



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

# ANALÝZA REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ

Marie Lukasová, Tomáš Petr, Pavel Říčan

Analýza režimových opatření 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

# Obsah

<b>1. Úvod</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Problém</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Řády a pravidla na odděleních</b> .....	<b>7</b>
3.1 Zamykání ložnic	8
3.2 Omezení kontaktu s blízkými	9
3.3 Používání mobilních telefonů, tabletů, notebooků a přístup na internet	12
3.4 Regulace pití kávy	14
3.5 Přístup na čerstvý vzduch	16
3.6 Odnímání osobních věcí	18
3.7 Kouření	20
3.8 Další režimová opatření	20
4.1 Bariéry zavádění změn – proč to nejde snadno?	22
4.2 Doporučení k zavádění změn	25
<b>5. Právní rámec</b> .....	<b>26</b>
5.1 Zásahy do práv člověka při hospitalizaci – jakým právem?	26
5.2 Svoboda versus bezpečí	27
5.3 Režim a zásahy do práv člověka	30
5.5 Individuální léčebný režim	32
5.6 Vnitřní řád	33
5.7 Vhodnost, potřebnost a přiměřenost zásahu do práv člověka	35
5.8 Hraje roli, zda je hospitalizace nedobrovolná?	36
5.9 Hraje roli, zda jde o zařízení akutní, nebo následné péče?	37
5.10 Stížnosti	37
<b>6. Rejstřík právních pojmů</b> .....	<b>38</b>
<b>7. Zkušenosti ze zahraničí</b> .....	<b>42</b>
7.1 Názory a doporučení CPT	42
7.2 Právní úprava ve Finsku	44
7.3 Safewards	46
<b>8. Metodologická poznámka</b> .....	<b>50</b>
<b>9. O autorech</b> .....	<b>51</b>
<b>Literatura</b> .....	<b>52</b>



# 1. Úvod

Tuto analýzu dokončujeme na jaře roku 2020, v době pandemie onemocnění COVID-19. Vlády celého světa zavádějí nejrůznější opatření pro své obyvatele s cílem zamezit nebo zpomalit šíření nákazy. Zkušenost většího či menšího omezení, vyrovnávání se s novými pravidly tak má většina obyvatel České republiky. A jako nástroj pro zpomalení pandemie se implementované postupy jeví jako účinné.

Je možné, že všichni budeme v příštích letech nadále zažívat různá opatření omezující náš život, budeme si muset zvyknout na určitý diskomfort s nimi spojený. Mohlo by se stát, že téma režimových opatření uplatňovaných v institucích bude vnímáno jako něco nepodstatného, jako nepříjemnost, kterou je třeba vydržet, akceptovat.

Téměř zapomenutá je dnes historie vítězství, kterého se v Evropě podařilo dosáhnout nad jiným infekčním onemocněním – leprou. Tehdejší strategie zamezení šíření nemoci spočívala v důsledné izolaci nemocných. Za tím účelem byly ve středověku postaveny tisíce leprosárií. Podle Foucaulta (1994) to byl právě úspěch strategie při potírání malomocenství, která spočívala v péči a důsledné izolaci, co se jako vzorec otisklo do přístupu k duševně nemocným. Shromáždění duševně nemocných v institucích mělo svůj předobraz v tomto úspěchu. Na tomto příkladu lze ukázat, že úspěšná opatření mohou nacházet své uplatnění i v oblastech, ve kterých nemají žádné rozumné opodstatnění.



## 2. Problém

Součástí psychiatrické hospitalizace jsou opatření, která se běžně nazývají „režimová“. Jedná se o pravidla a zvyklosti, které významným způsobem regulují pobyt na oddělení, určují, co je komu a za jakých podmínek dovoleno a co zakázáno.

Veřejný ochránce práv definuje režimová opatření jako „opatření, která určují, kde se pacient smí a má pohybovat, s kým se stýkat, co jíst a pít, co oblékat a čím disponovat, jak trávit čas, kdy vstávat a uléhat“ (Veřejný ochránce práv, 2019) a dále konstatuje, že tato opatření mohou mít oporu v individuálním léčebném postupu nebo být nezbytná pro zajištění bezpečí, ale v řadě případů se jedná spíše o opatření usnadňující provoz oddělení nebo vyplývající ze zvyklostí na pracovišti.

Kvalitativní výzkum omezovacích prostředků (Říčan et al., 2019) probíhal ve třech lůžkových psychiatrických zařízeních. Někteří pacienti popisovali nejen své zkušenosti s omezovacími prostředky, ale i s celou řadou dalších pro ně podstatných omezení, která byla spojena s chodem oddělení. Jednalo se o regulace, které se týkaly možnosti pobývat na vzduchu, kouřit, pít kávu, mít své osobní věci aj. Tato opatření pacienti vnímali jako ponižující a v některých případech i jako nástroj, který je má přimět k poslušnosti. Následují dvě citace z uvedeného výzkumu (Říčan et al., 2019, s. 20):

Respondent: „*Třeba je tady slečna, která zná svoje práva, takže nejí léky, ale za to, že nejí léky, tak jí nechtějí dávat cigarety.*“ Výzkumník: „*To je takový jako nepsaný pravidlo...*“ Respondent: „*Že pokavád neposloucháte, tak jste na něčem omezen*“ (Pacientka 7).

„*A mně vadí třeba to, že mě tady stresují, že už telefonuju moc dlouho, že mi ten mobil už seberou. To je pro mě hrozně nepříjemný. Když chci jít na záchod, tak toaletní papír je tady na sesterně. Takže já musím jít na sesternu. Tak dělám aspoň to, že si odmotám větší množství a něco si někam schovám, abych nemusela pokaždý pokoutně jít pro toaletní papír na sesternu*“ (Pacientka 5).

Negativní zkušenost z pobytu v psychiatrické nemocnici s námi sdílela ve svém komentáři k tomuto textu také Lucie: „*Nejvíc mi při hospitalizacích na uzavřeném oddělení vždy vadilo režimové opatření, kdy jsem se třeba 14 dní od nastoupení léčby nedostala vůbec ven, byť na společnou 30minutovou procházku se sestrami po areálu. To mi připadá jako opravdu kruté a nelidské zacházení s pacienty. Bylo to odůvodněno nedostatkem personálu. A bylo vymalováno.*“

Problém se netýká jen psychiatrických oddělení. Velmi expresivně své zkušenosti z návštěv v domovech pro osoby se zdravotním postižením s odkazem na podmínky v některých z nich popisuje Lukášová (2018, s. 124): „*Provozní důvody tam mají přednost před poskytováním péče zaměřeným na osobu. Člověk přichází*

o své věci, ani na drobnosti nemá skříňku, dostává erár s logem organizace, kde mu nic nepatří. O vše musí žádat a žadonit – o toaletní papír, oheň na cigaretu, vodu, povolení použít telefon, kapesné. Jí pouze lžící.“

Pravidla psychiatrických oddělení byla v zahraničí opakovaně předmětem výzkumu (Alexander a Bowers, 2004). Tito autoři (2004, s. 630) konstatují, že na základě výsledků výzkumu nelze odpovědět na otázku, zda konflikty jsou častější v prostředí se striktními, nebo volnějšími pravidly. Všimají si ale, že pravidla a sankce za jejich nedodržování jsou vždy uplatňována v konkrétním prostředí. Pokud jsou uplatňována necitlivě a trestajícím způsobem, mohou být odmítána a být spouštěčem agresivního chování. Naopak, pacienti budou pravidla spíše respektovat, pokud jim rozumějí a vnímají je jako součást péče o jejich bezpečí.

Impulzy k násilí a neklidu mohou vyplývat ze stresujících pravidel, která musí pacienti/klienti dodržovat, včetně tabáku na přiděl, zamykání pokojů a nedostatečného přístupu na vzduch. „Tato opatření vzbuzují úzkost, když nejsou opodstatněná, když vedou k pocitu, že jsou svévolná, nebo když jsou nevyřčená – přičemž mohou být porušena neúmyslně“; uvádí se ve zprávě francouzského kontrolního orgánu (obdoba našeho ombudsmana) (CGLPL, 2016 s. 108).

Podobně to v komentáři k tomuto textu popsala Dana: „*Domnívám se, že příčinou většiny konfliktů jsou právě velmi omezující režimová opatření. Když téměř nic nemůžete podle svého zvyku, někde vám seberou i oblečení, pokoje jsou neosobní, tak to vede k silnému diskomfortu. Někdo to řeší agresí, jiný se co nejrychleji přizpůsobí, aby se dostal co nejdříve ven, i když člověk není alespoň částečně kompenzován. Oba důsledky jsou nesprávné vzhledem k zotavování člověka s duševním onemocněním.*“

Nejčastějším uváděným důvodem pro režimová opatření je bezpečí pacientů a personálu. Zároveň ale mohou tato opatření být zdrojem konfliktů a bezpečí tak paradoxně snižovat. Podobné souvislosti si všimají Schaff et al. (2013). Na odděleních, kde se využívaly speciální zabezpečovací technologie, byla vyšší pravděpodobnost umístění pacientů do izolace. Autoři dovozují, že je třeba se vyvarovat nápadného důrazu na zabezpečení, který by byl na úkor příjemné domácí atmosféry.

Restriktivnost pravidel a způsob jejich uplatňování pravděpodobně souvisí s vyšší potřebou využívat omezovací prostředky.

Toto spojení je také důvodem, proč se tématu pravidel věnují komplexní programy jako Safewards (viz kapitola 7.3), například doporučením, aby se na vytváření pravidel podíleli i pacienti. Výsledkem těchto intervencí je potom *změna kultury oddělení*, a změny v chování pracovníků k pacientům, které vedou k lepšímu vzájemnému porozumění. Proto je důležité, aby pracovníci pochopili a přijali to, že mohou ovlivnit většinu postupů a interakcí, které probíhají na jejich oddělení (podle Fletcher, 2019).

Pokud se týká konkrétních režimových opatření uplatňovaných na odděleních všeobecné psychiatrie v České republice, v podstatě neexistují výzkumy, které by se zabývaly jejich přínosem, případně léčebnou efektivitou. Např. opatření omezující kontakt pacientů s vnějšími podněty (regulace vycházek, používání telefonů aj.) pak jsou s řadou výzkumných poznatků spíše v rozporu. Například poslech hudby prokazatelně tlumí symptomy psychózy (Silverman, 2003). Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP režimová opatření nezmiňují vůbec. Psychiatři, pokud mají o konkrétních režimových opatřeních rozhodovat (zda povolit kouření, vycházky, propustky aj.), se nemohou opřít o odborná stanoviska a výzkumné poznatky. Zřejmě se tedy jedná o praxe zakotvené ve vnitřních řádech a uplatňované na základě zkušeností či zvyklostí, o jejichž léčebné účinnosti nelze tvrdit nic určitého či obecně platného.

V oblasti léčby závislostí je problematika režimů hojně diskutovaná. Přínosem pravidel a režimu se zabývá literatura terapeutických komunit, např. Broža (in Nevšímal et al., 2007, s. 82-83). Dvořáček (in Kalina et al., 2003, s. 196) uvádí: „Vzhledem k tomu, že návykové látky mění u pacienta strategie chování zaměřené na získání libosti či odměny, ve smyslu: dosáhnout libosti rychleji, jednodušeji a nutkavěji, je soubor jasných pravidel a pevná struktura v terapii závislostí nezbytnou složkou.“ Pravidla a různé fáze léčby spojené s konkrétními režimy jsou v české adiktologii chápány jako potřebný rámec pro terapeutické intervence.

Režimová opatření na odděleních všeobecné psychiatrie jsou dosud velmi málo zkoumaným fenoménem. Nezaslouženě. Domníváme se, že seriózně se těmito opatřeními zabývat je relevantní především z těchto důvodů:

1. Z pohledu právního se v některých případech může jednat o praxi bez právní opory.
2. Pacienti mohou tato opatření vnímat jako neadekvátní a ponižující.
3. Režimová opatření jsou součástí kultury oddělení, podstatným způsobem ovlivňují vztahy mezi pracovníky a pacienty.
4. Režimová opatření mohou přispívat k agresivnímu chování pacientů a zvyšovat potřebu používání omezovacích prostředků.



## 3. Řády a pravidla na odděleních

Na většině lůžkových psychiatrických oddělení naleznete nějaká vnitřní pravidla regulující chod oddělení. Tato pravidla jsou často **písemná** a mohou se nazývat různě, např. Domácí řád oddělení, Vnitřní řád, Pravidla hospitalizace apod. Existence těchto pravidel má své opodstatnění, protože stanoví zásady soužití větší skupiny lidí, která se v rámci hospitalizace potkává (s podobnými pravidly se setkáte na ubytovnách, ve školách apod.). Poskytovatel zdravotních služeb má ze zákona povinnost pacienty s vnitřním řádem seznámit a pacient je pak povinen se tímto řádem řídit (více v kapitole 5). Pacient má zároveň právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí. Vnitřní řád a stanovená pravidla proto nesmí zasahovat do práv pacienta nad míru, která je nezbytně nutná zejména pro řádný chod zdravotnického zařízení, zajištění bezpečí a pro respektování práv ostatních pacientů.

Vedle písemných pravidel obsažených v oficiálních dokumentech se v praxi setkáte také s **jinými pravidly nebo zvyklostmi**, které rovněž ovlivňují každodenní život na oddělení. Jedná se o různé drobné regulace, které ve vnitřních řádech nenajdete (může jít o cedule na dveřích typu „Káva se vaří ve 14:00 hod.“, nebo „Vycházky na zahradu jsou od 15:00 hod. do 16:00 hod.“).

Vnitřní řád neupravuje pouze práva a povinnosti pacienta, popř. zdravotnického personálu, ale také širšího okruhu osob, který přichází s pacientem do kontaktu např. během návštěvních hodin.

Ať už jsou pravidla písemná, nebo jen ústní, vždy je jejich cílem určitým způsobem regulovat dění na oddělení, což je zapotřebí. Je však potřeba **pečlivě hodnotit jejich přínos vs. dopad** na život pacientů. Pravidla totiž určitým způsobem omezují základní práva a svobody pacienta a významně ovlivňují atmosféru na oddělení a také vztahy s personálem. Vlastností pravidel bývá, že jsou často obecná a uplatňovaná paušálně, na všechny pacienty, což může vést k potlačování individuálních potřeb jednotlivců. Řadu opatření je proto vhodné činit nikoli skrze stanovení pravidel, ale jako opatření v rámci individuálního léčebného plánu u konkrétního pacienta (například omezení přístupu na internet). Často ale od personálu slyšíte zdůvodnění: „Kdybych to povolil jednomu, ihned se ozvou i ostatní.“ Spravedlnost a srozumitelnost vůči pacientům je zde opravdovou výzvou. Pro pacienty, kteří jsou v psychiatrické nemocnici hospitalizováni mnohdy několik týdnů či dokonce měsíců, je životně důležité, aby byli v co nejméně omezujících podmínkách a zároveň věděli, jaká jsou „pravidla hry“. Ostatně co nejmenší omezení je základní zásadou při poskytování péče lidem s duševní poruchou.

