



Zpráva o šetření podmínek ochranného léčení

Pana A. A. v Psychiatrické nemocnici A

Dopisem ze dne 20. května 2016 se na mě obrátil pan A. A. (dále také jen pacient) se stížností na zacházení, kterému je v rámci ochranného léčení podroben v Psychiatrické nemocnici A, XXXXXXXXXXXXXXX. Obsah podnětu pana A. není třeba chránit, neboť jeho stížnosti jsou (nejen) nemocnici už z dřívějška známy. Stěžoval si na podmínky, ve kterých je držen na oddělení X, pokoj za pancéřovými dveřmi, mříže, kamery, nebezpečné spolupacienty; režim, který je mu stanoven, odříznutí od lidí, šacování, nemožnost kouřit, dozor při telefonátech, nemožnost krátkodobě opustit nemocnici; špatné vztahy ze strany personálu a především primáře. Při hodnocení své situace používal výrazy jako „tyranie“ a „týrání“. Dále žádal o přeměnu formy léčby na ambulantní a přehodnocení stanovené diagnózy. Pan A. si už dříve stěžoval v nemocnici, u soudu a podal trestní oznámení.

A. Předmět a výsledek šetření

Zaměřila jsem se na otázky, které spadají do mé působnosti, jak ji stanoví zákon o veřejném ochránci práv.¹ Konkrétně tedy na podmínky na oddělení X a důvod držení pana A. právě tam, režim, kterému je podroben, a vyřizování jeho stížností. Naopak, od počátku jsem se vymezila k rozhodování o samotném ochranném léčení a stanovení diagnózy, neboť mi nepřisluší je posuzovat.

Ke zjištění skutkového stavu jsem nechala provést dne 13. června 2016 místní šetření v nemocnici. V jeho rámci pověření zaměstnanci Kanceláře získali vyjádření pacienta, primáře MUDr. B. B., člena vedení nemocnice MUDr. C. C., který aktuálně působí jako odborník pro lékařskou péči, a v případě pana A. se osobně angažoval, a krátce hovořili se členy ošetrovatelského personálu; prověřili podmínky na oddělení X a Y; studovali zdravotnickou dokumentaci a pořídili z ní výpisy a kopie a získali další písemnosti. Dále jsem si vyžádala písemné vyjádření od matky pana A., MUDr. D. D., která je jeho opatrovnící; od policejního orgánu o postupu v návaznosti na trestní oznámení pana A.; od nemocnice k doplnění dalších dokumentů. Také jsem informovala o svém šetření soud.

Co jsem zjistila, je předmětem části B této zprávy a výsledek mého důkladného posouzení věci je v části C.

- Došla jsem k závěru, že Psychiatrická nemocnice A pochybila tím, že i) podrobila pacienta ochranného léčení špatnému zacházení² spočívajícímu v neoprávněném držení na izolační místnosti po dobu 10, 13 a 7 dnů a držení v nepřipustně přísném režimu po dobu měsíců; ii) o umístění do izolační místnosti rozhodoval ošetrovatelský personál (a ne lékař) za situace, kdy nehrozilo prodlení; iii) nevyřídila řádně stížnosti pacienta a jeho opatrovnice.

1 zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů

2 S pojmem „špatné zacházení“ v této zprávě pracuji ve smyslu „nelidské či ponižující zacházení nebo trest“, jež jsou zakázány čl. 7 odst. 2 Listiny základních práv a svobod a čl. 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.



- Pochybení dále spatřuji v podmínkách na oddělení Z, které nedosahují úrovně terapeutického prostředí při déleodobějším pobytu, a v absenci systematické vnitřní kontroly používání omezovacích prostředků a dlouhodobého držení v režimu příjmové ložnice.

V případě špatného zacházení je nutné přijmout bezodkladně opatření k nápravě. Očekávám reakci psychiatrické nemocnice a jsem připravena podílet se případně na dialogu s dalšími aktéry, jako je například soud.

B. Skutková zjištění

B.1 K trvání ochranného léčení pana A. a rozhodování o něm

Ochranné léčení v ústavní formě nařídil soud³ panu A. v roce 1994; jeho trvání posuzuje Okresní soud P. Aktuální rozhodnutí o prodloužení trvání ochranného léčení je z podzimu 2015, na dva roky. Podle názoru znalce plní u pacienta ochranné léčení převážně úlohu detenční. Při pobytu mimo ústavní zařízení je vysoce pravděpodobné riziko zhoršení zdravotního stavu a s tím spojeného protispolečenského jednání. Ochranné léčení v ústavní formě dosud svůj účel nesplnilo a pobyt pacienta na svobodě je stále společensky nebezpečný.

V rámci tohoto periodického přezkumu v roce 2015 navrhla státní zástupkyně přeměnu ochranného léčení na zabezpečovací detenci, a když soud návrhu nevyhověl, podala proti usnesení prvoinstančního soudu stížnost. Z jejího pohledu pacient opakovaně závažným způsobem porušil léčebný režim, čímž projevuje negativní postoj k ochrannému léčení. To, co konstatoval znalec, že totiž pacient je stále nekritický ke svému zneužívání alkoholu a psychofarmak, a snaží se je obstarat, se podle ní musí posuzovat v kontextu toho, že se naposled v létě 2015 intoxikoval xxxx a také v září kopal na oddělení do dveří pracovní personálu. Odvolací soud stížnost zamítl – shledal, že selhání posuzovaného (porušení režimu) byla v roce 2015 utlumená a nejednalo se o excesy z toho, co odpovídá závažné diagnóze posuzovaného. Naopak jeho selhání potvrzují odůvodněnost ochranného léčení.

V době mého šetření vedl soud další řízení, o návrhu pana A. na přeměnu léčení na ambulantní. Pan A. však vzal svůj návrh zpět, nařízené veřejné zasedání bylo odvoláno a řízení nepokračuje.

Nemocnice mi nyní sdělila, že ve věci pana A. nepodávala soudu žádné návrhy na přeměnu ochranného léčení, ani se interně nepřipravoval návrh na přeměnu léčení na zabezpečovací detenci. Tuto informaci přijímám, i když je zároveň jasné, že terapeutický tým o návrhu na přeměnu na zabezpečovací detenci uvažuje už od listopadu 2015, jak dále popíšu.

B.2 K osobě pana A.

Pan A. je omezený ve svéprávnosti již léta. Po přezkoumání soud rozsudkem z 18. ledna 2016 stanovil konkrétní omezení v jeho právu disponovat majetkem a zavazovat se právním

3 pro jednání, které by v případě osoby trestně odpovědné bylo posouzeno jako zvlášť závažný trestný čin vraždy; stíhání pana A. bylo zastaveno pro nepříčetnost

jednáním a určil, v jakých záležitostech není schopen vůbec právně jednat. Mimo jiné, dle rozsudku, „není schopen posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popř. důsledky jejich poskytnutí“. Opatrovníkem soud znovu ustanovil jeho matku, paní MUDr. D. D.

Trvalý pobyt má pan A. v P. na adrese, kde žije jeho matka a opatrovnice. S opatrovníci vychází dobře; navštěvuje ho jednou týdně, nikoho jiného pan A. nemá. Má invalidní důchod, je kuřák a je zvyklý pít kávu, což mu v psychiatrické nemocnici umožňovali.

Pan A. je léčen pro diagnózu (dle posudku z roku 2015) smíšená porucha osobnosti, disociální, emočně nestabilní a narcistická, a polymorfní závislost na psychoaktivních látkách, která po letech vedla k rozvoji psychotické poruchy.

Pan A. má na svou diagnózu jiný názor. Domnívá se, že ošetřující lékaři i znalci z poslední doby jej diagnostikují špatně – nejde u něj o poruchu osobnosti a závislost, ale o psychotické onemocnění v remisi. Příčinou negativ v jeho chování má být špatný vliv prostředí, kde se nachází. Vychází přitom z názoru některých soudních znalců, kteří jej v minulosti posuzovali. V soudním řízení v roce 2015 využil svého práva podat námitku k osobě znalce.

B.3 Složitá situace v nemocnici, pokud jde o výkon ochranného léčení

[illegible]

Návrhy k soudu nejsou jen věcí daného primáře, ale podléhají v nemocnici odborné diskusi a podpisu ředitele, kdy prioritou je prevence propuštění společensky nebezpečného pacienta.

B.4 K pobytu pana A. na různých odděleních v rámci nemocnice

Pan A. pobýval především na oddělení Y a X (konkrétně Z). Od 11. prosince 2015 je na oddělení X stále.

- XXXXXXXXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
- XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Do 23. července 2015 byl skoro čtyři roky na oddělení Y, s jedním měsíčním pobytem na oddělení X. Ze záznamů od roku 2003 plyne, že pan A. byl už dříve 3x na interním oddělení a řádově po dobu let býval kromě oddělení Y také na oddělení X. Ošetřujícím lékařem bylo více osob. Překlady jsou v nemocnici standardně věci domluvy mezi primáři.



Charakteristika oddělení Y: Příjímací oddělení pro muže, doléčování akutních psychotických fází. Kapacita je 42 lůžek.

Charakteristika oddělení X: Oddělení pro léčbu akutních neklidů mužů a doléčování odeznělých akutních psychotických stavů. Kapacita 43 lůžek. Na oddělení je kamerový systém. Z mužů s uloženým ochranným léčením jsou na oddělení ti, kteří vyžadují zvýšený dozor, protože narušují průběh léčení (například útekem, opakovanými stavy auto či heteroagrese).

B.5 K průběhu ochranného léčení pana A. v roce 2015 a 2016

Z pohledu pana A. je významný vývoj v posledním roce. Na základě studia různých dokumentů se mi jej podařilo objektivizovat takto:

- Dle vyjádření MUDr. K. pro soud v květnu 2015 byl **zdravotní stav pacienta dlouhá léta neměnný**, o jeho tendenci ke zneužívání léků není pochyb, i když v poslední době v menší intenzitě. Znalec v řízení konstatoval, že zdravotní stav pacienta není dosud kompenzován a nedošlo od doby posledního posouzení k větším pozitivním změnám, pouze se částečně redukovaly poruchy chování. Pacient byl léčen kombinací psychofarmak ke zmírnění napětí, neklidu a úzkosti. Už několik let byl umístěn na oddělení Y, byl klidný, ale když se mu nevyhovělo, negativistický a tenzní.
- Měl **pravidelně co tři týdny propustku na víkend** v P. u matky, odkud se vracel v pořádku. V průběhu víkendu byl pod stálým dohledem matky, která byla schopna dohled zajistit právě jen po dobu jeho trvání. Poslední propustka byla v červenci 2015.
- V červnu 2015 došlo ke změně na postu primáře u oddělení, kde pan A. pobýval (MUDr. V. K. vystřídal MUDr. B. B.).
- Znalecký posudek ke dni 10. 7. konstatoval, že intenzita závadového chování poklesla.
- Dne 23. 7. **se pacient na oddělení Y intoxikoval xxxx**. Jeho stav byl tak vážný, že musel být převezen na JIP do P. Po návratu do psychiatrické nemocnice byl, po víkendovém pobytu na příjmové ložnici oddělení X, vrácen na oddělení Y. Tam byl také umístěn na příjmové ložnici. xxx.
- Po dvanáctidenním pobytu na oddělení Y byl pacient 7. 8. **přeložen zase na oddělení X**. Ošetřující lékařka na oddělení Y konstatovala, že je tam nezvladatelný, protože se v předchozích dnech zhoršil jeho psychický stav a nespolupracoval.
- Na oddělení X pobýval mezi ostatními pacienty a mohl do kuřárny. **Vyjadřoval nespokojenost s pobytem na oddělení a při vizitách žádal o překlad**. Na oddělení X měl konflikt dne 29. 8. (byl okraden, přičemž ale nařkl jiného pacienta) a dne 10. 9. (napaden nařknutým pacientem, který se tentokrát skutečně A. snažil okrást). Překlad se připravoval, ale dne 1. 9. odmítl pan A. překlad na oddělení D – chtěl totiž na oddělení Y, kde však nebyl žádoucí (protože by vyžadoval zvýšený dohled). Později uvedl, že na oddělení D jsou samí kriminálníci, stejně jako na oddělení X.



Přesto by překlad uvítal, ale pak pokus o překlad na oddělení D dne 16. 9. odmítl. **Primář opatrovnici nabídl překlad do jiné nemocnice.**

- Dne 7. 9. proběhlo jednání u soudu. Soud reagoval na to, že v průběhu řízení mělo dojít ze strany pana A. k porušení léčebného režimu a požádal nemocnici o dodání doplňující zprávy k období od ledna 2015 do současnosti.
- Dne 21. září (na odd. X) použit omezovací prostředek: **22 hodin v izolační místnosti.**
- Na oddělení X jsou dokumentovány případy porušení léčebného režimu: dne 23. a 25. září byl při výdeji léků přistižen, jak se snaží s léky manipulovat. Při sesterské vizitě dne 30. 9. je pacient hodnocen tak, že se medikaci neustále snaží ošálit; stravu a tekutiny přijímá v dostatečném množství a je u něj nízká pravděpodobnost agrese a suicidálního chování.
- Dne 5. 10. se konalo další jednání u soudu. Na základě doplňující zprávy nemocnice „soud neshledal, že by posuzovaný a jakým způsobem porušil léčebný režim“ kromě incidentu v červenci (nebyla doložena intoxikace léky, alkoholem nebo drogami).
- Dne 6. 10. byl pacient **přeložen na oddělení Y**. Občas tam byl umísťován na speciální ložnici pro zvýšení dohledu. Ošetřovatelský personál jej stále sleduje, protože přetrvává riziko intoxikace xxxxx. Léky mu byly podávány drcené. Po sedmáctidenním pobytu na oddělení Y byl pacient dne **22. října přeložen zase na oddělení X, z důvodu podezření z intoxikace**. Jevil její známky a laboratorní vyšetření ukázalo téměř čtyřnásobné zvýšení hladiny benzodiazepinů proti hodnotě před 12 dny. Dokonce byl na jeden den přeložen na interní oddělení E (záznamy o možném otoku mozku). Opatrovnice se naopak domnívá, že k selhání pacienta vedla frustrace z překladu. V té době došlo ke zpřísnění režimu a pacient na oddělení X již nemohl pobývat mezi ostatními (**umístění na příjmovou ložnici pod dohledem kamerového systému**) a nebylo mu umožňováno ani jít na kuřárnu.
- V listopadu podal pacient vedení nemocnice žádost o změnu ošetřujícího lékaře. Dne 18. 11. proběhlo **jednání vedení léčebny s opatrovníci**. Matka stále není lékaří přesvědčena o původu intoxikace pana A. a o nutnosti přísného dohledu. Na podkladě tohoto jednání opatrovnice požádala o uvolnění režimu, byť byla poučena o možných rizicích.
- **K uvolnění režimu nedošlo.** Pokus o okradení jiného pacienta o peníze dne 20. 11. primář hodnotil jako hrubé narušení režimu. Pacient dostal „zákaz kouření na kuřárně, kde by se mohl intoxikovat xxxxx či např. nalezenými medikamenty“. Náhodné vyšetření moči dne 25. 11. ukázalo opět vysokou hladinu benzodiazepinů (osmkrát vyšší než při minulém měření), byť byl pacient stále v přísném režimu. Pacient zneužití léků přiznal.
- Dne 26. listopadu **zakázal MUDr. B. B. návštěvy matky** kvůli podezření, že pacientovi – který už byl na příjmové ložnici izolován od ostatních – před dvěma dny při návštěvě dala benzodiazepiny. Padlo **rozhodnutí učinit „benzodiazepinový profil“** – tedy při stávající medikaci každý druhý den nabírat moč a sledovat hladinu benzodiazepinů. Matka dál docházela na oddělení a nosila pacientovi věci.



