



Zásahy do základních lidských práv osob s psychosociálním postižením a návrhy k jejich řešení

Strategický dokument vypracovaný pro Ministerstvo zdravotnictví

Zpracovali: Mgr. Zuzana Durajová a JUDr. Maroš Matiaško, LL.M. dne 29. 2. 2020

Dokument vznikl v rámci projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, (reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0006213) realizovaného Ministerstvem zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.



Obsah

1. Úvod	3
2. Doporučení související se zbavením osobní svobody lidí s psychosociálním postižením..	3
2.1. Účel zásahů do osobní svobody.....	4
2.2. Hmotněprávní kritéria zásahu	6
2.2.1. Existence duševní nemoci	6
2.2.2. Existence hrozby/nebezpečí.....	7
2.3. Kritérium subsidiarity	8
2.4. Procesně-právní kritéria zásahu	9
2.4.1. Nezávislý orgán.....	9
2.4.2. Participace člověka na rozhodování.....	10
2.4.3. Účinné právní zastoupení a právní pomoc.....	11
2.5. Podmínky detence	12
3. Doporučení související s právem nebýt podroben špatnému zacházení.....	13
3.1. Definice a postih špatného zacházení	15
3.2. Kritéria pro špatné zacházení	17
3.2.1. Zdravotnický pracovník jako původce špatného zacházení.....	18
3.2.2. Terapeutická nutnost	19
3.2.3. Diskriminace ve vztahu ke špatnému zacházení.....	22
3.3. Další povinnosti státu	23
3.3.1. Monitorování a prevence.....	23
3.3.2. Účinné vyšetřování.....	23



1. Úvod

Cílem tohoto dokumentu je zanalyzovat závazky České republiky vyplývající z mezinárodního práva lidských práv s cílem zlepšení právní ochrany lidí s psychosociálním postižením. Závěry a doporučení vychází z mezinárodních lidskoprávních standardů, české právní úpravy a praktických zkušeností autorů a lidí se zkušeností.

V dokumentu jsme se zaměřili na dvě oblasti, a to právo na osobní svobodu a na zákaz špatného zacházení, které považujeme za klíčové pro poskytování péče lidem s psychosociálním postižením. To však neznamená, že v jiných oblastech neexistují v ČR nedostatky. Mezi další oblasti, kterým by se měly další strategické dokumenty a politiky věnovat, patří zejména otázky týkající se informovaného souhlasu a rozhodování o léčbě, výkon opatrovnictví a podpůrných opatření či propojení zdravotní péče se sociální péčí či dostupným bydlením. Samostatná pozornost by se měla také věnovat zvláště ohroženým skupinám, například lidem s duální diagnózou v psychiatrické péči a také zejména nezletilým dětem, na které mohou níže zmíněná omezení dopadat mnohem závažněji.

2. Doporučení související se zbavením osobní svobody lidí s psychosociálním postižením

Právo na osobní svobodu je zakotveno v českém právním řádu přímo v Listině základních práv a svobod (článek 8). Kromě toho jej najdeme v množství mezinárodních lidskoprávních dokumentů – Mezinárodním paktu o občanských a politických právech (článek 9), Evropské úmluvě o lidských právech (článek 5), včetně její interpretace prostřednictvím Evropského soudu pro lidská práva a nejnověji také v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením (článek 14 ve spojení s ostatními články).

Pro zásah státu do práva na osobní svobodu všechny výše popsané dokumenty vyžadují zákonné zmocnění, tedy stanovení jak hmotněprávních kritérií, tak procesních postupů, které musí být dodrženy. I když lidé s psychosociálním postižením mohou být subjekty různých zásahů do osobní svobody (například výkon trestu odnětí svobody, vazba), pro účely tohoto materiálu se dále věnujeme zásahům do osobní svobody, které se specificky týkají lidí s duševním onemocněním, a to hospitalizace bez souhlasu pacienta, umístění do sociální služby bez souhlasu klienta, výkon ochranného léčení a zabezpečovací detence.



2.1. Účel zásahů do osobní svobody

Evropský soud pro lidská práva ve své judikatuře zdůrazňuje, že pro zásah do jakéhokoliv práva musí existovat legitimní cíl. Zásahy do osobní svobody jsou odůvodněny především **ochranou společnosti před zadrženým člověkem**. Může jít o případy, kdy je zásah do osobní svobody ukládán preventivně (tedy předtím, než se dotyčný dopustil nezákonného jednání), případně jako forma sankce (tedy jako následek nezákonného jednání).¹ Do první kategorie případů patří zadržení člověka, který z důvodu duševního onemocnění nebo po požití návykových látek ohrožuje osoby ve svém okolí. Do druhé kategorie patří výkon ochranného léčení nebo zabezpečovací detence.

V některých případech je povoleno zasáhnout do osobní svobody člověka s cílem **ochránit jej před jím samotným**, či zmírnit jeho utrpení. Tyto případy se na rozdíl od případů v první kategorii týkají výlučně osob s presumovanými sníženými kognitivními či volnými schopnostmi. Jedná se tedy o děti (ochranná a výchovná opatření), případně dospělé se zdravotním postižením (hospitalizace psychiatrických pacientů či lidí trpících závislostmi nebo tzv. sociální detence lidí s postižením).²

Všimněme si že účel těchto zásahů, jakož i postavení osoby, která jej činí, se velice liší. Kdežto v první skupině případů by měl orgán, který o detenci rozhoduje (a který případně osobu drží v detenci), mít zejména na mysli blaho ostatních (většinou blíže nespecifikovaných) osob, ve druhé skupině je v paternalistické pozici vůči samotnému člověku. U rozhodování ohledně uložení či ukončení ochranného léčení či zabezpečovací detence právní úprava odkazuje na jakýsi „účel“, avšak tento není nikde legislativně stanoven. I když zákonodárce vyjmenovává v důvodové zprávě k zákonu o specifických zdravotních službách několik možných cílů ochranného léčení, u některých osob bude aplikovatelný pouze cíl spočívající v izolaci člověka od ostatních. Zejména se bude jednat o lidi, u kterých nelze předpokládat v souvislosti s léčbou zlepšení, například lidé s poruchou osobnosti, lidé s těžkým mentálním postižením.³ **Lze pak polemizovat o tom, zda jsou psychiatrické nemocnice vhodným místem k naplňování tohoto**

¹ Toto dělení samozřejmě není výlučné, jelikož cílem sankčních opatření, například uložení trestu odnětí svobody, může být také prevence před dalším nežádoucím jednáním.

² Evropská úmluva o ochraně lidských práv v článku 5 písm. e) také umožňuje zbavení osobní svobody u „tuláků,“ nicméně v současné době se již detence z těchto důvodů běžně nevyužívá.

³ MATIAŠKO, M. Ochranné léčení v novém trestním zákoníku: ke třem vybraným otázkám. Bulletin advokacie. Česká advokátní komora, 2009.



účelu, tedy jestli mají nemocnice sloužit jako prostředek ochrany společnosti před těmito osobami. To, jakou roli přisoudíme psychiatrickým nemocnicím, přitom může hrát klíčovou roli při určení jejich odpovědnosti (například v případě útěku nebezpečného pacienta) a stanovení povinností pro materiální vybavení (například mříže, ploty a jiná ochranná opatření).

