupce organizace, zatímco pacient je jednotlivec. Tento vztah se odehrává v prostředí, které je odříznuté od vnější kontroly – buď svou odlehlostí, anebo jen zvláštností nezasvěcenému neproniknutelného mikrosvěta, což je dokonale provedeno u tzv. totální instituce. (64) Sice se v mnohém instituce v České republice již otevřely, nicméně v řadě případů pečují o lidi, o které nejeví zájem veřejnost ani jejich rodiny, a obě strany to vědí. Omezením volného pohybu je nepoměr sil ještě dál vychylovaný, neboť se tím moc projevuje zcela nepokrytě a citelně.

Jaké okolnosti obecně ohrožují navázání a rozvoj vztahu mezi pečujícím a nemocným/klientem?

- V nejobecnější rovině jsou zde ohrožení doby, jak pojednává Radek Ptáček o dopadu rozvoje technologií, administrativy a změny sociálních a zdravotních systémů; výsledkem je, že se z medicíny postupně vytrácí osoba pacienta, ale i lékaře.<sup>192</sup> „Z tohoto důvodu lze základní klinický a etický imperativ pro medicínu 21. století definovat tak, aby pacient byl stále vnímán jako osoba, nikoliv pouze souhrn nálezů, lékař zůstal člověkem a léčba se odehrávala ve vzájemné interakci.“ (89, s. 83)
- Vztah může ohrožovat zmíněná moc na straně pečujícího. Ten může člověku přidělit nálepku „nespolupracujícího pacienta“, s „problémovým chováním“, agresivního. Karel Kopřiva uvádí, že čím větší pravomoc pomáhající má, tím větší je tendence jeho protějšku k odstupu a nedůvěře, dokonce vnímat rozhodnutí jako projev nepřátelství. „Mocenský systém vede k oboustranné manipulaci.“ (106, s. 41)
- Těžko hovořit o terapeutickém vztahu, když se jedna z jeho stran bojí. Jsou případy, kdy strach má ošetřující personál, nebo by ho mít měl. Setkala jsem se s tím v psychiatrických nemocnicích.<sup>193</sup> Strach z agresivního člověka působí, že se pečující vyhýbají kontaktu s ním,

---

K tomu srov. 102. V literatuře české lékařské etiky se však setkávám spíše s argumenty, které toto pojetí problematizují, neboť vyšší znalosti zmenšují informační asymetrii, ale nemění postavení pacienta jako toho, kdo trpí a představuje člověka v nouzi.

<sup>192</sup> Tematizuje „medicínu bez pacientů“, „medicínu bez empatie“, „medicínu bez lékařů“ a „medicínu bez medicíny“.

<sup>193</sup> Jednou na neklidovém oddělení, kde vysoký počet pacientů v nestabilním stavu pobýval na spleťtém, obtížně přehlednutelném oddělení, navíc často s překročenou kapacitou a s neodpovídajícím počtem ošetřovatelského personálu, který nebyl vybaven žádným bezpečnostním signalizačním zařízením. V jiném případě šlo o oddělení, kde byli drženi v detenci pacienti v ochranném léčení, a to společně závislí na drogách a pacienti s psychózami, kdy ti první určovali pravidla a personál v nedostatečném počtu a složení nebyl schopen situaci kontrolovat. Jedním z důsledků bylo, že v posléze uvedené nemocnici byly časté případy napadení personálu a personál také mnohem častěji, než kdekoli jinde, volal na oddělení policii. Nicméně nejživěji si vybavuji případ, který s poskytováním péče má jen málo společného. Šlo o zařízení pro zajištění cizinců, které bylo po dobu asi tří měsíců nepředstavitelně přeplněné, plné zmatku, napětí a frustrace na straně jak umístěných, tak personálu. Tam se atmosféra vyhroutil tak, že strach personálu se začal měnit, troufám si říci, v nenávist a měl blízko k provokaci a agresi.

a může být důvodem jak pro použití donucení, tak pro vyčkávání. Ošetřující tým, který je nejistý, vzbuzuje u nemocných úzkost a i agresivitu. (62)

- Okolnost týmové péče může být pro vztah komplikací. Jednak nemusí být jasné, kdo z pečujících je primárně zodpovědný za udržení vztahu s nemocným, a dále vstupuje do hry, jaké je mezi kolegy „ovzduší“. (62, s. 223) Lékař jako jeden z týmu má zvláštní moc formální i neformální a zároveň je pod tlakem ze strany ošetřovatelského personálu, neboť ten je jeho nejdůležitějším spolupracovníkem a zdrojem znalosti pacienta. Jde o tlak, aby lékař „něco udělal“, případně aby se používalo donucení více. (56)
- Problematickým může být i postoj pacienta/klienta. Miloš Mauer uvádí, že „pacient, který klade excesivní důraz na svou autonomii, se často stává spíše narcistickým Pronásledovatelem zdravotníka“ (20, s. 129) a pochopitelně pak není brán jako partner, ale jako potenciálně žalující strana, čemuž se pak přístup zdravotníků přizpůsobuje.

Specifické ohrožení vztahu na obou stranách představuje i použití omezení obecně a zážitek násilí zvláště. Pacient si nemůže být napříště jistý, kdy k němu ve zdravotníkovi přichází pečující a kdy „sekuriták“. V jiných než zdravotnických zařízeních existuje alespoň neutrální postava lékaře, ve které může mít podrobená osoba zastání. Fakt, že ošetřující personál činí obojí – pečuje o člověka i ho podrobuje omezení – vnáší do vztahu konflikt a zvláštní potřebu jeho obnovy a posilování. A platí to i obráceně, z pohledu pečujících. Cestou, jak toho dosáhnout, je být stále s pacientem/klientem ve spojení, mluvit s ním, a to v průběhu omezení a po něm. (56)

Proti vzniku traumatu doporučují standardy CPT i další odborná literatura<sup>194</sup> provádět zpětný rozbor situace s omezeným člověkem. Nejde jen o sdělování informací, ale také o možnost zpracovat emoce, které určují sílu a kvalitu prožitku a jež na straně omezovaného i personálu mohou velmi silně rezonovat. Omezovací prostředky mohou mít dopad i dlouho po incidentu. Fixovaná osoba může přijmout fixaci s úlevou, neboť může polevit v namáhavém ovládnutí svého chování a má jistotu, že nezraní sebe ani nenapadne někoho jiného. Může ale také zažít pocit úplné opuštěnosti a bezmocnosti, nebo pociťovat postupy ke zvládnutí svého chování jako formu donucování nebo

---

<sup>194</sup> „Základním zlatým pravidlem u všech výkonů prováděných proti nebo mimo vůli nemocného, eventuálně i výkonů, se kterými pacient pasivně, ale bez důvěry souhlasí, je, že budou s pacientem probrány vhodnou formou před aplikací a při ní. Dodatečně je zapotřebí je zhodnotit, vysvětlit a ‚destigmatizovat‘ opakovaným vysvětlením a prodiskutováním se zlepšeným pacientem. Vzpomínka na výkon nesmí vytvořit emoční jizvu, třeba disimulovanou, která by v budoucnu narušila vztah mezi nemocným a lékařem.“ (59, s. 149) Mezinárodní společnost psychiatrických sester výslovně žádá, aby po použití omezení následoval debriefing primárních pečujících s pacientem. (50) Na lékaře je kladen etický nárok, aby se snažil najít vhodnou formu, jak pacientovi informace, které mu má sdělovat, nejen podat, ale také zajistit, aby je mohl pochopit. (75) Srov. Výkladové memorandum k Doporučení Rec(2004)10, bod 199.

trestu. Ohrožení traumatickou zkušeností nezabrání ani bezchybné provedení omezení, ani pojistky, ale právě úsilí v rovině vztahu a komunikace.

V českém prostředí se zpětný rozbor stále neprosadil jako norma a je závislý na zvyku a citu zdravotníků na tom kterém pracovišti. Prošla jsem v letech 2016 a 2017 spolu s ochránkyní nekonečným vyjednáváním s Ministerstvem zdravotnictví o znění nového metodického opatření k používání omezovacích prostředků. Ministerstvo vytrvale odmítalo včlenit návrh na provádění zpětného rozboru ve smyslu standardu Výboru CPT do metodického opatření a trvalo na tom, že povinností má být pouze *informování* pacienta o důvodech omezení a dalším postupu – průběžné, a nelze-li to, pak následné.