- Dne 26. 11. použit omezovací prostředek: **15 dnů v izolační místnosti**. V průběhu této doby byla pravidelně zjišťována hladina benzodiazepinů (dne 27. 11. zaznamenán pokles na polovinu hodnoty ze dne 25. 11.; dne 30. 11. zase zvýšení) a lékaři začali snižovat dávky pravidelně podávaných léků. Laboratoř ukázala pokles benzodiazepinů, ale pak zase vzestup.
- Pobyť na oddělení X pokračoval **v režimu příjmové ložnice**. Ze záznamů se dozvídám, že pacient byl morózní, nekritický a manipulativní, bez agresivních projevů, se spoustou požadavků včetně kouření, jdl, pil a spal, na komunitní setkání oddělení nechodil. Dne 20. 12. se neúspěšně pokusil schovat podané léky. Léky měl drčené. Záznam o provedení návštěvy matky je jen ze dne 17. 12.; až dne 24. 12. je v dokumentaci zmínka o nevyužité společné vycházce. Několikrát na svou žádost dostal pacient neklidovou injekci, několikrát ne. **Vysazování benzodiazepinů se dokonale projevilo v laboratorních výsledcích od 10. února**, kdy už je nález negativní. Lékaři jeho stav hodnotí tak, že výrazně ustoupila pacientova naléhavost, vznětlivost a zvýšila se frustrační tolerance.
- Dne 14. 3. 2016 byl **propuštěn z příjmové ložnice mezi ostatní pacienty**. Stalo se tak na žádost matky (quasi revers). Ošetřujícím lékařem byl pacient upozorněn na to, že při prvním pokusu o zneužití drog bude opět dlouhodobě umístěn v izolační místnosti. Ze záznamů je zřejmé, že to hlavní, na co se terapeutický tým zaměřuje, je zabránit tomu, aby si pacient obstaral nějakou látku nebo xxxxxxx. Aktuální uvolnění bylo testem toho, zda může pacient pokročit v uvolňování režimu. Mezi ostatními pacienty byl pan A. do 23. 3., kdy laboratorní výsledky znovu ukázaly pozitivní hodnotu benzodiazepinů, a to bylo hodnoceno jako závažné porušení režimu oddělení. Pro riziko intoxikace a sebepoškození byl **znovu přemístěn na příjmovou ložnici**. Ke svému selhání byl nekritický a vnímal reakci úkorně. Pozitivní nález benzodiazepinů měl ještě jednou, v době kdy už byl izolován na příjmové ložnici (6. 4.). K oběma selháním byl pan A. nekritický a nepřiznal je. V očích terapeutického týmu pacient opakovaně narušuje léčebný režim. Když u něj našli tabák, byl poučen o kouření jen na vyhrazeném místě (26. 3.).
- Dne 16. 5. použit omezovací prostředek: **13 dnů v izolační místnosti** pro porušení režimu oddělení a protipožárních předpisů tím, že kouřil na záchodě. Po propuštění byl opět umístěn do příjmové ložnice.
- Dne 3. 6. použit omezovací prostředek: **7 dnů v izolační místnosti** pro porušení režimu oddělení a protipožárních předpisů tím, že kouřil na záchodě. V době pobytu v izolační místnosti byly znovu naměřeny benzodiazepiny v moči (8. 6.).
- Na příjmové ložnici vzápětí kouřil znovu v den propuštění z izolační místnosti a pak zase. Jiné problémy ze záznamů sester nevyvstávají. Pacient do provedení šetření pracovníků Kanceláře setrval v režimu příjmové ložnice, občas naléhal na propuštění, občas si vyžádal neklidovou medikaci.

B.6 Podmínky na oddělení X ke dni 13. června 2016

Pan A. se nacházel v části oddělení, která nese označení Z a je určena pro muže (kapacita 33). Pro muže je rovněž část T s kapacitou 10, dle personálu je pro pacienty s o stupeň



lepším zdravotním stavem, před přeložením jinam. Na obou částech jsou téměř všechny prostory pod dohledem kamer, které snímají obraz i zvuk. Záznam není pořizován. Je stanoveno, který pracovník má službu u monitoru a sleduje obraz.

Na oddělení Z jsou vícelůžkové pokoje: průchozí 12lůžkový vedoucí do 3lůžkového; průchozí „příjmový“ 5lůžkový; 13lůžkový. Ložnice jsou jen místnosti na lůžka. V době návštěvy jsou dále v použití dvě přistýlky – matrace na zemi, což není neobvyklý stav.

Pokud jde o řešení prostor určených pro pacienty, jsou si oddělení T, Z a Y podobná – stěny světle vymalované, moderní lůžka ve velkokapacitních (někdy průchozích) ložnicích, žádná individualizace, sociální zázemí po rekonstrukci, kužárna, mříže za plastovými okny, na chodbě zamykatelné skříňky pro některé pacienty, některé ložnice mají průzor do pracovny personálu. Oddělení Z se liší tím, že v ložnicích nejsou žádné noční stolky ani poličky, nábytek v „denním sále“ je bytelný. Některé interiérové dveře jsou oplechované. Na oddělení Y jsou sociální zařízení i u pokojů a není tam kamerový systém.

Další rozdíl je v tom, že v oddělení Z byla v době návštěvy velká, stará špína: na zemi, zdech, dveřích, radiátorech, v rozích; v ložnicích i na toaletách.⁴ Toalety byly zpustošené – rozbité dveře kabin, splachovadla ve výšce, některé mýsy bez prkének, bez ručníku.

Muži ráno opustí ložnice a přesouvají se do denního sálu, odkud je přímý přístup na WC a do kužárny. Kužárna je jediné místo vyhrazené ke kouření. To je dle domácího řádu dovoleno od 6 do 20 hodin; mimo tento čas se kuřácké potřeby předávají zdravotnickému personálu k úschově a platí zákaz kouření. Do ložnic se pacienti mohou vrátit na polední klid a pak až večer. Personál zmínil, že při této příležitosti musí být pacienti kontrolováni, aby nepronесли do ložnice např. zapalovač. V ložnicích není žádný úložný prostor ani polička na časopis; pod některými matracemi byly vidět dokumenty a na zemi PET lahve.

Jiný režim má příjmová (někdy nazývaná také „izolační“) ložnice, pokud tam pacienti setrvávají celodenně za účelem permanentního dohledu kamerového systému. Nemají kontakt s ostatními, vycházky ven ani přímý přístup na WC, o vpuštění na toaletu musí žádat personál a po část dne se také používají močové lahve. V příjmové ložnici není signalizace k personálu, je tam však observační okénko anebo se používá gestikulování na kameru nebo bušení do spojovacích dveří. V podobné situaci jsou v noci pacienti ubytovaní v ložnici č. 2, která je až za příjmovou ložnicí; tam ale je přímý přístup na WC.

Oddělení má několik izolačních místností. Dvě nemají polstrování, ale jde o vykachličkové místnůstky na jedno lůžko, ve výšce je okno, žádná vizuální stimulace. Další mají polstrované stěny, na zemi matraci, turecké WC.

Dle domácího řádu oddělení X má pacient možnost využívat každodenní společné vycházky v doprovodu zdravotnického personálu; v režimu dne je k tomu odpoledne vyhrazena hodina. K budově s oddělením Z a dalšími třemi odděleními přiléhá zahrada obehnaná asi 2 m vysokou kamennou zdí. Na zahradě je několik laviček, přístřešek proti dešti, tráva

4 Pracovník nemocnice poznamenal, že se na oddělení denně stírá podlaha a že špínu nanosili pacienti zvenku. Na dotaz, kolik jich chodí ven, se dohledalo, že předchozí den byli venku tři. Špína byla i na podlaze a nebyla nová, nicméně na podlaze byl i prach.



a stromy. Tento prostor se nepovažuje za bezpečný, protože je možné utéct přes plot; u některých pacientů je tak rozhodnuto, že tam nebudou pouštěni.

B.7 Režim, kterému je pan A. podroben

Vnitřní směrnice psychiatrické nemocnice⁵ stanoví, s odkazem na poměrně obecný ráz zákonných ustanovení, že vlastní provádění ochranného léčení a zajištění režimu si vede každé oddělení či lékař po svém a dle svých možností. Vycházky po areálu nemocnice a do města a dovolenky se také řídí režimem daného oddělení.

Pan A. je na oddělení X z důvodu zajištění maximálního stupně dohledu, což se v průběhu času rozvinulo do přísného režimu „příjmové ložnice“, případně umístění do terapeutické izolace [jedná se o místnost určenou k bezpečnému pobytu ve smyslu § 39 odst. 1 písm. d) zákona o zdravotních službách⁶, v textu uvádím jako „izolační místnost“].

V době místního šetření v červnu 2016 byl pan A. na příjmové ložnici spolu s 2 dalšími pacienty (na noc jsou obsazena všechna lůžka). Tráví tam celý den včetně stolování. Nemá jinou terapii než medikamentózní a neúčastní se žádných aktivit. Nemá zájem o účast na komunitě, která je na oddělení dvakrát týdně na půl hodiny. Nemá k dispozici skříňku na věci – vše má u personálu, kromě nějakých listin, které může mít pod polštářem nebo na zemi. Je kuřák, ale kouření nemá umožněno (ošetřovatel by ho musel vzít do kuřárny, což u pana A. není povoleno; ven s ošetřovatelem také jít nemůže, protože to se chodí vždy s více pacienty, což snižuje úroveň dohledu). Nemá přímý přístup na toaletu, žádá o každé puštění. Nemá přístup na vzduch. Má zajištěn pitný režim, může pít kávu a může přijímat jídlo, které mu přinese matka. Návštěvy standardně přijímá v návštěvní místnosti. Je celodenně v pyžamu, stále pod kamerami. Propustky nemá pacient už rok a k jejich obnovení v budoucnu si nevytvořil podmínky. Všechny tyto aspekty režimu podléhají rozhodnutí lékaře, ne ošetřovatelského personálu.

V tomto režimu pan A. s několikadenními přestávkami pobývá 10 měsíců (v dohledové ložnici byl již na podzim na oddělení Y). Zákaz kouření na kuřárně má od 24. listopadu.

Výjimku tvořilo mimo jiné 15, 13 a 7 dnů na izolaci. Po tu dobu byl zcela sám na malém prostoru izolační místnosti, kde i jedl (minimálně v jednom období byl v místnosti s matrací, tedy „na zemi“). Opět žádné aktivity či lidský kontakt, pobyt venku ani umožnění kouřit.

Blíže k návštěvám: V listopadu 2015 měl pan A. zákaz návštěv matky. Rozhodnutí vydal primář dne 26. 11. Z dokumentace plyne, že i když matka do nemocnice stále docházela, zákaz pokračoval ještě po 13. 12.; ale v mezidobě, když byl pacient v izolační místnosti na oddělení K, jedna návštěva matky proběhla. Další záznam o návštěvě je ze dne 17. 12., kdy proběhla na návštěvní místnosti za dohledu ošetřovatele. Takto byly návštěvy postupně obnoveny, ale není mi známo, od kterého data přesně.

Blíže ke kouření: Když byl pan A. v září a v říjnu na oddělení X v režimu mezi ostatními pacienty, kouřil a měl u sebe i elektronickou cigaretu (nabíječka byla u personálu).

5 vnitřní metodický pokyn pro výkon a agendu ochranného léčení v xxxxx, účinný od 15. 3. 2015

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



Od 22. října, kdy byl umístěn na příjmovou ložnici, už má pacient přístup ke kouření problematický. Na (příjmové) ložnici a na sociálním zařízení je zakázáno kouřit. Pan A. nemá vycházky, standardně není zván na společné vycházky pod dohledem personálu, není voděn do kuřárny. Dle sester je povolení cigaret věcí lékaře. Podle primáře nemůže mít pan A. cigarety, protože by je směňoval. Fakticky tedy nemá jak kouřit.

Kouření se dožaduje, svědčí o tom mnoho záznamů personálu i jeho stížnosti.⁷ U žádného záznamu není uvedeno, že by bylo pacientovi vyhověno. Dne 14. 11. byl přistižen, jak chtěl směnit jídlo za cigarety, které jiný pacient pronesl v pleně do příjmové ložnice. I z doby umístění v izolační místnosti jsou v dokumentaci prakticky denně záznamy o požadavcích pacienta, aby mohl kouřit.⁸ Kouření zjevně není umožněno ani po propuštění z izolace, pacient se ho stále dožaduje. Elektronickou cigaretu dostal až při uvolnění režimu dne 14. 3. 2016. Když byl zase omezen v příjmové ložnici, opakovaně porušoval režim právě kouřením.⁹

Reakcí personálu na přistižení je poučení o protipožárních předpisech, záznamy o opakovaném porušování režimu, dvakrát také několikátýdenní zavření do izolační místnosti. Matka uvádí, že při jednáních v květnu a červnu prosila pro syna o elektronickou cigaretu, ale marně.

Blíže k telefonování: Když je pacient v režimu příjmové ložnice, nemá k dispozici svůj mobilní telefon. Pan A. může matce volat z ústavního telefonu, častěji přijímá její hovory. Pacient přijímá telefonáty matky na sesterně, tedy za přítomnosti personálu. Nedostatek soukromí oba kritizují. Ostatně poznámky o duchu telefonátů se objevují i v sesterských záznamech.¹⁰

Blíže k pobytu na vzduchu: Začátkem září 2015, když byl pan A. na oddělení X mezi ostatními pacienty, mohl využívat nabídek společné vycházky (ad záznamy sester). I v době, kdy už pobýval na příjmové ložnici, lze v sesterských záznamech tu a tam nalézt poznámku o nevyužití společné vycházky.¹¹ Častěji ale v záznamech nic o pobytu venku není, často se objevuje obecné „požadavky nemá“. Pacient je postupně hodnocen jako vysoce rizikový a personálu je postupně zakázáno chodit s ním i do kuřárny. Uzavírám, že mám za prokázané, že pan A. v režimu příjmové ložnice a izolační místnosti vůbec neměl zajištěn pobyt venku na vzduchu.