Rozsah a detailnost vnitřních řádů jednotlivých psychiatrických oddělení se velmi liší (Hendrych, 2018). Jelikož vnitřní řád i další pravidla zasahují do oblasti lidských práv pacienta, není ospravedlnitelné, aby mezi srovnatelnými pracovišti existovaly velké **rozdíly, co se týká přísnosti pravidel**. Pokud nemá panovat nespravedlivá nerovnost mezi pacienty různých poskytovatelů, pak by pravidla měla být spíše shodná, se zohledněním individuálních potřeb pacientů. Jak lze např. obhájit situaci, kdy v rámci hospitalizace na některém akutním psychiatrickém

oddělení má pacient možnost používat mobilní telefon a být navštěvován svou desetiletou dcerou, zatímco na obdobném pracovišti v jiném zdravotnickém zařízení by tuto možnost neměl?

Na základě diskuse s odborníky z jednotlivých pracovišť, analýzy zpráv z auditů Světové zdravotnické organizace (WHO), výzkumu orientovaného na používání omezovacích opatření, návštěvy konkrétních pracovišť a studia odborné literatury jsme vytypovali oblasti nejčastěji regulované interními pravidly. Níže uvádíme jejich přehled, včetně popisu zkušeností a rozdílných přístupů. Zároveň v každé oblasti formulujeme doporučení pro praxi.

## 3.1 Zamykání ložnic

### Stávající situace

Zamykání ložnic opakovaně kritizoval veřejný ochránce práv. Již ve zprávě vydané v roce 2008 se uvádí: „Běžnou praxí v léčebnách je, že jsou ložnice na příjmových odděleních přes den uzamýkány a pacienti do nich nemají přístup. Hlavním důvodem uzamykání pokojů přes den je obava z noční nespavosti pacientů. Pacienti tedy přes den polehávají v jídelně, společenské místnosti či na chodbě. Ve společných prostorách je neustále ruch, v denní místnosti je téměř bez přestání zapnuta televize.“ (VOP, 2008) Ombudsman formuloval jasné doporučení opustit praxi uzamykání ložnic a zajistit jejich celodenní zpřístupnění. Po více než 10 letech od vydání této zprávy však stále existuje mnoho oddělení, kde je zamykání ložnic běžné. To potvrdily návštěvy v rámci WHO auditu, které proběhly v roce 2018, a další návštěvy ombudsmana (VOP 2019, s. 70).

Argumenty ze strany personálu jsou různé. Patří k nim obavy z noční nespavosti pacientů nebo strach z toho, že nebudou schopni udržet na pokojích pacientů přes den pořádek. Dalším argumentem je snazší zajištění observace pacientů, kteří se zdržují ve společných prostorech a nejsou rozptýleni na pokojích různě vzdálených od pracovny sester. Často také zaznívalo, že v případě, že by nechali odemčené pokoje, pacienti by se neúčastnili aktivizačních a terapeutických programů. Společným znakem výše uváděných argumentů je snaha o zjednodušení provozu oddělení. V popředí stojí zájem oddělení nad potřebami pacientů. Ti nemohou volně využívat všechny prostory oddělení, ale jsou nuceni trávit čas ve společných prostorech, ve společnosti ostatních bez ohledu na to, jak se cítí, zdali nepotřebují být chvíli o samotě apod. Kumulace většího množství pacientů na jednom místě, tzv. crowding, prokazatelně zvyšuje míru konfliktů (Ulrich et al., 2018).

### Jde to i jinak

V rámci diskuse s pracovníky psychiatrických nemocnic zazněly cenné zkušenosti související s výše uvedeným režimovým opatřením. Tam, kde tuto praxi opustili, brzy zjistili, že se jejich obavy ze změny nepotvrdily. Zpětně se ukázalo, že uzamčená ložnice neměla žádný vliv na kvalitu spánku pacientů. Mnohem důležitější je smysluplná



aktivizace a vhodně nastavená léčba. Existuje-li zajímavá nabídka aktivizačních a terapeutických programů provázená vhodnou motivací, nepředstavuje otevření ložnic pacientů žádnou bariéru v jejich aktivizaci. Je pravdou, že otevření ložnic klade větší nároky na personál ve vztahu k zajištění observace pacientů a udržení pořádku na pokojích. Jsme však přesvědčeni, že pohoda pacientů a snížení konfliktů spojených s crowdingem vyváží zvýšené úsilí a organizační úpravy, jež je při otevření ložnic nezbytné učinit.

## Zkušenosti z praxe

- V jedné psychiatrické nemocnici přistoupili na příjmovém oddělení k otevření ložnic, které byly dosud pravidelně uzamykány. Nejtěžší podle jejich zkušeností bylo překonat prvotní odpor zaměstnanců. Po několika týdnech však zjistili, že se jejich obavy nepotvrdily. Jako problematická se ovšem ukázala skutečnost, že tuto praxi zavedli jako jediné oddělení v primariátu a vysloužili si kritiku z jiných oddělení. Objevily se totiž obavy, že se pacienti z jiných oddělení budou snažit o přeložení na pracoviště, kde jsou ložnice přístupné.
- Větší riziko znečištění lůžka v případě, že jsou ložnice otevřené po celý den a pacienti do nich uléhají v oblečení, vyřešili na jednom pracovišti zavedením přehozů přes lůžka.
- Ubylo konfliktů mezi pacienty, když se rozptýlili v rámci oddělení.
- Změně pravidla muselo odpovídat i nové zadání pro personál (způsob realizace dohledu).

## Doporučení

- > Aktivně hledat cesty, které povedou k opuštění praxe plošného zamykání pokojů pacientů. Pacienti by měli mít možnost využívat své pokoje v průběhu celého dne..

## 3.2 Omezení kontaktu s blízkými

### Stávající situace

„Pacient má právo přijímat ve zdravotnickém zařízení návštěvy, a to s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů.“<sup>1</sup> Organizace návštěv by tedy měla být vnitřním řádem upravena. Způsob úpravy je ponechán na poskytovateli.

V psychiatrické praxi se lze setkat s různými přístupy. Některá pracoviště uplatňují velmi striktně vymezené návštěvní hodiny např. od 15:00 do 17:00 hod. Lze se setkat také s tím, že návštěvní hodiny jsou pevně dané, ale personál může povolit výjimku. **V rámci monitoringu podle metodologie WHO byl i tento systém považován za neplnění standardu** („Uživatelé služby mohou přijímat návštěvy, vybrat si, s kým se chtějí vidět, a chodit

1 § 28 odst. 3 písm. i) zákona o zdravotních službách.

na návštěvy v rozumnou dobu,“ - standard 1.5.4). Existují pracoviště s poměrně vstřícným a volným přístupem, kdy jsou návštěvy neomezené, v případě že nezasahují do poskytované péče (např. do vizit, terapeutických aktivit, podávání léčiv apod.). Je poměrně časté, že návštěvy nemají volný přístup na oddělení; pak potřeba omezovat dobu návštěv vyplývá z absence návštěvní místnosti.

Na některých pracovištích omezují přístup dětí do určitého věku, např. do 12 nebo do 15 let (o plošném zákazu návštěv dětí pojednává ombudsman, srov. VOP 2019, s. 74). Argumentace je opět různá. Například že není vhodné, aby děti viděly své blízké v průběhu duševní nemoci, nebo že pobyt dětí na psychiatrickém oddělení může být nebezpečný (diskuse s pracovníky psychiatrických nemocnic).

Problematickým bodem ve vztahu k návštěvám bývá také nemožnost zajištění soukromí pro setkání s blízkými, když není vyhrazen zvláštní prostor. To byl případ většiny návštěv, o kterých vydal zprávu ombudsman v roce 2019: „Návštěvy pacientů, kteří nemohou opustit oddělení, se odbývaly v jídelnách, vícelůžkových pokojích nebo na chodbách, tedy často v prostorech průchozích nebo využívaných naráz i pro jiný účel. To je problematické proto, že návštěva neprobíhá v klidu a v alespoň základním soukromí, a problematizuje to i návštěvy dětí. (...) Zjištěná situace není dobrá, neboť návštěvy – samy o sobě emočně i organizačně náročné pro všechny zúčastněné – bez adekvátního zázemí nemohou probíhat hladce a s maximálním prospěchem pro udržení a upevnění sociálních vazeb pacienta“ (s. 78).

Je pochopitelné, že je někdy nutné vzhledem ke stavu pacienta návštěvu zkrátit na minimum, provést ji za přítomnosti personálu nebo ji zcela vyloučit. Takové situace jsou však výjimečné, činí se na základě individuálního posouzení a měly by být pacientovi a jeho blízkým vysvětleny.

## Jde to i jinak

Obecně bychom se měli snažit o to, aby čas, který může pacient trávit se svými blízkými, včetně dětí, nebyl zbytečně omezován, pokud si to pacient sám nepřeje. Je zřejmé, že léčba a terapeutické činnosti mají v době hospitalizace prioritu a režim návštěv jim musí být přizpůsoben. Někdy je také nutné regulovat pohyb nežádoucích osob po oddělení, např. osob pod vlivem toxických látek. Kontakt s blízkými je však pro pacienta důležitý, je motivující k rychlejšímu zotavení a oddělení by vůči návštěvám měla být vstřícná a flexibilní. Je třeba reflektovat, že úzké vymezení návštěvních hodin může řadě pracujících lidí výrazně ztížit možnost navštívit jejich blízkého.

Ve vztahu k omezování návštěv dětí ombudsman upozornil, že absolutní a plošný zákaz návštěv může být jen stěží považován za přiměřený, neboť riziko lze minimalizovat samostatnou návštěvní místností, a ani nebývá potřebný, neboť i bez zřízené návštěvní místnosti lze zpravidla improvizovat a najít nějaké jiné řešení. V případě velkých zařízení je přiměřené, aby v rámci areálu nemocnice byly zřízeny prostory přizpůsobené svým rázům i vybavením pro setkání rodičů s dětmi. Poskytly by soukromí a v případě malých dětí by se tím také předcházelo

případné traumatizaci z ústavního prostředí. Každopádně na adresu vnitřních řádů ombudsman uvádí: „Považuji za vhodné postupovat individuálně a v pravidlech například vyhradit, že o čase a podmínkách uskutečnění návštěvy rozhoduje příslušný člen personálu“ (VOP 2019, s. 74). Ombudsman také na adresu oddělení následné péče upozorňuje, že kontakt dětí s rodiči není možné omezit na setkávání v rámci vycházek do areálu nebo propustek, protože část pacientů čeká na povolení takového režimu dlouho, nemluvě o potřebě zázemí v případě nepřízně počasí. Doplňujeme, že názor, že děti by měly být chráněny před kontaktem s duševně nemocnými příbuznými, aby se předešlo různým traumatům, je mylný a vůči lidem s duševním onemocněním stigmatizující. Návštěva by měla mít možnost se sama rozhodnout. Děti mají právo poznat své rodiče a vyrovnat se s tím, jací jsou. Poskytovatel pak musí hledat vhodné cesty, jak návštěvy dětí zorganizovat.

## Zkušenosti z praxe

Psychiatrické oddělení zrušilo vyhrazenou dobu návštěv a zákaz přístupu dětí na uzavřenou část oddělení před 10 lety. Návštěva malých dětí bývá předem domluvena na čas, kdy je možné poskytnout samostatnou místnost, zejména proto, aby malé děti nerušily ostatní pacienty. Nebyly zaznamenány žádné problémy. Flexibilní čas návštěv pacienti vítají a rovněž možnost setkat se s dětmi je pro ně přínosná.

Obavy o zážitky dětí z návštěvy nemocných a strach z jejich traumatizace by se mohly uplatňovat také v jiných oblastech zdravotní péče, např. v paliativní péči. Tam se však v současné době můžeme setkat s novými trendy, jako je např. budování dětských koutků v rámci oddělení. Stále více se také prosazuje mobilní paliativní péče, kde kontakt s dětmi není omezen vůbec.

Je pravdou, že není vhodné, když tříleté děti běhají volně po oddělení. Řadu případů návštěv dětí lze však řešit vyhrazením samostatné místnosti na určitou dobu nebo povolením vycházky mimo oddělení.

## Doporučení

- > Nabídnout široké a flexibilní možnosti návštěv bez věkového omezení.
- > Zdržet se zákazů návštěv dětí, ale spíše zajistit jejich bezpečný průběh.
- > Hledat cesty k zajištění soukromí v průběhu návštěv. Prosazovat vyhrazení či výstavbu důstojných prostorů pro setkávání pacientů s jejich blízkými.

### 3.3 Používání mobilních telefonů, tabletů, notebooků a přístup na internet

#### Stávající situace

Mobilní telefony, dotyková zařízení i další výpočetní technika se staly běžnou součástí našich životů. Mobilní telefony již dávno neslouží pouze k telefonním hovorům, ale také k elektronické komunikaci, brouzdání na internetu, přehrávání hudby a videí, jako čtečka, diář, platební karta apod. Je proto přirozené, že mnoho lidí se svého telefonu jen obtížně vzdává. Telefon lze ale také vnímat jako cennost, jejíž ztráta na oddělení může působit vážné komplikace. V neposlední řadě může telefon sloužit jako nástroj k pořizování různých záznamů – fotek, videí, rozhovorů, což je další aspekt, který je třeba brát v úvahu.

Zprávy z monitoringu podle metodologie WHO hodnotí neumožnění používat vlastní mobilní telefon jako neplnění standardu (1.2.6, „Uživatelé služby si mohou ponechat své osobní věci a mají k dispozici odpovídající uzamykatelný prostor pro jejich uložení.“). Rovněž omezování v dispozici s nimi je považováno za neplnění standardu (1.5.1, „Uživatelé služby mohou svobodně a bez cenzury využívat komunikační prostředky, jako jsou telefony, dopisy, e-maily a internet.“).