Kromě ochranného léčení či zabezpečovací detence se s problémem určení účelu hospitalizace setkáváme také u tzv. civilních detencí psychiatrických pacientů či pacientů se závislostmi. V těchto případech právní úprava nerozlišuje, zda je účelem detence ochrana člověka nebo jeho okolí. I když někdy se tyto účely snoubí, ve velkém počtu případů bude zřejmé, že je pacient proti své vůli hospitalizován buď pro ochranu ostatních (např. pacient vyhrožující svým rodinným příslušníkům) nebo sebe (např. pacient s poruchou příjmu potravy). K obou těmto pacientům je však dnes z hlediska práva přistupováno stejně. Přitom pro vymezení kritérií pro zásah do osobní svobody může mít určení účelu zásahu do osobní svobody značný význam. **V naší společnosti bude jistě přijatelnější zasáhnout do autonomie a svobody člověka, pokud půjde o ochranu ostatních; v těchto případech také nemusí být nutným kritériem zkoumání souhlasu dotyčného člověka s podrobením se navrhovanému opatření. Naopak, v případě intervencí pro ochranu člověka samotného by vždy mělo být určujícím kritériem to, zda je schopen posoudit následky svého jednání (tedy je způsobilý učinit i rozhodnutí, které má pro něj objektivně nepříznivý následek), a zejména zda tato intervence nemůže potenciálně způsobit člověku újmu větší, než by mu hrozila bez ní.** V těchto případech může být nevyhnutné posoudit širší kontext, včetně předchozího života člověka, jeho hodnot a preferencí. Je také nutné zvažovat dopad opatření na některé zvláště ohrožené skupiny, jakými jsou nezletilé děti, senioři, či lidé s duální diagnózou.

Doporučení:

- Vymezení účelu pro různé formy detence osob v psychiatrických zařízeních nebo zařízeních sociálních služeb.
- Stanovení oddělených kritérií pro detenci z důvodu ochrany společnosti, ochrany samotného člověka, či smíšených důvodů a možné modifikace těchto kritérií v případě zvláště ohrožených skupin.
- Vymezení role zdravotnických a sociálních zařízení při detenci a jejich odpovědnosti.



2.2. Hmotněprávní kritéria zásahu

Mezi hmotněprávní kritéria patří zejména charakteristiky zadržené osoby, resp. popis jejího jednání, které odůvodňuje zásah do její svobody. Mezinárodní pakt o občanských a politických právech ani Listina základních práv a svobod hmotněprávní kritéria nezmiňují a spoléhají se na podrobnější zákonnou úpravu. Naopak, Evropská úmluva o lidských právech obsahuje taxativní výčet situací, kdy je zásah do osobní svobody přípustný.⁴ Od ní se pak odvíjí i česká legislativa zmocňujících státní orgány k zadržení určitých osob.

K uložení všech výše zmíněných opatření česká právní úprava vyžaduje, aby (a) dotčený prokazatelně trpěl duševním onemocněním, a aby (b) byl zásah do práv dotčeného vyvážen konkrétní hrozcí újmou pro ostatní. Přitom jak polemizujeme dále, obě kritéria v praxi způsobují jisté interpretační potíže.

2.2.1. Existence duševního onemocnění

První kritérium je značně problematické zejména z pohledu Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, která v duchu upuštění od tzv. medicínského modelu postižení zakazuje, aby byl na základě diagnózy člověk omezen ve výkonu svých práv, včetně práva na osobní svobodu.⁵ Dle názoru Výboru pro práva osob se zdravotním postižením nejenže nemůže být existence zdravotního postižení jediným kritériem pro zásah do osobní svobody, ale každá právní úprava, která by obsahovala toto kritérium (i spolu dalšími „disability-neutral“ kritérii) by byla v rozporu s Úmluvou.⁶ Radikální postoj Výboru je jistě veden snahou o narušení zažitě představy, že lidé s duševním onemocněním jsou zvláště nebezpeční pro ostatní. Na druhou stranu, tento názor byl podroben také kritice kvůli jeho obtížné praktické uplatitelnosti.⁷ S jistotou lze říci, že Úmluva nezakazuje státům, aby zavedly opatření

⁴ Článek 5 odst. 1 písm a) – f) Evropské úmluvy o lidských právech

⁵ Článek 14 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

⁶ Doporučení Výboru CRPD k výkladu článku 14 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, dostupné z: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=A/72/55&Lang=en

⁷ FREEMAN, Melvyn Colin et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The Lancet Psychiatry*. Volume 2, Issue 9, September 2015.



k ochraně společnosti před potenciálně nebezpečnými jedinci, pokud tato opatření budou postavena na jiných kritériích než-li na existenci jejich zdravotního postižení.

Evropský soud pro lidská práva zatím neopustil tento medicínský model a nadále využívá pro posuzování případů psychiatrických pacientů pod článkem 5 Evropské Úmluvy o lidských právech kritérium existence duševního onemocnění („unsound mind“), tak jak jej vymezil v rozhodnutí Winterwerp proti Nizozemí.⁸ Důležitým hlediskem však je, že existence této nemoci musí být prokázána **objektivním znaleckým posudkem**. V české praxi je takový posudek vyžadován vždy při ukládání ochranného léčení či zabezpečovací detence, i v případě tzv. sociálních detencí. U nedobrovolných hospitalizací však vyžaduje zákonná úprava znalecký posudek až v řízení o dalším držení v ústavu zdravotní péče.⁹ **Detence v prvních třech měsících hospitalizace je založena pouze na vyjádření lékaře či zdravotnického zařízení, které člověka přijímalo.** O objektivnosti takového posouzení tedy lze mít určité pochybnosti. Některé inspirativní zahraniční právní úpravy však obsahují další procesní záruky, jakými jsou například nutnost posouzení dvěma lékaři nebo zapojení blízkých osob člověka do rozhodování.¹⁰

Doporučení:

- Zefektivnit mechanismus objektivizace metod při diagnostice a odůvodnění nedobrovolných hospitalizací, například prostřednictvím povinnosti posouzení dvěma lékaři nebo zapojení blízkých osob člověka.
- Posílit váhu kritérií, která nevycházejí z medicínského modelu postižení.

2.2.2. Existence hrozby/nebezpečí

Taktéž další z kritérií způsobuje v praxi potíže, a to zejména v případech kdy je **hrozba zatím pouze teoretická**, tedy pokud ze strany člověka zatím nedošlo k žádnému škodnému jednání. V praxi bývá hrozba často směřována s konceptem tzv. „náhledu,“ i když podle výzkumů mezi

⁸ Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva Winterwerp proti Nizozemí, ze dne 24. 10. 1979, č. 6301/73, odst. 39.

⁹ Ust. § 81 a násl. zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních ve spojení s § 109 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku.

