



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Analýza dostupnosti a účinnosti existujících nástrojů ochrany práv pacientů při nedobrovolné hospitalizaci a léčbě

Mgr. Zuzana Durajová a Mgr. Miroslav Kaštyl
Červen 2020

Analýza je spolufinancována z 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.



REFORMA PÉČE
O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ



OBSAH

ÚVOD	2
CÍL ANALÝZY	2
METODOLOGIE.....	3
ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH NÁSTROJŮ OCHRANY PRÁV	5
A. NAPLNĚNÍ ZÁKONNÝCH KRITÉRIÍ PRO PŘEVZETÍ ČLOVĚKA DO NEMOCNICE BEZ SOUHLASU	5
DEFINICE BEZPROSTŘEDNÍ A ZÁVAŽNÉ HROZBY	6
DOSTUPNOST MĚNĚ OMEZUJÍCÍCH OPATŘENÍ.....	9
B. DŮKLADNÉ ZAZNAMENÁNÍ OKOLNOSTÍ HOSPITALIZACE	11
C. POUČENÍ PACIENTA O JEHO PRÁVNÍM POSTAVENÍ A PRÁVECH	13
POUČENÍ ZE STRANY POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	13
POUČENÍ ZE STRANY SOUDU	15
D. ZAPOJENÍ BLÍZKÝCH OSOB	16
INFORMOVÁNÍ DALŠÍCH OSOB OHLEDNĚ HOSPITALIZACE PACIENTA BEZ SOUHLASU	17
SPOLUPRÁCE S BLÍZKÝMI OSOBAMI V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE.....	19
E. DŮVĚRNÍK PACIENTA	23
F. POSUDEK NEZÁVISLÉHO LÉKAŘE.....	25
G. ŘÍZENÍ O VYSLOVENÍ PŘÍPUSTNOSTI PŘEVZETÍ A DALŠÍHO DRŽENÍ PACIENTA V ZAŘÍZENÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	26
ÚČINNÉ A DOSTUPNÉ (PRÁVNÍ) ZASTOUPENÍ	27
ROVNOST ZBRANÍ A ÚČINNÉ ZAPOJENÍ ČLOVĚKA DO ŘÍZENÍ.....	31
NEZÁVISLOST A NESTRANNOST SOUDU	34
H. DALŠÍ PROCESNÍ PROSTŘEDKY OCHRANY PŘI ZBAVENÍ OSOBNÍ SVOBODY	36
ODVOLÁNÍ PROTI ROZHODNUTÍ OKRESNÍCH SOUDŮ	36
NÁVRH NA PROPUŠTĚNÍ.....	37
I. INFORMOVANÝ SOUHLAS A PODMÍNKY LÉČBY BEZ SOUHLASU	37
J. POUŽÍVÁNÍ TELEFONU A INTERNETU	41
K. STÍŽNOSTI	43
ZÁVĚR	47



ÚVOD

1. Na úvod bychom rádi poznamenali, že si uvědomujeme, že některé níže analyzované oblasti by si zasloužily mnohem hlubší zkoumání, což by však přesahovalo meze tohoto materiálu. Zároveň doufáme, že předkládaný materiál bude podkladem pro další bádání v oblasti, která je, zejména ze strany české právnické komunity, dosud opomíjena.

2. Na tomto místě také považujeme za důležité uvést, že některé závěry a doporučení vyplývají z našich osobních postojů, které jsou formované našimi zkušenostmi v oblasti ochrany práv zvláště zranitelných skupinami. Jedná se o návrhy, nikoliv závazná doporučení, o kterých věříme, že mohou přispět ke zlepšení postavení lidí při nedobrovolné hospitalizaci a léčbě. Všechna navrhovaná opatření vyžadují další diskuzi, a to zejména se zástupci komunity lidí se zkušeností a odborníky z oblasti péče o duševní zdraví.

CÍL ANALÝZY

3. Cílem této analýzy je provést popis a zhodnocení dostupnosti a účinnosti existujících nástrojů, které by měly dle současné právní úpravy formálně zaručovat ochranu práv osob při nedobrovolné hospitalizaci a léčbě, jakož i navrhnout případné změny k zajištění maximální možné míry jejich ochrany.

4. V rámci hodnocení nástrojů není možné pustit ze zřetele, že Česká republika je i s ohledem na existující mezinárodní závazky povinna nastavit funkční právní rámec pro situace, kdy dochází ke zbavení svobody, který musí zahrnovat také ochranu důstojnosti a svébytnosti osob, jakož i jejich integrity a rovnosti. Dbáno musí být na informovanost osoby, zohledněny její osobní a sociální vazby, resp. řada dalších hledisek týkající se práv a svobod, které jsou dotčeny. Práva bez dalšího neztrácí jen proto, že existoval či nadále trvá důvod pro zbavení svobody. Poznatky stran zhodnocení existujících nástrojů jsme proto čerpali i z oblasti mezinárodního práva, včetně relevantní rozhodovací činnosti kontrolních orgánů (Evropského soudu pro lidská práva) v oblasti zásahů do svobody, integrity a soukromí, přičemž tyto závěry se uplatňují bez ohledu na to, zda je osoba ve státním či soukromém zařízení.¹

5. Je rovněž třeba zdůraznit, že smyslem provedené analýzy nastavení, poskytování a vymáhání určitého lidskoprávního standardu prostřednictvím existence pojištěk a záruk není účelově zpochybňovat postup či dobrou víru dotčených profesionálů, především odborníků či dalších pracovníků nemocnic, ve kterých se osoby nacházejí, případně zavdáváno již předem podezření, že nejednají v nejlepším zájmu osoby. Smyslem je maximálně chránit osobu jako lidskou bytost a její přirozená práva, minimalizovat pochybení či omyly, ke kterým by mohlo dojít / dochází, a které mohou mít pro pacienty značné a někdy i nevratné následky.

6. Analýza se zaměřuje jak na hmotněprávní, tak i procesní postavení pacientů, přičemž tak činí selektivně, nikoli v celé jejich šíři, a soustředí se pouze na určité vybrané výseče. Konkrétně byly na základě vstupních informací (viz dále v textu

¹ Viz např. *Calvelli a Ciglio proti Itálii*, č. 32967/96, rozsudek velkého senátu ze dne 17. ledna 2002, § 49; *Storck proti Německu*, č. 61603/00, rozhodnutí ze dne 16. června 2005, § 102 a 103.



příslušná část věnovaná Metodologii) identifikovány aspekty, které byly námi posouzeny jako problematické z hlediska vykazování určitých deficitů, především co do garance lidskoprávních standardů a respektování mezinárodních závazků.

7. Na základě analýzy by následně mělo dojít k vypracování metodického a informačního materiálu pro poskytovatele a pacienty zdravotnických zařízení.

METODOLOGIE

8. Informace pro zpracování tohoto materiálu jsme čerpali z vícera zdrojů ve snaze zachytit českou realitu, pokud možná komplexně.

9. Při stanovení standardu pro jednotlivé nástroje ochrany práv jsme vycházeli zejména z mezinárodní a vnitrostátní právní úpravy, stanovisek a zpráv veřejného ochránce práv² a judikatury, včetně rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva (“ESLP”), který se (na základě podnětů jednotlivých stěžovatelů) extenzivně věnuje problematice nedobrovolné hospitalizace a ochraně zranitelných pacientů v řádu několika desítek let. Zohlednění závěrů ESLP je žádoucí vzhledem k tomu, že České republika je smluvní stranou Evropské úmluvy o lidských právech (“EÚLP”) a na judikaturu ESLP české soudy běžně odkazují. Nakonec, bylo to několik rozhodnutí tohoto soudu proti České republice z nedávných let, které vyvolaly nutnost zpřísnění zákonných podmínek nedobrovolných hospitalizací ve vnitrostátní úpravě.³

10. Při posouzení toho, jak se jednotlivá práva pacientů a povinnosti poskytovatelů promítají do praxe, jsme vycházeli zejména z dokumentace, kterou jsme měli k dispozici. Jednalo se o vnitřní řady, standardy, interní směrnice a jiné interní dokumenty, které nám byly zaslány prostřednictvím ministerstva zdravotnictví zástupci 14 psychiatrických nemocnic a jedním psychiatrickým oddělením všeobecné nemocnice. Dále šlo o statistiky a další informace poskytnuty na základě žádosti o informace⁴ vybranými okresními soudy, v jejichž obvodu se nachází lůžková zařízení psychiatrická péče (“okresní soudy”) a jejich nadřízenými krajskými soudy,⁵ jakož i krajskými úřady, které jsou příslušné k vyřizování stížností na poskytování zdravotních služeb.⁶ Poskytnutí informací bylo ve všech případech žádáno za období od 1. 1. 2018 do 1. 6. 2020 („relevantní období“), přičemž část soudů poskytla informace i za jednotlivé kalendářní roky, ostatní tak učinily v souhrnu.

² Součástí působnosti veřejného ochránce práv je provádění systematických návštěv v místech, kde jsou lidé zbaveni osobní svobody (včetně psychiatrických nemocnic) s cílem prevence před mučením, krutým, nelidským, ponižujícím zacházením nebo trestáním a jiným špatným zacházením. Více informací lze najít zde: <https://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zdravotnicka-zarizeni/psychiatricke-lecebny/>

³ *Ťupa proti České republice*, č. 39822/07, rozsudek ze dne 26. května 2011; *Sýkora proti České republice*, č. 23149/07, rozsudek ze dne 22. listopadu 2012; *Bureš proti České republice*, č. 37679/08, rozsudek ze dne 18. října 2012.

⁴ podaných ve smyslu zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím.

⁵ Žádosti byly zaslány 16 okresním a 8 krajským soudům. Informace v určitém rozsahu poskytlo celkem 11 okresních soudů a 4 krajské soudy. Pro zajímavost lze uvést, že naprostá většina soudů neměla obtíže požadované informace vyhledat a poskytnout. Naopak některé soudy požadovaly úhradu za mimořádně rozsáhlé vyhledávání. Krajský soud v Ostravě jako jediný požádal o prodloužení lhůty.

⁶ Žádosti byly zaslány 13 krajským úřadům a Magistrátu hl. m. Prahy. Informace poskytly všechny úřady.



11. Důležitým zdrojem informací byly také rozhovory s lékaři, lidmi se zkušeností s nedobrovolnou hospitalizací za posledních 5 let a jejich rodinnými příslušníky. Z každé skupiny jsme mluvili s pěti osobami. Naší ambicí nebylo učinit validní kvalitativní šetření, při tak malém počtu bychom asi těžko mohli mluvit o reprezentativním vzorku. Navíc, je pochopitelné, že pacienti a jejich rodinní příslušníci, kteří se nám ozvali, byli s přístupem nemocnice spíše nespokojeni a nemluvili jsme s těmi, kteří měli bezproblémovou zkušenost. Tyto rozhovory slouží k ilustraci a doplnění naší analýzy. Výpovědi a citace, které jsme v analýze využily, nicméně dle našeho poukazují na určité systémové problémy, které jsme se snažili uchopit a jejich zkušenosti jsou pro nás velice cenné.



ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH NÁSTROJŮ OCHRANY PRÁV

A. NAPLNĚNÍ ZÁKONNÝCH KRITÉRIÍ PRO PŘEVZETÍ ČLOVĚKA DO NEMOCNICE BEZ SOUHLASU

12. Převzetí člověka do nemocnice bez jeho souhlasu je zásahem do jeho osobní svobody.⁷ K tomu, aby byl takový zásah přípustný, je nezbytné, aby byly vždy naplněny zákonem stanovené podmínky, aby k zásahu došlo zákonem předvídaným způsobem a aby bylo naplněno kritérium subsidiarity, tedy aby ke zbavení osobní svobody došlo pouze tehdy, kdy nebylo možné využít mírnější či méně omezující opatření.⁸ Právo na osobní svobodu je jedním ze základních práv člověka a má zvláštní význam. Je tomu tak proto, že zásahem do osobní svobody člověk ztrácí možnost naplňovat množství dalších práv, například právo na soukromý a rodinný život, právo na vzdělání či zaměstnání, nebo právo na život v komunitě. Kromě toho je člověk zbavený osobní svobody vždy fakticky v moci jiných osob, které o něm rozhodují a je tak mnohem zranitelnější vůči nedůstojnému či nelidskému zacházení. Smyslem zákonné úpravy práva na osobní svobodu je zamezit neoprávněným zbavením svobody, resp. zásahům do integrity osoby a jejího soukromí.⁹

13. Na tomto místě je nutné zdůraznit, že při rozhodování ohledně uplatňování výše zmíněných opatření je potřeba vždy v co největší možné míře šetřit autonomii člověka a respektovat jeho práva, vůli a preference.¹⁰ **Není například přípustné, aby opatrovník člověka¹¹ udělil souhlas s hospitalizací v případě, že proti ní pacient aktivně brojí.¹² Souhlas opatrovníka nenahrazuje naplnění podmínek pro zbavení osobní svobody, ani nezbavuje stát povinnosti přezkoumat přípustnost zbavení osobní svobody nezávislým soudem.¹³ **Bez ohledu na to, zda opatrovník udělil souhlas, v případě, že pacient vyjadřuje nesouhlas s hospitalizací, musí poskytovatel zdravotních služeb naplnit svou oznamovací povinnost vůči soudu,¹⁴ jinak se může dopouštět neoprávněného zásahu do osobní svobody pacienta.** Ačkoliv tato**

⁷ Viz článek 8 Listiny základních práv a svobod, článek 9 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech, článek 5 EÚLP a článek 14 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Samotné zbavení svobody však není bez dalšího svolením k zásahům do integrity osoby. I nadále je chráněno právo osob na zdraví a autonomii. Toto pravidlo sice připouští výjimky, ani v takových případech však nelze rezignovat na všechny podmínky ve prospěch ochrany osob, jejich participaci či participaci jiné osoby.

⁸ § 104 zákona č. 89/2012 Sb. občanského zákoníku. *Winterwerp proti Nizozemsku*, č. 6301/73, rozsudek ze dne 24. října 1979, § 39.

⁹ K obecným zásadám např. *X. proti Finsku*, rozsudek ze dne 3. července 2012, č. 34806/04, § 144 až 151 a tam citovaná judikatura. Článek 5 se vztahuje i na osoby, které se nacházejí na otevřeném oddělení, mohou-li opustit zařízení přes den či o víkendy (*Stanev proti Bulharsku*, č. 36760/06, rozsudek velkého senátu ze dne 17. ledna 2012, § 124 až 132).

¹⁰ Ust. Čl. 12 odst. 4 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením

¹¹ Případně ani další podpůrné osoby, jako podpůrce nebo zástupce členem domácnosti.

¹² Srov. § 467 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku

¹³ Viz *Sýkora proti České republice*, cit. výše, § 66 až 70.

¹⁴ § 75 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních ve spojení s § 40 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách





zásada byla zakotvena v předchozí právní úpravě,¹⁵ v zákoně o zvláštních řízeních soudních ji nenajdeme, co v praxi způsobuje interpretační problémy.¹⁶

14. Česká právní úprava hmotněprávních podmínek pro nedobrovolnou hospitalizaci odráží současný evropský standard ochrany lidí s duševním onemocněním, kdy mezi kritéria zařazuje **bezprostřední a závažné ohrožení pacienta nebo jeho okolí, existenci duševní poruchy** (případně její známky) nebo **vliv návykových látek** a také **nemožnost využití jiných, mírnějších opatření**.¹⁷ Nicméně je třeba pamatovat na to, že i tato kritéria mohou být v budoucnu zpochybněna, a to zejména v souvislosti s přijetím Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, dle které žádný zásah do osobní svobody odůvodněný postižením nebo diagnózou není přípustný.¹⁸ Důležitým krokem může být případné stanovisko ESLP.¹⁹

15. Jednotlivá výše zmíněna kritéria a najdeme pouze v jednom ustanovení zákona a bez rozsáhlejšího vysvětlení. Vzhledem k téměř neexistující judikatuře českých soudů, pak může posuzování jejich naplnění v praxi způsobovat interpretační problémy, proto se jim věnujeme podrobněji dál.

Doporučení:

- 1) **Jasně zakotvit v legislativě, že souhlas opatrovníka s hospitalizací nenahrazuje souhlas pacienta, zejména v případě, kdy pacient aktivně projevuje svůj nesouhlas, včetně povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb oznamovat každý takový případ soudu.**

Definice bezprostřední a závažné hrozby

16. Prvním zákonným kritériem je existence bezprostřední a závažné hrozby pro pacienta nebo jeho okolí.²⁰ Žádný závazný dokument neobsahuje definici toho, jak má taková hrozba vypadat, **v České republice také neexistuje doporučený postup či standard, který by sjednocoval praxi jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb při posuzování závažnosti hrozby**. S ohledem na závažnost zásahu spojenou se zbavením svobody by se dle našeho názoru s přihlédnutím k interpretaci

¹⁵ § 191b odst. 1 zákona č. 99/1963 Sb., občanského soudního řádu, ve znění do 31. 12. 2013

¹⁶ Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě Evropské výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení ze dne 4. července 2019, spis. zn. CPT/Inf (2019) 23, odst. 108.

¹⁷ § 38 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. K vnímání rizika viz rovněž *Plesó proti Maďarsku*, č. 41242/08, rozsudek ze dne 2. října 2012, § 63 až 68.

¹⁸ Čl. 14 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením a Pokyny výboru k článku 14, přijaté během 14. zasedání, září 2015.

¹⁹ V prosinci 2019 požádal Výbor Rady Evropy pro biomedicínu o vydání stanoviska k připravovanému Dodatkovému protokolu k Úmluvě o biomedicině, který by se měl zabývat podmínkami léčby bez souhlasu pacienta. Původní návrh tohoto dodatkového protokolu byl silně kritizován mezinárodní komunitou lidí s postižením, jakož i Výborem pro práva osob se zdravotním postižením kvůli rozporu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením. Informace dostupná z webových stránek ESLP: <http://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=003-6730082-8973105&filename=First%20request%20for%20an%20advisory%20opinion%20from%20the%20Bioethics%20Committee%20concerning%20the%20Oviedo%20Convention.pdf>

²⁰ *Srov. N. proti Rumunsku*, č. 59152/08, rozsudek ze dne 28. listopadu 2017, § 151



Evropského soudu pro lidská práva mělo jednat o riziko vážné újmy, typicky na životě či zdraví pacienta či jiných osob.²¹

17. Pokud nemocnice mají tuto oblast upravenou ve svých interních dokumentech, vesměs se jedná o pouhou citaci zákonného ustanovení. Jedna nemocnice ve svém standardu specifikuje, že „potenciální nebezpečnost v důsledku duševní poruchy není důvodem k nedobrovolné hospitalizaci.“ Jiná nemocnice v jednom dokumentu odkazovala na standard, ve kterém měla být podrobněji upravena i otázka bezprostřední a závažné hrozby, ale bohužel nám tento standard zaslán nebyl, takže nebyl zařazen do této analýzy.

18. Domníváme se, že čím více je daná definice ponechána na interpretaci jednotlivých nemocnic či lékařů, tím víc jsou pacienti vystaveni riziku svévole. Toto riziko je ještě zvýšeno faktem, že o umístění pacienta bez souhlasu zpravidla rozhoduje pouze jeden atestovaný lékař. S různými pohledy na to, co je onou bezprostřední a závažnou hrozbou, jsme se setkali i při rozhovory s jednotlivými lékaři:

„Ten pacient dvě hodiny řídil dopravu, v noci, když žádná auta nejezdila (...) ten pacient byl vysloveně bludný. On tam řídil ty auta, které viděl, akorát nebyly v té naší realitě. Takového člověka se nemůžeme vůbec ptát na to, jestli souhlasí s hospitalizací nebo ne, protože to není schopen posoudit.“

“Další pacient (..) běhal po ulici bos, protože se vsadil s kamarády, že se proběhne bos, bylo to v zimě (...) Ten mluvil docela reálně, jenže tam jsme z toho zase měli podezření, že byl intoxikovaný, konkrétně pervitinem, tak to mu taky dáváme hospitalizaci. Protože s tím čekáme, kam se to vyvine.”