Pohled pacienta: Pacient několikaměsíční pobyt na příjmové ložnici nese velmi úkorně a těžce. Vadí mu, že si musí říkat o puštění na toaletu, že nemá k dispozici skříňku, že nemůže kouřit, že rok nedostal propustku, že netelefonuje v soukromí. Komunita mu

7 Silný je záznam sester ze dne 4. 11.: „Při telefonátu s matkou vyhrožoval, že rozbije okna, pokud mu nedovolíme kouřit. Žádal o přinesení el. cigarety, aby mohl kouřit na příjmové ložnici.“

8 Například záznam sester ze dne 4. 12.: „Chvilkami kope do dveří, řve, chce propustit na kouření, domluvě nepřístupný, trvá riziko napadení.“

9 Například záznamy ze dne 24. 3., 23. 4., 2. 5., 6. 5., 7. 5., 11. 5., ostentativní porušení dne 16. 5. s následující izolací, a zase dne 3. 6., 10. 6. S vědomím matky kouřil na návštěvní místnosti dne 18. 6.

10 „Při telefonátech s matkou často kritizuje ošetřující personál,“ sesterská vizita dne 26. 4.

11 V roce 2015 ve dnech 28. 10., 30. 10., 2. 11., 11. 11., 16. 11., 17. 11., 24. 11. Také dne 9. 4. 2016.



B.8.3 Úvahy o zabezpečovací detenci

Ve zdravotnické dokumentaci pacienta lze seznat úvahy lékařů o možnosti přeměny ochranného léčení na zabezpečovací detenci: záznamy lékařů o úmyslu žádat soud o změnu ochranného léčení na zabezpečovací detenci po intoxikaci benzodiazepiny v listopadu 2015; záznam primáře ze dne 3. 6. 2016 o tom, že už by návrh podal. Dle MUDr. C. chování pacienta hrozí přeměnou léčení na zabezpečovací detenci, protože se léčba mívá účinkem (jeho záznam ze dne 1. 6.).

B.9 Poskytovaná péče a její další plán

Ošetřujícím lékařem pana A. je MUDr. G. a významně s ním a jeho matkou komunikuje také primář MUDr. B. Spolu s další lékařkou vystupují jednotně, co se týká terapeutického směřování. Pozornost lékaře má pacient denně, pozornost ošetrovatelského personálu je rovněž intenzivní, s několika zápisy do dokumentace denně.

Pan A. má trvale regulovaný příjem tekutin. Někdy mívá předepsáno drcení léků. Za celou dobu, za kterou jsem prozkoumala jeho zdravotní dokumentaci, se neúčastnil žádných aktivit nebo terapeutických programů. Pacientem nevyužitá je nabídka půlhodinové komunity, která probíhá dvakrát týdně.

V červnu 2016 bral pan A. jen mírné léky. Když se v říjnu 2015 pacient na oddělení X vrátil z oddělení Y intoxikovaný, rozhodli se lékaři vysadit mu postupně řadu léků, aby se dalo objektivizovat jejich podezření, že zneužívá benzodiazepiny. Nyní je v testech jasně vidět, když nějaký lék zneužije.

Od podzimu 2015 se terapeutické působení na pana A. soustředí na snahu udržet ho „čistého“ a děje se to cestou izolování, s několika pokusy o uvolnění režimu, které selhaly. Selhání je vždy vykládáno jako ohrožení pro život.

- Listopad 2015, dohoda o pokusu o uvolnění z příjmové ložnice: „Pokud pacient vydrží v klidu, bez jakýchkoliv poruch chování, matka s pacientem napíše žádost o uvolnění režimu, o pobyt mezi ostatními pacienty oddělení s tím, že byli výslovně upozornění a jsou si vědomi, že může dojít až ke smrti pacienta, a to tím, že xxxxxxxxxxxxxxxx.“¹⁶
- V únoru 2016 byl pacient uvolněn z příjmové ložnice mezi ostatní pacienty oddělení X na základě písemného reverzu opatrovnice.
- „V plánu byla observace (pozn. na příjmové ložnici). Pac. však dne 16. 5. přistižen, jak kouří na WC. Pro nebezpečnost tohoto jednání (vznik požáru v místnosti, která není určena na kouření) umístěn do TI, odkud vypuštěn 29. 5. Ke svému chování zcela nekritický. V plánu pobyt na ložnici do konce srpna, pokud bude chování bez excesů, bude vypuštěn mezi ostatní na sál“ (epikríza ze dne 3. 6.).
- Dne 3. 6. primář konstatuje (po dalším kouření) „naprostou terapeutickou beznaděj“.

¹⁶ záznam o jednání dne 18. 11. 2015 založený ve zdravotnické dokumentaci pacienta



V záznamech jsem nenalezla jiný obsah, který by bylo možné považovat za **plán dalšího léčebného postupu**. Rovněž při místním šetření shrnuje pan primář léčebný plán tak, že pokud bude pacient do srpna 2016 čistý, pustí ho mezi ostatní pacienty do „denního sálu“, a pokud se tam udrží, může přejít do oddělení N. Ošetřovatel péči o pacienta shrnuje: chráníme ho před intoxikací xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx. Neví o žádné vizi, k čemu by pobyt pacienta směřoval.

Sám pacient o výhledu do srpna v červnu nic nevěděl, šlo však o výsledek dohody s jeho opatrovníci (dne 25. 5. jednali s MUDr. C. o její žádosti o přeložení z oddělení X), která špěla k možnosti překlady na oddělení N.¹⁷ Dne 25. 5. to měl MUDr. C. zmínit a znovu pak při dalším setkání dne 1. 6.; stavební úpravy tam měly trvat ještě dva až tři měsíce. Podle opatrovnice na to MUDr. B. reagoval tím, že stanovil jako podmínku překlady, že po dobu 3 měsíců nebude pacient porušovat léčebný režim, včetně kouření, přičemž nepovolil elektronickou cigaretu. Podle opatrovnice to byla nereálná podmínka, což bohužel dokazuje selhání pacienta dne 3. 6., kdy pro kouření skončil na izolaci.

B.10 Omezovací prostředky

B.10.1 Omezení dne 21. 9. 2015 (22 hodin v izolační místnosti)

Dopoledne toho dne byla primářská vizita, na které se pacient neúspěšně dožadoval překlady zpět na oddělení Y. Dle sesterského záznamu pacient celé odpoledne buší a kope do dveří pracovny personálu, ve 14:35 h aplikován xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx. (ordinovaný předem jako fakultativní lék „při neklidu“), bez efektu. „Pac. stále buší do dveří, verbálně agresivní, neusměrnitelný, ... dejte mě do izolace!!!... Vyhověno, v 15:00 h umístěn do TI, informována oš. lékařka.“ Záznam lékaře je pořízen v 15:17 h.

Personál se zjevně snažil situaci řešit postupnými kroky. Tlumicí medikaci podaly sestry bez přivolání lékaře a také izolační místnost použil ošetřovatelský personál sám a lékař udělal záznam posléze.¹⁸

Omezení trvalo celkem 22 hodin. Důvodnost trvání komentují záznamy lékařů takto:

- 2 hodiny v omezení: „dysartrická řeč, nekritický, nelze vyloučit intoxikaci léky ani ,xxxxxxxxx‘, omezují tekutiny, ráno náběr iontů...“ (MUDr. J.).
- 6,5 hodiny v omezení: „Pacient nadále tenzní, nekritický, nespolupracující, rezonanční, negativistický, nevypočitatelný. Pro riziko heteroagrese nutno i nadále ponechat v omezení“ (MUDr. H.).

17 Charakteristika oddělení N: Lůžkové mužské otevřené oddělení pro léčbu chronických psychotických onemocnění vyžadujících dlouhodobější hospitalizaci. Několik lůžek má režim lůžek sociálních. Oddělení se nově transformuje jako oddělení pro pacienty s ochranným léčením, kteří nemohou pobývat na otevřeném oddělení, ale mohou mít vycházky.

18 Záznam lékaře MUDr. G.: „Během dne zhoršující se stav, buší a kope do dveří lékárny, aplikována neklidová medikace – xxxxxx. i. m., která ale zcela bez efektu. Pacient verbálně agresivní, neusměrnitelný, impulzivní, vyjízdivý, jednání nepředvídatelné, akt. se sklony k brachiální agresivitě.“



- 16 hodin v omezení (v 7:18 h): „Přestože je utlumený, bradypsychický, je agitovaný, naléhavý, tenzní, dysarthrická řeč, možná opětovná intoxikace, ale netušíme kdy a kde a jak. Pacient však velmi nespolehlivý“ (MUDr. B.).
- 22 hodin v omezení, propuštěn (ve 13:30 h): „Aktuálně již bez větších výkyvů v chování“ (MUDr. J.).

Sestry pravidelně prováděly kontrolu pacienta. Jejich záznamy nenasvědčují agresí. V noci spal, ráno a dopoledne si nechal vzít krev, snídal. Když ve 13 hodin přišla matka, v návštěvní místnosti se s ní setkal. Ve 13:30 h byl puštěn mezi ostatní pacienty.

Od rána dne 22. 9. v dokumentaci nenalezneme podložené hodnocení důvodnosti trvání omezovacího prostředku. V usnesení soudu, který právě přezkoumával trvání ochranného léčení, je uvedeno, že ošetřující lékařka k použití omezovacího prostředku uvedla, že „k izolaci došlo proto, že pacient obtěžoval okolí, když kopal do dveří lékárny, neboť nechtěl být na oddělení hospitalizován“.

Už v dřívějších záznamech sester poznámky o bouchání na dveře – tímto způsobem se zjevně pacient něčeho domáhá („domáhá se mimo hodiny k tomu určené dobíjení elektron. cigarety“, 4. 9. 2015).

B.10.2 Omezení od 26. listopadu 2015 (15 dnů v izolační místnosti)

Pacient byl na příjmové ložnici a nesl stopy intoxikace benzodiazepiny, která se řešila od předchozího dne. Proběhla vizita (záznam v 7:19 h). Uklízeč nahlásil, že v 7:30 h ráno se mu pacient pokusil ukrást z vozíku desinfekční prostředky. Byl – dovozují, že sestrami – umístěn do terapeutické izolace. Záznam lékaře je totiž z 9:05 h a omezení nastalo dříve, jak plyne ze záznamu sestry v 8:08 h. MUDr. G. rozhodla takto: „Pac. se opakovaně intoxikuje medikamenty, xxxxxx nyní se pokusil odcizit uklízeči z vozíku čisticí prostředky. Jednání zcela nepředvídatelné, pac. se ohrožuje na životě, k tomuto bez náhledu. Indikováno umístění v TI.“

Důvodnost trvání komentují záznamy lékařů takto:

- 4 hodiny v omezení: „Tenzní, vše bagatelizuje, žádné benzodiazepiny nebral, vymýšlí si, že jej lékařka pustila včera na procházku... těžce poškozený trvalým zneužíváním drog“ (MUDr. J.).
- 8,5 hodiny v omezení: „Zcela mimo reál, desorientovaný, neschopen validní odpovědi, ptá se na nereálné věci, zcela nezbytná izolace, jinak jeho toxická tendence skončí ohrožením na životě, místy mlátí do dveří a ptá se po jídle“ (MUDr. J.).
- 12 hodin v omezení (ve 20 h): „Pacient ve výrazném postfarmakologickém útlumu, řeč setřelá, téměř nesrozumitelná, zhoršená motorika a koordinace pohybů. Pacient zcela nekritický ke své intoxikaci, bagatelizuje, snaží se vinu svést na ostatní. Těžká porucha osobnosti. Dožaduje se kouření a telefonátu matce. Nutno ponechat v TI, kde je možno ho sledovat, aby nepožil nic dalšího a intoxikace mohla vymizet, další event. požití léků by ho mohlo ohrozit na životě“ (MUDr. T.).



- 13 hodin v omezení: „Po vstupu do odluky se z ničeho nic zvedá, je kutivý, PMT zpomalený, projev vychudlý, spontánně sděluje, že by chtěl ven, k okolnostem omezení nic nesdělí, zcela nekritický. Riziko sebepoškozujícího chování dále trvá, pacient s tendencemi sám sebe intoxikovat různými látkami dle příležitosti. Nevyzpytatelný“ (MUDr. K.).
- 23 hodin v omezení (v 7 h): „Dysforický, prakticky nic nekomentuje, na dotazy a podněty nereaguje, odmítavý“ (MUDr. J.).
- Z epikrízy vypracované v 10:33 h: „Nyní toxi moči obden k ozřejmění ‚normálních‘ hladin BZD s nastavenou medikací. Pac. proto v TI, při vypuštění je nebezpečný sobě pro možnost intoxikace xxxxxxxxxxxx“ (MUDr. O.).
- 30 hodin v omezení: „Pac. již artikuluje v normě, sděluje, že nechápe důvody pobytu v izolaci, nechápe vůbec, proč je v léčení... (...) Přes víkend nepouštět z TI. Plán je takový, že bude pac. striktně izolován po dobu 14 dnů, průběžné kontroly moči na toxi ob den“ (MUDr. O.).

V počátku omezení není, po mém soudu, jeho důvodem agrese. Sice se v záznamech sester objevuje, že riziko agrese trvá, není to ale dokumentováno ničím jiným, než je kopání do dveří. S ohledem na to, že v izolačních místnostech není signalizace a pacient bral omezení úkorně, lze jeho chování považovat za pochopitelnou reakci. Jako důvod omezení zde vidím snahu zajistit pacientovi dohled, aby neopakoval pokus něco si opatřit.

Kontext epizody považuji za významný – pokus o okradení pacienta před několika dny, pak známky intoxikace, pak její projevy vč. pokusu o okradení uklízeče. Vývoj situace nebylo možné předvídat. Tým k tomu zaujímá strategii pravidelného měření a k tomu ponechává pacienta v izolaci.

Po dni v izolační místnosti se stav pacienta zlepšil. V pátek dává lékařka zákaz puštění z izolace na další dva dny. V dalších dnech lékaři začnou vysazovat léky, což je snazší při pobytu pacienta v izolační místnosti.

Pacient tedy zůstává v omezení. Není vyhověno jeho žádostem o kouření. Sestry pořizují pravidelně záznamy o kontrolách. Pacient bývá morózní, chce kouření, mívá nesmyslné požadavky, polehává; občas sestry zapisují, že „riziko agrese trvá“, občas že „riziko nevyzpytatelnosti trvá“.¹⁹ Jídlo jí pacient v izolační místnosti, žádný záznam o pobytu na vzduchu, kouření, aktivitách; pacient je stále v místnosti. Dne 1. 12. záznam uvádí, že je pacient zcela mimo realitu, myslí si, že je v odluce 4 měsíce. Ve dnech 2. a 4. prosince kopal do dveří, 5. 12. „působí až mimo realitu“, 8. prosince si myslí, že už proběhly Vánoce a že byl doma na dovolence.

