

ZPRÁVA Z NÁSLEDNÝCH NÁVŠTĚV

psychiatrických léčeben

I. Úvod

1. Veřejný ochránce práv (dále také jen ochránce) provádí na základě zmocnění v ustanovení § 1 odst. 3 a 4 písm. c) zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o VOP), tzv. systematické návštěvy míst, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě veřejnou mocí, nebo v důsledku závislosti na poskytované péči, a to s cílem posílit ochranu těchto osoby před mučením, krutým, nelidským, ponižujícím zacházením nebo trestáním a jiným špatným zacházením.¹

Na základě tohoto zmocnění navštívili v roce 2008 pracovníci Kanceláře veřejného ochránce práv 8 ze 17 psychiatrických léčeben pro dospělé v ČR (tj. 30 oddělení; dále také jen PL nebo léčebny). Byla vybírána oddělení určená pro pobyt pacientů po nástupu do léčebny (tzv. příjmová anebo neklidová) a oddělení gerontopsychiatrická. Jedná se o pracoviště, kde stavy vyvolané duševním onemocněním jsou velmi náročné. Zjištění tam učiněná nelze vztahovat na celou léčebnu.

Ochránce svá zjištění a doporučení shrnul ve Zprávě z návštěv psychiatrických léčeben publikované v září 2008 (dále jen Zpráva z návštěv PL 2008). Podmínkou efektivity návštěv je jejich opakování v pravidelných intervalech. Proto bylo v roce 2009 opětovně navštíveno sedm z původně navštívených léčeben a touto cestou ochránce hodnotí svá zjištění.²

2. Následné návštěvy byly provedeny v sedmi léčebnách, v PL Dobruška, PL Havlíčkův Brod, PL Horní Bečkovice, PL Kosmonosy, PL Kroměříž, PL Opava a PL Šternberk.³ Cílem bylo ověřit plnění doporučení, která ochránce adresoval vedení léčeben v roce 2008, a také doporučení adresovaných Ministerstvu zdravotnictví (dále také jen ministerstvo) a krajským samosprávám. Návštěvy byly vždy neohlášené a souvisela s nimi také návštěva příslušného okresního soudu. Až na jednu výjimku poskytly léčebny dobrou spolupráci jak při návštěvách, tak při následném vyjednávání.

¹ Česká republika jako stát, který ratifikoval Opční protokol (sdělení č. 78/2006 Sb. m. s.) k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (New York 1984, č. 143/1988 Sb.), se zavázala zřídit vnitrostátní orgán, který prováděním systematických preventivních návštěv zjišťuje, jak je s osobami omezenými na svobodě zacházeno. Ochránce působí jako národní preventivní mechanismus od roku 2006, pro výstupy z jeho činnosti viz <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/>.

² Zákon o VOP ochránci v ustanovení § 21a odst. 2 ukládá vypracovat po provedení návštěvy zařízení zprávu o svých zjištěních. Součástí této zprávy mohou být doporučení nebo návrhy opatření k nápravě. Ochránce po zaslání zprávy vyzve zařízení, aby se k jeho zprávě, doporučením nebo návrhům na opatření k nápravě vyjádřilo ve stanovené lhůtě. Po dokončení série návštěv určitého typu zařízení ochránce vypracovává celkovou zprávu, ve které shrnuje poznatky z dané oblasti, formuluje doporučení pro ostatní (nenavštívená) zařízení, i případně pro orgány samospráv a státní správy.

³ Návštěva nebyla opakována v PL Lnáře vzhledem k výrazně se lišícímu charakteru a velikosti této krajské léčebny v porovnání s ostatními.

3. Oblast psychiatrické péče, a psychiatrické detence zvláště, vnímá ochránce jako velmi citlivou a specifickou. Její finanční a organizační náročnost nedovoluje přistupovat k jednotlivým navštíveným zařízením jednotlivě, neboť se ukazuje množství témat, která souvisejí s centrální zdravotnickou politikou. Na druhé straně na pozici zřizovatele všech následně navštívených léčeben působí Ministerstvo zdravotnictví, ve kterém ochránce spatřuje dalšího partnera pro diskusi o svých zjištěních a doporučeních.

S vědomím, že se jedná o běh na dlouhou trať, učinil ochránce v mezičase od vydání Zprávy z návštěv PL 2008 tyto kroky:

- vyžádal si vyjádření všech krajů k bodům Zprávy z návštěv PL 2008, které se týkají sociálních služeb;
- kontinuálně vyjednával s představiteli Zlínského kraje ohledně osudu původně dvou, od roku 2010 jedné ženy dlouhodobě omezované ve volném pohybu v psychiatrické léčebně; od 4. října 2010 byla i ona přijata do zařízení sociálních služeb v Jihomoravském kraji,⁴
- komunikoval s Úřadem pro ochranu osobních údajů ohledně používání kamerových systémů v psychiatrických léčebnách;
- vydal jako přílohu zprávy pro Poslaneckou sněmovnu PČR za 4. čtvrtletí roku 2009 dokument *Umístování a pobyt osob s mentálním postižením v psychiatrických léčebnách*;
- v lednu 2010 jednal o systematických návštěvách léčeben s ministryní zdravotnictví; již dříve ji dopisy informoval o zjištěních v PL Kroměříž, Kosmonosy, Opava;
- informoval Poslaneckou sněmovnu Parlamentu České republiky a veřejnost prostřednictvím Souhrnné zprávy o své činnosti za rok 2009 o zjištěních z následných návštěv a formuloval své požadavky z hlediska legislativního;
- využil sankčního oprávnění vyplývajícího z ustanovení § 21a odst. 3 zákona o VOP a v červnu 2010 informoval veřejnost o, podle jeho názoru, neuspokojivé spolupráci s Psychiatrickou léčebnou Šternberk; dále byla v srpnu 2010 provedena opakovaná (již třetí) neohlášená návštěvy léčebny;
- zapojil se do výměny zkušeností s ostatními národními preventivními mechanismy v Evropě, v březnu 2010 v italské Padově právě na téma prevence špatného zacházení v psychiatrických institucích.

O některých těchto aktivitách ochránce je dále pojednáno.

4. V bodě 142 Zprávy z návštěv PL 2008 ochránce doporučil Ministerstvu zdravotnictví věnovat se koncepčně oboru psychiatrie.⁵ A to i s poukazem na naléhavost negativních důsledků poskytování péče na přeplněných příjmových odděleních léčeben s nedostatkem personálu.

S politováním musí ochránce konstatovat, že od září 2008, kdy svá doporučení sdělil ministerstvu, až doposud nedošlo k žádnému pokroku v odstraňování nepříznivých projevů, na které ochránce upozornil. V roce 2008 obdržel ochránce pouze formální a bezobsažnou odpověď ministra. Neobdržel odpověď v termínu do června 2009, jak si ji pro zjištění postupu ve zprávě vyžádal.

⁴ V zařízení sociálních služeb zlínského kraje bylo taktéž vytvořeno speciální místo, nicméně opatrovnice se neshodla se zařízením na znění smlouvy.

⁵ Od roku 2008 má česká psychiatrie revidovanou Koncepci oboru psychiatrie, jako dokument Psychiatrické společnosti ČLS J. E. P. Ta v této souvislosti v úvodu konstatuje, že Česká republika patří mezi menšinové země v Evropské unii, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. „Důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity, nedostatek zařízení komunitní péče. Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v České republice dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn.“

Do konce roku 2009 ministerstvo neiniciovalo žádná jednání s představiteli psychiatrických léčeben ohledně budoucího pojetí psychiatrické péče. Jak sdělila ministryně zdravotnictví při jednání v roce 2010, ministerstvo navázalo spolupráci s Českou psychiatrickou společností za účelem revize a celkového oživení koncepce české psychiatrie. Dle dalších sdělení se ministerstvo (již léta) soustředí na vytvoření Národního akčního plánu pro podporu duševního zdraví. Kroky zacílené na změnu ochráncem kritizovaných skutečností podnikány nejsou.

II. Naplněná doporučení ochránce

Stigmatizující a nedůstojný oděv pacientů

5. Jako stigmatizující a nedůstojné bylo ochráncem kritizováno, že pacienti navštívených oddělení (pacienti, kteří nebyli somaticky nemocní, takže by pobývali na lůžku) nosili převážně pyžama nebo jiné ústavní oblečení nedůstojné tím, jak vypadalo. A to jak na odděleních, tak v areálu léčebny a přilehlém okolí. Přitom až na krátké období po nástupu do léčebny není důvod k nošení zvláštního oblečení a jedná se o zažité režimové pravidlo.

V tomto ohledu došlo na mnoha pracovištích k pozitivnímu posunu. Léčebny pacientům umožňují nosit civilní oděv a vytvářejí i provozní předpoklady pro praní a sušení oblečení. Instalují pro ně také skříňky na uložení osobních věcí.

Samostatnou kapitolou je oblečení ošetřovatelsky náročných pacientů. Ve dvou léčebnách ochránce v rámci zprávy z následné návštěvy kritizoval, že ženy na gerontopsychiatrických odděleních (které ovšem netrávily čas na lůžku ani ve svých pokojích) nosí ústavní oděv, který odhaluje i intimní části těla (tzv. anděl). Situace je velmi nedůstojná.