„Dejme tomu, že přijde pacient, který je v nějaké hypománii (...) není psychotický, chová se docela společensky, s hospitalizací nesouhlasí, nebo by s ní i souhlasil. A teďka s ním mluvíte a on začne říkat, že třeba dneska ráno se dopustil nějakého (trestního jednání), když ten člověk svým chováním poškozuj svůj život, ale zároveň to není agrese, je to jenom takové netaktické, nepřiměřené (...) například ovlivňuje dopravu (...) když už vystavuje sám sebe ohrožení.“

19. V některých výše zmíněných případech, tak jak byly popsány, dle našeho názoru nebyly naplněny podmínky pro zákonnost zásahu do osobní svobody, tak jak je vymezil Evropský soud pro lidská práva. **V tomto ohledu doporučujeme zvážit, zda by nebylo žádoucí zahrnout do procesu princip kolektivního rozhodování,** například tím, že by o nedobrovolné hospitalizaci rozhodovali alespoň dva lékaři či komise složená z osob i z jiné než lékařské profese, případně by byli do rozhodování zapojené také blízké osoby pacienta. Dle našeho názoru by byla taková rozhodnutí mnohem více přezkoumatelná, zároveň by došlo k rozložení břemena odpovědnosti na více osob.

20. Je také potřeba zdůraznit, že to, že je léčba pro pacienta z pohledu lékaře vhodná či žádoucí, ani to, že se například svým jednáním poškozuj v majetkové oblasti, nenaplnuje požadavek závažné a bezprostřední hrozby. Jak uvedl Evropský

²¹ Např. *Plesó proti Maďarsku*, cit. výše, § 63 až 65; *Rooman proti Belgii*, č. 18052/11, rozsudek velkého senátu ze dne 31. ledna 2019, § 9, 192 a 193; *Glien proti Německu*, rozsudek ze dne 28. listopadu 2013, § §6-9, 84-91; *Hutchison Reid proti Spojenému království*, č. 50272/99, rozsudek ze dne 20. února 2003, § 10, 14 a 52. Nestačí, pokud se osoba dle mínění svědků stává v důsledku podnapilosti agresivní, viz *Stanev proti Bulharsku*, cit. výše, § 157; případně *Witold Litwa proti Polsku*, č. 26629/95, rozsudek ze dne 4. dubna 2000, § 77.



soud pro lidská práva, **k zásahu do osobní svobody nepostačuje ani to, že existuje objektivní a aktuální potřeba zajištění ubytování či sociální pomoci člověku.**²² Naopak, vzhledem k nedostatku dostupných sociálních služeb pro lidi s (chronickým) duševním onemocněním či s kombinací mentálního postižení nebo poruchy autistického spektra a duševního onemocnění,²³ se v praxi lze setkat s tím, že lidé pobývají v nedobrovolné hospitalizaci právě ze sociálních důvodů. Jak vyplývá z výzkumů, více než 20 % pacientů pobývalo v roce 2018 v psychiatrických nemocnicích v ČR dlouhodobě,²⁴ někteří dokonce až 20 let.²⁵ To potvrdila i lékařka, se kterou jsme mluvili:

„Co mě osobně trápí (...) u lidí s omezenou svéprávností, když jsou u nás roky na nedobrovolné hospitalizaci a nemají šanci se dostat ven (...) My bychom je klidně mohli propustit, ale nám to srdce nedá je propustit tak, aby šli na ulici (...) když nemají žádnou záchytnou osobu, která by řekla, že je bude čekat (...) Může být opatrovníkem rodinný příslušník, ale také když je opatrovníkem někdo z úřadu, a ten je nemůže převzít a nenajde se žádné zařízení, které by jej bylo ochotno přijmout.“

21. Kromě toho, že pacienti hospitalizovaní bez svého souhlasu ze sociálních důvodů jsou zbaveni osobní svobody nezákonně, tato situace je také porušením článku 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, který zaručuje všem osobám s postižením právo na život v komunitě, včetně práva nebýt nucen žít ve specifickém prostředí.²⁶ S touto problematikou úzce souvisí také dostupnost méně omezujících opatření, kterou se zabýváme v další části.

22. Na druhou stranu, pro důsledné uplatňování principu proporcionality a subsidiarity při posuzování nutnosti nedobrovolné hospitalizace je taktéž **nezbytné, aby byly pro pacienta, který sice nenaplnuje zákonná kritéria pro léčbu bez souhlasu, ale může se objektivně svým jednáním poškodit, dostupné jiné formy podpory**, ať už ze strany komunitních zdravotních služeb či asertivních týmů, ambulantních lékařů či v podobě podpůrných opatření při neschopnosti právně jednat.²⁷ Povinnost zajistit dostupné sociální služby má především kraj,²⁸ o uspokojování jiných potřeb svých občanů (bydlení, ochrana a rozvoj zdraví, výchova a vzdělávání) musí ze zákona zase pečovat obec.²⁹

²² *Stanev proti Bulharsku*, cit. výše, § 153. Jedná se pouze o podpůrný faktor, který je možné dát do souvislosti s lékařskými zprávami.

²³ Již v roce 2008 a následně v roce 2010 kritizoval veřejný ochránce práv praxi, kdy z důvodu nedostatečné sítě návazných sociálních služeb setrvávala v psychiatrických nemocnicích spousta pacientů, kterým by za určitých okolností postačila psychiatrická péče ambulantní. Důvodem byla negativně vymezena cílová skupina u mnoha poskytovatelů sociálních služeb, kdy duševní onemocnění, nebo prostá psychiatrická hospitalizace v anamnéze fakticky vylučovala jejich přijetí. Nadto, někteří lékaři uvedli, že poskytovatelé sociálních služeb do léčeben odkládali nepohodlné klienty, aniž by sami aktivně přizpůsobovali obsah služby jejich specifickým potřebám. Ochránce tehdy doporučil krajským samosprávám, aby zahájily konkrétní řešení situace duševně nemocných na svém území. Více informací lze najít v Souhrnné zprávě z návštěv psychiatrických léčeben ze dne 3. 11. 2010, spis. zn. 50/2010/NZ, která je dostupná z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/3264>

²⁴ Viz <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1275>

²⁵ Viz <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27094718/>

²⁶ Článek 19 písm. a) Úmluvy o právech osob s postižením

²⁷ § 38–65 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku

²⁸ Nález Ústavního soudu ve věci sp. zn. I. ÚS 2637/17 ze dne 23. srpna 2018

²⁹ § 35 odst. 2 zákona č. 128/2000 Sb., o obcích.



Doporučení:

- 2) Vypracovat doporučený postup pro všechny poskytovatele zdravotních služeb týkající se posuzování bezprostředního a závažného nebezpečí pro pacienta a jeho okolí.
- 3) Zvážit úpravu požadavků pro rozhodnutí o nedobrovolné hospitalizaci směrem ke kolektivnímu rozhodování alespoň dvou lékařů či komise složené z osob i z jiné než lékařské profese.
- 4) Rozvíjet širokou škálu služeb v oblasti bydlení, sociální péče či podpory v rozhodování tak, aby nedocházelo k držení pacientů v nemocnici ze sociálních důvodů.
- 5) Vypracovat konkrétní plán přemístění dlouhodobě nezákonně hospitalizovaných pacientů v psychiatrických nemocnicích do vhodnějšího prostředí, zejména do běžné komunity.

Dostupnost méně omezujících opatření

23. Ani to, že pacient ohrožuje bezprostředním a závažným způsobem sebe nebo okolí, samo o sobě nepostačuje k zásahu do jeho osobní svobody. **Vždy musí být také naplněno kritérium subsidiarity, tedy musí být prokazatelné, že v momentě převzetí nebylo možné aplikovat méně omezující opatření, které by postačovalo k odstranění hrozby.**³⁰ To odpovídá také právu každého pacienta na poskytování péče v nejméně omezujícím prostředí.³¹

24. Co však může být takovým méně omezovacím opatřením v případě pacientů v akutní krizi, právní úprava nestanovuje. Primárním hlediskem by vždy měly být přání a názory samotného pacienta, které by měly být naplněny v největší možné míře.³²

25. Rozhodování o přijetí pacienta často probíhá rychle a za dramatických okolností, a může být těžké si představit, jak by měla „nabídka“ alternativ ze strany lékaře vypadat. **V praxi bývá zkoumání této podmínky redukováno na konstatování, že méně omezující opatření by nebyla v daném případě dostatečná.** Někteří lékaři si pak ve skutečnosti vystačí pouze s naplněním zbývajících podmínek:

„Když ten člověk běhá nahý po dálnici a policie ho přiveze, tak se ho neptáme na názor, jestli chce být hospitalizovaný a prostě ho hospitalizujeme, protože to chování je natolik ohrožující, natolik nepřiměřené, že je to jasné. Ať říká ten pacient, co chce. Ani nemusí říkat, že chce ukončit život.“

26. **Žádný z lidí se zkušeností, se kterými jsme mluvili, nevedl, že by mu při vstupu nabídli nějakou alternativu k nedobrovolné hospitalizaci.** Naopak, v některých případech pacienti chtěli podepsat dobrovolný vstup, ale nebylo jim to umožněno:

„Jedna situace nastala, že jsem podepsala dobrovolný vstup, pak přišel pán primář (...), začal se mě na něco vyptávat (..) a já jsem mu řekla nějakou

³⁰ Plesó proti Maďarsku, cit. výše, § 62 a 68

³¹ § 28 odst. 3 písm. k) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

³² Viz Princip č. 9 Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy R(99) 4, dostupné z: [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec\(99\)4E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/Rec(99)4E.pdf)



hloupost, on se strašně rozčílil, on vzal ten můj dobrovolný vstup podepsaný, roztrhal ho, hodil ho do koše, nařídil, aby mi dali Haloperidol a nechal mě zavřít na samotku (...) kde jsem byla asi 3 dny.“

27. Nicméně někteří také dodávali, že vzhledem k tomu, že si v době hospitalizace nepřipadali nemocní, pravděpodobně by nesouhlasili ani s dobrovolnou hospitalizací. Jedna lékařka navíc uvedla, že pacienti někdy udělují souhlas s hospitalizací pouze proto, aby mohli z nemocnice odejít:

“My narážíme na to, že (pacienti) chtějí podepsat souhlas a zároveň jasně říkají, že pro ně podepsat souhlas znamená, že můžou podepsat reverz. A my jim vysvětlujeme, že to tak není. Že souhlas s hospitalizací neznamená automaticky, že půjde domů, že to je souhlas s hospitalizací, ne souhlas nebo nesouhlas s léčbou. Když chce pacient podepsat souhlas s hospitalizací proto, že nechce být léčen, tak mu ho nedáme podepsat.”

28. V praxi někdy dochází k situacím, kdy pacienti udělí souhlas s hospitalizací na uzavřeném oddělení. Jsou tam teda z hlediska práva dobrovolně, avšak fakticky nemohou odejít. Touto nejednoznačností právního postavení pacientů při nedobrovolné hospitalizaci se zabýval již veřejný ochránce práv v roce 2010, který uvedl, že právní úprava režimu dobrovolné/nedobrovolné hospitalizace není způsobilá postihnout různost situací, ke kterým na psychiatrii dochází.³³ V roce 2019 poukázal na přetrvávající nedostatek v úpravě režimu pacientů na uzavřených odděleních také Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení (CPT), který doporučil sjednotit právní a faktické postavení pacientů.³⁴

29. Za situace, kdy neexistuje žádná jiná možnost než status dobrovolného či nedobrovolného pacienta, je otázkou, zda nabídka možnosti hospitalizace se souhlasem je reálnou alternativou v případě, kdy pacient naplňuje ostatní podmínky pro nedobrovolnou hospitalizaci. **Domníváme se, že pokud pacient ve skutečnosti s hospitalizací nebo léčbou nesouhlasí, podepíše písemný formulář souhlasu pouze proto, aby měl v nemocnici lepší podmínky nebo kvůli vyhlídce možného propuštění, avšak de facto zůstává omezen na osobní svobodě (je na tzv. uzavřeném oddělení), nelze takový souhlas považovat za platný.**³⁵ Navíc, v takovém případě přichází pacient o jednu z nejdůležitějších právních záruk – a to o dohled soudu nad zákonností jeho hospitalizace.³⁶

30. Na druhou stranu, jak bylo zmíněno výše, při poskytování zdravotních služeb psychiatrickým pacientům (tak jako všem ostatním pacientům) je nutné v co nejvyšší možné míře šetřit jejich práva a respektovat jejich vůli. Práce s motivací pacientů k léčbě je důležitá součástí péče o duševní zdraví a důvěra ke zdravotníkům je nezbytná pro vytvoření terapeutického vztahu a úspěchu samotné léčby.³⁷ Tudíž není vhodné, aby pacient zůstával v nedobrovolné hospitalizaci bez možnosti udělení

³³ Souhrnná zpráva z návštěv psychiatrických léčeben ze dne 3. 11. 2010, spis. zn. 50/2010/NZ, bod 31, dostupná online z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/3264>

³⁴ Zpráva pro vládu České republiky o návštěvě Evropské výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení ze dne 4. července 2019, spis. zn., CPT/Inf (2019) 23, odst. 110.

³⁵ Srov. § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, dle kterého bude souhlas hospitalizací či léčbou platný pouze tehdy, kdy je svobodný a informovaný.

³⁶ V případě, že pacient podepíše souhlas s hospitalizací, soud řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo dalšího držení v nemocnici zastaví.

³⁷ MOTLOVÁ, L. a HOLUB, D. Compliance a adherence: spolupráce při léčbě. Remedica. Praha:2005. dostupné z: <http://www.remedica.cz/Okruhy-temat/Psychiatrie/Compliance-a-adherence-spoluprace-pri-lecbe/8-1n-bl.magarticle.aspx>



souhlasu ke konkrétní léčbě jenom proto, že nesouhlasí se samotnou hospitalizací, případně proto, že je umístěn na uzavřeném oddělení. Je důležité, **aby stanovené procesy byly dostatečně flexibilní, tak aby jednak umožňovaly pacientovi rozhodovat se ohledně své léčby, případně si volit alternativy, a zároveň jej zbytečně nepřipravily o záruky, které právní úprava nedobrovolné hospitalizace a léčby obsahuje.**

Doporučení:

- 6) **Systematicky se zabývat vytvořením dostupných alternativ k nedobrovolné hospitalizaci.**
- 7) **Vypracovat doporučený postup ohledně udělování informovaného souhlasu s hospitalizací a léčbou na uzavřených nebo polouzavřených odděleních, včetně jasného vymezení právního postavení pacientů při dobrovolné a nedobrovolné hospitalizaci.**

B. DŮKLADNÉ ZAZNAMENÁNÍ OKOLNOSTÍ HOSPITALIZACE

31. Pečlivé vedení dokumentace chrání zejména poskytovatele zdravotních služeb; v případě podání stížností či žalob pacientem, týkající se poskytované péče, to bude on, kdo bude muset prokázat, že dodržel všechny zákonné povinnosti a jednal lege artis.

32. U nedobrovolných hospitalizací často nastane situace, že pacient bude zpochybňovat odůvodněnost rozhodnutí lékaře a popisovat události, které mu předcházely, zcela rozdílně. Všichni pacienti, se kterými jsme mluvili, a také někteří rodinní příslušníci, uváděli, že v jejich případech nebyly naplněny podmínky pro zbavení osobní svobody:

„Vím že (před hospitalizací) rozhodně nedocházelo z mé strany k žádné agresivitě (..) neohrožoval jsem sebe ani své okolí absolutně žádným způsobem (..) vím, že jsem byl zmatený (...) a šel na mě ten zvláštní stav.“

„Pak jsme začali nějaký pohovor s doktorem (...), jakmile se zeptal na otázku „zvažujete sebevraždu“ a já tvrdím ano (..) To, když člověka přivedou v nějakém akutním stavu do nemocnice, málokdo s nějakými (...) psychickými potížemi, konkrétně s depresí, odpoví ne. Maximálně by to odpověděl člověk, který má nějaký nadhled a zkušenost s hospitalizací a nechce se dostat na nedobrovolnou. (..) Jakmile toto viděli, tak nastala automatická – jasně, ohrožuje sebe (..) tudíž nedobrovolná hospitalizace.“

„Já jsem ani jednou nebyla nebezpečná, já jsem třeba blekotala, takový ten slovní salát, ale nikdy se nestalo, že bych někomu vyhrožovala nebo jsem na někoho útočila, nic takového se nestalo. Ani jednou.“

33. Zdrojem informací pro lékaře budou často příslušníci policie, resp. rychlé záchranné služby, kteří pacienta k hospitalizaci přivedou. **Zpráva o převozu by vždy měla být součástí dokumentace pacienta, lékař může také požádat osoby, které byly převozy přítomny, o ústní dovysvětlení situace.**

34. Je potřeba mít na paměti, že samotný převoz může být pro člověka stresující, zejména pokud je s ním zacházeno nešetrným způsobem. Lidé, se kterými jsme mluvili, popisovali špatné zkušenosti zejména s policisty:



„(Když přijela RZS a policie), tak otevřeli dveře a dcera byla nahá, tak ji chvílku přemlouvali, a nakonec ji odvezli nahou (...) Neměli příliš trpělivost, aby ji přemlouvali (...) Od té doby, co vešli do pokojíku to nebylo ani deset minut (...) Prostě ji odtáhli po schodech násilím, dva policajti.”

“Je to nastaveno tak, že s lékařem musí přijít i policie, to bylo hrozně bolestivé (...) dívat se na to jak (syna) rvou a jak ho drží (...) ty policajti ho drželi hodinu, klečeli na něm (...) protože museli čekat na doktora.”

35. Je pak vždy nezbytné, aby lékař u příjmu vyhodnotil nejen aktuální projevy pacienta, ale také to, zda tyto projevy nejsou pouze reakcí na zadržení a převoz, který hospitalizaci předcházela.

36. Lékař také může zjišťovat nebo si ověřovat informace u rodinných příslušníků či blízkých osob pacienta. **Avšak sdělení jediné osoby, například praktického lékaře nebo rodinného příslušníka bez dalšího nemůže být jediným podkladem pro nedobrovolnou hospitalizaci.**³⁸ Zejména pokud v minulosti neexistovaly žádné indicie toho, že by pacient představoval hrozbu pro sebe nebo okolí nebo je zjevné, že mezi pacientem a osobami, které o hospitalizaci usilují, jsou dlouhodobé neshody.³⁹

37. Podrobný záznam je také důležitý pro rozhodnutí soudu. To se musí opírat o informace zjištěné z důvěryhodných a řádně ověřených zdrojů.⁴⁰ **Oznámení o hospitalizaci pacienta proto musí obsahovat kromě lékařského posouzení⁴¹ také co možná nejpodrobnější popis události, resp. důvodů, na základě, kterých lékař přistoupil k hospitalizaci.**

Doporučení:

- 8) Vypracovat doporučený postup k zaznamenávání naplnění podmínek pro nedobrovolnou hospitalizaci a léčbu, včetně zdrojů informací. Způsobu jejich ověření.
- 9) Zajistit důsledné předání informací zdravotnickému zařízení od příslušníku policie či rychlé záchranné služby, pokud byli přítomni u převozu pacienta.

³⁸ Srov. např. *Ťupa proti České republice*, cit. výše, § 55, ve kterém byly mimo jiné konstatovány závažné nedostatky stran dokazování.

³⁹ *Plesó proti Maďarsku*, cit. výše, § 67

⁴⁰ *Inseher proti Německu*, č. 10211/12 a 27505/14, rozsudek velkého senátu ze dne 4. prosince 2018, § 132

⁴¹ *Inseher proti Německu*, cit. výše, § 131; *W. P. proti Německu*, č. 55594/13, rozsudek ze dne 6. října 2016, § 49; *Hodžić proti Chorvatsku*, č. 28932/14, rozsudek ze dne 4. dubna 2019, § 64 a tam citovaná judikatura.



C. POUČENÍ PACIENTA O JEHO PRÁVNÍM POSTAVENÍ A PRÁVECH

38. Zásadní význam z hlediska ochrany práv člověka a zajištění jeho účinné participace (obranu) v řízeních souvisejících s hospitalizací má poskytnutí poučení o jeho statusu (tedy o tom, že byl zbaven svobody a z jakých důvodů k tomu došlo) a o jeho právech a povinnostech,⁴² včetně dostupných záruk a možností právní ochrany.