¹⁰ Nová rakouská právní úprava vyžaduje, aby se před rozhodnutím o nedobrovolné hospitalizace konala případová konference, které se zúčastní sám člověk, jeho blízké osoby, lékař, sociální pracovník a případně další potřebné osoby.



těmito dvěma faktory není jasná korelace.¹¹ O trochu podrobnější je v této otázce pouze právní úprava nedobrovolných hospitalizací, kdy zákonodárce v návaznosti na několik rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva¹² specifikoval, že k naplnění podmínky hrozby musí jít o hrozbu **bezprostřední a závažnou**.¹³ Domníváme se, že pro každodenní praxi psychiatrických nemocnic je však i takové vymezení příliš teoretické; zatím nenajdeme interpretační vodítka ani v soudní judikatuře. V České republice navíc neexistují standardizované testy, které by využívaly zdravotničtí pracovníci či soudy při posuzování přítomnosti hrozby. To vytváří prostor pro svévoli a vede k pochybnostem ohledně přezkoumatelnosti takových rozhodnutí. Ze strany pacientů, kteří se musí opatřením na základě těchto rozhodnutí podrobit, pak narůstá nedůvěra vůči zdravotníkům, která může narušovat terapeutický vztah a tudíž i úspěch samotné léčby.¹⁴

Doporučení:

- Vypracovat doporučený postup pro posuzování nebezpečnosti („risk assessment“) vycházející z evidence-based přístupů.
- Vypracovat doporučený postup pro posuzování „bezprostřednosti“ a „závažnosti“ hrozby při nedobrovolné hospitalizaci.

2.3. Kritérium subsidiarity

Posledním hlediskem je kritérium minimalizace zásahu, které najdeme u všech zásahů do základních lidských práv. Jde o povinnost subjektu, který do daného práva zasahuje, aby vyčerpal všechny dostupné prostředky k naplnění stanoveného účelu, kterými se nezasáhne do základního práva člověka nebo se do něj zasáhne v menší míře. Explicitně najdeme tento princip vyjádřený u nedobrovolných hospitalizací a sociálních detencí; právní úprava říká, že ke zbavení osobní svobody člověka lze dojít pouze tehdy, kdy není možné využít jiné, méně

¹¹ BONNET et al.: Insight and psychiatric dangerousness: A review of the literature 2017. May 2017.

¹² Rozsudky Evropského soudu pro lidská práva Ťupa proti České republice ze dne 26. května 2011, č. 39822/07, rozsudek a Sýkora proti České republice ze dne 22. listopadu 2012, č. 23419/07.

¹³ Ust. § 38 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

¹⁴ MOTLOVÁ, L. a HOLUB, D. Compliance a adherence: spolupráce při léčbě. *Remedia*. Praha:2005. dostupné z: <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Psychiatrie/Compliance-a-adherence-spoluprace-pri-lecbe/8-1n-bl.magarticle.aspx>



omezující opatření.¹⁵ **Naplnění této podmínky je však v praxi většinou pouze formální, a to zejména z důvodu nedostupnosti alternativ** k detenci ve zdravotnickém či sociálním zařízení. Opět ani zde nenajdeme judikaturu, která by přesněji určila, co má být v konkrétním případě považováno za méně omezující opatření. Nejsou ojedinělé situace, kdy člověk souhlasí s dobrovolnou léčbou na otevřeném oddělení, avšak zdravotnické zařízení rozhodne o přesun na oddělení uzavřené a změni hospitalizaci na nedobrovolnou. Při důsledné aplikaci zákona by přitom takový postup mohl být možný pouze za podmínky, že by hospitalizace a léčba se souhlasem v žádné formě nemohla vést k odstranění nebezpečí pro pacienta či jeho okolí. U sociálních detencí zase najdeme případy, kdy ke zbavení osobní svobody dochází kvůli nedostupnosti bydlení či sociálních služeb v komunitě.

Doporučení:

- Vypracovat metodický postup k pojmu „méně omezující opatření“, včetně modelových případů ve zdravotních i sociálních službách.
- Průběžně pracovat na rozvoji zdravotních a sociálních služeb v komunitě a alternativ ke zbavení osobní svobody.

2.4. Procesně-právní kritéria zásahu

Procesní podmínky pro zákonný zásah do osobní svobody jsou spojeny zejména se spravedlivým procesem, ve kterém nezávislý orgán posuzuje naplnění všech výše zmíněných hmotněprávních podmínek.

2.4.1. Nezávislý orgán

V České republice o naplnění podmínek pro detenci rozhoduje vždy soud. To na jednu stranu představuje záruku nezávislosti v rozhodování. Na druhou stranu jsou s tím spojené různé problémy, zejména dlouhé lhůty pro rozhodnutí a kvůli neschopnosti posoudit odborné otázky, přenášení odpovědnosti za rozhodování na zdravotníky. Některé státy přitom pro posuzování důvodnosti detence využívají specializované soudy či kvazisoudní orgány, které

¹⁵ Ust. § 38 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a §XX zákona o sociálních službách



jsou tvořeny i odborníky z jiných oborů než práva¹⁶ a které fungují mnohem flexibilněji než klasické soudy.

Doporučení:

- Zvážit vytvoření mimosoudního mechanismu rozhodování v otázkách detence, případně zapojení multidisciplinárního přístupu v rozhodování.

2.4.2. Participace člověka na rozhodování

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením vyžaduje, aby byli lidé s postižením zapojeni v co největší možné míře do každého rozhodování, které se jich týká,¹⁷ a to včetně nezletilých dětí.¹⁸ To s sebou nese i povinnost poskytnout mu přiměřené úpravy („reasonable accommodation“) k tomu, aby porozuměl procesu a výsledku rozhodnutí. Mezi takové přiměřené úpravy může patřit zjednodušení informací, poskytnutí delšího času na porozumění, zapojení dalších osob či úprava prostředí. Některé úpravy již dnes najdeme v zákoně, například povinnost poskytovatele zdravotních služeb komunikovat s pacientem způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí¹⁹ a v případě nedobrovolné hospitalizace jej informovat o jeho právním postavení a procesních zárukách.²⁰ Nedobrovolně hospitalizovaný pacient má také možnost vybrat si důvěrníka v řízení o nedobrovolné hospitalizaci.²¹ V praxi se využívají důvěrníci spíše zřídka, zřejmě z důvodu jejich nedostatečné regulace.²²

Specifickou formou zapojení člověka je přímý kontakt se soudem, který o něm rozhoduje. I když soud má povinnost vyslechnout člověka v řízeních, které se jej týkají,²³ ne zřídka se účastní jiného soudního roku (jednání mimo soudní síň) pouze vyšší soudní úředník. Navíc, efektivita takového výslechu může být ovlivněna tím, že k výslechu zpravidla dochází až

¹⁶ Například tzv. Mental health court v Kalifornii, USA nebo Court of Protection ve Velké Británii.

¹⁷ Článek 4 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením

¹⁸ Článek 12 Úmluvy o právech dítěte.

¹⁹ Ust. § 30 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

²⁰ Ust. § 106 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku.

²¹ Ust. § 68 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních

²² Není například jasné, jakou formu má zvolení důvěrníka mít, nebo může důvěrník nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo soudního spisu.

²³ Ust. § 76 odst. 2 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních



potom, co je člověku nasazena léčba. Proto by bylo vhodné zvážit možnost účasti zástupce soudu ihned na začátku hospitalizace, například tím, že by vyšší soudní úředník byl nepřetržitě přítomen v nemocnici.

Doporučení:

- Zhodnotit právní úpravu stávajících přiměřených úprav a případně navrhnout změny k zefektivnění jejich využití.
- Rozšířit spektrum přiměřených úprav ve všech řízeních týkajících se detence lidí s psychosociálním postižením.
- V případech nedobrovolné hospitalizace zajistit účast zástupce soudu při příjmu pacienta nebo v bezprostřední době po něm.
- Vypracovat doporučený postup při informování pacientů o jejich právním postavení a procesních právech při nedobrovolné hospitalizaci dle § 106 občanského zákoníku a informování jejich blízkých dle § 105 občanského zákoníku a § 38 odst. 6 zákona o zdravotních službách.