Soukromí

6. Ochránce se u lékařů setkal s pochopením, když doporučoval zajistit více soukromí při provádění vizit. Při provádění vizit ve společných prostorách, anebo sice v pracovnách, ale v přítomnosti nepovolaných lidí, dochází k zásahu do práva na ochranu citlivých osobních údajů.

Dále byla akceptována doporučení ochránce, co se týká koupání (sprchování) nikoli hromadně a pořízení závěsů do sprchových koutů. Bylo akceptováno doporučení zlepšit postupy na odděleních, co se týká poskytování informací o pacientech jen těm lidem, kteří mají na informace právo (pacient je určil). Přes finanční nákladnost vybavili na jednom pracovišti v PL Havlíčkův Brod zástěnami lůžka v místnosti, kde dochází, vždy postupně u více pacientů, k aplikaci ECT, a tím je zachováno jejich soukromí.

Domácí řády

7. Mnoha pracovišť se týkala kritika ochránce ohledně neaktuálních, nedostatečných nebo zcela chybějících domácích řádů (písemných pravidel režimu), anebo jejich nedostatečného zveřejnění. Ochránce vždy argumentoval nejistotou pacientů, ale i dalších osob, a možností různé svévole, které z neexistence pravidel plynou. Při následných návštěvách byly zaznamenány pokroky.

Sledování doby přípustného trvání nedobrovolné hospitalizace

8. Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí a držení pacienta bez jeho souhlasu je svázáno přísnými lhůtami, čímž je realizováno základní právo na osobní svobodu vyjádřené v čl. 8 Listiny základních práv a svobod. Bylo zjištěno, že soudy stíhají

rozhodovat ve stanovených lhůtách, ovšem není zajištěno, aby se léčebna o výsledku řízení v této lhůtě také dověděla (nemá ještě k dispozici písemné vyhotovení rozhodnutí; jen některé léčebny se mohou opírat o to, že soud vyhlásuje usnesení v léčebně). Ochránce proto s ohledem na takto vzniklou „technickou“ možnost zásahu do osobní svobody člověka doporučil léčebnám, aby si zajistily informace o tom, jak soud v daném případě rozhodl.

Léčebny si s příslušnými soudy ve většině případů dohodly postupy (telefonické ověření, zaslání informace faxem apod.), jak se vyvarovat situace, kdy by držely pacienta i přesto, že by soud buď v dané lhůtě nerozhodl, nebo by rozhodl, že má být pacient propuštěn.

III. Částečně naplněná doporučení ochránce

Slučování souhlasu s hospitalizací se souhlasem s léčbou

9. Ochránce léčebnám vytýkal, když při příjmu spolu se souhlasem s hospitalizací⁶ dávaly pacientovi k podpisu také souhlas s blíže nespécifikovanými vyšetřovacími a léčebnými úkony,⁷ případně se „všemi“ úkony v rámci hospitalizace. Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze se souhlasem pacienta (Úmluva o biomedicíně⁸) a vyžadovat předem souhlas s veškerými zákroky je podle názoru ochránce nesprávné. Úmluva ani národní právo obecně pro souhlas se zákroky písemnou formu nevyžadují. (Ve zdravotnictví se písemná forma používá u nebezpečných a rizikovějších úkonů, zatímco například u takových úkonů, jako je odběr krve, se běžně uplatní i souhlas ve formě konkludentní.)

Ochránce doporučoval, aby byl při přijetí pacienta do léčebny vedle souhlasu s hospitalizací vyžádán pouze souhlas s těmi úkony, které lze očekávat v nejbližší době. A následně, v době, kdy je pacient stabilizovaný a lépe vnímá poskytované informace, žádat od něj souhlas s dalším směřováním léčby. Používání kritizovaných vstupních formulářů může vést ke slučování obou souhlasů a vlastně vytváří jakousi fikci poskytnutého platného souhlasu. Bez ohledu na to, že na odděleních byl třeba zjištěn správný postup, kdy lékaři dále léčbu s pacienty konzultovali, ochránce trval na odstranění sporných formulářů.

Až na jednu výjimku léčebny své formuláře změnily.

10. Ochránce rovněž již v roce 2008 upozorňoval na příkladu gerontopsychiatrických pacientů na to, že je nesprávné přijímat souhlas s hospitalizací od pacientů, kteří jsou (prokazatelně, dle zdravotnické dokumentace) k poskytnutí souhlasu v době přijetí fakticky nezpůsobilí. Vzhledem k tomu, že se lékaři v přijímání pacientů střídají a ne vždy přijímá pacienta na gerontopsychiatrické oddělení specialista, žádal ochránce písemné stanovení jednotného postupu.

V obou aspektech je prostor pro metodické vedení Ministerstvem zdravotnictví, které však v tomto ohledu zůstalo nečinné a iniciativu plně ponechalo na jednotlivých léčebnách. Léčebny k dané problematice ve většině případů přistoupily tím, že pro lékaře uspořádaly školení.

⁶ Pacient může být do léčebny přijat buď se svým souhlasem, anebo se svolením soudu i bez něj. Dobrovolný vstup do léčebny znamená, že pacient je při přijetí do zařízení ochoten a schopen písemně potvrdit, že s hospitalizací souhlasí. (V opačném případě léčebna hlásí přijetí soudu.)

⁷ Jednalo se o formulace typu: „Prohlašuji, že vstupuji dobrovolně (...), a zavazuji se, že se podrobím domácímu řádu a veškerým léčebným zákrokům, které ošetřující lékař uzná za vhodné.“

⁸ sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s., Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně

Smíšená, velkokapacitní oddělení

11. Ochránce ve Zprávě z návštěv PL 2008 (body 30, 33, 34) detailně pojednal o tom, jak negativně působí současné stavebně-technické a organizační řešení příjmových (akutních) oddělení léčeben na zdraví a důstojnost pacientů. Z hlediska diagnóz a stavů jsou příjmová oddělení smíšená, rušná a hlučná (11 z navštívených oddělení v roce 2008 mělo kapacitu větší než 40 lůžek), často mají nevhodné prostorové řešení ubytovacích a společenských prostor. Samo prostředí je stresující. (V jedné léčebně je ubytování na neklidovém oddělení tak stísněné, že při plném obsazení musí být dva lidé uloženi do pokojů jindy používaných pro izolaci. Na některých pracovištích přetrvávají velkokapacitní ložnice. Také jsou v jednom případě síťová lůžka zařazena do lůžkového fondu léčebny.)

Ochránce nejprve v rámci zpráv z návštěv zařízení sdělil svou kritiku zjištěného stavu ředitelům léčeben. Následnými návštěvami bylo zjištěno, že opatření k nápravě byla učiněna, ovšem pouze velmi malého rozsahu v rámci možností jednotlivých léčeben (na celkem 10 odděleních došlo ke změnám žádoucím směrem; např. snížení kapacity oddělení v PL Havlíčkův Brod ze 40 na 30, snížení kapacity ženského příjmového oddělení zřízením dalšího v PL Opava, výrazné snížení kapacity mužského neklidového oddělení v PL Horní Beřkovice spolu s oddělením pacientů s ochranným léčením, přestěhování mužského příjmového oddělení PL Kosmonosy a snížení kapacity z 55 na 39 lůžek). Léčebny se snaží předcházet negativním důsledkům promyšleným rozdělováním pacientů do ložnic, zaměřují se na vysledování případných sociálně patologických jevů, vytipovávají potenciální objekty zneužívání apod., v dílčích případech z rozpočtu léčeben dochází k renovacím (PL Horní Beřkovice, PL Kosmonosy). Bez dalších investic do rekonstrukcí a přebudování oddělení však nedojde k podstatné změně. A bylo zjištěno, že žádná léčebna na rekonstrukce právě navštívených oddělení neobdržela finance od svého zřizovatele. Proto ochránce dopisy vytkl Ministerstvu zdravotnictví jako zřizovateli léčeben nečinnost (v případě PL Kroměříž a PL Kosmonosy; také v PL Opava zůstává na gerontopsychiatrickém oddělení sedmi a devítilůžkový pokoj).

Ministerstvo zdravotnictví sice dokladuje, kolik ročně do psychiatrických léčeben plyne finančních prostředků na investice, ovšem systémově se nic nezměnilo. Oddělení se významně nezmenšují.

Přístup pacientů do pokojů během dne

12. Dalším režimovým opatřením, které ochránce v léčebnách kritizoval, bylo organizačními důvody (nikoli terapeutickými) zdůvodňované zamezování pacientům v přístupu do ložnic přes den. Takové opatření provází shromažďování všech pacientů v rušných průchozích společných prostorách oddělení bez jakéhokoliv soukromí a polehávání v křeslech a na podlaze.

Následnými návštěvami bylo zjištěno částečné zlepšení. Ve třech léčebnách byly ložnice přístupné po celý den, ve dvou léčebnách zavedli časy během dne, kdy jsou ložnice volně přístupné, a v jedné léčebně jsou ložnice přístupné na požádání. V Psychiatrické léčebně Kroměříž se posun týkal jen jednoho oddělení, takže ochránce opětovně vyzval vedení léčebny k provedení změn a ty byly přislíbeny. Také v Psychiatrické léčebně Šternberk se naplnění doporučení týkalo jen některých oddělení a doporučení bylo znovu opakováno. Během třetí návštěvy bylo zjištěno, že je pacientům umožněno jít si po obědě lehnout.