Výzkum Marie Trešlové a Hany Dohnalové (96) ukázal, že sestry se u pacientů po ukončení omezení nejčastěji setkávají s nepochopením, proč k omezení došlo. Druhou nejčastější reakcí podle nich je, že pacient o tom nemluví. Nelze tedy čekat, že pacient bude klást otázky a bude sám chtít o incidentu diskutovat, a iniciativa musí být na pečujícím týmu. Rozhodnutí ministerstva zpětný rozbor nedoporučovat mi připadá opravdu hloupé, i pokud bych se na věc nedívala očima pacienta. Helena Stehlíková z pozice předsedkyně Etické komise České lékařské komory v monografii o etických problémech medicíny 21. století uvedla, že v praxi nejvíce stížností, které v komisi řeší, není odborného charakteru, ale ohledně chování a jednání lékařů, „v podstatě na nedostatečnou nebo nesrozumitelnou komunikaci“ (127, s. 21). I právníci a manažeři se shodují na tom, že kvalitní komunikace je nejdůležitějším faktorem ke snížení rizik pro lékaře. (112) Nenacházím tedy jiné vysvětlení tvrdošíjného postoje Ministerstva zdravotnictví, než že o tématu použití restrikcí vesměs málo ví.

Komunikace představuje jen příklad emoční a fyzické náročnosti péče o osoby v nestabilním duševním stavu a je namístě jako další ohrožení terapeutického vztahu uvést dehumanizaci pacienta a vyhoření lékaře. Současné komplexní teorie dehumanizace představuje kolektiv autorů Smetáčková, Barakzihyová, Francová a Hnilica, na jejichž text odkazují. (125) Zde jen shrnuji, že jde o mechanismus odnímání lidských vlastností a upírání lidské podstaty, který umožňuje chovat se k druhému bez morálních omezení, tedy jiným způsobem než k ostatním lidským bytostem.<sup>195</sup> Formou působení dehumanizace je redukce pacienta jen na část jeho těla, která musí projít léčbou; oslabení empatie, kvůli němuž klesá osobní zaangażování na řešeném případě; morální vyvázání. Projevem dehumanizace je porušování pravidel slušného chování.

Dehumanizace přináší rizika i výhody. Tím, že snižuje emoce pečujících, je chrání před přílišným soucítěním a umožňuje jim efektivněji pracovat a také lépe se vyrovnávat se stresem. Potenciálně

---

<sup>195</sup> „Na rozdíl od lidských vztahů, které jsou subjektivní, osobní a emoční, dehumanizované vztahy jsou objektivizované, analytické a bez emočního nebo empatického obsahu.“ (110, s. 275)

může sloužit také jako prevence syndromu vyhoření, který souvisí se zahlcením emocemi. Tam, kde pečující musí vstoupit do soukromé sféry druhého člověka, působit bolest nebo přistupovat k člověku až nelidsky (například při použití omezovacího prostředku), morální vyvázanost mu pomůže se s tím vyrovnat. „Obecně ale platí, že se jedná o nebezpečný jev, který z dlouhodobého hlediska zdravotnickému prostředí i všem jeho aktérům spíše škodí.“ (125, s. 488) Jakkoli je pro pracovníky v pečujících profesích náročné chránit sami sebe, nikdy to nevedlo k popření jejich interakce s pacientem jako vztahu. Dehumanizace snižuje důvěru v kompetence zdravotníka, pocit vlastní důstojnosti pacienta a angažovanosti na léčbě, přičemž je prokázáno, že pacienti, kteří se cítí dehumanizovaní, vykazují nižší klinickou účinnost léčby. Nelze ji připustit jinak, než jako krátkodobou funkční strategii, neboť umožňuje i morálně bezúhonným a idealistickým lidem chovat se velmi kurtě.

Zimbardo popisuje vznik dehumanizovaného prostředí – „začalo to ztrátou svobody, pokračovalo ztrátou soukromí a nakonec došlo ke ztrátě osobní identity“ (110, s. 275). Můžeme také rozlišit dehumanizaci jako přístup k celým skupinám lidí, zpravidla podpořený nějakou nálepkou – „ležáci“, „mletáči a celáci“, „mentoši“, „neklidný pacient“ (podle typu stravy). Smetáčková a kolegové pojednávají i o dehumanizaci, jež přesahuje moc jednotlivců, neboť je ukotvena v samotném zdravotnickém systému a způsobuje omezení péče a eventuálně i nárůst nespokojenosti u samotných lékařů.

Jaká je odpověď pečujícího člověka na tato ohrožení jeho vztahu s pacientem/klientem? Proti dehumanizaci může působit naopak moc humanizace.<sup>196</sup> Hodnotově neutrální variantou je rituál, který se uplatňuje pro zvládnutí vysoce emotivních situací. (74) V postavení moci je výzvou přijmout její omezení, ať už ve formě jejího rozdělení, pravidel nebo kontroly. Přirozenou ochranou před zneužitím moci je i přidržení se tradičního pojetí medicíny – jejího klasického vnitřního určení a konečného cíle, kterým je léčit, nikoli trestat nebo šetřit prostředky společnosti. Marta Munzarová připomíná, že lékař „nemůže být agentem zájmů společnosti nebo vědy“ (83, s. 56).

Autoři, které jsem představila, shodně vyjadřují, že pečující profesionál má povinnost o vztah usilovat a jednat proti jeho porušení.<sup>197</sup> Podle Jana Šimka je s ohledem na velké pravomoci psychiatra

---

<sup>196</sup> „Moc humanizace působit (...) má stejný teoretický a sociální význam jako jev dehumanizace. V tom všem tkví důležité poselství týkající se moci slova, škatulkování, rétoriky a stereotypního označování nálepkami, které mohou být použity ve prospěch dobra nebo zla.“ (110, s. 371)

<sup>197</sup> Rozvedla jsem potřebu komunikace s člověkem podrobeným omezení. Radek Ptáček obecně dovozuje, že zanedbání komunikace s pacientem je ignorováním jeho psychosociálních potřeb, což představuje zanedbání. (89) Podle Mauera představuje neetický přístup neumožnit pacientovi překonat svou krizi v prostředí vztahu. (20) I podle Heleny Haškovcové zahrnuje komunikace vždy i významnou etickou složku, ale základní problém – totiž vytvoření nebo naopak zborcení „důvěryhodného terapeuticky nosného vztahu“ – jako by spíše vycházel z obecné lidské slušnosti a ohleduplnosti, než etických dilemat (74, s. 191).



a častou nekompetentnost a neschopnost se bránit na straně pacienta „první mravní povinností psychiatra pěstovat v sobě úctu k člověku, i k tomu nejpodivnějšimu“ (128, s. 633). Zřetelně rozeznávám i odpovědnost systémovou, přesahující jednotlivé pečující. Totiž odpovědnost za prostředí a podmínky poskytování péče, aby v praxi vůbec byl prostor pro „setkání“ pečujícího a člověka v nouzi.

### 14.2.3 Potřeba diskuse o etických dilematech

Olofssonová s kolegy popisuje zkušenost lékařů s použitím donucení v psychiatrické péči jako *bytí v konfliktu*. (56) Zdravotníci podle nich často mluví o tom, že použití mechanického nebo chemického omezení bylo tvrdé, nepříjemné nebo odporné. Pro většinu lékařů použití donucení nebylo v souladu s jejich úmyslem poskytovat dobrou péči, protože by zasáhlo a poškodilo pacienta psychicky. Výzkum přinesl závěr, že používání donucení přináší lékařům konflikt s pacientem, tlak a vyhýbání se konfliktu, konflikt s etickými nároky a potřebu reflexe a podpory. Autoři výzkumu se domnívají, že je zjevné, že je zapotřebí etická reflexe používání donucení, aby se tyto problémy vyjasnily a aby se ulehčilo alespoň částečně tomu morálnímu břemenu, jaké lékaři nesou. Systematická reflexe používání donucení by mohla zvýšit otevřenost ohledně tohoto tématu, zlepšit pocit pracovního uspokojení u lékařů, zlepšit vztah lékař-pacient a přispět k alternativám donucení. Doporučují více se o postoje a zkušenosti ošetřujících, pacientů a příbuzných zajímat. Řadu konfliktů a tlaků v rámci terapeutického týmu popisuje také tematická zpráva francouzského generálního inspektora. Jeho hlavním záměrem je právě rozprůdění diskuse. (14)

Zdá se tedy, že problém není jen v tom, že jsou zde dilemata a napětí mezi tím, co býtí má, a tím, co je. Situaci zhoršuje, pokud neprobíhá diskuse a tříbení názorů, a to především mezi zapojenými aktéry. Obávám se, že s kulturou mlčení, kterou jsem popsala v kapitole 12, právě toto nastává. V literatuře nalezneme varování před možnými důsledky.