2.4.3. Účinné právní zastoupení a právní pomoc

I když prokázání naplnění podmínek pro detenci leží na bedrech státu,²⁴ možnost zpochybnit informace, které jsou podkladem pro detenci, je nezbytným předpokladem spravedlivého řízení. Zákon uznává, že pacient v detenci je zvláště ohroženou skupinou, a proto vyžaduje, aby měl člověk ihned po zahájení řízení procesního opatrovníka.²⁵ **Nicméně pouhé zvolení či ustanovení zástupce nepostačuje; k naplnění tohoto kritéria se vyžaduje, aby bylo zastoupení efektivní.** Podle zkušeností lidí se zkušeností je často zastoupení soudem určeným advokátem pouze formální, advokát se s klientem například vůbec neseťká a nepostupuje dle jeho pokynů. Tuto praxi již v minulosti kritizovaly jak české soudy,²⁶ tak Evropský soud pro lidská práva.²⁷ Přitom podle zákona má procesní opatrovník stejné povinnosti jako advokát na

²⁴ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Hutchison Reid proti Spojenému království ze dne 20. 5. 2003, č. 50272/99

²⁵ Ust. § 69 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních

²⁶ Nález Ústavního soudu ze dne 25. 9. 2002, spis. zn. I. ÚS 559/2000.

²⁷ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Artico proti Itálii ze dne 13. 5. 1980, č. 6694/74, odst. 33.



základě plné moci,²⁸ včetně důsledné ochrany práv klienta a využití všech prostředků, které právní úprava nabízí.²⁹

Specifickou formou právní pomoci jsou důvěrníci, ať již z řad blízkých osob, nevládních organizací, nebo peer-konzultantů v rámci jednotlivých zařízení. Jejich postavení, práva, povinnosti, či odpovědnost však zatím nejsou dostatečně upraveny zákonem.

Doporučení:

- Spolu s Českou advokátní komorou vytvořit doporučený postup pro advokáty v řízení, které se týkají lidí s psychosociálním postižením a průběžně vzdělávat advokáty.
- Upravit postavení dalších osob, které participují na právní ochraně osob v detenci.

2.5. Podmínky detence

Nakonec, pro posouzení zákonnosti detence je nezbytné se podívat také na její průběh. Důležitým kritériem je to, zda je detence vykonávána na místě, které je k tomu vhodné, zda jsou podmínky pro výkon detence zákonem jasně vymezeny, jakož i to, zda kromě samotného zásahu do osobní svobody nedochází k dalším neoprávněným zásahům do lidských práv.

Na tomto místě je nutné zmínit, že úprava podmínek u všech typů detencí v Česku pokulhá.

Zákon nespecifikuje, jak má vypadat (dobrovolná či) nedobrovolná hospitalizace a právní postavení pacientů je někdy zcela nepřehledné. V praxi najdeme pacienty, kteří jsou formálně hospitalizováni dobrovolně, avšak nacházejí se na uzavřeném oddělení bez možnosti odejít na základě své vůle. Naopak, někteří pacienti, kteří se nacházejí z pohledu zákona v detenci, tudíž by měli vykazovat známky bezprostředního nebezpečí pro sebe nebo okolí, můžou být přeloženi na oddělení otevřené či mít „vycházky.“

Režimová opatření uplatňována ve zdravotních a sociálních službách (odebírání telefonů, vycházky, návštěvy) **nejsou regulována**, a tudíž zde opět hrozí riziko svévole a zneužití.

²⁸ Ust. § 31 odst. 2 občanského soudního řádu.

²⁹ Ust. § 16 zákona o advokacii.



Na rozdíl od některých zahraničních právních úprav, není také česká právní úprava hospitalizace a léčby při výkonu ochranného léčení či zabezpečovací detence oddělena. U nedobrovolných hospitalizací sice najdeme speciální podmínky pro zahájení léčby bez souhlasu,³⁰ avšak soudní přezkum je možný pouze u hospitalizace. Navíc, v praxi neexistuje jednotný výklad pro naplnění podmínky tzv. vitální indikace dle § 38 odst. 3 zákona o zdravotních službách.

Doporučení:

- Přísně oddělit dobrovolné a nedobrovolné hospitalizace a stanovit podmínky pro jejich výkon, včetně možnosti využití režimových opatření.
- Právně upravit možnost využití režimových opatření ve všech typech zařízení, kde se vykonává detence, včetně mechanismu jejich přezkumu a nápravy v případě zneužití.
- Zvážit možnost vytvoření samostatného mechanismu přezkumu léčby proti vůli pacienta.
- Vytvoření doporučeného postupu pro posuzování vitální indikace dle § 38 odst. 3 zákona o zdravotních službách
- Zajistit legislativní ukotvení dané úpravy.

3. Doporučení související s právem nebýt podroben špatnému zacházení

S podmínkami detence úzce souvisí otázka tzv. špatného zacházení (souhrnný pojem pro tři různé způsoby jednání, od extrémního mučení, přes kruté a nelidské zacházení nebo trestání, až k ponižujícímu zacházení). Na začátku je zejména nutné se podívat na to, jak otázka špatného zacházení může souviset s poskytováním služeb v oblasti duševního zdraví. Jde totiž o problém, který se může specificky dotknout různých kategorií uživatelů nebo ex-uživatelů psychiatrické péče, a to ve všech jejich formách. Jinak v případě dětí, které jsou obecně

³⁰ Ust. §38 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách



považovány za ještě více zranitelné, nebo žen, či seniorů. Zejména v případě dětí je zjevné, že deinstitucionalizace psychiatrické péče je silně doporučována již od roku 2010 (sic!).³¹

Z hlediska mezinárodního práva lidských práv, je zákaz špatného zacházení pevně ukotven a není nijak kontroverzní. Jinými slovy, jde o normu, která je obecně akceptována a má tzv. absolutní povahu. Tedy, neptáme se, jestli s někým vůbec lze špatně zacházet. Odpověď je jednoduše ne. Ptáme se ale, co špatné zacházení ve svých jednotlivých formách znamená. Jinými slovy, kdy lze zacházení podřadit pod právní pojem mučení, anebo nelidské či ponižující zacházení.

Podíváme-li se do minulosti, zjistíme, že právo nebýt podroben špatnému zacházení bylo zakotveno ve všech nejdůležitějších mezinárodních lidskoprávních dokumentech zejména v reakci na hrůzy druhé světové války. Systematické praktiky mučení, ani jiné formy špatného zacházení však neskončily druhou světovou válkou. Ve zprávě Amnesty International publikované v roce 1973 byly popsány praktiky špatného zacházení z více než 70 zemí. Zneužití psychiatrie k těmto účelům bylo zdokumentováno zejména v Sovětském Rusku.³² Mučení a špatné zacházení bylo běžnou praxí i v těch zemích, které se považují za kolébky ochrany základních práv a svobod, zejména Francie a Velké Británie.³³ I v současné době se evropské státy dopouštějí špatného zacházení, Česká republika byla také v posledních deseti letech kritizována z důvodu porušení zákazu špatného zacházení s člověkem s duševním onemocněním.³⁴ A protože je to právě oblast psychiatrické péče, které byla a je věnována značná pozornost, je zcela na místě ji podrobněji zmapovat a formulovat doporučení tak, aby budoucí zreformovaná psychiatrická péče, včetně péče o děti a seniory,³⁵ vytvořila všechny předpoklady pro odstranění praktik a předpokladů špatného zacházení, tak jak se vymezuje v mezinárodním právním diskursu.