Způsob používání omezovacích prostředků⁹

13. Praxe používání omezovacích prostředků se na jednotlivých pracovištích lišila a ochránce do této oblasti adresoval řadu doporučení. Jak zdůraznil ve Zprávě z návštěv PL 2008, jeho požadavkem na použití omezovacího opatření je jednak jeho legalita a způsob užití slučitelný s lidskou důstojností, a jednak způsob minimalizující nebezpečí zneužití.

Následnými návštěvami bylo ověřeno, že řada doporučení byla naplněna. Jde například o rozlišování situací, kdy je pacient umístěn do místnosti užívané jako izolační a dveře jsou odemčené nebo zamčené; o zvýšení soukromí při samotném omezení (zrušením průzorů z volně přístupných míst); o vnímání omezovací povahy medikace podané za účelem rychlého zklidnění; o precizování formulací ordinací, aby na jejich základě nemohlo dojít k svévolnému používání omezení, a o stanovení délky platnosti lékařské ordinace; o vedení evidence centrálním způsobem tak, aby bylo používání omezení dobře kontrolovatelné; o upravení a zakotvení postupů na úrovni vnitřních předpisů léčeben, aby nemohlo docházet ke svévoli. Je třeba velmi ocenit vstřícnost lékařů v tomto ohledu, neboť se jedná o otázku nejvíce zasahující do oblasti léčení, kterou se ochránce při návštěvách zabývá, tedy dosud výsostně medicínskou.

Doporučení ochránce lze hodnotit za splněná jen částečně proto, že kritizovaná praxe na některých pracovištích přetrvává. Například, když síťová lůžka zůstávají v ložnicích, jejichž obyvatelé se v případě použití síťových lůžek musí přestěhovat jinam; když jsou síťová lůžka zahrnuta do lůžkového fondu oddělení; když není použití omezení vyhodnocováno.

Doporučení ochránce týkající se způsobu používání síťových lůžek, evidence a vyhodnocování, byla jednou léčebnou pochopena jako výzva k jejich odstranění. Tato léčebna nahradila síťová lůžka na gerontopsychiatrických odděleních kurty, což však ochránce nedoporučoval.

14. Při rozlišování toho, zda se u konkrétního opatření jedná o omezovací prostředek, ochránce vycházel jednak z metodického opatření ministerstva, a jednak z prostého vyhodnocení toho, zda má opatření potenciál omezit pacienta ve volném pohybu. Tímto přístupem se logicky dostal do rozporu s tím, jak zdravotníci vnímají opatření sice omezující, ale s významným ochranným efektem.¹⁰ V gerontopsychiatrii jsou používána pro pacienty nepřekonatelná omezení (postranice, sítě, pásy), aby je ochránila před pádem či jinou škodou, které by se mohly přihodit omylem (pád z lůžka), či z důvodu neklidu. Zmatené bloudění a nejistý pohyb starých nemocných lidí s sebou přináší rizika, a tak při prostorovém uspořádání, materiálním vybavení

⁹ Postupy, které zasahují do svobody člověka volně se pohybovat v prostoru, jsou v určité podobě a za určitých okolností součástí moderní psychiatrické péče. Především se jedná o prostředky reagující na neklid, případně agrese pacientů, jejichž důsledky dosahují takové nebezpečnosti, že je pak zásah do práv člověka oprávněný. Omezovací prostředky bývají někdy děleny na fyzické, mechanické a chemické. Jediným právním předpisem, který výslovně používání omezovacích prostředků ve zdravotnictví upravuje, je metodické opatření Ministerstva zdravotnictví zn. 37800/2009. Metodické opatření připouští použití (i kombinaci) tyto omezovací prostředky (a zároveň tak chce svým způsobem tento pojem definovat): držení člověka, ochranné pásy nebo kurty, síťové lůžko, izolační místnost, akutní parenterální podání medikace. Na zákonné úrovni můžeme hovořit o „úpravě“ používání omezovacích prostředků v té míře, že může být podraženo pod provádění léčebných výkonů bez souhlasu nemocného, pokud jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí (ustanovení § 23 odst. 4 písm. b) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů).

¹⁰ Bod 77 Zprávy z návštěv PL 2008: „Ochránce se při návštěvách prováděných ve zdravotnických zařízeních opakovaně setkává s přeceňováním právního významu rozlišování účelu určitého opatření jako ochrany nebo omezení. Především nesouhlasí s tím, když má toto rozlišování spekulativní důvod. Totiž vyhnout se náležitostem, které musí být splněny při použití omezovacího prostředku (zvláštní indikace, evidence, hlášení soudu). Nepochybně je rozdíl v tom, zda je omezovací prostředek reakcí na neklid nebo agrese nemocného, tedy reakcí na jejich nežádoucí důsledky, nebo opatřením pro ochranu před pádem nebo vytržením infúze. Kriterium ochrany ale přece musí být přítomno ve všech situacích, jinak není omezení legální.“

a personálním zajištění oddělení je používání omezení běžné. Přitom je samo používání uvedených prostředků rizikové z hlediska získání inkontinence, ztráty pohybových schopností.

Ochránce v této souvislosti kritizoval, když nebyla dříve než omezení použita jiná opatření (částečné postranice; zábrany, které je možné shodit); když nebyla praxe ošetrovatelského personálu nijak korigována (vnitřním předpisem léčebny, lékařem); když nebylo používání omezení konkrétně dokumentováno a tedy ani kontrolovatelné; když u lůžek pacientů s omezením chyběla signalizace. Doporučení ochránce byla respektována především potud, pokud to nebylo spojeno s finančními náklady. Opakovala se však zjištění toho, že mechanická omezení jsou vnímána jako běžná režimová opatření bez zvláštních nároků z hlediska kontroly a záruk proti zneužití.

Ve Zprávě z návštěv PL 2008 (bod 78) ochránce žádal Ministerstvo zdravotnictví, aby se vyjádřilo k tomu, že v jím zřizovaných zařízeních jsou staří lidé v takové míře omezováni mechanickými prostředky z důvodu nemožnosti zajistit jim dohled. Uspokojivé odpovědi se ale nedočkal.

15. V jednom případě přetrvává názorový rozpor mezi ochráncem a léčebnou o tom, zda mimořádné podání psychofarmak (v tomto případě parenterálně) je omezením. Bezpochyby je zde zapotřebí dobře rozlišovat, vždyť podání psychofarmak je v psychiatrii základním léčebným postupem. Nyní je řeč o mimořádném jednorázovém podání mimo léčebný plán v reakci na akutní situaci zvládnání nějakého ohrožení/nebezpečí.

Je možné, že uvedený rozpor má spíše terminologický ráz. Anebo že se jedná o výraz nechuti léčebny obracet se v návaznosti na podání medikace na soud a iniciovat tak detenční řízení. (Zákon předepisuje léčebně hlásit soudu případ omezení ve volném pohybu u pacientů dosud hospitalizovaných se svým souhlasem.)

Ochránce musí souhlasit s tím, že pro mnoho situací použití prostředku omezujícího volný pohyb není ustanovení § 191a odst. 2 občanského soudního řádu¹¹ příliš praktické. Respektive spíše samo detenční řízení není v mnoha situacích přiléhavou reakcí, neboť v něm o samotném použití omezení rozhodováno není. A rovněž ochránce poznal, že je složité hledat společný slovník (což je podmínkou toho, aby bylo vůbec možné vést diskusi). Ovšem je faktem, že také medikace bývá používána k omezení volnosti pohybu, a zůstává jen otázka rozlišení jednotlivých situací. Dobrým vodítkem při rozlišení toho, kdy (parenterální) podání neklidové medikace je součástí lékařem plánovaného postupu (a i projevem snahy nepřemedikovat pacienta preventivními dávkami, nýbrž čekat na případnou nutnost reagovat na jeho stav), a kdy se jedná o reakci personálu na ohrožující nebo nepříjemné chování, je terapeutický plán ve zdravotnické dokumentaci. Bohužel písemné zaznamenávání terapeutického plánu je v léčebnách spíše výjimkou (děje se tak např. v PL Horní Beřkovice).

Ochránce trvá na tom, že omezení nemá být nazýváno léčbou. Opakuje své zdůvodnění, že totiž je třeba určité „omezovací“ použití spojit se zvýšenou kontrolou a pojistkami proti zneužití, jako je zvláštní dokumentace, ordinace, vyškolení personálu atd.

¹¹ Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů. „Je-li osoba, která byla přijata do zdravotnické péče se svým písemným souhlasem, omezena ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem až v průběhu léčení, je ústav povinen učinit oznámení podle odstavce 1 do 24 hodin poté, co k takovému omezení došlo.“

Soukromí na toaletě

16. Ochránce na navštívených odděleních zjistil řadu zásahů do soukromí při konání potřeby, jakoby nevyhnutelných. Jednalo se o (pochopitelně ne na všech odděleních) používání pokojového WC bez zástěny a výměny plen před ostatními lidmi a i při otevřených dveřích do pokoje. Dále o případy toalet bez dveří, nebo ojedinele dokonce i bez kabinek. Poměrně časté byly toalety bez možnosti se zavřít nebo signalizovat obsazenost kabinky. Podle názoru ochránce se jednalo o zásahy do soukromí zmírnitelné nebo odstranitelné, špatně odůvodněné, anebo odůvodněné nedostatkem personálu.