Mnoho oddělení, ať už akutní či následné péče, aplikuje ve vztahu k používání osobních telefonů celou řadu regulací. Někde jsou odebírány a pacienti je nemohou používat vůbec, jinde mají pacienti telefony k dispozici pouze ve vyhrazených časech. Někdy je omezení přístupu k telefonu součástí léčebného programu sestávajícího z několika fází, kterými pacient prochází (například použití jeden den v týdnu v první fázi léčby). Ombudsman o tom pojednává ve zprávě z roku 2019 (s. 71). Krom tohoto léčebného zdůvodnění je k regulacím přistupováno i z dalších důvodů. Ze strachu ze ztráty telefonu a případné zodpovědnosti poskytovatele. Z obav, že pacienti budou telefonními hovory obtěžovat své okolí a kontaktovat např. policii nebo hasiče. Časté jsou také obavy, že pacient bude na oddělení pořizovat záznamy a naruší tak soukromí jiných pacientů či personálu.

Všechny výše uvedené argumenty jsou pochopitelné, jen výjimečně je však oprávněné použít je k paušálním zákazům (ve vnitřním řádu). Vždy je vhodnější uplatňovat regulace používání telefonů individuálně na základě posouzení situace u konkrétního pacienta. Není obhajitelné, když je na základě chování jednoho pacienta (který volal opakovaně hasičům) plošně zakázán přístup k mobilním telefonům pro celé oddělení. Lze však omezit využívání telefonu konkrétnímu pacientovi, a to dočasně, v rámci jeho léčebného režimu, s odůvodněným záznamem v dekurzu. Pacienti oddělení by měli být poučeni o zásadách používání mobilních telefonů a jiné elektroniky. Tyto zásady mají své místo ve vnitřním řádu a mohou obsahovat např. zákaz pořizování záznamů aj. Při jejich nerespektování může být telefon pacientovi na přechodnou dobu odebrán a použití vyhrazeno například jen pod dozorem nebo ve vymezeném prostoru. Pacient tak nese zodpovědnost za dodržování stanovených pravidel a není a priori předpokládáno, že je bude porušovat. Co se týká zodpovědnosti za majetek

pacientů, poskytovatel nese zodpovědnost za věci odložené na místě k tomu určeném nebo na místě, kam se věci obvykle odkládají. Pořízení uzamykatelných skříněk snižuje riziko ztráty nebo krádeže.<sup>2</sup> Chce-li mít pacient telefon u sebe a má k dispozici uzamykatelnou skříňku, není problém ho o možnosti uložení telefonu poučit a ponechat rozhodnutí na něm. Výjimku mohou tvořit stavy, kdy se s pacientem s ohledem na jeho psychický stav není možné domluvit a lze předpokládat, že se o své věci není schopen aktuálně postarat (např. pacient v deliriu). Důležitým aspektem používání telefonů je také jejich nabíjení. Kabely od nabíječek bývají často vyhodnoceny jako rizikové ve vztahu k sebepoškození, a proto bývají pacientům v akutní fázi onemocnění odebírány. Zajištění nabíjení pak může být pro personál oddělení značnou zátěží nad rámec poskytování zdravotních služeb. Existují však řešení, jak provozní (dobíjet telefony převážně v průběhu noční směny), tak technická (univerzální nabíjecí stanice, volně dostupné pacientům, s kabely, jejichž délka by nebyla nebezpečná), která problémy s nabíjením usnadňují.

Přístup k internetu je požadavek, který se v posledních letech stal součástí očekávání lidí a také pacienti v nemocnicích se na dostupnost internetu stále častěji ptají. Proto i nemocnice hledají způsoby, jak pacientům přístup na internet zajistit a zpříjemnit jim tak pobyt v nemocnici a také usnadnit kontakt s okolním světem. Možnosti jednotlivých nemocnic jsou rozdílné a odvíjí se také od jejich uspořádání. Snadněji lze přístup k internetu zajistit v monoblocích, kde se dá wi-fi síť snadno nainstalovat. Mnohem složitější je to v rozlehlých areálech psychiatrických nemocnic. Vhodným alternativním řešením je umožnit pacientům přístup k počítači, kde si mohou v případě potřeby vyřídit své e-maily, e-banking apod.

Dostupnost internetového připojení úzce souvisí s kvalitou nabízených tzv. hotelových služeb. Regulace této oblasti také bývá obsažena ve vnitřních řádech oddělení a odvíjí se od charakteru pracoviště a cílové skupiny pacientů. Nemocnice, v případě, že pacientům poskytuje internetové připojení, má právo si nastavit svá bezpečnostní opatření a v souladu se svou IT strategií zablokovat přístup na stránky, které vyhodnotila jako rizikové. K blokaci stránek může dojít také na základě dohody terapeutického týmu, pokud je přístup k některým materiálům vnímán jako nevhodný s ohledem na terapeutický cíl (např. pornografie).

## Zkušenosti z praxe

„V jedné nemocnici vydali plošný zákaz notebooků s připojením na internet a využívání internetu bylo vyhrazeno jen pro ústavní počítače. Udávaným účelem byla prevence gamblingu a hraní her po síti, obchodu s drogami a stalkingu. To jsou důvody, jež zákon připouští pro stanovení pravidel vnitřního řádu zařízení nebo omezení v rámci individuálního léčebného postupu. Protože ale zákaz koliduje s právem pacienta na soukromý a rodinný život (korespondence, studium, internetové bankovníctví) a na přijímání informací, musí opatření projít testem přiměřenosti. V daném případě nebylo opatření *vhodné* (tedy schopné problém vyřešit, protože pacientům nadále zůstaly mobilní telefony s připojením) ani *přiměřené* (stačila by mírnější opatření, jako je individualizace a regulování přístupu k notebookům), a tedy ani oprávněné“ (VOP 2019, s. 68).

2 STRÍTESKÝ, Matěj: Právní odpovědnost v procesu reformy péče o duševní zdraví [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2019 [cit. 1. 6. 2020].

Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2019/11/19/analiza-pravni-odpovednost-v-procesu-reformy-pece-o-dusevni-zdravi-mgr-et-mgr-matej-stritesky/>

Na akutním psychiatrickém oddělení v rámci všeobecné nemocnice mají všichni pacienti přístup k veřejnému wi-fi připojení. V případě, že dochází k rizikovému chování na síti, např. nadměrné nákupy u manických pacientů nebo riziko gamblingu u pacientů se závislostí, dochází k regulaci používání elektronických zařízení u těchto konkrétních pacientů.

V průběhu koronavirové pandemie využívala nemocnice tablety, které pacientům zapůjčovala za účelem zajištění kontaktu s rodinami.

## Jde to i jinak

- Lze se setkat s pořízením ústavního počítače s připojením na internet k vyřizování běžných záležitostí; někteří pacienti pak situaci vyhodnotí tak, že není nezbytné brát do nemocnice notebook.
- Na jednom akutním oddělení má krom skříně v pokoji každý pacient také box v uzamykatelné skříně na sesterně. V něm má uloženy předměty, jež chce používat, ale nekontrolované držení by představovalo riziko pro něj samotného nebo pro jiné pacienty. Personál tak má přehled, kdo z pacientů má právě u sebe nabíječku.
- Dobíjecí stanice zřízená v technické místnosti – pacient má dvakrát denně možnost mobil tam odevzdat.

## Doporučení

- > Pacientům by mělo být zásadně umožněno mít mobilní telefony u sebe a používat je hned od počátku hospitalizace. Výjimky může odůvodnit v individuálních případech konkrétní riziko (například při podezření na páchání trestné činnosti prostřednictvím telefonu). Vnitřní řád může s ohledem na chod oddělení a ochranu práv druhých nastavit pravidla, kam nelze s mobilem vstupovat a k čemu není možné ho využívat (např. zákaz mobilních telefonů v rámci terapeutických aktivit apod.).
- > Hledat cesty, jak pacientům umožnit přístup k internetu.

## 3.4 Regulace pití kávy

### Stávající situace

Limitování pití kávy a stanovování pevných časů zalévání kávy nebo počtu káv denně není výjimečnou praxí, a to na různých typech oddělení. Pacienti to často nesou velmi nelibě, protože se musejí přizpůsobovat režimu oddělení. Počet povolených káv přes den a také časy, kdy je káva dostupná, se mohou výrazně lišit oproti jejich zvyklostem. Zpráva ombudsmana z roku 2019 dokumentuje praxi navštívených psychiatrických nemocnic takto: „Nejčastěji harmonogram dne oddělení, kde z bezpečnostních důvodů manipuluje s horkou vodou pouze personál, stanoví dva nebo tři časy, kdy se káva zalévá. V jedné nemocnici bylo minimum 1 a maximum 6 časů.

Někde individuálně pacientovi vyhověli i jindy, ale většinou šlo o pevně daný počet“ (s. 68). Regulování pití kávy bylo různé při srovnání nemocnic i jednotlivých oddělení v jejich rámci. Důvodů, proč k regulacím dochází, je opět celá řada. Bezpečnostní argumentace se opírá o riziko volné manipulace pacientů s horkou vodou spojené s náhodným či záměrným opařením sebe či druhých. Léčebné hledisko se opírá o stimulující účinek kávy, který je v konfliktu s večerním podáváním hypnotik. Provozní aspekty zase zdůrazňují, že personál není na oddělení od toho, aby stále vařil kávu, nemá na to čas, proto je třeba to regulovat. Jindy je za limitováním kávy přesvědčení, že s ní není pacient schopen hospodařit a všechnu by spotřeboval za několik dní.

Problémem regulace dostupnosti kávy je opět v paušálnosti přístupu. Ne všichni pacienti užívají hypnotika a mají problém s hospodařením s kávou. Proto by byl vhodnější individuální přístup reflektující situaci každého pacienta. Bezpečnostní argumentace má své opodstatnění zejména v rámci oddělení, kde je poskytována akutní péče<sup>3</sup> a kde je míra rizika poměrně vysoká. Na jiných typech oddělení lze však manipulaci s varnou konvicí vnímat odlišně, pacienti jsou již zpravidla ve stabilnějším stavu a obsluha varné konvice by neměla představovat problém. Je pravdou, že zdravotnický personál má jiné priority, než je vaření kávy, zároveň je však jeho úkolem vytvářet příznivé podmínky na oddělení a starat se o pohodu pacientů, což pro ně může znamenat např. možnost dát si kávu v čase, ve kterém jsou zvyklí. Uvaření kávy je činnost, která zabere minimum času, a zkušenosti z oddělení, kde vaření kávy není limitováno, ukazují, že nepředstavují pro personál zvláštní zátěž. Naopak to může být vnímáno jako společná činnost a příležitost pro kvalitní kontakt mezi zdravotníkem a pacientem.

Argumentace	Návrh řešení
<b>Bezpečnostní riziko – horká voda</b>	Relevantní zejména na odděleních akutní péče, na jiných odděleních je třeba zvážit míru rizika a event. ponechat obsluhu varné konvice na pacientech.
<b>Snížování účinku hypnotik</b>	Ne všichni pacienti užívají hypnotika. Je možné limitovat čas poslední kávy např. v 19:00 hod. Stimulační efekt kávy také neplatí paušálně, je vhodné to vyzkoušet.
<b>Problém s hospodařením s kávou, pacient vše vypije za několik dní</b>	Lze domluvit s pacientem, event. s tím, kdo má právo disponovat jeho prostředky, takový plán, aby s kávou vyšel; paušální opatření není namístě.
<b>Vaření kávy je zátěží pro personál</b>	Personál nemusí být k dispozici k vaření kávy, kdykoliv si pacient požádá. Může ho odkázat na vhodnější čas po splnění činností, které jsou prioritní; pacienti to zpravidla pochopí. Na základě zkušeností lze konstatovat, že vaření kávy nepředstavuje velkou časovou zátěž.

<sup>3</sup> Nemusí se vždy jednat pouze o oddělení akutní péče tak, jak je charakterizuje pojišťovna, ale také o pracoviště, kde jsou hospitalizováni pacienti v akutní fázi onemocnění (např. příjmová oddělení v PN).

## Doporučení

- > Hledat individuální řešení přístupu pacientů ke kávě, respektující jejich přání a zvyklosti.
- > Na některých pracovištích lze využívat nápojové automaty.

## 3.5 Přístup na čerstvý vzduch

### Stávající stav

Možnost přístupu na čerstvý vzduch je další důležitou oblastí, která bývá na psychiatrických odděleních regulována. Pravidla na jednotlivých odděleních jsou opět nastavena různě. Existují oddělení, zejména ta, kde je poskytována akutní péče, kde neexistuje žádný systém zajištění pobytu venku u pacientů, kteří nemají z bezpečnostních důvodů povolen samostatný pohyb mimo oddělení. Pacienti se tak v průběhu hospitalizace nedostanou pravidelně na čerstvý vzduch. Je to proto, že zahrady těchto oddělení neposkytují bezpečné zázemí, kde by se pacienti mohli pohybovat sami, aniž by hrozilo riziko útěku či jiných nežádoucích událostí. Pohyb pacientů na zahradě pak do určité míry závisí na časových možnostech a ochotě personálu poskytnout doprovod. V denním režimu některých oddělení je vyhrazen čas pro „vycházky“ a automaticky se předpokládá, že se týká jen pacientů, kteří mohou samostatně opustit oddělení nebo mají návštěvu, která zajistí dohled. V lepším případě je např. vyhrazen čas od 15 do 16:30 hod. na společnou návštěvu zahrady nebo vycházku po areálu a je připsáno „v případě, že to umožní provoz oddělení“. V praxi se pak lze setkat se situací, kdy to provoz neumožnil celý týden a pacienti se na čerstvý vzduch nedostali; bez zajištění personálních kapacit pak jde jen o fikci. Někdy bývá argumentem k absenci vycházek na zahradu špatné počasí nebo nezáměr většího počtu pacientů, což znamená, že personál není ochoten trávit čas na zahradě kvůli jednomu nebo dvěma pacientům. To vše jsou reálné bariéry v pobytu pacientů na čerstvém vzduchu, se kterými se lze v praxi setkat.

Citace ze stížnosti pacienta, 2019, psychiatrické oddělení:

*„Přijetím na uzavřené oddělení ztrácíte svobodu vycházek ven na vzduch. Nabídnuta je (pozor, ne všem!) pouze 1 x denně cca 15minutová procházka po malém dvorku. K možnosti „zahrádky“ jsem se dostal až 6. den hospitalizace...“*

Současný evropský (CPT) standard pro psychiatrickou a sociální péči, včetně péče o „forenzní“ pacienty, je umožnit denní přístup na vzduch s požadavkem na zajištění dohledu a zabezpečení, pokud jsou nezbytné, a náhradního oblečení a obuvi, pokud pacient nemá vlastní. Minimum hodiny, které se někdy udává, je jakási paralela s vězeňským systémem, oprávněně považovaná za nemístnou těmi, kdo usilují o vymýcení stigmatizace psychiatrických pacientů. Doporučení je tak bez časového limitu, jen s odkazem na předepsanou léčbu a léčebné aktivity. (Pro vysvětlení srov. VOP 2019, s. 73.)