Příklad záznamu lékaře o průběžném hodnocení trvání důvodu omezení: „Naprostě nekritický, tenzní, naléhavý, neusměrnitelný (...), vede si svou o překladu. Manipuluje, a to značně. Autoagresivní chování hrozí stále. Nutná TI“ (MUDr. B. 30. 11. v 7:03 h).

¹⁹ Příklad sesterského záznamu, 7. prosince v 17:18 h: „Pac. akt. bez agresivních projevů, pospává, probuditelný, při vstupu morózní, naléhavý, usměrnitelný, nevyzpytatelnost trvá. Večeři přijal pod dozorem, tekutiny zajištěny, somatické potíže neudává.“

Super vysoká dávka benzodiazepinů v moči byla naměřena také dne 30. 11. Pacient byl přitom již 4. den v izolační místnosti a předchozí měření ukázalo průběžné snížení. Lékaři se rozhodli postupně vysazovat benzodiazepiny podávané v rámci pravidelných léků, aby bylo možné objektivizovat stav pacienta. To, že byl pacient v izolaci, tento proces usnadňovalo. „Sledujeme profil BZD při pravidelných odběrech. Včera po požití jídla od matky měl opět trochu vyšší hladinu, než by bylo obvyklé po naší medikaci. Pro objektivní zhodnocení je důležitější déledobější sledování při dávkovaném příjmu tekutin. Proto ponechávám v TI.“²⁰

Pacient je z omezení propuštěn 8. prosince, aniž by ze záznamu bylo zřejmé, jak to souviselo s jeho stavem. Sice je v záznamu lékaře v 11:31 h uvedeno, že je aktuálně klidnější a slibuje spolupráci a je bez agresivních projevů, ale to nebyla změna oproti stavu ráno, kdy ještě v 7 hodin jiný lékař trvání omezení potvrdil. **Zakrátko je dle lékaře znovu indikován pro izolaci**, a to kvůli zajištění permanentního dohledu; bez známek agresivity.²¹ Vzhledem k tomu, že je proto přesunut na ženské oddělení K, usuzuji, že důvodem uvolnění toho dne ráno mohla být potřeba využít izolační místnost na oddělení X pro jiného pacienta. Na oddělení K byla panu A. umožněna návštěva matky. Dne 11. 12. je přeložen zpět na oddělení X a omezovací prostředek pokračuje; v záznamu sester uvedeno, že nejví známky neklidu.

Omezení je ukončeno dne 12. prosince ve 4:10 h a pacient je uložen do příjmové ložnice: „Pac. spal celou noc, buzen nyní z důvodu nutnosti uvolnění TI pro akutní příjem pac.“ (MUDr. D.). V izolaci tedy byl pacient 15 dnů s tím, že devět různých lékařů průběžně pořídilo záznamy o „trvání důvodu omezení“. Jejich záznamy se mi jeví jako pouhé formality, protože fakticky přijali výše zaznamenané rozhodnutí o naprosté izolaci pacienta.

Pacient nesl omezení těžce, dožadoval se propuštění, mluvil z cesty.

B.10.3 Omezení od 16. května 2016 (13 dnů v izolační místnosti)

Dne 16. května, v době, kdy byl v režimu příjmové ložnice a neměl možnost legálně kouřit, porušil pacient režim oddělení tím, že si na WC před ošetřovatelem zapálil cigaretu a odmítal ji ihned uhasit a WC opustit. Ošetřovatel zapsal do dokumentace: „Nutno za asistence 3 ošetřovatelů pacienta uzavřít v 15.50 hod. do TI, aby nemohl nadále porušovat režim oddělení a požární směrnice a eliminaci požáru na oddělení. O všem informována MUDr. J.“ Lékařka poznamenala: „... trval si na svém, hrozí nebezpečí požáru, odluka nutná, vede si svoje.“

20 záznam lékaře 4. 12. 2015

21 Záznam lékaře v 12:59 h: „Již po několika minutách na příjmové ložnici je jasné, že pacient pobyt mimo TI nezvládá. Není možné jeho umístění mezi ostatními pacienty, zároveň ani není možné, abychom příjmovou ložnici vyhradili pouze pro něj. Značné riziko intoxikace xx. Značně naléhavý, manipuluje s čímkoliv, nenechává okolí v klidu. Schopen požit jakoukoliv tabletu. Bezprostřední nebezpečí ohrožení vlastní osoby“ (MUDr. G.). Záznam lékaře v 13:44 h: „Přiveden v doprovodu ošetřovatelů, akt. bez agrese, podrobnivý, setřelou řečí požaduje injekci při neklidu, důvod nesdělil, manipulativní, dysforický, k svému jednání (...) nekritický. Přetrvávají tendence k zneužívání farmak na odd., pacient nadále rizikový z hlediska možného sebepoškození, nutný permanentní dohled“ (MUDr. K.).



K trvání důvodnosti použití omezovacího prostředku:

- necelá hodina v omezení: „Jen kveruluje na pobyt zde a ubírání práv pacienta, zcela bagatelizuje těžkou závislost na drogách... o tom to není, nadává na primáře i ředitele, paranoidní, dysforický“ (MUDr. J.).
- hodina v omezení: „Pac. tenzní, kverulativní, paranoidně stavěný, zcela nekritický, bagatelizující, večeri přijal, tekutiny podány“ (sestra Š.).
- 3,5 hodiny v omezení: „... zvýšeně iritabilní, slovně neusměrnitelný, nekritický, zvýšená IP tenze, bez psychotické produkce, trvá riziko auto či heteroagresivity“ (MUDr. Č.). Za hodinu už pacient pospával.
- 15 hodin v omezení (6:44 h): „Vede si svoje, přikrývá si hlavu peřinou, nic neudělal, má právo na kouření... všichni ho zde ničí a omezují jej“ (...) “ (MUDr. J.).
- 21 hodin v omezení (13:04 h): „Sarkastický, neschopen korigovat své jednání, paranoidní, s pohotovostí ke kverulacím, ponechán v odluce“ (MUDr. J.).

Sestry dále zaznamenaly, že pacient nebyl nikdy agresivní, přijímal jídlo a léky. „Nepředvídatelné chování trvá“ a „riziko nepředvídatelného chování nadále trvá“ (záznamy ze dne 17. 5.), ale není jasné, na základě čeho je to konstatováno a jakou hrozbu sestry očekávají, když byl zbaven ohně. V sesterské vizitě je dne 24. 5. shrnuto, že „umístěn do TI pro opakované a úmyslné porušování režimu odd. a hlavně porušení protipožárních předpisů“. Primář B. považuje chování pacienta za vážné porušení režimu (záznam 17. 5.).

V izolační místnosti neměl pacient postel, jen matraci. Také tam jedl a takto strávil 13 dnů. Celkem se pod prodlužování pobytu v izolační místnosti podepsalo 14 lékařů.

- Lékaři z oddělení X se v záznamech vyjadřují ke schopnosti pacienta respektovat pravidla soužití a zaznamenávají, že není ochoten připustit svoje selhání a vinu a tvrdí, že na kouření má právo. Primář B. konstatoval například: „Svémi projevy a jednáním zatím nedává záruku bezproblémového chování a fungování na ložnici, proto nutno ponechat v TI“ (17. 5.). „Na stavu se nic nemění. Vyjadřuje zjevnou nevlídnost ke komunikaci, nepřátelsky nastavený, je vidět, že vkládá velké úsilí do toho, aby se ovládal a komunikoval alespoň v mezích základní společenské slušnosti. Pozdraví vždy až jako druhý, nebo nepozdraví vůbec“ (27. 5.).
- Z některých záznamů je zase patrná snaha přivést pacienta k lítosti a uznání chyby, tedy cíl výchovný: „Z produkce je zjevná preference pouze jeho osoby a zájmů. Sebelítostivost, ublíženectví. Naprosto absentuje svědomí či jakási pokora“ (MUDr. B. 27. 5.).
- Ostatní lékaři ve svých záznamech komentují, že pacient je negativistický a nepředvídatelný a že je zde riziko (blíže nespecifikované) heteroagrese.

Propuštěn z izolační místnosti byl pacient v neděli dne 29. 5. ve 12:50 h, když žurnálnímu lékaři slíbil spolupráci, že nebude kouřit cigarety v pokoji ani na WC.



B.10.4 Omezení od 3. června 2016 (7 dnů)

Dne 3. 6., v době, kdy byl v režimu příjmové ložnice a neměl možnost legálně kouřit, porušil pacient režim oddělení tím, že na WC manipuloval s ohněm a přiznal se, že chtěl kouřit. MUDr. B. rozhodl (v 9:50 h) o umístění do izolační místnosti: „Pravděpodobně chtěl kouřit, nejdříve popírá naprosto objektivní fakt zjištěný při přistižení (lže), posléze s nevhodnými poznámkami kverulačními a až výhružného charakteru přiznává. Pacient opakovaně prokazuje svým chováním, že se nedokáže ovládat ani v nejmenším a nechce dodržovat režim oddělení. Opakovaně vyvolává situace, které ohrožují nejen jeho, ale i pacienty (např. požár na ložnici). Na jakoukoliv dobře míněnou radu naprosto nedbá. Jeho chování projednáváme neustále s ním a též s jeho matkou – opatrovnící, kterou na jeho excesy upozorňujeme.“ Zdá se, že zde hraje roli frustrace z terap. a výchovného neúspěchu.

Lékaři při hodnocení důvodnosti trvání omezovacího prostředku komentují náhled pacienta na jeho selhání a to, zda uznává svou chybu a dává záruku bezproblémového chování. Příklad záznamu, po 24 hodinách v omezení (9:33 h): „V TI pospává, probuditelný lehce, nemá zájem o pohovor, suše konstatuje ‚jsem zavřenej‘, požadavky nemá, potíže neproklamuje, somat. nihil ac., pro nevyzpytatelné chování ohrožující závažným způsobem okolí trvá indikace stávajícího omezení nadále.“ Pacient projevoval, že je na izolaci umístěn neprávem, čas od času byl naléhavý na propuštění.

Omezení bylo ukončeno dne 10. 6. ráno z kapacitních důvodů: „Je sice morozní a bagatelizující, na odd. se však vyskytuje nebezpečnější pacient“ (MUDr. O.) Cigaretu si na příjmové ložnici zapálil už dne 10. 6. večer. Ze sesterského záznamu: „Pro nedostatek míst v TI ponechán nadále pouze na příjmové ložnici, monitorován.“

B.11 Stížnosti a snaha změnit svou situaci

B.11.1 Stížnosti v psychiatrické nemocnici

- **Pan A. a jeho matka byli s podmínkami na oddělení X nespokojeni od konce srpna 2015.** Řešili to neformálně v rámci dialogu s ošetřujícím týmem. Například nalezneme v dekurzu ze dne 1. 9. poznámku o rozčilení matky pacienta; primář to vnímal jako vyjádření nepřátelského nastavení a bral to s pochopením jako projev nekritičnosti a hyperprotektivního přístupu. K tomu datu také padla poznámka o řešení, kterým by mohlo být přemístění pacienta do jiné nemocnice.

V listopadu 2015 si pacient dopisem MUDr. C. stěžoval na MUDr. B. MUDr. C. věc projednal s primáři B. a R. a opatrovnící – dne 18. 11. jednali o možnosti uvolnění režimu. O výsledku jednání MUDr. C. pana A. písemně vyrozuměl: „Pokud se podaří ve spolupráci s Vámi upravit Váš zdravotní stav natolik, aby nebyla nutná maximální bezpečnostní opatření, (...) bude možný Váš překlad na jiné oddělení. Tím by došlo i ke změně Vašeho ošetřujícího lékaře a dalšího ošetřovatelského personálu.“ Ve svém dopisu kromě invectiv na adresu primáře B. a nesouhlasu s tím, aby ho léčil, si konkrétně pacient stěžuje, že je už dva týdny na odloučené ložnici a na nemožnost kouřit. K tomu se MUDr. C. nevyjadřuje, a nelze tedy zjistit, zda se zabýval oprávněností a vhodností režimu. Nevyjádřil se ke korektnosti přístupu primáře.



V květnu 2016 žádala opatrovnice dopisem (ze dne 4. 5.) adresovaným MUDr. C. o přemístění pana A. z oddělení X. Poukazuje, že tam zažil napadení a opakované okradení a že ona ani on nemají důvěru k MUDr. B., který je má šikanovat. Ve stejném smyslu formulovala také písemnou žádost primáři B..

- Na žádost dne 24. 5. písemně odpověděl MUDr. B. (oddělení X odpovídá stavu pacienta) a 25. května věc s opatrovnici projednal MUDr. C.
- Primář B. předtím (17. 5.) činí do dekurzu záznam o telefonátu s matkou, kde vyjadřuje dotčení: „Nynější direktivní trvání na písemném vypracování odpovědi na dopis, který pravda zaslala dříve, než uskutečnila svoji návštěvu, ale kterými nás v podstatě povínuje administrovat, působí z její strany až provokativně.“ „Případu pacienta musíme věnovat opravdu nadstandardní časový prostor. Vyřizování a administrace kolem pacienta A. nesouvisí s vlastní terapeutickou činností.“ Oba vnímají, že diskuse není možná.
- MUDr. C. o osobním jednání učinil záznam (dne 1. 6., kdy se uskutečnilo další setkání), založený v dokumentaci nemocnice. Podle něj opatrovnici informoval o tom, že z jeho pohledu chování pacienta hrozí přeměnou léčení na zabezpečovací detenci, protože se léčba mívá účinkem. Také mluvili o možnosti požádat o změnu nemocnice. Podle opatrovnice také zazněla možnost přeložení na oddělení N, kde ale právě probíhaly úpravy. Dále opatrovnice uvádí, že přes svou žádost nedostala ještě 10. 6. písemný záznam o jednání. Záznam založený v dokumentaci nenese její podpis. MUDr. C. a opatrovnice se od té doby ještě potkali.
- Lze říci, že žádosti opatrovnice nebylo vyhověno – i když byl nastolen plán přesunu na oddělení N. Podle názoru opatrovnice byl pojat nereálně, protože byl postaven na nulovém selhání pacienta po dobu tří měsíců.
- Nejsou mi k dispozici žádné záznamy o tom, že by MUDr. C. řešil výhrady i přímo na jednání MUDr. B., které byly v podání opatrovnice obsaženy.

Pan A. je toho názoru, že se o pomoc opakovaně obracel na MUDr. C. a ředitelku psychiatrické nemocnice. Uvedl, že nemá jak doložit své stížnosti, neboť byl v průběhu pobytu na oddělení X okraden. V jeho zdravotnické dokumentaci a dokumentaci ředitelství jsou ještě založeny další rukopisy nejrůznějších dopisů. Jeho stížnost, adresovanou Okresnímu soudu P., soud v dubnu přeposlal psychiatrické nemocnici.