³¹ Viz Doporučení CM/Rec(2010)2 o deinstitucionalizaci a životě v komunitě dětí s postižením. Blíže viz práci Matiaško, M. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením a transformace sociální péče v České republice, MPSV, 2011, s. 12-13 a 24. Práce je dostupná na adrese:

<http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/umluva-OSN.pdf>

³² Amnesty International. Report on Torture, 1973, s. 175 [online].

Dostupné z: <https://www.amnesty.org/en/documents/ACT40/001/1973/en/> [cit. 2019-5-11].

³³ LIPPMAN, M. The Development and Drafting of the United Nations Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. *Int'l & Comp. L. Rev.* 1994, roč. 17, č. 2, s. 290-291.

³⁴ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Bureš proti České republice ze dne 18. října 2012, č. 37679/08

³⁵ Děti a seniory představují specifické věkové kategorie, kterým je nutné věnovat zvláštní pozornost. V této práci bohužel není prostor pro detailnější analýzu a doporučení směrem k reformě péče o tyto dvě skupiny, ale lze jenom doporučit, aby takové práce vznikly.



3.1. Definice a postih špatného zacházení

Jedním ze způsobů, jak předcházet špatnému zacházení, případně jak účinně potrestat viníky je kodifikace zákazu mučení a jiného špatného zacházení. V obecných mezinárodních úmluvách o lidských právech najdeme z velké části pouze obecnou definici mučení a jiného špatného zacházení. Formulace postrádají konkrétní vymezení jak znaků mučení, tak i znaků jiného špatného zacházení.³⁶ O něco podrobnější úpravu obsahuje Úmluva pro práva dítěte, která spojuje zákaz špatného zacházení se zákazem uložení trestu smrti a trestu odnětí svobody na doživotí dětem mladším 18 let³⁷ a také Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, která do zákazu špatného zacházení zahrnuje porušení informovaného souhlasu v případě zdravotnických nebo vědeckých experimentů.³⁸

Úmluva proti mučení definuje **mučení** jako jakékoli jednání, jímž je člověku úmyslně působena silná bolest nebo tělesné či duševní utrpení s cílem získat od něho nebo od třetí osoby informace nebo přiznání, potrestat jej za jednání, jehož se dopustil on nebo třetí osoba nebo z něhož jsou podezřelí nebo s cílem zastrašit nebo přinutit jej nebo třetí osobu nebo z jakéhokoli jiného důvodu založeného na diskriminaci jakéhokoli druhu, když taková bolest nebo utrpení jsou působeny veřejným činitelem nebo jinou osobou jednající z úředního pověření nebo z jejich podnětu či s jejich výslovným nebo tichým souhlasem.

Toto vymezení nezahrnuje bolest nebo utrpení, které vznikají pouze v důsledku zákonných sankcí, jsou od těchto sankcí neoddělitelné nebo jsou jimi vyvolány náhodou.³⁹ Při diskuzích ohledně finálního znění této úmluvy padaly také návrhy, aby pod definici mučení spadaly některá jednání související s psychiatrií.⁴⁰

³⁶ Všechny tyto formulace zákazu mučení a jiného špatného zacházení nebo trestání mají svůj pravzor v čl. 5 Všeobecné deklarace lidských práv z roku 1948, podle kterého „nikdo nesmí být mučen nebo podrobován krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu“. Rozdíl mezi formulací v čl. 3 Evropské Úmluvy o lidských právech, čl. 5 Všeobecné deklarace lidských práv a čl. 7 Mezinárodního paktu pro občanská a politická práva spočívá v chybějícím znaku „kruté“ zacházení nebo trestání.

³⁷ Čl. 37 písm. a) Úmluvy o právech dítěte

³⁸ Článek 15 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením

³⁹ Článek 1 odstavec 1 Úmluvy proti mučení a krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání

⁴⁰ Například Barbados navrhl, aby definice obsahovala odkaz na použití drog, i když není způsobena žádná bolest či utrpení. Zajímavý byl návrh Portugalska, který se týkal doplnění samostatného třetího odstavce v čl. 1, který měl specificky řešit zneužívání psychiatrie. Portugalský návrh tohoto ustanovení zněl: „Pro účely této úmluvy se za mučení považuje použití psychiatrie pro jeden z cílů uvedených v čl. 1 nebo zneužití psychiatrie s cílem prodloužit zajištění jakékoliv osoby, která byla podrobena opatření nebo trestu, jehož součástí je zbavení osobní svobody.“ Švýcarsko zase navrhlo doplnění, aby se za mučení označily i zdravotnické nebo vědecké



Jiné kruté, nelidské a ponižující zacházení nebo trestání není v Úmluvě proti mučení definováno, pouze stanovuje, že stát má povinnost zabránit také jednání, které nespadá pod definici mučení, ale oběti způsobuje silné bolesti nebo tělesné či duševní utrpení a zároveň jde o úmyslné zavinění.⁴¹

V českém právním řádu bylo mučení výslovně kriminalizováno až v roce 1994. Novelizací trestního zákona č. 40/1961 Sb. byla v § 259a upravena nová skutková podstata mučení a jiného nelidského a krutého zacházení a v zásadě stejnou formulaci přebral následně v § 149 i trestní zákoník č. 40/2009 Sb. Ustanovení § 149 trestního zákoníku používá pojmy jako „mučení a jiné nelidské a kruté zacházení“, terminologie je však podle našeho názoru nevhodná a neúplná. Skutková podstata ustanovení § 149 trestního zákoníku sice upravuje znak krutého zacházení, ale již nikoliv znak „ponižujícího“ zacházení nebo trestání. Přitom to budou právě skutky spadající pod ponižující zacházení, které lze dobře identifikovat, a i trestně stíhat.⁴² Zmíněné ustanovení neupravuje také žádný cíl nebo problém zavinění, co kritizují i orgány OSN.⁴³ Úmyslné zavinění se vyžaduje pouze v případě mučení; jiného špatného zacházení se lze dopustit i nedbalostně, avšak nedbalostní nelidské nebo ponižující zacházení již nelze podle domácích trestních norem stíhat. **I proto je vhodné upravit samostatnou skutkovou podstatu mučení (včetně zahrnutí úmyslu), a samostatnou skutkovou podstatu krutého, nelidského a ponižujícího zacházení nebo trestání, u které by stačilo zavinění z nedbalosti.**

Dále jde o také o otázku sankce. V našem trestním zákoníku, kdo naplní znaky základní skutkové podstaty trestného činu mučení a jiného nelidského a krutého zacházení podle § 149 odst. 1, může být potrestán odnětím svobody na šest měsíců až pět let. Například ustanovení § 145 odst. 1 trestního zákoníku stanoví za spáchání těžkého ublížení na zdraví nepoměrně přísnější trest, a to trest odnětí svobody v délce tři léta až deset let. Dále, porovnáme-li výši trestu u § 149 odst. 1 trestního zákoníku s výši trestu u zneužití pravomoci úřední osoby podle

experimenty, které nelze ospravedlnit zdravotním stavem člověka a které nemají žádný terapeutický cíl. Finální verze tyto návrhy neobsahuje, ale jde o indikaci významu poskytování, resp. zneužívání psychiatrické péče.