## Jde to i jinak

Možností, jak zajistit pobyt na čerstvém vzduchu, je několik. Závisí na mnoha faktorech, jako jsou např. dispozice jednotlivých pracovišť nebo cílová skupina, které je péče poskytována. Ideální je stav, kdy mohou pacienti v průběhu hospitalizace volně vycházet na zahradu a trávit tam volný čas. Toto však převážně na akutních odděleních není často možné s ohledem na předcházení riziku útěku. Nabízí se tak alternativa, že pacienti mohou chodit na zahradu v doprovodu personálu, což však často komplikují provozní důvody, jak je popsáno v textu výše. Další variantou je nabízet pacientům, alespoň těm, u kterých nejsou identifikována žádná rizika, vycházky po areálu nemocnice (samostatně nebo v doprovodu svých blízkých). Řada pracovišť nabízí systém vycházek, který se odvíjí od aktuálního zdravotního stavu pacienta a zhodnocení míry rizika. Lékař pak individuálně ordinuje, zda má pacient zákaz vycházek, společné vycházky s personálem, vycházky s blízkými nebo i samostatné vycházky. Tento přístup je individualizován a nepředstavuje tedy významný zásah do práv pacientů. Kombinací výše uvedených přístupů lze pobyt venku zajistit pro většinu pacientů.

- Některé psychiatrické nemocnice už mají pavilony vybaveny zabezpečeným venkovním prostředím – oplocenou částí zahrady nebo atriem. Do přízemí jsou pak situována oddělení pro pacienty, mezi nimiž je nejvíce těch, kteří se z bezpečnostních důvodů nemohou sami pohybovat po areálu. Personál pak může umožňovat přístup na vzduch velmi flexibilně.
- Při rekonstrukcích stávajících kapacit je zcela zásadní plánovat maximálně dostupný venkovní prostor přiléhající k oddělení.
- Do doby, než se podaří zajistit náročný standard každodenního přístupu na vzduch, lze usilovat alespoň o částečný výsledek. Tedy na podkladě individuálního přístupu a ve spolupráci s příbuznými pacientů zajišťovat pobyt na vzduchu třeba ne denně, ale alespoň v nějaké garantované míře. Poskytování doprovodu pro vycházku by mělo být součástí zadání pro personál a četnost uplatnění pak výsledkem rozhodnutí pracovníka odpovědného za průběh směny. (VOP 2019, s. 73)
- Důležité je také vytváření stimulačního prostředí ve venkovním prostoru (herní prvky, příjemné posezení apod.), aby nešlo pouze o prostor, kde pacienti chodí dokola a nemají možnost aktivně trávit čas nebo se pohodlně posadit.

## Doporučení

- > Zajistit pacientům přístup na vzduch, v co nejvyšší možné míře a bez zbytečného omezení.

## Povolování propustek

Propustkou v tomto textu rozumíme povolení opustit areál nemocnice, v některých případech i přes noc. Hlavním cílem propustky není pobyt na čerstvém vzduchu, který je popisován v této kapitole, ale zajištění kontaktu s běžným životem, s pacientovým sociálním prostředím, vyřízení důležitých úředních záležitostí, strávení času s rodinou apod. K propustkám na tomto místě pouze krátkou poznámku, protože se nejedná o typické režimové opatření. Umožňování propustek však hraje velmi důležitou roli v zotavení a bývá nedílnou součástí léčebného procesu. Se základním léčebným odůvodněním neladí, pokud jsou propustky povolovány dle pevného vzorce (např. pouze jedenkrát za dobu hospitalizace), nebo až krátce před propuštěním. Každý pacient je přece jedinečný, a navíc vedle terapeutického účelu sledují propustky v některých případech také právo pacienta na realizaci soukromého života. Kde je žádost o propustku zamítnuta, musí být v dokumentaci zaznamenán důvod terapeutické či bezpečnostní povahy (tedy nestačí odvolat se na zvyklosti nebo zhoršení ekonomické situace zdravotnického zařízení, když pacient na propustce znamená nulovou platbu od pojišťovny). Omezování propustek rovněž nesmí být používáno jako trest.

## 3.6 Odnímání osobních věcí

### Stávající stav

Do této kategorie režimových opatření patří např. výše uvedené odebírání mobilních telefonů či jiné elektroniky. Lze se však setkat také s opatřeními, která pacientům znemožňují používat vlastní oblečení. Jsou pak nuceni chodit buď v pyžamu, nebo v erárním oblečení. Někdy platí povinnost být v pyžamu v prvních dnech po přijetí, než pacient prokáže určitou míru spolupráce. Lze se setkat také s tím, že odebrání osobního oblečení slouží jako sankce za porušování pravidel. Někdy je preferováno erární oblečení, protože je to provozně jednodušší. Nedochozí ke ztrátám, lze snadno zajistit praní apod. Na některých pracovištích se můžeme setkat s provázaností úrovně dohledu a nošení pyžama. Pacient v určitém stupni dohledu, který nesmí např. opustit oddělení, nemá možnost nosit své osobní oblečení. Tento přístup je opět motivován snahou usnadnit práci personálu (ten pacienta v pyžamu snadno rozpozná od jiných), nikoliv zájmem a pohodlím pacienta.

Ombudsmanka k tomu ve zprávě z roku 2019 uvádí: „Oproti dřívějším dobám již není [povinnost nosit přes den pyžamu] tolik rozšířena, ale přesto jsem se ještě při návštěvách v roce 2017 setkala v jedné nemocnici s jedním použitím jako sankce za krádeže na oddělení a ve dvou nemocnicích s režimovým použitím na některých odděleních (nově přijatí pacienti neměli opouštět pokoj a odebrání civilního oděvu tomu napomáhalo, jinde šlo plošně o prvních 21 dnů, respektive měsíc pobytu). V další nemocnici pak nošení pyžama sice už nebylo využíváno, ale figurovalo nadále v bodovacím systému. Při výměně argumentů s jednou nemocnicí jsem se důrazně ohradila proti tomu, že by existovala shoda odborníků na tom, že jde o běžnou praxi, jak nemocnice uváděla“ (s. 69).

Povinnost nosit přes den pyžamo snižuje důstojnost člověka a narušuje normalitu, kdy si člověk obléká pyžamo na noc a přes den používá jiný typ oblečení, ideálně své vlastní. To platí např. i v LDN nebo zařízeních sociálních služeb. Jistě jsou situace, kdy je pro poskytování ošetrovatelské péče nezbytné, aby byl pacient v pyžamu (např. pacienti upoutaní na lůžko, jimž je poskytována komplexní ošetrovatelská péče) nebo ve speciálním netrhatelném oděvu (pacienti nebezpeční sobě). Nejsou-li však dány ošetrovatelské důvody, je žádoucí podporovat to, aby pacienti používali denní oblečení, pokud možno své vlastní.

Oblečení pacientů bylo také předmětem monitoringu podle metodologie WHO. V jednom zařízení bylo kritizováno, že byl zaveden „systém výhod a nevýhod“, jehož součástí bylo i odnímání, respektive povolování některých věcí pacientů, ale tento systém nebyl psaný a nebyla upravena jeho návaznost na individuální léčebné plány. V jiném zařízení pak platilo plošné pravidlo nošení pyžama přes den v prvním týdnu hospitalizace. Jinde bylo zjištěno a kritizováno pravidlo na některých uzavřených odděleních, podle kterého pacienti odevzdávali své civilní oblečení. Ve více zařízeních byl také kritizován zákaz nošení vlastního spodního prádla.

Z hlediska pacientů, a zvláště pak pacientek, je důležitý také přístup k odnímání šperků. Jedná se často o předměty s významnou osobní hodnotou a významem pro sebevědomí člověka. V praxi, zejména na akutních odděleních, se lze setkat s tím, že jsou všechny šperky pacientům odnímány a ukládány do trezoru. V souvislosti s tímto opatřením nejčastěji zaznívají dva argumenty. První se týká ochrany cenných osobních věcí a obavy z řešení stížností souvisejících se ztrátou šperků. Druhý argument se opírá o bezpečnostní riziko související především s ponecháním řetízků a různých ozdob, které mohou být ostré nebo se dají použít k zaškrvení části těla. Oba nejčastější argumenty jsou relevantní, musí být však vztahovány ke konkrétním pacientům a předmětům. Riziko ztráty šperků je jistě na místě u pacientů, kteří nejsou schopni si své věci sami ohlídat a zajistit. Stejně tak riziko sebepoškození za použití šperků lze očekávat převážně v rámci akutní fáze onemocnění a opět je třeba k posuzování přistupovat velmi individuálně.

### Jde to i jinak

- Lze vytvořit systém umožňující praní osobního prádla v průběhu dlouhodobé hospitalizace.
- Při pořizování erárního oblečení lze preferovat to, které není uniformní a nepůsobí na první pohled ústavním dojmem.
- Na oddělení je funkční systém uložení potenciálně nebezpečných věcí u personálu a je nastaveno jejich bezpečné zpřístupňování. Kupříkladu pacientka, jež odevzdala holítko, protože představuje nebezpečí pro spolupacientku s rizikem sebepoškození, jej sama může použít při sprchování.

## Doporučení

- > Umožnit pacientům nosit vlastní oblečení, pokud není nevhodné, a nikdy se neuchylovat k používání pyžama jako nástroje k potrestání nebo omezení pohybu, případně k motivaci. U šperků vždy zvažovat míru nebezpečnosti předmětu a riziko, které by mohl představovat.

## 3.7 Kouření

Kouření je činností, která je na psychiatrických odděleních často regulována, a to z mnoha důvodů. V prvé řadě musí být vymezený prostor ke kouření. To vyplývá jednak ze zákona, který na uzavřených psychiatrických odděleních kouření povoluje, ale pouze ve vymezených prostorách.<sup>4</sup> Vymezení prostoru by mělo být učiněno tak, aby chránilo nekuřáky (pacienty i personál) před obtěžujícím kouřem. Není proto vhodné, aby vyhrazené místo ke kouření bylo např. na společném WC nebo společné terase, která má sloužit k pobytu na čerstvém vzduchu (pacient nekuřák, který si chce na terase vypít kávu, je vystaven kouři od ostatních). V případě, že není v rámci uzavřených oddělení kouření umožněno, měla by být pacientům zajištěna adekvátní nikotinová substituce. Další regulací, se kterou je možné se v praxi setkat, je stanovení pevných časů kouření, např. nápis na kuřárně „cigarety se připalují v každou celou hodinu“, nebo jsou kuřárny uzamykány na noc. Takovéto regulace bývají zdrojem konfliktů a je třeba hledat cesty k jejich odbourávání.

### Zkušenosti z praxe

Instalace bezpečnostního zapalovače na kuřárnu výrazně snížila tenzi pacientů dožadujících se po personálu připalení cigaret a zároveň snížila zátěž pro personál spojenou s opakovaným připalováním cigaret.

Na určitých typech oddělení, zejména dlouhodobější péče, personál reguluje počet vydávaných cigaret s odůvodněním, že by pacienti vše vykouřili najednou nebo že by si cigarety vzájemně kradli apod. Toto opatření může mít v individuálních případech své opodstatnění, ale musí jít o konkrétní domluvu s pacientem, případně s tím, kdo má právo disponovat jeho prostředky.

Na jednom uzavřeném psychiatrickém oddělení v rámci všeobecné nemocnice docházelo k opakovaným stížnostem na kouř vycházející z balkonu kuřárny tohoto oddělení. Tento balkon zároveň nemohli využívat pacienti nekuřáci, kterým cigaretový kouř rovněž vadil. Management oddělení rozhodl o úplném zákazu kouření na tomto oddělení. Všichni pacienti–kuřáci zdarma dostávají náhradní nikotinovou léčbu, která jim pomáhá překlenout období bez cigaret v průběhu hospitalizace. Ukázalo se, že tento přístup je ekonomicky únosný, nekomplikuje poskytování lékařské a ošetrovatelské péče a nemá zásadní dopad na spokojenost pacientů.

<sup>4</sup> Ustanovení § 8 odst. 1 písm. e) zákona č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů, stanoví výjimku ze zákazu kouření pro stavebně oddělený prostor vyhrazený ke kouření v uzavřeném psychiatrickém oddělení nebo v jiném zařízení pro léčbu závislostí.

## 3.8 Další režimová opatření

Z výše uvedeného textu vyplývá, že regulací a různých psaných či nepsaných pravidel je na psychiatrických odděleních celá řada. Život na oddělení je dále ovlivňován např. harmonogramem dne. Není výjimečné, že dochází k velmi časnému rannímu buzení pacientů, např. v 6:00 hod. Často to bývá kvůli rigidně nastavenému provozu oddělení, kdy např. noční služba musí před předáním směny vykonat řadu činností (odběry, ranní hygienu pacientů aj.). Rovněž tak bývají regulovány časy, kdy se vypíná televizor, zamykají společenské místnosti a pacienti by měli jít spát. Pro zajištění ohleduplného provozu oddělení je nezbytné vymezení nočního klidu, kdy jsou vytvořeny podmínky pro klidný odpočinek všech pacientů. Noční klid však nemusí nutně znamenat, že jsou všichni pacienti ve 22:00 hod. v lůžku. Pacienti mají individuální návyky a individuální spánkový režim, který by měl být zohledňován. Neměl by být problém umožnit pacientovi, který je zvyklý chodit spát později, aby si ve společenské místnosti v klidu četl nebo sledoval televizi.

### Jde to i jinak

- Na oddělení akutní péče v rámci jedné psychiatrické nemocnice posunuli čas ranního vstávání, který byl mnoho let zafixován, ze 6:00 na 7:00. Takto to popsala staniční sestra oddělení: „O vstávání jsme uvažovali i dřív – pomohlo, že kolegové prošli školením deeskalačních technik (trénink WHO). Proč mají vstávat v 6? Nechodí do práce, není důvod.“
- Denní harmonogram také někdy ovlivňuje přístup pacientů do koupelen. V praxi se lze setkat s tím, že pacient musí požádat o zpřístupnění uzamčené koupelny. Pro uzamykání koupelen je však potřeba mít argumenty, např. na oddělení jsou riziková pacienta, jejichž trvalý monitoring je obtížné zajistit, a volné zpřístupnění koupelen by představovalo vysoké riziko sebepoškození. Obecně by však vždy měla platit snaha o to, aby koupelny byly pacientům volně přístupné.
- Další omezení jsou používána ve vztahu k podávání stravy. Lze se setkat s odděleními, kde pacienti nemají k dispozici příbor a musí používat lžice. Personál to vysvětluje zejména bezpečnostními riziky. Zkušenosti z oddělení, kde tuto praxi již dávno upustili, a není jich málo, však ukazují, že umožnění používání příborů bezpečnost prostředí nijak nenarušilo. Na rizikových pracovištích je nutný větší dohled personálu, někde příbory po jídle počítají. Možnost najíst se příborem výrazně kultivuje stravování a měla by být jednoznačně preferována.