B.11.2 Trestní oznámení

Trestní oznámení pan A. sepsal dne 3. března 2016 a poukazoval v něm na protiprávní jednání primáře B. Jeho obsah neznám, jen zprostředkovaně některé body. Oznámení zaslal na řadu míst (Ministerstvo vnitra, Generální inspekci bezpečnostních sborů, Policejní prezidium). V rámci Policie ČR oznámení prověřovalo 1. oddělení obecné kriminality Územního odboru P., kterému bylo postoupeno dne 6. dubna.

Policie prováděla šetření podle § 158 odst. 1 trestního řádu²² „a následně bylo kvalifikovaným posouzením všech zjištěných skutečností konstatováno, že ve věci nebyla

²² zákon č. 141/1961 Sb., trestní řád, ve znění pozdějších předpisů



naplněna skutková podstata žádného trestného činu, proto nebyly dány důvody pro zahájení úkonů v trestním řízení dle § 158 odst. 3 trestního řádu. Nebylo zjištěno, že by se jednalo o přestupkové jednání či jiný správní delikt“. **Věc byla dne 17. května 2016 ukončena uložením bez dalšího opatření.** Pan A. a jeho opatrovnice o tom byli vyrozuměni a byli poučeni o tom, že v případě nesouhlasu se mohou obrátit na státního zástupce.²³

V souladu se zákonem o veřejném ochránci práv (§ 16) jsem si vyžádala pomoc policejního orgánu i co se týká otázky, jaké úkony konkrétně policejní orgán v reakci na podání pana A. činil. S ohledem na zvažování svého dalšího postupu a také formulaci možného doporučení jsem považovala za vhodné seznat, zda se rozběhl proces tzv. účinného vyšetřování, respektive zda policejní orgán shledal v oznámení pana A. tzv. hájitelné tvrzení o utrpěném špatném zacházení. Policie mi na tyto otázky neodpověděla, s odvoláním na to, že postup dle § 158 odst. 1 trestního řádu spadá pod trestní řízení a bez dalšího nemám na informace právo. S tím nesouhlasím. Byť nejsem dozorcujícím orgánem, spadá do mé působnosti zabývat se postupem policie do zahájení trestního řízení (tedy standardně do úkonu dle § 158 odst. 3 trestního řádu).²⁴ Tím spíše mohu žádat pouhou pomoc při šetření postupu jiného subjektu (nemocnice). Svou žádost jsem již neopakovala, aby se nezdržovalo vydání této zprávy a možnost zjednání nápravy.

Ze šetření v nemocnici je mi známo, že se policejní orgán 12. dubna 2016 obrátil přímo na MUDr. B., proti kterému oznámení směřovalo. Policie písemně požádala o sdělení informací ke statusu pana A.; lékař se ze žádosti dozvěděl, že pan A. v oznámení poukazoval na jeho protiprávní jednání. MUDr. B. na dožádání korektně odpověděl. Nic nenasvědčuje tomu, že by policie provedla šetření přímo v psychiatrické nemocnici.

B.11.3 Stížnost veřejnému ochránci práv

Doručena mi byla dne 12. dubna 2016.

B.11.4 Stížnosti soudu

V dokumentaci nemocnice je založen dopis pacienta (kopie) na Okresní soud P. ze dne 12. 4. 2016 se žádostí o pomoc, když je podroben „týrání“, a s vyjádřením nedůvěry vedení nemocnice.²⁵ Prosí o nějaký zásah, výslovně pak žádá o zahájení řízení o další přípustnosti držení v ústavu. Soud řízení zahájil a na žádost pacienta později zase zastavil.

23 Cituji z vyrozumění ze 7. července 2016, které jsem si od policie vyžádala.

24 Srozumitelným způsobem toto téma podává Nejvyšší správní soud v nedávném rozsudku ze dne 21. července 2016, č. j. 10 As 11/2016 (především body 37 a 38).

25 Hovoří o týrání, mřížích a špatných vztazích na oddělení X, nepovolování propustek, držení natrvalo. Chce na jiné oddělení nebo do xxxxx. „Prosím o patřičné zákroky vedoucí k mému uvolnění.“ „Prosím činite něco, abych stále nebyl držen a týrán.“ Vedení nemocnice k tomu jen přihlíží.

Nějaké podání pacient adresoval soudu zjevně už dříve. V dopisu ze 7. dubna 2016 soudkyně Okresního soudu P. konstatuje, že je soud nepřipustný k řešení stížnosti na odebrání dovolenek a že stížnost postupuje vedení nemocnice.



B.12 Shrnutí postojů zúčastněných stran

Na základě studia podkladů a poznámek z rozhovorů z místního šetření parafrázuji a shrnuji.

Postoj nemocnice: Během let nebylo možné podat soudu návrh na změnu nebo ukončení léčby vzhledem k opakovaným excesům pacienta. Opakovaně docházelo a dochází k porušování léčebného režimu (sebepoškozování, intoxikace). Pokud by byly tyto skutečnosti oznámeny soudu a bylo sděleno, že se léčba mívá účinkem, následovalo by jednání o umístění do detenčního ústavu. Nemocnice vnímá, že pro opatrovnici je prioritou mít syna nablízku (blízkost xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx). V xxxxx není jiné oddělení nebo režim, který by pacientovi zajistil bezpečí. Z faktu, že uložení ochranného léčení předcházelo spáchání zvláště závažného trestného činu, nemocnice dovozuje, že výkon léčení musí probíhat „za zvláštních mimořádných bezpečnostních opatření“ jak z důvodu ochrany společnosti, tak i pacienta samého. Vztahy s opatrovnici vnímá nemocnice v polovině června jako dobré, daří se jednat. Vedení nemocnice je známo, že pacient má vůči primáři B. silnou averzi, nicméně ten se chová profesionálně a trvá na dodržování vnitřních předpisů a ochraně pacienta.

Postoj terapeutického týmu: „Pacient naprosto nebere skutečnost, že svým chováním (opakovanými intoxikacemi) se ohrožuje. Při hovoru o jeho tr. činnosti, za kterou byla nařízena OL, sděluje, že „za nic nemůže, to ta nemoc.“ (dekurz 9. 5. 2016).

Postoj pacienta: Pacient (a jeho opatrovnice) hodnotí situaci tak, že ostatní (spolupacienti a personál) mohou za to, že se pan A. rozruší a shání benzodiazepiny nebo se snaží xxxxxxxxxxxxxxxx. Řešením tedy je překlad na jiné oddělení.²⁶ Velmi postrádá víkendové propustky k matce. Velmi trpí zavřením v příjmové ložnici. Vnímá postavení primáře B. tak, že má nekontrolovatelnou pravomoc a nikoho nad sebou nemá. Celkově svou situaci pacient hodnotí tak, že trestné činnosti se dopustil před 23 lety pod vlivem halucinací. „V žádném případě není psychopat, nikdy nebyl a není agresivní člověk. Pokud je agresivní, tak pouze verbálně. Nezneužívá léky, dopouští se občas přestupků, občas se intoxikuje, ale to kvůli prostředí, kde se nachází.“²⁷

Postoj opatrovnice: Chápe stupňování režimu v případě, kdy pacient selže – což se ostatně dělo i v minulosti (ad překlady mezi odděleními X a X). Délku a tvrdost aktuálně přijatých opatření považuje za nepřiměřenou. Nechce, aby syn dál pobýval na oddělení X. Nemocnice se ho podle ní snaží zbavit. Opatrovnice nemůže přistoupit na změnu nemocnice – s ohledem na svůj věk a zdravotní stav by za ním nemohla dojíždět týdně, tak jako dosud. Nikoho jiného pacient nemá. Jednání s primářem není korektní – křičel na ni do telefonu, dává nereálné požadavky na pacienta a vytváří zbytečný nátlak. Jednání personálu nemocnice vůči ní a pacientovi v některých momentech považuje za tak špatné, že by věc řešila právní cestou, kdyby se neobávala o syna. Opatrovnice staví vedle sebe 22 let pod předchozím primářem a uplynulý rok pod primářem novým, kdy má pacient tolik

26 záznam o jednání dne 18. 11. 2015

27 citace z usnesení Okresního soudu P. ze dne 5. října 2015, sp. zn. 1 Nt 1064/2009



problémů jako za celý předchozí čas. Návrh na uložení zabezpečovací detence považovala v roce 2015 i letos za nepřijatelný.

Postoj znalce:²⁸ Pokud se posuzovaný intoxikuje xxxxx, dělá to tehdy, když prožívá velké napětí, je to projev jeho osobnosti. Tyto projevy se dají v rámci ochranného léčení eliminovat. Pokud by u posuzovaného docházelo k požívání velkého množství alkoholu, čistících prostředků i psychofarmak, pak by se jednalo o jasnou známku hrubého porušení léčebného režimu, a teprve tehdy by bylo na místě uvažovat o zabezpečovací detenci.

C. Hodnocení věci ochránkyní

C.1 Předchozí doporučení ochránce

Podmínkami výkonu ochranného léčení v Psychiatrické nemocnici A se formou šetření zabýval můj předchůdce v roce 2013 xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx) JUDr. Varvařovský konstatoval několik pochybení na straně nemocnice a šetření vyústilo ve vydání stanoviska ochránce s návrhem opatření k nápravě:

- šlo mj. o nedůstojnost ubytování na 14 a 11lůžkových ložnicích (na oddělení H) a
- zajištění každodenního pobytu na vzduchu pacientům v ochranném léčení, leda tomu brání zdravotní překážky (a v tom případě o tom učinit záznam do dokumentace pacienta).

Používáním omezovacích prostředků v nemocnici se zabývali mí předchůdci také v rámci několika systematických návštěv. Naposledy JUDr. Varvařovský v roce 2012 nad případem úmrtí pacientky v síťovém lůžku xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx konstatoval pochybení nemocnice. Na tomto místě je významné připomenout:

- Ochránce kritizoval používání omezovacích prostředků tehdy, kdy to nebylo nezbytně nutné (když podmínky nejsou optimální pro zajištění péče pro neklidné pacienty a vynucují si používání omezovacích prostředků i tehdy, kdy není třeba odvracet ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, tedy preventivně).
- Dále ochránce k praxi používání omezovacích prostředků formuloval doporučení: akceptovat rozhodnutí zdravotnického pracovníka nelékařského povolání o použití omezovacího prostředku pouze ve výjimečných případech vyžadujících neodkladné řešení.
- K práci kontrolní doporučil: soustavně sledovat formální úroveň zdravotnické dokumentace.

28 převzato z usnesení Okresního soudu P. ze dne 5. 10. 2015, sp. zn. 1Nt 1064/2006



C.2 Zacházení s pacientem a péče o něj

C.2.1 Právní úprava

Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem. Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.²⁹ Zákaz mučení a špatného zacházení je tzv. absolutní, tedy nemůže být ospravedlnitelný za žádných okolností, bez ohledu na jednání oběti.

„Stav podřízenosti a bezmocnosti je pro pacienty držené v psychiatrických léčebnách charakteristický a tento stav vyžaduje zvýšenou pozornost při přezkumu toho, zda byla dodržena Úmluva. (...) Obecně platí, že opatření, které je z léčebného hlediska nutné, nelze považovat za nelidské nebo ponižující.“³⁰

Pacient je povinen podrobit se individuálnímu léčebnému postupu stanovenému pro jeho ochranné léčení; má právo vybrat si z možných alternativ léčby.³¹ Součástí individuálního léčebného postupu je také léčebný režim, kterým se rozumí soubor opatření, která podporují léčbu a minimalizují její možná rizika.³² Pacient je dále povinen řídit se vnitřním řádem; vnitřní řád nesmí zasahovat do práv pacienta nad míru, která je nezbytně nutná zejména pro řádný chod zdravotnického zařízení a respektování práv ostatních pacientů.³³

Při výkonu ochranného léčení dochází jen k takovým omezením lidských práv, která stanoví zákon, a v takové míře, která je nezbytná k dosažení účelu ochranného léčení, pokud tohoto účelu nelze dosáhnout jinak.³⁴

C.2.2 Účel ochranného léčení

Podle názoru znalce plní u pacienta ochranné léčení převážně úlohu detenční. Krajský soud potvrdil, že u pana A. přetrvává detenční smysl ochranného léčení.

C.2.3 Překlady na oddělení X

Od 23. července 2015 je zvýšeně věnována pozornost pitnému režimu pacienta. Důvodem překlady z oddělení Y na oddělení X v srpnu 2015 bylo zajištění dohledu. Podobně u stejného překlady dne 22. října bylo důvodem zajištění vyššího stupně dohledu, když u pacienta „vyletěly“ hodnoty benzodiazepinů (nestačilo, že byl na oddělení Y na ložnici se zvýšeným dozorem, spolu s několika dalšími). Reakcí na oddělení X byl zvýšený dohled, především nad užíváním léků.

29 Článek 7 Listiny základních práv a svobod. Srov. také článek 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (dále také jen Úmluva).

30 rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bureš proti České republice ze dne 18. října 2012 č. 37679/08, bod 87; dálekově dostupný na [http://hudoc.echr.coe.int/eng#{\"itemid\":\[\"001-160192\"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{\)

31 § 88 odst. 1 písm. a) zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

32 § 3 odst. 3 zákona o zdravotních službách

33 § 41 odst. 1 písm. b) respektive § 46 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách

34 § 83 odst. 3 zákona o specifických zdravotních službách



K postupu nemocnice nemůže být podle mého názoru připomínek. Je věcí poskytovatele, jakým způsobem dosahuje zajištění péče náležité odborné úrovně, respektive předmětem přezkumu může být, zda jednotlivá opatření nepředstavují nepřiměřené omezení práv pacienta. V tomto případě je v samotných překladech nespátřuji.

C.2.4 Podmínky na oddělení

Prostory na oddělení Z jsou na mnoha místech velmi neutěšené. Je zjevné, že vybavení na oddělení značně trpí neklidným a agresivním chováním pacientů. To vysvětluje jeho zpusťosenost místy, nikoli však špínu. Ubytování je pouze na velkokapacitních ložnicích. Tamní podmínky jsou snad přijatelné pro krátkodobý, provizorní pobyt. **Pro dlouhodobý pobyt nenaplnují podmínky na oddělení Z úroveň terapeutického prostředí.**

Ani bezpečnostní situace není dobrá – 13 mužů spí v ložnici za průchozím pokojem, bez signalizace. Personál považuje za nutné je před vstupem do ložnice šacovat, zda nemají zapalovače a cigarety. Jeden člověk má možnost ohrožovat celou velkou skupinu.

Obávám se, že nejde o specifický problém, protože na oddělení Y jsou podmínky podobné, stejně jako na oddělení H v roce 2013, kdy tam prováděl šetření můj předchůdce.