39. Bez řádného vysvětlení a poučení hrozí, že si pacienti neuvědomí význam detenčního řízení pro ochranu jejich práv, co je v praxi vede k nejistotě, nebo dokonce k obavám z probíhajícího řízení. V takovém případě pacienti někdy podepisují radši souhlas s hospitalizací, ačkoliv s ní fakticky nemusí souhlasit, a tím se sami ochuzují o dostupné procesní záruky. Jak uvedla jedna lékařka, neinformovanost pacientů může využít zařízení k tomu, aby se zbavilo probíhajícího řízení, které pro ně představuje administrativní zátěž:

„Snažíme se (s pacientem), třeba po týdnu, když už získá náhled, s ním promluvit. A pak on třeba souhlasí s hospitalizací, tak mu to dáme do týdne podepsat, aby se soud s tím nemusel dál trápit.“

40. Česká právní úprava ukládá poučovací povinnost poskytovatelům zdravotních služeb⁴³ a soudu rozhodujícímu v detenčním řízení.⁴⁴ Jak však rozebíráme podrobně dál, u naplňování poučovací povinnosti oběma subjekty lze v praxi pozorovat jisté nedostatky. Domníváme se, že v případě soudu to souvisí zejména s nedostatkem přímého kontaktu s pacientem, který je subjektem řízení. **Soudce, který rozhoduje, zpravidla člověka před vydáním rozhodnutí vůbec nevidí.** Poučení je pak provedeno zejména písemnou formou, která nemusí být pro pacienty srozumitelná, případně prostřednictvím vyššího soudního úředníka, který ne vždy poskytne pacientům informace ohledně smyslu a účelu detenčního řízení (více se postupem soudu zabýváme dál v části „Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí a dalšího držení pacienta v zařízení zdravotnických služeb“.)

Poučení ze strany poskytovatele zdravotních služeb

41. V případě poskytovatelů zdravotních služeb pak důkladnému poučení může bránit negativní postoj pacienta k samotné nedobrovolné hospitalizaci. **Někteří lékaři, se kterými jsme mluvili, uváděli, že uložení povinnosti poučit pacienta o jeho právech a možnostech právní obrany proti hospitalizaci poskytovateli, který rozhodl o zbavení osobní svobody, nepovažují za vhodné.** I když detenční řízení není koncipováno jako řízení sporné, nelze odhlédnout od toho, že nedobrovolně hospitalizovaný pacient a lékař budou většinou mít opačný zájem na výsledku řízení. Existuje proto riziko, že lékař neposkytne pacientovi zevrubné informace o jeho procesních právech, aby předešel prodlužování detenčního řízení či podání opravných prostředků pacientem. Navíc, nelze očekávat od lékařů, že budou vždy seznámeni s aktuální právní úpravou a judikaturou soudů. **Domníváme se, že stanovený účel, tedy zajištění důkladného poučení pacienta, může lépe než lékař, který o hospitalizaci rozhodl, naplnit sociální pracovník zařízení, případně jiná osoba.**

⁴² § 69 odst. 1 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních ve spojení s § 106 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku

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

⁴⁴ § 69 a 79 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních



Tuto roli by mohl zastoupit například institut „profesionálního důvěrníka,“ který by byl zcela nezávislý na zařízení (o tomto institutu mluvíme dál v části „Důvěrník pacienta“).

42. Způsob podání vysvětlení by se měl odvíjet od schopností a míře porozumění konkrétního pacienta, co může zahrnovat také povinnost zajistit mu tlumočení či jinou přiměřenou úpravu.⁴⁵ **Osoba, která poučení činí, se musí ujistit, že pacient dostatečně rozumí svému právnímu postavení, uvědomuje si povahu opatření (nedobrovolné hospitalizace) a jeho následky.**⁴⁶ K tomu je možné mít k dispozici například edukační listy s kontrolními otázkami pro pacienty. Základní poučení musí být poskytnuté i pacientům, kterým jejich stav neumožňuje činit složitější právní jednání či učinit informovaný souhlas s léčbou. Práh pro posouzení jejich rozumových schopností bude tady nižší, tak jak to popsal jeden z lékařů:

„My, jak jsme to teď vyřešili v nemocnici, tak tam máme (v dekurzu) kolonku („způsobilost edukace“), jestli je pacient schopen edukace, což vyplní lékař podle toho, jestli teda shledává, že pacient je schopen základní pokyny od sester si převzít, a tudíž pak je schopen edukace i od toho soudního úředníka...“

43. Z podkladů poskytnutých jednotlivými zařízeními vyplývá, že k poučení o právech pacienta je zpravidla používán písemný formulář, někdy však obsahující pouze citace ze zákonné úpravy. Lékaři, se kterými jsme mluvili, uváděli, že se poučení poskytuje vždy i ústně. Ústní poučení je vhodné s ohledem na zkušenosti některých oslovených osob, kteří uváděli, že medikace jim způsobovala potíže při čtení.

44. Lidé se zkušeností si často stěžovali, že poučení se jim nedostalo vůbec, nebo mu nerozuměli:

„Když jsme tam přijeli, tak mi nebylo vůbec nic řečeno, nebylo mi řečeno, proč jsem tady, nebyla jsem seznámena s tím, že to, co se teď děje by mohlo být považováno za nějakou nemoc, prostě vůbec mi nic neřekli.“

„Bylo to během dne, byl jsem naprosto při smyslech a nikdo mi nic právního nevysvětloval. Asi zase usoudili, že nejsem schopen to nějak vnímat ty informace. (...) ale ani druhý den.“

„(Informace ohledně detenčního řízení) jsem se dozvěděla až ex post. Spíš bych řekla, že (lékaři) si myslí, že je to zbytečné tomu pacientovi tyto věci říkat, že to pacient nepobere, co si nemyslím, že je pravda. Já si opravdu myslím, že nějaký dialog s člověkem, i když je v akutním stavu, je potřeba. Protože když vás vytáhnou z ulice, zavřou vás a nic vám neřeknou, tak je to fakt nepříjemný pocit.“

„Něco mi (u příjmu) dali k podpisu, moc mi nevysvětlili, co to je. Já jsem to podepsal (...) Nebyl to souhlas, protože jsem tam byl podle rozhodnutí soudu nedobrovolně po celou dobu, asi nějaké poučení.“

45. Za dobrou praxi považujeme, když má zařízení zpracované základní informace o právech pacientů také v jednoduché písemné formě, například formou letáčku či informací na nástěnce. Pacienti si pak mohou případně později své znalosti osvěžit.

⁴⁵ § 30 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve spojení s článkem 2, 5 a 14 odst. 2 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

⁴⁶ § 106 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku.



46. K poučení by mělo dojít v momentě příjmu pacienta, v případě, že to není možné, při nejbližší vhodné příležitosti s přihlédnutím k individuálním okolnostem.⁴⁷ Nedůvodné odkládání poučení může prohlubovat frustraci pacientů, zejména pokud se jedná o první hospitalizaci a pacient není seznámen v tím, co jej čeká. Je nutné, aby mělo zařízení stanovený jasný postup, včetně zaznamenání důvodů, proč k poučení nedošlo při převzetí. Ihned potom, co odpadnou podmínky bránící poučení, musí poskytovatel tuto povinnost naplnit. K tomu mohou posloužit například informace od sester, které jsou s pacientem v nepřetržitém kontaktu, tak jak to uvedl jeden z lékařů:

„Upravit (informaci o způsobilosti k podání informací) může pouze lékař (...) a někdy je to vcelku celkem trefný moment, když už sestry hlásí, že už se s ním dobře domluví.“ „Pokud (lékař rozhodne, že je člověk způsobilý k edukaci, tak se s ním tak nakládá. Pokud se rozhodne, že zatím ne, tak se čeká.“

47. Poučení a vysvětlení je nutné podat také pacientovi, u kterého došlo k omezení osobní svobody použitím omezovacích prostředků, i když byl předtím hospitalizován na základě svého souhlasu. I v tomto případě totiž dochází k zahájení detenčního řízení, ve kterém může pacient uplatňovat svá práva.⁴⁸ Jak se vyjádřil jeden z lidí se zkušeností, zpětné vysvětlení důvodů omezení může navíc eliminovat neklid pacienta či minimalizovat jeho trauma.

Poučení ze strany soudu

48. Po zahájení detenčního řízení je poučovací povinností vázán také soud. Ten musí pacienta informovat o tom, že bylo řízení zahájeno a poučit ho o právu zvolit si zmocněnce.⁴⁹

49. Právní úprava nestanoví lhůtu, kdy by měl být pacient o možnosti zvolit si zmocněnce poučen. Jak podrobněji rozbíráme dál (v části „Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí a dalšího držení pacienta v zařízení zdravotních služeb“) a jak také potvrdili někteří lidé se zkušeností, v praxi někdy dochází k tomu, že je soudy fakticky vyloučí z možnosti naplnění tohoto práva⁵⁰:

„(Že probíhá řízení) jsem se dozvěděla ž v okamžiku, kdy přišla za mnou nějaká slečna od soudu udělat pohovor nebo takový výslech.“

„Z těch dokumentů (od soudu) jsem viděl, co se děje, ale vždycky jsem si to přečetl až z toho dokumentu – že zahájili řízení, že mi byl ustanoven advokát, opatrovník.“

50. Poučení ohledně účelu detenčního řízení a procesních právech by měl poskytnout také zástupce soudu, který v rámci jiného soudního roku hospitalizovaného člověka vyslechne.⁵¹ Jak uvádíme dál (v části „Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí a dalšího držení pacienta v zařízení zdravotních služeb“), v praxi

⁴⁷ Viz např. *Van der Leer proti Nizozemsku*, č. 11509/85, rozsudek ze dne 22. ledna 1990, § 27–31, nebo *X. proti Spojenému království*, č. 7515/85, rozsudek ze dne 5. listopadu 1981, § 66.

⁴⁸ § 40 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách ve spojení s § 75 odst. 2 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních

⁴⁹ § 69 odst. 1 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních

⁵⁰ § 69 odst. 2 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních. K odpovědnosti soudu za výběr a řádný výkon funkce viz příslušná část této analýzy k zastoupení osoby.

⁵¹ § 70 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních



někdy nedojde k žádnému kontaktu člověka se soudem, takže se mu ústního poučení nedostane.

51. Poučovací povinnost soudu je významná i v situaci, kdy došlo k zastavení soudního řízení proto, že pacient byl propuštěna, případně že dodatečně projevila souhlas s hospitalizací.⁵² Pokud totiž osoba po obdržení usnesení o zastavení řízení prohlásí, že na projednání věci trvá, musí být v řízení pokračováno a dojít k věcnému projednání.⁵³ Z informací poskytnutých soudy nicméně vyplývá, že **k pokračování řízení dochází u jednotlivých soudů pouze v jednotkách případů za rok**. Pro představu například u Obvodního soudu pro Prahu 8 bylo v roce 2018 vydáno 2557 rozhodnutí o zastavení, pokračováno bylo v 7 řízeních, v roce 2019 to bylo 2710 rozhodnutí, pokračováno v 8 věcech. U Okresního soudu v Havlíčkově Brodě bylo řízení zastaveno ve 1350 věcech, v 1 věci osoba trvala na projednání. Řada soudů navíc sdělila, že ani v jednom případě nedošlo k pokračování řízení, resp. že se jim lustrací nepodařilo žádnou takovou věc dohledat. Nízký počet prohlášení může být mimo jiné způsobený tím, že pacient nebyl poučen o možnosti učinit prohlášení, případně tomuto poučení neporozuměl.

Doporučení:

- 10) Stanovit povinnost poučovat pacienty při nedobrovolné hospitalizaci sociálními pracovníky, případně jiným osobám, nikoliv pouze ošetřujícími lékaři pacienta.
- 11) Vypracovat doporučený postup k poskytování poučení pacientům při nedobrovolné hospitalizaci, včetně určení odpovědné osoby, formy poučení a způsobu kontroly porozumění.
- 12) Zajistit, aby pacienti měli k dispozici po celou dobu trvání zbavení osobní svobody informace o svých právech ve srozumitelné podobě, včetně kontaktu na osobu odpovědnou k poskytnutí doplňujících informací.
- 13) Upravit povinnost soudu včas informovat pacienty o možnosti zvolit si zmocněnce a důsledně je informovat o povaze detenčního řízení a jejich právech v něm.

D. ZAPOJENÍ BLÍZKÝCH OSOB

52. Osoby z blízkého okolí člověka budou ve většině případů první, které zpozorují, že se tento dostává do nějaké krize a v případě, že jejich blízký nebude chtít sám vyhledat pomoc, budou čelit rozhodován, zda ho vystavit nedobrovolné hospitalizaci. Zároveň to budou tyto osoby, tj. rodinní příslušníci, přátelé, partneři, zákonní zástupci, podpůrci, či opatrovníci, které budou nejčastěji poskytovat podporu pacientovi v průběhu hospitalizace a v rámci detenčního řízení. Tyto osoby mají specifické postavení vyplývající z blízkého vztahu s pacientem, v důsledku kterého, mohou

⁵² § 72 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních

⁵³ Ibid.



pociťovat újmu na právech pacienta jako sobě vlastní.⁵⁴ Proto je jejich roli při ochraně pacientů věnována v tomto materiálu zvláštní pozornost.

Informování dalších osob ohledně hospitalizace pacienta bez souhlasu

53. Povinností poskytovatele zdravotních služeb je informovat o převzetí pacienta bez souhlasu jeho zákonného zástupce, opatrovníka nebo podpůrce, manžela či jinou známou osobu blízkou.⁵⁵ Má-li pacient zákonného zástupce, opatrovníka nebo podpůrce, poskytovatel je musí také poučit o právním postavení pacienta, o důvodu hospitalizace a možnostech právní ochrany.⁵⁶

54. Informování blízkých osob je významným prvkem ochrany člověka při nedobrovolné hospitalizaci, zejména proto, že pro pacienta, který je fakticky omezen v kontaktu s vnějším světem, je obtížnější kontaktovat advokáta či komunikovat se soudem.⁵⁷ V prvních chvílích hospitalizace může mít pacient sníženou schopnost porozumět všem relevantním informacím ohledně svého postavení a dostupných právních zárukách. Kromě toho bude často také potřebovat obstarat běžné věci, například uhradit povinné platby, informovat zaměstnavatele a podobně. Zejména v případech, kdy pacient nemá k dispozici telefon (k tomu viz část „Používání telefonu a internetu“), je nesmírně důležité tuto povinnost pečlivě naplňovat.

55. **Navzdory zakotvení této povinnosti v zákoně však dle zkušeností pacientů a jejich rodinných příslušníků nejsou vždy poskytovatelé zdravotních služeb v informování příliš aktivní.** Někteří uváděli, že sami rodinní příslušníci museli vyvinout iniciativu, aby se dozvěděli o hospitalizaci svých blízkých:

„Dcera vždycky horlivě pátrala, kde vlastně jsem, co se mnou je a byla třeba prodleva tři týdny, než zjistili, že jsem hospitalizovaná.“

56. Naplnění této povinnosti může být problematické pro nemocnice zejména tehdy, kdy je pacient v nemocnici poprvé a kdy není schopen sdělit kontakt na blízké osoby nebo jej odmítá dát. V takovém případě by se však měl poskytovatel zdravotních alespoň pokusit najít nějakou osobu z okolí pacienta, kterou by informoval o jeho hospitalizaci. V krajních případech, kdy mu žádná taková osoba není známá, nebo ji nelze zastihnout, musí informovat Policii ČR.⁵⁸

57. Domníváme se, že v případě, kdy pacient nemá žádné blízké osoby, případně není schopen nikoho označit, **může poskytovatel také informovat obec s rozšířenou působností dle místa pobytu pacienta**, která jednak může znát pacienta či jeho rodinu, pokud jsou klienty sociální práce, případně může zodpovídat za zajištění navazujících služeb po ukončení hospitalizace.⁵⁹ Bylo by vhodné toto zmocnění pro poskytovatele zdravotní péče explicitně upravit zákonem, zejména proto, aby se předešlo pochybnostem ohledně prolomení povinné mlčenlivosti.⁶⁰

⁵⁴ Srov. například definici blízké osoby v § 125 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku

⁵⁵ § 105 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku

⁵⁶ § 106 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku

⁵⁷ *Cristian Teodorescu proti Rumunsku*, č. 22883/05, rozsudek ze dne 16. června 2012, § 64-65; *B. proti Rumunsku* (č. 2). č. 1285/03, rozsudek ze dne 19. února 2013, § 95.

⁵⁸ § 38 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

⁵⁹ § 47 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

⁶⁰ § 51 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách



58. Z pochopitelných důvodů je o něco lepší situace u pacientů, kteří byli hospitalizováni opakovaně a nemocnice již mají kontakt na blízké osoby z dřívějšího, jak potvrdila matka jednoho člověka se zkušeností:

„Většinou jsme (syna) začali shánět sami, ale asi dvakrát se mi stalo, že mi volali, protože již na mě měli číslo.“

59. Jak vyplývá ze vnitřních předpisů jednotlivých nemocnic a jak potvrdili samotní lékaři u rozhovorů, rodinné příslušníky buď kontaktuje sám pacient, případně označí osoby, které má poskytovatel informovat zároveň se souhlasem k poskytování informací o svém zdravotním stavu.⁶¹

„My se ptáme na to, jestli můžeme někoho informovat a koho, případně jestli jsou nějaká omezení v těch informacích.“

„Koho informujeme primárně záleží na tom nemocném (...) Když (pacient) souhlas neposkytne, tak pak jsme odkázáni na ty mezní situace, pokud se jedná o osoby omezené ve způsobilosti, tam jsou to opatrovníci, nebo osoby nezletilé, tam jsou to zase zákonní zástupci, teda rodiče.“

60. Informace o hospitalizaci a zdravotním stavu jsou důvěrnými údaji, proto jsou poskytovatelé zdravotních služeb vázání mlčenlivostí, kromě případů, kdy je pacient mlčenlivosti výslovně zproštěn nebo kdy se jedná o výjimky stanovené zákonem.⁶² Lékaři někdy volí kreativní způsoby ochrany před poskytnutím informací neoprávněným osobám, zejména prostřednictvím telefonu:

„(Pacient) uvádí osoby, které můžeme kontaktovat, ale potom je další krok – komu my můžeme podávat informace, tak to můžeme jen tomu, kdo zná heslo (...) komunikaci, na sdělování informací (...) Takže my v zásadě s tím sdělováním informací musíme počkat na chvíli, kdy pacient je natolik dobrý, že je schopen se telefonicky spojit s nějakým svým rodinným příslušníkem nebo kamarádem a říct mu heslo.“

61. Nicméně jak vyplývá z citace výše, taková opatření mohou mít nepřiměřeně negativní dopady na pacienty, kteří nejsou schopni fakticky daný postup naplnit. Z tohoto důvodu by bylo vhodné, aby vnitřní předpisy či doporučené postupy zahrnovaly také řešení situace pro zvláště zranitelné pacienty.⁶³

62. Složitá situace může nastat, kdy pacient výslovně odmítá poskytnutí informací blízkým osobám. Dle rozhovorů k tomu může dojít například tehdy, kdy tyto osoby dají podnět k hospitalizaci svého blízkého, jak potvrdila matka jedné ženy se zkušeností:

„V okamžiku kdy (dcera) vstoupila do nemocnice, tak už jsme se ničeho nemohli domct, protože ona nedala souhlas.“

63. Při posuzování toho, jaké osoby o hospitalizaci informovat, musí být primárním hlediskem názor pacienta.⁶⁴ **Domníváme se, že poskytnutí základních informací (o hospitalizaci samotné, ohledně oddělení, na kterém je pacient umístěn) nejbližším rodinným příslušníkům i v případě, kdy pacient nedal souhlas s informováním o zdravotním stavu, je přípustné.** Půjde zejména o situace, kdy pacient před hospitalizací pobýval s těmito osobami ve společné domácnosti a počítá se s tím, že

⁶¹ § 33 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

⁶² § 51 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

⁶³ Například pacienty s mentálním postižením, poruchou autistického spektra nebo pacienty, jejichž kognitivní schopnosti jsou silně ovlivněny akutním stavem.

⁶⁴ § 33 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách



bude následně propuštěn do jejich péče.⁶⁵ Jak potvrdila matka jedné ženy se zkušeností, nemocnice, ve které byla její dcera umístěna, postupovala dle stejné interpretace:

“ (Nějaké informace) jsem věděla, protože já jsem tam přijela vždycky a snažila jsem se ty informace získat. Třeba jsem chtěla promluvit s psychologkou (...).”

64. Je však nutné dodat, že vždy je potřeba přistupovat ke konkrétní situaci individuálně a vyvažovat zájmy blízkých osob a pacientů. **Obzvláště obezřetně by měli poskytovatelé zdravotních služeb postupovat v situaci, kdy pacient výslovně zakazuje podávat informace těmto osobám nebo existuje podezření ze zneužívání či týrání z jejich strany.** Domníváme se, že pro vyjasnění postupu by bylo vhodné také tuto oblast legislativně zpřesnit, případně ji upravit v doporučeném postupu.

