ZPRÁVA Z NÁVŠTĚV

psychiatrických léčeben

I. Obecný úvod

a) Zákonný podklad systematických návštěv

1. Veřejný ochránce práv od roku 2006 provádí na základě ustanovení § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů (dále také jen ZVOP), systematické preventivní návštěvy míst (zařízení), kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě veřejnou mocí nebo v důsledku závislosti na poskytované péči. Cílem návštěv je posílit ochranu těchto osob před tzv. špatným zacházením. Veřejný ochránce práv (dále také jen ochránce) tak vystupuje jako tzv. národní preventivní mechanismus, jehož zřízení vyžaduje Opční protokol k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání[1].

2. Špatným zacházením je třeba rozumět jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost. V extrémní poloze může mít podobu mučení, krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání. Špatným zacházením je však i neúcta k člověku a jeho právům, nerespektování jeho sociální autonomie, soukromí nebo práva na spoluúčast v procesu rozhodování o jeho vlastním životě, či zneužívání závislosti na poskytované péči nebo její prohlubování. Formálně špatné zacházení může spočívat v porušování práv garantovaných Listinou základních práv a svobod (dále také jen LZPS)[2], mezinárodními úmluvami, zákony a podzákonnými právními předpisy, dále pak neplněním více či méně závazných instrukcí a pokynů a v nedodržování neprávních standardů.

3. Od počátku roku 2006 naplánoval a vykonal veřejný ochránce práv několik desítek systematických návštěv jak míst, kde jsou osoby omezeny na svobodě de facto – v důsledku své faktické závislosti na poskytované péči (zařízení sociálních služeb pro tělesně postižené dospělé a pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných), tak míst, kde jsou omezeny de iure – na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci (policejní cely, věznice, azylová i zajišťovací zařízení pro cizince, výchovné ústavy). Ochránce ve smyslu ustanovení § 21a odst. 2 ZVOP vypracuje po každé návštěvě zprávu o svých zjištěních, jejíž součástí mohou být doporučení nebo návrhy opatření k nápravě, kterou zašle představiteli daného zařízení. Pro shrnutí svých zjištění z určité oblasti vypracovává a zveřejňuje shrnující zprávu z návštěv jednotlivých typů zařízení.[3]

---

[1] Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání, New York 1984, publikovaná ve Sbírce zákonů pod číslem 143/1988 Sb. jako vyhláška ministra zahraničních věcí

[2] Usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky.

[3] více na http://www.ochrance.cz/cinnost/ochrana.php

b) Systematické návštěvy psychiatrických léčeben

4. Pro první pololetí roku 2008 byly veřejným ochráncem práv vybrány pro provádění systematických návštěv psychiatrické léčebny. Tedy zdravotnická zařízení, v nichž se může vykonávat soudem uložené ochranné léčení[4] (detence de iure ve smyslu ustanovení § 1 odst. 4 písm. a) ZVOP) a dále osoby v nich umístěné mohou být omezeny na svobodě v důsledku závislosti na poskytované péči (detence de facto ve smyslu ustanovení § 1 odst. 4 písm. c) ZVOP). Konkrétně ochránce naplánoval návštěvy těch oddělení vybraného vzorku léčeben, kde je nejčastěji problematická právní stránka hospitalizace a péče, totiž oddělení, kam jsou pacienti umisťováni bezprostředně po přijetí do léčebny. Pro provedení návštěv bylo vybráno 8 ze 17 psychiatrických léčeben pro dospělé v České republice.

5. Cílem návštěv je posílení ochrany pacientů léčeben před tzv. špatným zacházením. V případě péče o duševně nemocné může mít špatné zacházení podobu porušování základních práv, jako je např. právo na osobní svobodu, na nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, poskytování péče způsobem zasahujícím do lidské důstojnosti nebo zneužívajícím nebo prohlubujícím závislost osoby na poskytované péči. Proto se ochránce zaměřoval především na právní stránku hospitalizace a péče, tedy i na komunikaci léčebny s příslušným soudem a informovaný souhlas, a dále na důstojnost prostředí léčebny, záruky ochrany práv pacientů, režim jednotlivých oddělení.

6. Na úvod chce veřejný ochránce práv zdůraznit to, že návštěvami nezjistil špatné zacházení dosahující intenzity mučení nebo krutého zacházení.

7. K provádění systematických návštěv psychiatrických léčeben přistupuje veřejný ochránce práv s ohledem na jejich charakter logicky rozdílným způsobem, než je tomu u klasických detenčních zařízení typu věznic či policejních cel. Rovněž s respektem ke zdravotníkům a dalšímu personálu, který v psychiatrických léčebnách pracuje, mnohde ve značně ztížených podmínkách.

8. Jedním z důvodů pro výběr psychiatrických léčeben k provedení systematických návštěv je skutečnost, že momenty, které lze podřadit pod uvedený pojem špatného zacházení, nejsou v rámci psychiatrické péče podrobeny žádné efektivní kontrole. Vnitroresortní i vnější kontrolní mechanismy jsou zaměřeny na zdravotní a hygienická pravidla a na hospodaření s finančními prostředky. Kontrola zdravotními pojišťovnami je zaměřena na kvalitu poskytované péče prostřednictvím kontroly hospodaření s propláceními finančními prostředky a plnění limitů pojišťoven. Působení obecných soudů v rámci detenčního řízení[5] je zaměřeno na přípustnost převzetí nebo držení v léčebně, nikoli na jeho podmínky. Možnost pacientů stěžovat si je zákonem[6] vyslovena jen pro pojištěnce a jen pro případ pochybnosti o náležitosti poskytované zdravotní péče, navíc bez další úpravy stížnostní procedury. Nejpřiléhavěji tak jako kontrolní mechanismus vyhovuje žaloba na ochranu

[4] institut trestního práva upravený v ustanovení § 72 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů
[5] ustanovení § 191a a násl. zákona č. 99/1963 Sb., občanského soudního řádu, ve znění pozdějších předpisů
[6] ustanovení § 11 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

osobnosti, jež však není pacienty často využívána, nejedná se o instrument dostatečně pružný, ani vhodný pro řešení běžných záležitostí.

Pět léčeben navštívili v letech 2002, 2006 a 2008 členové Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT)[7]. Při těchto návštěvách, resp. dle zveřejněných zpráv z návštěv v letech 2002 a 2006, byly konstatovány méně či více závažné nedostatky.

c) Průběh systematických návštěv

9. Systematické návštěvy proběhly v osmi léčebnách. Byly vždy neohlášené, na místě ovšem s vědomím ředitele. Průběh návštěv odpovídal velikosti a členění zařízení, rozsah šetření byl upřesněn vždy na místě vzhledem k charakteru jednotlivých oddělení léčebny. Byla vybrána dvě až šest oddělení, vesměs uzavřená nebo polouzavřená. Dvoudenní či třídenní návštěvy zahrnovaly prohlídku vybraných prostor zařízení (příjmových oddělení pro pacienty mnoha diagnóz a dalších vybraných oddělení), rozhovory s vedením, sociálními pracovníky a zdravotníky mnoha profesí (lékaři, sestrami, terapeuty, ošetřovateli), rozhovory s náhodně vybranými pacienty a studium dokumentace, včetně zdravotnické, a vnitřních předpisů zařízení. Rozhovory s pacienty měly polostandardizovaný charakter a odehrávaly se bez přítomnosti dalších osob.

Návštěv se za Kancelář veřejného ochránce práv účastnilo zpravidla 4 až 6 zaměstnanců (dále jen pracovníci Kanceláře), včetně přizvaných odborníků – psychiatrů. Ze strany navštívených zařízení byla pracovníkům Kanceláře poskytnuta veškerá požadovaná součinnost. Na základě učiněných zjištění ochránce vypracoval zprávy s doporučeními a návrhy opatření k nápravě, které předložil představitelům zařízení k vyjádření.

d) Historie psychiatrické péče v České republice

10. Institucionalizovaná psychiatrická péče v dnešním slova smyslu je v Evropě rozvíjena od 19. století. Její evropský vývoj lze rozdělit do tří fází. První fáze, končící v polovině 20. století, je od poslední třetiny 19. století charakterizována výstavbou léčeben poskytujících specializovanou psychiatrickou péči, pro které byla vymezena i jejich spádová území. Psychiatrické léčebny byly doplňovány městskými klinikami. Soukromý sektor doplňoval psychiatrickou péči v oblasti sanatorií a lázeňství. Po Bismarkově zavedení zákonného zdravotního pojištění (1883), ze kterého byla, byť s omezeními, hrazena i psychiatrická péče, zavedly obdobnou legislativu i další státy, např. Rakousko-Uhersko, Británie, Norsko, Srbsko, Jugoslávie… Do tohoto období spadá i založení prvních psychiatrických léčeben v Česku (1863 Brno, 1869 Kosmonosy, 1880 Dobřany, 1887 Opařany, 1889 Opava, 1893 Šternberk, 1903 Praha-Bohnice a Kroměříž); první z nich vznikly jako pobočky pražského ústavu pro duševně choré založeného v roce 1790. V roce 1886 byla v Praze založena první česká lékařská fakulta, při které vznikla i psychiatrická klinika, další byla založena po vzniku lékařské fakulty v Brně. V roce 1919 byla založena tehdy československá psychiatrická společnost.

Po druhé světové válce je možno vymezit druhou fázi vývoje, charakterizovanou narůstajícím zapojováním psychiatrické péče do systému „sociálního státu“; v 50. a 60. letech s výjimkou Velké Británie a Irska v Evropě počet

[7] Výbor zřízený na základě Evropské úmluvy o zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (č. 9/1996 Sb.), sjednané členskými státy Rady Evropy, která vstoupila v platnost v únoru 1989.

psychiatrických lůžek rychle narůstal. V roce 1971 měla čtvrtina psychiatrických léčeben v evropské oblasti Světové zdravotnické organizace více než 1000 lůžek.

Od 70. let je v mnoha západních zemích naopak možno zaznamenat proces deinstitucionalizace (open-door policy), snižování počtu lůžek a zkracování pobytu v psychiatrických léčebnách a zvýšení důrazu na ambulantní a komunitní péči. Přestože psychofarmakologie si udržela své nezastupitelné místo, nastoupil i trend demedikace a rozvoj sociální a komunitní psychiatrie, která se od 40. let vyvíjela vedle biologické větve tohoto vědního oboru. V tomto období se v Československu zvyšovala kvalita poskytované péče díky nárůstu počtu specializovaných lékařů, psychologů a pedagogů. V posledních desetiletích se v České republice rozvíjí i integrativní a komunitní psychiatrie. Mnohé systémové změny v české psychiatrické péči vycházely z dobrovolné aktivity jednotlivců.[8] Stacionární psychiatrická péče je však stále v některých ohledech nezastupitelná a zůstává důležitým pilířem systému psychiatrické zdravotnické péče.

e) Duševně nemocní v České republice a péče o ně

11. V roce 2006 bylo v České republice ambulantně psychiatricky ošetřeno půl milionu lidí, v nemocnicích a psychiatrických léčebnách je statistikou podchyceno 57 367 psychiatrických hospitalizací.[9] Od počátku 90. let 20. století se rozvinula odborná diskuse o dalším směřování české psychiatrické péče, potažmo o její transformaci.[10] *„V porovnání s vyspělými evropskými státy je naše péče o osoby s psychickými poruchami méně rozvinuta. Preferuje se lůžková péče, nedochází ke zvyšování lůžek v psychiatrických oddělení nemocnic na úkor lůžek v psychiatrických léčebnách, pomalu se rozvíjí intermediární péče. Percentuální podíl výdajů na psychiatrii je u nás nižší.“*[11] Šablonovité přejímání zahraničních modelů je odborníky odmítáno, v nějaké podobě má však rozvinutí péče komunitního typu a změny stávajícího určení lůžkového fondu širokou podporu.[12] Po roce 1990 došlo k masivnímu snížení počtu lůžek v psychiatrických léčebnách, v posledních letech je snižování v řádu desítek lůžek za rok[13] a nelze očekávat další samovolné změny, neboť odbornou diskusi nenásledovaly koncepční kroky.[14]

Ochránce si je vědom toho, že mu nepřísluší zásadním způsobem zasahovat do uvedené diskuse. V této rovině nese zodpovědnost jednak politická, a jednak zdravotnická reprezentace. V rámci realizace svých zákonných povinností a oprávnění chce přispět k objektivizaci situace pacientů z hlediska respektu k jejich lidské důstojnosti a garantovaným právům a svobodám. Při vyhodnocování a zobecňování poznatků ze systematických návštěv psychiatrických léčeben se však ochránce dostává z úrovně jednotlivých léčeben rovněž na rovinu úvah

[8] Shorter, Eward: The historical development of mental health services in Europe, In.: Mental health policy and practice across Europe, Open University Press, European Observatory on Health Systems and Policies series, 2006, s. 15 – 33.
[9] Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky od roku 2000 vzrostl počet psychiatrických pacientů o jednu třetinu. Zdroj: www.uzis.cz.
[10] Např. Koncepce oboru psychiatrie (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2000), Národní psychiatrický program 2007 (Výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP), snaha o 1. revizi Koncepce oboru psychiatrie 2008
[11] Koncepce oboru psychiatrie (3.4.)
[12] Charakteristikou stávající sítě péče je, že velká část lidských a finančních zdrojů je vázána v psychiatrických léčebnách, které v současné době slouží jak pro akutní, tak pro následnou lůžkovou péči.
[13] Politika péče o duševní zdraví v ČR, Zpráva o současném stavu, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha 2003-2004.
[14] srov. Zpráva o činnosti Psychiatrické společnosti ČLS JEP za období červen 2006 – září 2007

o psychiatrické péči v České republice jako celku, resp. péči o osoby trpící duševní poruchou obecně.

12. Lůžková psychiatrická péče je poskytována jednak psychiatrickými odděleními nemocnic, kterých v roce 2006 bylo 31 s celkovou kapacitou 1 420 lůžek, a dále v psychiatrických léčebnách. V České republice je 17 léčeben pro dospělé s kapacitou 9 442 lůžek.[15] Zřizovatelem je ve 14 případech Ministerstvo zdravotnictví (což znamená, že jsou tato zařízení ministerstvem přímo řízena), ve dvou případech kraj (z navštívených pouze PL Lnáře), v jednom případě jiná právnická osoba. Některé léčebny se specializují na léčbu závislosti na návykových látkách, alkoholu a hráčství (PL Červený Dvůr, PL Bílá Voda; žádná z navštívených léčeben).

13. Psychiatrické léčebny jsou dle ustanovení § 36 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (dále také jen ZPZL), odbornými léčebnými ústavy, kde je poskytována péče osobám „s poruchami zdraví, které mají vleklý průběh a potřebují zvláštní odbornou péči s výrazným rehabilitačním zaměřením“. Jejich péče má navazovat na péči nemocnic. Vedle následné péče je v léčebnách poskytována i péče akutní. Plní i úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionech, kde dosud psychiatrická oddělení nejsou, nebo kde nemají odpovídající lůžkovou kapacitu. Fakticky se u mnohých léčeben jedná o psychiatrické nemocnice, které mají řadu specializovaných oddělení (příjmové, doléčovací, rehabilitační, gerontopsychiatrické, oddělení pro léčbu závislostí, sexuologické, dětské, interní, neurologické, plicní, oddělení pro výkon ochranných léčeb).[16]

„Předpokládá se, že v budoucnu převezmou akutní psychiatrickou péči od léčeben psychiatrická oddělení nemocnic.“[17] V roce 2001 bylo 88 % psychiatrických lůžek v léčebnách a 12 % v psychiatrických odděleních nemocnic. *„Výhledově by měl celkový počet lůžek v psychiatrických léčebnách a v psychiatrických oddělení nemocnic dosáhnout v České republice počtu 100 lůžek na 100 000 obyvatel: Z toho by počet lůžek akutní péče představoval 45 % a počet lůžek následné péče 55 %.“* Ve skutečnosti psychiatrických oddělení nemocnic již nepřibývá, jak tomu bylo od roku 1997, naopak od roku 2005 jich bylo několik zrušeno.[18] V léčebnách se dále uskutečňuje ústavní ochranné léčení podle stanovené rajonizace.

14. *„Každý pacient má právo na léčbu a péči v komunitě, v níž žije, pokud je to možné. Pokud se léčba odehrává v zařízení péče o duševní zdraví, má pacient právo léčit se blízko svého domova, rodiny a přátel, pokud je to možné.“*[19] České psychiatrické léčebny byly dle dobového přesvědčení (potřeba pacienty izolovat od zbytku společnosti a dopřát jim klid) budovány na okraji měst či městských aglomerací (Praha, Brno, Opava, Kroměříž, Dobřany u Plzně), případně na venkově

[15] Zdroj: Psychiatrická péče 2006, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

[16] „Řada psychiatrických léčeben by měla být nepochybně označena jako psychiatrické nemocnice, tak jak je tomu v jiných zemích. Tato skutečnost by odpovídala rozsahu poskytované péče, v řadě případů vysoce specializované. Umožnilo by to také validnější srovnávání se zahraničními statistikami (Německo, Anglie a další). Statisticky by se zvětšil i počet nemocničních akutních lůžek (podstatným by měl zůstat rozsah a kvalita poskytnuté péče).“ Žižka, V.: Definice, předmět a cíle oboru, www.ceskapsychiatrie.cz

[17] Koncepce oboru psychiatrie (2.1.4.2.)

[18] Důsledkem je to, že je akutní péče stále ve značné míře poskytována v psychiatrických léčebnách. „Formálně slouží psychiatrické léčebny pouze pro následnou péči, reálně je však přibližně 30 % jejich kapacity určeno k akutním příjmům.“ Politika péče o duševní zdraví v ČR, Zpráva o současném stavu, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha 2003-2004, str. 7.

[19] Zásady ochrany duševně nemocných, přijaty rezolucí Generálního shromážděním OSN č. 46/119 r. 1991; zásada 7

(Kosmonosy, Lnáře, Horní Beřkovice). Areál léčeben je poměrně rozsáhlý a od okolí často oddělen masivní zdí. Zjednodušeně se dá říct, že spádová oblast pro jednu „velkou“ léčebnu představuje v průměru 1 milion lidí a uvedený požadavek Zásad OSN naplněn není.

15. Financování léčeben zřizovaných Ministerstvem zdravotnictví zahrnuje dvě zásadní položky: příspěvek na činnost a investice, který každoročně poskytuje zřizovatel ze státního rozpočtu, a prostředky z veřejného zdravotního pojištění. Další příjmy nedosahují ani 10 %. Léčebny nezřizované ministerstvem státní příspěvek nemají. Akutní péče je pojišťovnami hrazena formou proplácení výkonů jednotlivých zdravotnických pracovníků dle úhradové vyhlášky[20], následná péče je hrazena paušálně částkou, která je pojišťovnou a zdravotnických zařízením nasmlouvána jako tzv. ošetřovací den.

16. Psychiatrie je v České republice nedostatečně financovanou oblastí, to je argumentačně nedobytný závěr, na němž se shodnou snad všichni odborníci.[21] Napjatost finanční situace těžce nesou všichni ředitelé léčeben (6), se kterými ochránce osobně jednal. Kritická je podle jejich vyjádření, a i dle pozorování ochránce, situace investic do majetku léčeben. Aktuálním pojmem české psychiatrické péče má být její humanizace.[22] Totiž zlepšení především materiálních podmínek péče poskytované v psychiatrických léčebnách. Pokud se investuje, tak ze 4/5 z peněz ze státního rozpočtu, ovšem pravidelné dotace postačují pouze na řešení havarijních stavů a dotace pro větší projekty neodpovídají aktuální potřebě staletých objektů. Výsledkem je, že z ošetřovacího dne, který nyní činí v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny průměrně 1.200,- Kč[23] a který je určen k pokrytí režijních a personálních nákladů péče, jsou hrazeny drobnější provozně důležité investice. Ředitelé tak směrem k doporučením ochránce namítají, že nemohou zásadně ovlivnit standard soukromí, kapacitu oddělení a pokojů a důstojnost prostředí v léčebně.[24]

Dalším zdrojem napětí je fakt, že využití lůžka pro akutní/následnou péči, jejichž režie se podstatně liší, ne vždy odpovídá jeho ohodnocení zdravotní pojišťovnou.[25] Když je na lůžkách ohodnocených pro následnou péči fakticky poskytována akutní péče, musí rozdíl dokrýt léčebna. Ředitelé léčeben upozorňují, že při kalkulaci ošetřovatelského dne není brán zřetel na skutečné náklady v léčebnách, chybí asi 400,- Kč na den. V rámci ošetřovatelského dne není například zhodnocena práce psychologa (pouze klinického), sociální sestry, ergoterapeuta, arteterapeuta, fyzioterapeuta.

[20] vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

[21] Podle Zelené knihy Evropské komise (2005) směřuje do psychiatrické péče v České republice, spolu se Slovenskem, nejméně peněz z celé Evropské unie, totiž pouhá 3 % všech výdajů na zdravotní péči, zatímco průměr činí 6 %. (Ministerstvo zdravotnictví se ohrazuje proti srovnatelnosti vstupních dat do statistiky.)

[22] Humanizace a zlepšení materiálních podmínek v psychiatrických léčebnách jako očekávaný trend oboru dle Koncepce oboru psychiatrie.

[23] Úhrady jednotlivým léčebnám nejsou shodné; liší se v závislosti na historickém vývoji úhrad, různým léčebným zaměřením jednotlivých léčeben, výší úhrady za léčiva spotřebovaná při hospitalizaci atd.

[24] Připomínka ředitele jedné z navštívených léčeben: „Finanční dotace jsou vyčísleny tak, aby pouze zakonzervovaly současný stav. Při současném systému spoluúčasti 20 % z celkové částky investice je to pro léčebnu neřešitelný problém, protože léčebna nemá pozitivně výraznou finanční bilanci, což ani jako příspěvková organizace mít nemůže – vytvářet zisk.“

[25] Ředitel jedné navštívené léčebny odhadl tamější podíl akutních lůžek formálně vykazovaných jako lůžka následné péče na 40 %.

Jak uvádí Baudyš a Libiger[26], zdravotnictví v tomto případě šetří na nejslabších skupinách, chronických psychoticích a gerontopsychiatrických pacientech, kteří nemívají mocné mecenáše.

17. V roce 2008 tvořily součást příjmů léčeben také regulační poplatky (resp. jejich vybraná výše). Za období leden až květen 2008 byl zisk z poplatků dle tabulky:

léčebna	Kč	použití
1	3.955.830,-	provoz: mzdy; opravy a údržby
2	8.005.783,-	provoz
3	5.364.420,-	provoz: vybavení oddělení, otop, strava pro pacienty
4	5.500.000,-	
5	8.701.000,-	zdrav. technika, vybavení oddělení, opravy, údržba
6	4.129.710,-	
7	4.250.000,-	provoz, zejm. opravy
8	540.900,-	opravy pokojů, nákup vybavení, nábytku

18. Nedostatek peněz na rekonstrukce a adaptace stávajících oddělení a na zaplacení většího počtu personálu se odráží do oblasti práv pacientů. Zvlášť jsou takto postiženi pacienti dementní a těžce mentálně postižení. Velká, málo přehledná, členitá oddělení vyžadují restriktivnější přístup při zajišťování dohledu nad pacienty. Zmatení, dementní lidé bývají omezováni ve volném pohybu, aby nezabloudili, nebloumali v noci mezi pokoji, místo aby bylo vytvořeno co nejbezpečnější prostředí (viz body 78 a 103). Pro poskytování specializované péče o dementní pacienty nejsou prostředky.
Doporučuje se věnovat větší pozornost péči o dementní pacienty. Doporučuje se vytvářet v PL bezpečná oddělení pro gerontopsychiatrické pacienty, která budou přehledná, s přístupem na vzduch.

19. Stav navazující péče o pacienty propuštěné z léčebny byl okrajově rovněž předmětem zájmu veřejného ochránce práv. Faktem je, že z důvodu nedostatečné sítě návazných sociálních služeb v navštívených psychiatrických léčebnách setrvává poměrně hodně pacientů, kterým by za určitých okolností postačila psychiatrická péče ambulantní. Jedná se jednak o chronické pacienty, které dlouhodobé působení nemoci připravilo o sociální zázemí a schopnosti samostatně se zapojit do společnosti a pro něž adekvátní sociální služba chybí, a jednak o pacienty s mentálním postižením nebo staré, kteří by sociální službu potřebovali i bez duševního onemocnění, ale které jejich onemocnění vylučuje z případného přijetí do existujících zařízení. Popřípadě jsou stávající zařízení sociálních služeb zcela naplněna. Oslovení ředitelé navštívených léčeben počet takových pacientů řádově odhadli následovně:[27]

[26] Psychiatrie a Etika, Galén 2002, str. 31.
[27] Název léčebny není uveden úmyslně.

léčebna	počet pacientů v %
1	12
2	7 - 9
3	20
4	1 - 3
5	10
6	30
7	1
celkem pacientů	510 – 600

Lékařský personál uváděl na gerontopsychiatrických odděleních míru 50 – 70 %. Pracovníci Kanceláře se setkali i s případy, kdy žádosti o umístění nebyly urgovány nebo jim nebyl přikládán ze strany zařízení sociálních služeb patřičný význam, neboť žadatel je v ústavní péči léčebny[28]. Nevyhovující stav kritizuje CPT[29]. Situace je odlišná v jednotlivých regionech vzhledem k rozvinutosti sociálních služeb a skladbě obyvatelstva. Ochránce dále zjistil tyto skutečnosti:

- Je nedostatek pobytových a ambulantních sociálních služeb pro psychiatrické a gerontopsychiatrické pacienty, specializovaná zařízení spíše zanikají. V zařízeních sociálních služeb neumí pracovat s pacienty s psychiatrickou diagnózou.
- Případně vhodná již existující zařízení sociálních služeb si stanovují vstupní kritéria a cílovou skupinu klientů tak, že jsou žadatelé s psychiatrickou diagnózou již předem vyloučeni[30], a rozšířenost tohoto trendu má až diskriminační účinky.
- Řada pacientů musí řešit problém s nedostatkem finančních prostředků k zajištění své existence, protože jim nebyl přiznán plný či částečný invalidní důchod. Důvodů tohoto nepříznivého stavu může být několik. Veřejný ochránce práv se poměrně často setkává s tím, že posudkový lékař okresní správy sociálního zabezpečení při provádění lékařské prohlídky v rámci řízení o důchodovou dávku určí datum vzniku invalidity k pozdějšímu dni, než kdy fakticky vznikl dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pojištěnce, a k tomuto dni již pojištěnec nemá

[28] Příkladem může být zjištěná nedobrovolná hospitalizace pacientky, jejíž diagnóza paranoidní schizofrenie je nepochybná, ovšem která přes bizarní psychotickou produkci nesplňuje zákonná kritéria pro nedobrovolnou hospitalizaci: není nebezpečná sobě ani jiným osobám. Z léčebny není propuštěna proto, že v domově pro seniory pravděpodobně její projevy netolerují.
Jiným příkladem je pacientka s diagnózou středně těžké mentální retardace, která je trvale umístěna na pokoji označovaném jako JIP (třílůžkový pokoj s průhledem z pracovny sester). Od srpna roku 2007 je většinu dne v ochranném kabátku (svěrací kazajka) a také kurtována za pas a nohy. Sebepoškozuje se totiž polykáním předmětů, případně si vymýšlí, že něco spolkla. Několikrát během dne opouští lůžko v doprovodu sestry, a to je klidná, ale není možné přidělit jí asistenta celodenně. Lékařka reflektuje, že pobyt na oddělení není pro pacientku vhodný. Potřebovala by osobní asistenci, která by s největší pravděpodobností výrazně redukovala potřebu pacientku omezovat. Odborný posudek vypracovaný na popud veřejného ochránce práv dokládá, že vhodná sociální služba by takový stav měla být schopna řešit. Pacientku by bylo třeba přeložit do vhodnějšího zařízení, které se doposud nenašlo.