⁴¹ Z čl. 16 odst. 1 Úmluvy proti mučení

⁴² Článek 1 odst. 1 CAT ve spojení s článkem 16 CAT upravují totiž pouze čtyři formy špatného zacházení nebo trestání, a to: (i) mučení, (ii) kruté, (iii) nelidské, a (iv) ponižující zacházení, či trestání. Obdobně čl. 3 EÚLP mluví o „mučení a nelidském nebo ponižujícím zacházení nebo trestání“, přičemž chybí znak „krutého“ zacházení nebo trestání.

⁴³ CAT/C/CZE/CO/4-5 ze dne 13. 7. 2012, odst. 7.



§ 329 odst. 1 trestního zákoníku, tak zjistíme, že je tato dokonce přísnější, protože lze uložit trest odnětí svobody na jeden rok až pět let. Domníváme se, že trestní sazba za trestný čin mučení je nízká. A navíc, s ohledem na klasifikaci trestných činů podle § 14 odst. 2 trestního zákoníku, trestný čin mučení v základní skutkové podstatě je považován za přečin, a nikoliv za zločin. Je zcela nevhodné, aby se pachatelé dopouštěli přečinu mučení. Musíme si na tomto místě připomenout již klasický rozsudek ve věci *Irsko proti Spojenému království*, ve kterém ESLP uvedl, že mučení představuje „zvláštní stigma úmyslného nelidského jednání, které způsobuje velmi vážné a kruté utrpení“.⁴⁴ **Tedy, je vhodné u samostatných skutkových podstat, s ohledem na výše uvedené doporučení, vymezit i adekvátní sankce odpovídající závažnosti daného zločinu.**

Doporučení:

- Zpřesnit skutkovou podstatu mučení a zavést samostatné skutkové podstaty trestného činu nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání
- Zavést definici mučení, která by zohledňovala aspekt diskriminace
- Zavést adekvátní sankce za trestný čin mučení a jiné formy špatného zacházení
- Zajistit legislativní ukotvení

3.2. Kritéria pro špatné zacházení

Vrátíme-li se k mučení, tak musíme zůstat u znaků mučení, které jsou specifické. První znak představuje způsobení silné bolesti nebo tělesného či duševního utrpení a druhý úmyslné zavinění. Jako třetí znak se dále označuje jednání, tedy komisivní (osoba aktivně koná, např. jiného fyzicky napadne) nebo omisivní (osoba opomíjí konat, např. nepodá jinému léky, či jídlo nebo vodu) jednání a následně zvláštní cíl tohoto jednání, dále pachatel a oběť. V oblasti poskytování psychiatrické péče můžou vzbudit otázky zejména znak pachatele – může být pachatelem lékař? – a znak cílů – lze mučit, když poskytují péči, která je vedena zdravotními cíli?

⁴⁴ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva *Irsko proti Spojenému království* ze dne 18. 1. 1978, č. 5310/71, odst. 167.



3.2.1. Zdravotnický pracovník jako původce špatného zacházení

Podle Úmluvy proti mučení lze mluvit o špatném zacházení pouze tehdy, kdy bolest nebo utrpení **byly způsobeny „veřejným činitelem“ nebo „jinou osobou jednající z úředního pověření.“**⁴⁵ Kdo může být tímto veřejným činitelem není v úmluvě definováno, nicméně dle interpretace orgánů OSN může jít o všechny civilní zaměstnance státu, pedagogické pracovníky, zdravotnické pracovníky, sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, pracovníky v imigrační detenci. Není přitom podstatné, jestli je například nemocnice či zařízení sociálních služeb zřízeno státem či jinou veřejnoprávní korporací nebo jde o soukromou instituci.⁴⁶ Také Evropský soud pro lidská práva zařadil mezi původce násilí zakládající odpovědnosti státu za špatné zacházení zaměstnance záchytné stanice⁴⁷ nebo nemocnice.⁴⁸ Není pochyb, že lékař, sestra, či jiný zaměstnanec psychiatrické nemocnice, či oddělení spadá pod pojem „veřejný činitel“ v této souvislosti. Nakonec, také veřejný ochránce práv v rámci své působnosti pro prevenci špatného zacházení⁴⁹ navštěvuje psychiatrické nemocnice, či psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic.

Pracovníci ve zdravotnictví jsou nejen potenciálními pachateli, ale zejména svědky špatného zacházení. Výbor OSN proti mučení proto v minulosti doporučil České republice novelizovat zákon o zdravotních službách, a to tak, aby byla doplněna výslovná povinnost zdravotníků oznamovat podezření na mučení a jiné špatné zacházení.⁵⁰

K tomu, aby zdravotničtí pracovníci uměli rozpoznat špatné zacházení a také na něj adekvátně reagovat, proto doporučujeme, aby vznikl doporučený postup a následné vzdělávání v tématu špatného zacházení, jeho rozpoznávání a možnostech jeho předcházení.

Doporučení:

- Zakotvit povinnost zdravotnických pracovníků oznamovat podezření na mučení a jiné špatné zacházení.

⁴⁵ čl. 1 odst. 1 a čl. 16 CAT

⁴⁶ Viz zprávy zvláštních zpravodajů OSN proti mučení, konkrétně A/63/175 ze dne 28. 7. 2008, odst. 51, A/HRC/22/53 ze dne 1. 2. 2013, odst. 23-26 a A/HRC/28/68 ze dne 5. 3. 2015, odst. 50.

⁴⁷ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Bureš proti České republice ze dne 18. 10. 2012, č. 37679/08, odst. 75–77.

⁴⁸ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva V. C. proti Slovensku ze dne 8. 11. 2011, č. 18968/07, odst. 102.

⁴⁹ Ust. § 1 odst. 3 a 4 zákona č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv.

⁵⁰ CAT/C/CZE/CO/6 ze dne 6. 6. 2018, odst. 13 písm. e)



- Vytvořit samostatnou analýzu dané problematiky, včetně přehledu úprav v zahraničí a včetně komplexní legislativní analýzy zaměřené na stávající znění občanského zákoníku a zákona o zdravotních službách.
- Vytvořit doporučený postup pro pracovníky v psychiatrii týkající se špatného zacházení a jeho prevence.

3.2.2. Terapeutická nutnost

Otázka možného špatného zacházení v kontextu zdravotní péče souvisí s konceptem tzv. **zdravotní nebo terapeutické nutnosti** (angl. *medical or therapeutic necessity*), který se rozvinul v judikatuře Evropského soudu pro lidská práva. Ten v případě z roku 1992 uvedl, že nucené krmení, podávání neuroleptik proti vůli pacienta či kurtování a izolace není špatným zacházením, pokud jde o použití medicínou uznaných terapeutických metod s cílem udržet fyzické a duševní zdraví pacienta, který je zcela neschopen rozhodování. Soud však zároveň řekl, že pacienti psychiatrických nemocnic jsou zpravidla ve velice zranitelné situaci méněcennosti a bezmocnosti, a proto by měli být rozhodovací orgány při posuzování možného špatného zacházení zvláště obezřetné.⁵¹ Podobně se soud vyjádřil v pozdějších případech týkajících se použití omezovacích prostředků v psychiatrické nemocnici⁵² a záchytné stanici,⁵³ nebo při podávání psychiatrické medikace proti vůli pacienta,⁵⁴ event. dokonce v rámci experimentu.⁵⁵

Je důležité zde uvést, že koncept zdravotní nutnosti je v lidskoprávní odborné komunitě kontroverzní. V minulosti byl kritizován jak ze strany expertů na práva lidí se zdravotním

⁵¹ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Herczegfalvy proti Rakousku ze dne 24. 9. 1992, č. 10533/83, odst. 82.