Doporučení:

- 14) Vypracovat doporučený postup ohledně informování blízkých osob o hospitalizaci pacienta bez souhlasu, včetně určení odpovědných osob, lhůty pro oznámení a postupu v případě pacientů, kteří nemají žádné blízké osoby nebo je nejsou schopni označit.
- 15) Zařadit nenaplnění povinnosti informovat blízké osoby pacienta o hospitalizaci bez souhlasu mezi přestupky poskytovatelů zdravotních služeb.
- 16) Upravit právo poskytovatele zdravotních služeb informovat o hospitalizaci pacienta bez souhlasu, který nemá blízké osoby nebo není schopen je označit, obec s rozšířenou působností dle místa pobytu pacienta.

Spolupráce s blízkými osobami v průběhu hospitalizace

65. Zapojení blízkých by rozhodně nemělo skončit pouze u jejich informování o hospitalizaci a občasných návštěv. Rodinní příslušníci mohou být zásadním zdrojem informací při rozhodování o naplnění podmínek hospitalizace, jakož i při stanovení vhodného léčebního plánu. Jeden z lékařů uvedl, že někdy nemocnice oslovuje blízké osoby v případě, že nejsou jasné okolnosti, které předcházely převzetí pacienta k hospitalizaci:

„Často třeba děláme to, že kontaktujeme rodiny, že ta zpráva ze záchranky je tak strohá nebo že naopak se zdá, že se jednalo o nějakou domácí hádku, že jeden se rozčílil a zavolal na policii, ta jednoho z nich odvezla a teď oba tvrdí, že odvezli nesprávného. To musíme si prostě i doověřit, že neděláme úplný nonsens.“

66. Jiná lékařka zase zdůraznila, že je dle ní spolupráce s rodinou důležitá i v samotné terapii.

„Já se snažím se hodně věnovat, když ta rodina chce spolupracovat, jak jen to zvládnou, pracovat s celou tou konstelací té rodinné situace. Protože duševní nemoc se mi nezdá věc jedince, ale těch všech zúčastněných.“

⁶⁵ § 31 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách



67. Kontakt s blízkými osobami je nepochybně jedním z prvků ochrany pacienta, který je jinak zcela závislý na péči (a režimu) nemocnice.⁶⁶ Jak potvrdili lidé se zkušeností i jejich rodinní příslušníci, díky iniciativě blízkých osob se nejednou podařilo pacientovi zajistit lepší podmínky v nemocnici nebo přístup k právní pomoci:

„Po jednom léku jsem se necítila dobře, cítila jsem se jako zhulená (...). Tak jsem to řekla lékaři a on namísto toho, aby to nějak reflektoval, tak mi řekl, že si to mám užívat (...) To už jsem zaintervenovala přes mamku (..) a ona si nechala vyjet všechny léky, které беру a (..) nevím, jak to udělala, ale přestali mi ho dávat.“

„Když už jsme apelovali na lékaře, tak (syna) převezli na jiné oddělení.“

„To až se se mnou spojil ten můj kamarád, který iniciativně to nastudoval velice rychle, i když není právník a řekl že došlo v mnoha bodech k porušení zákona.“

68. Zákon o zdravotních službách obsahuje právo na přítomnost blízké osoby při poskytování zdravotních služeb, na nepřetržitý kontakt s opatrovníkem či zákonným zástupcem,⁶⁷ právo na návštěvy v průběhu hospitalizace⁶⁸ či povinnost poskytovatelů poskytovat informace osobám určeným pacientem.⁶⁹ Pacient by měl být co nejméně omezen v kontaktu, resp. umožnění přítomnosti (návštěv) mu blízkých osob a v jejich průběhu. Tato omezení by navíc měla být patřičně odůvodněna, například s ohledem na maření poskytování zdravotních služeb, případně omezování práv ostatních pacientů.

69. **Samotný kontakt by měl probíhat za důstojných podmínek**, již jen s ohledem na to, že při něm může docházet k emotivním chvílím. V případě návštěv by měla být proto k dispozici místnost vyčleněná přímo k tomuto účelu, aby se návštěvy neodehrávaly na pokojích, chodbách, případně v jiných prostorách, kde jsou například možnosti soukromí značně omezeny. **Rovněž by mělo existovat prostředí, které je vhodné pro návštěvy s dětmi, zejména u pacientů, kteří jsou rodiči.**

70. **V současnosti neexistuje v české legislativě žádný instrument zapojení blízkých osob do léčebného procesu pacienta.**⁷⁰ Rodinní příslušníci v této souvislosti poukazovali na to, že je poskytovatelé nepovažují za partnery a při rozhodování nezohledňují jejich názor:

„My jsme apelovali na to, aby ji nedávali domů, že není doléčená, že musí být návaznost, ať ji někde přivedou a oni prostě ji nám stejně vrátí.“

„Propuštění je velký zásah, protože člověk je zavřený a nemůže ven a pak jej “pustí” do společnosti: „Já jsem říkala, proč nemůže do města a tak, a bylo mi odpovězeno, že tam mají vzorek společnosti na oddělení.“

„V den kdy (dceru) měli pustit, tak mi zavolala, že ji pouští a ona třeba dojede autobusem.“

⁶⁶ D.D. proti Litvě, č. 13469/06, rozsudek ze dne 14. února 2012, § 187 až 189

⁶⁷ § 28 odst. 3 písm. e) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

⁶⁸ § 28 odst. 3 písm. i) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

⁶⁹ § 33 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

⁷⁰ Problematikou zapojení rodinných příslušníků do péče a jejich edukací se zabývají některé pilotní projekty v rámci Reformy péče o duševní zdraví, například projekt “START – KRS Komplexní rehabilitace k soběstačnosti“ v Psychiatrické nemocnici Šternberk (více informací lze najít na webových stránkách nemocnice: <https://www.plstbk.cz/norske-fondy>).





„Manžel (když viděl, že ho chtějí umístit na uzavřené oddělení) tak říkal, že chce na mě počkat (...) ale hotovo, zavřeli ho, zdrogovali. (...) když jsem přijela, už byl přikurtovaný.“

„Mně se podařilo domluvit se v (jiné nemocnici), že (dceru) převezmou (...) Oni to přislíbili, pokud bude dobrovolně. Tak jsem to v (nemocnici, kde byla dcera hospitalizovaná) řekla a jim se to tam nelíbilo (...). Takže to dopadlo tak, že (do jiné nemocnice) nepřešla a přešla po třech měsících domů.“

71. Někteří dokonce uváděli, že měli pocit, že lékaře snaha o spolupráci spíše obtěžuje:

„Komunikace s rodiči je pro (lékaře) na obtíž (..) rodiče jsou přecitlivělí a těžko se s nimi jedná.“

„Když jsme se snažili zjistit více informací, nebylo to bráno moc pozitivně v té nemocnici.“

72. Domníváme se, že neexistence jasného vymezení role blízkých osob při nedobrovolné hospitalizaci vede k tomu, že této problematice není v praxi věnována dostatečná pozornost. V analyzovaných vnitřních předpisech jsme například našli sdělení, že informace o zdravotním stavu pacienta rodinným příslušníkům, blízkým osobám nebo zákonným zástupcům, jsou zpravidla podávány pouze v určitém úzce vymezeném časovém období, například „vždy ve středu od 14. do 15 hodin.“ Tato doba jistě není dostatečná pro účinné zapojení blízkých příslušníků do léčebného procesu pacienta, zřejmě ani pro důkladné informování o zdravotním stavu a prognóze pacienta.

73. Nelze však tvrdit, že by neměli lékaři o spolupráci s rodinou zájem. Někteří uváděli, že i když považují práci s rodinou za důležitou, bariéru představuje zejména jejich pracovní vytížení:

“Problém je na psychiatrii, že (..) v zásadě na práci s rodinou (...) nemáme čas v pracovní náplni.”

“U mě to probíhá tak, že (když zavolají blízké osoby), se vždycky přijdou dohodnout a popovídáme si. Ale jsem v tomto asi vstřícnější než je průměr. Protože je hodně lékařů, kteří se pohybují jenom v rámci té pracovní doby (..) a nejsou tam přesčas a nestíhají. Nebo jsou ty schůzky krátké s tou rodinou.“

74. Žádná z oslovených osob (tedy lidi se zkušeností, blízké osoby ani lékaři) neuvěděla, že by se rozhovoru blízkých osob s lékaři účastnili také samotní pacienti. Zejména s ohledem na Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, která na několika místech klade důraz na důsledné zapojování lidí s postižením do všech procesů a rozhodnutí, které se jich týkají,⁷¹ doporučujeme, aby případná úprava či doporučené postupy zohledňovaly aktivní a osobní participaci samotných pacientů.

75. Neexistence úpravy postavení blízkých osob v průběhu nedobrovolné hospitalizace vede k tomu, že se jim žádných právních záruk, či podpory nedostává. A to jak v průběhu hospitalizace jejich blízkého v nemocnici, tak ani v detenčním řízení.⁷² Žádného z oslovených rodinných příslušníků se lékaři nedotazovali na okolnosti před převzetím pacienta či na jeho historii. **Také s nimi nekomunikoval**

⁷¹ V této souvislosti jde zejména o články 4 odst. 3, 12 odst. 1, 19 a 25 Úmluvy o právech osob s postižením

⁷² Kromě situací, kdy si pacient svého blízkého zvolí za zástupce v řízení nebo důvěrníka. Těmto institutům se blíže věnujeme v dalších částech analýzy.





soud, žádného nepřizval sám na jednání, přestože někteří byli osobě přítomni událostem, které předcházeli hospitalizaci. V jednom případě dokonce odrazil opatrovník pacienta jeho manželku od účasti na soudním jednání:⁷³

„Opatrovník manželovi důrazně nedoporučoval, aby mě k soudu bral, s tím, že si myslí, že ti rodinní příslušníci, že to je k ničemu. Nicméně manžel na tom trval (...) já jsem mu zavolala a poprosila jsem ho, aby mě zařadil mezi svědky, on mě ani neodepsal ani nezavolal a pak když už bylo druhé stání, tak jsem tam přišla a on se tvářil, že nic nedostal.

76. Nakonec, s ohledem na zlepšení postavení pacientů a účinné zapojení blízkých osob je nezbytné, aby měly také blízké osoby dostupnou podporu a vzdělání. Často jsou to právě oni, kdo iniciuje hospitalizaci svých blízkých a jsou to opět oni, kdo často převezme péči o pacienty po její skončení. Přitom dle výzkumů **může zkušenost s nedobrovolnou hospitalizací vážně narušit rodinné vztahy.**⁷⁴ Jak popisovali rodinní příslušníci, se kterými jsme mluvili, převzetí jejich blízkého bez souhlasu do nemocnice nebo podmínky v samotné nemocnici mohou být traumatickým zážitkem také pro ně. Negativní zážitek je přitom může odradit od hledání pomoci pro svého blízkého v budoucnu:

“My jsme se kolikrát byly rádi, když (syn) něco provedl, aby ho odvezli (...) protože to je takové trauma zavolat policií a se na to dívat.”

“Nechtěli jsme (dceru umístit) za žádnou cenu do (nemocnice, ve které byla předtím), ale dívala jsem se na stránky (jiné nemocnice) a tam měli takový certifikát (ve kterém bylo řečeno), že nezbytnou součástí hospitalizace je spolupráce s rodinou.”

77. Za dobrou praxi pak lze považovat zkušenost jedné matky člověka se zkušeností, které jeho ošetřující lékař navrhl, aby sama vyhledala psychiatrickou pomoc, aby se vyrovnala s nemocí syna a jeho hospitalizací:

“Sama jsem se objednala k psychiatrovi a (...) on mi pomáhal se zorientovat v (synovi) nemoci a zároveň reflektovat sama sebe (...) Toto je důležitá věc, aby někdo pracoval s těmi rodiči.”

78. Domníváme se, že pro efektivní zapojení blízkých osob při ochraně práv pacientů při nedobrovolné hospitalizaci je nezbytné, aby existovaly dostupné služby podpory a poradenství, a to jak z oblasti medicíny či psychologie, tak z oblasti právních služeb. Nezbytnou součástí by měla být také povinnost poskytovatele zdravotních služeb podat blízkým osobám základní informace ohledně těchto služeb.

Doporučení:

17) Komplexně upravit postavení blízkých osob, zejména při nedobrovolné hospitalizaci psychiatrických pacientů, včetně jejich zapojení do plánování zdravotní péče, a to také s ohledem na aktivní participaci samotných pacientů.

18) Začlenit spolupráci s rodinou pacientů při nedobrovolné hospitalizaci do pracovní náplně ošetřujících lékařů.

⁷³ Rozsahem dokazování soudu, včetně doporučení týkajících se výsledku svědků se dál zabýváme v části „Řízení o vyslovení připustnosti převzetí a dalšího člověka do nemocnice bez souhlasu.“

⁷⁴ Tomáš Petr. Dodržování lidských práv duševně nemocných. Etické aspekty nedobrovolné hospitalizace. 2011. str. 110



- 19) Zajistit místnost, která bude sloužit k realizaci návštěv pacientů, a ve které budou mít pacienti a jejich návštěvy zajištěnou základní míru soukromí.
- 20) Zajistit prostředí, které bude v rámci návštěv vhodné i pro realizaci kontaktu s dětmi.
- 21) Rozvíjet dostupné poradenské a podpůrné služby pro blízké osoby blízké pacientů v nedobrovolné hospitalizaci a zakotvit povinnost poskytovatelů zdravotních služeb informovat je o těchto službách.

E. DŮVĚRNÍK PACIENTA

79. Jedním z novějších nástrojů ochrany práv hospitalizované osoby má je institut důvěrníka, který se dostal do naší právní úpravy v roce 2014 přijetím nového občanského zákoníku. Cílem tohoto podpůrného institutu je odstranění praktických a právních překážek při hájení zájmů nedobrovolně hospitalizované osoby,⁷⁵ jakož i řešení situace, kdy je pacient hospitalizován na základě návrhu svého zákonného zástupce.⁷⁶

80. Pacient má právo se svým důvěrníkem projednávat své záležitosti o samotě, bez přítomnosti třetích osob,⁷⁷ důvěrník může člověka poučit o tom, jak bude řízení probíhat a o jeho právech v něm (že si může zvolit svého zmocněnce, že může navrhnout důkazy, případně také o tom, že se může proti rozhodnutí odvolat). I sám může tato procesní práva jménem člověka v řízení uplatňovat.⁷⁸ **Tato osoba tedy může být velice důležitým článkem v naplnění účinného přístupu člověka ke spravedlnosti,**⁷⁹ jak popisuje jeden z lidí se zkušeností:

„Když jsem si kamaráda zvolil jako důvěrníka, což mi nikdo neřekl, že můžu udělat, tak jsem pak spolu řešili, že co všechno (nemocnice) porušila. Že podle zákona by mi měli nabídnout nějakou jinou alternativu než mě přikurtují, měli by mě poučit, to absolutně nedošlo k ničemu takovému.“

81. Není zřejmé, zda důvěrník má automaticky ze svého funkce právo také zjišťovat informace o zdravotním stavu pacienta či nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace. Z rozhovorů s lékaři a z analyzovaných vnitřních dokumentů nemocnic vyplynulo, že důvěrníkovi nemocnice toto právo většinou přiznají jen tehdy, kdy pacient výslovně uvede, že si přeje, aby mu byly tyto informace poskytovány. V jedné nemocnici jsou dle standardu automaticky považováni důvěrníci, jakož i zmocněnci pacienta, za osoby oprávněné k získávání informací o zdravotním stavu i bez výslovného souhlasu pacienta. V tomto případě se přikláníme spíše k první interpretaci, tedy k tomu že **bez výslovného souhlasu pacienta nelze těmto osobám informace poskytovat.** Domníváme se, že k naplnění role důvěrníka nejsou veškeré informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné, a proto není důvod pravomoci důvěrníka v tomto smyslu posilovat. Při správě citlivých údajů pacienta by měli

⁷⁵ Srov. *M. H. proti Spojenému Království*, cit. výše, § 93 k požadavku zmocnění či jednání prostřednictvím jiné osoby.

⁷⁶ Důvodová zpráva k zákonu č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku,

⁷⁷ § 108 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku

⁷⁸ § 68 odst. 1 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních

⁷⁹ Článek 13 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením



poskytovatelé zdravotních služeb vždy vycházejí zejména z jeho přání. Nakonec, nic nebrání pacientovi, aby zároveň s označením svého důvěrníka také stanovil, jaké informace mu může poskytovatel podávat.

82. Výjimkou budou případy, kdy pacient není schopen kvůli svému zdravotnímu stavu souhlas vůbec udělit.⁸⁰ V takových případech bude podle našeho názoru patřit mezi blízké osoby, kterým zákon právo na informace přiznává. Přitom zkoumání neschopnosti udělit souhlas by se mělo vždy postupovat obezřetně a s ohledem na konkrétní okolnosti. Nemělo by se automaticky předpokládat, že pacient s duševním onemocněním či omezenou svéprávností není schopen souhlas dát.

83. Výběr důvěrníka se neváže na žádný konkrétní úkon (například schválení soudu, jak je tomu například u podpůrce),⁸¹ postačí, že pacient jiného člověka jako důvěrníka označí. Dle sdělení jednoho z lékařů, se osoba důvěrníka v jeho nemocnici pouze zapíše do dekurzu pacienta. Zákon také neřeší, zda má poskytovatel zdravotních služeb ohlásit soudu, že si pacient zvolil důvěrníka, nebo je to pouze na něm a jeho důvěrníkovi, aby tuto skutečnost oznámili.

84. Taktéž **neexistuje žádná zákonná definice toho, kdo může být důvěrníkem hospitalizovaného člověka**, což na jednu stranu zajišťuje určitou volnost při jeho výběru. My se však se přikláníme k tomu, že alespoň obecné vymezení charakteristik důvěrníka by bylo vhodné, jednak kvůli zajištění ochrany zvláště ohrožených skupin pacientů před zneužitím, jednak proto, aby se předešlo některým praktickým problémům, jak popisuje jeden z lékařů:⁸²

„Jediný problém, který nastává, je takový praktický, když je třeba důvěrník spolupacient (...) a zároveň se dožaduje propuštění pacienta.“

85. Ačkoliv neexistují statistiky ohledně počtu zvolených důvěrníků, z rozhovorů s lékaři a pacienty, z neexistující judikatury v této oblasti, jakož i z naší jiné činnosti důvodně předpokládáme, že se tento institut využívá jen zřídka. V praxi lze teda pochybovat o tom, že by zatím měl tento institut výraznější vliv na zlepšení právního postavení pacienta.

86. Pro využití podpory důvěrníka je především nezbytné, **aby nedobrovolně hospitalizovaná osoba v prvé řadě věděla, že institut důvěrníka existuje**. Pacient by měl mít od počátku hospitalizace přístup k informacím o tom, že má právo si důvěrníka zvolit, a to ve formě komunikace, které rozumí.⁸³ Pouze dvě nemocnice měly ve svých interních dokumentech zmíněné právo na důvěrníka, v jednom případně se jednalo o přepis celého ustanovení zákona, v druhém dokument také zahrnoval postup při jeho určení pacientem. **To odpovídá i zkušenostem lidí se zkušeností, kteří uváděli, že je o této možnosti nemocnice při přijetí nebo neprodleně po něm neinformovala, jakož i lékařů, kteří někdy vůbec tento institut neznali.**

87. Další bariérou pro využití tohoto institutu může být to, že **pacient nemá žádnou blízkou osobu**, kterou by si za důvěrníka zvolil. Pacienti bez rodiny či blízkých osob jsou přitom nejvíce zranitelní.

88. **Domníváme se, že vyšší míru ochrany pro tyto zvláště zranitelné pacienty (ale i pro ty ostatní) by mohlo zajistit zřízení institutu „profesionálních**

⁸⁰ § 33 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

⁸¹ Srov. § 46 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku

⁸² V § 21 odst. 2 zákona č. 45/2013 o obětech trestních činů najdeme definici důvěrníka oběti.