[29] Standardy CPT, bod 57 na str. 60.

[30] 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. Rovněž výpovědní důvody ve smlouvách o poskytnutí sociální služby bývají nastaveny tak, že osobám s projevy duševní choroby je snadné smlouvu vypovědět.

dostatečnou dobu důchodového pojištění pro vznik nároku na invalidní důchod.[31] Ke vzniku nároku na invalidní důchod pak může dojít jen tak, že pacient v budoucnu získá potřebnou dobu důchodového pojištění, což je značně ztíženo (na doplacení pojistného při dobrovolné účasti na důchodovém pojištění pacient nemá dostatečné finanční prostředky, doba evidence na úřadu práce se započítává jen v omezené míře a v některých případech dokonce plně invalidní pacient nesmí být do evidence uchazečů o zaměstnání zařazen). Nemocní svým jednáním (nedostavení se ke kontrole zdravotního stavu) často způsobí zastavení výplaty důchodu. Přitom je možné jednat bez přítomnosti nemocného, pokud k tomu postačují údaje obsažené v jeho zdravotnické dokumentaci. Z důvodu nedostavení se na jednání pak často bývají duševně nemocní sankčně vyřazení z evidence uchazečů o zaměstnání. Rovněž u příspěvku na péči někdy posudkoví lékaři úřadů práce postupují formálně a pečlivě nezjistí skutečné schopnosti péče o vlastní osobu a soběstačnost, takže duševně nemocní na příspěvek nedosáhnou a nemají z čeho hradit sociální službu.

Negativními důsledky výše popsaného je jednak to, že pacienti tráví svůj život v léčebně, jejíž péče je drahá a režim a podmínky relativně hodně omezující, a jednak to, že léčebny jsou zatěžovány řešením sociální situace svých pacientů. Ochránce velmi oceňuje snahy léčeben (jejich sociálních pracovnic) vyjednat pro propustitelné pacienty sociální pomoc a rovněž spolupráci léčeben se sociálními službami například realizací odborných stáží (PL Havlíčkův Brod, PL Opava).

20. Ani jedna léčebna v době návštěv nebyla poskytovatelem služby podle ustanovení § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon o sociálních službách)[32]. Důvodem je především finanční neudržitelnost takového řešení. Přesto, že je přirozeně snadné zdůvodnit léčbu chronických psychiatrických pacientů v léčebně, zdravotní pojišťovny hledají příležitost pro zastavení plateb na tyto „případy“. Protože jsou takoví lidé fakticky nepropustitelní, je odpovědnost za jejich osud svalována na léčebny. Několik dotázaných ředitelů léčeben přímo pojmenovalo tlak samospráv (zejména obcí), aby tito pacienti v léčebnách zůstali.

Ochránce zde konstatuje, že se jedná o problém, který nemůže vyřešit sama léčebna.[33] Je zde nutná spolupráce dotčených ministerstev a samospráv. K tomu viz body 142, 144 – 146.

[31] V tomto případě je na místě podat žalobu proti rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení nebo žádost o změnu důchodu a domáhat se posunutí data vzniku invalidity k dřívějšímu dni. Bohužel v některých případech nelze takto postupovat a to tehdy, když zdravotnická dokumentace pacienta neobsahuje žádné lékařské zprávy o existenci jeho nepříznivého zdravotního stavu v dřívější době (zejména např. z toho důvodu, že pacient dlouhodobě nevyhledával lékařskou péči). Dalším důvodem je situace, kdy u pacienta v dřívější době prokazatelně dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav nevznikl, a nelze tudíž o posunutí data vzniku invalidity uvažovat.

[32] „Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.“

[33] Řešení navržené sociální pracovnicí jedné navštívené léčebny:

a) vznik sítí rezidenčních zařízení pro dlouhodobě duševně nemocné s diagnózou z okruhu psychóz, poruch osobnosti, demencí či závislostí;
b) posuzování žádostí o vstup do rezidenčních zařízení podle aktuálního zdravotního stavu a schopností pacienta;
c) proškolit v těchto zařízeních personál pro práci s duševně nemocnými;
d) změna pravidel pro posuzování stupně závislosti u příspěvku na péči.

f) Právní úprava psychiatrické péče

21. Pobyt v zařízeních poskytujících psychiatrickou péči upravuje vícero právních předpisů různé právní síly. V ústavní rovině Listina základních práv a svobod garantuje základní práva a svobody i pacientům psychiatrických léčeben. Nedotknutelnost osoby je ustanovena v čl. 7 (nedotknutelnost osoby a jejího soukromí)[34] a speciálně dále v čl. 10 (nedotknutelnost lidské důstojnosti, osobnosti, soukromého a rodinného života)[35]. Osobní svoboda člověka je zaručena v článku 8. Přípustnost psychiatrické detence za zákonem stanovených podmínek je stanovena v čl. 8 odst. 6.[36] Ve čtvrté hlavě LZPS označené jako Hospodářská, sociální a kulturní práva je ve v čl. 31 garantováno, že každý má právo na ochranu zdraví.

22. Z mezinárodních dokumentů aplikačně postavených před národní právo[37] je pro tuto oblast významná Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod[38] (dále jen Evropská úmluva) a zvláště Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně[39] (dále jen Úmluva o biomedicíně). Pouze některá ustanovení Úmluvy o biomedicíně přímo zakládají práva a povinnosti subjektů. Tzv. samovykonatelná (self-executing) jsou například ustanovení čl. 5 a 8; jsou totiž dostatečně určitá pro stanovení konkrétního pravidla chování a zároveň nevyžadují provedení zákonem domácího státu. Jiná ustanovení vzhledem ke svému znění vyžadují provedení národním právem.

Čl. 5 Úmluvy o biomedicíně jednoznačněji než národní úprava v ustanovení § 23 odst. 2 ZPZL stanoví obecné pravidlo provádění zákroků v oblasti péče o zdraví jen se svobodným a informovaným souhlasem pacienta.[40] Z obecného pravidla je připuštěno několik výjimek pro případy, kdy osoba není schopna nebo nemůže takový souhlas poskytnout a poskytne jej jiná osoba (instituce). Čl. 6 odst. 3[41] upravuje situace, kdy pacient je osoba de iure podle českého práva považována za

---

Dále ochránce oceňuje širší záběr některých léčeben, např. viz Strategie rozvoje PL Horní Beřkovice, kapitola 1.9, Příspěvek do diskuze o české psychiatrii na internetové stránce PL Havlíčkův Brod.

[34] Čl. 7 LZPS: (1) Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem. (2) Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.

[35] Čl. 10 LZPS: (1) Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. (2) Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života. (3) Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.

[36] „Zákon stanoví, ve kterých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu. Takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do 7 dnů."

[37] Podle čl. 10 ústavního zákona č. 1/1993 Sb., Ústavy ČR, jsou vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, součástí právního řádu; stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva.

[38] Řím 1950; sdělení č. 209/1992 Sb. Federálního ministerstva zahraničních věcí

[39] Oviedo 1997; sdělení č. 96/2001 Sb. m. s. Ministerstva zahraničních věcí

[40] Čl. 5 Úmluvy o biomedicíně: Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.

[41] Čl. 6 odst. 3 Úmluvy o biomedicíně: Pokud podle platného práva dospělá osoba není schopna dát souhlas se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů, lze zákrok provést pouze se souhlasem jejího zákonného zástupce nebo příslušného orgánu nebo osoby či instituce zmocněných zákonem. Dle možnosti se dotčená osoba zúčastní udělení zástupného souhlasu.

nezpůsobilou k informovanému souhlasu. Článek 7[42] se dotýká situací, kdy pacient považovaný de iure za osobou způsobilou k poskytnutí informovaného souhlasu tento právní úkon fakticky učinit nemůže z důvodu duševní poruchy. Z textu článků 6 a 7 plyne, že vyžadují provedení národním právem, což se v České republice dosud v plném rozsahu nestalo (viz bod 67). V článku 8 Úmluvy o biomedicíně je upraven postup v situacích, kdy nelze získat souhlas osoby nebo jejího zástupce pro nedostatek času, neboť zákrok je třeba z důvodu tísně provést okamžitě.

Podle čl. 24 Úmluvy o biomedicíně nelze úmluvu vykládat způsobem, který by omezil případné širší standardy ochrany v některých smluvních státech, de facto tedy úmluva stanoví minimální standard ochrany. Podle článku 26 odst. 1 nelze na výkon práv a ochranných ustanovení obsažených v úmluvě uplatnit žádná omezení kromě těch, která stanoví zákon a která jsou nezbytná v demokratické společnosti v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných.

23. Podrobnosti poskytování zdravotní péče stanoví na úrovni zákonných předpisů zákon o péči o zdraví lidu. Rovněž vyslovuje pravidlo provádění vyšetřovacích a léčebných výkonů se souhlasem nemocného. V některých zákonem vymezených situacích však na základě veřejnoprávního oprávnění (zákona) dochází k poskytnutí péče osobě i proti její vůli. Pro případ nucené psychiatrické péče a případně i hospitalizace bez souhlasu nemocného je aktuální ustanovení § 23 odst. 4 písm. b) a c) ZPZL: jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví. Zdravotnické zařízení je povinno hlásit soudu do 24 hodin hospitalizaci nemocného z těchto důvodů.

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen OSŘ; ustanovení § 191a – 191g), upravuje procesní pravidla pro tzv. detenčním řízení (řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotnické péče), které po oznámení následuje. Stanoví také závazné lhůty pro rozhodnutí soudu.

24. Na úrovni podzákonné je významné Metodické opatření Ministerstva zdravotnictví č. 31829/2004/OZP o používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky (dále také jen metodické opatření). Jedná se o metodické opatření, které nemá povahu právního předpisu, je však závazné pro instituce podřízené jeho vydavateli.[43]

[42] Čl. 7 Úmluvy o biomedicíně: V souladu s podmínkami stanovenými zákonem na ochranu těchto osob včetně právní úpravy pro dohled, kontrolu a odvolání, může být osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu, je-li zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy, pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vší pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví.

[43] Srov. § 10 odst. 1 zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústavních orgánů státní správy ČSSR, ve znění pozdějších předpisů, nebo rozsudek Nejvyššího správního soudu č.j. 7 Afs 45/2007-251 ze dne 23. srpna 2007

II. Obecná zjištění o navštívených léčebnách

a) Informace o zařízeních

25. Ve vzorku vybraných psychiatrických léčeben jsou zastoupena, až na jednu výjimku, zařízení, jejichž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ). Pouze Psychiatrická léčebna Lnáře je zřízena Jihočeským krajem. Bylo vybráno celkem osm zařízení, a to s důrazem na rovnoměrné zastoupení různých krajů v rámci ČR. Jednalo se o PL Šternberk, PL Kosmonosy, PL Kroměříž, PL Dobřany, PL Havlíčkův Brod, PL Lnáře, PL Opava a PL Horní Beřkovice. Kapacita jednotlivých zařízení se pohybuje od 70 do 1 260 osob. Bližší charakteristiku navštívených zařízení z hlediska aktuálního počtu lůžek a obložnosti podává tabulka č. 1.

26. Většina psychiatrických léčeben je umístěna v objektech vybudovaných před rokem 1900, objekt PL Kroměříž je z roku 1906 a PL Havlíčkův Brod z roku 1928. Jedná se převážně o účelově navrhované pavilónové komplexy, tři léčebny jsou umístěny v objektech, které nebyly ke svému současnému účelu určeny[44]. Budovy jsou bariérové, s velkokapacitními ložnicemi, oddělení jsou řešena pro personál nepřehledně (tzn. i málo bezpečně). Historický ráz budov představuje omezení možnosti razantnějších stavebně-technických úprav, které by reagovaly na potřeby současné psychiatrické péče, nebo úpravy prodražuje.[45] Navíc budovy často ani po rekonstrukci nemohou poskytnout pacientům dostatečnou kvalitu prostředí a ubytování. Tyto budovy tak mohou plnit svůj účel za současného respektování požadavků moderní psychiatrie jen omezeně.

27. Pozitivem rozsáhlých psychiatrických areálů jsou vhodné exteriéry – parky a zahrady, které mohou poskytovat pacientům dostatečné zázemí především v letních měsících. Čtyřem léčebnám ochránce vytkl špatné nebo nedostatečné značení, které by umožnilo orientaci v areálu léčebny. Tabule s často jen kódovými názvy oddělení neusnadňují orientaci v rozlehlých areálech, pavilony bývají označeny rovněž jen kódově. Léčebny vesměs na doporučení přistoupily.
Doporučuje se zlepšit možnost orientace v léčebnách.

28. Ochránce se zaměřoval rovněž na to, jak působí vnitřní prostředí léčebny, mj. v souvislosti s vlivem prostředí na úspěch terapie.[46] Ledaskde jsou oddělení barevně vymalována, jinak se ale nedaří je dále vyzdobit. V některých léčebnách jsou stěny zcela holé, dokonce i bez informačních tabulí a označení dveří. Jinde se lze setkat s pochmurnými interiéry, otřískanými zdmi, zašlými a sloupanými nátěry, totální

[44] PL Horní Beřkovice sídlí v areálu bývalého zámeckého komplexu, PL Lnáře a PL Kosmonosy jsou bývalé klášterní budovy.
[45] Pokud jde o přístup orgánů památkové péče, má ochránce různé zkušenosti s jejich přísností. Obecně lze uvést, že velmi záleží na architektonickém řešení zásahů do historicky cenných objektů, nicméně vhodná řešení lze často nalézt.
[46] CPT v oblasti psychiatrie pracuje s termínem „pozitivní terapeutické prostředí". Pod uvedeným chápe zajištění uspokojivých materiálních podmínek, které by pacientům zajišťovaly dostatečnou péči. CPT poukazuje na to, že „zvláštní pozornost by měla být věnována výzdobě pokojů pacientů a společných místností s cílem zabezpečit vizuální stimulaci pacientů" (Standardy CPT, bod 34 na str. 53).
Odborná literatura hovoří o léčbě prostředím: „Estetika prostředí lůžkových psychiatrických zařízení by se měla lišit od běžného zdravotnického zařízení. Měla by být prosazována snaha o co největší přiblížení vybavení a vzhledu oddělení běžnému, tj. domácímu prostředí pacientů. Na odděleních by měla být živá květinová výzdoba, obrazy, pacienti by měli chodit v civilním oděvu, na některých odděleních by to mělo platit i pro personál." Zdroj: Marková, Venglářová, Babiaková: Psychiatrická ošetřovatelská péče, Grada Publishing 2006, str. 78, 79

absencí výzdoby, zakouřenými společnými prostorami, oprýskanými rámy postelí, zchátralým mobiliářem a obložením stěn, nevhodným uspořádáním toalet, pronikavým zápachem sociálních zařízení, stísněností ložnic. Ve dvou léčebnách jsou na některých odděleních tak stísněné ložnice, že se do nich stěží vejdou postele. Společenské místnosti či chodby s posezením působí jako čekárny. Dobře působilo několik zadaptovaných oddělení (PL Havlíčkův Brod). Většina navštívených oddělení (tedy oddělení pro velmi náročné, neklidné pacienty) je technicky, hygienicky i esteticky zanedbaná a působí neosobně a neutěšeně, ač je někdy nutno ocenit očividnou snahu personálu učinit ve skromných podmínkách to nejlepší.[47]
Doporučení pro zřizovatele viz bod 142. Ochránce apeluje na personál psychiatrických léčeben, aby vytrval ve vytváření co nejpřirozenějšího neústavního prostředí.

29. Navštívená zařízení nejsou schopna ustát stavebně-technický požadavek na zařízení v jakýchkoli službách veřejnosti – bezbariérovost[48]. Bezbariérová jsou jen některá oddělení léčeben (např. gerontopsychiatrie v PL Horní Beřkovice). Velmi závažná bariérovost byla zjištěna ve dvou léčebnách: jedna je bariérová jako celek a v jedné jsou gerontopsychiatričtí pacienti umístěni v patrech bez výtahu. Gerontopsychiatrická oddělení umístěná ve vyšších poschodích budov byla zjištěna ve čtyřech léčebnách. Tamější pacienti jsou senioři s psychiatrickým onemocněním, k němuž se velmi často přidružují somatické potíže, pravidelně se vyskytuje nesoběstačnost, nepohyblivost a nemohoucnost pacientů. Některé léčebny řeší situaci alespoň schodištní plošinou (PL Horní Beřkovice).

Vyjma režimových komplikací (personál je zatížen vynášením veškerého materiálu a např. i stravy ručně, omezením možnosti dostat seniory ven na procházku apod.) vyvstává riziko v oblasti bezpečnosti v případech vyžadujících bezprostřední evakuaci pacientů (např. požár či jiná mimořádná událost).
Ochránce upozorňuje, že stávající uspořádání vystavuje nepohyblivé pacienty značnému riziku (nehledě na faktická režimová omezení), proto doporučuje hledat nová řešení tak, aby gerontopsychiatrická oddělení mohla být umístěna do přízemních podlaží, s možností vycházek seniorů (např. atriový dvůr).
Doporučuje se při rekonstrukcích stávajících objektů psychiatrických léčeben pamatovat na maximální bezbariérovost.

30. Tabulka č. 2 vyjadřuje, jaké jsou podmínky ubytování v léčebnách z hlediska počtu lůžek v ložnici. Nejčastěji jsou pokoje tří až pětilůžkové, často jsou ale až dvanáctilůžkové (zjištěn jeden sedmnáctilůžkový). Některé pokoje jsou průchozí. Takové podmínky nejsou důstojné a bylo zjištěno, že negativně ovlivňují stav pacientů[49]. „Když je na oddělení přijat např. mladý pacient s první atakou psychózy, nezbývá mu, než být zděšen. Prostředí mnohalůžkového pokoje místo podpory spíše posiluje odpor k léčbě a navíc pacient i jeho rodina snadno získají pocit životní tragédie. Tento základní dojem potom není schopen změnit ani vstřícný a odborný

[47] V tomto ohledu se mnoho nezměnilo do roku 2001: „Psychiatrické léčebny jsou ve značné míře stavebně, technicky a hygienicky zanedbané a řada pavilonů neodpovídá současným standardům.“ Koncepce oboru psychiatrie, kap. 3.7.
[48] Srov. např. čl. 9 odst. 1 OSN Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (Českou republikou podepsaná, dosud však neratifikovaná).
[49] Pracovníci Kanceláře se během návštěv např. seznámili s pacientem v režimu ochranného léčení, který nebyl schopen díky hromadnému ubytování spát. Jedním z následků bylo, že byl podrážděný a nedodržoval léčebný režim, což ovlivnilo jeho posudek pro soud; ochranná léčba byla v jeho případě shledána jako neúčelná.

přístup personálu a kvalitní farmakoterapie.“[50] Kolektivní ubytování současných psychiatrických léčeben dlouhodobě kritizuje CPT[51] i odborná česká veřejnost[52]; snížení počtu lůžek na pokojích by uvítala většina během návštěv dotázaného lékařského personálu. Žádoucím trendem, jak potvrdili i ředitelé léčeben, by mělo být budování ubytovacích místností s max. 3 – 5 pacienty.
Doporučení viz bod 142.

31. Bylo zjištěno, že rekonstrukce některých oddělení jsou již naplánovány a připraveny, ale roky se z finančních důvodů odkládají (PL Dobřany, PL Kroměříž). Nelze očekávat, že se v tomto ohledu situace bez dalšího změní k lepšímu, neboť se jedná o skutečnosti léčebnami těžko ovlivnitelné. Naléhavost je přitom značná.[53]

32. Společný prostor oddělení, kde se pacienti zdržují přes den, je v léčebnách různě řešený. Plní funkci jídelny, společenské místnosti, mnohdy i místnosti návštěvní či místa, kde se provádí lékařské vizity. Pacientům jsou k dispozici více či méně vybavené kuchyňky k přípravě či ohřátí nápojů či jednoduché vlastní stravy. Kuchyňky však může používat jen personál či v lepším případě pověřený pacient, jejich užití je tak pro pacienty poměrně omezené. Důvodem je obava personálu o jejich bezpečnost a zdraví.

Velmi často se lze setkat s tím, že na oddělení není zřízena návštěvní místnost. Návštěvy pacientů tak probíhají ve vstupních částech budov či chodbách oddělení, kde jsou pro tento účel zřízena posezení nejrůznější kvality, s různou mírou soukromí. Někde též chyběly kuřárny, pacientům tak byla upírána možnost kouřit nebo byli nuceni porušovat domácí řády oddělení a kouřit na toaletách.
Ochránce poukazuje na to, že všechna oddělení léčeben by měla být dostatečně vybavena vhodnými funkčními místnostmi (společenská místnost/jídelna, návštěvní místnost, kuřárna, kuchyňka).

33. Na příjmových odděleních se pacienti přes den pohybují ve společných prostorách – několika převážně velkých místnostech a chodbách plných jiných pacientů a personálu. Je tam hluk televize, odehrává se tam interakce s personálem, výdej jídla. Ve většině oddělení panuje režimové opatření uzamykání ložnic přes den (viz bod 124). Celkově lze uzavřít, že v příjmových (neklidových) odděleních žijí pacienti bez soukromí v neustálém hluku a ruchu, někteří po dobu mnoha měsíců. V rámci těchto oddělení by měla být vytvořena „klidová zóna“, kam by se pacient mohl uchýlit před každodenním ruchem. Ostatně improvizovaně taková řešení vznikají, když personál podle potřeby izoluje některé pacienty v odlehlých částech oddělení. Podle ředitelů zařízení je klidová zóna součástí až doléčovacích odděleních. Nelze však než se zamyslet nad tvrzením jednoho pacienta: „Je

[50] Postřeh přizvané konzultantky-psychiatričky.
[51] „CPT vyjadřuje jednoznačnou podporu trendu rušit velkokapacitní ložnice pro pacienty… ubytování v takových prostorách je stěží slučitelné se standardy moderní psychiatrie…, zabezpečení ubytovací struktury založené na malých skupinách je důležitým faktorem pro zachování/obnovení pacientovy důstojnosti i klíčovým prvkem každé politiky směřující k psychologické a sociální rehabilitaci pacienta.“ Standardy CPT, 2004, bod 36 na str. 54.
[52] Umísťování pacientů na více než šestilůžkových pokojích vytýká Závěrečná zpráva projektu APEL (Audit práv a etiky léčby v psychiatrických léčebnách) realizovaného Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví a vládním zmocněncem pro lidská práva a Ministerstvem zdravotnictví.
Jak uvádí Baudiš a Libiger, častým důvodem stížností psychiatrických pacientů a jejich blízkých bývá překvapení a otřes při prvním styku s psychiatrických zařízením, zvláště s gerontopsychiatrickými a uzavřenými odděleními. (Psychiatrie a Etika, Galén 2002, str. 88).
[53] „Nelze připustit diskriminaci nemocných v psychiatrických léčebnách a opomíjet snahy o zlepšení prostředí pro péči o tyto pacienty.“ Žižka, V.: Definice, předmět a cíle oboru, http://www.ceskapsychiatrie.cz/Text/koncepceoborupsychiatrie?MenuItemId=170

obrovský paradox v tom, že na oddělení neklidu, kde bych se měl „uklidnit“, jsou uzamčené pokoje, a tak mi nezbývá než korzovat po přeplněné chodbě nebo kuřárně, kde není možné být chvíli sám.“

Doporučuje se vhodnými opatřeními zmírnit hlučnost a rušnost neklidových oddělení. Například vytvořením „klidových zón“, kde by mohl pacient v případě potřeby nalézt dostatek klidu a soukromí. Ideálem jsou ovšem malá přehledná oddělení s otevřenými ložnicemi.