Zprvé, o problémech se mluví ve frázích a ustálených vyprávěních (podle Zimbarda jde o „krycí historku“; 110, s. 332) a nejde se na podstatu. Například, oficiální verze je: „restrikce se používají, jen když je to nezbytné“. Už není místo pro doplnění celé reality: „a když nemáme bezpečné prostředí pro poskytování péče“. Dále se hovoří především o restrikcích spojených s použitím síly a standardy vyvinuté pro tuto oblast se bez dalšího vztahují i na kontext dlouhodobé péče a péče o osoby s postižením, ačkoli tamní problematika žádá jiný přístup. Bez adekvátní diskuse se pojetí problému nedostane do hloubky. Lidé se dělí na obhájce a odpůrce omezovacích prostředků, místo aby pracovali na adekvátních přístupech a postupném snižování potřeby jejich používání.

Zadruhé, kritika přichází pouze zvenčí, což má jen částečný efekt. Outsideri nemohou plně docenit, jakým tlakům jsou vystaveni insideri, zde ošetřující personál. Kontrolní orgány mohou zkoumat systém (jako například národní preventivní mechanismy) a mohou vyšetřovat jednotlivé případy

(jako orgány stížnostní nebo činné v trestním řízení). Ovšem stěží dosáhnou plného porozumění, jaké mají lidé zevnitř, a jejich argumenty pak pro ně nejsou zcela věrohodné.

Třetím důsledkem je nízké individuální povědomí, respektive neprobíhající individuální morální vývoj. To je v prostředí, kterému je inherentní uplatňování autority a poslušnost, nebezpečné.<sup>198</sup> Kde není diskuse, je jen rutina, případně plnění rozkazů. Jak upozorňuje Antoni Kepinski, člověk se stává automatem a odumírá smysl pro odpovědnost. (62) Hans Rotter zase připomíná, že čisté svědomí (úmysl) nezaručuje věcnou správnost jednání a zdůrazňuje potřebu vzorů, autorit a výchovy pro svědomí. (90)<sup>199</sup>

Zvláště nebezpečné je, pokud individuální postoj pečujícího dosáhne úrovně morální vyvázanosti vůči nějakému problému. Philip Zimbardo rozvedl čtyři kognitivní mechanismy, kterými se lze morálně vyvázat od zlého jednání. Pojednává o nich zcela obecně, já jsem se zamyslela nad tím, jaký mohou mít význam pro pečující při používání síly a omezujících opatření, pokud nebude mít korekci ve formě diskuse a kontroly.

- *Zaprvé můžeme předefinovat naše škodlivé chování jako čestné. Vytvořením morálního odůvodnění daného jednání, a to přijetím morálních imperativů, které posvětili způsobené násilí. Nebo také vytvořením výhodného srovnání, které dá do kontrastu naše spravedlivé chování a zlé chování našich nepřátel. (...) Stejně jako použití eufemistického jazyka, který vylepšuje realitu našich krutých skutků.*  
„Nejde o omezení, ale o ochranu.“ „Nejde o použití síly, ale o terapeutický postup.“ „Není to trest, nýbrž výchovné opatření.“
- *Zadruhé, můžeme minimalizovat pocit přímé vazby mezi našimi činy a jejich škodlivými následky rozptýlením nebo přemístěním osobní odpovědnosti. Ušetříme si své vlastní sebeodsouzení, pokud sami sebe nebudeme vnímat jako původce zločinu proti lidskosti.*  
„Jde o rozhodnutí lékaře,“ sdělí sestra, která rozhodne o využití tlumícího léku ordinovaného pro případ neklidu. „Postupujeme podle standardu.“
- *Zatřetí, můžeme změnit způsob, jakým přemýšlíme o skutečné škodě, kterou naše činy způsobily. Negativní dopad našeho chování můžeme ignorovat, překroutit, minimalizovat nebo v něj nevěřit.*  
Provádění zpětného rozboru by znemožnilo vyvázat se tímto způsobem. Jakmile se omezování začne v odborné obci považovat za legitimní, účinný a léčebný postup při léčbě agresivních

<sup>198</sup> Srov. Zimbardovo pojednání o experimentech, jež prokázaly obecně extrémní poddajnost lidské povahy, a zvláště u žen, tím spíše tváří v tvář autoritě v institucionálním prostředí. (110)

<sup>199</sup> Jak uvádí Michael Sandel, „[m]orální reflexe není samotářským podnikem, ale veřejným počinem. Vyžaduje partnera v dialogu – přítele, bližního, kolegu, spoluobčana. Někdy tento partner může být spíše imaginární než skutečný, jako když se přeme sami se sebou. Nelze se ale dobrat toho, co znamená spravedlnost nebo dobrý způsob života, pouhou introspekci.“ (69, s. 37)

pacientů, pronikne tento přístup do výukových programů pro lékaře a sestry a z pravidelného omezování se stane standard (a dojde ke ztrátě znalosti dalších, verbálních i neverbálních postupů). (CG, 20016)

- *Nakonec můžeme přebudovat naše vnímání obětí jako těch, kdo si zaslouží svůj trest, stačí je obvinít za následky. A samozřejmě jejich dehumanizací, tím, že je vnímáme pod úrovní počestného zájmu vyhrazeného pro ostatní lidské bytosti.* (Text v kurzívě je citace ze 110, s. 373.)

Konečně, důsledkem nedostatečné diskuse přímo na pracovišti je nepohoda zdravotníků. To platí pro rovinu mravní (nejasnost, co je vlastně správný postup a jakou aktivitu zvolit, působí v lidech mravní úzkost; 62) i odbornou. Výzkum Olofssonové a kolegů ukázal, že jak pro začínající, tak pro zkušené lékaře představovaly rozmluvy s ošetrovatelským personálem před i po použití donucení uvolnění tlaku, který v souvislosti s použitím pocítovali. Teprve dobrá komunikace může vést k dobré spolupráci, jejímž plodem zas podle výzkumu je pokles výskytu nepatřičnosti z hlediska etického a poskytování lidšější a vhodnější péče, než k jaké by dospěl samostatně pracující lékař. Také diskuse s kolegy pomáhá skrze zažití pocitu podpory. Lékaři ve výzkumu uváděli, že chtějí více podpory od kolegů a diskuse o emocích spojených s obtížnými situacemi. Lékaři ve výzkumu vyjadřovali, že pocítují stále balancování mezi právní odpovědností a poskytováním odborné péče. Zkrátka, výměna postřehů a pocitů s pacientem, ošetrovatelským personálem a kolegy v souvislosti s použitím donucení byla označována jako důležitá pro uvolnění napětí a konfliktu. (56)

#### 14.2.4 Zacházet s pečujícími eticky

Etické hledisko je nejvlastnějším projevem svobody člověka, když nějaký zákaz je dodržován nikoli kvůli hrozbě sankcí, ale z vnitřního přesvědčení a jednající nachází svobodu a vnitřní sílu vyhnout se nesprávnému jednání. Kolika pracovníkům v sociálních službách, sestřám a lékařům zbývá v každodenní práci dost energie a svobody pro opravdu etický postoj? Jaké jsou nastaveny pozitivní prostředky a pomoc při řešení konfliktních situací? Už nebudu znovu opakovat, jak velkou váhu tomu přisuzují jak Alzheimer Europe, tak Výbor CPT.

Větší ohled na pečující by, myslím, posílil jejich schopnost být skutečnými zastánci svých nemocných i sebe sama. Vzpomínám na poznámku z úst ředitele jedné psychiatrické nemocnice v průběhu systematické návštěvy: „To je poprvé, co se zajímáte také o personál.“ Často se mi při návštěvách stávalo, že jsem ani nedokončila vysvětlení, čeho se šetření veřejného ochránce práv týká a proč, a už pracovník zařízení kontroval: „A kdo chrání důstojnost naši?“

„Je nutné eticky zacházet nejen s pacienty, ale i s lékaři a zdravotníky,“ uvádí Radek Ptáček v úvaze o postavení pacienta a lékaře v 21. století. „Je obtížné apelovat na lékaře, aby se k pacientovi choval ‚eticky‘, zatímco on má pocit, že s ním nikdo eticky nezachází. Zdravotnictví je nutné vnímat jako celek, v jehož středu je pacient a lékař, přičemž oba jsou lidé a chtějí, aby s nimi bylo takto

nakládáno. Pro medicínu 21. století je pak v této souvislosti velkou výzvou, aby etika byla integrálním principem medicíny a vztahovala se ke všem zúčastněným, tedy lékařům i zdravotníkům.“ (89, s. 88)

Zacházet s pečujícími eticky tedy znamená vytvářet podmínky pro to, aby mohli dostát hodnotám a ideálům profese, popsaným v odborných standardech a etických kodexech, a pracovat na etické výši. (66) Opakem je stav morální tísně, „kdy zdravotník trpí neetickým chováním na svém pracovišti nebo neschopností pomáhat pacientům vhodným způsobem, ať již jsou příčiny této neschopnosti jakékoli. Zdravotník-Oběť jednak sám trpí, jednak je náchylnější k chybovosti a neetickému chování“ (20, s. 122).<sup>200</sup> Zatímco podmínky pro práci zdravotníků mohou být až nesnesitelné, společnost stále od nich očekává altruismus. Domnívám se, že prvním opatřením, které v této oblasti lze okamžitě učinit, je zavedení provádění zpětného rozboru situací omezení – s pacientem a v rámci zasahujícího týmu.