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



důvěrníků“.⁸⁴ Zejména u první hospitalizace by mohli zástupci tohoto institutu sami oslovit pacienta, informovat jej o průběhu detenčního řízení a jeho právech v něm⁸⁵ a v případě, že by si získali důvěru pacienta, mohli by se stát jeho důvěrníkem. Nadto by mohli sloužit jako zdroj informací pro další důvěrníky – fyzické osoby či pomáhat pacientům řešit i jiné naléhavé záležitosti. Pro efektivní fungování v rámci detenčního řízení je nezbytné, aby tito důvěrníci byli (finančně i personálně) nezávislí na nemocnici, a to jak kvůli potenciálnímu střetu zájmů, tak pro větší důvěru ze strany pacientů. Také by bylo vhodné, aby důvěrníky byli lidé s vlastní zkušeností s psychiatrickou léčbou, jak potvrdila jedna z oslovených osob:

„Kdyby tam byl člověk, který by měl vlastní zkušenost s duševním onemocněním a věděl, jak se mnou mluvit o těch věcech, tak si myslím, (...) že by mi to uměl vysvětlit. Kdyby to byl člověk, ke kterému bych měla důvěru, že by nebyl na té nepřátelské straně těch zdravotníků (...) asi bych tomu porozuměla.“

89. V minulosti podobnou roli zastávala například organizace Kolumbus, nicméně v době, kdy realizovala projekt patientských důvěrníků neexistovala právní úprava, která by zajišťovala jakékoliv pravomoci pro člověka, kterého pacient označil za důvěrníka.⁸⁶ I v současné době některé další organizace věnují obhajobě práv pacientů, ať již v nemocnici, či mimo ni.⁸⁷

Doporučení:

- 22) Podrobněji upravit zákonem nebo doporučeným postupem institut důvěrníka, včetně základních předpokladů pro výkon jeho funkce, jeho postavení, způsobu informování soudu apod.**
- 23) Zajistit důsledné informování pacientů ze strany poskytovatelů zdravotních služeb ohledně práva zvolit si důvěrníka.**
- 24) Vyhodnotit možnost vzniku institutu „profesionálního důvěrníka“, jeho role při ochraně pacientů v nedobrovolné hospitalizaci a způsobu personálního a finančního zajištění.**

F. POSUDEK NEZÁVISLÉHO LÉKAŘE

90. Dalším nástrojem k posílení standardu ochrany pacienta je právo pacienta požádat o nezávislý přezkum zdravotního stavu, zdravotní dokumentace, vyjádření ošetřujícího lékaře o neschopnosti úsudku a o neschopnosti projevit přání samostatně. Stejně právo má i důvěrník a podpůrce.⁸⁸ Je-li navíc toto právo uplatněno dříve, než

⁸⁴ Uvědomujeme si, že toto doporučení vyžaduje širší diskuzi, proto navrhuje, aby bylo případně diskutováno se zástupci lidí se zkušeností, lékaři, případně také soudci rozhodujících v detenčním řízení.

⁸⁵ To by mohlo z části obřemenit poskytovatele zdravotních služeb od jejich poučovací povinnosti.

⁸⁶ Více informací lze najít na webu organizace Kolumbus: <https://www.spolekkolumbus.cz/>

⁸⁷ Například organizace O nás s námi (více informací na <https://www.onassnami.cz/o-nas/>) nebo Dialogos (více informací na <https://www.dialogos.cz/o-dialogosu/>)

⁸⁸ § 109 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku





soud rozhodne o zákonnosti hospitalizace, musí být vykonáno dřív, než uplyne zákonná lhůta pro rozhodnutí soudu.⁸⁹

91. Smyslem tohoto institutu je naplnění práva pacienta na konzultace svého zdravotního stavu⁹⁰ a alespoň z části také na volbu poskytovatele zdravotních služeb.⁹¹

92. Běžně budou podkladem pro rozhodnutí o vyslovení přípustnosti převzetí zejména dokumenty zpracované lékaři zařízení, které rozhodlo o detenci, co může vést k obavám ohledně jejich objektivnosti. Ústavní soud v minulosti uvedl, že tato praxe nevede k automatickému zásahu do procesních práv osoby,⁹² vzhledem ke krátkému času pro toto rozhodnutí, si lze jen těžko představit, že se k věci mohl vyjádřit nezávislý znalec. Nicméně **tento institut může v určitých případech napomoci k odstranění pochybností ohledně důvodnosti převzetí, případně může být podkladem pro návrh na propuštění podaný pacientem v průběhu hospitalizace.**⁹³

93. Z rozhovorů s lidmi se zkušeností i lékaři vyplynulo, že tento institut není příliš využíván. Dle nich jsou důvodem především praktické bariéry, a to jednak omezení pacientů v kontaktu s okolním světem, které jim brání si lékaře vyhledat, ale také nedostupnost ambulantních lékařů a finanční náklady. Právní úprava totiž nestanoví poskytovateli zdravotních služeb žádné konkrétní povinnosti týkající se podpory pacienta při naplňování tohoto práva. Vhodné by bylo zejména upravit povinnost poskytovateli umožnit pacientovi vyhledat si nezávislého lékaře a být s ním v neomezeném kontaktu, případně povinnost ke zpřístupnění zdravotnické dokumentace pacienta. Vyjasněné nejsou ani možnosti úhrady posudku; v současné době si pacient hradí cenu za posudek sám. U nízkopříjmových pacientů pak není využití tohoto institutu často vůbec možné.

Doporučení:

25) Upravit povinnosti poskytovatele zdravotních služeb při poskytování podpory pacientovi při naplňování práva na posudek nezávislého lékaře.

26) Zvážit úpravu úhrad za nezávislý posudek, případně navrhnout možnosti financování u nemajetných pacientů.

G. ŘÍZENÍ O VYSLOVENÍ PŘÍPUSTNOSTI PŘEVZETÍ A DALŠÍHO DRŽENÍ PACIENTA V ZAŘÍZENÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

94. Nejdůležitější a zároveň nejvlivnější zárukou před neoprávněným zásahem do osobní svobody člověka představuje přezkum postupu nemocnice nezávislým orgánem, tedy soudem. V případě lidí s duševním onemocněním, musí soudy

⁸⁹ § 109 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku

⁹⁰ § 28 odst. 3 písm. c) zákona o zdravotních službách

⁹¹ § 28 odst. 3 písm. b) zákona o zdravotních službách

⁹² Nález Ústavního soudu sp. zn. II. ÚS 2545/17 ze dne 27. února 2018 k počáteční fázi detenčního řízení.

⁹³ § 82 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních



postupovat obzvláště pečlivě a s přihlédnutím k jejich zvláštní zranitelnosti.⁹⁴ Lidé, kteří se nacházejí v akutní krizi, mohou být vystrašení a zmatení a zásah do svých práv pociťovat intenzivněji a úkorněji.

95. Je nezbytné, aby soud vždy zkoumal, zda byl naplněn princip subsidiarity, tedy zda nebylo možné využít jiné, mírnější opatření.⁹⁵ V průběhu řízení musí soud dbát na to, aby člověk mohl využít všechny dostupné procesní záruky a zásady spravedlivého procesu. Mezi ně patří mj. právo na účinné právní zastoupení, rovnost zbraní, nezávislost rozhodování soudní moci, či přiměřená délka řízení. V případě, že soud dospěje k tomu, že k zásahu do osobní svobody došlo ze zákonných důvodů, musí své rozhodnutí řádně odůvodnit, aby bylo přezkoumatelné a nevznikaly pohyby ohledně možné svévole.

Účinné a dostupné (právní) zastoupení

96. Tak jako je tomu u jiných řízení, které se týkají zvláště zranitelných osob, i v řízení o přípustnosti převzetí nebo dalším držení ve zdravotnickém zařízení zákon stanovuje povinné zastoupení hospitalizované osoby. To odpovídá i judikatuře Evropského soudu pro lidská práva, dle které nelze spoléhat pouze na iniciativu ze strany samotné zranitelné osoby při obstarání zastoupení,⁹⁶ musí existovat stanovený postup, jak zajistit její zastoupení i v případě, že si sama nikoho nezvolí.

97. Nicméně naše právní úprava primárně dává možnost člověku si zvolit svého zástupce (zmocněnce),⁹⁷ což reflektuje povinnost státních orgánů v co nejvyšší míře šetřit autonomii člověka a respektovat jeho vůli.⁹⁸ Toto právo je však v praxi spíše iluzorní. **Lidé se zkušeností v průběhu rozhovorů uváděli, že si nebyli vědomi toho, že si mohou zvolit zmocněnce, případně že se o tom dozvěděli až po skončení řízení, když jim soud doručil zároveň usnesení obsahující poučení o možnosti zvolit si zmocněnce a rozhodnutí o přípustnosti převzetí do zdravotnického zařízení.** Tomu odpovídají i statistiky poskytnuté okresními soudy, ze kterých vyplývá, že téměř vždy soudy jmenují osobám opatrovníka pro řízení z řad advokátů.

98. **Zákon neřeší, jak má soud postupovat v případě, že člověk si zvolí zmocněnce i důvěrníka nebo v případě jejich konfliktu.** Důvěrník má podobné pravomoci jako zmocněnec, tedy může uplatňovat v prospěch pacienta jeho procesní práva, včetně navrhování důkazů, podání návrhu na propuštění či podání opravných prostředků. Kromě toho však může zřejmě uplatňovat i jiná práva související s hospitalizací, například právo požádat nezávislého lékaře o přezkoumaní zdravotního

⁹⁴ *Plesó proti Maďarsku*, cit. výše, § 65, *Storck proti Německu*, cit. výše, § 102

⁹⁵ § 104 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

⁹⁶ *M.S. proti Chorvatsku* (č. 2), č. 75450/12, rozsudek ze dne 19. února 2015, § 152 a 153 a tam citovaná judikatura; *Zagidulina proti Rusku*, č. 11737/06, rozsudek ze dne 2. května 2013, § 62. Aby měla osoba k dispozici nezávislé zastoupení, je však významné i v souvislosti s případnými stížnostmi na špatné zacházení, resp. jiná porušení EÚLP. Stát by měl mimo jiné zajistit, aby i osobám v nejzranitelnějším postavení (bez příbuzných, celý život pobývajících ve státních institucích), bylo poskytnuto zastoupení k hájení jejich zájmů (*Centre for Legal Resources on behalf of Valentina Câmpăna proti Rumunsku*, č. 47848/08, rozsudek velkého senátu ze dne 17. července 2014, § 160 a 161).

⁹⁷ § 69 odst. 1 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních

⁹⁸ Článek 12 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením



stavu pacienta.⁹⁹ Na druhou stranu, pro označení důvěrníka nevyžaduje zákon žádnou formu, může si jej tedy zvolit i osoba, která není schopna platně udělit plnou moc. Domníváme se, že tato dualita je pro pacienty (i poskytovatele) zbytečně nepřehledná. **Vzhledem k tomu, že dnes si volí zmocněnce minimum pacientů, řešením by mohlo být zrušení institutu zmocněnce v prospěch podrobnější úpravy (případně i větších pravomocí) důvěrníka.** V takovém případě by hospitalizovaný člověk byl vždy zastoupen advokátem a v některých případech by vedle něj také mohl mít důvěrníka.

99. Jak bylo řečeno výše, nedobrovolně hospitalizovaný člověk bude s největší pravděpodobností v řízení zastoupen advokátem, tj. opatrovníkem pro řízení.¹⁰⁰ Zde je také vhodné zmínit, že pojem „opatrovník“ pro procesního zástupce není úplně šťastně zvolený, podle výpovědi lékařů to v praxi vede často k tomu, že jsou pacienti zmatení a domnívají se, že byli omezeni na svéprávnosti. Nicméně vzhledem k tomu, že se jedná o ustálený název právního institutu, který se užívá i v jiných typech tzv. nesporných řízení, v tomto směru zde neformulujeme žádné doporučení.

100. I kvůli výše zmíněným nedorozuměním je důležité, aby pacient byl poučen o právu zvolit si zmocněnce a o tom, že pokud si jej nezvolí, bude mu ustanoven opatrovník. Výjimkou jsou situace, kdy to zdravotní stav vylučuje.¹⁰¹ **Příkláním se k tomu, aby tato výjimka byla vykládána co možná nejvíce restriktivně, tedy aby poskytovatel zdravotních služeb vždy vynaložil snahu pacienta alespoň v základní míře poučit, a to i tehdy kdy jsou jeho kognitivní schopnosti narušené či je v akutní fázi krize.**¹⁰² Samozřejmě se vyskytnou situace, kdy pacient nebude schopen porozumět žádnému poučení, ale mělo by jít spíše o výjimky. Vnitřní předpisy jednotlivých nemocnic, které jsme analyzovali, většinou uváděly v části poučení pacientů pouze to, že pacientovi bude jmenován opatrovník – advokát pro soudní řízení. Proto doporučujeme, aby byly upraveny tak, aby poskytovatelé neopomínali informovat pacienty také o možnosti zvolit si zmocněnce.

101. Pouhé zastoupení člověka advokátem však pro řádnou ochranu jeho práv nepostačuje. **Musí vždy jít o zastoupení efektivní, tedy zástupce musí být aktivní v hájení práv člověka a učinit kroky, které jsou potřebné.**¹⁰³ Osoby, o kterých se rozhoduje v detenčním řízení jsou zvláště zranitelné, tomu by měl odpovídat i rozsah zastupování a pečlivost při jeho výkonu.¹⁰⁴ Aktivitní přístup zástupce bude obzvláště

⁹⁹ § 109 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku

¹⁰⁰ § 69 odst. 2 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních

¹⁰¹ § 69 odst. 1 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních

¹⁰² Srov. § 30 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

¹⁰³ V poslední době se ESLP věnoval několika stížnostem v souvislosti se zastoupením zranitelných osob. Viz např. *M.S. proti Chorvatsku*, cit. výše, § 150 až 156 a tam citovaná dřívější judikatura; *M. T. proti Estonsku*, č. 75378/13, rozsudek ze dne 23. října 2018, § 53, k tomu, že má mít osoba k dispozici právní pomoc, aby mohla napadnout zbavení svobody; *Zagidulina proti Rusku*, cit. výše, § 60 až 62, k tomu, že nikdo nebyl vyslechnut, aby vyjádřil názor nedobrovolně hospitalizované osoby; *D.D. proti Litvě*, č. 13469/06, rozsudek ze dne 14. února 2012, § 166, ke konfliktu mezi opatrovníkem a osobou a nutností mít nezávislé právní zastoupení.

¹⁰⁴ Srov. např. již nálezy Ústavního soudu ve věci sp. zn. I. ÚS 559/00 ze dne 25. září 2002, který se týkal výkonu opatrovnictví u osoby údajně neznámého pobytu. Jeho závěry by však měly být s ohledem na zranitelnost postavení nedobrovolně hospitalizovaných osob přenositelné i na daný kontext. Dle Ústavního soudu funkce opatrovníka nebyla zákonem stanovena, aby usnadňovala činnost soudu tím, že má kam odesílat písemnosti. Byla vytvořena proto, aby do důsledku hájila zájmy nepřítomného, což představuje mj. studium spisu, podávání vyjádření a vedení celého sporu za nepřítomného tak, jak by takovou povinnost byl nucen plnit smluvní zástupce. Srov. rovněž výše uvedený nálezy Ústavního soudu





důležitý, pokud se pacient aktivně brání zbavení svobody, případně dalším zásahům do jeho integrity.¹⁰⁵

102. V minulosti kritizoval Evropský soud pro lidská práva advokáta (procesního opatrovníka), který byl soudem ustanoven ženě s duševním onemocněním, když se s ní v průběhu řízení vůbec nesešel, nevyslechl její názor, aby mohl následně účinně hájit její zájmy, neučinil žádné podání její prospěch osoby a byť se účastnil soudního jednání, při kterém však zůstal povětšinou pasivní. Kromě samotného advokáta se zásahu do práv stěžovatelky dopustily také vnitrostátní soudy, které, ačkoli si byly vědomy pasivity zástupce, neučinily žádné opatření k zajištění jejího řádného zastoupení.¹⁰⁶

103. I když zákon stanoví, že pokud je procesním opatrovníkem ustanoven advokát, má stejné postavení jako advokát na základě plné moci,¹⁰⁷ ve skutečnosti se realita v detenčním řízení častěji blíží výše zmíněnému případu, který řešil ESLP. **Dle oslovených lidí se zkušeností k uskutečnění osobního či alespoň telefonického kontaktu s advokátem v první fázi řízení téměř nedochází:**

„Ta moje přidělená advokátka, ta se o mě vůbec nezajímala. Ta mě ani nekontaktovala, ani se pak nebavila s mým důvěrníkem (...) Tam došlo k podání odvolání, nicméně ona jej podala sama, bez kontaktu se mnou, jenom formálně (...) Podala to odvolání v nějaké podobě, které já jsem do dneška neviděl a podle mě ani ten můj důvěrník ne. Pak jsme se dozvěděli, že jsme podali odvolání, tak jsme do toho soudního řízení podali nějaké další dokumenty – moje vyjádření, vyjádření důvěrníka, svědecké výpovědi.“

„Protože (v dané oblasti) je omezený výběr těch právníků, tak mi byl vždy ustanoven jeden a ten samý člověk, za celou tu dobu, co jsem tam byla nedobrovolně, ani telefonát, ani se nepřišel na mě podívat, ani nezjišťoval co se mnou je, a vždycky přišlo jenom ze soudu, že (ta hospitalizace) byla oprávněná.“

„Pouze jednou (ze šesti nedobrovolných hospitalizací), za mnou advokátka přišla a bylo to jedinkrát, kdy mě ten člověk chtěl vidět, chtěl se zeptat na ty okolnosti a mluvil se mnou o tom.“

„Já že jsem měla nějakého advokáta jsem zjistila až ex post, když jsem si četla všechny ty rozhodnutí, které přišly.“

104. Podle matky ženy se zkušeností se jí její opatrovník dokonce snažil přesvědčit, aby změnila hospitalizaci na nedobrovolnou, i když ona s tím nesouhlasila. Nezáměr opatrovníků o pacienty potvrdili také všichni oslovení lékaři; jeden uvedl, že advokáti jsou, co se týká kontaktu, “extrémně odmítaví“.

105. Jak uvedli někteří lidé se zkušeností i lékaři, pacienti narážejí na různé bariéry, pokud by chtěli kontaktovat ustanoveného advokáta sami. Především usnesení soudu o ustanovení opatrovníka obsahuje pouze jeho jméno a místo podnikání, nikoliv však jiný kontakt. Jistě by bylo vhodné, kdyby se pacientům spolu s informací o ustanovení advokáta doručovalo na něj také telefonické nebo e-mailové spojení.

ve věci IV.ÚS 273/05 ze dne 11. ledna 2007, ve kterém se soud vyjádřil i k neplnění a nehájení zájmů opatrovníkem.

¹⁰⁵ *M.S. proti Chorvatsku*, cit. výše, § 151 a 152 včetně odkazu na závěry ve věci *Sýkora proti České republice*, cit. výše, § 102 až 108.

¹⁰⁶ *M.S. proti Chorvatsku*, cit. výše, § 151 a 156

¹⁰⁷ § 31 odst. 2 zákona č. 99/1963 Sb., občanského soudního řádu



V kombinaci s omezeními, které pacienti mají často v nemocnici,¹⁰⁸ jakož i jejich zdravotním stavem, může být pro pacienty navázání kontaktu s advokátem obzvláště obtížné. **Z tohoto důvodu se přikláníme k tomu, aby existovala povinnost kontaktovat pacienta.**

106. **Bez osobního kontaktu se zastupovaným člověkem si lze asi stěží představit, že advokát bude řádně jeho práva hájit.** Není pak překvapením, že méně než 1 % řízení končí rozhodnutím soudu o nepřipustnosti převzetí a pouze 2–3 % případů je podáno odvolání proti rozhodnutí prvního stupně (k tomu viz dále). Domníváme se, že současná praxe je v extrémním rozporu s požadavky na efektivní zastupování, a tedy spravedlivé řízení, jak jej vymezuje ESLP.¹⁰⁹ **Zvláště zranitelní pacienti jsou pak často zanecháni bez jakékoliv podpory, co je vystavuje svévoli a nepřiměřeným zásahům do jejich práv.**

107. Důkladné ochraně těchto pacientů pak nepřipívá ani fakt, že pro zastupování pacientů v detenčním řízení, stanovil do letošního roku advokátní tarif sníženou tarifní hodnotu.¹¹⁰ To se změnilo až nedávným nálezem Ústavního soudu, který část daného ustanovení pro rozpor se zásadou rovnosti zrušil.¹¹¹ V této souvislosti také doporučujeme provést analýzu jak finančních, tak jiných bariér, které zamezují advokátům řádně svou funkci vykonávat řádně.