C.2.5 Zákaz návštěv matky

Poskytovatel může výjimečně zakázat konkrétní návštěvu u pacienta, jestliže je důvodné podezření, že by závažným způsobem narušovala individuální léčebný postup.³⁵

Zákaz návštěv matky v listopadu 2015 lze sice hodnotit jako výjimečný, byl však nikoli ve vztahu k jedné návštěvě, ale ve vztahu k „návštěvám matky“. Trval několik týdnů. Primář zákaz podložil podezřením z vnášení nepovolených látek pro v tu dobu intoxikovaného pacienta. Jeho postup tedy nebyl svévolný. Nicméně následně trval a tím se vymkl zákonnému zmocnění. Minimálně poté, co za několik dnů pacientovi již v izolační místnosti znovu vyletěla hladina benzodiazepinů, měla být podle mého názoru přezkoumána odůvodněnost dalších zákazů návštěv matky.

C.2.6 Nepovolování krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení

Zákon povolení, a vystavení propustky, váže na zdravotní stav pacienta, neohrožení účelu ochranného léčení a nenarušení individuálního léčebného postupu.³⁶

Do aktuálního plánu péče nezapadá krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení. I když mám výhrady k směřování péče, za současné situace souhlasím s tím, že povolení propustky

35 § 85 odst. 1 písm. a) zákona o specifických zdravotních službách

36 § 86 zákona o specifických zdravotních službách: (1) Poskytovatel zajišťující ochranné léčení mimo výkon trestu odnětí svobody formou lůžkové péče může pacientovi na základě jeho žádosti povolit krátkodobé opuštění zdravotnického zařízení, a to po posouzení zdravotního stavu pacienta; za tím účelem mu vystaví propustku. (2) Propustku lze vystavit, je-li zdravotní stav pacienta stabilizovaný a lze-li důvodně předpokládat, že v průběhu krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení nedojde k jeho změně, která by vedla k poruše chování, v jejíž souvislosti bylo ochranné léčení nařizeno. Povolení krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení nesmí být v rozporu s účelem ochranného léčení a nesmí narušit individuální léčebný postup.



je problematické, a při pohledu do minulosti nedokážu nalézt moment, kdy konkrétní propustka měla být vystavena a nebyla. V tomto ohledu tedy pochybení nemocnice neshledávám.

C.2.7 Použití omezovacích prostředků

(1) Právní úprava

Jakmile je osobní svoboda jedince omezena, představuje každé použití fyzické síly, které není **nezbytně nutné** kvůli jeho předchozímu jednání, zásah do lidské důstojnosti. 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. Aby byl omezovací prostředek skutečně až krajní možnost, musí jeho použití předcházet vyzkoušení mírnějších alternativ, leda by to zjevně nevedlo k odvrácení nebezpečí (**princip subsidiarity**). Z možných alternativ musí být zvoleno to nejmírnější omezení.³⁷

Toto jsou základní principy, které vyplývají z Listiny základních práv a svobod a Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a které se odrážejí také do zákona o zdravotních službách. Zákon výslovně stanoví, že omezovací prostředky lze použít pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, a pouze po dobu, po kterou tento důvod trvá. O použití rozhoduje zásadně lékař.³⁸

Základní principy dále aplikují Standardy CPT,³⁹ které jsou podle mého názoru zcela použitelné v podmínkách českých psychiatrických nemocnic. Standardy mimo jiné kladou důraz na udržení vztahu mezi personálem a pacientem, i přes nutnost omezení volného pohybu. Má k tomu sloužit nejen zpětný rozhovor o situaci omezení, ale také zajištění pokud možno nepřetržité přítomnosti personálu u pacienta v omezení.

(2) Posouzení případu pana A.

Prozkoumala jsem výše popsané čtyři případy použití omezovacího prostředku – izolační místnosti. **Domnívám se, že z velké části nebylo použití nezbytné, a bylo tedy neoprávněné:**

- Ze záznamů o omezení ze dne 21. 9. 2015 je zřejmé, že minimálně od rána druhého dne (tedy po noci v omezení, kdy ráno pacient spolupracoval s ošetřovatelským personálem) neměli lékaři podklad pro schválení dalšího trvání omezení. V tu dobu už neobstojí obava z hrozícího nebezpečí, protože vážné nebezpečí, před kterým

37 Srov. Bureš proti České republice, body 86, 96, 97. Soud to zopakoval například v rozhodnutí ve věci M. S. proti Chorvatsku (č. 2) ze dne 19. února 2015 č. 75450/12 (srov. body 97 a 98); anotace v češtině dále dostupná na [http://datalot.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/584910A4C9F7417EC1257EC40036FD89/\\$file/M.%20S.%20Proti%20Chorvatsku%20\(č.%202\)_anotace.pdf?open&](http://datalot.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/584910A4C9F7417EC1257EC40036FD89/$file/M.%20S.%20Proti%20Chorvatsku%20(č.%202)_anotace.pdf?open&).

38 § 39 odst. 2 zákona o zdravotnických službách

39 Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Standardy CPT, „Podstatné“ části zpráv CPT [online]. Štrasburk: Rada Evropy, 2002, částečně rev. 2016 [cit. 1. září 2016]. Dostupné z: <http://www.cpt.coe.int/czech.htm>. Nedávno v českém překladu přibyla část Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé [publikována v 16. všeobecné zprávě, CPT/Inf (2006) 35].



není jiné ochrany než omezovací prostředek, už nelze nijak konkretizovat. Navíc se mi jeví, že omezení bylo ukončeno ne z úvahy personálu, ale protože přišla návštěva.

- Dne 26. 11. se pan A. do izolační místnosti dostal ve stavu, kdy jevil známky intoxikace. Souhlasím, že když se pacient za situace, kdy jeví známky intoxikace a jeho chování je nepředvídatelné, aktivně snaží dostat k další chemikálii, je jeho život a zdraví v ohrožení. Po dni v izolační místnosti se však jeho stav zlepšil. Z výše citovaných záznamů je zjevné, že další pobyt sloužil ke snazší realizaci plánu získat „benzodiazepinový profil“ pacienta. Lékaři sice měli plán, ale nebyl to plán prevence bezprostředního nebezpečí, ale dlouhodobý plán dalšího léčebného postupu. Pobyt v izolační místnosti nebyl od určité doby reakcí na bezprostředně hrozící nebezpečí a nebyl v tomto smyslu nezbytný; jednalo se o způsob zajištění dohledu. (Ostatně později byl za stejné situace pacient ponecháván „jen“ na příjmové ložnici.) Odhaduji tuto dobu na více než 10 dnů. Pokud by personál přistoupil k opatřením, která by izolaci od ostatních pacientů a omezení volného pohybu kompenzovala, bylo by možné kvalifikovat situaci jinak. Izolační místnost však na pacienta dopadla v plné síle omezovacího prostředku, bez žádného zmírnění: krom intervencí personálu byl bez lidského kontaktu, nebylo mu umožněno kouřit, nebyl venku na vzduchu. Marne se dožadoval propuštění; omezení bylo ukončeno, až když byla izolační místnost potřebná pro jiného pacienta. Jsem krajně znepokojena tím, že několik lékařů aktivně pracovalo s omezovacím prostředkem jako s režimovým nástrojem, stejně jako tím, že řada dalších lékařů toto rozhodnutí akceptovala. **Jde o individuální odpovědnost celkem 9 lékařů.**
- Dne 16. května byl pacient umístěn do izolační místnosti pro kouření na toaletě. V tom, že porušil pravidla v přítomnosti ošetřovatele a odmítal se podrobit, spatřuji zvláštní hrozbu, že totiž ignoroval autoritu personálu. Nicméně když jej přesila ošetřovatelů „podrobila“ a byl nastolen pořádek, nevidím další bezprostřední ohrožení života kohokoli. Nebyla to první příležitost, při které pacient kouřil, kde to nebylo dovoleno – jak jsem doložila výše. Z toho mohl personál soudit, že pacient může toto nebezpečné jednání opakovat. Personál ale neučinil nic pro to, aby toto riziko minimalizoval, pouze pacienta poučoval, že je to zakázáno. Tento přístup je mi nepochopitelný, zvláště když kouření není na psychiatrii neobvyklý ani nepřiměřený požadavek a pacient není vůči ošetřovatelům např. brachiálně agresivní. Namísto aby bylo pacientovi umožněno pravidelně kouřit, množí se záznamy o jeho selháních a v tomto případě je ponechán 13 dnů v izolační místnosti. Personál po tuto dobu sleduje jeho protesty a čeká na uznání chyby a nějaké záruky a presumuje, co ještě by se mohlo stát.⁴⁰ Vidím zde zneužití omezovacího prostředku k výchovným účelům, respektive potrestání. **Svým schválením se na tom podílelo 14 lékařů.**
- To stejné konstatuji k sedmidennímu pobytu v izolační místnosti 4 dny nato. Není možné použít omezovací prostředek proti pacientovi jako trest proto, že se

40 „Nulová kritičnost k vážnému porušování režimu, které by mohlo vést např. k požáru na odd. Arogantně a egocentricky se obhajující. Svým přístupem nedává žádnou záruku, že by např. ze vzteku či msty podobné či horší jednání nezopakoval“ (MUDr. B. 24. 5.).



nedokáže ovládat ani nechce dodržovat příliš restriktivní režim, kterému je podroben.

Dále je podle mého názoru prokázáno, že o umístění do izolační místnosti někdy rozhodoval ošetřovatelský personál (a ne lékař) za situace, kdy nehrozilo prodlení, což je v rozporu se zákonem.

- Dne 21. 9. použili ošetřovatelé izolační místnost sami dokonce v pracovní době lékařů oddělení. Nehodnotím, zda předtím podaná neklidová injekce byla či nebyla omezovacím prostředkem, nicméně považuji za problematické, že ani o ní nerozhodl lékař.
- Dne 26. 11. použili ošetřovatelé izolační místnost sami v době provádění vizit proto, že se dozvěděli, že se pacient pokusil ukrást čisticí prostředek. Nevidím zde nebezpečí z prodlení.

V popsáných ohledech Psychiatrická nemocnice A jako poskytovatel zdravotních služeb podle mého názoru porušila zákon. Jedná se také o zásah do základních práv člověka, který podle mého názoru překročil „minimální práh závažnosti“, takže jde o zásah do práva nebýt podroben nelidskému a ponižujícímu zacházení.

C.2.8 Restriktivní režim

Meze základních práv a svobod mohou být upraveny pouze zákonem (čl. 4 odst. 2 Listiny základních práv a svobod). Při posuzování zásahu do základních práv se zkoumá, zda byl zákonný, sledoval legitimní cíl a byl přiměřený.

Standard CPT k samostatnému umístění ve výkonu trestu formuluje k tomuto opatření dalšího omezení v podmínkách omezení svobody základní principy: opatření musí být **nezbytné** (restriktivní režim například musí být pružný natolik, aby mírnil každé omezení, které není v konkrétním případě nutné); **přiměřené** (aktuálnímu nebo hrozícímu nebezpečí; čím déle opatření trvá, tím silnější musí být jeho účel a tím více úsilí musí být vynaloženo k tomu, aby ho dosáhlo); **zákonné**; **kontrolovatelné** (dostatečně podrobně dokumentované); **nediskriminační**.⁴¹

Výše jsem popsala režim, kterému je pan A. podroben na příjmovém oddělení zhruba 10 měsíců. Je velmi restriktivní, srovnatelný jen se situací samovazby ve vězení, ale je proti tomu tvrdší.

- (1) Pacient nemá přímý přístup na toaletu a v úkonu základní potřeby je odkázán na ochotu a čas personálu neklidového oddělení.
- (2) Pacient nemá zajištěn přístup na vzduch, natož denně 1 hodinu, což je minimální standard nejen pro výkon trestu odnětí svobody, ale podle CPT také pro pacienty psychiatrických nemocnic.⁴²

⁴¹ Standardy CPT, část Solitary confinement of prisoners [publikována ve 21. všeobecné zprávě CPT/Inf (2011) 28].

⁴² zpráva CPT z návštěvy České republiky, CPT/Inf (2015) 18, bod 155



- (3) Pacient nemá možnost kouřit, ačkoli je kuřák a abstinenci ani po měsících nepřijal. Je s ním nedůvodně zacházeno odlišně od jiných pacientů, protože nemocnice nevytvořila speciální podmínky pro to, aby mohl kouřit, byť to není nemožné.
- (4) Izolace jen s několika osobami není kompenzována zvláštními aktivitami. Fakticky nemá pacient aktivity žádné krom možnosti číst.
- (5) Telefonáty s matkou se neodbývají v soukromí.
- (6) Pacientovi není ponechán žádný prostor pro jeho sebeurčení a soukromí: nosí jen pyžamo, nemá možnost mít u sebe téměř žádné věci, není žádný čas bez dozoru kamery.

Režim pacienta nebyl přehodnocen či upraven, ani když bylo zjevné, že cíle, který sledoval, nebylo dosaženo ani po několika týdnech a že je pro něj v některých aspektech neúnosný a provokuje ho k dalšímu porušování řádu a jeho povinností (především co se týká kouření).

Porušení přísného režimu jde pacientovi k tíži, neboť je samo o sobě hodnoceno jako porušení individuálního léčebného postupu⁴³ a vede dále k použití omezovacích prostředků, které má i povahu trestu. Ve vzduchu visí hrozba zabezpečovací detence.

- (7) Součástí režimu pacienta se řádově na týdny stal i pobyt v izolační místnosti. Domnívám se, že v akutní psychiatrické péči by se dané stavy řešily observací.

Pokud jde o zákonnost zvolených opatření, je třeba vyložit, jaká restriktivní režimová opatření jsou přípustná ve světle právní úpravy. Pacient má právo na péči na náležité odborné úrovni, což zahrnuje i léčebný režim jako součást individuálního léčebného postupu; **základním rámcem pro režimová opatření je tedy terapeutický cíl**. Limitem je standardně souhlas pacienta s navrženým individuálním léčebným postupem a další práva pacienta, včetně práva na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí.⁴⁴ Zákon dále připouští další důvody omezení, a to například omezení nezbytně nutná pro **řádný chod zdravotnického zařízení a práva ostatních pacientů** (zákonné meze vnitřního řádu) a **zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb**⁴⁵. Zákon o specifických zdravotních službách umožňuje poskytovateli u ochranného léčení zajít dále, skrze možnost konkrétních zákazů, nepovolení a kontrol (propustky, korespondence, návštěvy, telefon, osobní prohlídka a kontrola věcí), a to rovněž v návaznosti na individuální léčebný postup a účel ochranného léčení. **U omezení lidských práv se uplatňuje princip zákonnosti a subsidiarity.**

U pana A. ani nejpřísnější opatření nebyla schopná zajistit vytknutý cíl, totiž zabránění *jakémukoli* selhání. Není totiž pravda, že je-li pan A. úplně izolován, je čistý. Vytknutý cíl není

43 Některé záznamy jsou dramatické. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx. Tomu ale v dokumentaci nic nenasvědčuje.