Ochránce doporučil vybavit kabinky toalet uzamykatelnými dveřmi (nainstalovat zámky, které jsou jednoduše odemykatelné zvenčí, například šroubovákem nebo mincí), resp. pořídit dveře a kabinky tam, kde nebyly. A umožnit pořízením zástěn soukromí při citlivých úkonech ošetrovatelsky náročných pacientů.

Jako příklad možného opatření lze uvést PL Šternberk, kde zvýšili soukromí pacientů na toaletě instalováním světelné signalizace obsazenosti kabinky, podobně v PL Dobruška. Dále v jiných léčebnách bylo akceptováno doporučení ochránce zakrýt průzory ve dveřích kabin. Byly alespoň instalovány cedule volno/obsazeno. Používání zástěn léčebny přislíbily, ale se situacemi, které nejsou důstojné pro pacienta, popř. pro návštěvy, se ochránce setkává stále. Nutno poznamenat, že v jednom případě musela být doporučení znovu opakována a až po následné návštěvě přislíbila léčebna nápravu.

17. Kolize zájmů na alespoň základním minimu soukromí a na ochraně života a zdraví v souvislosti s použitím toalety vedla v případě jedné léčebny k rozsáhlejší výměně názorů. Ochránce kritizoval, když na mužském neklidovém oddělení (pro pacienty s nesporně velice náročnými stavy) nahradili dveře kabinek toalet (na které byly nadto nasměrovány kamery) průsvitnými igelitovými závěsy. Léčebna uváděla, že jde o projev kvality poskytované péče, kde je prioritou poskytované služby bezpečí pacienta. Ochránce naproti tomu nepovažoval tento zásah do soukromí za přiměřený riziku suicidia v důsledku toho, že na toaletě jsou dveře místo závěsu.¹² Vzhledem k tomu, že názorový rozpor přetrvával, obrátil se ochránce na Ministerstvo zdravotnictví jako zřizovatele léčebny, která nakonec rezignovala a dveře pořídila.

18. Samostatnou otázkou je používání kamerových systémů na toaletách. Jedná se jak o kamery v předsíni toalet, tak i kamery zacílené na kabiny. Ještě při jedné následné návštěvě bylo zjištěno, že kamera jasně zachycuje sedícího člověka. Používání kamer na toaletě je ospravedlňováno snahou upozorovat případný sebevražedný pokus, či napadání mezi pacienty a zabránit jim v tom (nebo jen od úmyslu odradit vědomím, že prostor je monitorován). Jedná se o užití vymykající se i obecné úvaze o používání kamer na psychiatrii, úvaze o povinnosti registrovat se apod.

Důvodem, proč je třeba kamery na toaletě dle názoru ochránce odmítnout, je to, že se jedná o nástroj neproporční. Je zasahováno do soukromí i těch pacientů, jejichž stav a chování sledování na toaletě neodůvodňuje. Personál musí být schopen poznat, kdo je suicidálně rizikový, a u těchto pacientů zajistit zvýšený

¹² „Nedomnívám se, ač pro své přesvědčení nemám k dispozici žádnou studii na toto téma, že pacienti spadající před region léčebny jsou zvýšeně náchylní k sebevraždám, na rozdíl od jiných regionů. Proto není, dle mého názoru, opatření v léčebně přiměřené zásahu do práva na soukromí a zachování důstojnosti pacientů. Ředitel rovněž hovoří o vyhodnocování rizik, k němu však, dle mého mínění, nedochází, neboť opatření, které má směřovat k zabránění suicidií, je aplikováno plošně na všechny pacienty bez ohledu na jejich možnou rizikovost.“ (Z dopisu ochránce ministryni zdravotnictví.)

dohled. Přikročit k používání kamer by bylo možné až po vyčerpání ostatních možností, které ale v praxi žádné používány nejsou.

V této otázce, stejně jako v ostatních aspektech používání kamer v PL, nebylo jednoznačně postoupeno. V případě tří léčeben ochránce sledoval postup Úřadu na ochranu osobních údajů, který prováděl na místě také šetření. V PL Kroměříž posunuli kamery tak, aby zabíraly pouze horní část těla. Ochránce však nadále zastává názor, že kamery na toaletu nepatří a že se jedná o nepřiměřený zásah do soukromí a důstojnosti.

19. Ještě dílčí otázkou používání kamerového systému při konání potřeby je nastavení kamer v izolačních místnostech. Ve dvou PL, kde je v izolační místnosti i turecký záchod, jsou kamery řešeny tak, že osobu při konání potřeby snímají. V PL Kroměříž a PL Havlíčkův Brod takovou kameru odstínili (seřídili), takže turecký záchod již nezabírá.

IV. Nenaplněná doporučení ochránce

20. Přes nesporné osobní nasazení mnoha profesionálů z řad lékařů, sester i manažerů, a přes respekt, který ochránce získal k jejich náročné práci, ochránce musí konstatovat, že v psychiatrických léčebnách přetrvávají projevy nerespektování práv pacientů a místy také špatného zacházení (bod 22).

Bariérovost

21. Zcela bezbariérová jsou pouze některá oddělení léčeben. Velmi závažnou bariérovost však ochránce zjistil ve dvou léčebnách, což v případě gerontopsychiatrických oddělení doporučoval napravit. Krom toho upozornil na obecnou nevhodnost toho, když oddělení s obtížně pohyblivými pacienty jsou umístěvaná v patře.

Následnými návštěvami bylo zjištěno, že v Psychiatrické léčebně Kroměříž je stále gerontopsychiatrické oddělení v patře bez výtahu. Ochránce v této souvislosti vytknul Ministerstvu zdravotnictví nečinnost. Léčebna přispěla ke zlepšení situace tím, že zbudovala protipožární signalizační zařízení. V jiných léčebnách (PL Opava) jsou rovněž staří nemocní lidé umístováni do pater (výťah tam již mají) – nácvik evakuace pro případ požáru ukázal, že případná havárie by měla fatální důsledky.

Dokud nedojde ke koncepčnímu rozhodnutí, situace nebude uspokojivá.

Pacienti s mentálním postižením

22. Specifickou skupinu pacientů v psychiatrických léčebnách představují lidé s mentálním postižením.¹³ Ochránce o jejich situaci pojednal již ve Zprávě z návštěv PL 2008 (body 34, 38 a 79). Dále se na podmínky jejich pobytu v psychiatrických léčebnách zaměřil i ve třech individuálních případech. Jeho zjištění ze systematických návštěv různých typů zařízení (také domovů pro osoby se zdravotním postižením v roce 2009) nasvědčují tomu, že některé osoby s mentálním

¹³ Specifiky osob s mentálním postižením je to, že mají velmi sníženou adaptabilitu, těžko snášejí změny a jejich projevy se po změně prostředí spojené s hospitalizací mohou velmi zhoršit; bývají náročnější z hlediska ošetrovatelské péče; pro často sníženou schopnost komunikovat verbálně bývají vyloučeni z komunity oddělení i z komunikace s personálem; stávají se snadným objektem zneužívání ostatními pacienty, aniž by bylo i zjištěno (ztížená možnost komunikace, snížený práh bolestivosti); mají sklon napodobovat jednání ostatních, což v prostředí lidí s patologickými projevy představuje skutečný problém; jejich reakce na podávaná psychofarmaka (a jejich kombinace) jsou jen těžko předvídatelná.

postižením jakoby propadají systémy, a míst, kde jsou připraveni pečovat i o osoby s problémovým chováním, je nedostatek.¹⁴

O svých zjištěních a závěrech ochránce obšírně pojednal v dokumentu *Umístování a pobyt osob s mentálním postižením v psychiatrických léčebnách*, který tvoří přílohu jeho zprávy pro Poslaneckou sněmovnu PČR za 4. čtvrtletí roku 2009 a na který plně odkazuje.¹⁵ Svá zjištění může shrnout takto:

- v psychiatrických léčebnách se nacházejí jak lidé s postižením a dalšími psychiatrickými diagnózami, tak i bez nich pouze z důvodu projevů daných postižením;
- tam, kde v léčebně není specializované oddělení,¹⁶ jsou lidé s mentálním postižením hospitalizováni spolu s pacienty bez hendikepu; umístění mezi pacienty v akutním stadiu psychické nemoci, nebo mezi pacienty v režimu ochranné léčby je vystavuje vysokému riziku zneužívání a poškozování;
- ve zvýšené míře se u pacientů s mentálním postižením používají omezovací prostředky, a to i dlouhodobě;
- lidé s mentálním postižením v léčebnách pobývají také proto, že jim není poskytována náležitá sociální služba.

Lidé s mentálním postižením jsou v psychiatrických léčebnách zvláště ohroženi špatným zacházením a v několika případech je ochránce také konstatoval.