108. Důležitou roli při zajištění účinného zastoupení má soud. Ten totiž odpovídá za výběr opatrovníka, jakož i za řádný výkon jeho funkce.¹¹² Ten může také opatrovníka odvolat a stanovit jiného, proto nese odpovědnost za případné porušení práv člověka, o kterém rozhoduje.¹¹³ V praxi však soudy k nečinnosti advokátů přihlížejí, nevyžadují jejich účast na jiném soudním roku, nezkontrolují, zda byl advokát s pacientem v kontaktu, zda zjistil jeho názor a zda v řízení postupuje v souladu s ním.

109. Právní poradenství a případně také zastoupení mohou mimo jiné poskytovat také specializované organizace zaměřené na ochranu práv pacientů v nedobrovolné hospitalizaci. Bezplatná právní podpora se běžně poskytuje například zajištěným cizincům z dotačního programu administrovaného Ministerstva vnitra.¹¹⁴ Doporučujeme, aby Ministerstvo zdravotnictví podporovalo zvýšení ochrany lidí v nedobrovolné hospitalizaci prostřednictvím podpory organizací lidí se zkušeností a organizací, které se zabývají jejich právy.

Doporučení:

27) Zajistit, aby poučení ohledně možnosti zvolit si zmocněnce bylo pacientovi předáno v dostatečném předstihu, aby mohl toto právo efektivně využít.

¹⁰⁸ K tomu viz dále část „Telefony a internet“

¹⁰⁹ *M.S. proti Chorvatsku*, cit. výše, § 154

¹¹⁰ § 9 odst. 5 vyhlášky Ministerstva spravedlnosti č. 177/1996 Sb., o služeb (advokátní tarif) ve znění do 17. 4. 2020.

¹¹¹ Nález pléna Ústavního soudu ve věci sp. zn. Pl. ÚS 26/19 ze dne 3. 3. 2020

¹¹² Viz např. nález Ústavního soudu ve věci sp. zn. IV.ÚS 273/05 ze dne 11. ledna 2007

¹¹³ *M.S. proti Chorvatsku*, cit. výše, § 151 a 156

¹¹⁴ Projekty bezplatného právního poradenství jsou například každoročně vyhlašovány Ministerstvem vnitra v souvislosti s ochranou práv cizinců zajištěných v zařízeních za účelem jejich správního vyhoštění. Odborné právní poradenství je poskytováno i v místech, ve kterých jsou cizinci zbaveni svobody. K tomu podrobněji viz např. <https://www.mvcr.cz/clanek/amif-vyzva-22.aspx>



- 28) Doplnit do vnitřních předpisů či standardů nemocnic povinnost informovat pacienta o možnosti zvolit si v řízení o přípustnosti převzetí či dalším držení v nemocnici zmocněnce.
- 29) Zvážit možnost vypuštění institutu zmocněnce a jeho nahrazení institutem důvěrníka.
- 30) Ve spolupráci s Českou advokátní komorou provést analýzu bariér, které zamezují advokátům účinně hájit práva pacientů v řízení o vyslovení přípustnosti jejich převzetí či dalším držení bez souhlasu a zajistit vzdělávání advokátů a advokátních koncipientů ohledně významu zastoupení člověka v řízení o vyslovení přípustnosti převzetí a dalším držení ve zdravotnickém zařízení bez souhlasu.
- 31) Upravit povinnost advokáta navštívit, případně alespoň telefonicky kontaktovat pacienta, neprodleně po ustanovení opatrovníkem.
- 32) Zajistit efektivní kontrolu soudů nad ustanovenými opatrovníky, zejména prostřednictvím vzdělávání.
- 33) Podporovat programy a projekty bezplatné právní podpory a poradenství pro pacienty v nedobrovolné hospitalizaci.

Rovnost zbraní a účinné zapojení člověka do řízení

110. V detenčním řízení bude mít zdravotnické zařízení vždy mnohem silnější postavení než pacient, který má v důsledku své hospitalizace či zdravotního stavu omezené možnosti ochrany svých práv. Je proto nezbytné, aby soudy v rozhodování vždy postupovaly s náležitou péčí a zohledňovaly zranitelnou pozici pacientů.

111. V řízení by soudy měly v zájmu zjištění objektivní pravdy nashromáždit dostatek podkladů proto, aby mohly řádně posoudit stav pacientů a vyhnout se případným nespravedlnostem.¹¹⁵ Při dokazování soud není vázán návrhem účastníků, může provést i další důkazy, které pokládá za důležité.¹¹⁶ **Skutková zjištění by soud neměl čerpat pouze z důkazů předložených zdravotnickým zařízením, které rozhodlo o nedobrovolné hospitalizaci pacienta, měl by vždy přihlížet i k návrhům pacienta či jeho zmocněnce nebo důvěrníka, případně k dalším okolnostem,**¹¹⁷ aby si vytvořil úsudek o osobě pacienta a o důvodech, které vedly ke zbavení svobody.¹¹⁸ Lidé se zkušeností, se kterými jsme mluvili, měli značné pochybnosti o důkladnosti provedeného dokazování a objektivitě rozhodnutí:

„Doktor řekne, že jsou důvody detence a soud to (v té zákonné lhůtě) zkopíruje a shledá, že důvody detence tam jsou, aniž by mě navštívil. To mě trochu rozčiluje, ten automatizmus (...) To vyslovení přípustnosti o převzetí je v podstatě automatické, až pak je člověk poučen i tom odvolání.“

„Soud pokaždé rozhodl o tom, že je to přípustné a když jsem o tom mluvila a advokátkou (...) tak ona mi říkala, že za celou tu svou asi 10letou praxi

¹¹⁵ Srov. *H. F. proti Slovensku*, č. 54797/00, rozsudek ze dne 8. listopadu 2005, který se týkal řízení o svéprávnosti, leč závěry v něm uvedené lze dle našeho názoru čerpat obdobně i pro naše účely.

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

¹¹⁷ *Constancia proti Nizozemsku*, cit. výše., *Wassink proti Nizozemsku*, č. 12535/86, rozsudek ze dne 27. září 1990, § 32–34.

¹¹⁸ *Ilseher proti Německu*, cit. výše., § 131, *Constancia proti Nizozemsku*, č. 73560/12, rozhodnutí ze dne 3. března 2015, § 26, *Plesó proti Maďarsku*, cit. výše., § 61



(...) zažila jeden případ, kdy člověk u toho soudu zvítězil s tím, že měl pět svědků (...) kteří dosvědčili, že to bylo jinak, než to podávala ta nemocnice.”

112. V případě prvotního rozhodování o umístění osoby není vždy nutné, aby bylo postaveno najisto, že osoba například již trpí duševní poruchou. V urgentních případech může postačovat, jsou-li důvodné obavy a lékařská zpráva je získána dodatečně bez zbytečného odkladu.¹¹⁹

113. Ačkoliv není detenční řízení koncipováno jako sporné, z jeho povahy vyplývá, že se zpravidla budou zájmy nemocnice a pacienta v řízení rozcházet. Proto je nezbytné, aby byly oběma v řízení poskytnuté stejné šance k účasti v řízení. U pacientů půjde zejména o naplnění jejich práva na účinné zapojení v řízení, a to bez diskriminace a v případě potřeby také za použití přiměřených úprav, jakož i o možnost uplatnění procesních záruk.¹²⁰

114. Jak podrobněji rozebíráme jinde (v části „Poučení pacienta jeho právním postavením a právech“), nezbytným předpokladem pro jejich účinnou participaci je důsledné poučení o jejich postavení a právech. Nejdůležitějším prvkem je však kontakt se soudem. **Právě prostřednictvím osobního kontaktu si může soud učinit bezprostředně obraz o zdravotním stavu člověka, vyslechnout si jeho názor a dát mu prostor k vyjádření.** Zákon stanovuje povinnost soudu člověka v detenčním řízení vyslechnout.¹²¹ Dle vyjádření lékařů i lidí se zkušeností, k výslechu hospitalizovaného člověka nedochází v případě, že lékař na dotaz soudu uvede, že není výslechu schopen:

„Často se (vyšší soudní úředník) nejdřív zeptá lékaře, jestli je pacient schopen tomu rozumět, když se řekne, že z právního pohledu tomu nerozumí, tak aby to bylo smysluplné, ten krok se přeskočí a ten pacient pak opravdu tomu nemá šanci rozumět, když se o to nikdy ani nepokusí.

„Neuvědomuji si, že by mi kdokoliv (průběh detenčního řízení) vysvětloval a nevím, že by za mnou přišel nějaký vyšší soudní úředník, neřkuli soudce, a nějakým způsobem se mnou diskutoval. Můj pocit je ten, že spíš rozhodli doktoři a se tam napsalo (..) že asi nekomunikují a podobné věci. Ale myslím, že jsem byl zalékován natolik, že bych v tu chvíli asi nebyl schopen s tím člověkem komunikovat.“

115. Tato praxe je však v rozporu s právní úpravou, která takovou výjimku neobsahuje.¹²² To potvrzuje i judikatura Nejvyššího soudu.¹²³ **Naopak, soud by měl provést výslech, resp. alespoň zhlédnout člověka vždy.**

116. **Zákon nestanovuje, kdo by měl výslech pacienta provést; dle judikatury Nejvyššího soudu by to však měl být v zásadě sám soudce, který ve věci rozhoduje.**¹²⁴ Jak však vyplývá ze zkušeností lékařů i lidí se zkušeností, v praxi soudy nadále přehlížejí význam osobního kontaktu s osobami zbavenými svobody¹²⁵ a obvykle výslech provádí vyšší soudní úředník.

¹¹⁹ *S.R. proti Nizozemsku*, č. 13837/07, rozhodnutí ze dne 18. září 2012, § 32

¹²⁰ Článek 12 a 13 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

¹²¹ § 77 odst. 2 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních

¹²² Srov. § 77 odst. 2 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních

¹²³ Nejvyšší soud ve věci sp. zn. 30 Cdo 3005/2017, rozsudek ze dne 10. ledna 2018.

¹²⁴ Nejvyšší soud ve věci sp. zn. 30 Cdo 3005/2017, rozsudek ze dne 10. ledna 2018

¹²⁵ Ten je ostatně vyzdvihován i na mezinárodní úrovni, viz např. *M. S. proti Chorvatsku*, cit. výše, § 158 a 159, kde ESLP odkazuje i na článek 13 CRDP. Je třeba mít na zřeteli, že ani osoba, která není



117. **Za problematické považujeme také absenci úpravy, kde a jak by měl probíhat soudní rok.** Lidé se zkušeností a lékaři uváděli, že rozhovory s vyššími soudními úředníky někdy probíhají na vyšetřovně, v knihovně, v návštěvní místnosti, v pokoji pacienta za dohledu kamer¹²⁶ či dokonce na chodbě; poslední možnost považujeme za obzvlášť nedůstojnou. Nikde není také upravena povinnost opatrovníků (advokátů) účastnit se jiného soudního roku. Nakonec, není stanoveno, zda by mělo v jeho průběhu docházet ke konfrontaci názorů stran, nebo by měl soudce vyslechnout lékaře a pacienty zvlášť; praxe se v tomto ohledu také liší. V jednom případě žena se zkušeností uvedla, že informace, které soudu v průběhu jednání poskytla, přímo vedly k zásahu do její integrity:

„Já jsem před soudem tvrdila, že si nepřeji být hospitalizovaná, že se to dalo řešit jinou cestou, ten můj stav (...) Já se té soudkyni přiznala, že neužívám léky, že mi sice ty léky dávají, ale je neužívám, protože si myslím, že bych je nepotřebovala. Když ta soudkyně odjela, tak lékařka, která měla službu, zavolala dva zřízence, ti mě chytli a (...) aplikovali mi injekci, že když nechci užívat léky, že budu mít injekce.“

118. V neposlední řadě musí soud respektovat lhůtu pro vydání rozhodnutí, která je, s ohledem na význam osobní svobody,¹²⁷ krátká, jakož i zajistit doručení rozhodnutí a učinit jiná vhodná opatření, aby se pacient mohl vhodnou formou s jeho obsahem seznámit, měl jej k dispozici a případně uplatnit opravné prostředky (viz dále v části „Další procesní prostředky ochrany při zbavení osobní svobody“).¹²⁸ Nikde však není stanoveno, jaké prostředky má k tomu soud použít. Podle některých lékařů, se kterými jsme mluvili, vysvětlují sami pacientům, co pro ně rozhodnutí soudu znamená.

119. Při rozhodování o dalším trvání omezení osobní svobody je již třeba klást zvýšené nároky stran podkladů, resp. dokazování. Konkrétně, aby rozhodnutí bylo přijato především na základě co nejaktuálnějších podkladů.¹²⁹ Zda jsou podklady

obecně schopná si obstarávat své záležitosti (např. v důsledku duševní poruchy), nemusí nutně pozbýt schopnost se vyjádřit ke své aktuální situaci. Srov. *X a Y proti Chorvatsku*, č. 5193/09, rozsudek ze dne 3. listopadu 2011, § 84 a 85.

¹²⁶ Je třeba upozornit, že jsou-li v zařízení používány technické prostředky sledování osob (například právě kamery), musí mít takové opatření právní podklad, sledovat legitimní cíl a být přiměřené s ohledem na individuální okolnosti. Jinými slovy musí být vymezeny podmínky přípustného používání kamer. V tomto ohledu viz např. *Gorlov a ostatní proti Rusku*, č. 27057/06 a další, rozsudek ze dne 2. července 2019, 27057/06 a další, rozsudek ze dne 2. července 2019, k nepřetržitému sledování osob ve věznicích.

¹²⁷ čl. 8 Listiny základních práva a svobod

¹²⁸ § 79 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních. Veřejný ochránce práv v této souvislosti zjistil, že soudy stíhají rozhodovat ve stanovených lhůtách. Není však zajištěno, aby se nemocnice o výsledku řízení ve lhůtě také dověděla (nemá ještě k dispozici písemné vyhotovení rozhodnutí; jen některé nemocnice se mohou opírat o to, že soud vyhláší usnesení v nemocnici). Ochránce proto s ohledem na takto vzniklou "technickou" možnost zásahu do osobní svobody člověka doporučil nemocnicím, aby si zajistily informace o tom, jak soud v daném případě rozhodl. K tomu viz Zpráva z následných návštěv psychiatrických léčeben, sp. zn.: 50/2010/NZ/MLU, dostupná z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/3264>

¹²⁹ Např. *Aurnhammer proti Německu*, č. 36356/10, § 35–37, rozhodnutí ze dne 21. října 2014. ESLP současně odlišuje situace, kdy není pochyb o stavu osoby (diagnóza je jednoznačná, dlouhodobá), který zůstává nezměněn i nadále, a případy, kdy došlo k narušení důvěry mezi osobou a personálem zařízení, léčba uvázla na mrtvém bodu, a je z tohoto důvodu nutné vypracovat aktuální a nezávislý posudek (např. *Ruiz Rivera proti Švýcarsku*, cit. výše, § 61 až 66).



(typicky posudek) dostatečně aktuální, nelze přitom zodpovědět s obecnou platností. Záleží na konkrétních okolnostech.¹³⁰

120. Z informací poskytnutých okresními soudy přesto opět vyplývá, že i v těchto věcech je poměr při určení, zda je další držení osoby přípustné, jednoznačně na straně rozhodnutí o dalším držení osoby. Konkrétně se u vybraných soudů jednalo například o poměry 203:10, 350:2.

Doporučení:

34) Zajistit pečlivé dodržování zákonného postupu soudy, zejména prostřednictvím vzdělávání či metodických materiálů.

35) Zakotvit povinnost soudce provést osobně výslech, resp. zhlédnutí pacienta v detenčním řízení.

36) Podrobněji upravit podmínky jiného soudního roku v detenčním řízení.

37) Zajistit, aby jiný soudní rok probíhal v důstojném prostředí poskytujícím dostatek soukromí.

Nezávislost a nestrannost soudů

121. Dle ESLP by soud, který rozhoduje o zákonnosti zbavení osobní svobody měl být v postavení nezávislého a nestranného arbitra. Nikdy by neměl nekriticky přebírat či bezdůvodně upřednostňovat názor a závěry personálu zařízení, ve kterém se hospitalizovaný člověk nachází.¹³¹ Měl by zohledňovat informace a podklady poskytnuté osobou, jejím zástupcem, resp. důvěrníkem,¹³² a pokud možno provádět co důkladné dokazování, aby se předešlo svévoli.¹³³

122. Již v roce 2010 kritizoval veřejný ochránce práv přílišný formalismus soudů v detenčním řízení:

Z rozhovorů s pracovníky soudů o běžné proceduře vyplynulo, že to, zda k převzetí došlo ze zákonných důvodů (...), de facto neposuzuje soud, ale lékař, někdy tentýž, který předtím o převzetí fakticky rozhodl. Soud konkrétní projevy chování vyplývající z duševní choroby, ani míru ohrožení života a zdraví sám blíže nezkontroluje (výslech svědků, nebo dokazování formou předložení zdravotní dokumentace je spíše výjimečné).¹³⁴

123. Ani přijetím nové právní úpravy v novém občanském zákoníku a zákoně o zvláštních řízeních soudních se však v praxi příliš nezměnilo. To mimo jiné dokládají statistiky poskytnuté okresními soudy. **V naprosté většině případů bylo konstatováno, že k rozhodnutí o převzetí došlo ze zákonných důvodů.** V konkrétních číslech se u vybraných soudů jedná o poměr 2348:1, 1871:1, 219:1 v prospěch zákonnosti zbavení osobní svobody. U některých soudů navíc nebylo v relevantním období dokonce vydáno žádné rozhodnutí o tom, že převzetí pacienta

¹³⁰ *Hodžić proti Chorvatsku*, cit. výše, § 64 a 77, případně *Aurnhammer proti Německu*, cit. výše, § 35.

¹³¹ *N. proti Rumunsku*, cit. výše, § 155 a 156.

¹³² *Hodžić proti Chorvatsku*, cit. výše, § 80

¹³³ viz *Husák proti České republice*, č. 19970/04, rozsudek ze dne 4. prosince 2008.

¹³⁴ Souhrnná zpráva z návštěv psychiatrických léčeben ze dne 3. 11. 2010, spis. zn. 50/2010/NZ, bod 34, dostupná online z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/3264>





bez souhlasu bylo nepřipustné. Obdobná je i situace v případě řízení o dalším držení.¹³⁵ Celkově je těchto rozhodnutí málo, protože pacienti jsou často před vydáním rozhodnutí propuštěni, nebo udělí souhlas s hospitalizací. Nicméně i tady se zamítavá rozhodnutí objevují v řádu jednotek. Konkrétně u se u vybraných soudů jedná o tyto poměry 925:1, 213:2, 90:2, 63:2.

124. Lidé se zkušeností, se kterými jsme mluvili, někdy ani nevěděli, že proběhl v nemocnici jiný soudní rok, nebyli do procesu většinou nijak zapojeni (kromě jednoho rozhovoru s vyšší soudní úřednicí), někdy se o řízení dozvěděli až potom, co jim bylo doručeno rozhodnutí o přípustnosti převzetí. I když jim to právní úprava umožňuje,¹³⁶ neprovádějí extenzivnější dokazování a většinou se spokojí pouze s rozhovorem s lékařem a pacientem. Možnosti soudu provádět dokazování jsou omezené zejména pro krátkou lhůtu pro vydání rozhodnutí. Avšak zejména v případech, kdy pacient či jeho důvěrník, zmocněnec, podpůrce nebo procesní opatrovník předkládají soudu různé důkazy prokazující absenci zákonných kritérií pro nedobrovolnou hospitalizaci, či na okolnostech přijetí není jednoznačná shoda, měl by důkazům věnovat patřičnou pozornost.

125. Na základě výše uvedených informací vyvstávají pochybnosti o nezávislosti soudního rozhodování v detenčním řízení. Naopak, naznačují silnou tendenci soudů rozhodovat v souladu se stanovisky lékařů. **Domníváme se, že detenční řízení v současné podobě neodpovídá požadavkům pro nezávislý přezkum zbavení osobní svobody¹³⁷ a dostatečně nechrání pacienty před nezákonnými zásahy do jejich práv.¹³⁸** Jedná se o čistě formální proces, kdy rozhodnutí činí ve skutečnosti lékaři a role soudu je redukována na schvalování těchto rozhodnutí.

126. Je nezbytné, a to i v souvislosti s probíhající reformou péče o duševní zdraví, zcela reformovat proces posuzování přípustnosti převzetí pacientů do zdravotnického zařízení bez souhlasu tak, aby odpovídal požadavkům ESLP a aktuální mezinárodní úpravě a aby opravdu chránil pacienty před neoprávněnými a nepřiměřenými zásahy do jejich práv. Bylo by také vhodné zavést do rozhodování princip multidisciplinarity a omezit převahu medicínského přístupu k péči o duševní zdraví.