⁵² Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva M.S. proti Chorvatsku (č. 2) ze dne 19. 2. 2015, č. 75450/12, odst. 103.

⁵³ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Bureš proti České republice ze dne 18. 10. 2012, č. 37679, odst. 93.

⁵⁴ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Gorobet proti Moldavsku ze dne 11. 10. 2011, č. 30951/10, odst. 52.

⁵⁵ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Bataliny proti Rusku ze dne 23. 7. 2015, č. 10060/07, odst. 88–90.



postižením,⁵⁶ tak ze strany zvláštních zpravodajů OSN proti mučení Juana Mendéze,⁵⁷ a pro právo na zdraví, Dainiuse Pūrase.⁵⁸ Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením také nepřistoupil ke konceptu terapeutické nutnosti a dává praxi používání omezovacích prostředků při poskytování psychiatrické péče⁵⁹ anebo nedobrovolné elektrokonvulzivní terapie⁶⁰ spíše do souvislosti se špatným zacházením. To znamená, že je na místě k této praxi přistupovat velmi obezřetně a v kontextu reformy a transformace uvažovat nad takovou péčí, která by ideálně tuto praxi nepoužívala.

Doporučení:

- Postupně snižovat frekvenci používání omezovacích prostředků s dlouhodobým cílem od této praxe postupně upustit
- Zajistit, že elektrokonvulzivní terapie není aplikována proti vůli pacienta
- Zavést povinné vzdělávání v oblasti deeskalačních technik a postupů

⁵⁶ BARTLETT, P. Re-thinking Herczegfalvy: the ECHR and the control of psychiatric treatment. In *Diversity and human rights: rewriting judgments of the ECHR*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012, s. 352-381 nebo . MUNRO, N. Define acceptable: how can we ensure that treatment for mental disorder in detention is consistent with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities? *The International Journal of Human Rights*. 2012, č. 6, 2012, s. 907-909.

⁵⁷ Mendéz při své kritice nejdříve zopakoval, že mučení předpokládá „situaci bezmocnosti, kdy je oběť pod úplnou kontrolou jiného“, a uvedl, že touto situací se kromě zbavení osobní svobody rozumí i omezení ve svéprávnosti. Dále přímo již ve vztahu k rozsudku ve věci Herczegfalvy a doktríně zdravotní nutnosti konstatoval, že „pochybné důvody pro zdravotní nutnost byly použity pro ospravedlnění intruzivních a nezvratných činností vykonaných na pacientech bez plně svobodného a informovaného souhlasu. Podle Mendéze tato doktrína představuje „překážku v ochraně před nepravostmi v zdravotnických zařízeních“ a je proto důležité „vyjasnit, že zacházení v rozporu s Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením – buďto jako přinucení nebo diskriminace – nemůže být legitimní nebo ospravedlnitelné v rámci doktríny zdravotní nutnosti“ Více viz A/HRC/22/53 ze dne 1. 2. 2013, odst. 31. Viz rovněž A/63/175 ze dne 28. 7. 2008, odst. 50.

⁵⁸ Obdobně jako Mendez, i Pūras otevřeně kritizoval jak koncept zdravotní nutnosti, tak i koncept nebezpečnosti (angl. dangerousness), který se v našem kontextu používá u nedobrovolných hospitalizací, či při rozhodování o uložení ústavní formy ochranného léčení. Podle Pūrase je založen spíše na předsudcích než na důkazech. Ve vztahu k oběma konceptům uvedl, že „tyto subjektivní principy nejsou podpořeny výzkumem a jejich aplikace je otevřená široké interpretaci“, což podle něj „vyvolává otázky ohledně arbitrárnosti. Více viz A/HRC/35/21 ze dne 28. 3. 2017, odst. 64.

⁵⁹ CRPD/C/CZE/CO/1 ze dne 15. 5. 2015, odst. 31; viz rovněž zprávu zvláštního zpravodaje OSN proti mučení, A/63/175 ze dne 28. 7. 2008, odst. 55-56. V novějších závěrečných doporučeních Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením tuto praxi pojmenovává jako nelidské a ponižující zacházení, viz např. CRPD/C/SRB/CO/1 ze dne 23. 5. 2016, odst. 27; CRPD/C/SVK/CO/1 ze dne 17. 5. 2016, odst. 45;

⁶⁰ CRPD/C/SWE/CO/1 ze dne 12. 5. 2014, odst. 37.



Specifickou otázkou u psychiatrických pacientů je **použití restriktivních anebo omezujících opatření**. Podle některých může prodloužena izolace a použití omezujících opatření být považováno za mučení nebo jiné špatné zacházení,⁶¹ zejména u lidí s mentálním postižením.⁶² Znaky špatného zacházení naplnilo podle Evropského soudu pro lidská práva také nepřiměřené kurtování člověka s duševním onemocněním na záchytce, pokud bylo cílem jej potrestat.⁶³

Samostatnou otázkou může představovat i **úmyslné neposkytnutí zdravotní péče**, které naplní kritérium silné bolesti anebo utrpení oběti. Může jít například o odmítnutí substituční opiátové léčby u drogově závislých osob,^{64 65}

Další oblastí může být **tzv. experimentální mučení**.⁶⁶ Zákaz experimentů je výslovně propojen se zákazem mučení a jiného špatného zacházení.⁶⁷ Evropský soud pro lidská práva považuje nucenou psychiatrickou experimentální léčbu za nelidské a ponižující zacházení.⁶⁸

Obecně se doporučuje v psychiatrické praxi zbavovat těch opatření, která lze považovat za sporná z hlediska zákazu špatného zacházení. Příkladem lze uvést síťové postele, jejichž problematičnost byla opakovaně zdůrazněna a země jsou vyzývány k zakotvení zákazu jejich používání.⁶⁹ Ruku v ruce se zákazem konkrétního omezovacího prostředku by pak měl být vytvořen plán pro eliminaci všech restrikcí a represivních opatření a doporučené postupy pro zdravotníky pro prevenci a užívání omezovacích prostředků.

Doporučení:

- Zakázat používání síťových postelí (lůžek) a diskutovat ohledně postupného odstraňování omezovacích prostředků a represe v psychiatrii.

⁶¹ A/63/175 ze dne 28. 7. 2008, odst. 55-56.

⁶² A/66/268 ze dne 5. 8. 2011, odst. 67-68 a 78.

⁶³ ESLP, *Bureš proti České republice*, stížnost č. 37679, rozsudek ze dne 18. 10. 2012, § 106. Soud dospěl k závěru, že stěžovatel byl podroben nelidskému a ponižujícímu zacházení.