34. Ze třiceti navštívených oddělení má jedenáct kapacitu větší než 40 lůžek. Pouze čtyři oddělení ji mají menší než 30. Společným znakem pacientů neklidových oddělení je neklid a věk, nikoli diagnóza. Vzniká tak velmi náročné prostředí, kde se společně léčí pacienti s velmi pestrou paletou psychiatrických diagnóz, nadto v rozdílných fázích chorob, závažnosti, chronicity, osobnostní výbavy atd.[54] Musí se snášet pacienti s až protichůdnými psychickými stavy, je velmi obtížné, ne-li nemožné, udržet na odděleních srozumitelný řád a prostředí nelze využívat terapeuticky. Podle názoru přizvaného odborníka se následně rezignuje na možnost rozumět interakcím mezi pacienty navzájem i mezi pacienty a personálem, využívat je k hlubšímu pochopení problematiky pacientů a terapeuticky modifikovat[55]. Na nevhodnou směs diagnóz na příjmových odděleních poukazovalo několik lékařů, psycholožka a nepřímo byl vnímán i samotnými pacienty. Ti uváděli, že někteří nově příchozí pacienti, např. v akutní psychotické fázi, je rozrušují a pacienti se jich bojí. Napětí a úzkost některých pacientů může mít pak spíše situační charakter, než aby bylo způsobeno původním onemocněním. Podle lékařů dochází hned po zklidnění a zaléčení k překladu na režimově i materiálně komfortnější oddělení, faktem ale je, že se lze setkat i s pacienty hospitalizovanými na neklidovém oddělení několik let. Pracovníci Kanceláře se také setkali s pacienty, kteří pobývali na uvedených odděleních, ačkoliv k tomu již nebyl lékařský důvod a měli být přemístěni na doléčovací stanice. Na nich však nebyla volná místa.

Ředitelé navštívených léčeben vnímají výhodnost oddělení (stanic) menších, než jak dosud fungují, více specializovaných.[56] Také v mezičase od návštěv po vydání této zprávy došlo i k dílčím změnám (PL Havlíčkův Brod). Doporučení radikálnějších změn však naráží na všudypřítomný problém „chybí peníze“.

Doporučení viz bod 142.

35. S předchozím bodem úzce souvisí problematika umisťování dobrovolně a nedobrovolně hospitalizovaných pacientů na stejná oddělení. Příjmová oddělení jsou v tomto smyslu smíšená, zacházení se všemi je stejné, resp. všichni jsou podrobeni stejnému režimu uzavřených oddělení. Mimo jiné nemohou dobrovolně

[54] Na příjmové oddělení jsou umisťováni psychopati různých typů, pyromani, pacienti se schizofrenií, bipolární poruchou, sexuální sadisté, pacienti s duální diagnózou (psychóza plus polymorfní závislost), pedofilové, mentálně retardovaní v různých stupních retardace a s různými poruchami chování. Na odděleních jsou tak umístěni pachatelé trestných činů, tj. osoby se závažnou psychopatologií, společně s jinými, psychicky i sociálně křehkými, kteří často svou psychopatologii projevují sebedestrukcí. Mísí se zde problematika detenční s problematikou terapeutickou a ani jedna skupina pacientů pak nedostává to, z čeho by mohla profitovat. Soužití uvedených osob však nutně musí vést k vytváření patologických vazeb (zneužívání slabších silnějšími, šikana apod.), prohlubování psychopatologie a beznaději. K tomu viz požadavky CPT na prevenci, Standardy CPT, bod 30 na str. 52.

[55] Příkladmo je možno představit hluchého pacienta se schizofrenií a mentální retardací: měl nasazen psychofarmakum poté, co byl „bez vnějších příčin agresivní“ (zápis z dekurzu) – kopnul pacienta, o němž je známo, že je psychopatický a sexuálně obtěžuje spolupacienty.

[56] „Dlouhodobě se jeví nutné pacienty oddělit, neboť pro heterogennost nelze důsledně terapii provádět. Na oddělení jsou často soustředěni těžce sociálně maladaptovaní jedinci, kteří s akutními psychotiky jsou pro personál i cíle terapie neúnosní.“ Strategie Psychiatrické léčebny Horní Beřkovice, kapitola 1.9.

hospitalizovaní pacienti sami uzavřené oddělení opustit. Podle názorů některých dotázaných lékařů by bylo vhodnější oddělení pacientů (krom gerontopsychiatrických), neboť k dobrovolně hospitalizovaným pacientům by se mělo přistupovat jinak.[57] Náznak systému oddělení pacientů na základě druhu hospitalizace lze spatřit pouze v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod.

b) Informace o pacientech

36. Pacienti pobývají v PL buď na základě svého souhlasu, nebo s přivolením soudu. Soud o přípustnosti převzetí do léčebny a trvání hospitalizace rozhoduje, má-li lékař pochybnost, že pacient může o svém přijetí kvalifikovaně rozhodnout, nebo neposkytne-li pacient jevící známky duševní choroby nebo intoxikace souhlas a ohrožuje sebe nebo své okolí. Třetí skupinu pacientů v léčebnách tvoří osoby, jímž bylo soudem uloženo ochranné léčení. Právní režim a charakteristiku pacientů navštívených oddělení léčeben popisuje podrobněji tabulka č. 4.

37. Jak bylo uvedeno v širších souvislostech výše (body 19 a 20), řadu pacientů se po zaléčení přes veškeré úsilí léčebny nedaří přemístit do vhodnějšího zařízení (zejména zařízení sociálních služeb). Léčebny jsou pro mnoho lidí konečným řešením, a to i na mnoho let (zaznamenán až dvacetiletý případ; případ dementní ženy dlouhodobě na izolaci neklidového oddělení). Bohužel to platí také pro pacienty na některých neklidových odděleních s velmi striktním režimem. Na tuto situaci by měly být léčebny schopny reagovat. Přístup k dlouhodobě hospitalizovaným, zejména pacientům s potřebami na pomezí sociální a zdravotní služby, pacientům dementním, by měl být jiný než k ostatním. Měli by mít vlastní oddělení vybavené personálem dle jejich potřeb s uzpůsobeným režimem.
Doporučuje se zvýšit kvalitu života v léčebně u dlouhodobých pacientů, a to např. zřízením samostatného oddělení nebo přizpůsobením jejich ubytování a režimu, jsou-li hospitalizováni mezi „běžnými“ pacienty.

c) Informace o personálu

38. Bližší informace o složení personálu, který pracuje v jednotlivých léčebnách v přímé péči o pacienty, jsou uvedeny v tabulce č. 3. Počet personálu se odvíjí jednak od minimálních limitů, které jsou stanoveny úhradovou vyhláškou[58], a jednak od finanční situace léčebny. Polovina dotázaných ředitelů uváděla poptávku po psychiatrech.[59]

[57] Oporu pro tento názor lze nalézt i v odborné literatuře. Marková, Venglářová, Babiaková: Psychiatrická ošetřovatelská péče, Grada Publishing, 2006, str. 78.
[58] Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů; jsou zde stanoveny minimální limity pro oddělení odborného léčebného ústavu o kapacitě 30 lůžek.
[59] Připomínka jednoho z ředitelů: Sice většinou plníme „tabulkové počty“, ale i při splnění těchto počtů lékařů si myslím, že by jich mělo být více. Problémem je, že je nezaplatíme a v současné době ani neseženeme. Co by situaci mohlo zlepšit, by bylo určité zjednodušení přijímání lékařů – cizinců. Například lékař z Ukrajiny, specialista – psychiatr, psycholog, může být přijat na místo sanitáře. Nostrifikace je poměrně složitá a docela dlouhá: uchazeč musí složit zkoušku z českého jazyka, poté test znalostí na úrovni státní zkoušky, poté ústní zkoušku, pak absolvovat 5 měsíců stáž, pak dělá další ústní zkoušku, a to především z legislativy. Pokud by měl žadatel např. statut lékaře - čekatele, který by měl omezené kompetence, dohled jiného lékaře, nemusel by být až nedůstojně přijímán na místo sanitáře.

Na navštívených odděleních byl nedostatek nelékařského personálu. Na některých odděleních už z hlediska samotné bezpečnosti[60], jinde se nedostatek odráží do režimových opatření: pacienti se musí celý den zdržovat ve společných prostorách, neboť v pokojích by je nebylo možné dozorovat; pacienti bez samostatných vycházek se nedostanou na vzduch pravidelně; není kapacita pro individuální přístup nad rámec základní péče, pro poskytování doprovodů pro vyřízení soukromých záležitostí pacientů, pro aktivizaci mentálně retardovaných a starých pacientů. Dobrou službu vykonávají tzv. režimové sestry, jejichž místa jsou v několika léčebných zřízena. Krom pomoci při základních úkonech se přes den věnují pacientům.

V ojedinělých případech chyběl psycholog, popř. byl psycholog značně vytížen, neboť měl na starost více oddělení léčebny, a na jednoho pacienta si tak mohl vyhradit pouze několik málo minut. V jedné léčebně bylo zjištěno, že je pozici psychologa z důvodu nízkého finančního ohodnocení velmi náročné obsadit.

Představitelé léčeben uváděli, že by rádi zaměstnali více ošetřovatelského personálu, ale rozpočet to neumožňuje. Např. v jedné léčebně nyní personální náklady tvoří 70 % nákladů, které jsou z 97 % hrazeny od zdravotních pojišťoven. V kalkulaci ošetřovacího dne není zhodnocena práce psychologa (pouze klinického), sociální sestry, ergoterapeuta, arteterapeuta, fyzioterapeuta. Prostředky na jejich platy musí léčebna vyšetřit jinde.

Doporučení viz bod 142.

39. Mimo pracovní dobu lékařů slouží v léčebně tzv. žurnální lékař. Je volán na kterékoli oddělení v naléhavých případech, o víkendech provádí příjmy. V navštívených léčebnách sloužil vždy pouze jeden – jak v PL Lnáře, která má kapacitu 70 pacientů, tak například v PL Dobřany s kapacitou 1 260 pacientů. Důsledkem je to, že ve velkých léčebnách trvá mnohem déle, než žurnální lékař na oddělení dorazí. V problematických situacích se personál musí často obejít bez něho, čímž se pochopitelně zvyšuje riziko mj. i překročení kompetencí.

Doporučuje se zajistit dostatečný počet lékařů vzhledem k počtu pacientů léčebny.

40. Poznámky o nevyhovujícím materiálním zabezpečení v psychiatrických léčebnách lze vztáhnout i na podmínky, ve kterých pracuje personál. V jedné z léčeben byl na jistém oddělení pouze 1 počítač, dvakrát bylo zjištěno, že sociální pracovnice, osoby komunikující v zájmu pacientů s vnějším světem nejčastěji, nemají stále přístup k počítači s internetem.

Doporučuje se zajistit personálu dostatečné technické zázemí.

41. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních[61] ukládá zdravotnickým pracovníkům povinnost celoživotního prohlubování své kvalifikace. Systém je založen na získávání kreditů účastí na vzdělávacích akcích.[62] Většina pracovníků léčeben si vzdělávací akce zajišťuje sama, některé léčebny mají vlastní školící střediska s potřebnou akreditací, takže si částečně školí vlastní personál. Ve většině navštívených PL neexistuje kontinuální plán vzdělávání zdravotnických pracovníků.

[60] Když např. v situaci, kdy na oddělení slouží 3 sestry, odchází jedna s pacienty na vycházku, zůstanou na oddělení jen dvě, což je vzhledem ke skladbě pacientů zcela nedostačující pro bezpečnost jejich i personálu.
[61] Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
[62] Ustanovení §§ 53 a 54 uvedeného zákona.

Psychiatrická problematika je v rámci těchto školení jen jedním z témat. Školicí programy na používání omezovacích prostředků jsou zařazovány jen v některých léčebnách[63], chybí praktické zaměření. Ochránce upozorňuje na to, že mezi tématy, jejichž proškolování je léčebnami umožňováno a organizováno, chybělo právní postavení pacientů a jejich práva[64] a možnosti komunikace s osobami, které se obtížně vyjadřují[65], což je téma klíčové zejména pro gerontopsychiatrická oddělení.
Doporučuje se vypracovat systém kontinuálního plánování vzdělávání zdravotnického personálu zaměřeného na psychiatrickou problematiku, včetně právního postavení a práv pacienta, používání omezovacích prostředků a dorozumívání se s osobami s potížemi v komunikaci.

42. S předchozím bodem úzce souvisí otázka podpory zaměstnavatele při prohlubování/zvyšování kvalifikace zdravotníků. Bohužel se zaměstnanci léčeben často vzdělávají ve svém volnu a náklady si hradí sami. Jen ve dvou případech byl zjištěn příspěvek zaměstnavatele na prohlubování kvalifikace, a to ve výši řádově několika set korun (ceny kurzů se přitom pohybují v tisících). V případě jedné léčebny byl zaměstnancům hrazen psychoterapeutický výcvik v případě, že se zaváží, že zůstanou v pracovním vztahu s léčebnou několik let. Jiná léčebna poskytovala pro účast na školeních a seminářích tři dny volna ročně.

Podle ustanovení § 54 odst. 5 zákona o nelékařských zdravotnických povoláních se účast na celoživotním vzdělávání v určitých formách považuje za prohlubování kvalifikace podle Zákoníku práce[66]. Podle ustanovení § 230 odst. 3 Zákoníku práce se účast na školení nebo jiných formách přípravy anebo studiu za účelem prohloubení kvalifikace považuje za výkon práce, za který přísluší zaměstnanci mzda nebo plat.
Doporučuje se vytvořit pro pracovníky v přímé péči o psychiatrické pacienty maximální možnou podporu v prohlubování/zvyšování jejich kvalifikace.

43. Personálu léčeben nejsou k dispozici sebereflexní prostředky, jako jsou kasuistické semináře, případové konference, supervize či Bálintovské skupiny apod., ačkoli by o jeho přínosu nebylo pochyb. Z pozorování pracovníků Kanceláře i z učiněných rozhovorů je patrné, že sestry se zaměřují na, většinou velmi kvalitně odvedenou, ošetřovatelskou práci, ale lidský přístup k pacientům chybí, někde lze hovořit i o syndromu vyhoření. Několikrát se přístup k pacientům jako k objektům dostal do mluvy personálu („co se nám sem dostane“, „kam to přeložíme“, „musíme udělat rekonstrukci, aby byl výběh…“). Pravidelná reflexe vlastní práce může přispívat ke zvyšování její kvality i k ochraně personálu, vystaveného extrémní emoční zátěži[67]. Pouze některé léčebny s uvedenými metodami pracují: PL Lnáře připravuje Bálintovské skupiny, PL Havlíčkův Brod má speciální interní setkávání psychologů a sociálních pracovnic. V jiné léčebně syndromu vyhoření předcházejí možností přeložení na jiné oddělení. Pracovníci Kanceláře ovšem zjistili také neochotu ze strany lékařského personálu účastnit se např. kasuistické supervize.

[63] Zde možno uvést dobrou praxi PL Kroměříž či PL Dobřany.
[64] Během návštěv bylo zjištěno poměrně nízké právní povědomí nelékařských pracovníků a jejich nedostatečná orientace v otázkách práv pacientů, kvalitativně dostatečná úroveň v této oblasti byla zaznamenána u lékařů.
[65] V PL Lnáře byl zaznamenán u pracovníků absolvovaný kurz technik neverbální komunikace.
[66] zákon č. 262/2006, Zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů
[67] Syndrom vyhoření je u psychiatrických pracovníků velmi aktuální a může se díky častému stresu, frustrací z nenaplnění představ o postupu léčby a velké emocionální zátěži dostavit velmi rychle. Supervize, ať už individuální nebo týmová, představuje velmi efektivní preventivní program. Zdroj: Marková, Venglářová, Babiaková: Psychiatrická ošetřovatelská péče, Grada publishing, 2006, str. 92.

Ačkoli prostředky reflexe vlastní práce dosud nejsou běžně používaným nástrojem v českých psychiatrických léčebnách, ochránce jejich zajištění pro podporu pracovníků v přímé péči doporučuje.

44. Pracovníci Kanceláře v průběhu návštěv nezaznamenali od pacientů výslovnou stížnost na zacházení ze strany personálu, naopak zaznělo více či méně ocenění jejich práce. Komunikace jednotlivých členů personálu s pacienty probíhala dle vlastních pozorování s ohledem na důstojnost člověka a s velkou empatií vůči nim. Připomínky pacientů zaznívaly spíše v tom smyslu, že je personál velmi zaneprázdněn pro řešení drobnějších problémů, někdy také v tom smyslu, že lékaři s pacienty málo hovoří o léčbě a léčebných postupech.
Ochránce velmi oceňuje vysoce lidský přístup personálu léčeben k pacientům. Současně však upozorňuje, že na z hlediska konfliktů rizikových odděleních, jakými jsou neklidová (příjmová) oddělení, je nutné neustále sledovat přístup personálu k pacientům a poskytovat mu podporu (viz bod 43).

45. Mezi ošetřovatelským personálem je nepoměr v zastoupení mužů a žen. Muži, kterých je nedostatek, slouží u neklidnějších pacientů. Nedostatek mužů má vliv na režim, kterému jsou pacienti podrobováni. Například na jedno navštívené mužské příjmové oddělení, kde byl výhradně ženský personál, mohli být přijímáni pouze pacienti, jejichž zdravotní stav ženy dokázaly zvládnout. Jinak museli nastoupit na neklidové oddělení. Nebo (povinné) sprchování pacientů–mužů za kontroly personálu–žen někteří pacienti nesou velmi těžce.

46. Sociální aspekty hospitalizace v léčebně mají na starosti sociální pracovnice. Jedna má zpravidla na starost více oddělení (dvě až tři), tedy až sto pacientů (nejvyšší počet byl zaznamenán 153). Sociální práce přitom obnáší obstarání nutné administrativy související s příjmem a propouštěním pacientů (důchody, sociální dávky, bydlení), administrace finančních prostředků pacientů, dále zjišťování kontaktů na příbuzné pacientů a komunikace s nimi, mapování prostředí pro případ propuštění pacienta atd. Sociální pracovnice rovněž doprovází pacienty z léčebny při cestách zpět do zařízení, z nichž do PL přišli, někdy doprovází pacienty mimo zařízení v rámci vyřizování úředních záležitostí, zajišťují také komunikaci se soudy a úřady. Za těchto okolností je zjevné jejich vysoké pracovní vytížení.

Obsah práce sociálních pracovnic není většinou vymezen žádným standardem nebo metodikou. V některých léčebnách tak vzniká jistá disproporce v tom, co některé sociální pracovnice pro pacienty dělají a co jiné ne.
Pokud má být přístup k psychiatrickému pacientovi pojímán v souladu s vývojem nejnovějších odborných poznatků, kdy je pacient chápán více komplexně, tedy s celou škálou jeho potřeb, přibývá požadavků na uspokojování pacientových potřeb v sociální oblasti, tedy právě v činnosti sociálních pracovnic. Doporučuje se stanovit maximální počet pacientů, na které může připadat sociální pracovnice, a hledat způsob jejich zaplacení. Dále viz body 141 a 142.

47. Ve všech léčebnách probíhají provozní schůze personálu jednotlivých oddělení za účasti různých profesí. Tyto schůze probíhají většinou pravidelně, pouze několik oddělení je realizuje ad hoc.

V léčebnách by měla najít své místo týmová práce. Je důležité, aby se zdravotníci všech profesí – lékař, sestra, ošetřovatel, popř. i sociální pracovnice,

psycholog – pravidelně setkávali a aby pod vedením odpovědného lékaře vytvořili tým[68]. Tímto způsobem se zabezpečí rozpoznání každodenních problémů, diskuze o nich a usměrnění jejich řešení; může se tak často předejít i neklidovým stavům pacientů nezpůsobených primárně psychickým onemocněním. Nadto takový systém pro jednotlivé členy personálu působí preventivně před možnou frustrací (člen personálu má pocit sounáležitosti a podpory ostatních, je součástí celku)[69].

48. Léčebny ve větší či menší míře spolupracují s neziskovým sektorem, organizacemi zabývajícími se pomocí lidem s psychiatrickými onemocněními. Pracovníci Kanceláře se během svých návštěv také setkali s případy (např. PL Kosmonosy, PL Šternberk), kdy PL umožňovala pracovníkům jednoho sdružení přístup k pacientům, a to i na příjmová oddělení. Ochránce se domnívá, že činnost neziskových organizací na příjmových (neklidových) odděleních léčeben, pokud je v mezích a nenarušuje léčebný režim, je žádoucí a může léčebně pomoci právě např. s problémem vysoké vytíženosti sociálních pracovnic. Organizací však není mnoho.
Ochránce by přivítal větší spolupráci PL s neziskovými organizacemi, neboť tato spolupráce může přinést, vzhledem k obecnému nedostatku personálu, i komplexnější péči o pacienty, zahrnující např. i jednoduché právní a sociální poradenství a pomoc nebo jen prostý lidský kontakt.

49. Ne každý člen personálu léčeben, který přichází do styku s pacienty, nosí visačku se jmenovkou. Možnost identifikovat jednotlivé členy personálu (již kvůli oslovování) nejen pacientem, ale například i členy jeho rodiny, pokládá ochránce za samozřejmý standard zdravotnického zařízení. Jmenovky nosí především sestry, ovšem identifikovatelný musí být každý, s kým přijde pacient do styku, a to dostatečně čitelně.
Doporučuje se zajistit, aby zaměstnanci léčebny nosili dobře čitelnou vizitku.

III. Naplňování práv pacientů psychiatrických léčeben

a) Příjem do zařízení, dobrovolná a nedobrovolná hospitalizace

50. Hospitalizace se z právního hlediska dotýká především těchto ústavních práv člověka: práva na život a na ochranu lidského života a zdraví (čl. 6 a čl. 31 LZPS) a práva na osobní svobodu (č. 8 odst. 1 a 6 LZPS, který vychází z čl. 5 odst. 1 písm. e) Evropské úmluvy).

Původní česká právní úprava (ustanovení § 23 odst. 2 ZPZL), a ještě explicitněji novější mezinárodní právní úprava (čl. 5 Úmluvy o biomedicíně, s aplikační předností před zákonem), je postavena na obecném pravidle, že péče o zdraví je otázkou osobního rozhodnutí člověka[70]; většina zákroků v oblasti zdraví je

[68] Formy ošetřovatelské péče jsou v navštívených léčebnách různé. Pohybují se od „funkčního systému“, kdy má jeden člen personálu po celou dobu stanovené konkrétní úkoly a pracuje průběžně se všemi nemocnými (systém „všichni pro všechny“), přes „skupinový systém“ (člen personálu pečuje po celou pracovní dobu o přidělenou skupinu nemocných) až po „systém primární“ (člen personálu provádí pacienta po celou dobu hospitalizace, nese odpovědnost za ošetřovatelský proces, deleguje další pracovníky ošetřovatelského týmu). Užívání systému „case management“, který je již zaměřený na potřeby pacienta a jeho rodiny (v podstatě jde o systém primární péče, který je dále precizován), zjištěno nebylo. Zdroj: Marková, Venglářová, Babiaková: Psychiatrická ošetřovatelská péče, Grada 2006, str. 52 a 53.
[69] Standardy CPT 2004, str. 56, bod 45.
[70] „Každý člověk je svobodný a není povinen činit nic, co mu zákon neukládá. Z toho vyplývá, že také v otázkách péče o vlastní zdraví záleží jen na jeho svobodném rozhodnutí, zda a v jaké míře se podrobí určitým

proto podmíněna poskytnutím svobodného a informovaného souhlasu. Zájem na ochraně lidského zdraví a života a veřejného pořádku ukládá lékaři, aby za určitých podmínek provedl vyšetřovací a léčebné výkony i bez souhlasu, nebo dokonce proti vůli nemocného, jeho rodičů a opatrovníků, případně aby byl proto člověk hospitalizován.[71] Vzhledem k charakteru duševních onemocnění jsou tyto situace v psychiatrických léčebnách častější než v jiných zdravotnických zařízeních. Zájem na ochraně lidské svobody při tomto konfliktu někdy protichůdných zájmů (na ochraně lidského života a zdraví a svobodě rozhodnutí) ale vyžaduje, aby nedobrovolná hospitalizace byla možná jen za splnění podmínek stanovených zákonem (ustanovení § 23 odst. 4 ZPZL) a s garancí soudního přezkumu (čl. 5 odst. 4 Evropské úmluvy, § 24 ZPZL).

51. Soudní přezkum legality nedobrovolné hospitalizace probíhá na základě procesních ustanovení § 191a a násl. OSŘ; ústavně právně vychází z čl. 8 odst. 6 LZPS. Zdravotnické zařízení je povinno oznámit do 24 hodin soudu převzetí každého, kdo v něm byl umístěn bez svého písemného souhlasu, a rovněž nedobrovolné omezení dosud dobrovolně hospitalizovaného pacienta ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem. V tzv. detenčním řízení soud nejprve ve lhůtě 7 dnů rozhoduje o přípustnosti převzetí do zařízení (o nedobrovolné hospitalizaci)[72], případně dále ve tříměsíční lhůtě o přípustnosti dalšího držení.[73]

52. Nastíněná právní úprava se do praxe psychiatrických léčeben projevuje tak, že od přijímaných osob požadují písemný souhlas s hospitalizací. (Jedná se o právní úkon, který je možné kdykoli odvolat.) Souhlasy jsou získávány pomocí více či méně podrobných formulářů, nejčastěji na příjmovém pracovišti léčebny. Léčebny mají vlastní a různě pojaté formuláře – od několika řádek až po kvalitně zpracované, podrobné tiskopisy. Pacient podepisuje tento formulář při příjmu a při tom zároveň

---

medicínským výkonům a jen zákon ho může zavázat, že určitá vyšetření podstoupit musí.“ Judikát IV. ÚS 639/2000.

[71] „Nedotknutelnost integrity osobnosti jako základní ústavní princip, a z toho vyplývající zásada svobodného rozhodování v otázkách péče o vlastní zdraví, však není v žádné společnosti absolutní a neomezená.“ Judikát IV. ÚS 639/2000.

[72] Při posouzení zákonnosti převzetí nemocného do ústavu půjde na jedné straně vždy o otázku odbornou s předběžným posouzením zdravotního stavu nemocného, na druhé straně o otázku právní při posouzení, zda projevy takové osoby splňují hmotně-právní předpoklady pro její převzetí do ústavu bez jejího souhlasu za podmínek § 23 odst. 4 ZPZL.