44 „... při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb“, § 28 odst. 3 písm. k) zákona o zdravotních službách

45 tamtéž



realistický,⁴⁶ ani zakotvený v účelu ochranného léčení.⁴⁷ U ochranného léčení pana A. přetrvává detenční smysl. Strávil půl života výrazně omezen na svobodě právě proto, že selhává. Jeho duševní porucha je dle názoru soudního znalce trvalého rázu, projevuje se nestálou a nevypočitatelnou náladou, nepředvídatelnými změnami v jeho chování, explozivitou, impulzivitou, sníženou frustrační tolerancí, maladaptivitou, sníženým prahem pro uvolnění agrese, snahou racionalizovat své protispolečenské chování, manipulativním jednáním. Závislost na alkoholu a psychofarmakách vycházejí z poruchy osobnosti.

Ztrátou schopnosti naplňovat legitimní cíl se z režimu vytratila návaznost na léčbu duševní poruchy. Řada konkrétních opatření, která mají povahu omezení lidského práva, ani nespadá pod výslovné zákonné zmocnění dle speciálního zákona, ani není přiměřená zajištění bezpečí a práv ostatních (celodenní pyžamo, omezení přístupu na toaletu a neumožnění přístupu na vzduch a kouření, omezení osobních věcí, telefonování před personálem). Proto popsany režim ztratil oporu v zákoně a některé jeho dílčí projevy a také souhrn představují neoprávněný zásah do práv pacienta.

Pokud jde o intenzitu případného zásahu, ve výkladu základních práv člověka je ustáleno pravidlo,⁴⁸ že opatření, které je terapeuticky nutné, nemůže být považováno za nelidské nebo ponižující zacházení; léčebná nezbytnost však musí být spolehlivě prokázána.

Pacientovi se nepodařilo vyvolat nezávislý přezkum své věci a nevidí ani naději na změnu své situace v nemocnici. Oprávněně se cítil bezmocný. Popsaný režim má prvky dehumanizace a pacient se právem cítí nelidsky, izolovaný a ponižený.

Byť by bylo možné hodnotit jednotlivá rozhodnutí zvlášť, hodnotím režim, kterému je pan A. podroben, jako celek v jeho trvání a důsledcích. Podle mého názoru představuje neoprávněný zásah do základních práv pacienta a rovněž již dosahuje minimální úrovně pro konstatování nelidského a ponižujícího zacházení.

C.2.9 Další aspekty poskytované péče

Vzhledem k výše uvedenému obecně konstatuji, že o pacienta v nemocnici po celou dobu pečují kvalifikovaný terapeutický tým lékařů a sester, který mu věnuje velkou pozornost. Nezabývala jsem se otázkou, zda v komplexu poskytované péče nechybí

46 Primář uvolnění 14. 3. ve svém zápisu do dekurzu komentoval jednak zlepšením zdravotního stavu pacienta, jednak konstatováním: „K uvolnění režimu jednou muselo dojít. Nejsme vězením, abychom stále drželi pacienta zavřeného a izolovaného na ložnici.“ To je přiléhavé.

47 Podle názoru odvolacího soudu (k situaci v létě 2015) se nejednalo v chování pana A. o „takové excesy, které by v případě tak závažné psychiatrické diagnózy, která je dána u posuzovaného, bylo nutno hodnotit jako absolutně výjimečné, jedná se o chování, které v podstatě jen petrifikuje ty závěry, že ústavní forma psychiatrické ochranné léčby je nadále zcela namístě.“ Usnesení Krajského soudu v P. ze dne 5. listopadu 2015, sp. zn. 7 To 386/2015.

48 Judikatura Evropského soudu pro lidská práva, který opakovaně vyslovuje to, co vyslovil v rozsudku ve věci Herczegfalvy proti Rakousku ze dne 24. září 1992 č. 10533/83. Doktrína k tomu uvádí, že porušení článku 3 Úmluvy nastane tehdy, když nedobrovolný zdravotní zákrok překročí „legitimní léčbu“. BARTLETT, Peter, OLIVER, Lewis, OLIVER, Thorold. Mental Disability and the European Convention on Human Rights. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2007, s. 127.



např. psychoterapie. Její zodpovězení vyžaduje odborné posouzení a není podle mého názoru nutné při řešení předmětu mého šetření.

Terapeutický tým své kroky také dostatečně dokumentuje, byť to představuje velkou práci. Když v několika konkrétních případech podrobuji kritice například nepodložené nebo nepřiléhavé hodnocení v dokumentaci, nebrání mi to pozitivně hodnotit vedení dokumentace jako celku.

Povinností poskytovatele zdravotních služeb je zajistit sestavení, koordinaci a realizaci individuálního léčebného postupu, jehož součástí je návrh léčby.⁴⁹ Specifikem ochranného léčení je, že se jedná o opatření, které trvá, dokud to vyžaduje jeho účel; pacient však má naději na znovuzískání svobody skrze soudní přezkum. Toto specifikum musí návrh léčby (plán léčebného postupu) integrovat, a tak do plánů péče spadá například také práce na snižování rizika, které pacient představuje, nebo sledování pokroku směrem k propuštění nebo v prověřování spolehlivosti pacienta. Lékařský tým u pana A. zaznamenával epikrizy včetně plánu dalšího léčebného postupu. Tematicky se týkaly toho podstatného. Z formálního pohledu tedy opět nemám připomínek.

Kvalita plánu se však odvíjí od jeho obsahu. Že se terapeutický tým zaměřil na to, aby se pacient neintoxikoval, je jistě správné. Domnívám se však, že aby pacient mohl být motivovaný, musí být plán splnitelný. Už v listopadu 2015 však bylo podmínkou uvolnění z příjmové ložnice to, že „pacient vydrží v klidu, bez jakýchkoliv poruch chování“, a v červnu 2016 bylo podmínkou překladu na oddělení R tříměsíční neporušení režimu na příjmové ložnici, a to včetně zákazu kouření, který do individuálního léčebného postupu v případě tohoto ochranného léčení nezapadá. Pacient tento plán nemohl splnit, a přitom nebyl v této podobě nezbytný pro naplňování účelu ochranného léčení. S prodlužováním pobytu na příjmové ložnici v plánu chybí opatření, která by kompenzovala tíživý dopad této deprivace a sledovala naplňování jeho potřeb, včetně těch základních.⁵⁰

C.3 Vyřízení stížnosti v psychiatrické nemocnici

- Postup poskytovatele zdravotních služeb při vyřizování stížnosti je upraven zákonem,⁵¹ přičemž ne příliš podrobně co do nároků na proces vyřizování stížnosti. V souvislosti s výkonem ochranného léčení zákon nestanoví nic speciálního. Podání stížnosti nesmí být osobě, která ji podala, ani pacientovi na újmu. Psychiatrická nemocnice v xxxxxxxxxx má vypracovaný postup pro vyřizování stížností.
- Poskytovatel řešil podání, které formálně či materiálně představovalo stížnost, celkem dvakrát – v listopadu 2015 a v květnu 2016. Řešení stížnosti vždy provázelo několik jednání, kterých se buď osobně, nebo skrze opatrovnici účastnil také pacient. Jednání garantoval MUDr. C. a byla zaměřená na řešení toho hlavního, totiž požadavku přemístit pacienta z oddělení X.

49 § 46 odst. 1 písm. b) respektive § 3 odst. 3 zákona o zdravotních službách

50 i ve smyslu klasické Maslowovy pyramidy potřeb

51 § 93 a 96 zákona o zdravotních službách



- Stížnosti však v obou případech obsahovaly také konkrétní výhrady k zacházení s pacientem a k přístupu primáře. K těmto bodům se MUDr. C. nevyjádřil, jak dovozují z písemných podkladů. Nelze tedy zjistit, zda se zabýval oprávněností a vhodností režimu, respektive důvodností stížností v této jejich části. V tom spatřuji pochybení – stížnost, aby byla vyřízena řádně, musí být vyřízena v celém svém rozsahu a s odůvodněním výsledku, ke kterému stížnostní orgán dospěl. Že v dané části stížnosti doopravdy řešeny nebyly, dovozují také z toho, že ten, proti komu stížnost směřovala, byl pověřen písemně opatrovníci vyrozumět ohledně jejího požadavku na překlad z oddělení X.

V záznamu o jednání, který pořídil MUDr. C. 1. 6., je uvedeno: „Pokud by byly tyto skutečnosti oznámeny soudu, a bylo sděleno, že léčba se mívá účinkem, následovalo by jednání o umístění do detenčního ústavu. Matka pacienta byla informována, že to by mělo za následek, že by nebyl možný tak intenzivní kontakt se synem.“ Jde pouze o následný záznam, nikoli o vyrozumění, a tak nechci chytat MUDr. C. za slovo. Tato poznámka ale může působit jako hrozba, čehož se musí poskytovatel vyvarovat.

Uzavírám, že poskytovatel nevyřídil stížnosti pana A. a jeho matky řádně, neboť se jimi nezabýval v celém jejich rozsahu.

C.4 Terapeutický vztah

Vzhledem k tomu, že restrikce přestaly naplňovat kritérium zákonnosti, nezbytnosti a přiměřenosti, je možné je označit za svévoli. Nevidím v tom ale zlou vůli. Z dokumentace lze mnohokrát vyčíst, že sledovaným cílem byla ochrana pacienta před poškozením zdraví nebo smrtí nebo realizace rozumného terapeutického záměru (benzodiazepinový profil).

Rozhodnutí nečinil pouze primář, byť byl pro pacienta a jeho matku jejich tváří. Celý lékařský tým oddělení byl jednotný. Terapeutický tým skutečně často neviděl jiné řešení a podle mého názoru je nevidí ani nyní, neboť podmínky překlady na oddělení R, jak byly v červnu 2016 nastoleny, nejsou reálné a fakticky tedy nejde o řešení. To ale neznamená, že řešení neexistuje a že nemocnici již nic nezbylo.⁵² Domnívám se však, že je terapeutickým selháním, pokud se opustí práce na motivaci pacienta a plán péče se zredukuje téměř jen na izolaci.⁵³

Vyčerpání terapeutického týmu může být pochopitelný důsledek frustrující nekončící práce s nespolupracujícím pacientem, jehož jednání je závadové a duševní porucha a zkušenost z uplynulých 20 let neskýtají naději na výrazné zlepšení. Nemluvě o celkově velmi náročné práci, jakou je péče o všechny pacienty oddělení X. Týká se to nejen lékařů, ale i ošetrovatelského personálu.

52 „Vzhledem k tomu, že je hospitalizován v režimu ochranného léčení nařízeného soudem, nezbyvá nám nic jiného než nějakým způsobem vždy reagovat na jeho excesy.“ Vyjádření MUDr. B. ze dne 24. 5. 2016 na žádost opatrovnice o přeložení na jiné oddělení.

53 Dále záznam z 14. 3.: „S anamnézou, jakou pacient má, je v současné situaci již naprosto jedno, jestli bude na ložnici ještě rok (dva či pět), stejně to bude nakonec tak, jak se rozhodne on sám, zda podlehe svému cravingu a neukázněnosti, či zda bude chtít pokročit v rámci OUL dál směrem k vycházkám na zahradu oddělení s matkou, event. k dovolenkám.“



Terapeutický tým je rovněž zatížen **fenomémem tzv. dvojí loajality či dvojené role**.⁵⁴ Konkrétně lékař vystupuje jednak v roli ošetřujícího, který je povinen střežit terapeutický vztah lékař-pacient, a jednak v roli odborníka, který ve veřejném zájmu zajišťuje výkon ochranného léčení. Tyto dvě role se mohou vzájemně zpochybňovat a jejich zastávání vyžaduje jak jasnost a otevřenost směrem k pacientovi, tak i v rámci sebereflexe. Poskytování zdravotních služeb je, v porovnání například s vězením, na psychiatrii specifické tím, že splývá autorita, která má vliv na pokračování omezení svobody, a poskytovatel zdravotních služeb. Lékař má moc a povinnost předávat soudu informace o selháních pacienta, chránit jej před ostatními pacienty, použít omezovací prostředky a jiné nástroje donucení a podávat léky bez souhlasu pacienta. Lékaři toto dilema v případě pana A. také pociťovali.⁵⁵

Nedůvěra na straně opatrovnice a nepřátelství na straně pacienta jsou nesporné. Od listopadu 2015 si pacient vedení nemocnice stěžoval na osobu primáře B. – žádal změnu. V květnu 2016 žádala opatrovnice přemístění pana A. z oddělení X. Poukazuje, že tam zažil napadení a opakované okradení a že ona ani on nemají důvěru k MUDr. B., který je má šikanovat. MUDr. B. o nepřátelství ví, snaží se s pacientem a jeho matkou jednat věcně. Jsou ve vzájemném kontaktu často.

- Oborům, kde dochází k léčbě nedobrovolně, je riziko ztráty důvěry ve vztahu lékař-pacient inherentní. Spolu s fenoménem dvojí loajality tato zátěž klade zvláštní nároky na **prevenci a kontrolu zneužití moci**. V zahraničí se lze setkat s preventivními strategiemi, jako je například přezkoumání složitého případu dlouhodobého izolování pacienta od ostatních co tři měsíce nezávislým odborníkem (tzv. peer review). U omezovacích prostředků obecně Standardy CPT doporučují žádat vnější pohled nezaujatého kolegy u prodloužování trvání omezovacího prostředku a všechny případy podrobovat preventivní kontrole a vyhodnocování. Ochránce doporučuje vést centrální evidenci používání omezovacích prostředků a v pravidelných intervalech ji vyhodnocovat. Mezi etické postoje lékaře patří i schopnost terapeuta přiznat si vlastní potřebu konzultace profesionálních i etických problémů konkrétního onemocnění v určitém kontextu.⁵⁶

Roli „cizích očí“ by ve velké psychiatrické nemocnici mohli sehrát lékaři z jiných primariátů, kteří ostatně stejně na jiná oddělení docházejí jako žurnální lékaři. Musím však konstatovat, že tato pojistka v daném případě selhala, když 14 lékařů bylo připraveno schválit pobyt na izolační místnosti, který byl fakticky trestem. Podle logiky všech dotčených lékařů je důvod podrobit omezovacímu prostředku pacienta, když je negativistický a těžce psychopatická osobnost, a pacienta, který svým chováním v izolační místnosti nedává záruku, že nebude excesy opakovat.

54 V české literatuře srov. PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr, a kol. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada Publishing, 2011, s. 135. ISBN 978-80-247-3976-2.

55 „Výrazně paranoidně nastavený vůči osobě primáře oddělení. Důvodem je skutečnost, že v konečném důsledku rozhodují o režimových opatřeních vůči pacientovi“, dekurz z 9. 5.