Předpokladem plného porozumění potřebám pečujících je alespoň základní povědomí o etických otázkách také na straně jejich nadřízených a vedoucích organizací. (Alzheimer Europe to výslovně doporučuje; 26.)

Dalším projevem respektu k pečujícím je vytváření příležitostí pro jejich vzdělávání, a to jednak v oblasti profesní etiky (výchova ke ctnostem, respektu k lidským právům), ale i odborné zdatnosti, jež ve svém spojení umožní poskytování morálně i odborně správné péče. Tematizuje to Jana Heřmanová v rámci výkladu o etice v ošetrovatelství. (66) Krajina lékařské i ošetrovatelské etiky je velice bohatá. Klasickou etiku utilitarismu, principů a ctností doplňují směry etiky pečování a etiky odpovědnosti. (66)

Zpráva Alzheimer Europe jedním dechem dodává, že oprávněnost protestu pečujícího proti špatné praxi na pracovišti je zpochybněna, pokud je vadná praxe rozšířená a akceptovaná zjevně respektovanými zařízeními a odborníky s vyšším vzděláním. (26) Individuální čin pak nemá jiný pozitivní význam, než právě jen individuální.

---

<sup>200</sup> Miloš Mauer v *Základech moderní lékařské etiky* věnuje značnou pozornost postavení zdravotníka. Předkládá příklady situací, kdy zdravotník vystupuje jako „zachránce, pronásledovatel a oběť“. V celé šíři na jeho výklad odkazují. (20)

### 14.3 Shrnutí

Etika je v oblasti péče dennodenně a hluboce prožívaná. Dokládají to neustálé upřímné snahy pečujících vypořádat se s dilematy, před kterými je snadné kapitulovat. Jako příklad se vztahem k problematice omezení volného pohybu jsem uvedla dilema autonomie versus bezpečí pacienta/klienta a konflikty plynoucí z práce v prostředí, kde je rozšířena praxe rozporná s odbornými standardy.

Pokud pečující nejedná v souladu s hodnotami a ideály své profese, ztrácí svou profesionální integritu. Profesní požadavky jsou samy o sobě velmi náročné, zahrnující velmi namáhavou péči s kvalitou terapeutického vztahu, poskytovanou v prostředí týmu a konkurujících si odpovědností. Autoři, které jsem představila, shodně vyjadřují, že pečující profesionál má povinnost o vztah usilovat a bránit ho před zničením. Plnění těchto profesních požadavků je ohroženo společenskými vlivy, dehumanizací, zážitky násilí a strachu, ztrátou důvěry mezi pečujícím a pacientem/klientem, i tlakem ze strany nadřízených. Pečující často mluví o tom, že používání omezovacích prostředků je jim protivné a prožívají silné konflikty.

Etický postoj vyžaduje, aby pečující tyto tlaky ustál a v případně nutnosti i zaujal a veřejně vyjádřil kritický postoj k poměrům, které panují na daném pracovišti. Profesní etika nepřipouští, aby v centru pozornosti bylo něco jiného než nemocný/klient, tedy zájmy dalších subjektů. Někteří autoři vyžadují etický postoj i tváří v tvář osobnímu riziku, například plynoucímu z konfliktu s nadřízeným.

Pro to, aby tento nejvýše svobodný a autonomní postoj pečující zaujímali, je nezbytné také s nimi zacházet eticky. Brát na ně ohled, vytvářet podmínky, aby mohli dostát hodnotám a ideálům profese, vzdělávat se a participovat na etické diskusi. Jinak se rozvine nepohoda pečujících a morální vyvázanost a rozšíří se používání omezovacích opatření k ulehčení si práce a jako trestu.

V současné době je situace v České republice charakterizována spíše formálním přístupem k těmto opatřením a mlčení v odborných kruzích se projevuje také nedostatečnou diskusí o etických dilematech. Bez adekvátní diskuse chybí hlubší přístup k problému a lidé se dělí na obhájce a odpůrce omezovacích prostředků, místo aby pracovali na adekvátních přístupech a postupném snižování potřeby jejich používání.

Jako konkrétní opatření správným směrem se nabízí zavedení provádění zpětného rozboru situace použití omezovacího opatření – s pacientem a v rámci zasahujícího týmu. Doporučuje to Výbor CPT a další odborné autority. Podle zkušeností veřejného ochránce práv z oblasti psychiatrické péče je takové opatření vytrvale bagatelizováno jak představiteli poskytovatelů, tak Ministerstvem zdravotnictví.

## Závěr

---

Jan Sokol si v úvodu knihy *Etika, život, instituce* vytyčil za cíl „[p]řispět ke zřetelnějšímu rozlišování mravně významných fenoménů, aby se o nich dalo přesněji uvažovat a smysluplně hovořit“ (82, s. 13). Snažila jsem se ho napodobit ve vztahu k předmětu své práce. Mým cílem tedy bylo identifikovat a rozpracovat etické aspekty omezení volného pohybu člověka přijímajícího péči.

K řešení jsem přistoupila ve dvou krocích. Nejprve jsem na základě analýzy dokumentů čtyř relevantních autorit v oblasti ochrany zranitelných skupin osob [Alzheimer Europe, Evropský soud pro lidská práva, Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) a Mental Disability Advocacy Center] vytipovala okruhy problémů, z nichž vysvítaly etické aspekty omezení při poskytování péče. Ty jsem ve zbývající části rozebrala a myslím, že se mi podařilo přítomnost etických aspektů doložit a popsat je.

Klíčovou otázkou je, zda je eticky přípustné omezit volný pohyb pacienta/uživatele péče, když omezující postupy mají významné negativní účinky. Došla jsem k tomu, že jádrem etického přístupu v konkrétním případě i k omezení jako takovému je naplnění požadavků plynoucích z principu nezbytnosti a subsidiarity. Při aplikaci etiky principů je obecně možné omezení jako opatření *ultima ratio* přijmout jako souladné s principem beneficence, ale nedůslednost nebo nedbalost v konkrétním zařízení nebo v konkrétním sociálním nebo zdravotním systému může vést k závěru o neetičnosti používání omezení, a to především s ohledem na princip spravedlnosti.

Neodpověděla jsem na otázku *co je to omezení?*, ale alespoň jsem vysvětlila její podstatu: dílem jde o konvenci a dílem jde o vyjádření toho, co je považováno za nepřijatelné. Pojetí kategorie omezení by ztratilo na významu, pokud by se uplatňovala robustní ochrana zájmů osob přijímajících péči, tedy byla garantovaná ochrana před *všemi* neoprávněnými zásahy do integrity člověka.

V části zaměřené na individuální mravní hledisko jsem vyšla z toho, že organizace poskytující zdravotní a sociální péči jsou se svou spleť vícestranných a nesymetrických vztahů výborným příkladem náročnosti institucionální morálky. Dávám do souvislosti na jedné straně význam *předpokladů pro užití omezení jako prostředku ultima ratio* pro přípustnost omezení a na druhé straně realitu malé rozšířenosti alternativ a postupů ke snížení potřeby používat omezení. A to s tím závěrem, že absence potřebné aktivity na straně některých poskytovatelů a organizátorů péče je neetickým přístupem jejich představitelů. Zvláště kritizují nečinnost na úrovni Ministerstva zdravotnictví. Konstatovala jsem také, že přes opakovaná upozornění ze strany Výboru CPT, MDAC i veřejného ochránce práv se na úrovni ministerstev i mezi odborníky mlčí o vysoké míře používání omezujících postupů ve zdravotní a sociální péči. Plody mlčení jsou hořké – mimo jiné vážne diskuse

o etických dilematech pečujících a vyhrocuje se kritika institucí a psychiatrické péče, a to i s použitím právní kategorie „mučení“.

Pečující profesionálové čelí v souvislosti s používáním omezujících opatření konfliktům a dilematům, například dilematu autonomie versus bezpečí pacienta/klienta a konfliktům plynoucím z práce v prostředí, kde je rozšířena praxe rozporná s odbornými standardy. Pokud pečující nejedná v souladu s hodnotami a ideály své profese, ztrácí svou profesionální integritu. Etický postoj vyžaduje, aby pečující tyto tlaky ustál a v případně nutnosti i zaujal a veřejně vyjádřil kritický postoj k poměrům, které panují na daném pracovišti.