[73] V detenčním řízení soud rozhoduje zpravidla ve dvou stadiích. V prvém rozhodne usnesením do sedmi dnů ode dne, kdy došlo k omezení osobní svobody osoby jejím umístěním do zdravotnického zařízení (ústavu) bez jejího souhlasu, zda k převzetí došlo ze zákonných důvodů (§ 191b odst. 4 OSŘ). Odvolání proti tomuto usnesení nemá odkladný účinek (§ 191c odst. 2 OSŘ). Ústav může umístěného propustit, i když soud vyslovil, že k převzetí došlo v souladu se zákonnými důvody (§ 191c odst. 3 OSŘ). Jestliže soud vyslovil, že převzetí bylo v souladu se zákonnými důvody, a umístěný je omezen nebo vyloučen ze styku s vnějším světem, pokračuje soud v řízení o vyslovení přípustnosti jeho dalšího držení v ústavu (§ 191d odst. 1 OSŘ). V takovém případě detenční řízení přechází do druhého stadia. Ke zjištění zdravotního stavu umístěného soud ustanoví znalce. Úkolem znalce je vyjádření o tom, zda další držení umístěného v ústavu při omezení nebo vyloučení styku s vnějším světem je či není nutné. Znalcem nemůže být ustanoven lékař, který pracuje v ústavu, v němž je umístěný držen (§ 191d odst. 2 OSŘ). Soud nařídí jednání, k němuž přizve umístěného (pokud podle vyjádření ošetřujícího lékaře nebo písemného znaleckého posudku je umístěný schopen vnímat průběh a význam jednání) a jeho zástupce (opatrovníka). Při jednání vyslechne znalce, podle okolností ošetřujícího lékaře, umístěného a provede popřípadě další vhodné důkazy (§ 191d odst. 3 OSŘ). V rozsudku, který musí být vyhlášen do tří měsíců od výroku o přípustnosti převzetí do ústavu, rozhodne soud, zda další držení je přípustné a na jakou dobu (srov. rozsudek Nejvyššího soudu ČR 30 Cdo 425/2005 ze dne 28. února 2006). Účinnost rozsudku o přípustnosti dalšího držení v ústavu zanikne uplynutím doby jednoho roku ode dne jeho vyhlášení, nebyla-li v něm určena lhůta kratší. Má-li být držení v ústavu prodlouženo nad tuto dobu, je nutno provést nové vyšetření a soud musí o povolení dalšího držení znovu rozhodnout. Umístěná osoba, její zástupce, opatrovník a osoby jemu blízké mohou ještě před uplynutím doby, do které je držení přípustné, žádat o nové vyšetření a rozhodnutí o propuštění, je-li odůvodněna domněnka, že další držení v ústavu není důvodné (§ 191f odst. 1 OSŘ).

s hospitalizací souhlasí i s vyšetřovacími a léčebnými úkony. A to, při doslovném výkladu formulářů, se všemi vyšetřovacími a léčebnými výkony. To je ovšem nadbytečné a vzhledem k nízkému právnímu povědomí personálu schopné později způsobit nerespektování práv pacienta.[74] Souhlas s hospitalizací nemá být směšován se souhlasem s léčbou. V době přijetí by měla léčebna vyžadovat vedle souhlasu s hospitalizací souhlas jen k těm diagnostickým a léčebným úkonům, které lze v nejbližší době očekávat. To pochopitelně předpokládá i jisté vysvětlení nejbližšího postupu pacientovi. K tomu viz bod 68.
Doporučuje se spolu se souhlasem s hospitalizací požadovat pacientův souhlas jen s těmi vyšetřovacími a léčebnými úkony, které lze v nejbližší době očekávat.

53. Někdy jsou s podpisem souhlasu s hospitalizací spojována ještě další prohlášení: seznámení s domácím řádem, závazek jeho dodržování, informování o právech a povinnostech při hospitalizaci. Zde ochránce upozorňuje, že tento postup může vést k tomu, že později již nebude informování opakováno. Podpis na prohlášení byl již poskytnut. Přitom řada pacientů neklidových oddělení byla při přijetí v takovém stavu, že až po zaléčení jsou schopni se na takové informace soustředit.
Doporučuje se dbát na to, aby podpis takových jednotných formulářů nevedl k zanedbání informační povinnosti vůči těm, kdo v době podpisu podrobnosti poučení nemohli pochopit.

54. V případě hospitalizace (přijetí) bez souhlasu osoby nebo pokračování v hospitalizaci přes jeho odvolání činí léčebna oznámení k soudu. Nejčastěji je k tomu využíván fax, někdy také elektronická pošta doplněná písemným podáním. V tomto momentu nebyla zjištěna pochybení léčeben. Bylo zjištěno jen porušení lhůty 24 hodin z důvodu čekání na podpis nepřítomného opatrovníka hospitalizovaného. Ochránce doporučil dodržet stanovenou lhůtu a o později uděleném souhlasu opatrovníka neprodleně informovat soud.

55. Soud je při svém rozhodování v rámci detenčního řízení vázán poměrně krátkými lhůtami (sedm dnů a tři měsíce). Nedobrovolná hospitalizace je zásah do osobní svobody člověka srovnatelný s vazbou či zatčením, proto nesmí být možné, aby byl pacient v léčebně dále držen v případě, že soud ve lhůtě nerozhodne. Ochránce ověřoval, jaký je postup léčeben v případě, že soud doručuje rozhodnutí se zpožděním (i když samotné rozhodnutí bylo učiněno ve lhůtě; jedná se o častý problém některých soudů).[75] Do jedné léčebny je například rozhodnutí o přípustnosti převzetí doručeno zhruba do 14 dnů od převzetí pacienta. Sociální pracovnice soudní rozhodnutí sleduje, není však jisté, zda má léčebna informaci o tom, jak bylo rozhodnuto, na konci lhůty. Ochránce se domnívá, že pokud do sedmi dnů není léčebně doručeno písemné rozhodnutí, zda k převzetí došlo ze zákonných důvodů, měla by léčebna např. telefonicky výsledek řízení zjišťovat. Obdobně to platí o lhůtách pro vyslovení přípustnosti dalšího držení v ústavu.

[74] Důsledkem užívání takového špatného formuláře může být to, že se skutečně pacientův podpis považuje za souhlas s léčebnými a diagnostickými výkony. Nutnou kvalitou poskytovaného souhlasu však musí být jeho informovanost, což je projevem práva pacienta na to, aby před jakýmkoliv zákrokem, kterým zdravotničtí pracovníci zamýšlejí zasahovat do jeho zdraví, dostal pravdivě, úplně a srozumitelně všechny rozhodné informace. To se při příjmu nemůže uskutečnit pro „všechny“ další zákroky (nehledě na dramatičnost okolností, za jakých se příjem někdy odehrává). Vznikají tak jen pochybnosti, kam až udělený souhlas dosahuje.
[75] Ke sledování lhůt viz Švarc, J.: Psychiatrická hospitalizace bez souhlasu pacienta, Psychiatrie pro praxi 2008; 9(3)

Doporučuje se zajistit, aby na konci zákonných lhůt pro rozhodování o zákonnosti převzetí a držení pacienta v léčebně měla léčebna jistotu, zda a jak soud rozhodl.

56. Za soud dochází do léčebny v rámci řízení o přípustnosti převzetí soudce nebo pověřený úředník. Má být proveden výslech umístěné osoby a ošetřujícího lékaře. Postup soudních osob není vždy správný. Pracovníci léčeben uvádějí, že z některých soudů přicházejí přesvědčovat pacienty, aby podepsali dobrovolný vstup. Ochránce rovněž nesouhlasí s postupem soudních osob, které se setkání s pacientem vyhýbají a spokojí se jen s informacemi o jeho zdravotním stavu od lékaře, popř. se sdělením lékaře, že pacient není ještě kompenzován.[76] V případě plošného výskytu nesprávného postupu by se léčebna měla obrátit na předsedu soudu, který je pověřen výkonem státní správy soudu.
Doporučuje se lékařům, aby svým jednáním se soudními úředníky nebo soudci přispívali k možnosti realizace práv pacientů. A v případě odebírání formálních souhlasů nadále u pacienta posuzovali jeho způsobilost dát souhlas s hospitalizací. Soudcům se doporučuje, aby dbali na provádění výslechu umístěného a na správnost případného přijímání souhlasu s hospitalizací.

57. Bylo zjištěno, že dosáhnout propuštění z iniciativy nedobrovolně hospitalizovaného pacienta z důvodu neodůvodněnosti dalšího držení v léčebně (§ 191f OSŘ) je prakticky nemožné, pokud nemá podporu rodiny nebo přátel, aby u soudu uspěl, ba aby byl vůbec u soudu slyšen (faktická možnost realizovat svoje práva). Totéž platí o právní pomoci k zahájení řízení o navrácení způsobilosti k právním úkonům. Po skončení detenčního řízení je již pro pacienta nedosažitelná pomoc advokáta. Vzhledem k tomu, že pacientům uvnitř léčebny není k dispozici žádná jiná možnost základní právní pomoci – žádný důvěrník, klíčový pracovník ani právně zdatný dobrovolník, bylo by vhodné zajišťovat tyto činnosti prostřednictvím sociálních pracovnic, popř. nevládních organizací[77]. (Srov. uvedené v bodě 46).
Doporučení viz bod 141.

58. V případě nedobrovolné hospitalizace z důvodu uvedeného v ustanovení § 23 odst. 4 písm. b) ZPZL se kriterium ohrožování sebe nebo okolí pod vlivem duševní choroby nebo intoxikace vztahuje na celou dobu hospitalizace bez souhlasu. Ošetřující lékař je tedy denně povinen posuzovat, zda tato podmínka trvá. Také při případném odmítnutí žádosti dobrovolně hospitalizovaného pacienta o propuštění je nutné vycházet z tohoto kritéria. Pokud duševně nemocný odmítá hospitalizaci, ale neohrožuje sebe ani okolí, nezbývá lékaři než rozhodnout, že se hospitalizace bez souhlasu neuskuteční (popř. ukončí).[78] Dobrovolně hospitalizovaný pacient by měl mít možnost léčbu na svoji žádost ukončit. Pokud jsou dle lékaře důvody pro

[76] „I když v řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nemocného do ústavu soud zpravidla nenařizuje jednání, přesto je povinen provést dokazování alespoň v tom (zákonem minimálně stanoveném) rozsahu, že vyslechne nemocného a jeho ošetřujícího lékaře.“ Usnesení Krajského soudu v Ústí nad Labem ze dne 25.11. 2003; Sp.zn. 10 Co 798/2003

[77] Pracovníci Kanceláře se na studijní cestě v Dánsku setkali s institutem poradce pacienta. Poradce (důvěrník) je ustanoven při nástupu hospitalizace každému pacientovi, může to být člověk z personálu i z vnějšku léčebny. Pacient se na něj může obracet s případnými problémy. Odměna poradců je hrazena státem, jde mimo rozpočet léčeben. Tento systém byl rovněž navrhnut Výboru pro biomedicínu Rady vlády ČR pro lidská práva v souvislosti s novým zákonem o zdravotních službách.

[78] „Ani v případech diagnostikovaných psychických poruch nelze stavět lékařskou diagnózu nad právo.“ Judikát IV. ÚS 639/2000

hospitalizaci (ale ne ve smyslu § 23 odst. 4 ZPZL), vyžádá si od pacienta tzv. negativní revers[79].

59. Schopnost posuzovat okolnosti poskytování souhlasu má výhradně lékař. Není správné, aby souhlas od pacienta, který byl dosud v režimu nedobrovolné hospitalizace, přijímal kdokoli ze zdravotnického personálu, jak bylo také v jedné léčebně zjištěno.
Doporučuje se, aby u poskytování souhlasu s hospitalizací vždy figuroval lékař.

60. Velký právní i etický problém je (ne)dobrovolnost hospitalizace gerontopsychiatrických pacientů. Právě tam jsou nejčastěji léčeni lidé, kteří ačkoli de iure právně kompetentní, de facto nejsou z důvodu organických poruch (nejčastěji demencí) schopni komplexně vnímat realitu a udělit platně souhlas s hospitalizací, nebo lze o této schopnosti důvodně pochybovat. Právního zástupce (opatrovníka) má jen málo nemocných a pro jejich potřeby ostatně institut opatrovnictví de lege lata není vhodný.

Lékaři jsou ve velmi obtížné pozici: v lepším případě řeší jednotlivé případy a intuitivně rozhodují o oznámení hospitalizace bez souhlasu soudu, v horším případě je k souhlasu s hospitalizací přistupováno formálně a za podmínku se bere, zda je nemocný, byť se třeba neorientuje v čase, místě ani osobách, schopen se podepsat na formulář.

O formálním přístupu může svědčit počet dobrovolně a nedobrovolně hospitalizovaných na takovém oddělení. Pracovníci Kanceláře se v léčebnách setkali s gerontopsychiatrickými odděleními, na nichž byly, až na pár výjimek, senioři hospitalizováni dobrovolně, tedy vyslovili souhlas s pobytem v PL. Případem dobré praxe je oddělení v PL Havlíčkův Brod, kde bylo ze 42 pacientů 30 v režimu nedobrovolné hospitalizace. Na oddělení je zavedena praxe, že pacientovi je dobrovolný vstup nabídnut k podpisu až ve chvíli, kdy ví, kdo je, kde je a co podepisuje.

Tam, kde choroba zbavila člověka úsudku a orientace natolik, že by jej ponechání bez péče vystavilo ohrožení života, je hospitalizace (i bez souhlasu) na místě a má proběhnout detenční řízení. Právní názory se liší, pokud jde o posuzování relevance poskytnutých souhlasů. Ochránce se domnívá, že tam, kde je lékař přesvědčen, že starý člověk ví, že je na léčení, a projevuje spokojenost s pobytem na oddělení, nechce odejít nebo se od toho dá bez použití donucení odradit, může jeho souhlas přijmout. Měl by však být schopen formou dokumentace tuto skutečnost dokázat. V momentě použití opatření schopného omezit pacientův pohyb nebo zabránění opuštění oddělení, nebo v případě jiného důvodu pro pochybnost o kladném postoji pacienta k hospitalizaci, musí být soudu oznámeno nedobrovolné držení. Vhodné by bylo stanovení pravidel, jak se bude v léčebně k nemocným přistupovat, včetně konzultování sporných případů v týmu.
Doporučuje se nepřijímat souhlas s hospitalizací od pacientů, kteří mají sníženou schopnost úsudku a orientace, formálně, ale vždy v návaznosti na zdravotní stav pacienta posuzovat jeho kompetenci k tomuto právnímu úkonu a postoj k hospitalizaci. Doporučuje se upravit písemně pro gerontopsychiatrická oddělení postup přijímání a družení pacientů.

[79] Ustanovení § 23 odst. 2 ZPZL.

61. Ochranné léčení ukládané soudem jako ochranné opatření vedle nebo místo trestu je rovněž druhem nedobrovolné hospitalizace. Potrvá, dokud to vyžaduje jeho účel, resp. pokud je možné účelu dosáhnout. Soud rozhoduje o tom, ve kterém zdravotnickém zařízení má být léčení vykonáno, a rozhoduje i o propuštění z ochranného léčení.[80] Způsob výkonu ochranného léčení může být v jeho průběhu soudem přeměněn.[81]

Zdravotnické zařízení má podat „neprodleně" zprávu soudu, jestliže pominou důvody pro další trvání ochranného léčení. Nebo může podat návrh na přeměnu způsobu nebo na propuštění. Při návštěvě jedné léčebny bylo zjištěno, že pacient po návrhu léčebny čeká, i přes opakované urgence léčebny, mnohdy i měsíce na nařízení zasedání a další postup ve věci. Soud při tom není vázán žádnými lhůtami. Po celou tu dobu má pacient povinnost zůstat v léčebně, ačkoli lékaři to z medicínského hlediska nepovažují za nutné, případně nepovažují jeho pobyt na svobodě za nebezpečný.

V tomto případě se jedná o hledání „přiměřené lhůty"[82] pro projednání věci pacienta. Ochranné léčení v ústavní formě je mimořádně závažným omezením osobní svobody léčeného, které někdy může znamenat větší újmu než nepodmíněný trest odnětí svobody, a to zejména díky neurčitosti svého trvání.[83] Ochránce velmi oceňuje, když léčebna napomáhá odstraňování nebo prevenci soudních průtahů tím, že vyřízení urguje u soudce nebo komunikuje přímo s předsedou soudu (je zde i možnost podání stížnosti k předsedovi soudu na průtahy ve smyslu zákona č. 6/2002 Sb., o soudech a soudcích).

Ministerstvu spravedlnosti se doporučuje zvážit navrhnutí uzákonění konkrétních lhůt pro rozhodování soudu.

62. Co nejdříve po nástupu, jakmile je schopen pacient chápat, má být seznámen se svými právy a povinnostmi a režimem oddělení. Poučení převážně poskytují sestry. Dalším zdrojem informací jsou domácí/vnitřní řády. Ve dvou léčebnách nebyly vypracovány vnitřní řády, v dalším případě nebyl obsah vnitřního řádu dostatečný, na řadě oddělení léčeben byl nevhodně zveřejněný, málo dostupný: například chyběl, nebo byl vyvěšen vysoko a tištěný malým písmem. Na některých odděleních se pracovníci Kanceláře nesetkali s žádnými informačními prostředky typu nástěnka. Ochránce to považuje za pochybení jednak proto, že pacienti neměli dostatek informací, a jednak z důvodu umožnění svévole ze strany personálu v situaci, kdy nebylo zřejmé, co se smí a co ne. V tomto ohledu byl vhodný vnitřní řád vypracován např. v PL Lnáře.

Ochránce je toho názoru, že na pacientům přístupných místech by měla být přímo k dispozici aktuální informace o tom, jaká pravidla reálně panují na daném oddělení a jak mohou v tamních podmínkách realizovat svoje práva. Tato informace by měla být dostatečně čitelná, tedy podle potřeby vyvedená velkým písmem, a přiměřeně podrobná, tedy obsahující základní informace s uvedením osob, které je mají povinnost rozvinout na základě dotazu pacienta.

Doporučuje se, aby byl pacient po svém nástupu na oddělení prokazatelným způsobem seznámen se svými právy a povinnostmi. Doporučuje se na odděleních vypracovat stručná a výstižná režimová pravidla (případně vytvořit

[80] ustanovení § 72 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů
[81] ustanovení § 351 a násl. zákona č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů
[82] Čl. 6 odst. 1 Evropské úmluvy: „Každý má právo na to, aby jeho záležitost byla spravedlivě, veřejně a v přiměřené lhůtě projednána nezávislým a nestranným soudem…"
[83] Judikát IV. ÚS 502/02 ze dne 3. 11. 2004

vlastní verzi domácího řádu apod.), jež utvářejí život na oddělení. Tato pravidla by měla být vyvěšena na oddělení.

63. Zdravotnické zařízení by mělo co nejdříve vědět, komu může sdělovat informace o zdravotním stavu pacienta. Právo pacienta určit osobu, která může (nebo nesmí) být informována o jeho zdravotním stavu, je dáno zákonem [ustanovení § 67b odst. 12 písm. d) ZPZL[84]]. Léčebna musí být schopna garantovat jeho dodržení každým členem personálu, k čemuž mohou dopomoci vhodné pomůcky (dokumentace např. formou doplňovacího formuláře). Ochránce za správnou praxi považuje, když personál prokazatelně zjišťuje, komu je možno obecně informace poskytovat, a všichni jsou s rozhodnutím pacienta srozuměni (PL Havlíčkův Brod, PL Lnáře).

Ochránce návštěvami zjistil vážné nedostatky v postupu třech navštívených léčeben. Vůle pacientů buď nebyla zjišťována dostatečně, nebo se pomíjeli pacienti nedobrovolně hospitalizovaní, nebo se zjištěnými informacemi nepracovali všichni dotčení zdravotníci. Byla také zjištěna dílčí neznalost právní úpravy přístupu příbuzných pacienta k jeho zdravotnické dokumentaci ze strany personálu.
Doporučuje se na všech odděleních zjišťovat postoj pacientů ohledně sdělování informací o jejich zdravotním stavu a zajistit, aby s vysloveným přáním mohli pracovat všichni kompetentní členové personálu. Ochránce upozorňuje, že také v případě nedobrovolně hospitalizovaných pacientů je povinnost zjišťovat, zda a komu mají být dle jejich přání poskytovány informace o jejich zdravotním stavu, a přání pacientů respektovat.

b) Informovaný souhlas s léčbou

64. Právní úprava vyžaduje, aby byl pacient před provedením každého lékařského zákroku informován o jeho povaze a účelu, a rovněž o rizicích, která s sebou zákrok nese, a vyslovil se zákrokem souhlas. Takto je informovaný souhlas upraven v ustanovení § 23 odst. 2 ZPZL a zejména v přímo aplikovatelném článku 5 Úmluvy o biomedicíně[85]. Proto se veřejný ochránce práv v souvislosti s návštěvami PL zaměřoval na to, zda lékaři souhlasný postoj pacientů k léčbě vyžadují a za jakých okolností provádějí zákroky v oblasti péče o zdraví proti jejich vůli.

65. V pěti navštívených léčebnách bylo zjištěno, že souhlas s hospitalizací je slučován se souhlasem s léčbou. Ochránce nechce zpochybňovat zcela logický názor, že nemá smysl hospitalizace v léčebně, pokud nebude docházet k léčbě (problém neprovedení Úmluvy o biomedicíně viz výklad v bodě 67). Pokud se nechce léčit někdo, u nějž jsou vzhledem k chorobě dány předpoklady pro nedobrovolnou léčbu (§ 23 odst. 4 ZPZL), nemusí být na jeho nesouhlas brán zřetel. V ostatních případech ale musí být zjišťován postoj pacienta a získáván jeho souhlas ke směřování léčby. To se projevuje tím, že je pacient lékařem obeznámen s léčbou, že je přesvědčován o její účelnosti a že lékař chce pacientův souhlas k její případné změně. A také například tím, že je to jen lékař, kdo může rozhodnout o injekčním podávání, když pacient odmítá přijímat per os.

[84] Z hlediska nároků na zdravotnickou dokumentaci souvisí ustanovení § 1 odst. 1 písm. e) vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, a bod 7 její přílohy č. 1.
[85] Článek 5 Úmluvy zní: „Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat."

Opak nebo nejasnosti byly zjištěny na mnoha odděleních z rozhovorů s lékaři i ošetřovatelským personálem. Bohužel jen výjimečně (PL Lnáře) zdravotní sestry při rozhovorech potvrzovaly, že pacient může odmítnout lék.

Běžně se tedy stává, že souhlas s hospitalizací je považován za souhlas s veškerým zacházením a léčbou, a když pacient nepodepíše dobrovolný vstup nebo není-li dobrovolný pacient přesvědčen k souhlasu s léčbou, rozhodnutí soudu v detenčním řízení nahradí souhlas s každým rozhodnutím lékaře.

Na některých odděleních byly pracovníky Kanceláře zaregistrovány poznámky pacientů, že s nimi lékaři moc často o lékařských postupech a léčbě nehovoří. Ochránce si je vědom toho, jak náročný úkol je v tomto směru kladen na lékaře v psychiatrických léčebnách, kdy řada pacientů, ač dobrovolně léčených, není schopna kvůli svému psychickému stavu plně obsáhnout podané informace o léčbě. Přesto pacienti srozumitelnou formou informováni být musí, a to jak před nasazením léčby, tak i v jejím průběhu, zejména při jakýchkoli změnách medikace nebo léčebného postupu.[86]

Doporučuje se v průběhu hospitalizace vyšetřovat a léčit pacienty s jejich informovaným souhlasem. Doporučuje se neslučovat tento souhlas se souhlasem s hospitalizací.

66. Obecně je zde stejně, jako u každého právního úkonu, kritériem schopnost úsudku pacienta. Lékaři potvrzovali, že pacienti nemusí být v takové psychické kondici, aby byli schopni informovaný souhlas udělit. Otázku, zda je pacient schopen udělit/odmítnout souhlas s léčbou, si lékař musí položit vždy, pokud není pacient zbaven způsobilosti k právnímu úkonu tohoto typu. Tedy i v případě nedobrovolné hospitalizace. Pokud je pacient schopen udělit souhlas, musí být jeho názor respektován[87]. Pacient má právo odmítnout jakýkoli zákrok, včetně život zachraňující, když je dostatek času na zjišťování jeho názoru (tedy nejde o neodkladný výkon). Navíc je třeba brát ohled na názor a přání pacienta, i když nemá právní způsobilost udělit souhlas, pokud je to při postupu lege artis možné. Tento trend bývá formulován do institutu „dříve vyslovených přání“ a je součástí jak mezinárodního práva (čl. 9 Úmluvy o biomedicíně), tak připravované zdravotnické legislativy (§ 35 návrhu zákona o zdravotních službách).

V léčebně jsou časté situace, kdy pacientův souhlas nemá z právního hlediska váhu: buď soud rozhodl o příslušném omezení nebo zbavení způsobilosti pacienta k právním úkonům a určil jinou osobu, jejíhož souhlasu je třeba, nebo lékař shledá neschopnost pacienta v danou chvíli platně učinit právní úkon[88]. Důležité je to, že lékař může postupovat bez souhlasu pacienta nebo jeho zástupce jen v případech

[86] Psychiatři Baudiš a Libiger uvádějí: „Z řešení stížnostní agendy psychiatrických nemocných lze získat obecné poučení: nikdy není dost vysvětlování, informování a přesvědčování o důvodech přijetí do psychiatrického zařízení a o způsobech léčby. Nikdy není na škodu zasvěceným poučením nemocného získávat jeho důvěru a spolupráci. Při rozhodování o léčebných metodách by měly být nemocnému vždy vysvětleny výhody a nevýhody uvažovaných postupů.“ Psychiatrie a etika, Galén 2002, str. 90.

[87] O rozpoznávání pacientovy způsobilosti dát souhlas s léčbou např. viz Cholenský, R.: Pochybnosti o způsobilosti dospělých pacientů udělit souhlas s lékařským výkonem nebo ho odmítnout, Zdravotnictví a právo 10/2007. K problému ovlivnění pacienta např. náboženským přesvědčením: „Výsledné rozhodnutí pacienta nemusí být racionální. Racionální však musí být proces, kterým k němu dospěl (není na závadu, pokud v něm hrají roli iracionální, např. náboženská východiska). Pokud je pacientovo rozhodnutí v rozporu s očekávaným rozhodnutím, k němuž by pravděpodobně dospěla většina dospělých, pak je to pro posouzení pacientovy způsobilosti relevantní pouze tehdy, pokud existují další důvody pro pochybnosti o jeho způsobilosti.“

[88] Pacient jedné léčebny dostával ECT z důvodu vitální indikace v době, kdy s ním již nebylo možno pro jeho velmi špatný zdravotní stav vyjednat informovaný souhlas s léčbou. Ošetřujícím lékařem bylo potvrzeno, že s pacientem bylo možno o indikaci ECT hovořit dříve, což se i stalo, bohužel v dokumentaci nebyla o této události ani zmínka.

vyjmenovaných zákonem. Tedy v úvahu připadá ustanovení § 23 odst. 4 písm. b) a c) ZPZL. Nestačí jen to, že se nechce léčit, pokud současně není splněna některá z podmínek výše citovaného ustanovení. Nadto účast pacienta by v proceduře udělování souhlasu nikdy neměla být zcela vyloučena[89].