Doporučení:

38) Reformovat proces posuzování přípustnosti převzetí pacientů do zdravotnického zařízení bez souhlasu tak, aby odpovídal požadavkům Evropského soudu pro lidská práva a aktuální mezinárodní úpravě a aby skutečně chránil pacienty před neoprávněnými a nepřiměřenými zásahy do jejich práv.

¹³⁵ Dle § 80 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních.

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

¹³⁷ Článek 5 odst. 4 Evropské úmluvy i ochraně lidských práv a základních svobod

¹³⁸ Např. *Sýkora proti České republice*, cit. výše, § 62 k tomu, že nepostačuje, že je zbavení svobody v souladu s vnitro-státním právem; musí také být vzhledem k okolnostem nezbytné.



H. DALŠÍ PROCESNÍ PROSTŘEDKY OCHRANY PŘI ZBAVENÍ OSOBNÍ SVOBODY

Odvolání proti rozhodnutí okresních soudů

127. Význam opravných prostředků spočívá v nápravě možných chyb či nedostatků (právních či skutkových), případně i ve sjednocování rozhodování v určitých dříve neřešených otázkách.

128. Jak vyplývá z informací poskytnutými soudy, odvolání proto rozhodnutím o vyslovení přípustnosti převzetí nebo dalšího držení ve zdravotnickém zařízení bez souhlasu jsou využívány velice zřídka. **Ve věcech přípustnosti převzetí se až na výjimky pohybuje počet odvolání podaných proti rozhodnutí u jednotlivých soudů v jednotkách procent (nejčastěji mezi 2–3 %).** Pro představu se u vybraných okresních soudů jedná o 17 odvolání u 1054 rozhodnutí, 63 odvolání u 1964 rozhodnutí, 35 odvolání u 1215 rozhodnutí. Je však i soud, který vydal za relevantní období 65 rozhodnutí a podáno bylo pouze 1 odvolání (odvolání bylo podáno zákonným zástupcem nezletilé umístěné osoby). U přípustnosti dalšího držení je situace totožná. Jedná se například o 10 odvolání u 427 rozhodnutí o dalším držení, 1 odvolání u 175 rozhodnutí, 5 odvolání u 213 rozhodnutí, 2 odvolání u 29 rozhodnutí.¹³⁹

129. Vliv na podání odvolání mohou mít nedostatky u výše popsaných procesních záruk, zejména u účinného právního zastoupení u poučování pacienta. K poučování pacientů o možnosti podat odvolání se lékaři stavěli spíše odmítavě:

„Teď vyšel nějaký pokyn o tom, abychom (lékaři) podporovali víc pacienty, aby se odvolávali proti nedobrovolné hospitalizaci; no proč bych to sám dělal? Abych se mohl zúčastnit dalších řízení, to bych byl sám proti sobě.“

„Pokud se pacient odvolává, to je taková svízeľ, já se na to dívám z našeho pohledu, že se k tomu pak musíme vyjadřovat, a to je pak práce navíc a je hodně té práce.“

130. Někteří lidé se zkušeností uváděli, že pokud jsou propuštěni z nemocnice, ztrácejí motivaci se proti samotnému převzetí bránit, případně že musí zajišťovat své další životní potřeby a už jim nezůstane prostor pro řešení opravných prostředků. Navíc samotné rozhodnutí soudu prvního stupně může na některé působit značně negativně, jak popsala například manželka jednoho člověka se zkušeností:

„Soudkyně byla velmi důkladná (..) všichni, včetně opatrovníka (...) měli za to, že ta soudkyně rozhodne, že ta hospitalizace oprávněna nebyla (...) když pak vyřkla ten verdikt, tak musím říct, že to byla pro mě jeden (..) z nejhorších momentů života (...) I když tam soudkyně dávala zdůvodnění, že to z lidského hlediska chápe, ale ten doktor měl na to právo na základě nějakých svých domněnek vyhodnotit tu situaci takhle (...) Samozřejmě jsme si řekli, že se odvoláme.“

131. Informace od krajských soudů současně ukazují, že uplatnění opravných prostředků nemusí být bez šance na úspěch. Zde se však výsledky u jednotlivých soudů liší. Pro představu **jeden z krajských soudů rozhodoval v 15 odvolacích řízeních, z toho v 7 případech bylo odvolání úspěšné (nelze určit, zda se jednalo**

¹³⁹ Výjimkou jsou informace poskytnuté Okresním soudem v Havlíčkově Brodě, dle kterých v 352 věcech bylo vydáno rozhodnutí o dalším držení, přičemž v 85 věcech bylo podáno odvolání, což představuje cca 24 %.



o převzetí či další držení) a 1 odvolací řízení bylo zastaveno pro zpětvzetí odvolání. U jiného krajského soudu bylo podáno 56 odvolání, z toho ve 4 případech bylo odvolání úspěšné (tři odvolání byla úspěšná ve věcech přípustnosti převzetí, jedno v řízení o dalším držení).

Návrh na propuštění

132. Dalším prostředkem ochrany, který umožňuje zpochybnit trvání opatření zbavující osobu svobody, je podání návrhu na propuštění. Toto právo přitom nenáleží pouze umístěnému člověku, ale i jeho zástupci, opatrovníkovi či osobě blízké.¹⁴⁰ Toto je důležité zejména u osob, které z důvodu zdravotního stavu či postižení nejsou schopni sami takový návrh podat.

133. Přestože by se mohlo zdát, že podávání návrhu (třeba právě ze strany osob blízkých typicky s ohledem na citové vazby k pacientům) bude pravidelně využívaným nástrojem k důsledné ochraně svobody člověka, není tomu tak. Většina dotázaných okresních soudů nám uvedla, že u nich nebyl v relevantním období podán žádný návrh na propuštění osoby, případně že se tak stalo ve zcela v minimální počtu.¹⁴¹ To může naznačovat nefunkčnost daného institutu, případně opět nedostatečnou informovanost dotčených osob či jiný problém.

Doporučení:

39) Zajistit, aby pacienti a lidé jednající v jejich zájmu měli k dispozici informace o možnostech uplatnit opravné prostředky proti rozhodnutí okresních soudů a o možnosti uplatnit návrh na propuštění.

I. INFORMOVANÝ SOUHLAS A PODMÍNKY LÉČBY BEZ SOUHLASU

134. Jakákoliv intervence v oblasti péče o zdraví je možná pouze za podmínky, že k němu osoba dala svobodný a informovaný souhlas. Dle judikatury Evropského soudu pro lidská práva může být výjimkou z tohoto obecného pravidla léčba vážné duševní poruchy, a to **za podmínky, že jde o postup stanoven zákonem a existují dostupné právní záruky ochrany před svévolí.**¹⁴² Zásada zákonnosti od států vyžaduje nejenom to, aby předvídatelným a konzistentním způsobem dodržovaly a uplatňovaly své zákony, ale i to, aby zajistily právní a praktické podmínky jejich naplňování.¹⁴³ Na druhou stranu, Výbor pro práva osob se zdravotním postižením žádnou výjimku nepřipouští a považuje jakýkoliv zdravotní úkon odůvodněný duševní poruchou či postižením bez souhlasu pacienta za diskriminaci.¹⁴⁴

¹⁴⁰ § 82 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních

¹⁴¹ Okresní soud v Havlíčkově Brodě uvedl 4 případy podání návrhu na propuštění, přičemž návrhu nebylo ani v jednom případě vyhověno (předčasné podání). Městský soud v Brně sdělil, že byl podán pouze jeden neúspěšný návrh (návrh podala "jiná osoba").

¹⁴² *X. proti Finsku*, cit. výše, § 212 až 217

¹⁴³ *Petrova proti Lotyšsku*, č. 4605/05, rozsudek ze dne 24. června 2014, § 95

¹⁴⁴ Výbor pro práva osob se zdravotním postižením, Obecný komentář č. 1 (2014). CPRD/C/GC/1, bod 42.



135. Je-li přijato opatření zbavující osobu svobody, nelze pustit ze zřetele, že musí být nadále respektována integrita osoby. Uvedené platí tím spíše, že nedobrovolná psychiatrická hospitalizace zpravidla zahrnuje i lékařskou intervenci proti vůli člověka (typicky podávání léků).¹⁴⁵ **Zbavení svobody však bez dalšího nelze považovat za souhlas se zásahem do integrity nedobrovolně hospitalizované osoby, ani se automaticky “nepozastavuje” její právo odmítnout nějaký zákrok či výkon.**¹⁴⁶ Rovněž nelze usuzovat na svobodný souhlas nedobrovolně hospitalizované osoby, pokud jednala pod tlakem okolností, například bylo-li jí sděleno, že pokud nebude přijímat léky, nebude dříve propuštěna.

136. Navíc, s ohledem na povahu psychiatrické léčby, nelze vyloučit, že za určitých okolností by v případě jejího poskytování bez souhlasu u nedobrovolně hospitalizované osoby mohlo dosáhnout až ponižujícího či nelidského zacházení. Skutečnost, že neexistoval úmysl osobu ponížít či zneuctit nemůže bez dalšího vyloučit konstatování porušení článku 3 EÚLP.¹⁴⁷

137. Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je rovněž nutno provádět i v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.¹⁴⁸ A pokud jde o léčbu člověka s duševním onemocněním, musí tato sledovat nejen ochranou funkci, ale mít i terapeutický účel zaměřený konkrétně a pokud možno na léčení či zmírnění duševního stavu, včetně případného snížení nebo kontroly nebezpečnosti pacienta. Každý takový pacient má právo na vhodné léčebné prostředí doprovázené skutečnými terapeutickými opatřeními za účelem přípravy na případné propuštění. Úroveň poskytované péče musí jít nad rámec přístupu k odborníkům, konzultacím a léků. Jinými slovy měl by být zaveden vhodný a individualizovaný program s přihlédnutím ke konkrétnímu stavu osoby.¹⁴⁹

Léčba pacientů bez souhlasu

138. Dle české právní úpravy lze pacientům schopným úsudku poskytnout bez souhlasu pouze neodkladnou péči k léčbě vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta (tzv. vitální indikace).¹⁵⁰ **Pacientovi, který tomu aktivně odporuje, tedy lze poskytovat léčbu pouze k ochraně jeho zdraví, nikoliv z důvodu ochrany jiných osob.** U svéprávných a dospělých pacientů, kteří nejsou schopni vyslovit souhlas s léčbou, lze poskytnout také pouze neodkladnou péči; v případě, že jde o zásah do integrity způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro jeho život nebo zdraví, lze jej provést navíc pouze s přivolením soudu,¹⁵¹ které lze získat ve zvláštním řízení.¹⁵² **Je nutné uvést, že výše zmíněné podmínky platí stejně u pacientů v nedobrovolné hospitalizaci.** Pokud se nejedná o výše zmíněné případy, je nezbytné respektovat obecná ustanovení týkající se informovaného souhlasu.

¹⁴⁵ *Plesó proti Maďarsku*, cit. výše, § 65

¹⁴⁶ § 110 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, srov. *X proti Finsku*, cit. výše, § 220–221

¹⁴⁷ *L.R. proti Severní Makedonii*, č. 38067/15, rozsudek ze dne 23. ledna 2020, § 81.

¹⁴⁸ Čl. 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicině

¹⁴⁹ *Rooman proti Belgii*, cit. výše, § 208 až 210.

¹⁵⁰ § 38 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

¹⁵¹ § 101 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku

¹⁵² § 65 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních



139. V České republice neexistuje standardní výklad naplnění podmínky vitální indikace a jak oslovení lékaři, tak vnitřní dokumenty nemocnic nám neposkytli uspokojivou odpověď na to, jak by mělo její posuzování vypadat. **V praxi se nedobrovolná hospitalizace a léčba běžně slučuje, a dle výpovědi lidí se zkušeností jsou pacienti v nedobrovolné hospitalizaci rutinně vystaveni nucené léčbě.** Všichni shodně také uváděli, že jim nejsou poskytovány ani základní informace ohledně poskytované léčby, její alternativách, či o případných vedlejších účincích léků.

„Když jsem byl na tom uzavřeném oddělení, tak tam se mnou nikdo (o léčích) nediskutoval. Když jsem pak byl na tom otevřeném oddělení, tam se to probíralo při vizitách.“

„Co se týká vedlejších účinků, tak si nemyslím, že by to někdo zmínil, spíš jsem byl pak překvapený, že jsem seděl na oddělení a klepala se mi noha, tekly sliny a podobně.“

„Jak je v těch právech pacienta, že má právo být seznámen s těmi různými alternativami, tak ani jednou se mi nestalo, že by se mnou mluvil někdo o nějaké alternativní léčbě, že by mi dal na výběr.“

„Já jsem nevěděl, co беру. U té první hospitalizace jsem se dozvěděl, co беру nebo co jsem bral až z výstupní zprávy, nikdo mi nic neřekl.“

140. V současné době neexistuje žádná efektivní ochrana pacientů v nedobrovolné hospitalizaci před neodůvodněnými zásahy do integrity. Rozhodnutí soudu v detenčním řízení se týká pouze okolnosti převzetí (zásah do osobní svobody) nikoliv léčby (zásah do integrity). Možnost využití jiných typů řízení (například žaloby na ochranu osobnosti) není pro pacienty dostupná a nepředstavovala by účinnou ochranu. **Domníváme se, že současná právní úprava léčby bez souhlasu neodpovídá výše zmíněným mezinárodním závazkům, neobsahuje dostupné záruky a vystavuje pacienty riziku svévole.** Je nezbytné, aby stát neprodleně zavedl efektivní mechanismus přezkumu nucené léčby.

Doporučení:

40) Vytvoření mechanismu přezkumu naplnění podmínek pro léčbu pacientů v nedobrovolné hospitalizaci bez souhlasu

41) Vytvoření doporučeného postupu pro nemocnice k naplňování povinnosti poskytovat pacientům v nedobrovolné hospitalizaci informace ohledně jejich léčby.

Dříve vyslovené přání

141. Součástí respektu k pacientovi, jeho právům, pocitům a názoru, jakož i jeho osobnosti představuje zohlednění jeho předem vysloveného přání.¹⁵³ Pacient tak může dopředu vyslovit souhlas nebo nesouhlas s lékařským zákrokem pro případ, že se

¹⁵³ Čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy R (99/4) k zásadám právní ochrany dospělých nezpůsobilých osob ze dne 23. února 1999, zásady 1 až 7.



v budoucnu bude nacházet ve stavu, ve kterém pozbyde schopnost o sobě rozhodovat. Právní úprava s tímto výslovně počítá (obsahuje rovněž i výjimky).¹⁵⁴

142. Dříve vyslovené přání pacienta vyžaduje písemnou formu, přičemž ale není jasně stanoveno, kde se bude listina uchovávat, aby byla následně zajištěna včasná informovanost zdravotníků. Ministerstvo zdravotnictví nicméně připravuje návrh zákona o elektronickém zdravotnictví, ve kterém počítá s tím, že informace o existenci a obsahu dříve vysloveného přání bude součástí jednoho z registrů, který bude přístupný poskytovatelům zdravotních služeb.¹⁵⁵ Současně pokud se na dříve vyslovené přání budeme dívat jako na zvláštní typ předběžného prohlášení (jednostranné jednání) pak by případně soud měl přihlédnout i k neplatnému prohlášení (z důvodu nedodržení formy), není-li příčiny pochybovat o vůli prokládajícího.¹⁵⁶

143. Pacient však může přání vyslovit též při přijetí do péče poskytovatelem, případně v průběhu hospitalizace. Požádá-li pacient o sepsání dříve vysloveného přání, jedná se o realizaci jeho práva, mělo by mu proto být vyhověno. V této situaci by se přání mělo zaznamenat do zdravotnické dokumentace k pacientovi, být opatřeno podpisem pacienta, zdravotnického pracovníka a svědka.

144. Uplatnění dříve vysloveného přání u psychiatrických pacientů by mohlo napomocť zvýšení jejich autonomie v rozhodování o léčbě, jakož i ochraně před neoprávněnými zásahy do jejich integrity, jak potvrdila také jedna z žen se zkušeností, se kterou jsme mluvili:

„To je můj sen, abych si určila, jakou léčbu chci a jakou nechci. Já jsem v (nemocnici) bojovala o to, aby mě nechali projít tou fází té ataky, bez toho, že by mě hned potlačovali léky. V podstatě to dopadalo tak, že mě vždy sklátili a dali mě injekci.“

145. Domníváme se, že v současné podobě není tento institut pro lidi s duševním onemocněním využitelný, a to zejména z důvodu výše zmíněných nedostatků v oblasti úpravy léčby pacientů bez souhlasu. Pokud neexistuje žádný mechanismus přezkumu naplnění podmínek pro nedobrovolnou léčbu, zřejmě by v těchto případech nebyla respektována ani dříve vyslovená přání těchto pacientů.

Doporučení:

42) Zajistit, aby informace o existenci a obsahu dříve vysloveného přání byla součástí registru dostupnému poskytovatelům zdravotních služeb.

43) Upravit institut dříve vysloveného přání v tom smyslu, aby jej mohli využít také lidé v psychiatrické péči, včetně postupu v situacích, kdy jej poskytovatel nemusí respektovat.

¹⁵⁴ § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

¹⁵⁵ Informace zjištěna z odpovědi Ministerstva zdravotnictví ze dne 10. února 2020 k žádosti o poskytnutí informací. Odpověď dostupná z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/25/2020-zpristupneni-drive-vysloveneho-prani-pacienta_18504_4109_1.html

¹⁵⁶ § 44 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku



J. POUŽÍVÁNÍ TELEFONU A INTERNETU

146. Je zřejmé, že opatření spojená s pobytem pacienta v zařízení zasahují do celé řady aspektů jeho každodenního života. Omezení, ke kterým dochází na základě takových opatření, by však vždy měla vycházet z individuálních okolností (nikoli uplatňována plošně), neměla by být svévolná, nahodilá ani nepřiměřená, případně jít na rámec toho, co je nezbytné pro zajištění bezpečnosti, respektování práv dalších osob.¹⁵⁷ V úvahu by měl být vzat i jejich kumulativních efekt, trvání a konkrétní důsledky pro jednotlivé pacienty.

147. Jedním z nejčastěji uplatňovaných omezení u pacientů v uzavřených odděleních psychiatrických nemocnic je zamezení užívání mobilního telefonu. Přitom možnost **kdykoliv kontaktovat své blízké, svého důvěrníka či advokáta je nezbytnou součástí účinného zapojení pacienta do detenčního řízení a uplatnění veškerých ostatních právních záruk.**

148. Plošné odebrání telefonů pacientům na odděleních kritizoval veřejný ochránce práv již ve své první souhrnné zprávě z návštěv psychiatrických nemocnic v roce 2008. Uvedl, že takové opatření je nepřiměřeným zásahem do práva pacientů na soukromý život, a to i v případě, že jej nemocnice odůvodňuje snahou předejít ztrátě či poškození telefonů.¹⁵⁸ **Avšak i dnes, tedy po více než deseti letech, se můžeme setkat s tím, že nemocnice používání telefonů na určitých odděleních zcela zakazují,¹⁵⁹ nebo jej různě omezují, například tím, že pacienti smí telefonovat pouze v určených časech¹⁶⁰ nebo jen pod dohledem personálu.¹⁶¹** V uvedených zprávách se veřejný ochránce práv podrobně zabýval nedostatečnou možností používání mobilního telefonu především za účelem vyřizování běžných záležitostí a udržení sociální vazeb. Popsal zde rovněž případná omezení a jak postupovat s ohledem na sociální situaci pacientů:

149. Lidé se zkušeností, se kterými jsme mluvili, vesměs uváděli, že podobná plošná omezení vnímali velice úkorně.

„Takovými věcmi se dá ty pacienty pacifikovat. Vezmete jim cigarety, vezmete jim telefon a když tak je zavřete na izolaci.“

„Člověk musí škemrat u ošetřovatele, že chce nabít telefon a ten mu může a nemusí vyhovět. Nejsou tam zásuvky.“

„Když jsem chtěla telefonovat, tak jsem se musela vyprosit a dali mi (telefon) a 10 minut a musela jsem telefonovat v té místnosti, v té sesterně, kde byli všichni zaměstnanci.“

150. Navíc, s ohledem na rostoucí význam chytrých telefonů a jiných elektronických prostředků při řešení různých životních situací (internetové

¹⁵⁷ *D.D. proti Litvě*, č. 13469/06, rozsudek ze dne 14. února 2012, § 187 až 189.