Rozhodla jsem se neredukovat téma jen na zdravotní oblast, byť jí v argumentaci věnuji více prostoru, a to především péči psychiatrické. Věřím totiž, že východiska a hodnoty jsou stejné ve všech druzích péče, tedy i v té sociální, a že řada myšlenek z oblasti zdravotnické etiky je do sociální péče přenosná. Ukazuje se, že v některých ohledech je sociální sféra napřed, především co se týká systémové odpovědi na potřebu snižovat používání restrikcí, ovšem v praxi poskytování péče je patrně stejně zanedbaná. Častými odkazy na etické závěry Alzheimer Europe ukazují, že právě stanovisko, jež v sobě integruje pohled na péči sociální i zdravotní a pohled profesionálních pečujících, pacientů/klientů i jejich blízkých, považují za věrohodné a nosné.

Přínosy mé práce mohou být spatřovány tři. Jednak jsem k tématu omezovacích opatření shromáždila řadu podkladů a dokázala, že se jedná o téma, jehož mravní a právní reflexe může být rozvíjena. Není pravda, že není o čem diskutovat, že jde o technickou záležitost, nebo že lidskoprávní reflexe je vzdálená práci pečujících. Přičemž výstupy Výboru CPT a Evropského soudu pro lidská práva nemají dosud v České republice adekvátní odezvu – nejen na úrovni politické, ale ani odborné. Proto jsem jim věnovala velký prostor ve formě komentáře a dokazuji, že jejich hodnotový základ a zároveň východisko „působíme v reálném světě“ je činí velmi vhodnými pro argumentaci pečujících i organizátorů sociálních a zdravotních služeb pro zlepšení současných podmínek v České republice. V práci také používám řadu výstupů veřejného ochránce práv, které jsou velmi propracované a vycházející z poznatků z první ruky o poskytování péče na místech omezení svobody. Není mi známo jiné komplexní představení těchto unikátních zpráv.

Zadruhé, zabývala jsem se různými, až protikladnými přístupy k omezování volného pohybu a našla možnou cestu k jejich uplatnění bez vzájemného vyvracení. Za určitých okolností je oprávněné omezující postupy použít a za určitých okolností je namísto je odmítnout. Radikální odmítnutí omezení přichází od MDAC a Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením a je pravděpodobné, že jejich představitelé možnost kompromisu nevidí. Já se domnívám, a v části o přípustnosti omezení jsem to vysvětlila, že při rozumném a systematickém rozvinutí předpokladů pro užití omezení až jako prostředku ultima ratio a tedy se spravedlivým přístupem k zajištění péče i pro marginalizované skupiny potřebných je eticky přípustné omezení použít, a přitom se tím

nezpronevřit ani ochraně před špatným zacházením, ani ohledu na dobro, autonomii a důstojnost člověka.

Zatřetí, jednoznačně identifikuji různou odpovědnost jednotlivých aktérů – pečujících, vedoucích ošetřujících týmů (začasté lékařů), vedení organizací a představitelů systému. Neříkám nic nového – právě MDAC se obrací především na ministerstva a vládu a ostatně i Výbor CPT a Soud představují výzvu právě pro vlády států. Ve své práci ale identifikuji odpovědnost nejen právní, či mezinárodněprávní, ale také individuální mravní, a formuluji její konkrétní předmět: *uplatnění principu nezbytnosti a subsidiarity v praxi*. Nalézám oblasti, kde je toto téma zanedbáno (signály z nejvyšších míst, právní pravidla pro používání omezujících postupů a jejich výklad, veřejná a odborná diskuse, kultura na pracovišti, snižování negativních důsledků institucionálního způsobu poskytování péče, systematické úsilí vedení organizací i aktérů systému o snižování potřeby omezení používat, etické zacházení s pečujícími). K naplnění principu nezbytnosti a subsidiarity je zapotřebí úsilí, jinak je pouze prázdnou frází a je podkopána etická přípustnost omezení. V České republice se princip nezbytnosti v současné době uplatňuje především na úrovni jednotlivých pečujících nebo týmů. Poskytovatelé jej uplatňují jen někteří a na systémové úrovni jde pouze o izolované počiny.

Etika poskytování péče by tedy neměla mít pouze perspektivu pečujícího člověka. To také není nic nového a já významně čerpám z již propracované etiky v institucionálním prostředí. Ve své disertaci chci přesvědčit, že v oblasti omezení volnosti pohybu při poskytování péče dobrá péče přímo vychází z odpovědného přístupu lidí působících ve vedoucích pozicích pečujících organizací i aktérů systému. To stejné platí o integritě a etickém postoji pečujících: i ten musí být podporován a umožněn. Prostor pro individuální mravní postoj pečujících, tedy jejich aplikování etiky, je kvůli stávajícím systémovým nedostatkům opravdu velký.



# Použitá literatura

---

1. APPELBAUM, Paul S. a Thomas G. GUTHEIL. „Rotting with their rights on“: Constitutional theory and clinical reality in drug refusal by psychiatric patients. *Bull Am Acad Psychiatr Law*. 1979, Vol. VII, No. 3 (7:306-315). ISSN 0091-634X.
2. JŮN, Hynek. *Stanovisko Asociace průvodců v problematice rizikového chování k postranicím* [online]. Praha: APPRCH, nedatováno [cit. 13. 12. 2017]. Dostupné z: [http://www.restrikce.cz/html/stanovisko\\_postranice.html](http://www.restrikce.cz/html/stanovisko_postranice.html)
3. ASSOCIATION FOR THE PREVENTION OF TORTURE. *Jean-Jacques Gautier NPM Symposium 2016. Monitoring psychiatric institutions. Outcome report* [online]. Ženeva: APT, 2016, 59 s. [16. 1. 2018]. ISBN 978-2-940597-07-9. Dostupné z: [https://www.apr.ch/content/files\\_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf](https://www.apr.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf)
4. ČESKO, Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí pro používání opatření omezujících pohyb osob* [online]. Praha: MPSV, nedatováno [cit. 20. 11. 2017]. Dostupný z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporuceny\\_postup.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporuceny_postup.pdf)
5. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Výzkum veřejné ochránkyně práv. Kontrola zacházení v psychiatrických zařízeních a používání omezovacích prostředků* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2015, 21 s. [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/3670>
6. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2008, 56 s. [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/3570>
7. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Zpráva z následných návštěv psychiatrických léčeben* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2010, 19 s. [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/3264>
8. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Zpráva ze systematických návštěv protialkoholních záchytných stanic* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2014 [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/2332>
9. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Léčebny pro dlouhodobě nemocné. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2017, 77 s. ISBN 978-80-87949-60-3 [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/5594>

10. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2009 [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/2788>
11. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2015, 71 s. ISBN 978-80-87949-12-2 [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/2964>
12. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Sanatorium Lotos. Zpráva z návštěvy zařízení* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2016, 69 s. [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/4764>
13. HOLMEROVÁ, Iva et al. *Dlouhodobá péče, geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada Publishing, 2014, 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
14. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ. *Isolation and restraint in mental health institutions* [online]. Paříž: Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2016, 126 s. [cit. 19. 11. 2017]. Dostupné z: [http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/12/CGLPL\\_Report\\_Isolation-and-restraint-in-mental-health-institutions.pdf](http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/12/CGLPL_Report_Isolation-and-restraint-in-mental-health-institutions.pdf)
15. PAPEŽOVÁ, Hana a kol. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, c2014, 495 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-425-8.
16. POLÁK, Martin. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Praha: Mladá fronta, 2014, 646 s. ISBN 978-80-204-3208-7.
17. EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál, 2008, 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
18. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings* [online]. Londýn: NICE, 2015, 66 s. ISBN 978-1-4731-1234-6 [cit. 8. 5. 2017] Dostupný z: [nice.org.uk/guidance/ng10](http://nice.org.uk/guidance/ng10)
19. FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1994, Edice 21, 209 s. ISBN 80-7106-085-2.
20. VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha, Portál, 2012, 302 s. ISBN 978-80-7367-780-0.
21. MURPHY, Robert Francis. *Umlčené tělo*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001, 188 s. ISBN 80-85850-98-2.