23. Současná institucionální psychiatrická péče není pro lidi s mentálním postižením dobře nastavena. Péče poskytovaná na běžných odděleních má zvýšené riziko pro pacienta, včetně rizika používání omezovacích prostředků. (Jsou snadným terčem šikany a zneužívání jinými pacienty. Pokud narušují režim oddělení, jsou masivně omezováni. Destabilizace jejich stavu vede k mnohaměsíčním hospitalizacím.) Péče poskytovaná na specializovaných odděleních je charakterizována dlouhodobostí pobytů v podmínkách, které jsou oproti standardu péče poskytované v zařízeních sociálních služeb provizorní.

Ochránce je zastáncem radikální změny, pokud jde o umístování lidí s mentálním postižením na běžná psychiatrická oddělení. Doporučuje jednak snížit potřebu dlouhodobých psychiatrických hospitalizací promyšleným zlepšením sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením, a jednak zabezpečit psychiatrickou péči na speciálních pracovištích v kapacitě a rozmístění v České republice, jak to vyžaduje současná potřeba.

Používání omezovacích prostředků bez zákonné úpravy

24. Používání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních není upraveno zákonem – chybí jak obecné zmocnění, tak i úprava podmínek použití. Na úrovni zákona se vychází pouze z obecného ustanovení o nedobrovolných

¹⁴ Domovů pro osoby se zdravotním postižením bylo v roce 2009 navštíveno celkem 25, a to se zaměřením na děti a mladé s mentálním postižením. Co se týká psychiatrické hospitalizace jako řešení neklidu nezvládnutelného v podmínkách zařízení sociálních služeb, shrnul ochránce svá zjištění slovy (bod 115 Zprávy z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením): „V případě nezvládnutelného neklidu jsou klienti odváženi do spádové psychiatrické léčebny. Pracovníci některých domovů si uvědomují nevhodnost takového opatření (neboť se klienti vždy vrací silně nemedikováni a práce s nimi je výrazně obtížnější; tuto skutečnost negativně vnímají i někteří „domovští“ psychiatři) a potřebu vytvoření specializovaných pracovišť pro poskytování péče uživatelům s v běžných podmínkách nezvladatelnými stavy. (...) Ochránce vnímá, že domovy poskytují službu i klientům projevujícím se neklidem a agresí. V současné době pro většinu z nich žádná jiná vhodnější sociální služba neexistuje, jedinou alternativou je dlouhodobé či trvalé držení v psychiatrické léčebně.“

¹⁵ <http://www.ochrance.cz/zpravy-pro-poslaneckou-snemovnu/>

¹⁶ Specializované oddělení pro léčbu lidí, kteří mají mentální postižení, je zřízeno z osmi navštívených léčeben pouze v PL Dobřany, Havlíčkův Brod a Horní Bečkovice; k hospitalizacím však dochází ve všech léčebnách.

vyšetřovacích a léčebných úkonech, které přirozeně příliš nepřiléhá.¹⁷ K tomu mají zdravotníci k dispozici metodické opatření Ministerstva zdravotnictví zn. 37800/2009. Přitom se jedná o postupy v psychiatrii běžné a na nepsychiatrických pracovištích rovněž používané. **Současná situace je podle názoru ochránce v rozporu s ústavním požadavkem existence zákonného zmocnění pro omezení osobní svobody a musí být napravena.** Nic než ustanovení občanského zákoníku¹⁸ o ochraně osobnosti, náhradě škody, či ustanovení trestněprávní nenutí zařízení respektovat nějaké zásady. Není garantována rovnost práv pacientů (praxe na různých pracovištích se liší). Není ustavena žádná vnější kontrola použití omezovacích prostředků. (Soud se v rámci detenčního řízení, ani pokud je iniciováno z důvodu použití omezovacího prostředku, podmínkami omezení nezabývá. A ani by k tomu ostatně neměl nástroje a kontrola by trpěla zdlouhavostí.) Také léčebny při stanovování vnitřních pravidel používání omezení čekají na úpravu v zákoně.

Svá legislativní doporučení ochránce formuloval v bodě 148 Zprávy z návštěv PL 2008. Žádal zpřesnění podmínek užití omezení a stanovení záruk. Měl pak příležitost připomínkovat návrh zákona o zdravotních službách. Návrh zákona byl velkým přínosem v tom, že používání prostředků omezení volného pohybu mělo být poprvé upraveno pro oblast zdravotnictví přímo v zákoně. Ovšem ochránce musel vytknout nezakotvení efektivní záruky zákonnosti jejich užití, a to, že navrhovaná právní úprava neodůvodněně zaváděla režim odlišný od režimu stanoveného zákony v sociální oblasti.

Poté, co v roce 2009 návrh zákona nově upravující oblast zdravotnictví neprošel legislativním procesem, zopakoval ochránce cestou souhrnné zprávy pro Poslaneckou sněmovnu svá legislativní doporučení. Především doporučil, aby požádala vládu o předložení novely zákona o péči o zdraví lidu (eventuálně zcela nové právní úpravy), která by do něj včlenila problematiku používání omezovacích prostředků a rámcově upravila životní podmínky pacientů v psychiatrických léčebnách.

Ochránce byl Ministerstvem zdravotnictví v srpnu 2010 informován, že není věcně a ani právně akceptovatelné, aby byla problematika omezovacích prostředků upravena dílčí novelou zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, jelikož jde pouze o jednu součást poskytované zdravotní péče. Stejně tak nelze, dle názoru ministerstva, upravit pro tuto oblast výkon kontroly a sankční opatření, protože by tím v rámci platné právní úpravy byla ve vztahu k uplatňování ostatních práv a povinností zdravotnických pracovníků a pacientů založena neopodstatněná nerovnost. Taková vymezení je třeba formulovat v rámci přípravy komplexní právní úpravy poskytování zdravotní péče. Ochránce se s takovým názorem, ale zejména přístupem ministerstva neztotožňuje. Úprava práv a povinností alespoň v nějaké oblasti je dle názoru ochránce lepší než žádná úprava, nadto pokud jde o tak citlivou oblast, jako je omezování osobní svobody pacientů.

Ochránce znovu upozorňuje Ministerstvo zdravotnictví, že za současného stavu legislativy je praxe, běžná na všech pracovištích svého druhu napříč Českou republikou, v rozporu s Ústavou České republiky a mezinárodními smlouvami, kterými je republika vázána.

¹⁷ Ustanovení § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů: „Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče

- a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,
- b) jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo
- c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,
- d) jde-li o nosiče.

¹⁸ zákon č. 40/1964 Sb., ve znění pozdějších předpisů

25. Jedno z legislativních doporučení ochránce bylo stanovit maximální délku platnosti ordinace omezovacího prostředku. Vzniklo v reakci na to, že ordinace lékaře zaznamenaná do zdravotnické dokumentace slouží na některých pracovištích ošetrovatelskému personálu jako zmocnění pro řadu budoucích použití omezení bez nutnosti dalšího potvrzení lékařem. Při jednání s představiteli ministerstva bylo ochránci sděleno, že není možné délku použití předem limitovat, neboť vyplývá ze stavu pacienta. Tedy došlo k nepochopení – zaměnění pojmů délka použití a délka platnosti ordinace.

Používání omezovacích prostředků dlouhodobě

26. Omezovací prostředek má být použit vždy jen po nezbytně nutnou dobu, tedy po co nejkratší dobu.¹⁹ Bylo zjištěno, že u pacientů, u kterých je nutnost použití dána například psychózou, je délka použití mechanických prostředků (vč. izolace) v řádu hodin, výjimečně několika dní. Lékaři totiž dosáhnou souběžnou medikací zklidnění pacienta a důvod omezení odpadne. Omezovací prostředky jsou však používány i v situacích, kdy důvodem omezení je nemožnost zajistit pacientům dostatečný dohled (například pacient v nestřežené chvíli něco spolkne, nebo někam odejde). Týká se to dle zjištění ochránce pacientů s mentálním postižením a bylo opakovaně zjištěno, že mechanické omezení pohybu je používáno v řádu dní, týdnů a měsíců. Je zde řeč o prostředcích, jako jsou kurty, síťové lůžko, kabátek zamezující pohybu horních končetin, akutní podání psychofarmak.

Žádný obecně závazný předpis nestanoví maximální délku užití omezovacích prostředků, nebo opakování užití po sobě. Je však jasné, že omezení ve volnosti pohybu je prostředek mimořádný a akutní a že používání omezení dlouhodobě, bez procesu jeho odbourání, je jeho zneužitím. Ani když ochránce na případy dlouhodobého omezování ve volném pohybu upozornil Ministerstvo zdravotnictví i krajské samosprávy ve Zprávě z návštěv PL 2008 (bod 79,²⁰ 100, 103, 142), nedosáhl řešení situace, kterou mimochodem popsal velmi konkrétně.²¹ Následnými návštěvami bylo potvrzeno, že dlouhodobé omezování ve volnosti pohybu pokračuje. Znovu je třeba zopakovat, že se jedná o problém přesahující možnosti jednotlivých léčeben.²²

¹⁹ Metodické opatření ministerstva uvádí, že „po dobu, po kterou trvají důvody jeho použití“.