Doporučuje se brát ohled i na názor a přání pacientů bez způsobilosti udělit informovaný souhlas s vyšetřovacím či léčebným úkonem.

67. Uvedenou právní argumentaci považují někteří lékaři za nepřijatelnou. Chtějí dobro pro nemocného člověka, a když ho bez jeho souhlasu léčí, mají se dopouštět porušení zákona. Úmluva o biomedicíně přijatelnější řešení nabízí, ovšem není dostatečně provedeno do českého práva, takže je nelze přímo aplikovat. „Pokud podle platného práva dospělá osoba není schopna dát souhlas se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů, lze zákrok provést pouze se souhlasem jejího zákonného zástupce nebo příslušného orgánu nebo osoby či instituce zmocněných zákonem“ (čl. 6 odst. 3). „V souladu s podmínkami stanovenými zákonem na ochranu těchto osob včetně právní úpravy pro dohled, kontrolu a odvolání, může být osoba s vážnou duševní poruchou podrobena zákroku bez svého souhlasu, je-li zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy, pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vší pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví“ (čl. 7). Dokud tato ustanovení nebudou dostatečně provedena, budou pro ospravedlnění léčby používána nepřiléhavá ustanovení (§ 23 odst. 4) a postavení lékaře i pacienta nebude jisté.

Doporučuje se v rámci příprav nové právní úpravy důsledně provést uvedená ustanovení Úmluvy o biomedicíně.

68. Slučování souhlasu s hospitalizací se souhlasem s léčbou vyjadřuje i praxe zařazovat do formuláře pro poskytování souhlasu s dobrovolným vstupem do léčebny prohlášení týkající se zdravotních výkonů.[90] K tomu viz bod 52. Taková prohlášení nelze velmi pravděpodobně za informovaný souhlas s léčbou ani považovat, neboť je při příjmové proceduře neprovází náležité informování o účelu, povaze, následcích, riziku a alternativách.

Souhlasy by měly být vyžadovány postupně: při příjmu vyžádat souhlas se vstupem a souhlas pro potřeby bezprostředních terapeutických a diagnostických opatření. V okamžiku, kdy je pacient na oddělení schopen vnímat vnitřní pravidla, poučený souhlas s pobytem na oddělení. Při stanovení plánu léčby souhlas s léčbou. Písemné souhlasy jsou vyžadovány z důvodu garance práv pacienta – pokud jsou vyžadovány a poskytovány mechanicky, ztrácí svůj smysl.

Doporučuje se léčebnám takové postupné vyžadování souhlasů pacienta.

69. Pokud jde o kladný postoj pacienta k léčbě (informovaný souhlas), nechávají léčebny lékařům volnost a jejich postup nijak neusměrňují. To, že pacient bude mít příležitost vyjádřit se ke své léčbě, by bylo možné zajistit sestavováním písemných terapeutických plánů. V rozumném čase po příjmu pacienta, resp. při nasazení léčebné medikace, by lékař sestavil předpokládaný průběh a směřování terapie – buď přímo s pacientem nebo s jeho vědomím. Pokud by nastala potřeba terapeutický

[89] Článek 6 bod 46 Vysvětlující zprávy k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně.

[90] Nevyhovující formy informovaných souhlasů kritizuje též Závěrečná zpráva projektu APEL (str. 23): „Prakticky ve všech léčebnách je zvykem, že pacient při přijetí podepisuje obecný souhlas s léčbou. O souhlas s jednotlivými léčebnými úkony pak již žádán není (výjimkou je používání elektrokonvulzivní terapie). O tom, zda byl informován o variantách léčby, předpokládaných výsledcích, rizicích a vedlejších účincích, není vedena dokumentace. Chápání pojmu „informovaný souhlas“ je nejednotné.“

postup změnit, byla by provázena změnou plánu. Navíc by terapeutický plán dobře posloužil v případě služby externího lékaře[91]. Tímto způsobem v léčebně lékaři plány nesestavují. Protože to, co by bylo jeho obsahem, je ale realizováno jinými formami, např. psaním epikríz[92] a ústní komunikací s pacientem, doporučení ochránce ředitelé léčeben vesměs považují za neužitečné.

70. Formulář pro písemný informovaný souhlas se začíná používat v PL Kosmonosy. Jinak jsou v průběhu hospitalizace od pacientů vyžadovány písemné souhlasy pouze k některým konkrétním výkonům – k provádění elektrokonvulzivní terapie (ECT), léčby antabusem nebo k nepsychiatrickým úkonům. Léčebny mají vypracovány více či méně podrobné formuláře (dobrá praxe byla zjištěna např. v PL Havlíčkův Brod), ochránce v některých případech doporučoval jejich doplnění.[93] Souhlasy s aplikací ECT bývají často příliš obecné, resp. nejsou průkazné, nebo obsahují těžko srozumitelné formulace. (Např. „byl jsem informován o důvodech ECT léčby, mechanismu působení, možných komplikací a následcích léčby“, „vše mi bylo sděleno srozumitelně“.) V některých případech chybí zmínka o poučení o právu odmítnout navrhovaný výkon nebo započatou sérii přerušit. Informující text jedné léčebny popisoval ECT jako zcela bezpečnou metodu, jejíž možné negativní účinky byly bagatelizovány.

Pokud jde o užití ECT, ochránce, jako zvlášť citlivou, doporučuje větší pozornosti otázku vitální indikace ECT (léčba bez souhlasu pacienta dle ustanovení § 23 dost. 4 písm. c) ZPZL). V některých léčebnách je případů vitální indikace ECT mnoho a zároveň není upraveno, co se bezpochyby za důvod pro vitální indikaci považuje. (Dobrá vnitřní úprava je např. v PL Dobřany.) V několika případech ochráncem přizvaní psychiatři pochybovali o správnosti této indikace. Ze zdravotnické dokumentace by mělo být zřejmé, jaký stav pacienta vitální indikaci zapříčinil.

Dalším příkladem zjištěného pochybení je případ, kdy chování a jednání pacienta, vyjadřující fakticky odvolání dříve uděleného informovaného souhlasu s ECT (útěk z léčebny ze strachu z ECT), nebylo interpretováno jako zpětvzetí souhlasu a vůle pacienta v tomto ohledu nebyla respektována.

Před aplikací ECT (krom případů dle § 24 odst. 4 ZPZL) je nutno vyžádat si informovaný souhlas, který bude založený na dostatečném poučení pacienta. Doporučuje se upravit rozsah užití ECT bez souhlasu pacienta v léčebnách vnitřním předpisem.

71. Centrální evidence použití ECT nad rámec záznamů do zdravotnické dokumentace pacientů není vedena ve dvou ze šesti ECT aplikujících léčeben. Vzhledem k tomu, že nasazení této terapie představuje poměrně závažný zásah do tělesné integrity pacienta, považuje ochránce za vhodné, aby byly takové seznamy

[91] Takovým způsobem se sestavuje terapeutický plán např. na psychiatrickém oddělení nemocnice v Kodani. Kopii terapeutického plánu sestaveného lékařem pacient vždy dostává, bez ohledu na svůj postoj k léčbě a na druh hospitalizace.

[92] Epikríza představuje souhrn informací o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího postupu, pokud ústavní péče trvá déle než 7 dnů (ustanovení § 2 písm. d) bod 2. vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů).

[93] „Lékař by měl pacienta poučit o alternativách zákroku, neboť jen pokud pacient ví i o ostatních možných způsobech léčby, může se svobodně a informovaně rozhodnout. Zejména by měla být zmíněna možnost „neléčení se“ a dále v úvahu připadající alternativy invazivní nebo konzervativní léčby. Pacient by měl být vždy upozorněn na možná rizika jednotlivých alternativ a bylo by vhodné, kdyby lékař pacientovi určitou alternativu doporučil, s ohledem na jeho individuální stav a potřeby.“ Zdroj: Doležal T., Doležal A.: Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví, Linde Praha, 2007, str. 25.

z důvodů statistických a kontrolních vedeny, podobně jako tomu je například v případech použití omezovacích prostředků.
Doporučuje se zavést na příslušných pracovištích centrální evidenci použití ECT, ze které by bylo mj. patrno, zda jde o vitální indikaci.

72. Ač se v PL cizinci nevyskytují často, zkušenosti s nimi všechny navštívené psychiatrické léčebny měly. V souvislosti s pobytem cizinců, kteří nerozumí česky, v PL byla zjišťována především míra schopnosti komunikace personálu s hospitalizovanými cizinci. Nejčastější byla odpověď ve smyslu „domlouváme se rukama nohama“. Někteří dotázaní uvedli, že by volali tlumočníka, byl zjištěn jeden případ tlumočení příbuzným po telefonu. Do budoucna se v této oblasti otevírá prostor pro vypracování stručného materiálu se základními informacemi, který bude v nejpoužívanějších světových jazycích hospitalizovaným cizincům k dispozici. Totéž lze říci k informovaným souhlasům. Možností je též komunikace pomocí piktogramů.

c) Používání omezovacích prostředků

73. Postupy, které zasahují do svobody člověka volně se pohybovat v prostoru (a tedy samozřejmě i opustit zařízení) jsou v určité podobě a za určitých okolností součástí moderní psychiatrické péče. Především se jedná o prostředky reagující na neklid, případně agresi pacientů, jejichž důsledky dosahují takové nebezpečnosti, že je pak zásah do základní svobody člověka oprávněný. Všechny omezovací prostředky lze použít jen jako krajní řešení a na nezbytně nutnou dobu.

Návštěvami bylo zjištěno, že v léčebnách (8) jsou používány následující typy prostředků, které mohou pacienty omezovat:

druh omezovacího prostředku	počet léčeben, kde je používán
umístění na uzavřené oddělení	8
umístění do izolační místnosti (odluky)	7
umístění do síťového lůžka	6
fixace kurty nebo pásy	8
znehybnění v omezovacím kabátku	5
postranice	8
léky rychlého zklidnění	8

Požadavkem ochránce na použití omezovacího opatření je jednak jeho legalita, způsob užití slučitelný s lidskou důstojností, a jednak způsob eliminující nebezpečí zneužití. Je třeba předeslat, že legislativa má vůči zdravotníkům dluh v tom, že použití omezení není dostatečně upraveno v zákonném právním předpisu speciálním pro zdravotnictví, což je velká chyba. Mají pouze metodické opatření Ministerstva zdravotnictví z roku 2004. Obecně je třeba postupy zdravotníků, které způsobují omezení svobody pohybu v prostoru, chápat jako „zákrok v oblasti péče o zdraví“ ve smyslu Úmluvy o biomedicíně a „léčebný výkon“ ve smyslu ZPZL. Podle platné právní úpravy se tedy jedná o výkon, který lze bez souhlasu nemocného provést z důvodů uvedených v ustanovení § 23 odst. 4 ZPZL.

Při rozlišování toho, zda se u konkrétního opatření jedná o omezovací prostředek, ochránce vycházel jednak z metodického opatření a jednak z prostého vyhodnocení toho, zda má opatření potenciál omezit pacienta ve volném pohybu.

74. Na úvod lze zobecnit některá pozitivní a negativní zjištění ochránce. Ochránce oceňuje to, že:

- léčebny mají (až na jedinou) vypracovány vnitřní předpisy a pracovní postupy, které se problematice omezování věnují, a je zřejmé, že je této oblasti věnována pozornost;
- nebylo zjištěno nadměrné či neodůvodnitelné tlumení neklidu pacientů léky (ačkoli případy masivní medikace ano).

Zjištěná pochybení (bez uvedení četnosti zjištění pochybení), která budou rozvedena dále, lze charakterizovat takto:

- některé typy omezovacích prostředků nejsou léčebnou chápány jako omezení (umístění na uzavřené oddělení, postranice, neklidová medikace);
- vnitřní předpisy léčebny nejsou kompletní, dostatečně podrobné;
- postup při užívání prostředků jednotlivými pracovníky není jednotný;
- nedostatečné nebo úplně chybějící záznamy (o situaci ústící v omezení, o trvání a druhu omezení);
- omezování jen z důvodu neklidu bez současného ohrožení života nebo zdraví;
- konkrétní případ nadměrného omezení (v první den návštěvy bylo mnoho pacientů gerontopsychiatrického oddělení přivázáno v křesle či v lůžku, když stejné oddělení navštívili pracovníci Kanceláře druhý den, kdy byli očekáváni, pacienti již přivázáni nebyli);
- pouze formální ordinace lékařů a faktické rozhodování o omezování sestrami;
- v určitých případech fakticky trvalé omezování z důvodu nedostatku personálu;
- chyby v plnění povinnosti dle ustanovení § 191a odst. 2 OSŘ (oznamování soudu), tedy špatné počítání běhu zákonné lhůty, v jednom případě nehlášení;
- chyby při použití prostředku (nedostatek soukromí omezovaného, nedostatky v informovanosti omezeného, omezování návštěv);
- rezervy v podpoře personálu (dokumentační pomůcky, možnost supervize, vzdělávání).

75. Požadavky a doporučení ochránce vůči léčebnám směřují do následujících oblastí:

A/ splnění oznamovací povinnosti k soudu,
B/ vnitřní předpisy léčebny,
C/ indikace kompetentním zdravotníkem,
D/ dokumentace omezení,
E/ zachování soukromí a důstojnosti pacientů v souvislosti s použitím omezovacího prostředku,
F/ postup při použití omezovacího prostředku.

Krom toho se chce ochránce cestou této zprávy obrátit na další orgány, u nichž je dána odpovědnost za podmínky poskytování psychiatrické péče v České republice, totiž Ministerstvo zdravotnictví a kraje (body 142), s doporučeními na zlepšení stávající situace.

76. Úroveň zachování práv pacientů odvisí, vedle materiálního vybavení, z velké části od kvality práce zdravotníků. Metodické opatření požaduje, aby se zdravotničtí pracovníci, přicházející do kontaktu s omezovacími prostředky, účastnili pravidelných školení. Někteří odborníci požadují školení jednou ročně, což některé léčebny

zavedly. Důležité dle ochránce je, aby taková školení nebyla formální, aby reagovala na reálnou situaci na odděleních[94]. Personál by měl mít možnost ventilovat své osobní zkušenosti a prožitky z práce s neklidnými a nespolupracujícími pacienty. Se vším respektem k náročné službě zdravotnického personálu léčeben museli pracovníci Kanceláře konstatovat, že se často setkali s podceňováním skutečnosti zásahu do osobnosti člověka při použití omezovacích prostředků a rovněž i s hořkostí vůči pacientům a nadřízeným v důsledku např. utrpěných pracovních úrazů.

Doporučuje se zkvalitnit proškolování a podporu zdravotníků v této souvislosti.

Ochrana nebo omezení?

77. 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 agresi nemocného, tedy reakcí jejich na 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.

V navštívených psychiatrických léčebnách (ovšem platí to i pro řadu dalších zdravotnických pracovišť), především na gerontopsychiatrických odděleních, jsou omezovací prostředky používány v případech, kdy není personál oddělení schopen zajistit soustavný dohled u nemocného, a tak zabránit jeho zranění či jinému poškození. Vzhledem k početním stavům personálu je to ve skutečnosti velmi často. Jedná se o používání pásů v lůžku nebo při sezení v křesle, používání síťového lůžka prakticky trvale u pacientů s těžkou mentální retardací, používání síťového lůžka u seniorů běžně na noc.

Z právního hlediska je třeba uvést, že omezovat pacienta ve volném pohybu lze jen z důvodu uvedeného v zákoně nebo s jeho souhlasem. Omezení se souhlasem (i konkludentním) lze připustit například při omezení v křesle u osoby, která by se v něm sama neudržela. Ochránce nezpochybňuje rozhodnutí odborného personálu o nutnosti použít tento prostředek, ale žádá podmínky umožňující zachování práv pacientů. Tj. provedení lege artis (prevence komplikací související s vlastní fixací), kontrola lékařem, stanovení přesné indikace a postupů v případě použití, nepoužívání přes zjevný nesouhlas či odpor pacienta. V tomto ohledu byla zjištěna četná pochybení, jak je uvedeno níže.

Jak se pracovníci Kanceláře v některých případech přesvědčili, personál oddělení za stávajících podmínek nemá jinou možnost, než postupovat zaběhnutým způsobem. Na druhou stranu namnoze lze dovodit, že projevy nemocných by objektivně odůvodňovaly spíše některé mírnější omezení (viz bod 79).

78. Bylo tedy zjištěno, že důvodem omezení na gerontopsychiatrických odděleních je často pouze neklid.[95] Zmatené bloudění a nejistý pohyb starých nemocných lidí s sebou přináší rizika, a tak při prostorovém uspořádání, materiálním

[94] Metodické opatření požaduje rozbor kritických a modelových situací. Pořizování centrální evidence používání omezovacích prostředků, a tedy možnost je vyhodnocovat, jež se v navštívených léčebnách prakticky neuplatňuje, by splnění této funkce školení umožnilo.

[95] „Důvodem nesmí být usnadnění péče či pouhý neklid pacienta." Úvodní část metodického opatření.

vybavení a personálním zajištění těchto oddělení je používání pásů a kurtů a síťových lůžek na noc naprosto běžné.

Správnou cestou v zacházení se zmatenými, bloudícími pacienty je vytvoření takového prostředí, ve kterém se mohou pohybovat (třeba i v noci) a neublíží si.[96] A dále používání prostředků, které mohou omezovat pohyb člověka, co nejmírnějších a nikoli při vyjeveném nesouhlasu pacienta. Omezování na lůžkách je sice řešení nejjednodušší, ale přináší s sebou řadu rizik a v naprosté většině situací je bezdůvodným omezením pohybu člověka. Stále totiž pro každé použití platí, že osoba musí ohrožovat sebe nebo okolí něčím vážnějším, než je zvažovaný zásah do jejího práva.

Doporučuje se Ministerstvu zdravotnictví, jako zřizovateli léčeben, kterých se výše uvedené týká, vyjádřit se k tomu, že v jím zřizovaných zdravotnických zařízeních jsou lidé v takové míře omezováni mechanickými prostředky z důvodu nemožnosti zajistit jim dohled. Respektive z důvodů, které neleží na straně personálu těchto zařízení.

79. Dále bylo v několika případech zjištěno, že omezovací prostředek je používán trvale. V jednom případě se jednalo o středně těžce mentálně postiženou ženu, která už půl roku byla převážnou většinu dne, kdy se jí nemohla individuálně věnovat sestra, znehybněna omezovacím kabátkem a ještě připoutána k lůžku; důvodem bylo její opakované sebepoškozování především polykáním předmětů. Dalším případem byla pacientka s těžkou nespecifickou demencí s poruchami chování a také snahami polykat předměty, která je kvůli nemožnosti zajistit nepřetržitý dohled celodenně umístěna v izolační místnosti, krom občasných procházek po chodbě. Celodenně krom nutných úkonů je také v jiné léčebně v síťových lůžkách několik pacientů s těžkou mentální retardací.

Síťová lůžka a další omezení v těchto případech nahrazují nedostatek personálu a neexistenci specializovaného pracoviště pro popsané typy postižení. 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.

Vzhledem k tomu, že popsaný problém přesahuje možnosti jednotlivých léčeben, doporučuje se Ministerstvu zdravotnictví, jako představitelům státní správy, a krajům, jako představitelům samosprávy, vyřešit problém těchto nemocných. Například zřízením a financováním speciálních pracovišť, ať již v rámci rezortu zdravotnictví, nebo sociálních věcí, jejichž vybavenost by umožňovala zajištění kvalitní a specializované péče. Viz doporučení body 142 a 145.

[96] Pojem „bezpečné prostředí“ viz materiál Asociace průvodců v problematice rizikového chování a nové metody v práci s uživateli sociální služby s rizikem v chování; materiál Strategie České alzheimerovské společností – P-PA-IA; Tošnerová, T.: Na pomoc kvalitnímu stáří z hlediska zdravotníka – prevence pádů

A/ Splnění oznamovací povinnosti vůči soudu

80. Povinnost léčebny činit oznámení k soudu vyplývá z ustanovení § 191a odst. 2 OSŘ: „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.“ Ohlašovací povinnost užití omezovacího prostředku je stanovena pro potřeby detenčního řízení. Užití omezovacích prostředků je třeba hlásit proto, že při něm je vždy pacient omezen ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem. Nestačí tedy hlásit jen případy, kdy pacient projeví vůli odejít ze zařízení a je mu to znemožněno.[97]
V léčebně, která takto omezovací prostředky soudu nehlásila, **ochránce doporučil použití omezovacího prostředku ve smyslu ustanovení § 191a odst. 2 soudu hlásit.**

81. V jednom případě ochránce upozornil léčebnu na nesprávné chápání zákonné lhůty „do 24 hodin poté, co k takovému omezení došlo“. Léčebna hlásila jen případy, kdy do 24 hodin od skončení potřeby omezovat nebyl získán souhlas pacienta s použitými prostředky. Vzhledem k jednoznačnosti textu zákona ochránce doporučil činit oznámení do 24 hodin od počátku omezení. Je možné s oznámením vyčkávat na zklidnění pacienta s předpokladem, že souhlas poskytne, ale stanovená lhůta musí být počítána od počátku omezení a musí být dodržena.

82. Ve všech léčebnách jsou některá nebo všechna příjmová oddělení uzavřená. Pobyt na uzavřeném oddělení však některými léčebnami není vnímán jako omezovací prostředek, tedy jeho užití například není hlášeno soudu. Doporučení ochránce jednotlivým léčebnám v této souvislosti nezpochybňovala oprávněnost umístění na uzavřené oddělení u konkrétních pacientů. Spíše směřovala do právní stránky umístění.

Pobyt na uzavřeném oddělení chápe jako omezovací prostředek metodické opatření. Ze své povahy uzavřené oddělení zcela naplňuje zákonnou (§ 191a odst. 2 OSŘ) charakteristiku omezení „ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem“. Podle názoru ochránce, od počátku (zcela uzavřené oddělení) nebo od okamžiku, kdy konkrétnímu pacientovi na požádání nejsou odemčeny dveře (tzv. polouzavřená oddělení), je třeba tuto skutečnost zohlednit. Pokud tedy pacient nastupuje přímo na uzavřené oddělení, jeho případný souhlas s hospitalizací by měl být v tomto pravdivý, tedy informovaný. Nelze se spokojit s tím, když na centrálním příjmu léčebny podepíše stručný a obecný souhlas bez zohlednění toho, na jaké oddělení bude umístěn, aniž by následně tento souhlas nebyl zpřesněn s ohledem na uzavřenost oddělení. V souvislosti s tímto způsobem omezení volného pohybu nebyla zjištěna jiná pochybení, než špatné udělování souhlasů nebo nehlášení soudu.
Doporučuje se vnímat umístění na uzavřené oddělení jako omezení pohybu pacienta, vyžadovat od nemocných konkrétní souhlasy a v případě jejich nezískání použití tohoto omezení hlásit soudu.

83. Léčebny by měly mít k dispozici příjmová oddělení otevřená i uzavřená, aby nebyli omezováni ti, u nichž k tomu nejsou zákonné předpoklady. Na uzavřených by

[97] Text občanského soudního řádu je jednoznačný a v tomto ohledu nedává prostor k úvaze, která omezení hlásit a která ne. Resp. jako rozhodující je zde široké kriterium omezení ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem. Tedy bez ohledu na to, jaké další kroky soudce lze očekávat a zda se v čase po uplynutí lhůty dá očekávat další vývoj hospitalizace jako dobrovolné, je nenahlášení omezení do 24 hodin porušením zákona.

byli umístěni nedobrovolně hospitalizovaní pacienti a pacienti hospitalizovaní dobrovolně, kteří však splňují podmínky pro umístění na uzavřené oddělení. Dobrovolně léčení pacienti, u nichž nehrozí nebezpečí, že by mohli ohrozit sebe nebo své okolí, by měli být umístěni na otevřená oddělení, případně mít možnost oddělení na požádání kdykoliv opustit.

B/ Vnitřní předpisy léčebny

84. Až na případ jediné léčebny lze konstatovat, že oblast omezovacích opatření je vnímána jako tak významná, že si vyžaduje úpravu vnitřními předpisy. V některých léčebnách však byla vnitřní pravidla roztříštěna v mnoha předpisech různých druhů (směrnice pro personál celého zařízení, ošetřovatelský postup, předpis pro určitý primariát nebo oddělení), mnohde byly předpisy hodně staré a dále se některé věnovaly jen určitým typům omezení (nejméně byla upravena oblast používání síťových lůžek a neklidové medikace).

Dále je argumentem pro pečlivou vnitřní úpravu to, že byla zjištěna značná nejednotnost při používání omezujících prostředků a v názorech na vhodnost či nebezpečnost jednotlivých druhů omezení (kurty, izolační místnost). A to nejen mezi léčebnami, ale i v rámci jedné léčebny.

Není tedy sporu o tom, že stanovení pravidel je nutné. Pouze v jediné léčebně lze hovořit o zdařilém pokusu vnitřní úpravou postihnout celou realitu používání omezovacích prostředků v léčebně. Dle názoru ochránce by vnitřní úprava měla mít tyto vlastnosti:

- směřovat ke všem z personálu, kdo jsou na používání omezovacích prostředků účastni, tj. upravovat povinnosti všech profesí;
- stanovit pravidla pro všechny omezovací prostředky, které jsou v léčebně používány, nevěnovat se jen některým;
- být dostatečně podrobná a popisující realitu při poskytování psychiatrické péče na konkrétním pracovišti – opisování právních předpisů, jež jsou někdy pohříchu obecné, nesrozumitelné a na sebe nenavazující, nepřináší žádnou přidanou hodnotu a personálu neposkytuje potřebnou pracovní pomůcku;
- stanovit podmínky používání omezovacích prostředků srovnatelné na všech pracovištích léčebny (což samozřejmě předpokládá, že nebudou pracoviště, kde postup personálu upraven nebude);
- být ve vhodných intervalech revidována.