22. MENTAL DISABILITY ADVOCACY CENTER. *Cage beds. Inhuman and degrading treatment or punishment in four EU accession Countries* [online]. Budapešť: MDAC, 2003, 62 s. [cit. 23. 12. 2017]. Dostupný z: <http://www.mdac.info/en/resources/cage-beds-inhuman-and-degrading-treatment-or-punishment-four-eu-accession-countries>
23. MENTAL DISABILITY ADVOCACY CENTER. *Klecová lůžka a používání omezovacích prostředků v českých psychiatrických zařízeních*. Budapešť: MDAC, 2014, 56 s. ISBN 978-963-89303-7-8. [online, cit. 16. 1. 2018]. Dostupný z: <http://www.mdac.org/cs/books/klecova-luzka-pouzivani-omezovacich-prostredku-v-ceskych-psychiatrickych-zarizenich>
24. ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007, 243 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
25. ALZHEIMER EUROPE. Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí. In: HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ, sest. *Madridský plán a jiné strategické dokumenty* [online]. Praha: pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007, s. 101–106 [cit. 13. 12. 2017]. ISBN 978-80-254-0174-3. Dostupný z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/000062.pdf?seek=1317050891>
26. ALZHEIMER EUROPE. *The ethical issues linked to restrictions of freedom of people with dementia* [online]. Lucemburk: Alzheimer Europe, 2012, 163 s. [cit. 13. 12. 2017]. ISBN 978-2-9599755-6-1?? Dostupný z: <http://www.alzheimer-europe.org/Ethics/Ethical-issues-in-practice/2012-The-ethical-issues-linked-to-restrictions-of-freedom-of-people-with-dementia>
27. HOLMEROVÁ, Iva, Robert RUSINA a Roman JIRÁK. Rizika a nevýhody podávání antipsychotik v dlouhodobé péči u pacientů s demencí. *Psychiatr praxi*. 2014; 15(2): 58–61. ISSN 1213-0508
28. VOLICER, Ladislav a Lisa BLOOM-CHARLETTE. Assessment of Quality of Life in Advanced Dementia. In: VOLICER, Ladislav a Lisa BLOOM-CHARLETTE, eds. *Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia*. Filadelfie: Brunner/Mazel, 1999, s. 3–20. ISBN 0-87630-965-1.
29. HOLMEROVÁ, Iva et al. Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. Péče a podpora lidem postiženým syndromem demence. *Geri a Gero*. 2013; 2(3): 158–164. ISSN 1805-4684.
30. REID, Karen. *A practitioner's guide to the European Convention on Human Rights*. Fifth edition. Londýn: Thomson Reuters, 2015, 1216 s. ISBN 978-0414038776.
31. Anotace rozsudku ze dne 18. října 2012 ve věci č. 37679/03 – Bureš proti České republice. In: ČESKO, Ministerstvo spravedlnosti. *Databáze vybraných rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva* [online]. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, 2012 [cit. 19. 12. 2017]. Dostupné z: [http://eslp.justice.cz/justice/judikatura\\_eslp.nsf/0/ACB6BE339EE44285C1257BE2004B19CB/\\$file/Bure%C5%A1\\_annotace.pdf?open&](http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/ACB6BE339EE44285C1257BE2004B19CB/$file/Bure%C5%A1_annotace.pdf?open&)

32. Anotace rozsudku ze dne 19. 2. 2015 ve věci č. 75450/12 – M. S. proti Chorvatsku (č. 2). In: ČESKO, Ministerstvo spravedlnosti. *Databáze vybraných rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva* [online]. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, 2015 [cit. 19. 12. 2017]. Dostupné z: [http://eslp.justice.cz/justice/judikatura\\_eslp.nsf/0/584910A4C9F7417EC1257EC40036FD89/\\$file/M.%200S.%20proti%20Chorvatsku%20\(%C4%8D.%20\) \\_anotace.pdf?open&](http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/584910A4C9F7417EC1257EC40036FD89/$file/M.%200S.%20proti%20Chorvatsku%20(%C4%8D.%20) _anotace.pdf?open&)
33. Anotace rozsudku ze dne 18. 6. 2013 ve věci č. 48609/06 – Nencheva a ostatní proti Bulharsku. In: ČESKO, Ministerstvo spravedlnosti. *Databáze vybraných rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva* [online]. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, 2013 [cit. 19. 12. 2017]. Dostupné z: [http://eslp.justice.cz/justice/judikatura\\_eslp.nsf/0/9D370ABADE3E203DC1257C390052A251/\\$file/Nencheva%20a%20ostatni%C3%AD%20proti%20Bulharsku \\_anotace.pdf?open&](http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/9D370ABADE3E203DC1257C390052A251/$file/Nencheva%20a%20ostatni%C3%AD%20proti%20Bulharsku _anotace.pdf?open&)
34. EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards), CPT/Inf(2017)6* [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 18. 12. 2017]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016807001c3>
35. EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Nedobrovolné umístění v psychiatrických zařízeních. Výňatek z 8. obecné zprávy CPT, CPT/Inf(98)12-part* [online]. Štrasburk: CPT, 1998 [cit. 18. 12. 2017]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806cd3aa>
36. EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé. Výňatek z 16. obecné zprávy CPT, CPT/Inf(2006)35-part* [online]. Štrasburk: CPT, 2006 [cit. 18. 12. 2017]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806ccea3>
37. UNITED NATIONS. *The Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care. A/RES/46/119* [online]. New York: United Nations, 1991 [cit. 23. 12. 2017]. Dostupný z: <http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r119.htm>
38. EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Report to the Government of the Netherlands on the visit to the Netherlands carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 2 to 13 May 2016, CPT/Inf(2017)1* [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 28. 12. 2017]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806ebb7c>
39. EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Report to the Government of the United Kingdom on the visit to the United Kingdom carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or*

*Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 30 March to 12 April 2016, CPT/Inf(2017)9* [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 28. 12. 2017]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/168070a773>

40. EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Report to the Government of the Principality of Liechtenstein on the visit to Liechtenstein carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 20 to 24 June 2016, CPT/Inf(2017)21* [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 28. 12. 2017]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/pdf/168073d17b>

41. GLAS, Lize Rixt. The European Court of Human Rights' use of non-binding and standard-setting Council of Europe Documents. *Hum Right Law Rev.* 2017, 17, s. 97–125. ISSN 1461-7781.

42. PIMENOFF, Veronica. *The CPT at 25: Taking stock and moving forward. Towards new standards in psychiatry* [online]. Štrasburk: CPT, 2015 [cit. 11. 12. 2017]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806dbbc4>

43. EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 1. až 10. dubna 2014, CPT/Inf(2015)18* [online]. Štrasburk: CPT, 2015 [cit. 28. 12. 2017]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/168069568d>

44. DEPARTMENT OF HEALTH. *Mental Health Act 1983: Code of Practice* [online]. Londýn: Department of Health, 2015, 460 s. [cit. 8. 5. 2017]. ISBN 978-0-11-323006-8. Dostupný z: <https://www.gov.uk/government/publications/code-of-practice-mental-health-act-1983>

45. SCHAAF, van der P. S. et al. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use or seclusion. *The British Journal of Psychiatry.* Feb 2013, 202 (2), s. 142-149, také [online, cit. 2017-10-19] dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/content/202/2/142.full-text.pdf+html>

46. SIVILOMBUDSMANNEN. The use of coercive measures during deprivation of liberty. In: *Sivilombudsmannen.no* [online]. 14. 4. 2016 [cit. 1. 11. 2017]. Dostupné z: <https://www.sivilombudsmannen.no/en/news/prevention-torture/the-use-of-coercive-measures-during-deprivation-of-liberty/>

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

48. LUKASOVÁ, Marie. Špatné zacházení zjištěné ochráncem... a co dál? In: ŠTURMA, Pavel a Milan LIPOVSKÝ, eds. *Preventivní mechanismy dle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2016, s. 53–65. ISBN 978-80-87975-59-6.

49. THE ITHACA PROJECT GROUP. *The ITHACA Toolkit for Monitoring Human Rights and General Health Care in Mental Health and Social Care Institutions* [online]. Londýn: Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, 2010, 66 s. [cit. 7. 12. 2017]. Dostupný z: [http://www.mdac.info/sites/mdac.info/files/ithaca\\_toolkit\\_english.pdf](http://www.mdac.info/sites/mdac.info/files/ithaca_toolkit_english.pdf)
50. INTERNATIONAL SOCIETY OF PSYCHIATRIC-MENTAL HEALTH NURSES (ISPN). ISPN Position Statement on the Use of Restraint and Seclusion. *JCAPN*. 2001, Volume 14, Number 3, July-September, s.100–102.
51. ČESKO, Ministerstvo zdravotnictví. *Strategie reformy psychiatrické péče, verze 1.0, vydáno 8. října 2013* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2013, 78 s. [cit. 23. 12. 2017]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf)
52. CALLAGHAN, Louise. *Czech hospital patients in cage beds*. London: The Sunday Times, 29. 6. 2014, s. 7.
53. BEAUCHAMP, Tom L. a James Franklin CHILDRESS. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York, Oxford University Press, 2009, 417 s. ISBN 978-0-19-533570-5.
54. BAUDIŠ, Pavel et al. Omezovací prostředky. In: RABOCH, Jiří et al., ed. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III*. Brno: Tribun EU, 2010, s. 213–221. ISBN 978-80-7399-984-1.
55. FORAL, Jiří a Marie LUKASOVÁ. K omezovacím prostředkům a „zbavení osobní svobody“ ve zdravotnictví. *Zdr. fórum*. 2013, č. 1, 17–20. ISSN 1804-9664.
56. OLOFSSON, Britta et al. Being in conflict: Physicians' experience with using coercion in psychiatric care. *Nord J Psychiatry*. 1999, 53, 203–210. ISSN 1502-4725.
57. ČESKO, Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Metodické opatření MPSV k postupu při mimořádném použití klecových lůžek opatřených sítí v zařízeních sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV, 2004 [cit. 20. 11. 2017]. Dostupný z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/1091/metodak2.pdf>
58. PETR, Tomáš a Tibor MIKLÓŠ. *Restriktivní metody v psychiatrii, standardizace ošetrovatelské péče. Zpracované standardy ošetrovatelské péče*. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice, 2004, 40 s.
59. BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, c2002, 156 s. ISBN 80-7262-104-1.
60. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental Health Care Law: Ten Basic Principles, WHO/MNH/MND/96.9* [online]. Ženeva: WHO, 1996 [cit. 2017-12-07]. Dostupný z: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/75.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/75.pdf)