²⁰ „Síťová lůžka a další omezení v těchto případech nahrazují nedostatek personálu a neexistenci specializovaného pracoviště pro popsané typy postižení. Neslouží jako krajní prostředek zajištění bezpečí pacientů, ale jako řešení dlouhodobé. Ochránci nepřísluší komentovat odbornou stránku těchto případů. (Je třeba uvést, že personál těmto pacientům věnoval značnou pozornost, lékaři pravidelně omezení ordinovali a dbali na zdravotní stav pacientů.) V prostředí zařízení sociálních služeb by uvedené zacházení bylo nelegální. V prostředí zdravotnického zařízení se jedná o zacházení nehumánní. Omezení jsou používána způsobem, který se neslučuje s účelem omezovacích prostředků, jak jej vymezuje metodické opatření, a lze je považovat za opatření nepřiměřeným způsobem omezující osobní svobodu pacientů i jejich důstojnost. V pozitivně právním smyslu lze sice namítat, že pacienti jeví známky duševní choroby a pravidelně se ve volném prostoru oddělení ohrožují, používání izolace a mechanických omezení uvedeným způsobem je však nepřiměřené a v praxi oddělení nevyhovuje vnitřním předpisům.“

²¹ Z odpovědi ministra zdravotnictví ochránci v listopadu 2008: „Není zřejmé, z čeho vychází Vaše tvrzení v bodě 79, že ve zdravotnických zařízeních dochází při používání omezovacích prostředků k nehumánnímu zacházení.“ „MZ neplánuje vybudování a financování specializovaných pracovišť určených pouze pro pacienty, kteří vyžadují vzhledem ke svému onemocnění dlouhodobější omezení ve volném pohybu.“

²² V dokumentu *Umístování a pobyt osob s mentálním postižením v psychiatrických léčebnách*, který tvoří přílohu zprávy pro Poslaneckou sněmovnu PČR za 4. čtvrtletí roku 2009, ochránce upozorňuje na nebezpečí porušení čl. 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a svobod Českou republikou tím, že je tolerováno dlouhodobé omezování volného pohybu. Ministerstvo zdravotnictví, jako zřizovatel psychiatrické léčebny, by mohlo přispět k porušení procedurální povinnosti plynoucí z čl. 3 Úmluvy svou nečinností, pokud by se při vědomí uvedeného omezování řádně nezabývalo stížnostmi na nadměrné omezování pacientů.

Z přílohy Zprávy za 4. čtvrtletí roku 2009 pro Poslaneckou sněmovnu Parlamentu ČR:

Doporučuje se Ministerstvu zdravotnictví, jako představiteli státní správy, a krajům, jako představitelům samosprávy, vyřešit problém pacientů dlouhodobě omezených ve volném pohybu. Například zřízením a financováním speciálních pracovišť, ať již v rámci rezortu zdravotnictví, nebo sociálních věcí, jejichž vybavenost by umožňovala zajištění kvalitní a specializované péče.

Ministerstvu zdravotnictví se doporučuje převzít ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí a místními samosprávami odpovědnost za řešení případů pacientů, kteří jsou (aktuálně) trvale v psychiatrických léčebnách omezení ve volném pohybu.

Ministerstvu zdravotnictví, jako zřizovateli zařízení, v nichž dochází k dlouhodobému omezování volného pohybu, se doporučuje pružně reagovat, například zajištěním posílení personálu jednotlivých oddělení, urgencí řešení konkrétních případů v regionu.

Zařízením sociálních služeb se doporučuje usilovat o speciální přístup ke klientům se specifickými nároky na podporu a péči. V případě, kdy zařízení není schopno péči poskytovat a hrozí poškození klienta (dlouhodobou hospitalizací, omezováním ve volném pohybu), se doporučuje informovat zřizovatele služby. Dále ochránce doporučuje, aby se domovy samy obracely na kraje a žádaly o řešení situace těchto klientů.

Pobyt v PL vynucený nedostatkem sociálních služeb

27. Ochránce ve Zprávě z návštěv PL 2008 konstatoval (bod 19), že z důvodu nedostatečné sítě návazných sociálních služeb setrvává v navštívených léčebnách poměrně hodně pacientů, kterým by za určitých okolností stačila psychiatrická péče ambulantní. Platí to o pacientech starých (dva a půl roku trvající hospitalizace na gerontopsychiatrické oddělení) a o mnoha pacientech s mentálním postižením. Duševní onemocnění, nebo prostá psychiatrická hospitalizace v anamnéze, je fakticky vylučuje z případného přijetí do existujících zařízení,²³ a míst v zařízeních sociálních služeb, která by byla připravena na jejich specifika, není dostatek. Naopak, někteří lékaři v navštívených léčebnách uváděli svou zkušenost, že poskytovatelé sociálních služeb do léčení odkládají nepohodlné klienty, aniž by sami aktivně přizpůsobovali obsah služby jejich specifickým potřebám.

Konkrétní případy dlouhodobé nemožnosti nalézt vhodnou sociální službu pro pacienta s mentálním postižením ochránce zaznamenal v PL Kosmonosy, PL Opava a PL Kroměříž. Doporučení ochránce pro léčebny bylo poskytnout podporu při hledání vhodné sociální služby, ovšem bez dalšího je zde malá naděje na úspěch. Rovněž v PL Horní Beřkovice na zdejším specializovaném oddělení žije asi dvacítko pacientů dlouhodobě, léta. Obdobně v PL Dobřany, kde ovšem nevidí žádnou možnost pacienty předat jinému zařízení.

²³ Poskytovatel sociálních služeb může odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb s osobou, jejíž zdravotní stav vylučuje poskytnutí takové sociální služby (ustanovení § 91 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů); tyto zdravotní stavy stanoví prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, takto: stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, nebo chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití. Správně by se zařízení nemělo spokojit s tím, že má zájemce v anamnéze pobyt v psychiatrické léčebně, ale mělo by zkoumat konkrétní projevy zájemce – zda zde skutečně existuje důvod pro odmítnutí uzavření smlouvy. Rovněž výpovědní důvody ve smlouvách o poskytnutí sociální služby bývají nastaveny tak, že osobám s projevy duševní choroby je snadné smlouvu vypovědět.

Ministerstvo zdravotnictví se z počátku od problému distancovalo, v roce 2010 konstatovalo, že se o situaci rovněž přesvědčilo.²⁴ Ve Zprávě z návštěv PL 2008 ochránce formuloval doporučení především pro krajské samosprávy, aby zahájily konkrétní řešení situace duševně nemocných na svém území. To proto, že jsou kraje jednak poskytovateli řady sociálních služeb, a jednak jim ze zákona o sociálních službách vyplývá povinnost zjišťovat potřeby poskytování sociálních služeb na jejich území, a dále zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb.

28. Na straně psychiatrických léčeben je nedostatečná kapacita sociálních pracovníků (v praxi se jedná o ženy), které by mohly zajistit skutečnou sociální práci ve prospěch pacientů. Tedy shánět pacientům vhodné sociální služby, vtáhnout více subjektů do řešení situace po propuštění z léčebny. Sociální pracovníci jsou přetíženi agendou důchodů, manipulací s finančními prostředky klientů a vyřizováním dalších jejich záležitostí. Následnými návštěvami bylo zjištěno, že pracovníků oproti roku 2008 nepřibýlo. Zdravotní pojišťovny nechtějí práci sociálních pracovníků platit. Neexistují standardy sociální práce v psychiatrických léčebnách, což je výzva, ovšem opět nevyužitá, pro metodickou činnost Ministerstva zdravotnictví.

Aktivita krajských samospráv

29. Ve Zprávě z návštěv PL 2008 se ochránce obrátil s doporučením i na kraje.²⁵ Naléhavě doporučoval zahájit řešení situace duševně nemocných na jejich území, a to s ohledem na zjištění negativních důsledků dlouhodobých hospitalizací u pacientů s mentálním postižením a dalších skupin pacientů, kteří v léčebnách zůstávají déle, než je z hlediska kompenzace jejich psychiatrického onemocnění nezbytně nutné. Důvodem je mj. nedostatečná síť návazných sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že ochránce ve zprávě podrobně popsal svá zjištění, očekával, že v reakci na jeho upozornění budou kraje například kontaktovat psychiatrické léčebny v jejich územním obvodu, aby posílily vzájemnou spolupráci a získaly relevantní data pro aktualizaci střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb. Požádal kraje, aby jej informovaly o podniknutých krocích.

Ochránce v požadované lhůtě reakce krajů sice obdržel, nicméně část odpovědi byla velmi neurčitá. Ačkoliv ochránce zdůraznil, že reálná potřeba navazujících zařízení sociálních služeb aktuálně existuje, krajské samosprávy s výjimkou Moravskoslezského, Ústeckého, Plzeňského a Královéhradeckého kraje nenavázaly očekávanou spolupráci s psychiatrickými léčebnami. Pouze pokud jde o Královéhradecký kraj, je ochránci známo, že kraj podpořil vznik konkrétního zařízení sociálních služeb. Karlovarský kraj zase zahájil projekt mapování potřeb na svém území.