Doporučuje se vytvářet vnitřní předpisy upravující používání omezovacích opatření tak, aby splňovaly uvedené požadavky.

85. Dále je třeba upozornit, že stanovení pravidel má význam pouze tehdy, bude-li pravidelně kontrolováno jejich dodržování. Návštěvami nebyly zjištěny jiné, než neformální způsoby kontroly práce zdravotníků.

C/ Indikace kompetentním zdravotníkem

86. U naprosté většiny typů omezovacích prostředků vnitřní předpisy léčeben počítají s jejich indikací lékařem, která se ve zdravotnické dokumentaci musí projevit jeho dostatečnou ordinací. Respektive v některých léčebnách toto pravidlo nebylo stanoveno písemným předpisem a tradovaná pravidla nebyla na všech pracovištích jednotná. Metodické opatření stanoví, že o užití omezovacích prostředků rozhoduje zásadně lékař.

Zde ochránce konstatoval četná pochybení léčeben. Například na gerontopsychiatrickém oddělení jedné léčebny, jehož pacienti jsou nejvíce ohroženi nebezpečím pádu vzhledem k vysokému věku a omezením hybnosti, lékaři do dekurzu předepisují téměř každému pacientovi obecnou ordinaci „prevence pádu". Na základě toho mohou sestry dle vlastního uvážení poutat ke křeslu nebo v lůžku, což se děje pásy a kurty velmi často. Postup sester není jednotný, ne vždy se promítne do dokumentace. Nebo jinde sestry dle svého uvážení používají síťová lůžka preventivně – i přes den, aby pacienti nebloudili po oddělení a v noci nechodili. A v dekurzu lze nalézt zápis „používání omezovacích prostředku z preventivní indikace". Žádným předpisem není rozvedeno, co taková ordinace přesně znamená. Rovněž na některých pracovištích sestry samy rozhodují o podání neklidové medikace na základě vágních preventivních ordinací lékaře.
Ochránce upozorňuje, že rozhodnutí o omezení je výhradně v kompetenci lékaře. Ve výjimečných případech vyžadujících bezodkladné řešení může být pacient omezen bez předchozí ordinace lékaře. Lékař musí být v těchto případech neprodleně informován, aby mohl v co nejkratším termínu potvrdit omezení nebo zavést jiný postup. Rovněž v případě žádosti pacienta o medikament nebo o jiné omezení musí rozhodnout lékař.

87. Ochránce odmítá formální ordinace lékařů (většinou určitého medikamentu nebo veškerých opatření, kterými lze dosáhnout prevence pádu pacienta), které odpovědnost za užití fakticky přesouvají na sestry. Jedná se tak o užití léků rychlého zklidnění, fixačních pásů i síťových lůžek (těchto ve dvou léčebnách). Ordinace mají podobu předpisu léku „pro případ neklidu" nebo jen „prevence pádu". Takové ordinace jsou však příliš obecné. Sestra si zaslouží při své náročné práci jasnou ordinaci, nikoli jen doporučení, a pacient zase postup podle pravidel, která vyloučí libovůli a možné nadužívání omezovacích prostředků.[98] Ordinace musí obsahovat určení, jaký lék, v jaké koncentraci a dávce a kolikrát, popřípadě jaké mechanické opatření přesně může být použito. To vše při detailním popisu požadované indikace, pokud ovšem je možné ji dopředu nadefinovat a není nutná osobní přítomnost a posouzení lékaře (což je většina situací). Indikace rovněž musí být uvedena lékařem ve zdravotnické dokumentaci pacienta nebo lze odkázat na oficiální vnitřní předpis léčebny, jehož text je pro personál závazný a který takové určení obsahuje.
Doporučuje se nepoužívat při ordinování obecné formulace „pro případ neklidu", „prevence pádu" apod. Doporučuje se vždy, kdy je možné dopředu u konkrétního pacienta předvídat stav, kdy lékař nařizuje užití omezujícího prostředku, takový stav podrobně popsat.

88. Rovněž problematické je podávání zklidňující medikace na základně telefonického schválení lékařem. Navíc málokde bylo pravdivě dokumentováno. Lze si představit situace, ve kterých je takový postup naprosto vyloučen. Pokud se jinak vedení léčebny rozhodne odsouhlasování podání medikamentu po telefonu umožňovat, **doporučuje se stanovit pro ně jasná pravidla.**

[98] Nebezpečím je, že ačkoliv neklid pacienta nemusí nutně znamenat projev primární nemoci, ale může představovat pacientovu momentálně frustrovanou reálnou potřebu (pacient může být neklidný proto, že ho obtěžuje jiný pacient, něco ho bolí apod.), personál v případě, že existuje preventivní neklidová ordinace od lékaře, povětšinou bez dalšího aplikuje prostředek omezení. Ačkoliv by bylo třeba možné situaci vyřešit i jinak (oddělením od problémového pacienta, podat lék proti bolesti atd.).

89. V některých léčebnách je zavedeno, že ordinace omezovacího prostředku má omezenou časovou platnost. Po určité době nebo po podání určité dávky musí následovat nové posouzení lékařem a potvrzení případného pokračování omezení novou ordinací nebo rozhodnutí o jeho ukončení.[99] Takové stanovení intervalů pro aplikace omezení má za cíl minimalizovat riziko nadužívání restriktivního opatření.
Doporučuje se určit v léčebně (např. v rámci vnitřního předpisu) maximální délku platnosti ordinace omezovacího prostředku.

D/ Dokumentace omezení

90. Použití omezovacího opatření musí být nesporně dostatečně dokumentováno ve zdravotnické dokumentaci pacienta. Jednak jeho ordinace, dále důvod konkrétního použití (popis situace, která v nutnost použití vyústila) a další záznamy o průběhu omezování. Podrobné požadavky zde stanoví metodické opatření.

Ochráncem byly velmi často zjištěny chyby v dokumentování. Například na jednom oddělení byly pořizovány pouze záznamy o druhu omezení a času jeho zahájení. Nebo všechny záznamy pořizovaly sestry, lékař v průběhu několikahodinového omezení nepořídil žádný záznam. Jinde, tam kde byly preventivní ordinace, se použití omezení někdy nezaznamenalo. Často také byly záznamy málo popisné – k popsání důvodu omezení byly používány vágní výrazy „agrese“, „neklid“. Přitom je třeba trvat na popsání konkrétních projevů pacienta, jinak je mj. znemožněno situaci a nutnost omezení zpětně vyhodnotit.
Doporučuje se zkvalitnit pořizování záznamů o použití omezovacích prostředků do zdravotnické dokumentace. Doporučuje se pořizovat je tak, aby jimi byly popsány skutečnosti uvedené v bodě 6 metodického opatření[100].

91. Odborný personál samozřejmě vnímá dokumentování jako administrativní zátěž, která dokonce může ubírat čas jinak věnovaný pacientům. Je však třeba si uvědomit, že použití omezovacího prostředku není běžným terapeutickým postupem a je legální jen za určitých, zákonem úzce vymezených okolností. Pokud formou dokumentace nebude zdravotnické zařízení schopno dokázat splnění této podmínky, u každého případného sporu (žaloba na ochranu osobnosti) na to doplatí. Totéž platí o možnosti dokázat postup lege artis (způsob a průběh omezení). Navíc se dokumentování týká pouze velmi nízkého počtu pacientů. Pro personál by měly být připraveny přehledné formuláře, ve kterých by se v případě omezení pouze zatrhla nebo vyplnila vhodná kolonka a nemusely do nich opakovaně vypisovat tytéž údaje. Velmi dobrý formulář byl zaznamenán v léčebně Lnáře.
Doporučuje se zvážit vytvoření pomůcek pro dokumentaci používání omezovacích prostředků.

92. Pouze ve dvou léčebnách je zavedeno, že o použití omezovacích prostředků jsou pořizovány záznamy do centrální evidence. V dalších čtyřech léčebnách se na některých odděleních použití některých druhů omezení také centrálně eviduje. Až na jedinou léčebnu nebylo zjištěno, že by se takto sbíraná data nějak vyhodnocovala.

Záznamy v dekurzech jsou povinností a mají význam pro konkrétního pacienta. Centrální záznamy jsou však velmi cenné pro celou léčebnu. Je z nich

[99] Například dle standardů popsaných v Restriktivní metody v psychiatrii, standardizace ošetřovatelské péče, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha 2004, má být pro terapeutickou izolaci takový limit 12 hodin, pro použití kurtů 3 hodiny.
[100] Kdo rozhodl o užití omezovacího prostředku, druh omezení, důvod použití, dobu, kdy k omezení došlo, dobu ukončení omezení, frekvenci kontrol zdravotnickými pracovníky a lékařem, popis tělesného a duševního stavu, kontrolu funkcí, které je nutno sledovat.

možno vyvozovat obecnější okolnosti jejich používání. Bez centrální evidence je používání omezení jen obtížně kontrolovatelné: nadřízení nemají pomůcky k tomu, aby si mohli zodpovědět otázky, jak často, proč, na čí popud jsou na tom kterém oddělení používány kurty, izolace, léky rychlého zklidnění, jaký je původ obtíží pacientů, zda není někdo znevýhodňován, zda je přístup personálu jednotný. V některých léčebnách není nyní ani zřejmé, zda si tyto otázky někdo klade.[101]

Není nutné činit záznamy tak podrobně, jako do dekurzu. Z evidence by mělo být zřejmé, kterého pracoviště se záznamy týkají (například je možné vést centrální evidenci při jednotlivých odděleních), aby používání restriktivních metod mohlo být sledováno a analyzováno na jednotlivých odděleních v rámci zdravotnického zařízení.[102]

Doporučuje se zavedení centrální evidence používání omezovacích opatření na odděleních a jeho vyhodnocování.

E/ zachování soukromí a důstojnosti pacientů v souvislosti s použitím omezovacího prostředku

93. Předpoklady pro použití omezovacího prostředku jsou též materiálního charakteru – tedy léčebna musí mít prostory a pomůcky pro to, aby provedení omezení nesnižovalo lidskou důstojnost, aby bylo zachováno soukromí pacienta. Jak požaduje i metodické opatření, pacient má být při omezení mimo dosah ostatních pacientů. Personál musí být na druhou stranu pacientovi dostupný.

Tato zásada nebyla na mnoha navštívených odděleních dodržována – kurtovaný pacient s lůžkem umístěn na chodbě, aby na něj personál mohl dohlížet; průzor pro sledování izolační místnosti přístupný ostatním pacientům; pacient zavřený v síťovém lůžku na pokoji spolu s ostatními pacienty. Řešením je někde jen vyčlenění zvláštní místnosti, za určitých okolností alespoň zástěna.

Doporučuje se zajistit, aby člověk, na němž je použit omezovací prostředek, byl mimo dosah ostatních pacientů.[103]

94. Dalším porušením práva pacienta na soukromí je snímání tureckého záchodu v izolační místnosti kamerou. Takový stav ochránce nemůže tolerovat (srov. dále bod 114 a násl.), zde je zasažena důstojnost člověka.

Doporučuje se nepřipustit, aby byla toaleta snímána kamerou.

95. Jako nejlepší se ochránci jeví uspořádání, kdy vedle pracovny sester je zřízen pokoj (někdy označený jako pokoj intenzivní péče) propojený oknem, aby umístěný pacient (třeba i bez omezení) mohl být pod přímým dohledem personálu. Když je okno opatřeno žaluziemi nebo záclonou, je situace přirozenější, neboť pacient ví, kdy je sledován a kdy má soukromí. Rovněž takové uspořádání umožňuje kontakt pacienta se sestrami. V žádné shlédnuté izolační místnosti, které jsou často za několika zavřenými dveřmi, nebylo instalováno signalizační zařízení.

[101] „Zkušenosti z jiných zemí ukazují, že evidence omezovacích metod vždy vedla k celkovému snížení jejich užívání.“ Restriktivní metody v psychiatrii, standardizace ošetřovatelské péče, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha 2004, str. 36

[102] „Evidence omezovacích postupů by měla být nedílnou součástí psychiatrické péče. Získaná data mohou sloužit pro benchmarking – porovnávání indikací, frekvence, délky a druhu používaných opatření mezi jednotlivými odděleními či jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Na základě získaných informací lze vydefinovat rizikové skupiny pacientů.“ Tamtéž.

[103] Léčebny přijímaly toto doporučení ochránce s pochopením, svou praxi ale mění, jen pokud to umožňuje stávající dispozice oddělení.

Doporučuje se, aby v každé izolační místnosti měl pacient možnost okamžitého přivolání personálu (ať již signalizačním zařízením, či vizuálním kontaktem s personálem přes sklo).

96. Z hlediska důstojnosti pacientů je dle ochránce rovněž neuspokojivý další důsledek materiální nedostatečnosti léčeben, totiž to, že jsou někde síťová lůžka a lůžka v izolačních místnostech zahrnuta do lůžkového fondu léčebny. Znamená to, že taková lůžka slouží běžně k ubytování pacientů a v momentě, kdy je třeba je použít k omezení (je třeba vytáhnout síť a lůžko zamknout nebo zamknout izolační místnost), jsou pacienti přemístěni. Vždy by měla existovat varianta běžného lůžka.
Doporučuje se takové praxi zabránit, nezahrnovat taková lůžka do lůžkového fondu zařízení.

F/ Postup při užití omezovacího prostředku

97. Pro omezení volnosti pohybu v rámci psychiatrické péče nejsou jednotně stanoveny intervaly, v jakých musí personál nemocného kontrolovat. Je třeba, aby interval byl přiměřený, což ochránce nehodnotil, a aby byl skutečně stanoven a dodržován. Posléze uvedená podmínka není v léčebnách vždy dodržována. Interval je možné stanovit vnitřním předpisem nebo rozhodnutím lékaře. Například dle vnitřní směrnice jedné léčebny lékař na základě zhodnocení stavu pacienta určí, v jakém intervalu bude osobně kontrolovat jeho stav. Tento interval a jeho zdůvodnění zapíše do dekurzu a bude dbát na jeho dodržování.
Doporučuje se zajistit, aby byl vždy stanoven vhodný interval kontrol omezeného pacienta.

98. Nemocný může v průběhu omezení přijímat návštěvy, neurčí-li lékař jinak. (Stanoví to rovněž metodický pokyn.[104]) Respektive nelze připustit, aby z důvodu omezení byly návštěvy paušálně znemožněny, jak bylo na některých odděleních zjištěno.
Doporučuje se postupovat v tomto ohledu individuálně a svěřit rozhodnutí o připuštění návštěvy lékaři.

99. Krom jediné jsou ve všech navštívených léčebnách zřízeny izolační místnosti. K praxi jejich používání má ochránce tyto postřehy:

Během návštěv se stalo třikrát, že pacient uvedl, že vnímal umístění do izolace jako trest. To je skutečnost do určité míry subjektivní. Je to však doklad toho, že je užitečné, pokud je pacient schopen chápat smysl a důvody omezení (každého druhu), aby s ním po zklidnění ošetřující lékař projednal důvody a potřebu omezení[105]. Rovněž v průběhu omezení by měl lékař nebo sestra vysvětlit nemocnému, pro něj pochopitelnou formou, důvody vedoucí k omezení, informovat jej o dalším postupu, časové perspektivě délky omezení a dostupnosti personálu.
Doporučuje se vždy takto s pacientem komunikovat.

Izolační místnost je běžně používána na celé dny. V jedné léčebně průměrná délka za prosinec 2007 na mužském neklidovém oddělení 52,9 hodiny. V jiné léčebně případ osmidenního umístění, v další také pobyty nad 48 hodin. V izolaci

[104] Také viz Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M.: Psychiatrická ošetřovatelská péče, Grada Publishing 2002, str. 116.
[105] Případně okolnosti, které mohou i v budoucnu předcházet užití anebo vést k mechanickému omezení. Metodické opatření, bod 8.

(stejně jako u jiného omezení) může být pacient jen na nezbytně dlouhou dobu.[106] Zde lze spatřovat argument pro stanovení maximální délky platnosti jedné ordinace (viz bod 89).

Dále bylo zjištěno, že na neklidových odděleních, kde pacienti různých diagnóz a stavů žijí stále pohromadě v ruchu a bez soukromí, vyvstává potřeba některé nemocné oddělit od ostatních. Aby ostatní neprovokovali nebo aby se nebezpečně nevystupňoval jejich vlastní neklid. Stává se tak, že je nemocný umístěn do izolační místnosti, ačkoli ještě nedošlo k bezprostřednímu ohrožení života nebo zdraví, neboť jiný vhodný prostor není. Pakliže pacient bezprostředně někoho neohrožuje, je jeho uzamčení nelegální, a rovněž nehumánní. Musí být zřejmý rozdíl mezi odloučením a izolací jako omezením. Tento rozdíl musí znát jak pacient, tak personál. Pacient musí vědět, že není zavřený a také dveře nesmí být v tomto případě zamčené.

Doporučuje se zamykat izolační místnosti jen z důvodů, které zákon předpokládá pro přípustné omezení pohybu.

100. Počet síťových lůžek používaných v českých psychiatrických léčebnách se významně snížil. Ochránce nemá k dispozici celkové údaje, například v PL Dobřany byl jejich počet za poslední období snížen ze 140 na přibližně 10. Síťová lůžka nejsou používána ve dvou z osmi navštívených léčeben.

Je třeba říci, že síťové lůžko není v navštívených léčebnách v naprosté většině případů indikováno k řešení akutních stavů. Rovněž odborná literatura[107] uvádí indikace k použití jiné. Doporučuje použití u pacientů, kteří se v delším časovém horizontu projevují opakovanými stavy psychomotorického neklidu, při jehož ovlivňování selhávají farmakologické, psychoterapeutické a edukační postupy. Například u pacientů gerontopsychiatrických, kde může jejich použití, při relativním zachování komfortu a volnosti pohybu, zabránit vážným poraněním v důsledku pádu (viz bod 78). Ve specifických případech je síťové lůžko využíváno jen na noc. Zdravotníci opakovaně uváděli, že síťové lůžko považují za humánnější řešení, než jsou kurty.

101. Gerontopsychiatričtí pacienti bývají někde do síťového lůžka ukládáni na noc s tím, že je lůžko zavřeno, aby nemohli ve zmatenosti lůžko v noci opouštět. Když člověk spí, není sítí omezován, ovšem pacienti by měli být schopni síťové lůžko sami opustit nebo účinně přivolat personál, když budou chtít vstát (například na záchod). Jinak se již jedná o omezení, které musí mít svůj legální důvod.

Doporučuje se v těchto případech zajistit, aby pacient mohl lůžko opustit.

102. Ve všech navštívených léčebnách je někdy v rámci poskytované péče použita fixace kurty. Vzhledem k neexistenci centrálních záznamů nelze zobecnit, jak dlouho omezení zpravidla trvá. Na jednom oddělení byla průměrná délka spočtena na 30,7 hodiny. Lze konstatovat, že na některých pracovištích je kurtování běžné a dokumentace důvodů pro užití není dobrá. Rovněž zde lze spatřovat argument pro stanovení maximální délky platnosti jedné ordinace (viz bod 89).

[106] Některé přístupy považují za nepřijatelné, aby se v zápisu o izolaci objevilo, že pacient usnul nebo při dvou po sobě jdoucích kontrolách potichu ležel nebo seděl, a zároveň nebyla izolace ukončena (odemčeny dveře).
[107] čerpáno z Restriktivní metody v psychiatrii, standardizace ošetřovatelské péče, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha 2004

103. Bylo zjištěno, že mechanická omezení, jako síťové lůžko a pásy, jsou používána k prevenci nepříjemných důsledků poruch chování např. lidí s demencí a inkontinence. S tím ochránce nesouhlasí. Souvisí s tím například i to, že diagnostikovaná demence nepřinese pacientům nějak specifické zacházení. Péče o pacienta s pokročilou demencí a poruchami chování vyžaduje uzpůsobené prostředí a režim, omezení svobody za předpokladu, že personál je např. v uzavřeném prostoru spolu s pacienty[108].
Doporučuje se zajistit, aby mechanická opatření nebyla používána tehdy, kdy mají jen usnadnit práci personálu. Dále se doporučuje zvážit vytvoření zvláštních podmínek specializovaných pro dementní pacienty (na gerontopsychiatrických odděleních je jich řada; srov. bod 18).

104. Mechanickým prostředkem (pomůckou), který má rovněž potenciál omezit volnost pohybu člověka, jsou postranice. Respektive míra toho, jak mohou člověka omezit, je odvislá od jeho pohyblivosti a řešení postranic – zda mohou být pacientem shozeny[109]. Ochránce proto trvá na tom, že i jejich používání musí splňovat všechny obecné podmínky. Není přípustné jejich použití přes den z důvodu neklidu pohyblivého pacienta nebo tam, kde pohybliví pacienti dostanou postranice na základě vlastního souhlasu, ale nemohou je sami spustit. Pro použití postranic v zařízení sociálních služeb pro seniory u pohyblivých klientů, u nichž sloužily postranice k prevenci pádu omylem (např. při otočení ve spánku), trval ochránce na možnosti opustit bez pomoci lůžko (technická úprava, zkrácená postranice).[110]
Doporučuje se vnímat postranice jako druh mechanického omezení pacienta na lůžku. A zajistit možnost opustit lůžko, resp. neomezovat nepřípustně pacienty tehdy, když chybí indikace k legálnímu omezení pohybu pacienta.

105. V některých léčebnách není vnímáno jako omezovací prostředek zvládání náhlých nežádoucích důsledků neklidu nebo agrese farmakologickými prostředky. S takovým přístupem ochránce nesouhlasí, rovněž metodické opatření takový přístup nepřipouští.[111] Někde je výslovně rozlišována tlumivá medikace jako léčba a jako omezení. Takto obecně přistupuje k právní stránce věci i ochránce – rozlišuje tlumivou medikaci pravidelnou, zapadající do terapeutického plánu pacienta, a náhlou, kterou lékař reaguje ad hoc. Pochopitelně vždy použití medikace z jiných důvodů než diagnostických či terapeutických není přípustné. Ochránce nechce vést spor o to, zda se použití medikace pro účely rychlého zklidnění bude nazývat omezení či léčba neklidu nebo agrese.Trvá však na tom, aby podání léků v těchto případech – tedy mimo pravidelnou medikaci – mělo svá pravidla.
Doporučuje se podání rychlého zklidnění v mimořádných situacích považovat za omezovací prostředek a věnovat mu při dokumentování a ordinování odpovídající pozornost.

---

[108] Lidé s demencí potřebují specializovanou psychiatrickou péči. Srov. bod 3 Evropské charty pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují – Alzheimer Europe, Lucern 1998. Možné zdroje informací: Doporučení Evropské alzheimerovské společnosti k použití omezujících prostředků v péči o pacienty s demencí; Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol.: Péče o pacienty s kognitivní poruchou, Gerontologické centrum, 2007 – např. téma Agresivita na str. 87 a násl., Používání omezovacích prostředků na str. 103 a násl.

[109] To znamená, že trvale ležícího pacienta postranice neomezují. Omezují toho, kdo je jinak schopen sám z lůžka vstát, podle míry jeho pohyblivosti.

[110] Dále viz např. Stanovisko Asociace průvodců v problematice rizikového chování k postranicím, přístupno na http://www.restrikce.cz/html/stanovisko_postranice.html

[111] Neboť výslovně uvádí jako jeden z druhů omezení parenterální podání psychofarmak. Bod 1 metodického opatření.

106. Lze se setkat s rozlišováním podle toho, zda je způsob podání parenterálně. Parenterálně jsou (krom jiného) podávány léky rychlého zklidnění, nebo pravidelná medikace v případě, kdy pacient odmítá léky spolknout. V prvém případě se v závislosti na okolnostech o omezovací prostředek jedná. Ve druhém případě se jedná o léčbu člověka proti jeho vůli, což nemusí být omezovací prostředek (resp. jiné omezení mohlo být použito k donucení), ale dle českého právního řádu je tento postup legální jen zřídka (§ 23 odst. 4 ZPZL). Běžná psychiatrická praxe je napadnutelná v důsledku toho, že lékaři nemají možnost legálně rozhodnout o léčbě pacienta k jeho dobru proti jeho vůli (viz bod 67), a toho, že soudní rozhodnutí o přípustnosti držení v léčebně jsou chybně chápána jako úřední souhlas s jakýmkoli zacházením (léčbou) s pacientem.

d) Právo na soukromí

107. Ubytování na navštívených odděleních v mnohalůžkových ložnicích neodpovídá dnešním požadavkům na soukromí. Viz bod 30 a 142.

108. Pacienti by měli mít k dispozici určitý soukromý prostor, možnost uložit si své osobní věci, případně i uzamknout – noční stolek nebo skříňku. Nejde ale jen o osobní věci. Káva, cigarety, pochutiny a další spotřební zboží má v prostředí léčebny mimořádnou hodnotu. Někteří pacienti je na ostatních loudí nebo kradou, což je snazší, když je ostatní nosí v taškách u sebe. Na každém navštíveném oddělení byly noční stolky nebo skříňky, ovšem ne vždy byly uzamykatelné nebo běžně přístupné, většinou jich není dost pro všechny pacienty.

Ochránce trvá na tom, aby možnost používat uzamykatelnou skříňku měl každý s tím, že je pouze na pacientovi, zda ji bude či nebude využívat.[112] Příkladem dobré praxe mohou být PL Horní Beřkovice a Dobřany, kde je počet skříněk postupně zvyšován. Je potřeba upozornit na to, že noční stolek nesplňuje požadovaný účel, když je umístěn v ložnici, do níž se pacienti během dne nedostanou. Problémem, který musí léčebny řešit, je, že někteří pacienti nejsou schopni klíč neztratit nebo užívat skříňku řádně. Pokud jde o námitku, že pacienti klíče ztratí, není možno paušalizovat a nevydávat pacientům klíče plošně, ale individuálně vyhodnotit schopnosti pacienta a umožnit například, aby si klíče uschoval u pracovníků PL. Případně hledat jiné řešení – v PL Havlíčkův Brod je instalován systém centrálního klíče a odemykání a zamykání skříněk zajišťuje na požádání personál.