61. RADA EVROPY, Výbor ministrů. *Recommendation No. Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum* [online]. Štrasburk: Council of Europe, 2004 [cit. 23. 12. 2017]. Dostupný z: [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08\\_Psychiatry\\_and\\_human\\_rights\\_en/Rec\(2004\)10%20EM%20E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20E.pdf)
62. KĘPIŃSKI, Antoni. *Rytmus života*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1986, 284 s.
63. ZEISEL, John, Joan HYDE a Linda SHI. Environmental Design as a Treatment for Alzheimer's Disease. In: VOLICER, Ladislav a Lisa BLOOM-CHARETTE, eds. *Enhancing the Quality of Life in Advanced Dementia*. Filadelfie: Brunner/Mazel, 1999, s. 206–222. ISBN 0-87630-965-1.
64. GOFFMAN, Erving. *Asylums, Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books Doubleday a Company, Inc., 1961, 386 s.
65. WATZLAWICK, Paul, Janet Beavin BAVELAS a Don D. JACKSON. *Pragmatika lidské komunikace: interakční vzorce, patologie a paradoxy*. 2., rev. vyd., 1. v Newton Books. Brno: Newton Books, 2011, 283 s. Gaia. ISBN 978-80-87325-00-1.
66. HEŘMANOVÁ, Jana et al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012, 200 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3469-9.
67. KALIŠOVÁ, Lucie et al. Výsledky podrobného sledování použití omezovacích prostředků během hospitalizace – projekt EUNOMIA, výsledky ČR. *Čes. a slov. Psychiat.* 104, 2008, 2, 52–58.
68. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Vyhodnocení systematické návštěvy Psychiatrické nemocnice v Dobřanech a souvisejícího postupu Ministerstva zdravotnictví v souvislosti s úmrtím v sítovém lůžku v roce 2012* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2013, 8 s. [cit. 30. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/5570>
69. SANDEL, Michael J. *Spravedlnost: co je správné dělat*. Praha: Karolinum, 2015, 303 s. ISBN 978-80-246-3065-6.
70. BOUČKOVÁ, Pavla. *Rovnost a sociální práva*. Praha: Auditorium, 2009, 198 s. ISBN 978-80-87284-02-5.
71. SABIN, James E. a Norman DANIELS. Allocation of mental health resources. In: BLOCH, Sidney a Stephen A. GREEN. *Psychiatric ethics*. 4th ed. New York: Oxford University Press, 2009, s. 111–125. ISBN 978-0-19-923431-8.

72. MACH, Jan. Etické problémy medicíny 21. století z právního pohledu. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, s. 59–82. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
73. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Medicína 21 – tavící kotel a nejasná budoucnost zdravotnických systémů. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, s. 27–34. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
74. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015, 225 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
75. ŽALOUĐÍK, Jan. Význam a šíře etiky v klinické praxi. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, s. 35–50. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
76. HUMAN RIGHTS COUNCIL. *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez*. A/HRC/22/53 [online]. New York: United Nations, 2013, 23 s. [cit. 18. 9. 2017]. Dostupné z: [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53\\_English.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf)
77. OPEN SOCIETY FOUNDATIONS. *Treatment or Torture, Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers* [online]. Místo neuvedeno: Open Society Foundations, 2011 [cit. 8. 1. 2018]. Dostupné z: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/treatment-or-torture-20110624.pdf>
78. COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES. *Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities* [online]. New York: CRPD, 2015 [cit. 23. 12. 2017]. Dostupné z: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>
79. COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES. *General comment No. 1 (2014). Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1* [online]. New York: United Nations, 2014 [cit. 16. 2. 2018]. Dostupné z: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement>
80. COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES. *Concluding observations on the initial report of Austria, adopted by the Committee at its tenth session (2–13 September 2013). CRPD/C/AUT/CO/1* [online]. New York: CPRD, 2013 [cit. 16. 2. 2018]. Dostupné z: [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/AUT/CO/1&Lang=En](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/AUT/CO/1&Lang=En)



81. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005, 153 s. ISBN 80-247-1024-2.
82. SOKOL, Jan. *Etika, život, instituce: pokus o praktickou filosofii*. Praha: Vyšehrad, 2014, 260 s. ISBN 978-80-7429-223-1.
83. MUNZAROVÁ, Marta. Etika medicíny 21. století v historických kontextech. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, s. 51–58. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
84. HOLMEROVÁ, Iva. Etické souvislosti gerontologie a geriatricie 21. století. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, s. 223–228. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
85. MIND. *Mental health crisis care: physical restraint in crisis. A report on physical restraint in hospital settings in England. June 2013* [online]. Londýn: Mind, 2013, 32 s. [cit. 14. 12. 2017]. Dostupné z: [https://www.mind.org.uk/media/197120/physical\\_restraint\\_final\\_web\\_version.pdf](https://www.mind.org.uk/media/197120/physical_restraint_final_web_version.pdf)
86. ČERNÝ, David. Život bez svobodné vůle [online]. Lidové noviny, příloha Orientace ze dne 8. 7. 2017 [vid. 19. 11. 2017]. Dostupné z: <http://kontrafikce.blogspot.cz/2017/07/zivot-bez-svobodne-vule.html>
87. ČERNÝ, David. *Princip dvojího účinku: zabíjení v mezích morálky*. Praha: Academia, 2016, 244 s. ISBN 978-80-2002-605-7.
88. WEBER, Max. *Metodologie, sociologie a politika*. Praha: Oikoyomenh, 1998, 354 s. ISBN 80-86005-48-8.
89. PTÁČEK, Radek. Lékař a pacient ve 21. století. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, s. 83–92. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
90. ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života, Základní otázky lékařské etiky*. Praha: Vyšehrad, 1999, 107 s. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-7021-302-7.
91. ČESKO, Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Práce s klientem s rizikem v chování (manuál průvodce dobrou praxí)* [online]. Praha: MPSV, patrně 2005 [cit. 20. 11. 2017]. Dostupný z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/4035/manual.pdf>
92. ČESKO, Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Počet klecových lůžek s mříží či sítí v ČR* [online]. Praha: MPSV, 2005 [cit. 20. 11. 2017]. Dostupný z: <https://www.mpsv.cz/cs/1089>

93. ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, 850 s. ISBN 978-80-7552-321-1.
94. ČESKO, Ministerstvo zdravotnictví. *Používání omezovacích prostředků u pacientů ve zdravotnických zařízeních České republiky*. Zn. 37800/2009, ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví 7/2009 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2009 [cit. 15. 2. 2018]. Dostupný z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c\\_3629\\_1779\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3629_1779_11.html)
95. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Zpráva ze systematických návštěv dětských psychiatrických nemocnic* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2013 [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/2610>
96. TREŠLOVÁ, Marie a Hana DOHNALOVÁ. Coercive and restrictive measures in nursing care of restless and aggressive patients: Theory and Practice. In: NEEDHAM, Ian et al., eds. *Violence in Clinical Psychiatry. Proceedings of the 7th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy, 2011, s. 94–97. ISBN 978-90-5740-099-5.
97. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, 374 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
98. GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, Most, 167 s. ISBN 80-86429-21-0.
99. GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999, 595 s. ISBN 80-7203-124-4.
100. MOŽNÝ, Petr. Podnět výboru Psychiatrické společnosti. In: [www.psychiatrie.cz](http://www.psychiatrie.cz) [online]. 24. 2. 2010 [cit. 30. 10. 2017]. Dostupné z: <http://www.psychiatrie.cz/index.php/16-denivoboru/destigmatizace/203-podnt-z-pl-kromi->
101. GOFFMAN, Erving. *Všichni hrájeme divadlo: sebereprezentace v každodenním životě*. Praha: Nakladatelství Studia Ypsilon, 1999, 247 s. ISBN 80-902482-4-1.
102. GLAJCHOVÁ, Alena. Zranitelnost lékařské profese jako důsledek rostoucí autonomie pacientů. *Lidé města*. 2016, 18, 1, s. 3–27. ISSN 1212-8112, 3–27.
103. SEDERER, Lloyd I. Dying with your rights on: Mental illness, civil rights and saving lives. In: [www.huffingtonpost.com](http://www.huffingtonpost.com) [online]. [cit. 19. 11. 2017]. Dostupné z: [https://www.huffingtonpost.com/lloyd-i-sederer-md/mental-health-care\\_b\\_871274.html](https://www.huffingtonpost.com/lloyd-i-sederer-md/mental-health-care_b_871274.html)
104. HONZÁK, Radkin. Zastavte výrobu nových chorob! In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, s. 411–416. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.

105. POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČR. *Pozměňovací návrh ke sněmovnímu tisku 508. Vládní návrh zákona o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek /omezovací prostředky/* [dokument pdf]. Praha: Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, 7. volební období, 2013-2017, Sněmovní tisk 508, pozměňovací návrh 3736 [cit. 11. 12. 2017]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/doc/pdf/00/12/87/00128752.pdf>
106. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000, 147 s. ISBN 80-7178-429-X.
107. DEPARTMENT OF HEALTH. *Transforming care: A national response to Winterbourne View Hospital: Department of Health Review Final Report* [online]. Londýn: Department of Health, 2012, 62 s. [cit. 2. 12. 2017]. Dostupný z: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213215/final-report.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213215/final-report.pdf)
108. LUKASOVÁ, Marie. Recenze anglické směrnice o omezovacích prostředcích. *Geri a Gero*. 2015; 2(4): 92–98. ISSN 1805-4684.
109. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. *Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges* [online]. Londýn: NICE, 2015, 60 s. ISBN 978-1-4731-1232-2 [cit. 8. 5. 2017]. Dostupný z: [nice.org.uk/guidance/ng11](http://nice.org.uk/guidance/ng11)
110. ZIMBARDO, Philip. *Luciferův efekt: jak se z dobrých lidí stávají lidé zlí*. Praha: Academia, 2014, 625 s. ISBN 978-80-200-2346-9s.
111. PENAL REFORM INTERNATIONAL. *Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring*. Second edition. Londýn: Penal Reform International, 2015 (first published in 2013), 19 s. ISBN 978-1-909521-52-0.
112. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada, 2008, 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
113. WORLD MEDICAL ASSOCIATION. *Council resolution on the relation of law and ethics* [online]. Divonne-les-Bains: WMA, 2003 [cit. 5. 1. 2018]. Dostupný z: <https://www.wma.net/policies-post/wma-council-resolution-on-the-relation-of-law-and-ethics/>
114. EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Boj proti beztrestnosti. Výňatek ze 14. obecné zprávy CPT, CPT/Inf(2004)28-part* [online]. Štrasburk: CPT, 2004 [cit. 18. 12. 2017]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806cd063>

115. EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Report to the Austrian Government on the visit to Austria carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 22 September to 1 October 2014, CPT/Inf(2015)34* [online]. Štrasburk: CPT, 2015 [cit. 28. 12. 2017]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/1680653ec7>
116. FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, 1996, 237 s. ISBN 80-85319-50-0.
117. WICHSOVÁ, Jana. *Důstojnost pacienta v etickém kodexu zdravotních sester a v praxi* [online]. Praha: 2009 [cit. 21. 11. 2017]. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize. Vedoucí práce prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.
118. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
119. VÝBOR PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP. Stanovisko Výboru Psychiatrické společnosti ČLS JEP k odvolání MUDr. Vladimíra Žižky z funkce ředitele Psychiatrické nemocnice Dobruška. In: [www.ceskapsychiatrie.cz](http://www.ceskapsychiatrie.cz) [online]. Praha: 2015 [cit. 23. 12. 2017]. Dostupný z: [http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/2015/aktuality/150601\\_stanovisko\\_vyboru\\_ps\\_k\\_odvolani\\_dr\\_zizky.pdf](http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/2015/aktuality/150601_stanovisko_vyboru_ps_k_odvolani_dr_zizky.pdf)
120. NEJVYŠŠÍ STÁTNÍ ZASTUPITELSTVÍ. *Aplikace § 8 odst. 5 zákona o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim. Průvodce novou právní úpravou pro státní zástupce. 1 SL 123/2016* [online]. Brno: NSZ, 2016, 20 s. [cit. 14. 1. 2018]. Dostupné z: <http://www.nsz.cz/images/stories/Tiskovy/NovelaTOPO.pdf>
121. HAVELKA, Miloš. *Ideje, dějiny, společnost: studie k historické sociologii vědění*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury (CDK), 2010, 414 s. Dějiny a kultura. ISBN 978-80-7325-220-5.
122. GAWANDE, Atul. *Nežijeme věčně: medicína a poslední věci člověka*. Praha: Dokořán, 2016, 237 s. ISBN 978-80-7363-702-6.
123. LUKASOVÁ, Marie. Autonomie vůle u klientů s demencí. In: LUKASOVÁ, Marie a Adéla HRADILOVÁ, eds. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014, s. 84–89. ISBN 978-80-87949-03-0.
124. DEPARTMENT OF HEALTH. *Positive and Proactive Care: reducing the need for restrictive interventions* [online]. Londýn: Department of Health, 2014, 44 s. [cit. 2. 12. 2017]. Dostupný z: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/300293/JRA\\_DoH\\_Guidance\\_on\\_RP\\_web\\_accessible.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300293/JRA_DoH_Guidance_on_RP_web_accessible.pdf)

125. SMETÁČKOVÁ, Irena et al. Dehumanizace v medicíně: rizika a přínosy. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, s. 483–496. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
126. SOKOL, Jan. *Filosofická antropologie: člověk jako osoba*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 222 s. ISBN 978-80-7367-422-9.
127. STEHLÍKOVÁ, Helena. Etické problémy medicíny 21. století, výzva, která nás čeká. In: PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, s. 21–22. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5471-0.
128. ŠIMEK, Jiří. Etika v psychiatrii. In: HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, ed. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002, s. 632–634. ISBN 80-900130-1-5.
129. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Zpráva o šetření veřejného ochránce práv ze dne 20. 7. 2012*, sp. zn. 461/2012/VOP/MLU [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2012 [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/240>
130. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Zpráva o šetření veřejného ochránce práv ze dne 29. 9. 2016*, sp. zn. 4174/2016/VOP/PD [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2016, 14 s. [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/4698>

## Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva

- Bouyid proti Belgii, stížnost č. 23380/09, rozsudek velkého senátu ze dne 28. 9. 2015
- Bureš proti České republice, stížnost č. 37679/08, rozsudek ze dne 18. 10. 2012
- Demir a Baykara proti Turecku, stížnost č. 34503/67, rozsudek velkého senátu ze dne 12. 11. 2008
- Fernandes de Oliveira proti Portugalsku, stížnost č. 78103/14, rozsudek ze dne 28. 3. 2017
- Gäfgen proti Německu, stížnost č. 22978/05, rozsudek velkého senátu ze dne 1. 6. 2010
- Herczegfalvy proti Rakousku, stížnost č. 10533/83, Série A č. 244, rozsudek ze dne 24. 9. 1992
- Kudła proti Polsku, stížnost č. 30210/96, rozsudek velkého senátu ze dne 26. 10. 2000
- M. S. proti Chorvatsku (č. 2), stížnost č. 75450/12, rozsudek ze dne 19. 2. 2015
- M. S. S. proti Belgii a Řecku, stížnost č. 30696/09, rozsudek velkého senátu ze dne 21. 1. 2011
- Muršić proti Chorvatsku, stížnost č. 7334/13, rozsudek velkého senátu ze dne 10. 10. 2016
- Nencheva a ostatní proti Bulharsku, stížnost č. 48609/06, rozsudek ze dne 18. 6. 2013

R. B. proti Maďarsku, stížnost č. 64602/12, rozsudek ze dne 12. 4. 2016

Ramirez Sanchez proti Francii, stížnost č. 59450/00, rozsudek velkého senátu ze dne 4. 7. 2006

R. M. T. proti Spojenému království, stížnost č. 31045/10, rozsudek ze dne 8. 9. 2014

Rodic a ostatní proti Bosně a Hercegovině, stížnost č. 22893/05, rozsudek ze dne 27. 5. 2008

Selmouni proti Francii, stížnost č. 25803/94, rozsudek velkého senátu ze dne 28. 7. 1999

Storck proti Německu, stížnost č. 61603/00, rozsudek ze dne 16. 7. 2005

V. K. proti Rusku, stížnost č. 68059/13, rozsudek ze dne 7. 3. 2017

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