Lhůta pro rozhodnutí soudu o ochranném léčení

30. Při provádění systematických návštěv psychiatrických léčeben v roce 2008 se veřejný ochránce práv setkal s podnětem lékařů týkajícím se lhůt pro rozhodování

²⁴ „Na základě naší společné schůzky jsme v jednotlivých psychiatrických léčebnách prověřili nejzávažnější nedostatky, které vyplynuly z Vaší kontroly psychiatrických léčeben. Z našeho šetření vyplynul jeden zásadní problém, se kterým se potýkají všechny psychiatrické léčebny. Dlouhodobým problémem je umístování pacientů do zařízení sociálních služeb. (...) Kapacita nově budovaných sociálních zařízení určených pro chronické psychiatrické pacienty je bohužel nedostatečná.“ Dopis veřejnému ochránci práv ze dne 13. 4. 2010

²⁵ Kraje jsou subjekty povinnými na úseku sociálních služeb podle ustanovení § 95 zákona o sociálních službách. Tedy mají povinnost

- spolupracovat s obcemi, s dalšími kraji a s poskytovateli sociálních služeb při zprostředkování pomoci osobám;
- zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby;
- zajišťovat dostupnost poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem.

o ochranném léčení. Zatímco je zákonem stanoveno, že léčebna, kde je vykonáváno ochranné léčení, má podat „neprodleně“ zprávu soudu, jestliže pominou důvody pro další trvání ochranného léčení, trestní řád²⁶ pro rozhodnutí soudu ohledně dalšího výkonu nebo ukončení ochranného léčení žádnou lhůtu nestanoví. To v praxi působí neodůvodněné setrvávání osob, u kterých podala léčebna návrh na ukončení ochranného léčení, v léčebnách. Veřejný ochránce práv doporučil Poslanecké sněmovně, aby požádala vládu o předložení novely trestního řádu, která by soudu stanovila lhůtu pro rozhodnutí o uvedeném návrhu. K takové novelizaci dosud nedošlo, nicméně trestní řád byl změněn v tom smyslu, že nutnost ochranné léčby v ústavní formě bude přezkoumávána každé dva roky.

V. Obecné poznámky

Režim psychiatrické hospitalizace není upraven zákonem

31. Ve svém souhrnu bylo prostředí navštívených oddělení v době prvních návštěv velmi restriktivní a zasahující do osobní sféry člověka (oblečení, přístup do pokojů, přístup ke kávě, používání telefonu, vydávání propustek, míra soukromí). V některých ohledech léčebny přistoupily na argumentaci ochránce, těžko však dovozovat, že tak učiní i nenavštívená pracoviště. Nerovnost panuje i v rámci jedné léčebny, tím spíše pak při srovnání více léčeben. Kdo chce být léčen v psychiatrické léčebně, musí se podrobit tamnímu režimu a není stanovena žádná míra toho, co musí strpět.

Co ochránce opakovaně konstatuje, že totiž česká právní úprava je velmi nedostatečná z hlediska nedobrovolné léčby a právního jednání osob s duševním onemocněním, to dvojnásob platí o celkovém režimu pobytu v léčebně. Je zcela zákonem neupraveno, co se má i v dalších ohledech za zmi léčebny díť. Kriterium dobrovolné či nedobrovolné hospitalizace nic neřeší, neboť soud se v detenčním řízení zabývá pouze otázkou omezení osobní svobody. Krom toho dva režimy (dobrovolná/nedobrovolná hospitalizace) nepostihují různost situací, ke kterým na psychiatrii dochází. Chybí zakotvení zásady, že pacient může být režimově omezován jen do nutné míry.

Také pokud jde o pobyt venku, na vzduchu, je v současné době postavení pacientů v psychiatrické léčebně mnohem méně jisté než například vězňů. Těm zákon garantuje hodinu na vzduchu denně. Ačkoli je situace pacientů složitější (někteří mohou opustit oddělení, někteří jen s doprovodem, někteří vůbec), jsou to také personální a stavebně technické důvody, které brání častému pobytu venku. Jen některé léčebny (PL Havlíčkův Brod, PL Horní Beřkovice²⁷) aktivně postupují tak, že uzpůsobují okolí budov, aby vznikaly vycházkové prostory i pro pacienty, kteří nemohou sami do areálu léčebny. Zatím se tak ovšem děje z dobré vůle léčeben, pacient žádný nárok garantován nemá. Dlouhé týdny, až i půl roku nebýt venku je poznatek, který má ochránce z jedné léčebny.

Ochránce proto cestou Souhrnné zprávy o činnosti veřejného ochránce práv za rok 2009 doporučil Poslanecké sněmovně, aby požádala vládu o předložení novely zákona o péči o zdraví lidu (eventuálně zcela nové právní úpravy), která by do něj vložila problematiku používání omezovacích prostředků a rámcově upravila životní podmínky pacientů v psychiatrických léčebnách.

²⁶ zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů

²⁷ PL Horní Beřkovice si na uzavřeném oddělení stanovila jako sledovaný indikátor kvality účast pacienta na vycházce.

Podle informací, které má ochránce k dispozici, bude návrh komplexní úpravy zdravotní péče předložen v roce 2012, což je dle jeho názoru neakceptovatelné. Na právní vakuum, ve kterém se pohybují pacienti, ale i personál nemocnic, psychiatrických léčeben, léčeben dlouhodobě nemocných a dalších ústavních zdravotnických zařízení ochránce upozorňuje již řadu let. Nejsou stanovena pravidla pro používání opatření omezujících pohyb, ani pojistky pro jejich zneužití, nejsou provedeny důležité články Úmluvy o biomedicině. Co se týká věcného obsahu vyjádření ministerstva, ochránce nepovažuje za účelné se k němu vůbec vyjadřovat, jelikož pouze znovu a opakovaně demonstruje neochotu se připomínkami a doporučeními ochránce jakkoliv věcně zabývat. **Ochránce znovu upozorňuje Ministerstvo zdravotnictví, že za současného stavu legislativy je režimové omezování pacientů v psychiatrických léčebnách, běžné na všech pracovištích svého druhu napříč Českou republikou, v rozporu s Ústavou České republiky.**

Používání kamerových systémů

32. Chybějící právní úprava poskytování psychiatrické péče mj. znamená, že chybí zákonný podklad pro používání kamerových systémů. Většina léčeben v nějaké míře kamerové systémy používá (viz rozbor v bodech 114 a násl. Zprávy z návštěv PL 2008). Nutno poznamenat, že ještě v době následných návštěv neměly některé léčebny přes doporučení ochránce situaci promyšlenou, ve třech případech musela být doporučení znovu opakována a až po následné návštěvě přislíbily léčebny nápravu. Jedna léčebna požádala o registraci u Úřadu na ochranu osobních údajů, jiné se raději vzdaly pořizování záznamu.

Bez ohledu na to, zda je záznam pořizován či ne, zůstává situace stále neuspokojivá, co se umístění kamer týče. Ve jménu bezpečnosti se kamery používají, dalo by se říci, „nadivoko“. Bez stanovení pravidel a bez úvahy o tom, kdy (v jaké situaci, kde) je tento zásah do soukromí přiměřený. Otázkou je totiž řada a ochránce měl příležitost na půdě setkání představitelů evropských národních preventivních mechanismů poznat názory také zahraničních právníků a psychiatrů. Například je tu nebezpečí, že sledování izolační místnosti kamerou sníží četnost fyzických kontrol personálem. Dále problém zásahu do práv těch pacientů, jejichž stav sledování kamerou neodůvodňuje, ale musí je snášet kvůli ostatním. A problematické použití kamer na toaletě.

V jednotlivých případech ochránce informoval Úřad na ochranu osobních údajů, ale jeho šetření a závěry se týkají pouze zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, resp. týkají se povinností správce osobních údajů, tedy specifik pořizování záznamu.

Ochránce dále upozorňoval na citlivost toho, kde jsou obrazovky s výstupem z kamerového systému umístěny v pracovnách personálu. Obraz by neměl být pozorovatelný kýmkoli, kdo vstoupí do místnosti. (Například PL Havlíčkův Brod ochránci vyhověla a monitory natočila jinak.)

Podmínky léčby pacientů s psychickou poruchou nejsou upraveny zákonem

33. Ve Zprávě z návštěv PL 2008 ochránce formuloval konkrétní legislativní doporučení pro Ministerstvo zdravotnictví. Totiž, aby byla stanovena možnost zástupného souhlasu ve smyslu čl. 6 odst. 3 Úmluvy o biomedicině, a aby byla stanovena možnost léčby psychiatricky nemocných bez jejich souhlasu ve smyslu čl. 7 Úmluvy o biomedicině, totiž zároveň upravit podmínky ochrany práv těchto osob a podmínky dohledu, kontroly a odvolání.

Poté, co v roce 2009 neprošel návrh nové komplexní právní úpravy oblasti zdravotnictví, zopakoval veřejný ochránce práv cestou souhrnné zprávy pro

Poslaneckou sněmovnu svá legislativní doporučení. Především doporučil, aby požádala vládu o předložení novely zákona o péči o zdraví lidu (eventuálně zcela nové právní úpravy), která by zákonem provedla ustanovení čl. 6 odst. 3 a čl. 7 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Pokud jde o Ministerstvo zdravotnictví, ačkoli ochránce své doporučení stále opakuje, ministerstvo odmítá dílčí novelizaci zákona o péči o zdraví lidu (viz bod 4, 24 a 31). Takže ke zlepšení stavu ministerstvo nepřispívá.

Detenční řízení

34. Ochránce se v rámci následných návštěv hlouběji zajímal o práva pacientů v případech, kdy probíhá řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotnické péče (§ 191a až 191g občanského soudního řádu). Pověření pracovníci proto navštívili sedm příslušných okresních soudů.