56 PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr, a kol., s. 139



K narušení terapeutického vztahu v praxi dochází, ostatně vztah mají v rukou všechny jeho strany. Pokud k tomu dojde, je nezbytné **zabránit negativním dopadům** na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb. Někdy může stačit pomoc nestranného subjektu, v krajním případě je nutné předat pacienta kolegům. V souladu s etikou lékaře je i žádat předání pacienta jinému lékaři.⁵⁷ Dosáhnout předání pacienta v ochranném léčení v rámci různých poskytovatelů zdravotních služeb je nesnadné, ale v českých podmínkách k tomu dochází, právě i v návaznosti na vyčerpání zúčastněných.⁵⁸

Uzavírám, že terapeutický vztah mezi panem A. a terapeutickým týmem je vážně narušen. Domnívám se, že není možné jej obnovit a že Psychiatrická nemocnice A neskýtá záruku nezaujatého přístupu k pacientovi. Do budoucna by psychiatrická nemocnice měla s tímto problémem standardně pracovat ve smyslu jeho a) prevence, b) řešení, pokud nastane.

C.5 Role a postup vedení nemocnice

Poskytovatel je povinen poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb.⁵⁹ Některá konkrétní opatření, kterými poskytovatel tuto povinnost plní, zákon výslovně vyjmenovává.

Pokud jde o vnitřní kontrolu, lze zmínit povinnost zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Nicméně v problematice, které se týká tato zpráva, jde pouze o doporučení orgánů, jako je CPT⁶⁰ či veřejný ochránce práv (viz výše), a tedy o osvědčenost či otázku priorit vedení.

Domnívám se, že v Psychiatrické nemocnici A jednotlivá rozhodnutí terapeutického týmu standardně nikdo nekontroluje, kontrole podléhají jen návrhy na soud. **Systematické kontrole nepodléhá prodloužování použití ani omezovacího prostředku, ani režimu příjmové ložnice, což považuji za chybu, kterou je třeba do budoucna napravit.** Kontrola může zafungovat jako pojistka, která umožní, aby se v citlivých tématech aktivovalo vedení poskytovatele jako protiváha terapeutického týmu.

Konkrétně případ pana A. zná ale vedení nemocnice detailně a sehrálo aktivní roli při hledání řešení. Nemocnice nabídla řešení situace „překladem“ pacienta do jiné psychiatrické nemocnice (tato možnost byla na stole už v září 2015 a dále bezesporu v květnu 2016).

Kritizovat chci to, že ani přes výbornou obeznámenost nezasáhlo vedení ve smyslu zabránění dalšímu zpříšňování režimu a dlouhodobému použití izolační místnosti

57 § 2 odst. 4 Etického kodexu české lékařské komory: „Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen nebo je-li přesvědčen, že se nevytvoří potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.“

58 Dotázaný odborník pojmenoval jednu variantu této situace jako umožnění „zablokovanému“ pacientovi „restart“.

59 § 45 odst. 1 zákona o zdravotních službách

60 Podle Standardů CPT „dochází k setrvalému snižování míry používání omezovacích prostředků tam, kde vedení daného zařízení přistupuje k jejich používání aktivně a ostražitě“.



se zkoumá, zda jsou podmínky, ve kterých pobývá, v souladu s článkem 3 Úmluvy; prostředek nápravy musí být schopen rychle zamezit pokračování závadného stavu.⁶³

Zvláštní přístup si vyžaduje ochrana **tzv. zranitelných skupin**, kterými jsou osoby s duševním onemocněním, osoby omezené na svobodě a nedobrovolně hospitalizovaní pacienti.⁶⁴

C.6.2 Stížnosti v psychiatrické nemocnici

- Proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb může pacient nebo jeho opatrovník podat stížnost, která se podává poskytovateli, proti kterému směřuje, a následně případně příslušnému správnímu orgánu (v tomto případě krajskému úřadu). Poskytovatel při vyřizování stížnosti nevystupuje jako nezávislý orgán, je však v pozici představitele státní moci, neboť zajišťuje výkon ochranného léčení. Poskytovatel může fakticky rychle zjednat nápravu. V případě pana A. nebyly stížnosti vyřízeny řádně a nápravu nepřinesly.

C.6.3 Trestní oznámení

Trestní postih špatného zacházení je v oblasti zdravotní péče mimořádně složité téma, nicméně velmi zjednodušeně lze říci, že v případech pacientů v obzvláště zranitelném postavení mají orgány činné v trestním řízení vést (a samy zahajovat) vyšetřování, jakmile mají k dispozici dostatečné důkazy o tom, že mohlo dojít ke špatnému zacházení. Podmínkou je existence tzv. hájitelného tvrzení, které může být obsaženo nejen v trestním oznámení, ale například také v odvolání v řízení před soudem.⁶⁵

Zjevně nemohu hodnotit, jakou ochranu policie panu A. poskytla, respektive poskytnout mohla. Šetření policie probíhalo ještě před třetím a čtvrtým pobytem pana A. v izolační místnosti, v době, kdy byl 6 měsíců podroben velmi přísnému režimu. Postup policejního orgánů podléhá doзору státního zástupce, na kterého se může oznamovatel kdykoli přímo obrátit.

C.6.4 Stížnost zaslaná soudu

Dotčený soud vyslovil, že „nemá pravomoc zasahovat jakkoliv do léčebných postupů Psychiatrické nemocnice A“.

C.6.5 Limity stížnosti podané pacientem

Je třeba říci, že jednání, projev a minulost pana A. mohou snižovat jeho důvěryhodnost v očích vnějších subjektů: Od srpna 2015 se stále něčeho dožaduje, a to způsoby, které potvrzují jeho diagnózu.⁶⁶ Jeho stížnosti není snadné interpretovat – zda především usiluje o přeměnu formy léčení na ambulantní, nebo vymanění z vlivu primáře B., nebo o uvolnění

63 rozsudek Ananyev a ostatní proti Rusku ze dne 10. ledna 2012 č. 42525/07 a 60800/08

64 M. S. proti Chorvatsku (č. 2), body 96–98

65 M. S. proti Chorvatsku (č. 2), bod 74 a násl.

66 Citace z dekurzu: „Za pacienta hovoří jeho anamnéza a způsoby chování, které uplatňuje zde za hospitalizace.“



režimu a získání propustek domů. Trestní oznámení rozesílal na všechny strany, návrh na zahájení soudního řízení vzal zpět. Nemá plný náhled na závažnost svého poruchového jednání v nemocnici. Po dobu výkonu ochranného léčebního bude s jeho osobou vždy spojeno, že je omezen na svobodě v důsledku spáchání závažného trestného činu. Vše uvedené je nicméně typické a nebezpečí bagatelizace je jedním z důvodů, proč mají pro svou zranitelnost požívat osoby s duševní poruchou a omezené na svobodě zvláštní ochrany.

Možnost přeměny ochranného léčení na zabezpečovací detenci, o které je od podzimu 2015 řeč, odrazuje opatrovníci pacienta od aktivnějšího postupu. Lze věřit, že se cítí být zastrášaná i přístupem představitelů nemocnice (ad záznam primáře o telefonátu ze 17. 5. a MUDr. C. ze dne 1. 6. 2016).

C.6.6 Shrnutí

Preventivní vnitřní kontrola u poskytovatele, pokud je zavedena, se na sledovaném případě neprojevila. Vnitřní kontrola, kterou pacient a jeho opatrovnice vyprovokovali u poskytovatele zdravotních služeb skrze stížnosti, nevedla k odhalení a nápravě pochybení, a později také špatného zacházení.

Vnitřní kontrola má sice potenciál nejrychlejšího zjednání nápravy, nicméně není nezávislá. K externí kontrole lze říci, že v preventivní rovině v České republice fakticky neexistuje, krom „měkkých“ pravomocí veřejného ochránce práv.⁶⁷ Pokud jde o přezkum konkrétního případu, pacient se obrátil na policii a na soud, což jsou subjekty zcela nezávislé na poskytovateli zdravotních služeb. Policie věc rychle ukončila bez zahájení trestního řízení, soud konstatoval nedostatek pravomoci přezkoumat zacházení s pacientem. Pacientovi se tedy nedostalo ochrany.

Domnívám se, že jde o názorný příklad mezery v systému ochrany základních práv v České republice. Ve hře je pouze případný trestní postih špatného zacházení (který fakticky za současného právního stavu na řadu situací v oblasti zdravotních služeb nedopadne). Nepřichází zde do úvahy žádný skutečně efektivní zásah ani z moci úřední, ani na návrh, který by nevyžadoval procesní postup přesahující schopnosti laika, natož v tak zranitelném postavení (mám na mysli teoretickou možnost podání žaloby proti nezákonnému zásahu správního orgánu spolu s návrhem na vydání předběžného opatření). **V oblasti ochranného léčení zjevně chybí mechanismus, který by naplňoval závazky vyplývající z čl. 13 ve spojení s čl. 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.**

C.6.7 Institucionální záruky toho, že s pacientem nebude špatně zacházeno

Jak jsem výše připomněla, stát má povinnost zajistit, že osoby v ústavním ochranném léčení jsou drženy v podmínkách souladných s požadavky vyplývajícími ze zákazu špatného

67 Dozor státního zastupitelství nad dodržováním právních předpisů v místech omezení svobody v psychiatrických nemocnicích neprobíhá. Preventivní kontrolní činnost krajských úřadů nenaplňuje zcela kritérium nezávislosti a fakticky je zanedbatelná: podle výzkumu veřejného ochránce práv za dva a půl roku neprovedly krajské úřady ani jednu kontrolu týkající se používání omezovacích prostředků (celkově, nejen v psychiatrických nemocnicích). Za stejné období provedly krajské úřady celkem tři kontroly zaměřené na zacházení (vč. léčby) v psychiatrických nemocnicích, přičemž ani v jednom případě nebylo zjištěno pochybení; Zpráva o výzkumu veřejného ochránce práv ze dne 24. března 2015, sp. zn. 22/2014/NZ, dostupná: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/3670>.



zacházení. Efektivním nástrojem, jak zajistit naplňování tohoto mezinárodního závazku, je **nezávislá preventivní kontrola**, jaká je ustavena například ve vězeňství skrze dozor státního zástupce. Domnívám se, že na případu pana A., a také z dřívějších šetření ochránce, která nevedla ke zjednání nápravy, je zjevné, že tato kontrola je nutná i v podmínkách psychiatrické nemocnice – minimálně co se týká pacientů v dlouhodobé detenci a pacientů s přísným režimem. I zde se mohou osoby omezené na svobodě nacházet v nepříznivých podmínkách (zde se to projevilo nemožností zajistit přístup na toaletu a na vzduch) a sociální izolace. Nadto zde vyvstává problematika dlouhodobého použití omezovacích prostředků a režimu zasahujícího do základních práv a svobod, jehož podoba je na širokém uvážení lékaře, co se týká terapeutické nezbytnosti. Zvláštní zranitelnost těchto pacientů působí, že nemusí být s to ani ochotní podat stížnost.

C.7 Řešení prošetřeného případu

Je povinností státních orgánů zabránit hrozícímu špatnému zacházení a ukončit trvající špatné zacházení, pokud se o něm dozvěděly, nebo o něm mají vědět.⁶⁸ Je tedy nutné přijmout bezodkladně opatření k nápravě.

Co se v průběhu roku 2015 a 2016 událo, je nevratný vývoj charakteristický zhoršením jak vztahů, tak i respektu pacienta k léčebnému režimu. Bez ohledu na to, na čí straně je pravda ohledně příčin, zdá se být jasné, že nyní není možné pokračovat v režimu před 23. červencem 2015, včetně propustek.

Ve svém posouzení případu jsem napadla predestinované podmínky překladu na oddělení H. Od podzimu 2015 se terapeutické působení na pana A. soustředilo na snahu udržet ho „čistého“ a dělo se to cestou izolování, s několika pokusy o uvolnění režimu, které selhaly. Východiskem terapeutického týmu je, že zkušenost z března 2016 ukázala, že mezi ostatními pacienty pan A. selže; když je držen na příjmové ložnici, je čistý. Situace ale není tak jednoznačná. Několikrát se ukázalo, že režim ani příjmové ložnice nestačí.⁶⁹ Tíže důsledků opakovaného selhávání dopadla pouze na pacienta, ačkoli je to zařízení, kdo má za povinnost zajistit bezpečnost podmínek, ve kterých dochází k omezení svobody (ad přetrvávající směňování léků), a minimalizací nutných omezení práv pacienta se vyhnout tomu, aby jeho poruchové chování bylo rovněž reakcí vyprovokovanou přílišnou tvrdostí.

Navrhuji k současné situaci přistoupit jako ke krizové a v kruhu aktérů, kteří mohou do situace zasáhnout, včetně například soudu, stanovit realistický plán dalšího postupu.

D. Závěry

Psychiatrická nemocnice A pochybila tím, že:

68 rozsudek velkého senátu ve věci Osman proti Spojenému království ze dne 28. 10. 1998, č. 23452/94, bod 116, v další judikatuře Evropského soudu pro lidská práva rovněž na poli čl. 3 Úmluvy; Ananyev proti Rusku, body 97-98

69 „Uvažujeme, jak se mu asi podaří je získat a napadá nás pouze to, že je může získat v krátkém okamžiku kontaktu s jinými pacienty. Z hlediska provozu oddělení jej nelze vždy a stále zcela izolovat (např. při koupání). Je sice osobně ošetřovateli prohlížen, ale může si tabletu někde na ložnici schovat. Jinak to vysvětlit nelze. Není v silách oš. personálu, aby každý den důkladně prohlížel matrace, lůžkoviny, postele, prostě celou ložnici kvůli tomuto nezodpovědnému pacientovi“ (dekurz 11. 4. 2016).



- podrobila pacienta ochranného léčení špatnému zacházení spočívajícímu v neoprávněném držení na izolační místnosti po dobu 10, 13 a 7 dnů a držení v nepřípustně přísném režimu po dobu měsíců,
- o umístění do izolační místnosti rozhodoval ošetřovatelský personál (a ne lékař) za situace, kdy nehrozilo prodloužení,
- nevyřídila řádně stížnosti pacienta a jeho opatrovnice.

Pochybení dále spatřuji v:

- podmínkách na oddělení Z, které nedosahují úrovně terapeutického prostředí při déleodobějším pobytu,
- absenci systematické vnitřní kontroly používání omezovacích prostředků a dlouhodobého držení v režimu příjmové ložnice.

Zprávu zasílám řediteli nemocnice a podle ustanovení § 18 odst. 1 zákona o veřejném ochránci práv žádám, aby se ve lhůtě 30 dnů od jejího doručení vyjádřil ke zjištěným pochybením a informoval mě o přijatých opatřeních k nápravě. Zpráva shrnuje mé dosavadní poznatky, které mohou být podkladem pro závěrečné stanovisko podle ustanovení § 18 odst. 2 zákona o veřejném ochránci práv.

Zprávu v této podobě prozatím nezasílám stěžovateli a jeho opatrovnici. O svých zjištěních a závěrech je pouze informuji a zprávu jim poskytnu později, v návaznosti na další postup nemocnice.

Brno 9. září 2016

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