## 4. Jak to změnit

### 4.1 Bariéry zavádění změn – proč to nejde snadno?

#### Tradice

Režimová opatření jsou obvykle na odděleních zaváděna postupně a z konkrétních důvodů. Těmi může být snaha zvýšit bezpečnost pacientů i pracovníků nebo předpoklad, že nastavení pravidel samo o sobě může přispět k léčbě. Určitým problémem ve vztahu k režimovým opatřením bývá vývoj v čase. Praxe na oddělení se vyvíjí, mění se počty personálu, cílová skupina, bezpečnostní či dispoziční opatření. V reakci na probíhající změny by se měla upravovat také režimová opatření, k čemuž však ne vždy dochází. Když se ptáte personálu na konkrétní režimová opatření, často slyšíte odpověď, že to tak bylo vždy a nikdo se opodstatněností a přiměřeností jednotlivých opatření dlouho nezabýval. To, jak je oddělení režimově uspořádáno a jaká pravidla zde platí, se stane tradicí, něčím samozřejmým. S tím souvisí, že konkrétní zvyklost, například zamykání ložnic během dne, nemusí být ani pracovníky ani pacienty vnímána jako něco nevhodného. „Neobjevují se žádné stížnosti od pacientů, tak proč se tím zabývat?“ řekli nám pracovníci na jednom oddělení.

#### Současná epidemie koronaviru

Dá se předpokládat, že s nějakými opatřeními proti šíření koronaviru budeme žít rok, dva. Za tohoto stavu může úsilí například rozvolňovat pravidla přístupu návštěv nebo pohybu pacientů po zařízení narážet na všudypřítomný trend co nejvíc minimalizovat kontakt pacientů s rizikem. Rozsah problému zatím neznáme a můžeme jen doufat, že logika boje s epidemií nebude přetrvávat déle nežli skutečné nebezpečí nákazy.

#### Bezpečí jako absolutní priorita

Požadavek na bezpečí je ve zdravotnictví zásadní. V psychiatrii je to zvláště naléhavé na akutních odděleních. Velká část opatření je zde odůvodněna právě takto. Primárně se jedná o ochranu – pro pracovníky a pacienty – před nebezpečím, jež kvůli nepříznivému zdravotnímu stavu hrozí akutně a u málo známých pacientů se těžko předvídá. Typické je například odebírání osobních věcí při akutním příjmu pacienta. Téměř vše může být totiž použito při autoagresi.

V některých případech se ale může jednat i o bezpečí osob mimo oddělení. Na jednom oddělení odůvodňovali rutinní odebírání mobilních telefonů přítomností pacienta, který dříve páchal trestnou činnost a skrze telefon kontaktoval své dřívější oběti.

Pokud je oddělení definováno jako akutní, určené pro krátkodobé pobyty, je důraz na zajištění bezpečí pochopitelný. Režimová opatření jsou potom považována za diskomfort pro pacienty, za určitou daň za bezpečí,

kteří je ale prioritou. Z různých důvodů, jako je například nedostupnost specializovaných služeb pro forenzní pacienty, ale může jejich pobyt na akutním oddělení trvat týdny, měsíce i roky a plošná opatření už nejsou přiměřená. Zároveň, jak jsme upozornili ve 2. kapitole, přílišný důraz na bezpečí může paradoxně přispívat k výskytu konfliktů na oddělení.

## Zavádění změn pouze na jednom oddělení

Jestliže se změny v režimových opatřeních týkají jen jednoho oddělení v rámci zdravotnického zařízení, může to být složité. Mluvili jsme s pracovníky oddělení, které je v rámci nemocnice vnímáno jako místo, kde jsou schopni zvládat i pacienty, se kterými si jinde nevědí rady. Když na tomto oddělení uvolnili některé režimové prvky, hovořili pracovníci o tlaku z jiných oddělení, kde se cítili ohrožení tím, že by nemocnice přišla o místo, kam mohli být překládáni méně spolupracující pacienti „za trest“.

## Režimová opatření jsou součástí časového rozvržení dne

Režimová opatření mají své místo v denním harmonogramu. Například možnost telefonování pro pacienty následuje po procházce, pokoje se zamykají v době ranního úklidu. Tedy jakákoliv změna se obvykle dotkne i jiných činností mnoha lidí podílejících se na chodu zařízení.

## Nevhodná skladba pacientů na jednom oddělení

Pokud je na jednom oddělení hospitalizováno široké spektrum pacientů, z nichž někteří jsou pachatelé trestných činů s nařízenou ústavní ochrannou léčbou, někteří mají mentální postižení, někdo je ještě mladistvý a jiný třeba nemůže být jinde z důvodu bariérovosti (a lze si doplnit další zvláštnosti), situaci to značně komplikuje. Taková situace představuje bariéru pro nastavení odpovídajících a přiměřených režimových opatření. Každá skupina může totiž potřebovat odlišný přístup a je téměř nemožné nastavit pravidla tak, aby se naplnila veškerá očekávání.

## Snaha o zajištění stejného přístupu ke všem pacientům

Spravedlnost může být vnímána jako rovnost podmínek – například všichni mají odebraný mobil, všichni musejí opustit pokoje atd. Takový přístup se jednodušeji vysvětluje i uplatňuje. Uvolnění některých opatření si vyžádá individuální pozornost pracovníků. Například s větší dostupností kávy během dne může být potřeba některé pacienty více sledovat, nebo pacientovi, který mobilní telefon dočasně nemůže používat, musí být vysvětleno, jak je možné, že ostatní ho používat mohou, apod. Individuální přístup s sebou přináší některé nové požadavky na pracovníky. Změna přístupu vyžaduje více pozornosti pro jednotlivé pacienty, schopnost obhájit odlišné podmínky, a klade také nové nároky na vyzrálou personálu. Individuální přístup nesmí být prostorem pro svévoli či libovůli.

## Paternalistický přístup

Tento přístup v sobě skrývá snahu mít vše pod kontrolou a rozhodovat všechny důležité okolnosti. Zdravotník je expert a od pacienta se očekává, že v průběhu hospitalizace bude respektovat veškerá zavedená opatření. Takovýto přístup je bariérou v rozvoji přirozeného prostředí, ve zplnomocňování pacientů, předávání části zodpovědnosti pacientům a případném rozvolňování režimových pravidel.

## Absence zkušeností z jiných pracovišť

Sdílení dobré praxe, přehled o tom, jak to funguje v podobných zařízeních v České republice, zkušenosti ze zahraničí – to vše jsou důležité aspekty, které mohou pomoci v průběžném přehodnocování a nastavování režimových opatření. Naopak nedostatek zkušeností a uzavřenost v rámci jednoho zařízení vytváří bariéru pro změny.

## Nedostatečná podpora ze strany vedení

V praxi se lze setkat s týmy, kde by pracovníci změny na oddělení rádi aplikovali, obávají se však reakcí ze strany vedení nemocnice nebo primariátu. Vhodná je strategie tzv. pilotních období, kdy se zkouší jednotlivá opatření rozvolnit a změnit a sbírají se argumenty pro případnou dlouhodobější změnu.

## Negativní zkušenosti pracovníků

Pracovníci psychiatrických lůžkových zařízení se někdy setkávají s lidmi, kteří z různých důvodů porušují společenská pravidla mimo oddělení i při pobytu na něm. Je třeba říci, že pracovníci se mohou setkat i s nepokrytým nepřátelstvím a násilím ze strany pacientů. Ačkoliv je těchto pacientů fakticky velmi málo, pro formování přístupu personálu mohou mít zásadní význam. Negativní zkušenosti pracovníků potom představují významnou bariéru při zavádění změn režimových opatření. V důsledku těchto zkušeností se u pracovníků může zvětšovat sociální odstup (dělení my x oni) a mohou se posilovat stereotypy (pacienti jsou označováni jako nevděční, asociální, sobečtí, vykutálení apod.). Stigmatizace ze strany profesionálů je poměrně často zkoumaným jevem. Zpřehlednění lze najít např. u Janouškové et al. (2016).



## 4.2 Doporučení k zavádění změn

Zavádění změn v oblasti uplatňování režimových opatření si vždy vyžádá úsilí. V této kapitole přinášíme postřehy a zkušenosti, které by mohly pomoci.

- > Jedte se podívat do zařízení v České republice, o kterých je známo, že usilují o dobrou praxi, a pokud je to možné, vycestujte do zahraničí. Zkušenosti z jiných míst vám pomohou ujasnit si, co chcete měnit, a budete schopni argumentovat.
- > Tradice jsou důležité, ale dají se měnit. Zásadní je podrobovat jednotlivá režimová opatření pravidelné revizi a zamýšlet se nad tím, zdali je jejich existence i nadále opodstatněná a jste schopni ji obhájit.
- > Prostudujte si publikovaná stanoviska veřejného ochránce práv vztahující se k režimovým opatřením a doporučení CPT (viz kapitola 7.1). Najdete zde zřetelnou argumentaci a oporu pro zavádění změn.
- > Pokud je to možné, zvažujte a navrhujte i konkrétní organizační změny. Hodně může pomoci snížení kapacity oddělení nebo umístění pacientů s nařízenou ústavní ochrannou léčbou odděleně od akutně hospitalizovaných.
- > Řekněte si o podporu vně zařízení. Může se jednat o konzultaci, manažerskou supervizi nebo i jen o návštěvu profesionálů z jiné nemocnice.
- > Pro zavádění jakýchkoliv změn bude vždy klíčový souhlas vedoucích pracovníků, někdy přímo ředitele celého zařízení. Ujistěte se, že máte jejich podporu.
- > Kvalitu péče vytvářejí všichni pracovníci oddělení. Bude snazší, když se vám podaří získat spojení napříč profesemi (mezi manažery, lékaři, sestrami i ošetřovateli).
- > Počítejte s tím, že ne všichni pracovníci navrhované změny uvítají. Komunikujte, buďte trpěliví, vysvětlujte. Je zásadní, aby všichni pracovníci oddělení rozuměli smyslu zavádění změn. Zároveň je třeba zajistit jednotný přístup. Není možné, aby jedna směna například nechávala ložnice odemčené a jiná je zamykala.
- > Začněte měnit věci, které nejsou kontroverzní z hlediska bezpečí. Například opuštění praxe zamykání pokojů prokazatelně snižuje konflikty mezi pacienty a při zajištění jisté míry dohledu nad ložnicemi nesnižuje bezpečí. Rozšíření možností aktivit na oddělení (např. nákup deskových her) také nebude z hlediska bezpečnosti problémem.
- > Některé okolnosti pobytu na oddělení, jako je třeba možnost pobytu na čerstvém vzduchu, úzce souvisí s prostorovými dispozicemi. Pokud se plánují rekonstrukce či výstavba nových oddělení, je to velká příležitost. Buďte u toho a žádejte zohlednění specifických potřeb vašich oddělení. Rekonstruovat a stavět podle modelů starých 20 a více let je dnes stěžejí obhajitelné.
- > Mluvte s pracovníky i s pacienty o tom, co změny přinášejí. Buďte připraveni reagovat, když se objeví problémy.
- > Změny v režimových opatřeních mohou výrazně snížit počet konfliktů i potřebu používat omezovací prostředky. Sledujte tato data a buďte připraveni je i prezentovat na svou podporu.



## 5. Právní rámec

### Použité zkratky

**CPT** – Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání

**CRPD** – Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, vyhlášená pod č. 10/2010 Sb. m. s.

**Doporučení Rec(2004)10** – doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům ve věci ochrany lidských práv a důstojnosti osob s duševní poruchou

**ESLP** – Evropský soud pro lidská práva

**Evropská úmluva o lidských právech** – Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, vyhlášená pod č. 209/1992 Sb.

**Občanský zákoník** – zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů

**VOP 2019** – zpráva veřejného ochránce práv *Ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata, zpráva ze systematických návštěv 2019* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2019 [cit. 12. 2. 2020]. Dostupné z <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/7436>

**Zákon o specifických zdravotních službách** – zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

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

### 5.1 Zásahy do práv člověka při hospitalizaci – jakým právem?

S hospitalizací je pro pacienta spojena celá řada omezení. Naplnění cíle hospitalizace vyžaduje, aby pacient strpěl pobyt na oddělení, podřídil se diagnostickým, léčebným a dalším procedurám včetně léčebného režimu a přizpůsobil se rytmu provozu zdravotnického zařízení. Ztrácí plnou míru soukromí a autonomie, musí snášet dohled zdravotníků, blízkost ostatních a další nepohodlí.<sup>1</sup> Zvláštní zátěž se pojí se situací, kdy pacient s hospitalizací ani nesouhlasí a uplatněním nedobrovolných opatření se cítí ponížen či zlomen.

Není pravdou, že různá omezení pacienta při hospitalizaci se rozumí sama sebou. Pokrok posledních desetiletí ukazuje, že se zajištěním lepších podmínek pro péči lze zásadně rozvinout pozitivní terapeutické prostředí a odbourat řadu omezení. Když uvažujeme o oprávněnosti různých omezení a břemen při hospitalizaci, intuitivně přijmeme morální zásadu, že rozhodující je dobrý účel, který však ne vždy světví všechny prostředky. Jak je tomu ale s právními argumenty? Jakým právem lze různá omezení činit?

Kromě práva nebýt vystaven špatnému zacházení je možné základní práva a svobody člověka při hospitalizaci omezit – a to na základě dobrých důvodů stanovených zákonem a způsobem, jaký zákon předpokládá. Typicky

<sup>1</sup> Srov. rozsudek velkého senátu ESLP ve věci Fernandes de Oliveira proti Portugalsku, č. 78103/14, ze dne 31. 1. 2019, § 124. Jak tíživá někdy omezení jsou, ilustruje výrok Ústavního soudu, podle kterého „[u]ložení ochranného léčení představuje závažný zásah do základních práv člověka, někdy dokonce závažnější než trest odnětí svobody“ [nález Ústavního soudu sp. zn. III. ÚS 3675/16 (N 58/85 SbNU 81), dostupný na <http://nalus.usoud.cz>, bod 21].

tyto důvody zohledňují zájmy druhých osob či společnosti jako celku a v oblasti péče o zdraví i důležitý zájem člověka, který není s to činit o sobě rozhodnutí. Základní právo či svobodu lze omezit také při střetu s jiným základním právem nebo svobodou. Budeme mluvit o tom, že lze právo omezit, ale také o tom, že poskytovatel zdravotní sužby má **povinnost** tak učinit, pokud není jiná možnost a je to nezbytné pro ochranu práva na život a bezpečnost lidí.