Ochránce shledal, že celé řízení vyznívá velmi formálně. Z rozhovorů s pracovníky soudů o běžné proceduře vyplynulo, že to, zda k převzetí došlo ze zákonných důvodů (§ 23 odst. 4 zákona o péči o zdraví lidu), de facto neposuzuje soud, ale lékař, někdy tentýž, který předtím o převzetí fakticky rozhodl. Soud konkrétní projevy chování vyplývající z duševní choroby, ani míru ohrožení života a zdraví sám blíže nezkontroluje (výslech svědků, nebo dokazování formou předložení zdravotní dokumentace je spíše výjimečné).

35. V řízení o vyslovení přípustnosti převzetí má soud mimo jiné povinnost vyslechnout nemocného. Bylo zjištěno, že ne vždy k výslechu nemocného dochází a soud se spokojí s informací poskytnutou ošetřujícím lékařem, že pacientův zdravotní stav výslech znemožňuje. V řízení pak není jiného důkazu než výslechu lékaře. Některé soudy naopak trvají na splnění této povinnosti a o nemožnosti výslechu se samy přesvědčí.

V jednom případě ochránce přímo kontaktoval předsedu okresního soudu a žádal, aby pracovníci soudu byli instruováni o tom, že se mají setkat s pacienty vždy, pokud dojde k jejich nedobrovolné hospitalizaci (i v případě, kdy pacient nekomunikuje). A bylo mu přislíbeno, že do budoucna budou dělat osobní kontakt striktně, krom pacientů infekčních a agresivních. Následovalo rovněž doporučení lékařům léčebny, aby kontakt nedobrovolně hospitalizovaných pacientů s pracovníky soudu ve všech případech řízení o vyslovení přípustnosti převzetí k nedobrovolné léčbě podporovali a nedoporučovali ho pouze v krajních případech.

36. Bylo zjištěno, že počet pacientů převzatých do léčebny bez svého souhlasu, kteří si sami stanoví svého zástupce pro detenční řízení, je nepatrný. Soud má povinnost pacientům, kteří si svého zástupce nezvolí sami, ustanovit opatrovníka z řad advokátů. Rozhovory s pracovníky léčen i soudů bylo potvrzeno, že opatrovníci z řad advokátů povinnosti opatrovníka mnohdy neplní a řádně nehájí zájmy svých opatrovanců, neboť je zpravidla ani nenavštíví, nepodílí se na žádných úkonech v řízení a ani se neseznamují se spisovým materiálem. Činí pouze formální úkony, jako je přebírání písemností. Ochrana práv pacientů je v těchto případech nedostatečná a garantované právo na právní pomoc tak není realizováno. Vzhledem k tomu, že zastoupení je obvykle zcela formální, ochránce se domnívá, že soudy by měly opatrovníka v případě, že zjevně neplní své povinnosti, jeho funkce zprostit a nečinnost nadále netolerovat (viz též nálezy Ústavního soudu ze dne 11. ledna 2007, sp. zn.: IV. ÚS 273/2005).

37. Bylo zjištěno, že poté, co léčebna oznámí do 24 hodin soudu v souladu s ustanovením § 191a odst. 2 občanského soudního řádu, že pacient, který vyslovil souhlas se svým přijetím do léčebny, byl následně v průběhu léčení omezen ve volném pohybu (typicky omezovacím prostředkem), nezahajuje soud v některých případech řízení, neboť tato omezení nepovažuje za faktické omezení ve volném pohybu. Obecně se u soudů za omezení vnímá jen umístění na uzavřené oddělení. Stávající praxe, kdy není jednotné vnímání toho, co je omezení ve volném pohybu dobrovolně hospitalizovaných pacientů, pak vede k tomu, že léčebny upouští od povinnosti takováto omezení soudu hlásit.

Krom toho, že uvedená praxe odporuje znění občanského soudního řádu, ukazuje zároveň na určitý paradox. Konkrétní akt omezení člověka má dát dle zákona podnět k detenčnímu řízení, ve kterém se vůbec nezkoumá jeho odůvodněnost nebo přiměřenost, ani konkrétní podmínky hospitalizace pacienta, důvodnost režimu, kterému je podroben. Rozhodně takové řízení nepředstavuje záruku zákonnosti konkrétního použití omezovacího prostředku.

Ochrana osob s duševním onemocněním

38. Sebelepší psychiatrická péče poskytovaná léčebnou sama o sobě nezaručí důstojný život člověka s duševním onemocněním. Podle platných předpisů²⁸ má být pacient propuštěn, „jakmile jsou provedena potřebná vyšetření a ošetření, nebo dojde-li k takovému zlepšení zdravotního stavu, kdy lze další péči poskytovat ambulantně nebo v jiných zdravotnických zařízeních, popřípadě v zařízeních sociální péče“. Mnoho pacientů psychiatrie však nemá pro dobu po skončení hospitalizace zajištěno bydlení, anebo potřebnou sociální službu. Jak bylo zdůrazněno i na setkání představitelů evropských národních preventivních mechanismů a psychiatrů, nevhodné propuštění z hospitalizace může pacienta velmi poškodit.

Ze žádného zákonného ustanovení nelze uspokojivě vyvodit povinnost nějakého subjektu postarat se o člověka, který má být propuštěn ze zdravotnického zařízení. Nejkonkrétnější je z hlediska stanovení povinností ustanovení § 92 zákona o sociálních službách,²⁹ které stanoví: „Obecní úřad obce s rozšířenou působností zajišťuje osobě, které není poskytována sociální služba, a je v takové situaci, kdy neposkytnutí okamžité pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví, poskytnutí sociální služby nebo jiné formy pomoci, a to v nezbytném rozsahu; místní příslušnost se řídí místem trvalého nebo hlášeného pobytu osoby.“ Další ustanovení téhož paragrafu je: „Obecní úřad obce s rozšířenou působností na základě oznámení zdravotnického zařízení podle zvláštního právního předpisu zjišťuje, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče, a zprostředkovává možnost jejich poskytnutí; v případě, že nelze služby sociální péče osobě poskytnout, sděluje neprodleně tuto skutečnost zdravotnickému zařízení, ve kterém je osoba umístěna.“ Z později uvedeného plyne pouze povinnost spolupracovat, nikoli službu zajistit.

Chybí orgány, které by do nějaké míry byly za osud lidí s duševním onemocněním po propuštění z hospitalizace zodpovědné. Chybí také například lhůty, po kterých by se mělo přezkoumávat, zda je sociální situace skutečně bezvýsledná (viz bod 28 o sociální práci v PL).

39. Podpora pacientům chybí dále při uplatňování jejich práv před soudem (poměry jsou takové, že po soudním rozhodnutí v detenčním řízení již je pro pacienta prakticky nemožné dosáhnout propuštění v případě nedůvodnosti dalšího držení

²⁸ Ustanovení § 27 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

²⁹ zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

v léčebně; pokud pacient nemá podporu rodiny nebo přátel, nemá v léčebně k dispozici pomoc, aby u soudu uspěl, ba dokonce aby byl vůbec u soudu slyšen). Totéž bylo zjištěno o právní pomoci k zahájení řízení o navrácení způsobilosti k právním úkonům. Léčebny nejsou schopny zajišťovat poradenství a pomoc.

Ochránce proto doporučil Ministerstvu spravedlnosti předložit návrh, který by legislativně zakotvil nástroje ochrany práv osob s duševní poruchou. Návrh do konce roku 2009 předložen nebyl. Došlo ovšem k přijetí a ratifikaci Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (č. 10/2010 Sb. m. s.), jejíž ustanovení kladou vysoké požadavky z hlediska rovnosti osob před zákonem a autonomie osob s postižením.

VI. Závěr

40. Následné návštěvy se neobdývaly pouze formou rychlé kontroly realizace příslibených opatření. Bohužel v několika případech bylo nutné formulovat nové podrobné zprávy, neboť opatření realizována nebyla a až následně byla příslibena. Až na případ PL Šternberk, kde skutečnost, že léčebna ani po opětovném vytknutí chyb zprávou z následné návštěvy nepřislíbila opatření k nápravě, vedla k medializaci, byla samotná spolupráce s léčebnami dobrá.

41. Pro naléhavost situace danou tím, že návštěvami zjištěné poměry pacientů (dlouhodobě hospitalizovaných, dlouhodobě omezovalých ve volném pohybu, pacientů s mentálním postižením) ochránce považoval za špatné zacházení, formuloval ochránce ve Zprávě z návštěv PL 2008 doporučení, aby jej Ministerstvo zdravotnictví a kraje do konce června 2009 informovaly o tom, jaké kroky k naplnění výše uvedených doporučení byly podniknuty. Ministerstvo nereagovalo, kraje až na jednu výjimku ano.

Jak plyne z předchozích odstavců, Ministerstvo zdravotnictví, jako ústřední orgán státní správy na úseku zdravotnictví, nepřispělo významněji ke zlepšení situace. Od září 2008 na apely a doporučení ochránce nereagovalo konkrétními kroky.

JUDr. Pavel V a r v a ř o v s k ý v. r.
veřejný ochránce práv
(zpráva je opatřena elektronickým podpisem)