¹⁵⁸ Souhrnná zpráva veřejného ochránce práv z psychiatrických léčeben ze dne 18. 9. 2008, spis. zn. 43/2007/NZ, odst. 127 a 128, dostupná z: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/3570>

¹⁵⁹ Zpráva veřejného ochránce práv z návštěvy Psychiatrické nemocnice Kosmonosy ze dne 19. 9. 2017, spis. zn. 20/2017/NZ, str. 9, dostupná

z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/20_2017_Zprava_z_NZ.pdf

¹⁶⁰ Zpráva veřejného ochránce práv z návštěvy Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovice ze dne 30. 5. 2017, spis. zn. 6/2017/NZ, str. 27–28, dostupná

z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/6_2017_Zprava_z_navstevy_zarizeni.pdf

¹⁶¹ Zpráva veřejného ochránce práv z návštěvy Psychiatrické nemocnice ze dne 27. 7. 2018, spis. zn. 14/2018/NZ, str. 18, dostupná

z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/PNB_14_18_NZ_zprava.pdf



bankovníctví, komunikace s úřady, studium apod.), může mít dnes omezení jejich používání mnohem významnější dopad na život pacientů.¹⁶² To potvrdili i lidé se zkušeností, se kterými jsme mluvili:

„Když už personál uznal, že už jsem v takovém stavu, že už (je možné mít telefon), tak jsme je mohli mít na hodinu, mezi sedmou a osmou. Což třeba pro člověka, který tam je strašně zavřený dlouho, tak si ani nevyřídí na úřadě nic.“

„V (první nemocnici) nesměl být telefon první měsíc po hospitalizaci, v (druhé nemocnici) mi taky zabavili telefon. Já jsem měla problém, že (...) jsem měla nasmlouvaný kurz, kde jsem měla přednášet a potřebovala jsem tomu zaměstnavateli (...) dát vědět, že se ho nezúčastním. A bylo strašně těžké vyjednat s tím personálem, aby mě pustili aspoň k e-mailu (...).

151. Kromě obavy z jejich krádeže nebo ztráty, zdůvodňují lékaři odebrání telefonů často tím, že pacienti volají na tísňové linky či policii a ti následně tlačí na nemocnice, aby pacienty v tomto směru omezovaly. Dle našeho názoru **není omezení přístupu k telefonu či k internetu pouze z důvodu zamezení volání na linky či využívání služeb, které slouží běžné veřejnosti, přípustné**. Každý zásah do práv pacienta musí být přiměřený a patřičně odůvodněný konkrétní hrozcí ujmou na straně jednotlivého pacienta.¹⁶³ Jakmile okolnosti odůvodňující nezbytnost tohoto opatření pominou nebo se změní, je nutné jej ukončit, případně ho zmírnit na úroveň, která je nezbytně nutná.¹⁶⁴ **V žádném případě pak omezení přístupu k telefonu nebo internetu nemůže být využíváno jako forma trestu.**

152. Lze zaznamenat v tomto směru i určitý pokrok, neboť čím dál více nemocnic upouští od plošných režimových opatření, jak také potvrdila jedna z lékařek:

“Ještě nedávno u nás v té první filtrové části nesměli mít telefony. Protože tam nemají ani skříňku, kam si je mohli zamknout, tak jsme se báli, aby se jim neztráceli. Ale pak u nás byl (lékař), který měl výbornou přednášku a na základě ní jsme to změnili a (...) ptáme se pacienta, jestli chce mít u sebe telefon, jestli je schopen si ho ohlídat a kdyby se mu ztratil, jestli je to ochoten riskovat, že nemůžeme nést zodpovědnost za ten telefon a když řekne, že ho chce mít a nám se zdá, že to zvládne, tak mu ho necháme. A odebíráme ho jenom v případě, že ho nějak zneužívají. Například okamžitě odebíráme telefon, když začne volat na nějaké krizové linky, třeba na policii.”

153. V individuálních případech, kdy je to vzhledem ke zdravotnímu stavu odůvodnitelné nebo pokud o to pacient sám požádá, může být uložen telefon u personálu. V případě však, že je telefon odebrán pacientovi proti jeho vůli, vždy by se mělo jednat o opatření dočasné, v případě, že důvody pro toto opatření odpadly, měl by poskytovatel neprodleně telefon navrátit.

¹⁶² Srov. rovněž Analýza režimových opatření, M. Lukasová, T. Petr, P. Řičan, 2020, str. 12. Analýza dostupná z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2020/06/Analýza-režimových-opatření-2020.pdf>

¹⁶³ *D.D. proti Litvě*, cit. výše, § 181, 187 až 190.

¹⁶⁴ *Hiller proti Rakousku*, č. 1967/14, rozsudek ze dne 22. listopadu 2016, § 54, ve které se osoba nevrátila z vycházky a spáchala sebevraždu. Opatření omezující svobodu osoby bylo totiž zmírněno, jakmile u ní léky začaly zabírat a osoba se podvolila pravidlům nemocnice. Dle ESLP v dané chvíli výhody hospitalizace na otevřeném oddělení jasně převážily nevýhody hospitalizace na uzavřeném oddělení. ESLP zde poukazuje na důležitost reintegrace. Jeho závěry lze proto dle našeho názoru přiměřeně přenést i na jiná omezující mající vliv na možnost integrace jedince do společnosti.



154. I nedobrovolně hospitalizované osoby mají právo na respektování soukromého a rodinného života, byť zbavení svobody může toto právo fakticky omezovat. **Je však třeba klást důraz na to, aby osobám byla za účelem jejich začlenění do společnosti dána nejvyšší možná úroveň svobody**, aby jejich soukromý a rodinný život nebyly omezovány nad nezbytnou míru. Svobodu je pacientům třeba poskytnout i s ohledem na zachování jejich důstojnosti, práva na sebeurčení, práva přijímat informace.

Doporučení:

- 44) **Zajistit všem pacientům, aby měli zpravidla od počátku hospitalizace přístup a mohli používat svůj mobilní telefon, případné výjimky uplatňovat individuálně po vyhodnocení rizika či uvážení jiných důvodů, po přechodnou dobu.**
- 45) **Zajistit u nemajetných pacientů možnost využívat existenční hovory.**
- 46) **Zajistit pacientům bez mobilních telefonů možnost telefonovat na vlastní náklady.**
- 47) **Možnost telefonovat by měla zahrnovat i dobu úředních hodin úřadů.**

K. STÍŽNOSTI

155. Existence vhodného stížnostního mechanismu umožňuje člověku vyjádřit se ke podmínkám poskytování zdravotních služeb. Může rovněž sloužit jako pojistka proti špatnému zacházení. Právní úprava upravuje základní rámec tohoto mechanismu, přičemž jeho konkrétní nastavení ponechává na poskytovateli.¹⁶⁵ **Stížnostní mechanismus by měl být však vždy dostupný, přístupný, důvěrný i bezpečný a konečně i účinný.** To, že má zařízení zpracován postup pro vyřizování stížností ve vnitřních dokumentech, samo o sobě nemusí znamenat, že se informace o existenci možnosti podat stížnost pacientům dostanou nebo že mechanismus funguje optimálně.¹⁶⁶

156. O existenci a fungování stížnostního mechanismu by měl být pacient (případně další osoby) poučen, a to jazykem či ve způsobu komunikace, kterému rozumí; informace by měly být také dostupné v prostorách, kam má pacient a jeho blízké osoby přístup.¹⁶⁷ **Je nutné dodat, že pouhý odkaz na vnitřní řád nebo příslušné směrnice sám o sobě nelze považovat za dostatečné poučení.** Lidé se zkušeností, se kterými jsme mluvili, shodně uváděli, že se jim nedostalo dostatečného poučení, a proto jej často ani nemohli využít:

„Nikdo mě (o možnosti podat stížnost) nepoučil, nicméně byla tam schránka ohledně kvality péče (...) a já jsem tam napsala asi tři stížnosti (...) Stěžovala jsem si taky na to, že nemáme k dispozici toaletní papír, oni tu

¹⁶⁵ viz § 93 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

¹⁶⁶ Viz například Zpráva veřejného ochránce práv, sp. zn. 6/2017/NZ/MKL-9633/2017, dostupná z https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/6_2017_Zprava_z_navstevy_zarizeni.pdf

¹⁶⁷ Srov. rovněž Zpráva veřejného ochránce práv, sp. zn. 2/2017/NZ/NM, dostupná z:

https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/2_2017_NZ_zprava_z_navstevy_zarizeni.pdf





sesternu v noci zavřeli a toaletní papír tam byl zamčený (...), ale to nikdo neřešil (...) Ale možná to bylo tím, že ty schránky se vybírají jednou měsíčně.“

„Když trpíte nějakými opakovanými atakami (...), tak se bojíte si stěžovat na poskytovatele zdravotních služeb, u kterého jste pravidelně hospitalizovaná (...) Taky ten postup není nikde tak jednoznačně řečené, co tam máte napsat, co by mělo být obsahem stížnosti (...) Pro člověka v té atace, vy máte úplně jiné starosti, potřebujete se zase nějak začlenit zpátky, najít si práci, poplatit dluhy a takové věci. (...) Vlastně ta stížnost může přijít až po x měsících nebo letech. “

„Že by mi někdo vysvětlil postup (při podání stížnosti) anebo mi s tím pomohl, tak to neexistuje.“

157. Je nezbytné, aby bylo pacientům při podání stížnosti zaručeno soukromí, například možnost využít schránku důvěry dostupnou v prostorách oddělení, což je přijatelnější řešení než například podávat stížnosti do rukou pracovníků oddělení. **Schránku by také neměla vybírat osoba, která je spojena s oddělením, kde se nachází pacient.**¹⁶⁸

158. Při nastavování stížnostního mechanismu u nedobrovolně hospitalizovaných pacientů je třeba brát ohled na jejich zranitelnost a v některých případech také neschopnost uceleně či podrobně si stěžovat na případné nedostatky. Mechanismus by neměl být příliš formalistický.¹⁶⁹ Nadto osoby s duševními potížemi se nesporně mohou cítit více v postavení podřízenosti a bezmocnosti,¹⁷⁰ což jim může bránit stížností mechanismus využít. Jak potvrdili lidé se zkušeností, se kterými jsme mluvili, vhodným prostředkem k překonání bariér může být dostupná podpora od jiné osoby:

„Bylo by fajn, kdyby to bylo nějak asistované, by byl člověk, který by vám pomohl s tím sepsáním, i zformulovat to.“

„Já jsem byl ve stavu, že se mi nechtělo nic řešit sám, tak jsem byl rád, že tam byli ty lidi, V prvním případě ta advokátka, která byla vstřícná (...) a v druhém případě se advokátka se mnou nebavila, ale to jsme zasílali ty další dokumenty na soud s důvěrníkem.“

„To pacient si chce třeba stěžovat a s důvěrou mi dá ten dopis, a dá mi ho, abych s tím něco udělala. A já ho třeba odfaxuju soudu a napíšu k tomu třeba o jakého pacienta se jedná, aby to bylo čitelné. A pak se k tomu musíme vyjádřit (...) My to řešíme přes ten soud.“ (L)

159. Vnitřní předpisy jednotlivých zařízení, které jsme měli k dispozici, zpravidla obsahovaly pravidla pro přijímání a vyřizování stížností. Rozsah této úpravy i způsob řešení stížností se však lišil, ne všechny také naplňovaly výše uvedené standardy.

160. O efektivnosti stížnostních mechanismů můžou vypovídat počty podaných, resp. vyřízených stížností. K dispozici jsme měli pouze data od krajských úřadů, které rozhodují v případě, že nedošlo k uspokojivému vyřízení stížnosti ředitelem

¹⁶⁸ Zpráva veřejného ochránce práv, sp. zn.: 20/2017/NZ/NM, dostupná

z: (https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/20_2017_Zprava_z_NZ.pdf) nebo Zpráva Veřejného ochránce práv, sp. zn. 2/2017/NZ/NM, dostupná

z: (https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/2_2017_NZ_zprava_z_navstevy_zarizeni.pdf)

¹⁶⁹ *Aerts proti Belgii*, č. 25357/94, rozsudek ze dne 30. července 1999, § 66. Případ se týkal špatného zacházení, resp. podmínek panujících v zařízení na poli článku 3 EÚLP.

¹⁷⁰ *B. proti Rumunsku*, cit. výše, § 86; *Storck proti Německu*, cit. výše, § 102; *Dvořáček proti České republice*, č. 12927/13, rozsudek ze dne 6. listopadu 2014, § 88.



nemocnice. Za relevantní období byly počty vyřízených stížností pacientů v řádu jednotek.¹⁷¹ Totožný závěr platí i stran stížností podaných jinými osobami, např. osobami blízkými, zmocněnci či opatrovníky.¹⁷² Opakovaně bylo přitom krajskými úřady uvedeno, že nebyl dodržen postup pro podávání stížností, když stížnosti nebyly nejprve podány u příslušného poskytovatele, ale doručeny přímo krajským úřadům.

161. Co se týká předmětu stížností, nejčastěji šlo o chování personálu zařízení, úroveň zdravotní péče, oprávněnost hospitalizace, způsob léčby, porušení mlčenlivosti a vedení zdravotnické dokumentace.¹⁷³ **Je nutno uvést, že ve většině případů pak byly stížnosti dle krajských úřadů shledány jako neoprávněné** (např. z důvodu, že se nepodařilo prokázat pochybení).¹⁷⁴ V jednom případě osoba nevyslovila souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace a stížnost proto nebyla prošetřena.

162. **S ohledem na nízký počet stížností, jakož i minimální šanci na úspěch se domníváme, že současný stížnostní mechanismus nelze považovat za účinný prostředek nápravy.** Relevantní orgány by se měly věnovat zevrubnému zkoumání bariér, které brání pacientům jej využít a případně přehodnotit jeho nastavení.

163. Kromě existence stížnostního mechanismu by však měl existovat i veřejný zájem na průběžné a pravidelné kontrole, zda zbavení svobody probíhá za podmínek slučitelných s respektováním lidské důstojnosti, způsob výkonu opatření nevystavoval osobu nepohodě nebo utrpení v intenzitě přesahující nevyhnutelnou míru utrpení, která je s každým zbavením svobody spjata, a že s ohledem na praktické požadavky hospitalizace jsou zdraví a pohoda adekvátně zajištěny. Mezi povinnosti státu stran ochrany práv osob zbavených svobody totiž patří i zajištění dozoru a kontroly v zařízeních, ve kterých se nacházejí nedobrovolně hospitalizované osoby. Je proto na státu, aby disponoval účinnými mechanismy k zabránění špatného zacházení, resp. jeho pokračování či opakování, vedení vyšetřování a případně jeho postihu.¹⁷⁵

164. V tomto ohledu z informací poskytnutých krajskými úřady a Magistrátem hl. m. Prahy vyplývá, že počet kontrol v lůžkových zařízeních zaměřených na zacházení s osobami či používání omezovacích prostředků byl v relevantním období nulový, resp. minimální. Deset krajských úřadů neprovedlo žádnou kontrolu, dva krajské úřady vykonaly po jedné kontrole (v obou případech se tak stalo na podkladě obdržené stížnosti), a dva krajské úřady uvedly po dvou kontrolách (vždy jednu na základě plánu, jednu po předchozí stížnosti, resp. podnětu).

Doporučení:

48) Zajistit, aby pacienti, jakož i lidé jednající v jejich prospěch, měli k dispozici informace ve srozumitelné podobě ohledně dostupnosti

¹⁷¹ Pouze Magistrát hl. m. Prahy sdělil, že za relevantní období obdržel 10 stížností.

¹⁷² Magistrát hl. M. Prahy v této souvislosti uvedl 6 podaných stížností.

¹⁷³ Dále byla uvedeny stížnosti proti předpisu léčiv, které měly způsobovat další zdravotní obtíže, nedostatek jídla, nemožnost jít na toaletu, vyražení zubu od spolupacientky, "postupnost drog", odebrání řidičského průkazu.

¹⁷⁴ V jednom případě bylo "doporučeno" zlepšit komunikaci mezi personálem a osobami blízkými pacientům, v jednom případě byla stížnost shledána jako oprávněná ve věci změny psychiatrické diagnózy.

⁹⁹ Viz např. *Storck proti Německu*, cit. výše, § 102 až 107 s ohledem na zranitelnost osob a závažnost případných zásahů do práv osob ležící povinnost na straně státu provádět pravidelné odborné kontroly a dozor v zařízeních (i soukromých).



a podávání stížností, aby podání stížnosti nebránilo formální překážky co do požadavků na obsah i formu podávání stížností, aby při podávání stížností měli pacienti zaručeno soukromí.

49) Zajistit, aby Ministerstvo zdravotnictví samo či ve spolupráci s dalšími subjekty zpracovalo koncepci a na jejím základě případně připravilo změny stávající legislativy s cílem zavést skutečně účinný kontrolní mechanismus míst, ve kterých se nacházejí nedobrovolně hospitalizované osoby.

50) Zajistit, aby Ministerstvo zdravotnictví vedlo krajské úřady k průběžnému a důslednému provádění kontrol v lůžkových psychiatrických zařízeních. Případně aby Ministerstvo zdravotnictví samo či ve spolupráci s dalšími subjekty zpracovalo koncepci a na jejím základě připravilo změny stávající legislativy s cílem zavést skutečně účinný kontrolní mechanismus, který bude odpovídat významu práv a svobod dotčených v situaci nedobrovolně hospitalizovaných osob.





ZÁVĚR

165. Na základě provedeného popisu a zhodnocení výše uvedených existujících nástrojů je zřejmé, že pacientům není zaručována maximální míra ochrany jejich práv. Řada nástrojů, které by měly sloužit k hájení zájmů pacientů, i přes jejich formální dostupnost se ve skutečnosti nevyužívá, případně využívá minimálně, anebo v praxi nenaplnuje takové standardy, na kterých by mělo být trváno vzhledem k tomu, co je pro osoby v sázce. Potažmo tak nejsou nástroje ani účinné.

166. Základem by mělo být důkladné posouzení situace člověka, řádné zachycení důvodů vedoucích ke zbavení svobody osoby a důsledný navazující soudní přezkum, ve kterém nebude upřednostňován názor jedné strany, ale přistupováno k věci objektivně a zohledněny i skutečnosti a podklady svědčící ve prospěch pacienta. Je třeba v praxi důsledně dbát na realizování poučení a vysvětlení situace jak pacientovi, tak případně i dalším osobám jednajícím v jeho zájmu. Usilováno by mělo být o maximální možné zapojení osob a upravení postavení osob jednajících v zájmu pacientů a minimalizace překážek v tomto ohledu (typicky u důvěrníků). Rovněž je třeba zajistit, aby nebyl přehlížen význam kontaktu a slyšení samotného pacienta. Značné nedostatky v tomto ohledu existují především co do zastupování, resp. vystupování ve prospěch pacientů ze strany jiných osob (především advokáti). Rovněž opravné prostředky ani návrhy na propuštění pacienta nejsou v podstatě využívány.

167. V co nejvyšší možné míře by mělo být taktéž zajištěno udržování sociálních vazeb pacientů, možnosti vyřizování běžných záležitostí či záležitostí souvisejících s jejich situací včetně soudního řízení mimo jiné prostřednictvím mobilního telefonu. Dále by mělo dojít k vytvoření mechanismu přezkumu naplnění podmínek pro léčbu pacientů v nedobrovolné hospitalizaci. Úpravy by měly být učiněny i stran podávání stížností. Současný stížnostní mechanismus je v podstatě nevyužíván, shledání oprávněnosti stížností zanedbatelná, kontroly ze strany krajských úřadů minimální.

Řada doporučení uvedených v této analýze směřuje ke změně praktického přístupu ze strany lékařů, nemocnic, soudů a právních zástupců, dále šíření povědomí a srozumitelné poskytování informací, případně spočívá v úpravě vnitřního nastavení procesů v nemocnicích. V této souvislosti by proto jejich implementace neměla vyvolávat zvýšené obtíže za předpokladu poskytování součinnosti dotčenými subjekty. V některých případech navrhuje nejprve koncepční a případně i změny legislativní, což z hlediska časového, případně co do organizace a nutnosti spolupráce, bude vyžadovat dlouhodobější úsilí. Implementace části doporučení si případně bude žádat i určité finanční investice (např. profesionální důvěrníci, úprava advokátního tarifu), které však jsou ve prospěch ochrany práv pacientů.