Medicína jako věda i praxe stanoví, jaké postupy jsou účelné a nezbytné z hlediska péče o zdraví, nicméně podmínky jejich použití stanoví právo.

## 5.2 Svoboda versus bezpečí

Příklad střetu základních práv lze při psychiatrické hospitalizaci nalézt snadno. Pacient má právo na soukromí včetně svobody jednání, ale má právo i na bezpečí. Z mezinárodního práva (CRPD) dnes vyplývá pro psychiatrickou péči ten přístup, že lidem (pacientům) s psychosociálním postižením je třeba umožnit požívat nejvyšší možnou úroveň svobody, a to jednak za účelem jejich začlenění do společnosti, ale také za účelem zachování jejich důstojnosti a práva na sebeurčení. Zajistit bezpečí pacientů je ale jednou z povinností poskytovatele zdravotních služeb a s ohledem na důležitost práva na život a na ochranu před zraněními a násilím, způsobenými ze strany třetích osob i pacientem samotným, jde o úkol opravňující i k významným zásahům do svobody člověka. V konkrétní situaci právo na život převáží nad právem na svobodu, zvláště pokud duševní porucha (stav) u člověka omezuje jeho schopnost sebeurčení.

Nelze samozřejmě ospravedlnit zásahy samoučelné nebo přehnané, ale jen ty vyplývající z opatření k odvrácení rizika jednak přítomného zpravidla (obecná preventivní opatření) a jednak rizika reálného a hrozícího u konkrétního pacienta (individuální opatření). Ne z každého tvrzeného ohrožení života vyplývá povinnost přijmout nějaká operativní opatření, nýbrž nebezpečí musí být skutečné (nikoli jen možné) a bezprostředně hrozící. Povinnost přijmout opatření vzniká tehdy, když poskytovatel ví nebo má vědět, že je dotyčná osoba v bezprostředním ohrožení života či zdraví. V této situaci je povinen přijmout opatření k odvrácení nebezpečí, která od něj lze rozumně očekávat.<sup>2</sup> Na druhou stranu, vždy zůstane prostor pro názory lidí na to, co je rozumným a přiměřeným přístupem.<sup>3</sup>

Typickým případem z prostředí psychiatrie, kdy se zvažují obecná i individuální opatření, je riziko sebevraždy nebo sebepoškozování. Obecným opatřením, snižujícím příležitost pro ublížení sobě, ale ještě nezasahujícím významně do autonomie lidí, je například eliminace závěsných bodů, zákaz vnášení ostrých předmětů, dohled

<sup>2</sup> S ohledem na nepředvídatelnost lidského chování a provozní volby, které musí být činěny s ohledem na zdroje a priority, však není možné tuto povinnost vykládat takovým způsobem, aby na vnitrostátní orgány kladla nemožné či nepřiměřené břemeno. Viz Fernandes de Oliveira proti Portugalsku, cit. výše, § 110 a 111.

<sup>3</sup> „Opatrnost není paternalismus,“ uvádí soudce Sajó v odděleném stanovisku u případu ESLP ve věci Hiller proti Rakousku, č. 1967/14, ze dne 22. 11. 2016. Pro rozbor opatření, jež lze v českých podmínkách považovat za běžná, viz PETR, Tomáš. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. Čes a slov Psychiatr 2011; 107(2): 106–109.

nad užíváním léků, stanovení systému dohledu, aby neuniklo náhlé zhoršení stavu, či šetření událostí. To, zda mají být přijata již náročnější individuální opatření – zda je to nezbytné a rozumné –, záleží na okolnostech případu. Za rozumná opatření se typicky považuje zintenzivnění dohledu a úprava volného pohybu mimo oddělení (např. pouze s doprovodem). S tím, jak se mění stav člověka (dostaví se účinek léků, schopnost dodržovat dohody, vymizí bludy, ustanou sebevražedné myšlenky a proklamace), mění se i bezprostřednost hrozby.

## **Případ sebevraždy pacienta posuzovaný Evropským soudem pro lidská práva<sup>4</sup>**

### **Okolnosti případu**

Pacient ve věku 35 let byl v minulosti opakovaně dobrovolně hospitalizován v dané psychiatrické nemocnici, pro léčbu několika duševních poruch souvisejících s chronickou závislostí na alkoholu a lécích. (Byla zvažována schizofrenie a deprese. Občas byl agresivní k rodině. Lze uzavřít, že dlouhodobě trpěl závažnou duševní poruchou.) V minulosti několikrát bez dovolení opustil zařízení. Ambulantně se léčil jen nepravidelně. Aktuálně dobrovolně nastoupil do nemocnice poté, co se – poprvé – pokusil spáchat sebevraždu (předávkoval se léky a udělal to v beznaději nad dalšími životními vyhlídkami; nepodařilo se mu obnovit řidičský průkaz, který potřeboval k zaměstnání).

První týden v nemocnici strávil v přísnějším režimu – nesměl opouštět oddělení, musel stále nosit pyžamo. Léky bral dobrovolně. Jeho stav se postupně zlepšil a v důsledku pak směl přes den sám do areálu nemocnice, na oddělení musel být při výdeji jídla, léků a na vizitu; opuštění oddělení musel hlásit sestřám. Rodina jej pozvala domů na víkend a po zhruba čtyřech týdnech hospitalizace také na svátky; lékař to nedoporučil, ale propustku vystavil. Během tohoto pobytu doma se pacient opil natolik, že s ním rodina musela na pohotovost. Odtud nastoupil zpět do psychiatrické nemocnice. Tato intoxikace zpětně nebyla vyhodnocena jako sebevražedný pokus (pil v hospodě, navečer, nevezl k tomu léky, neuvedl suicidální motivaci).

Na oddělení měl rovnou mírnější režim. Jeden den strávil v posteli a jeho stav se zlepšil; nicméně neměl lékařskou vizitu. O den později byl podle ošetřovatelského personálu klidný, trávil čas v areálu nemocnice, dostavil se na oddělení na oběd i na odpolední svačinu. Pohřešován začal být v čase večere v 19 hodin. Personál prohledal park nemocnice, kontaktoval lékaře na telefonu a policii. Následně bylo zjištěno, že zhruba v půl šesté spáchal pacient sebevraždu skokem pod vlak nedaleko nemocnice.

Co se týká sebevražedných myšlenek a výhrůžek, v posledních dnech před smrtí nebyly žádné zpozorovány. Šlo o psychiatrickou nemocnici srovnatelně velkou s těmi českými. Neměla pohotovost ani intenzivní péči. Areál nebyl oplocen. Nemocný neměl problém opustit oddělení i nemocnici. Dokonce si toho personál všiml až asi za dvě hodiny.

### **Posouzení zachování práva na život pacienta**

Pochybila nemocnice nějak? Šlo o nedbalost aktuálního lékařského a ošetřovatelského personálu při poskytování péče? Byla na oddělení špatná organizace péče a zajištění dohledu? Byly oddělení a celá nemocnice špatně zabezpečené?

---

<sup>4</sup> Rozsudek velkého senátu ESLP ve věci Fernandes de Oliveira proti Portugalsku, č. 78103/14, ze dne 31. 1. 2019.

Evropský soud pro lidská práva se zabývá základním právem člověka, aby byl ochráněn jeho život pomocí přijetí preventivních opatření. Tomuto právu odpovídá povinnost orgánů státu, resp. i státních poskytovatelů zdravotních služeb. **V případě sebevraždy pacienta se posuzuje:** 1) zda orgány státu věděly nebo měly vědět, že u pacienta existovalo reálné a bezprostřední riziko sebevraždy; pokud ano, pak 2) zda učinily vše v rámci své kompetence, co se od nich mohlo rozumně očekávat, za účelem předejití realizace rizika; tato povinnost však nesmí na stát klást nepřiměřené břemeno a vést k excesivně restriktivním opatřením.

Soud použil tento **test pro posouzení, zda měla nemocnice vědět, že je zde reálné a bezprostřední riziko sebevraždy:** a) problémy v oblasti duševního zdraví v minulosti pacienta, b) závažnost zdravotního problému, c) pokusy o sebevraždu nebo sebepoškozování v minulosti, d) sebevražedné myšlenky a hrozby, e) známky fyzického nebo duševního rozrušení.

V daném případě byly první tři položky pozitivní – byla tu vážná duševní porucha rozvíjející se už 16 let a nedávný pokus sebevraždy; to představovalo zvýšené riziko. Ale přes tři týdny byl pacient bez projevu suicidálních myšlenek nebo varovných signálů (v nemocnici a doma) a projevoval se klidně. Soud zohlednil, že personál měl **osobní znalost pacienta** (stejní lidé jej léčili opakovaně), a to, že **nemocnice běžně pracovala s bezprostředností nebezpečí**, totiž sledovala stav pacientů a podle toho zpříšňovala a uvolňovala **režim a dohled**.

Soud shledal, že ačkoli riziko sebevraždy u takových pacientů nemůže být vyloučeno, bezprostřednost nebezpečí je v čase různá a v daném případě o ní nemocnice nemohla vědět.

### Poučení z případu

- Při hodnocení celkového nastavení péče a podmínek hrálo roli nastavení úrovní dohledu:** v nemocnici byly dostupné tři – obecný otevřený režim s volným pohybem; přísný, uzavřený režim pobytu na oddělení s dohledem; a v krajním případě omezení v místnosti jako omezovací prostředek. To bylo shledáno jako z hlediska bezpečnosti dostačující.
- Není nezbytné, aby personál o každém pacientovi věděl v každém momentu.
- Zajímavostí je, že pyžamo a župan (zde jako opatření dohledu) neodradily pacienta od opuštění areálu nemocnice.
- Otevřenost areálu psychiatrické nemocnice (absence plotu či zdí) nešla nemocnici k tíži.** Není žádný národní ani mezinárodní standard stanovící, že obecná psychiatrická zařízení mají být tímto způsobem uzavřená. Režim nedobrovolné hospitalizace a případně neopouštění budovy (oddělení) je dostatečný a nemít plot nic neporušuje.
- Při hodnocení péče o daného pacienta hrálo roli, že nemocnice prokazatelně reagovala na změny jeho zdravotního stavu:** úpravou volnosti pohybu (postupně získal povolení pohybu v rámci areálu nemocnice a propustky, a naopak toto bylo odejmuto při komplikacích).

## 5.3 Režim a zásahy do práv člověka

V souvislosti s psychiatrickou hospitalizací se běžně používá **pojem „režim“**, a to v různém významu. Například k vyjádření toho, jakou míru volnosti pohybu pacient má („režim společná/samostatná vycházka“), jaký soubor opatření je pacientovi právě ordinován (stupeň dohledu, přístup do kolektivu) či jaké povinnosti a volnost jsou mu přisouzeny („Jak pacient funguje v režimu?“ „Pacient nedodržuje režim oddělení.“).

Pro potřeby tohoto textu není nezbytné přesné vymezení. Stačí shodnout se na tom, že režimem běžně chápeme opatření, jež určují, kde se pacient smí a má pohybovat, s kým se stýkat, co jíst a pít, co oblékat a čím disponovat, jak trávit čas, kdy vstávat a uléhat a podobně. Tyto všední okolnosti každodenního života mají většinou odraz v **základním právu člověka na soukromí** (to zahrnuje i fyzickou a morální integritu, vč. duševní, rozhodování o sobě, udržování vztahů s dalšími lidmi a soukromí komunikace). Režim na psychiatrických odděleních – dopadající na celý kolektiv či jen na některé pacienty – často k zásahu do práv člověka vede.

„Citlivost režimu spočívá v tom, že může zahrnovat subjektivně velmi náročné požadavky na pacienta či jeho omezení. Ty proto nesmějí být svévolné, nahodilé ani nepřiměřené, nýbrž zakotvené v individuálním léčebném postupu, nebo nezbytné pro zajištění bezpečnosti, terapeutického prostředí a respektování práv ostatních. Neoprávněné zásahy do osobní integrity pacienta mohou samy o sobě nebo skrze kumulativní efekt, a s ohledem na délku trvání a individuální důsledky, dosáhnout až závažnosti špatného zacházení. Obecně sice platí, že opatření, které je z léčebného hlediska nutné, nelze považovat za nelidské nebo ponižující. Avšak v řadě případů zmíněná opatření lékařskou nezbytností pokryta nejsou.“ (VOP 2019, s. 65)

V tomto extraktu ze zprávy ombudsmana je vyjádřeno mnoho z právního pohledu na věc. **Základní práva a svobody člověka je možné (až na výjimky) omezit, ale takový krok musí ctít určitá pravidla**, jak je vysvětleno v kapitole 5.4. Řada zásahů do práva na soukromí při hospitalizaci těmito hlediskům vyhoví. Může ale také dojít k odhalení, že zásah nemá právní oporu a jde pouze o usnadnění provozu oddělení, o zvyklost, nebo například o důsledek očekávání, jak bude postupovat zdravotní pojišťovna (například u častých propustek). Právním pojmem **špatné zacházení** se označují protiprávní zásahy do integrity člověka, jež mají vysokou intenzitu a jež **jsou zakázány bezvýjimečně**.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Závažnosti špatného zacházení mohou při hospitalizaci dosáhnout (i) špatné podmínky a režim, pokud by byla překročena nevyhnutelná míra strádání vždy spojená se zbavením svobody, (ii) nezajištění péče nebo některé nedobrovolně podstoupené léčebné postupy či použití fyzické síly, jež by nebylo nezbytně nutné v důsledku jednání osoby, (iii) neprofesionální jednání nebo dokonce násilí ze strany pečujících a (iv) nezajištění ochrany před ublížením nebo zneužitím ze strany třetích osob. Při posouzení, zda nějaké zacházení dosahuje špatného zacházení, se v případě osob s duševním onemocněním musí vzít v úvahu jejich zranitelnost a jejich neschopnost (v některých případech) stěžovat si (koherentně nebo dokonce vůbec) na to, jak je dané zacházení zasáhlo.

Informace o špatném zacházení lze čerpat ze zpráv veřejného ochránce práv o systematických návštěvách, jež vykonává mj. i na psychiatrických pracovištích. Ochránce špatné zacházení občas konstatuje, častěji v rovině excessu než nějaké systematické praxe. Viz například Zprávu VOP 2019, s. 17 a 11, či zprávy o návštěvách jednotlivých zařízení dohledatelné skrze Evidenci stanovisek ochránce dostupnou z <http://eso.ochrance.cz/Vyhledavani/Search>.