Doporučuje se zajistit možnost používání uzamykatelné skříňky každému pacientovi.

109. Nízká úroveň soukromí je zajištěna při provádění hygienických úkonů na gerontopsychiatrických odděleních. Běžnou praxí je provádění choulostivých ošetřovatelských úkonů na lůžku na mnohalůžkových pokojích bez použití zástěn, případně i při otevřených dveřích do chodby. Rovněž při použití pokojových WC je pacient vystaven pohledům ostatních. Každý zdravý člověk si může představit, jak by

[112] Tento požadavek vyplynul z pozorovaných důsledků toho, když pacienti žádnou skříňku neměli. Zároveň se jedná o způsob, jak se léčebna může částečně liberovat z případné odpovědnosti za škodu na věcech odložených (ustanovení § 433 a násl. zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů) z důvodu spoluzavinění poškozeným. S provozem činnosti léčebny je spojeno odkládání věcí a poskytnutím uzamykatelného prostoru poskytuje léčebna odpovídající ochranu těmto věcem. K výkladu ustanovení občanského zákoníku viz rozhodnutí Krajského soudu v Ústí nad Labem ze dne 24. 10. 1973 sp. zn. 5 Co 366/73.

se v takové situaci cítil, jaký standard péče by pro sebe vyžadoval. K respektování soukromí ležících pacientů se ochránce vyjadřoval již v souvislosti s návštěvami zařízení sociálních služeb pro seniory. Obdobně je potřeba postupovat na gerontopsychiatrických odděleních.[113]
Doporučuje se chránit soukromí pacientů upoutaných na lůžko a při provádění hygienických a ošetřovatelských úkonů, stejně tak jako při používání mobilních WC, používat zástěny.

110. Ochránce se zaměřoval rovněž na úroveň soukromí na toaletách. Na žádném z navštívených oddělení není pacientům z bezpečnostních důvodů umožněno zamknout se na toaletách. Kabinky záchodů dokonce nejsou na několika odděleních opatřeny dveřmi, na jednom oddělení chybí i kabinky, takže jsou pacienti vidět hned při otevření dveří z chodby či společenské místnosti. To ochránce považuje za nedůstojné a požaduje provedení stavebních úprav. Dále ochránce požaduje možnost zavřít se na toaletě před ostatními. Bezpečnostní ohledy mohou být zachovány, například budou-li na dveře nainstalovány zámky, které jsou jednoduše odemykatelné zvenčí (šroubovákem nebo mincí) v případě, že se pacient na záchodě zamkne a personál považuje za nutné se k němu dostat. Dokud to nebude možné, požaduje ochránce alespoň instalování cedulí s nápisem „obsazeno/volno".
Doporučuje se vybavit kabinky toalet uzamykatelnými dveřmi, resp. pořídit dveře a kabinky tam, kde nejsou.

111. Obdobně je nutno chránit soukromí pacientů při sprchování. V některých léčebnách jsou sprchy umístěny v nečleněné místnosti bez sprchových koutů a pacienti se zde sprchují společně. V jiných léčebnách sprchové kouty jsou, avšak nejsou zde závěsy či dveře, přičemž i zde se pacienti sprchují společně. Bylo zjištěno, že ve třech léčebnách probíhá sprchování navíc pod přímým dohledem personálu opačného pohlaví. V některých léčebnách je pacientům umožněno, aby se sprchovali sami a bez dozoru, avšak vzhledem k tomu, že o to musí požádat, není tato možnost často využívána.
Doporučuje se vybavit sprchové kouty závěsy. Možnost individuálního sprchování by měla být dána nezávisle na žádosti s tím, že by dohled neměl být provázen plošně, ale pouze v odůvodněných případech. I tehdy je potřeba respektovat jistou míru intimity a nevystavovat pacienta vizuální kontrole ve větší míře, než je nezbytné, s tím, že by kontrolu pokud možno měla provádět osoba stejného pohlaví.

112. S ochranou soukromí souvisí rovněž téma vizit. Sdělované informace o zdravotním stavu pacientů jsou citlivé údaje, které podléhají ochraně osobních

[113] Zpráva z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory, bod 65; dálkově přístupná na http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=780: *Důstojného zacházení by se uživatelům mělo dostat i při úkonech spojených s prováděním hygieny. Dotčeni mohou být především imobilní nebo nesoběstační klienti, kterým je při osobní hygieně poskytována asistence. Obývá-li pokoj více osob, měl by mít klient při provádění úkonů osobní hygieny přímo na pokoji nebo při používání toaletní mísy k dispozici zástěnu. Domovy se však potýkají s jejich nedostatkem a zástěny jsou klientům poskytovány nepravidelně či vůbec. Kromě nedostatku zástěn domovy také často argumentují nedostatkem místa v pokoji pro jejich uložení. V tomto ohledu některá zařízení plánovala instalaci „posuvných zástěn". Rovněž převážení do koupelny se mnohdy děje bez respektování intimity klientů, kdy v některých domovech byli uživatelé ke koupeli převáženi zpola vysvlečení nebo se sprchování neodehrávalo za uzavřenými dveřmi.*
Doporučuje se respektovat soukromí klientů i v oblasti hygieny. Doporučuje se mít k dispozici dostatek zástěn a používat je vždy při provádění hygieny na lůžku či používání toaletního křesla v pokoji. Rovněž převoz uživatelů do koupelny by se měl odehrávat tak, aby nedocházelo k narušování lidské důstojnosti seniorů.

údajů. Je proto důležité, aby v průběhu vizit byl vyloučen zásah do práva na soukromí jednotlivých pacientů. Obvyklá praxe je, že vizity probíhají společně na tzv. denní místnosti, nebo na chodbách, za účasti všech pacientů, případně u ležících pacientů na geronto odděleních přímo na pokojích. Začasto jsou mnohé údaje sděleny veřejně, bez dostatečného zabezpečení soukromí. Ochránce se domnívá, že soukromí při vizitách je jedním z nezanedbatelných aspektů individualizované péče o pacienta a je nezbytné i z hlediska ochrany osobních údajů. Informace o zdravotním stavu pacientů proto nesmějí být probírány před ostatními pacienty nebo personálem, který se přímo nepodílí na léčbě konkrétního pacienta. Lze poukázat na dobrou praxi v Horních Beřkovicích, kde na jednom oddělení probíhají vizity v odděleném koutu zajišťujícím soukromí. Na jednom oddělení v Kroměříži probíhají vizity individuálně v pracovně lékaře. V některých léčebnách, např. v Opavě nebo v Kosmonosích, probíhají nad rámec společných vizit tzv. individuální vizity, na ženském příjmovém oddělení v Opavě probíhají vizity individuálně na žádost pacientek. Ochránce si je vědom toho, že na geronto odděleních v případě pacientů upoutaných na lůžko je míra soukromí ve větší míře omezena, avšak i zde by měl být zásah do soukromí při sdělování informací o zdravotním stavu pacienta během vizit minimalizován.

Doporučuje se provádět vizity tak, aby bylo respektováno soukromí pacientů a aby byly chráněny citlivé údaje, které jsou během vizity sdělovány.

113. Při zákroku ECT je z hlediska soukromí pacientů vhodné zajistit například pomocí mobilní zástěny, aby na sebe pacienti při provádění ECT neviděli. CPT tento požadavek rovněž jednoznačně podporuje, když říká, že „ECT musí být vykonávána mimo dohled ostatních pacientů“ (viz Standardy CPT, „Podstatné“ části obecných zpráv, 2004, str. 55, bod 39). ECT se zpravidla provádí v jedné místnosti souběžně u více pacientů, a každý je tak vystaven pohledu ostatních pacientů, když je na výkon připravován, když ho absolvuje nebo když dospává anestézii. Příkladem dobré praxe může být užívání zástěn při provádění ECT v Horních Beřkovicích.

Doporučuje se zajistit, aby při realizaci ECT byl pacient od ostatních pacientů oddělen tak, aby nemohl být ostatními pozorován.

114. V šesti léčebnách se používají kamery, záznam z těchto kamer se pořizuje a uchovává ve třech léčebnách. Kamery jsou umístěny na chodbách, společenských místnostech a kuřárně, ve třech léčebnách i na toaletách pod slepým úhlem, aby nezabíraly celou postavu, a v pěti léčebnách i na pokojích nebo v izolační místnosti. Pouze v jedné léčebně jsou pacienti výslovně na instalaci kamerového systému upozornění, a to v Horních Beřkovicích.

115. V rovině ústavně právní na danou problematiku dopadá především čl. 7 odst. 1 (nedotknutelnost osoby a jejího soukromí), čl. 10 (ochrana tzv. imanentních aspektů lidské osobnosti) a čl. 12 (nedotknutelnost obydlí) Listiny základních práv a svobod. S ohledem na aplikační přednost mezinárodních smluv je však třeba do úvahy brát i přímo aplikovatelné články mezinárodních smluv, konkrétně čl. 8 Evropské úmluvy, který garantuje právo na respektování soukromého a rodinného života, obydlí a korespondence.[114] Jeho limity byly bezpočtukrát předmětem

[114] Čl. 8 Právo na respektování rodinného a soukromého života:
1. Každý má právo na respektování svého soukromého a rodinného života, obydlí a korespondence.
2. Státní orgán nemůže do výkonu tohoto práva zasahovat kromě případů, kdy je to v souladu se zákonem a nezbytné v demokratické společnosti v zájmu národní bezpečnosti, veřejné bezpečnosti, hospodářského

zkoumání ze strany Evropského soudu pro lidská práva (viz např. rozsudky Rotaru v. Romania, Amann v. Switzerland, Peck v. United Kingdom). Ve všech těchto případech Evropský soud pro lidská práva shledal porušení čl. 8 Evropské úmluvy, a to i přesto, že zde existovalo výslovné zákonné zmocnění pro možné omezení tohoto práva předvídané čl. 8 odst. 2, o kterém však evropský soud opakovaně judikoval, že musí být interpretován zúženě[115]. V českém právním řádu však pro instalaci kamerových a jiných monitorovacích systémů v psychiatrických léčebnách neexistuje explicitní zákonné zmocnění.

Pro ten případ by bylo možno ještě uvažovat, zda existence kamerových systémů v léčebnách není kryta obecnými ustanoveními občanského zákoníku, podle kterého obecně platí, že použít „*písemnosti osobní povahy, podobizny, **obrazové snímky a obrazové a zvukové záznamy** týkající se fyzické osoby nebo jejích projevů osobní povahy smějí být pořízeny nebo použity **jen s jejím svolením**“* (§ 12 odst. 1 zákona č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů; dále jen OZ). Bez souhlasu fyzické osoby lze použít zvukové a zvukově obrazové záznamy pouze k úředním účelům na základě zákona (§ 12 odst. 2 OZ), pro účely vědecké a umělecké (§ 12 odst. 3 OZ) nebo pro účely tiskového, filmového, rozhlasového a televizního zpravodajství (§ 12 odst. 3 OZ). Ani v občanském zákoníku tedy neexistuje výslovné zákonné zmocnění k pořizování zvukových a zvukově obrazových záznamů pacientů v psychiatrických léčebnách bez jejich souhlasu. S ohledem na charakter poskytované péče nelze ani použít argument o konkludentním souhlasu, neboť u nedobrovolně hospitalizovaných pacientů chybí vůbec reálná možnost dobrovolného konkludentního souhlasu.[116] U dobrovolně hospitalizovaných pacientů by zřejmě bylo možné konkludentní souhlas získat pouze v případech, kdy mají objektivní možnost se v místě, které je snímáno kamerami, nevyskytovat (musí tedy mít možnost opustit snímaný prostor). V opačném případě by bylo nezbytné získat jejich výslovný (písemný či ústní) souhlas k pořízení audiovizuálního záznamu.

Doporučuje se, aby si léčebna obstarala od pacientů příslušný souhlas pro předejití možným civilněprávním následkům.

116. Vzhledem k tomu, že žádná z léčeben, jež pořizují kamerový záznam, není registrována u Úřadu pro ochranu osobních (srov. § 16 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů), přičemž o souhlas požádala pouze jedna léčebna a toto řízení doposud probíhá, upozorňuje ochránce s ohledem na zákon o ochraně osobních údajů na protiprávnost i tohoto stavu.

Doporučuje se splnit zákonnou povinnost a požádat o registraci kamerového systému příslušný úřad.

117. Používání kamer je odůvodňováno tím, že léčebny nemají dostatek personálu, který by měl pacienty stále pod dohledem. Jindy slouží záznam z kamery jako důkazní materiál pro zjištění původce krádeže. V případě používání kamer na toaletách je jejich používání ospravedlňováno snahou zpozorovat a zamezit případnému sebevražednému pokusu pacienta či vzájemnému napadání. V konečném důsledku prý odrazují pacienty od nežádoucích projevů chování, neboť

---

blahobytu země, předcházení nepokojům a zločinnosti, ochrany zdraví nebo morálky nebo ochrany práv a svobod jiných.

[115] „*is to be interpreted narrowly*“ – např. Rotaru v. Romania, stížnost č. 28341/95, odst. 47, ECHR 2000-V

[116] Jako je tomu u kamer instalovaných např. u benzínových pump, v obchodech, v metru apod. – zde se dovozuje, že pokud se osoba zdržuje v prostoru, který je zřetelně označen jako prostor sledovaný kamerami, dává tímto mlčky souhlas s pořizováním záznamů své osoby.

pacienti vědí, že jsou monitorováni. Jakkoliv ochránce chápe výše uvedené, je otázkou, zda je používání kamer skutečně nutné a zda se vždy jedná o prostředek přiměřený okolnostem a sledovanému účelu (než např. poskytnutí uzamykatelné skříňky), neboť otázkou je, zda monitor stále někdo sleduje. Kamery dále snímají i osoby, u kterých pro to nejsou důvody a u nich je zásah do soukromí bezdůvodný. V případě používání kamerového systému v izolačních místnostech ochránce upozorňuje na to, že fyzický kontakt nemůže být nahrazen pozorováním pacienta na monitoru.

Doporučuje se informovat pacienty a personál o tom, že se na oddělení používají kamerové systémy. Doporučuje se zvážit odůvodněnost používání kamerového systému.

Rozmístění kamerových systémů v navštívených léčebnách

	odluka (izolace)	záznam	pokoje	WC	jídelna, společenská místnost	chodba	příjem
Šternberk	X						
Kroměříž	X	X		X			
Opava		X		X	X	X	X
Dobřany	X				X	X	X
Havlíčkův Brod	X				X		
Horní Beřkovice		X	X	X	X	X	

118. Respekt k soukromí se týká nejen pacientů, ale i jejich návštěv. Měli by mít k dispozici vyhrazený prostor, kde budou moci být spolu sami. Dvě léčebny nemají k dispozici žádnou návštěvní místnost, jedna léčebna nemá návštěvní místnost na příjmovém oddělení pro muže. Návštěvy se proto odehrávají na chodbě, která neskýtá dostatek soukromí. V jednom případě je možno přijímat návštěvy na pokojích. Ve třech léčebnách se používají jako návštěvní místnosti vstupní chodby, kam sice nemají přístup ostatní pacienti, ale běžně přes ně prochází personál. Jako velmi vhodně upravená se jeví návštěvní místnost na oddělení B1 v PL Kosmonosy. V souvislosti s návštěvami by léčebny také měly respektovat právo pacientů na intimní vztahy a s ohledem na podporu rodiny a udržení rodinných a partnerských vztahů by měly disponovat vhodnou místností skýtající pacientům soukromí.

Doporučuje se vybudovat ve všech léčebnách takové místnosti pro návštěvy, které umožní pacientům a jejich návštěvám dostatek soukromí.

119. Ochránce upozorňuje, že veškeré zásahy do soukromí pacientů mají být pokud možno co nejmenší a že zásahy jsou přijatelné jen za předpokladu přiměřenosti. Zároveň není možno k zásahům přistupovat na základě plošných opatření, ale jen na základě individuálního vyhodnocení situace konkrétního pacienta, kdy nelze dosáhnout cíle jiným způsobem, než právě nezbytným zásahem do privátní sféry, přičemž zásah má trvat po dobu, která je nezbytně nutná. Personál by měl tedy vždy zvažovat přiměřenost a míru zásahu.

e) Režimová opatření

120. Pacientům jsou při příjmu do PL automaticky odebírány doklady (občanský průkaz, průkaz pojištěnce). Když jdou na vycházku mimo léčebnu, nedostávají občanský průkaz, ale propustku/vycházkovou kartu. Ochránce zastává názor, že pacientům by doklady neměly být odebírány plošně, a těm, kteří používají skříňky, by měly být občanské průkazy brány do úschovy pouze na jejich žádost. Rovněž v případě vycházky mimo areál PL by pacienti měli mít možnost vzít si občanský průkaz s sebou a o této možnosti by měli být informováni, neboť různé náhradní doklady mají stigmatizující účinky.
Doporučuje se, aby byly pacientům odebírány doklady na základě posouzení jejich zdravotního stavu. V případě vycházky mimo areál PL by pacienti měli mít možnost si vzít občanský průkaz s sebou a o této možnosti by měli být informováni.

121. Ve všech navštívených léčebnách kromě dvou (PL Lnáře a Havlíčkův Brod) bylo zjištěno, že jako režimový nástroj slouží pravidla pro oblékání pacientů. (Jasným důkazem toho je, když rozhodnutí o druhu oblečení je věcí lékařů.) Při přijetí na oddělení je pacientům odebrán civilní oděv a podmínky jeho navrácení jsou buď nejasné, nebo náročné. Pravidla se liší i v rámci jedné léčebny[117]. Lze se tedy běžně setkat s tím, že na příjmových odděleních velká většina pacientů, někde téměř všichni, nosí ústavní župan, pod nímž mají ústavní oděv vypadající jako pyžamo. Takto oblečení chodí na režimové vycházky po areálu léčebny, do prodejny.[118] Pyžamový erár dobře označuje, kdo je pacient, respektive kdo je nový pacient. Přestože je na některých odděleních k dispozici i civilní erár, který je možno si po nějaké době vypůjčit a nahradit jím pyžamo, pacienti dávají přednost nošení pyžama, neboť o civilní erár by museli výslovně požádat. V šesti léčebnách je nad rámec používání erárního civilního oděvu možno nosit později vlastní civilní oděv. Nedostupnost zimního civilního oblečení, ať už vlastního nebo erárního, je někdy důvodem pro nechození ven na vycházky.

Nošení uniformního, stigmatizujícího ústavního oděvu v českých léčebnách kritizuje CPT od roku 2002[119]. Ochránce se ke kritice připojuje. Je nedůstojné udržovat podmínky, za nichž lidé, jejichž zdravotní stav nevyžaduje pobyt na lůžku, nosí oblečení podobné pyžamu. Ztrácí tím svou osobitost a zůstávají v pasivitě. Oblékání adekvátně prostředí a situaci a péče o oděv je základní sociální dovednost, ve které je třeba nemocné podporovat. Pokud je možné sehnat pacientům vlastní nebo erární civilní oblečení, mají nosit jiné oblečení, než je pyžamo. Ochránce oceňuje práci těch léčeben (oddělení), kde pro pacienty, kteří nemají rodinu ani vhodné oblečení, zajišťují erární civilní oblečení, případně umožní dojíždět prodejcům oděvů do léčebny, a umožnit tak pacientům nákup oděvů v léčebně.
Doporučuje se usilovat o to, aby pacienti ve větší míře nosili civilní oblečení.

---

[117] V této souvislosti by se již mohlo jednat o diskriminační jednání, pokud by například na mužském oddělení mohli nosit pacienti civil a na ženském pouze erár, jelikož pro rozdílný přístup na základě pohlaví není důvod.

[118] Příkladem dobré praxe může být léčebna v Havlíčkově Brodě, kde pacienti nosí běžně své civilní oblečení, nebo PL Lnáře, kde pacienti nosí pyžamo pouze po dobu pobytu na příjmovém pokoji, což jsou zpravidla maximálně tři dny. Na jednom z navštívených oddělení PL Horní Beřkovice personál důsledně dbá o to, aby pacienti chodili v civilním oděvu, a také tomu tak je.

[119] „…neustálé nošení uniformního nemocničního oděvu nepřispívá k posilování osobní identity a sebeúcty pacientů. Součástí terapeutického procesu by měla být individualizace oblečení. CPT proto doporučuje, aby všichni pacienti, kteří nejsou upoutáni na lůžko, směli přes den nosit své vlastní oblečení (a je-li to nutné, aby byli k jeho nošení povzbuzováni), nebo aby jim byl poskytnut vhodný neuniformní oděv.“ Zpráva z návštěvy CPT v roce 2002, bod 112.

122. Psychiatrické léčebny jsou jediná zdravotnická zařízení, ve kterých je dle platné právní úpravy povoleno pacientům kouření. Pouze dvě oddělení (v jedné léčebně) neměla k dispozici kuřárnu, pacientům tam bylo umožněno kouřit mimo budovu. Což v případě uzavřeného oddělení znamenalo znemožnění kouření. V některých odděleních jsou pacientům odebírány cigarety a jsou deponovány u personálu, v jedné léčebně je pacientům vydáván jen určitý počet kusů cigaret na přesně vymezenou dobu pro kouření. Toto opatření je zdůvodněno tím, že pacienti neznají míru, a poté, co vlastní cigarety vykouří, loudí po ostatních a vznikají problémy, jež musí personál řešit (hádky, krádeže). Ochránce považuje za nepřípustné, aby byly pacientům vydávány cigarety na příděl s tím, že omezení počtu cigaret je odůvodnitelné pouze u konkrétního pacienta ze zdravotních důvodů (např. silné astma) po konzultaci s lékařem, když pacient nedokáže posoudit důsledky svého jednání pro své zdraví, přičemž by tato skutečnost měla být uvedena v dekurzu pacienta. Pokud osoba ví, co činí, a nechce na základě lékařského doporučení kouření omezit, je možno nechat ji podepsat negativní revers týkající se neomezení v kouření.

Doporučuje se neomezovat plošně u kuřáků množství cigaret a neupírat jim možnost rozhodování. V individuálních případech je možno přistoupit k omezení množství cigaret pouze ze zdravotních důvodů.

123. Na jednom navštíveném oddělení platí absolutní zákaz pití kávy (koly), přitom na dalším příjmovém oddělení téže léčebny je pití kávy povoleno jedenkrát denně. V ostatních léčebnách je káva zalévána jedenkrát až třikrát denně, a to v přesně vymezenou dobu, na jednom oddělení v PL Kroměříž čtyřikrát denně. Důvodem pro omezení je, že pacienti mají údajně tendenci konzumovat příliš mnoho kávy denně, přičemž káva má nežádoucí stimulující účinky při medikaci, čemuž má toto opatření zabránit. Ochránce považuje tato tzv. režimová opatření za nepřiměřená a zbytečně omezující pacienty a zastává názor, že by pacienti měli mít možnost volby nejen v tom, kdy si kávu vypijí, ale i kolik šálků kávy vypijí. Není důvod, proč by pacienti nemohli pít tolik káv, kolik je běžné v „normálním“ životě (1 – 5 šálků denně). Pacientům, kteří jsou toho schopni, by mělo být umožněno, aby si kávu vařili sami, případně jim dát možnost vařit kávu pro ostatní pacienty, s čímž se ochránce setkal v PL Horní Beřkovice. Výše uvedené se týká nejen kávy, ale také např. přípravy a pití čaje.

Doporučuje se umožnit pacientům pití přiměřeného množství šálků kávy a umožnit jim její pití v dobu, kterou si stanoví.

124. Běžnou praxí v léčebnách je, že jsou ložnice na příjmových odděleních přes den uzamykány a pacienti do nich nemají přístup. Výjimkou jsou případy, kdy lékař nařídí klid na lůžku (a pochopitelně také gerontopsychiatrická oddělení, kde pacienti převážně tráví den na lůžku nebo v křesle). V šesti navštívených léčebnách se pacienti do ložnic přes den nedostanou, respektive pouze v době odpoledního klidu, kdy je pobyt v ložnici povinný (PL Opava). V PL Horní Beřkovice jsou pokoje zpřístupněny v době odpoledního klidu, přičemž je v té době možné pobývat též ve společenské místnosti. Na ženském příjmovém oddělení se tam ložnice odemykají už v 15:00 hod. Hlavním důvodem uzamykání pokojů přes den je obava z noční nespavosti pacientů. Pacienti tedy přes den polehávají v jídelně, společenské místnosti či na chodbě, někdy dokonce i na betonové podlaze, jak toho byli pracovníci Kanceláře svědky – o místo na křeslech je tlačenice. Ve společných prostorách je neustále ruch, v denní místnosti je téměř bez přestání zapnuta televize.

Pomineme-li pochybnou důstojnost takové situace, je diskutabilní, zda je vzhledem k minimální aktivizaci uvedený důvod obhajitelný. CPT zamykání pokojů během dne podrobuje kritice.[120] Ochránce se k této kritice rovněž přiklání, neboť během svých návštěv zjistil, že v některých psychiatrických léčebnách (PL Havlíčkův Brod, PL Lnáře) dokázalo vedení praxi celodenně uzavřených pokojů opustit. Pokoje jsou tam otevřené celý den (vyjma úklidu či každodenní terapie a aktivit), přičemž pracovníci léčeben nezaznamenali výrazně zvýšenou nespavost pacientů v nočních hodinách. Tento režim samozřejmě zvyšuje nároky na počet personálu dohlížejícího na pacienty (viz bod 38).

Doporučuje se upustit od celodenního uzamykání pokojů a zpřístupnění ložnic pacientům i během dne.