⁶⁴ A/HRC/10/44 ze dne 14. 1. 2009, odst. 57; stejně A/HRC/22/53 ze dne 1. 2. 2013, odst. 73. K posouzení náležitosti péče v případě lidí závislých na drogách ve výkonu trestu viz také rozsudek Evropského soudu pro lidská práva McGlinchey a další proti Spojenému království ze dne 29. 4. 2003, č. 50390/99, odst. 57.

⁶⁵ A/HRC/22/53 ze dne 1. 2. 2013, odst. 73.

⁶⁶ DEWULF, S. *The Signature of Evil (Re)defining Torture in International Law*. Cambridge; Antwerp; Portland: Intersentia, 2011, s. 327.

⁶⁷ Článek 7 ICCPR, článek 15 CRPD, článek 8 odst. 2 písm. a), bod ii) Římského statutu

⁶⁸ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva, *Bataliny proti Rusku* ze dne 23. 7. 2015, stížnost č. 10060/07, odst. 90.

⁶⁹ *Ibid.*, odst. 33 písm. c)



3.2.3. Diskriminace ve vztahu ke špatnému zacházení

Samostatná pozornost je věnována diskriminaci z důvodu zdravotního postižení a poskytování zdravotních služeb⁷⁰ a podmínek zbavení osobní svobody.⁷¹ U lidí se zdravotním postižením se mohou zásahy do jejich práv, předsudky a diskriminace maskovat za dobré úmysly, a to i ze strany zdravotních pracovníků.⁷²

Podle Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením **je diskriminací také odmítnutí přijmout tzv. přiměřené úpravy** (angl. *reasonable accommodation*), tedy nezbytné a odpovídající změny a opatření s cílem zaručit osobám se zdravotním postižením uplatnění nebo užívání lidských práv na rovnoprávném základě s ostatními, ledaže taková opatření představují nepřiměřené nebo nadměrné zatížení.⁷³ Nepřijetí přiměřených úprav (zejména ze strany státu) přitom může mít za následek zbavení osobní svobody nebo životní podmínky, které naplňují znaky špatného zacházení.⁷⁴ V kontextu České republiky můžeme říct, že například nevhodné fyzické prostředí psychiatrických nemocnic, včetně dětských psychiatrických nemocnic, může být problematické. Je proto zcela nezbytné, aby transformace psychiatrické péče postupovala směrem k opuštění všech těch prostor, které jsou pro poskytování psychiatrické péče nevhodné.

Další závažný problém může představovat nejenom déletrvající ztráta soukromí při poskytování psychiatrické péče, ale i samotná depersonalizace prostředí a materiálně nevhodně vybavené prostředí. Neosobní, až sterilní prostředí, spojeno s kolektivním formou poskytované péče může mít negativní dopady zejména na děti, který je nutné věnovat specifickou povinnost. Obecně je nutné považovat děti za více ohrožené důsledky institucionální péče a proti i reformní kroky směřovat, minimálně ve stejné intenzitě, ne-li vyšší, směrem k dětským institucím.

Doporučení:

⁷⁰ A/63/175 ze dne 28. 7. 2008, odst. 49.

⁷¹ A/63/175 ze dne 28. 7. 2008, odst. 54.

⁷² *Ibid.*

⁷³ Článek 2 CRPD, ve spojení s článkem 5 CRPD.

⁷⁴ A/63/175 ze dne 28. 7. 2008, odst. 54.



- Postupně opustit všechny dispozičně a fyzicky nevhodné prostory a postupně poskytovat péči pouze v takovém fyzickém prostředí, které zajistí nejenom důstojnost pacientů, ale bude i fyzicky všem přístupné.
- Do doby postupného opuštění dispozičně a fyzicky nevhodných prostor zajistit, aby psychiatrická péče nebyla dlouhodobě poskytována v depersonalizovaném prostředí. Toto je obzvláště nutné v případě dětí.

3.3. Další povinnosti státu

3.3.1. Monitorování a prevence

Pro předcházení špatného zacházení je také důležité nastavení mechanismů monitorování a kontroly institucí, jako jsou pobytové sociální služby a psychiatrické nemocnice,⁷⁵ včetně soukromých nemocnic.⁷⁶ Obzvláště důležité se jeví monitorování v případě dětských psychiatrických služeb.

Doporučení:

- Posílit existující monitorovací mechanismy, včetně zapojení občanského prvku a zajistit pravidelný monitoring na podkladě standardů kvality, např. WHO.
- Zajistit efektivní monitorování práv dítěte v souladu s Úmluvou OSN pro práva dítěte, např. vytvořením instituce dětského ombudsmana.

3.3.2. Účinné vyšetřování

V případě, že existuje podezření na jakoukoliv formu špatného zacházení, **příslušné orgány musí urychleně zahájit nestranné vyšetřování.**⁷⁷ V tomto kontextu je důležitý zejména tzv. Istanburský protokol – Manuál pro efektivní vyšetřování a dokumentaci mučení, nelidského nebo ponižujícího zacházení či trestání,⁷⁸ který upravuje pravidla vyšetřování mučení a jiných

⁷⁵ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva O’Keeffe proti Irsku ze dne 28. 1. 2014, č. 35810/09, odst. 148.

⁷⁶ Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Storck proti Německu ze dne 16. 6. 2005, č. 61603/00, odst. 103 a 107.

⁷⁷ Článek 12 Úmluvy proti mučení

⁷⁸ HR/P/PT/8/Rev.1 ze dne 9. srpna 1999.



forem špatného zacházení. Istanbulský protokol stanoví, že vyšetřovatelé musí být nestranní jak ve vztahu k podezřelému, tak úřadu, kde mají služební poměr. Musí mít přístup nebo pravomoc zapojit nezávislého zdravotnického nebo jiného experta a metody jejich práce musí splňovat nejvyšší profesionální standardy.⁷⁹ Vyšetřovatelé musí zajistit výpovědi obětí, získat a uchovat důkazy, včetně zdravotnických důkazů, identifikovat možné svědky a získat jejich výpovědi, určit jak, kdy a kde ke skutku došlo, a jestli se nejedná o nějaký vzorec chování nebo praxi.⁸⁰

Stát také musí zajistit, aby každá osoba, která tvrdí, že byla vystavena špatnému zacházení, měla právo podat stížnost příslušným orgánům; jakož i na to, aby tyto orgány věc neprodleně a nestranně projednaly. Musí být přijata opatření k zajištění ochrany stěžovatele a svědků před jakýmkoli špatným zacházením nebo zastrašováním v souvislosti s touto stížností nebo učiněnou svědeckou výpovědí.⁸¹ Jde tak o velmi konkrétní povinnost zajistit dostupnost a přístupnost stížnostního mechanismu, a to včetně psychiatrických a jiných zdravotnických zařízení.

Doporučení:

- Zajistit přístupnost efektivních stížnostních mechanismů, včetně možnosti podat stížnost a vypracovat doporučený postup pro poskytovatele zdravotních a sociálních služeb v oblasti stížností.
- Vytvořit vzorový stížnostní mechanismus v lehce srozumitelném formátu, a to s důrazem i na dětské a seniorské pacienty.
- Vyškolit zástupce orgánů činných v trestním řízení v oblasti práv uživatelů psychiatrické péče a způsobu komunikace s touto cílovou skupinou.

⁷⁹ Istanbulský protokol, odst. 85 a 87.

⁸⁰ Istanbulský protokol, odst. 77.

⁸¹ Článek 13 Úmluvy proti mučení