## 5.4 Pravidla oprávněného zasahování do práv pacientů

Při posuzování zásahu do základních práv se zkoumá, zda byl **zákonný, sledoval legitimní cíl<sup>6</sup> a byl přiměřený**. Toto je princip zakotvený v naší ústavě a v zákoně o zdravotních službách se už neopakuje.<sup>7</sup>

Právo na nedotknutelnost člověka vyžaduje, aby zásah do integrity měl zákonné dovolení (zákonná licence, nutná obrana, krajní nouze) nebo souhlas člověka.<sup>8</sup> Zákonný podklad pro režim rozebírají kapitoly 5.5 a 5.6 a na tomto místě pouze poznámka k **souhlasu**. Většina pacientů psychiatrických oddělení je v režimu dobrovolného vstupu. Považovat souhlas s hospitalizací za souhlas s jakýmkoliv režimem na oddělení je však problematické. *Za prvé* z důvodů nenaplnění parametrů platného souhlasu. Lze totiž zpochybnit informování o povaze opatření (podrobnosti režimu nebývají tématem informování před udělováním souhlasu s hospitalizací) a také svobodu souhlasu (pravidla na oddělení bývají jednotná, takže pacient poskytující souhlas s hospitalizací nerozhoduje svobodně o tom kterém opatření, ale je v situaci „ber vše, nebo nenastupuj“). Jiná je situace u souhlasu s individuálními opatřeními vyjednávány s konkrétním pacientem; souhlas s nimi (poskytnutý v různém okamžiku, na začátku či v průběhu hospitalizace) může být platný. *Za druhé* i v případě souhlasu zůstává požadavek na poskytovatele, aby minimalizoval uplatněná omezení (vyplývá ze zásady co nejmenšího omezení), a zákaz diskriminace.

**Snaha o co nejmenší omezení** je jednou ze základních zásad péče o osoby s duševní poruchou. „Osoby s duševní poruchou by měly mít právo na péči v co nejméně omezujícím prostředí a s co nejméně omezující a rušivou (angl. *intrusive*) léčbou s ohledem na jejich zdravotní potřeby a potřebu chránit bezpečnost ostatních.“<sup>9</sup> V zákoně o zdravotních službách je vyjádřena například právem pacienta na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí, při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.<sup>10</sup> Další základní zásadou je, že **prostředí poskytování péče** má, krom specifik plynoucích ze zdravotního stavu pacientů a nezbytnosti chránit bezpečnost lidí, v zásadě odpovídat normě žité lidmi podobného věku, pohlaví a kulturního okruhu v dané komunitě.<sup>11</sup> Bylo by diskriminací na základě zdravotního postižení přistupovat k lidem přijímajícím psychiatrickou péči s tím, že nemají stejné potřeby jako ostatní lidé, že jsou na různá omezení zvyklí apod. Podobně se můžeme přistihnout při diskriminaci, když si při rozvažování o nějakém omezení (například omezení použití telefonu) klademe u jiného pacienta otázku „proč ano“, zatímco u pacienta psychiatrie „proč ne“.

6 Příkladem nelegitimního cíle může být potrestání pacienta nebo pouhé usnadnění provozu oddělení. Jinak nalézt legitimní cíl není těžké.

Pro zásahy do integrity při poskytování zdravotních služeb zákon o zdravotních službách zná jako cíl například zabránění závažné a bezprostřední újmě, řádný chod zdravotnického zařízení, respektování práv jiných pacientů, naplnění účelu ochranného léčení, ochranu před přenosnými chorobami.

7 Je nicméně výslovně uveden v zákoně o specifických zdravotních službách: „Při výkonu ochranného léčení dochází jen k takovým omezením lidských práv, která stanoví zákon, a v takové míře, která je nezbytná k dosažení účelu ochranného léčení, pokud tohoto účelu nelze dosáhnout jinak“ (§ 83 odst. 3).

8 Srov. § 93 odst. 1 občanského zákoníku.

9 Článek 8 Doporučení Výboru ministrů Rec(2004)10.

10 Ustanovení § 28 odst. 3 písm. k) zákona o zdravotních službách.

11 Článek 9 odst. 1 Doporučení Výboru ministrů Rec(2004)10.



Běžnou situací plynoucí z přijímání péče v nemocnici je také omezení práv pacienta při **střetu s jiným základním právem nebo svobodou** (jeho nebo jiného člověka). Střet má být řešen tak, aby byla co nejvíce šetřena obě práva, tedy podmínkou je využití všech možností minimalizace zásahu. K posouzení, zda opatření, které konflikt řeší, nepřiměřeně neupřednostňuje jedno ze zasažených práv, se používá tzv. test proporcionality (blíže v kapitole 5.7).<sup>12</sup>

## 5.5 Individuální léčebný režim

Podle zákona o zdravotních službách je součástí „individuálního léčebného postupu“ také „**léčebný režim**“. Omezení pacienta, jež z léčebného režimu vyplývají, tak mají zákonnou oporu. Léčebným režimem se rozumí „soubor opatření, která podporují léčbu a minimalizují její možná rizika, včetně doporučení úpravy životního stylu“ (§ 3 odst. 3). Pro ilustraci lze zmínit například opatření související s léčbou poruch příjmu potravy, závislostí či sexuálních deviací.

Z povahy věci jde o individuální opatření, navržená konkrétnímu pacientovi, byť by šlo o součást jednotného programu a opatření by spočívala v činnostech týkajících se většího počtu pacientů. Jako u léčby celkově, tak i u aplikace léčebného režimu **zákon požaduje, aby buď pacient poskytl informovaný souhlas, nebo byly naplněny podmínky pro léčbu bez souhlasu**. Přitom platí, že pacient je „povinen dodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas“ [srov. § 41 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách].

Někdy se lze setkat s velmi volným přístupem k léčebnému režimu – vydává se za něj vše, co nějak souvisí s pobytem na daném oddělení. To však není správně. Snadno cítíme, že nelze říci, že nějaký režim je „léčebným“ jen proto, že je uplatněn v nemocnici. Každopádně stejně jako léčba jako celek, tak i léčebný režim se musí řídit pravidly lékařské vědy a uznávanými medicínskými postupy a musí vycházet z individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti – takto je definována **náležitá odborná úroveň** v § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách a pacient má právo na péči této úrovně. Pozor tedy například na falešná zdůvodnění léčbou u nucení psychiatrických pacientů nosit pyžamo přes den nebo vypít přes den jen dvě kávy, nebo na pokusy ovlivňovat chování pacientů skrze odnímání jejich věcí nebo omezování či podmiňování běžných požitků (přístup na vzduch, používání notebooků), označované za součást léčby. Dovodíme však například povinnost strpět režim zavřených dveří u stavů nebezpečnosti sobě nebo pro okolí.

Léčebný režim musí být zaznamenán ve zdravotnické dokumentaci. Zákon je v tomto bodě sice obecný,<sup>13</sup> ale rozhodnutí o omezení pacienta v jeho právech jsou důležitým aspektem poskytování zdravotní služby, a proto musí být zdokumentovaná. Zvláště rozhodnutí typu omezení používání mobilního telefonu či notebooku

<sup>12</sup> Srov. nález pléna Ústavního soudu ze dne 12. 10. 1994, sp. zn. Pl. ÚS 4/94, dostupné z <http://nalus.usoud.cz>.

<sup>13</sup> Podle § 53 odst. 2 písm. d) zákona o zdravotních službách zdravotnická dokumentace podle účelu jejího zaměření obsahuje mj. informace o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb.



či zásah do průběhu návštěv náleží lékaři a musí být zaznamenána včetně důvodů. Forma záznamu není daná. Pokud na oddělení existuje nějaký propracovaný léčebný program, lze i odkázat na jeho písemné zachycení.

Veřejný ochránce práv v reakci na zmíněný „volný“ přístup k léčebnému režimu upozorňuje: „Čím je režim pro pacienta náročnější a restriktivnější, tím lépe musí být ukotven – buď v programu léčby (pozn. například program léčby závislostí na specializovaném oddělení), nebo v individuálním léčebném postupu. (...) Terapeutický plán (při zahájení léčby rámcový, po adaptaci pacienta propracovanější) by měl být nedílnou součástí zdravotnické dokumentace“ (VOP 2019, s. 66). Ochránce kritizoval případy, kdy léčba byla přímo postavena na režimu, ale ten byl jen velmi vágně stanoven, bez jasného vymezení pravomocí jednotlivých členů terapeutického týmu, nebo dokonce komunit, a bez stanovení toho, co se považuje za přestupek (porušením režimu) a kdo o tom rozhoduje.

Dodržení individuálního léčebného postupu je cílem **zvláštních opatření, jež jsou povolena pro ochranné léčení**. Zákon o specifických zdravotních službách umožňuje výjimečný zákaz konkrétní návštěvy, použití telefonu a předávání korespondence a nepovolení krátkodobého opuštění zdravotnického zařízení (§ 85 odst. 1). Zákonné zmocnění se nesmí vykládat široce. Takže jestliže zákon říká „výjimečně zakázat předávání korespondence pacientovi“ nebo „kontrolovat balíky“, nelze z toho vyvodit oprávnění nemocnice zakázat pacientovi přijímat balíky.<sup>14</sup>

## 5.6 Vnitřní řád

Zákon o zdravotních službách předpokládá, že **za účelem zajištění terapeutického prostředí včetně bezpečnosti pacientů i personálu** poskytovatel zdravotních služeb vydá vnitřní řád. Jde o interní pravidla v nemocnici či na oddělení, tedy opatření obecná (na rozdíl od léčebného režimu). Formu zákon blíže nestanoví – typicky půjde o dokumenty nazvané jako domácí řád, vnitřní řád, pravidla hospitalizace apod.

Zákon přímo neříká, co může poskytovatel vnitřním řádem upravit (jen tuto možnost výslovně zmiňuje u práva na přítomnost třetí osoby, provádění návštěv, duchovní péče a přítomnosti asistenčního psa), a tak je třeba to dovozovat z účelu vnitřního řádu. Obvykle jde o pravidla k dodržování hygieny, pořádku, zdvořilosti v kontaktu mezi lidmi, k zajištění nočního klidu týkající se svícení, pouštění televizoru, rádia, používání mobilních telefonů apod.

Zákon o zdravotních službách však stanoví mantinely toho, co poskytovatel může upravit: Podle § 46 odst. 1 písm. a) „vnitřní řád **nesmí zasahovat do práv pacienta nad míru, která je nezbytně nutná** zejména pro řádný chod zdravotnického zařízení a respektování práv ostatních pacientů“. Znovu se zde připomíná základní zásada co nejmenšího omezení.

---

<sup>14</sup> Srov. zpráva veřejného ochránce práv sp. zn. 3519/2019/VOP ze dne 17. 2. 2020, dostupná v Evidenci stanovisek ochrance (ESO) z <https://eso.ochrance.cz>.

V praxi lze v dokumentech některých oddělení nalézt **pravidla překračující účel a meze vnitřního řádu**. Například:

- „Své lůžko udržujte v čistotě, nelehejte si na ně mimo určenou dobu a bez převléknutí do nočního prádla.“
- „Pacient při nástupu hospitalizace odevzdá sestře své oblečení a je vybaven ústavním oděvem.“ (Podrobnosti k odnímání vlastního oblečení jsou v kapitole 3.)
- „Z hygienicko-epidemiologických důvodů může ředitel nemocnice návštěvy dočasně zakázat. Návštěvy dětí do 10 let nejsou z hygienických a psychologických důvodů vhodné.“ První věta je v pořádku, ale druhá věta bez dalšího není vhodným vyjádřením, protože vytváří dojem, že návštěva nebude umožněna. (Podrobnosti k návštěvám dětí jsou uvedeny v kapitole 3.)
- „Tablety, notebooky či počítače nejsou povoleny.“ Omezení způsobu používání této techniky může mít ve vnitřním řádu místo a ve vztahu k jednotlivci může být opodstatněn i dočasný zákaz, ale takové plošné a nerozlišující pravidlo nemá oporu v zákoně.<sup>15</sup>

Dále se lze setkat s **podmiňováním realizace základních práv člověka souhlasem zákonného zástupce** (rodiče) nebo opatrovníka, například u přijímání návštěv konkrétních lidí, telefonování, povolení propustky. To není právně podloženo, protože rolí zástupce je činit právní jednání. Zástupce může dát namísto zastoupeného svolení i k léčebnému režimu (občanský zákoník to umožňuje, pokud je to k přímému prospěchu zastoupeného a v zásadě i v souladu s jeho přáním). To je ale něco jiného než povolování projevů osobnostních práv člověka nebo řízení jeho životního stylu. Podobně zákonný zástupce může mít významný vliv na finanční hospodaření člověka, ale nerozhoduje o tom, jestli bude kouřit cigarety.

Poskytovatel má povinnost zajistit, aby byl pacient s vnitřním řádem seznámen [§ 46 odst. 1 písm. a)], a pacient je při poskytování zdravotních služeb povinen vnitřním řádem se řídit [§ 41 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách]. Je však důležité dodat, že aby mohl být vnitřní řád základem pro omezení práv, musí být pro adresáty svých pravidel **přístupný a jasný a použití pravidel musí být předvídatelné**.<sup>16</sup> Příkladem pro pacienta nejasného pravidla je: „V průběhu hospitalizace je zakázáno řídit motorová vozidla, pokud pacient trpí nemocí uvedenou v příloze č. 3 vyhlášky č. 277/2004 Sb., v platném znění.“ Nikdo nemá příliš v oblibě řeč paragrafů, která může být v některých případech dokonce zstrašující. V tomto případě je pacient v nejistotě a také v obavě, protože citovanou vyhlášku nezná a za porušení vnitřního řádu mu hrozí i sankce.

Dodejme, že zákon o zdravotních službách má výslovné ustanovení, že pacient je povinen nepožívat během hospitalizace **alkohol nebo jiné návykové látky** a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetřením za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek [§ 41 odst. 1 písm. e)].

---

<sup>15</sup> Srov. zpráva veřejného ochránce práv sp. zn. 3963/2019/VOP ze dne 13. 5. 2020, dostupná v Evidenci stanovisek ochrance (ESO) z <https://eso.ochrance.cz>.

<sup>16</sup> Jinak by nevyhověl požadavku na „zákonost“ omezení ve smyslu Evropské úmluvy o lidských právech, srov. například rozsudek ESLP ve věci D. L. proti Bulharsku, č. 7472/14, ze dne 19. 5. 2016, § 102 a 108.

Zákon o specifických zdravotních službách pak dovoluje **zvláštní opatření povolená pro ochranné léčení**. Pacient je povinen „podrobit se na základě odůvodněného požadavku ošetřujícího lékaře osobní prohlídce v zájmu zajišťování vnitřního řádu a vyloučení toho, aby u sebe neměl věc, kterou by narušoval individuální léčebný postup; prohlídku vykonává osoba stejného pohlaví“ a „umožnit zaměstnancům určeným poskytovatelem kontrolu svých osobních věcí“ (§ 88 odst. 1).