125. Ochránce se zabýval otázkou, zda mají pacienti dost příležitostí dostat se mimo oddělení, ven na vzduch. Rozhoduje to, zda je pacientovi přiznána tzv. volná, individuální vycházka (jde spíš o výjimky), nebo společná režimová (terapeutická) vycházka. Pokud pacientovi výše uvedené vycházky přiznány nejsou, nemůže v podstatě opustit uzavřené oddělení a ven se nedostane. Navíc existují oddělení, která režimové vycházky s doprovodem personálu vůbec nemají. Počet personálu neumožňuje léčebnám zajistit individuální doprovod pro pacienty, kterým nebyly režimové (terapeutické) vycházky přiznány (viz bod 38). Výhodou by mohlo být to, že v některých léčebnách (Opava, Kroměříž, Lnáře) je z uzavřeného oddělení možno vstoupit do uzavřené zahrady či parku. Využití tohoto prostoru však závisí na tom, zda ho personál zpřístupní, a to se děje pouze za příhodného počasí, tj. v zimních měsících není vstup umožněn vůbec, jindy vstupu brání nedostatek vhodného oblečení. To, kdy byl konkrétní pacient naposled na čerstvém vzduchu, nikdo nesleduje. Příkladem dobré praxe může být postup zvolený v PL Dobřany, kde je možnost vycházky vyhodnocována po přijetí do léčebny individuálně, nejprve v rámci skupiny, a následně i samostatně.

Situace na gerontopsychiatrických odděleních je ještě horší. Společné vycházky se konají pouze výjimečně, doprovod je převážně zapotřebí individuálně, což je za současného stavu personálu nemožné (nehledě na bariérovost některých oddělení). Bylo zjištěno, že někteří pacienti nebyli venku po dobu 6 měsíců. Hůře pohybliví pacienti se na čerstvý vzduch dostanou pouze v letním období, kdy jsou vyvezeni na terasy případně před budovy léčebny.

Ochránce se domnívá, že by pacienti (i gerontopsychiatričtí) měli mít možnost pobývat mimo oddělení na čerstvém vzduchu pravidelně. Přesto, že je to pro vedení léčeben velký problém, domnívám se, že by měl být standard v tomto ohledu zvýšen. Nelze považovat za dobrou péči takové zacházení, kdy pacientovi není umožněno po dobu několika týdnů či měsíců pobývat na čerstvém vzduchu, respektive to, aby osoba upoutaná na lůžko trávila veškerý čas uzavřená v jedné místnosti. Stejně jako ochránce konstatoval i po návštěvách zařízení sociálních služeb, ani zde se nelze ubránit vězeňské asociaci – podle platných předpisů má každý odsouzený v České republice nárok na hodinový pobyt venku denně.

Doporučuje se všem pacientům zajistit pravidelný pobyt na čerstvém vzduchu.

126. Doba do povolování první vycházky od příjmu do léčebny se v jednotlivých léčebnách liší: tři dny, týden, déle. Představitelé léčeben popírají, že by se jednalo

[120] „Podle názoru CPT by pacientům, kteří si to přejí, měl být během dne umožněn přístup do jejich pokojů, aniž by byli nuceni shromažďovat se společně s ostatními pacienty ve společenských prostorách.“ Zpráva z návštěvy CPT v roce 2002, bod 110, rovněž Standardy CPT, bod 36, str. 54.

o objektivně stanovený čas, že vše vždy záleží na zdravotním stavu pacienta. Skutečně by tak tomu mělo být, už jen pro to, aby v rámci České republiky nebyly nedůvodné rozdíly.

127. V pěti navštívených léčebnách nemohou pacienti používat mobilní telefony a při nástupu do léčebny je odevzdávají. Smyslem tohoto opatření je, aby bezdůvodně netelefonovali na tísňové linky nebo úřady a aby se předešlo ztrátám a krádežím. Přísnost pravidel je někdy v rámci léčebny různá.

Předcházet případnému zneužívání mobilních telefonů tím, že budou plošně odebírány, neshledává ochránce jako přiměřené. Ztrátám mobilních telefonů lze čelit tak, že budou pacienti mít k dispozici uzamykatelné skříně. Příkladem dobré praxe může být léčebna v Dobřanech, kde neplatí paušální zákaz a kde se držení vyhodnocuje individuálně. V PL Horní Beřkovice mají pacienti telefony u sebe nebo je mají uloženy u personálu a jsou jim vydávány na žádost či v určité denní době (u rizikových pacientů je po náležitém vyhodnocení personál během hovoru přítomen). Zvláště v léčebnách, kde není na uzavřených odděleních k dispozici telefonní automat, **se doporučuje, aby pacientům nebyly paušálně mobilní telefony odebírány. Pouze v individuálních případech, kde je to vzhledem ke zdravotnímu stavu odůvodnitelné nebo pokud o to pacient sám požádá, může být uložen telefon u personálu.**

128. V žádné léčebně krom PL Lnáře a ženského oddělení v PL Kroměříž není na navštívených uzavřených odděleních k dispozici telefonní automat. Ve dvou léčebnách mohou pacienti telefonovat za úhradu ze sesterny. V jiné léčebně pouze se svolením primářky, což je velmi nepraktické např. v odpoledních hodinách nebo o víkendu. V jedné léčebně není možno použít aktivně telefon na sesterně, je nutné se obrátit na personál, který vyrozumí dožádaného, aby pacientovi zavolal zpět. Na jiném oddělení pacientům není umožněn aktivní hovor a ti, kdo nemají svůj mobil a nemají vycházky, nemohou vůbec volat. Pasivně používat telefon na sesternách mohou pacienti ve všech léčebnách, přičemž je potřeba ocenit, že ve dvou léčebnách (PL Opava a Horní Beřkovice) pořídili na gerontopsychiatrických odděleních přenosné telefony, které pacientům v případě potřeby přinesou k lůžku. Je třeba ocenit, že v PL Havlíčkův Brod umožní sociálně slabým pacientům zatelefonovat od sociální pracovnice, aniž by platili úhradu. Ochránce je toho názoru, že pokud není možno umístit na oddělení telefonní automaty, je potřeba najít způsob, jak umožnit pacientům aktivně užívat telefon, samozřejmě za úhradu. Podmiňovat užívání telefonu souhlasem personálu lze jen v individuálních případech.
Doporučuje se vybavit jednotlivá oddělení telefonními automaty. Pokud to není možné, doporučuje se přístup k telefonům zjednodušit.

129. V několika léčebnách (3) je výslovně zakázáno, aby v rámci návštěv přicházely osoby mladší 10, respektive 12 let. Vyplývá to z vnitřních předpisů. Na dotaz představitelé léčeben návštěvu dětí v zásadě nevylučovali, jen ji podmiňovali různými skutečnostmi a dotčená ustanovení domácích řádů zřejmě nebyla aktuální. Dle názoru ochránce nemůže léčebna bránit rodinným příslušníkům pacientů v udržování kontaktu a posilování rodinných vazeb.
Doporučuje se neomezovat návštěvy z důvodu věku a ponechat rozhodnutí na samotných návštěvách.

130. Ochránce oceňuje, že všechny léčebny umožňují nějakým způsobem pacientům nákupy. Způsob provádění nákupů, tzn. jejich četnost, placení úhrad a vyúčtování však není ve vnitřních dokumentech upraven a může vzbuzovat pochybnosti a vzájemných právech a povinnostech. Měla by existovat pravidla (třeba jen stručná) na ochranu jak pacientů, tak personálu, jež by provádění nákupů a způsob vyúčtovávání upravovala.
Doporučuje se upravit zajišťování nákupů pravidly.

131. Bylo zjištěno, že v oblasti režimových opatření je jen tenká hranice mezi postupem na základě vyhodnocení aktuálního zdravotního stavu pacienta a případnou sankcí za nepatřičné jednání pacienta. Příkladem může být odnětí možnosti vycházek. Ochránce může jen obtížně rozkrýt pravou povahu věci, stávalo se však poměrně často, že pacienti v rozhovorech nějaké opatření vykládali jako sankci, trest, aniž by vnímali případný terapeutický rozměr. Co může léčebna jako maximum podniknout, aby předešla případným pocitům křivdy, obviňování a svévoli, je vytvoření co nejjasnějších pravidel a rozdělení kompetencí. Vnitřním předpisem upravujícím každodenní život v každé léčebně je domácí řád. Je nutné, aby pacienti na každém oddělení měli možnost se s jeho obsahem kdykoliv seznámit (viz bod 62). Na několika odděleních bylo zjištěno, že režim žádnými písemnými pravidly upraven není.
Doporučuje se režim oddělení a pravomoci personálu stanovit vnitřním předpisem.

f) Právo podávat stížnosti

132. V zařízení, kde pacienti pobývají dlouhodobě a jsou prakticky ve všech aspektech svého života podřízeni personálu a kde nejsou schopni se vzhledem k povaze svého onemocnění efektivně dovolávat svých práv a tato možnost je i prakticky omezená, je mimořádně důležité, aby dobře fungoval stížnostní mechanismus. Ochránce tedy zjišťoval jeho úroveň a známost.

133. Mezi navštívenými léčebnami jsou v tomto ohledu rozdíly. V některých pravidla pro vyřizování stížností stanovena nebyla. Jinde sice existují, ale bylo zjištěno, že personál je nepoužívá: několik pracovníků vůbec nevědělo, že pravidla existují, na jednom oddělení bylo zjištěno, že pacientům žádné informace o podávání stížností personál nedává, výjimečně pouze rodinným příslušníkům. Jinde, kde stížnostní pravidla mají, bylo rovněž zjištěno, že o nich pacienti nejsou informováni[121]. V další léčebně se reálná pravidla už dávno liší od toho, co je napsáno v domácím řádu. Na některých odděleních, kde existuje setkávání komunity, platí pravidlo „své náměty, připomínky a stížnosti sdělujte na komunitách“. Tato cesta nemůže nahradit klasické stížnosti, neboť musí existovat neveřejná alternativa vyřizování. Stížnost by se měla řešit veřejně pouze s výslovným souhlasem stěžovatele. Rozdíl je též v přístupu ředitelů léčeben. Někteří zřídka projednávají stížnosti přímo s pacienty, jiní „chodí za každou stížností“. Centrální evidence, povětšinou na ředitelství léčebny, je vedena téměř ve všech navštívených zařízeních. Stížnosti se sporadicky centrálně vyhodnocují.

[121] Informování předem vhodnou formou, například přečtením dobře dostupných pravidel nebo odkázáním na ně u dobře orientovaných pacientů, nemusí působit jako navádění k podávání stížností. Naopak může podpořit pacientovu důvěru ke zdravotníkům.

Důsledkem výše popsaného je, že na odděleních personál uvádí, že si pacienti nestěžují. Vykazuje se počet stížností v řádu jednotek na celou léčebnu na rok. Stížnostní mechanismus na neformální úrovni existuje ve všech léčebnách („případná přání a stížnosti sdělte vrchní sestře nebo ošetřujícímu lékaři“, „během vizity můžete přednášet své stížnosti“). Většina stížností je ústních a řeší se okamžitě, za pochodu. Dotázaní pacienti ostatně většinou uváděli, že by se obraceli na personál. Evidence i těchto stížností může být z hlediska jejich dalšího hodnocení užitečná. Každopádně ale musí v léčebně existovat jasná pravidla pro podání a vyřízení stížností písemných.

Praktická pravidla pro vyřizování stížností musí být dostupná pacientům i personálu (třeba i formou zveřejnění na internetu) a musí být srozumitelná (jednoduchý jazyk, velké písmo). Musí upravovat, jakým způsobem si lze stěžovat, kdo bude stížnost vyřizovat, v jakých lhůtách a jak bude o vyřízení stěžovatel vyrozuměn. Na koho se obrátit v případě nespokojenosti stěžovatele s vyřízením stížnosti. Musí být možné stěžovat si ústně i písemně, i k autoritě mimo oddělení. Centrální evidence a její vyhodnocování slouží jako významný nástroj zvyšování kvality péče.[122]

Doporučuje se zpřístupnit pravidla podávání a vyřizování stížností všem pacientům. Pravidla musí jasně stanovit, jakým způsobem si lze stěžovat, kdo stížnost vyřizuje, v jaké lhůtě a jak bude o vyřízení stěžovatel vyrozuměn, popř. na koho se obrátit v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti. Rovněž se doporučuje evidovat stížnosti centrálně a v pravidelných intervalech je vyhodnocovat.

134. Významným předpokladem efektivity stížnostního mechanismu je, že se pravidla dodržují a že stěžovateli není jeho vystoupení k tíži. Není pravdivý častý předpoklad pracovníků léčeben, že pacienti nemají strach podávat stížnosti. V uzavřeném systému léčebny důvody k obavám vznikají vždy. Důvěra pacientů ve stížnostní mechanismus je různá, většina odpovědí však vyjadřovala nedůvěru nebo i strach. Taktéž ze strany personálu bylo možno cítit jistou dávku nedůvěry ve stížnostní mechanismus, neboť připomínky pacientů jsou často důsledkem jejich zdravotního stavu. Případné knihy přání a stížností byly buď prázdné nebo obsahovaly historické záznamy (např. z let 1988–1991).

Z uvedených důvodů mohou dobře posloužit vhodně rozmístěné schránky na stížnosti, které zaručují anonymitu podatele. Na některých navštívených oddělení schránka byla. Ochránce léčebnám doporučoval odstranění nedostatků, jako je špatné označení schránky, umístění v prostoru nepřístupném pacientům. Na schránce by mělo být uvedeno, jak často ji kdo vybírá a kam její obsah putuje. Schránky by měla vybírat nezávislá osoba, která se přímo nepodílí na chodu oddělení.

Doporučuje se zvážit používání schránek na stížnosti a připomínky.

135. Podle CPT (Standardy bod 53, str. 59) musí být pacientům umožněna též důvěrná komunikace s příslušnými orgány či institucemi mimo ústav (MZ, zřizovatel léčebny, zdravotní pojišťovna, ČLK, neziskové organizace zabývající se

[122] Jak uvádí Baudiš a Libiger: Ačkoliv je neoprávněnost stížností psychiatrických pacientů až 90 %, jejich řešení je zdrojem poučení i druhé straně, zdravotníkům, pokud jsou poučitelní, moudří a oprostí se od uraženosti, zaujatosti a někdy i profesionální solidarity až povýšenosti. Stížnosti ukazují zrcadlo naší práce, sporná, slabá a ožehavá místa a situace. Mohou být podnětem k nápravě i řešení nedostatků. Psychiatrie a Etika, Galén 2002, str. 86-88.

psychiatrickou problematikou, místně příslušný soud). Aby byl pacient vůbec schopen komunikovat, musí mít o existenci takových orgánů či institucí povědomí. Adresy jsou však pacientům dostupné jen výjimečně.
Doporučuje se zpřístupnit pacientům názvy a adresy organizací mimo PL, na něž se mohou obracet se svými podněty, včetně stručného popisu pole působnosti těchto institucí.

136. Zpětnou informační vazbu představuje kromě stížností také zjišťování spokojenosti s úrovní poskytované péče – nejrůznější dotazníky spokojenosti. Vyjma jednu léčebnu bylo jejich užívání zjištěno v každém navštíveném zařízení.

IV. Závěr

137. Problémy, které byly jednotlivě předmětem předchozích částí zprávy, je třeba vnímat v jejich vzájemných souvislostech a provázanosti:

- režimová omezení (viz body 121, 123 – 125) odvisí od prostorového uspořádání léčebny a organizace práce personálu, ale i od přesvědčení vedení PL, že zažitý systém je nejvhodnější;
- k zásadnějším změnám v uspořádání léčeben nedochází (viz body 18, 28, 29, 31, 34 a 83), neboť chybí plánování dotací Ministerstva zdravotnictví na rekonstrukce a opravy majetku a na investiční výdaje je vynakládáno málo finančních prostředků;
- chybějící efektivní vnější kontrola omezování osobní svobody v léčebně (odůvodněnost režimu nedobrovolné hospitalizace, nedobrovolné léčby, používání omezovacích prostředků) vede k formálnosti některých postupů (viz bod 65), stejně tak jako nedostatky právní úpravy v této oblasti;
- neexistence subjektu odpovědného za osud vážně nemocných, kteří jsou osamoceni a už nejsou schopni se o sebe postarat, způsobuje značnou zátěž pro léčebny a z nemocných činí jen objekt (ne)zájmu institucí;
- v současné době se zdravotníci cítí být osamoceni ve snaze pomáhat duševně nemocným; jsou mediálně kritizováni, je jim přičítána odpovědnost za nemedicínské aspekty duševního onemocnění.

138. Shrnuto, je třeba zlepšit situaci v oblasti financování, jistoty vzájemných práv a povinností pacientů a zdravotnických zařízení, humanizace psychiatrických léčeben. Ochránce svými doporučeními nehodlá nahrazovat snahy o zlepšení koncepce oboru psychiatrie.

a) Doporučení de lege lata

139. Ochránce jako velmi palčivou vnímá špatnou situaci pacientů, jejichž potřeby zasahují jak do zdravotní péče, tak do sociálních služeb. Ať už se jedná o seniory nebo mladší pacienty, pro které chybí sociální služby pobytové i terénní schopné reagovat na jejich psychická a sociální specifika.[123] Když se v roce 2007 povinně

[123] Z vyjádření ředitele jedné navštívené léčebny: „Podle naší zkušenosti hospitalizovaní pacienti (především psychotici), kteří se již připravují na propuštění, žádají téměř výhradně konkrétní sociální servis – tedy kromě např. sociálních dávek a důchodu, které jim pomohou vyřídit naše zdravotně sociální pracovnice a lékaři, také chráněné bydlení a práci, a to jim všem vzhledem k chudé nabídce takových sociálních služeb v terénu obtížně může zprostředkovat jak léčebna s týmem zkušených zdravotně sociálních pracovnic, tak jakékoli občanské sdružení. Stále chybí dostatek forem bydlení s určitou mírou pomoci, které by bylo náhradním sociálním řešením.

rozběhlo plánování sociálních služeb na úrovni krajů (povinnost zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb dle § 95 zákona o sociálních službách), vznikly různé strategické dokumenty, které tento problém také pojmenovávají.[124] Vesměs ale od analýz nebylo dále postoupeno.

Na otázku, kdo je tedy za zajištění důstojného života těchto lidí odpovědný, nedává odpověď žádný právní předpis. Zajímavou myšlenku lze nalézt v Koncepci sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, totiž princip statistické významnosti – když je počet osob dané cílové skupiny statisticky významný na úrovni obce, je zajištění služby záležitostí obce; když je cílová skupina statisticky významná až na úrovni kraje, zajištění potřebných služeb je záležitostí kraje. Sice se v sociálních službách uplatňuje princip subsidiarity, ovšem některé projekty nejsou uskutečnitelné bez finanční a organizační záštity kraje nebo ministerstva.

Ochránce zde nepředkládá žádná nová zjištění, ale opakuje současné priority krajů. Není však možné čekat na další vlnu přepisování strategických dokumentů, střednědobých plánů. Reálná potřeba je zde už nyní, a proto je třeba ji řešit okamžitě.[125] Podpořit vznik chybějících služeb pro klienty se specifickými potřebami. Jít do konkrétna – obecné cíle konkretizovat na potřeby daného kraje. Není možné pokračovat v trendu, kdy specializovaná zdravotnická pracoviště fakticky přebírají odpovědnost za společenské jevy.

140. Aniž by se ochránce hlouběji zabýval dopadem současné právní úpravy opatrovnictví do postavení pacientů psychiatrických léčeben, upozorňuje na to, že po dobu, kdy trvá opatrovnické řízení, nebo i déle po dobu trvání řízení o způsobilosti k právním úkonům, nelze efektivně chránit práva pacientů související s činěním právních úkonů. Nadto po tu dobu obvykle není žádná osoba, která by obstarávala nutné záležitosti pacienta. Respektive v rámci léčeben jsou to sociální pracovnice, které nejsou placeny ze zdravotního pojištění a je jich poměrně málo (viz bod 46).

141. **Ministerstvu spravedlnosti se doporučuje**

- zvážit uzákonit konkrétní lhůty pro rozhodování soudů ve věcech ochranného léčení (viz bod 61);
- vzhledem k výše uvedenému (viz body 57 a 46) a doporučení bodu 167 Zprávy z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory legislativně zakotvit nástroje ochrany práv osob s duševní poruchou.

142. **Ministerstvu zdravotnictví (respektive jiným subjektům, jde-li o povinnosti zřizovatele) se doporučuje**

- podniknout konkrétní kroky, které by vedly ke snížení kapacity ložnic tak, aby byli pacienti ubytováni maximálně po pěti;

Pokud tyto formy existují, jsou to aktivity dočasné, nácvikového charakteru. Ústavy sociální péče reagují na tuto potřebu zřizováním chráněného bydlení v jejich rámci, ale je to stále málo a ne ve všech regionech. Stále více duševně nemocných, hlavně mladých, rodiny nechtějí přijmout zpět, a tak tito občané končí na ubytovnách či azylových domech, které jsou pro ně naprosto nevhodné. Dle našich zkušeností hodně těchto pacientů vyjadřuje pocit bezpečí a jistoty uvnitř za zdmi léčebny, a tyto pocity u nich převažují nad pocitem svobody „venku“.“

[124] Například cíl 8.1. Střednědobého plánu rozvoje Ústeckého kraje: „Zajistit dostupné sociální služby pro osoby s duševním onemocněním nebo s mentálním postižením“; Dokument Plzeňského kraje: „Náměty k chybějícím službám: zajištění služby, která by odpovídala sociální službě Domu na půl cesty, případně jiné obdobné služby pro osoby opouštějí psychiatrickou léčebnu (ať již jde o osoby ohrožené závislostí na návykových látkách, nebo osoby s duševním onemocněním); v průběhu rozhovorů se také objevoval důraz na větší propojení sociálních a zdravotních služeb.“

[125] Ochránci je známo, že jednání už například probíhá ve Středočeském kraji ve spolupráci s PL Kosmonosy a zástupci neziskového sektoru. Zatím bez výsledku.

- zajistit dostatek financí na doporučovaná opatření zvyšující soukromí pacientů na toaletách (pořízení dveří, kabinek a zvláštních zámků, viz bod 110);
- poskytnout ochránci informaci o možnostech nostrifikace lékařů;
- aktivně spolupracovat s kraji na doplnění sítě sociálních služeb (čl. 14 Evropské sociální charty[126]);
- věnovat se koncepčně oboru psychiatrie a řešit problémy uvedené v bodech 34 a 38;
- převzít ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí a místními samosprávami odpovědnost za řešení případů pacientů, kteří jsou trvale v psychiatrických léčebnách omezováni ve volném pohybu (viz bod 79) vzhledem k tomu, že současná legislativa tyto případy umožňuje; ochránce doporučuje aktivně tyto případy vyhledat a nabízí k tomu i své poznatky.

143. **Dále ochránce apeluje na Ministerstvo zdravotnictví, aby iniciovalo odbornou diskuzi s představiteli psychiatrických léčeben i zdravotních pojišťoven, jejímž předmětem bude financování psychiatrické péče a její další vývoj.**

144. **Ministerstvu práce a sociálních věcí se doporučuje aktivně spolupracovat s kraji na doplnění sítě sociálních služeb.**

145. **Doporučuje se krajům zahájit konkrétní řešení situace duševně nemocných na svém území (viz body 19, 20, 79), například formou vyjednání veřejného závazku za zajištění jednotlivých druhů sociálních služeb mezi dotčenými subjekty (kraj, obec, neziskové organizace, Ministerstvo zdravotnictví); tato cílová skupina je statisticky podchytitelná, nejedná se o neurčitý úkol.**

146. **Doporučuje se léčebnám aktivně spolupracovat s poskytovateli sociálních služeb a samosprávami na zlepšení dostupnosti návazných sociálních služeb.**

147. **Ochránce žádá Ministerstvo zdravotnictví a kraje, aby jej do konce června 2009 informovaly o tom, jaké kroky k naplnění výše uvedených doporučení byly podniknuty.**

b) Doporučení de lege ferenda

148. Nedostatky právní úpravy lze vysledovat především v oblasti používání opatření schopných omezit pohyb osob. Praxe při používání omezovacích prostředků je nejednotná, a není tak zajištěna rovnost práv pacientů (čl. 1 LZPS). Návrh nové právní úpravy (zákon o zdravotních službách) s úpravou používání omezovacích prostředků počítá. Vedle připomínek, které ochránce měl možnost standardní cestou vznést, obecně de lege ferenda doporučuje:

[126] Čl. 14 Právo využívat služby sociální péče: „S cílem zajistit účinné uplatnění práva na využívání služeb sociální péče se smluvní strany zavazují povzbuzovat účast jednotlivců a dobrovolných a jiných organizací při zakládání nebo udržování takových služeb.“ Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 14/2000 Sb. m. s., Evropská sociální charta.

1. stanovit maximální délku platnosti ordinace omezovacího prostředku;
2. stanovit podmínky použití prostředku schopného omezit pacienta mimo případy akutního ohrožení;
3. stanovit podmínky dohledu, kontroly a odvolání při používání omezovacího prostředku, vč. stanovení způsobu vnějšího přezkumu;
4. stanovit podrobnosti použití, například podzákonným právním předpisem.

149. Dále citelně chybí detailnější právní úprava práv a povinností lékaře, jestliže nemůže získat souhlas pacienta k léčbě pro jeho faktickou právní nezpůsobilost a přitom neléčení může pacientovi způsobit utrpení. Ochránce doporučuje

1. stanovit možnost zástupného souhlasu ve smyslu čl. 6 odst. 3 Úmluvy o biomedicíně;
2. stanovit možnost léčby psychiatricky nemocných bez jejich souhlas ve smyslu čl. 7 Úmluvy o biomedicíně, totiž zároveň upravit podmínky ochrany práv těchto osob a podmínky dohledu, kontroly a odvolání[127].

150. **Ministerstvu zdravotnictví se doporučuje prosadit legislativní doporučení v bodech 148 a 149 (v souvislosti s doporučením v bodě 44 Souhrnné zprávy z návštěv domovů pro seniory).**

V Brně dne 18. září 2008

JUDr. Otakar M o t e j l
veřejný ochránce práv

[127] Rovněž viz zásada 14 bod 2 OSN Zásad ochrany duševně nemocných: „Každé zařízení péče o duševní zdraví musí podléhat s dostatečnou častostí dohledu odpovědné autority, který zajistí, že podmínky, léčba a péče o pacienty vyhovují těmto Zásadám."