## 5.7 Vhodnost, potřebnost a přiměřenost zásahu do práv člověka

Opatření léčebného režimu i to plynoucí z vnitřního řádu nesmí ztroskotat na podmínce přiměřenosti. Posoudit přiměřenost nějakého zásahu do práv člověka není snadné, ale nevyhovění tomuto požadavku má silné důsledky (soudy konstatují protiprávní zásah). Nejde tedy jen o nějaký morální apel. Pomůckou, jak provést strukturovanou úvahu o přiměřenosti, je **tzv. test proporcionality**.<sup>17</sup> Ten spočívá v posouzení tří kritérií, přičemž se musí pracovat s konkrétními okolnostmi. Test proporcionality má tři kroky:

1. **vhodnost** – klademe si otázky: Řeší vůbec pravidlo/opatření daný problém nebo konflikt? Umožní nám dosáhnout sledovaného cíle (například ochrany jiného základního práva)?
2. **potřebnost** – klademe si otázky: Není možné dosáhnout cíle mírnějším opatřením? Proč ne?
3. **přiměřenost** – klademe si otázky: Nepřesahuje negativní dopad pravidla jeho přínos? Je výsledek přijatelný z hlediska hodnot, jako je důstojnost pacienta či zásada co nejméně omezujícího prostředí?

Například někteří z pacientů na oddělení zneužívají **notebooky** k činnostem, jež jsou v rozporu s jejich léčebným plánem (např. gambling), a nevěnují se skupinovým aktivitám, protože tráví čas na notebooku. V reakci na to nemocnice zvažuje zavést do vnitřního řádu pravidlo o zákazu používání notebooků. Vzniká tak konflikt mezi právem pacientů na soukromí a právem na zdraví. Test proporcionality ukazuje, že opatření není vhodné, protože pacientům zůstane přístup na internet skrze mobilní telefony, a není ani potřebné, protože by stačilo stanovit podmínky pro používání notebooků (kde, kdy, jak; možnost uzamknout si notebook pro pacienty, kteří se závadného chování nedopouští) a zákaz stanovit jako krajní opatření individuálně.<sup>18</sup>

Protože okolnosti, především zdravotní stav pacienta, se mění, měla by se u individuálních opatření **pravidelně přehodnocovat** jejich nezbytnost a neúčinnost mírnějších opatření (podle jejich povahy například denně či týdně). Plyne to také ze zásady co nejmenšího omezení: omezující podmínky a opatření shledané v jednom okamžiku jako odpovídající zdravotní potřebě pacienta již se zlepšením jeho stavu nemusí být přiměřené a měly by být zmírněny.

<sup>17</sup> Srov. náleží pléna Ústavního soudu ze dne 12. 10. 1994, sp. zn. Pl. ÚS 4/94, nebo náleží pléna ze dne 9. 10. 1996, sp. zn. Pl. ÚS 15/96, obojí dostupné z <http://nalus.usoud.cz>.

<sup>18</sup> Srov. zpráva veřejného ochránce práv sp. zn. 8135/2018/VOP ze dne 23. 5. 2019, dostupná v Evidenci stanovisek ochrance (ESO) z <https://eso.ochrance.cz>.

Testem proporcionality tedy **zpravidla neprojdou pravidla, jež zakládají nějaké automatické a plošné omezení** práv člověka, bez rozlišování okolností (kontrola veškeré korespondence, přítomnost personálu při veškerých návštěvách, zákaz mobilních telefonů, zákaz návštěv dětí apod.) a bez pravidelného přezkumu trvání odůvodněnosti (kontrola napořád, i když už u pacienta pomine nebezpečí). Velice přísně se test provádí tam, kde má jít o omezení pacienta v kontaktu s jeho rodinou nebo osobami (či organizacemi), které mu pomáhají. V podstatě lze doporučit vázat omezení tohoto typu na každodenní provedení individuálního hodnocení rizika.

Dalším příkladem nepřiměřeného opatření (individuálního) je **velmi restriktivní režim**, jenž popisuje veřejná ochránkyně práv na základě šetření v několika psychiatrických nemocnicích. Týkal se pacientů v ochranném léčení umístěných z bezpečnostních důvodů dlouhodobě na příjmovém oddělení. Dalším případem byli pacienti kvůli zajištění dohledu dlouhodobě (dny a týdny) drženi v ložnici nebo jinak vyloučení z kolektivu oddělení. Sociální deprivace, chudý program a omezení svobody podle délky trvání mohou dosáhnout závažnosti špatného zacházení. Ochránkyně uvádí: „Pokud z hlediska léčebného režimu považuje lékař za nezbytné izolovat pacienta od určitých podnětů či látek nebo jiných pacientů, je to přípustné, ale musí se jednat o opatření přísně individuální a přiměřené, dočasné a provázené pojistkami proti zneužití. (...) Mimo jiné musí být stanoveno, jak bude opatření kompenzováno – jak bude probíhat nefarmakologická část terapie, volnočasové aktivity, kontakt s jinými lidmi, pobyt na vzduchu, kouření. Pokud tato opatření není schopen pokrýt personál oddělení, musí být posílen“ (VOP 2019, s. 71).

## 5.8 Hraje roli, zda je hospitalizace nedobrovolná?

Při stanovení režimu konkrétního pacienta nemá být rozhodující jeho právní status. Předně je třeba poznamenat, že formální status ani nemusí odpovídat skutečnosti – řada pacientů s podepsaným dobrovolným vstupem je fakticky v situaci zbavení svobody, neboť nemocnice vykonává úplnou a účinnou kontrolu nad jejich jednáním a pohybem.<sup>19</sup>

Samozřejmě, že když stát zbaví člověka svobody (a to je situace nedobrovolné hospitalizace), musí zajistit vhodné podmínky odpovídající jeho potřebám; tedy předpokládá se i velká bdělost a pečlivost při ochraně jeho zdraví a života, a tedy i při nastavení režimu. Ale ze samotného rozhodnutí o detenci neplyne nějaká povinná míra omezení či uzavřenosti, například držení na uzavřeném oddělení či stálá přítomnost v nemocnici.<sup>20</sup> A na druhou stranu, i vůči „dobrovolnému“ pacientovi má nemocnice obecnou povinnost rozumnými opatřeními ho chránit před reálným a bezprostředním nebezpečím (v kazuistice v kap. 5.2 status dobrovolného pacienta nedostal velkou váhu při posuzování ochrany před sebevraždou).

<sup>19</sup> Posuzuje jeho zdravotní stav, rozhoduje o léčbě, pobytu a pohybu, včetně kontaktu s blízkými mimo zařízení, vykonává neustálý dohled a brání v odchodu. Není určující, zda je oddělení zamčené nebo zamknuté. Jádrem je povinnost zdržovat se tam, hlásit odchod a být podřízen rozhodnutí o nepovolení odchodu. Srov. rozsudek ESLP ve věci H. L. proti Spojenému království, č. 45508/99, ze dne 5. 10. 2004, § 91 a 92.

<sup>20</sup> Evropský soud pro lidská práva neshledal porušení práva člověka na život, když pacient s platným rozhodnutím o detenci měl režim samostatných vycházek (a při jedné spadl či skočil pod vlak). Srov. rozsudek ve věci Hiller proti Rakousku, cit. výše.

Je nicméně třeba připomenout, že je mýtus, že nedobrovolná hospitalizace znamená přivolení soudu k jakékoli léčbě pacienta. Neplatí to ani o zacházení a režimu. Jednak pacientovi může zůstat způsobilost vyslovovat (ne) souhlas. A jednak z práva člověka na svobodu plyne, že intenzita omezení nemá zůstat stejná po celou dobu nedobrovolné hospitalizace, nýbrž musí být zmírněna na míru zcela nezbytnou, jakmile se změní okolnosti, které si je vyžádaly.<sup>21</sup>

## 5.9 Hraje roli, zda jde o zařízení akutní, nebo následné péče?

Rozlišování mezi péčí akutní a následnou může mít praktický význam při stanovení režimu. Za prvé proto, že východiskem při zajištění bezpečí pro pacienta je hodnocení rizika. Velkou roli pochopitelně hraje to, nakolik personál pacienta zná; to na pracovištích akutní péče s kratšími pobyty může být složitější. Za druhé, nastavení režimu také odpovídá cílové skupině oddělení. Obecně vyšší riziko lze předpokládat u pacientů v akutní fázi nemoci. Na druhou stranu ale zvláštní potřeby mají i pacienti následné péče (někteří pacienti s ochrannou léčbou, pacienti s mentálním postižením). Za třetí, u hodnocení závažnosti zásahu do práv hraje roli čas, po který mu byl člověk vystaven. Dlouhé trvání různých omezení může být tíživější, tudíž při pouze několikadenní hospitalizaci (typicky na akutním oddělení) nemusí být ještě kvalifikováno jako špatné zacházení.

Lze tedy uzavřít, že spíše než dělení na akutní a následnou péči je důležité zaměření konkrétního oddělení – zda je například uzavřené, či dokonce střežené. V takovém zařízení lze považovat za odůvodněné, aby personál kontroloval obsah zásilek a přesvědčil se, že jimi na oddělení nepronikají nebezpečné předměty nebo drogy.<sup>22</sup> U otevřeného oddělení by to bylo nepřiměřené.

## 5.10 Stížnosti

Pacient má právo podat proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb stížnost, přičemž § 93 a násl. zákona o zdravotních službách pro to stanoví formální postup. Vedle toho žitá praxe zná i neformální cesty, jak se ohradit či žádat přezkoumání, v rámci zaběhnutých postupů na odděleních (primářská vizita, komunita, individuální rozhovor s vedoucím pracovníkem). Hodnocení přístupnosti a účinnosti té které cesty nebylo předmětem této práce. Je však důležité na závěr dodat obecnou zásadu, že totiž **uplatnění všech myslitelných režimových opatření musí být otevřené přezkoumání** na žádost (či stížnost) pacienta. Bylo by lépe, pokud by zákon přímo stanovil způsob, jak se pacient může odvolat proti různým nedobrovolným postupům, aby se

<sup>21</sup> Hiller proti Rakousku, cit. výše, § 54.

<sup>22</sup> Srov. D. L. proti Bulharsku, cit. výše, § 102 a 103. Případ se týkal kontroly zásilek pro děti v zabezpečeném výchovném ústavu. Závěry lze přiměřeně použít také pro psychiatrickou detenci. Soud nicméně odmítl, aby byla kontrola automatická a aby se týkala všech zásilek, tedy bez rozlišení odesílatelů a dopadajících například i na korespondenci s právníkem, nevládní organizací apod.



## ANALÝZA REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ

pacienti a poskytovatelé nemuseli hned soudit. Protože to však není případ zákona o zdravotních službách, lze doporučit, aby se za účelem férového zhodnocení námitky pacienta uplatňoval místní stížnostní mechanismus. Nabídnutí důvěryhodného „nízkoprahového“ stížnostního mechanismu je pro poskytovatele psychiatrické péče opravdovou výzvou. Samozřejmostí je přístupnost informací o něm pro pacienta přímo v průběhu hospitalizace a dokumentování výsledku řešení stížnosti, v případě těch neformálních alespoň ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

## 6. Rejstřík právních pojmů

**Co nejméně omezující prostředí** – pravidlo plynoucí ze Zásady nejmenšího omezení.

Podle § 28 odst. 3 písm. k) zákona o zdravotních službách<sup>23</sup> má pacient právo „na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb“.

**CPT** – zkratka pro Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Výbor provádí návštěvy také na těch pracovištích psychiatrické péče, kde dochází ke zbavení osobní svobody, a dává doporučení vládě navštíveného státu. Ustálené názory výboru se označují jako **Standardy CPT**. Nejsou právně závazné, ale působí neformálně nebo jako pomůcka pro výklad předpisů. Řada standardů CPT byla přijata do zákonů a soudních rozhodnutí.

**Dohled** – ve smyslu opatření v rámci individuálního léčebného postupu.

V zákoně o zdravotních službách najdeme i jiné významy tohoto slova. V kontextu psychiatrické hospitalizace jde o sledování a kontrolu pacienta ze strany zdravotnického pracovníka. Intenzita dohledu není závazně stanovena, takže každé pracoviště si stupně musí stanovit, aby měl dohled (popř. „zvýšený dohled“) konkrétní obsah. Zanedbání dohledu potřebného s ohledem na rizika a potřeby pacienta je typ pochybení poskytovatele, protože má povinnost poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni.

**Léčebný režim** – opatření naordinovaná u konkrétního pacienta.

Jde o součást individuálního léčebného postupu. Oba pojmy mají právní definice: „Individuálním léčebným postupem se rozumí poskytování zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů, v logické a časové posloupnosti konkrétnímu pacientovi, včetně jejich možných variant a metod. Součástí individuálního léčebného postupu je zejména diagnostická rozvaha, návrh léčby, včetně léčebně rehabilitační péče a doporučení dalšího postupu při poskytování zdravotních služeb. Součástí individuálního léčebného postupu je i léčebný režim, kterým se rozumí soubor opatření, která podporují léčbu a minimalizují její možná rizika, včetně doporučení úpravy životního stylu“ (§ 3 odst. 3 zákona o zdravotních službách). V rámci psychiatrické péče může léčebný režim zahrnovat i opatření v oblasti dohledu nad pacientem, kontaktu pacienta s ostatními lidmi či strukturování prožívání dne.

**Návštěvy** – přijímání návštěv je právem pacienta, jehož výkon může poskytovatel usměrnit.

Pravidla vychází z § 28 odst. 3 písm. i) zákona o zdravotních službách, podle něhož má pacient právo „přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, a to s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, pokud tento zákon nebo jiný právní předpis nestanoví jinak“. (Toto právo nemůže uplatnit pacient, kterému je poskytována záchytná služba.)

Nadto je u pacientů s ústavním ochranným léčením dovoleno „výjimečně zakázat konkrétní návštěvu u pacienta“, jestliže je důvodné podezření, že by závažným způsobem narušovala individuální léčebný postup [§ 85 odst. 1 písm. a) bod 1 zákona o specifických zdravotních službách;<sup>24</sup> návštěvy právního zástupce ale zakázat nelze].

### **Omezovací prostředky**

Jde o použití fyzické síly, mechanického prostředku, medikamentu (proti vůli člověka) nebo izolování pro omezení nebo znemožnění pohybu pacienta. Zákon o zdravotních službách v § 39 vyjmenovává povolené typy prostředků a stanoví, že je možné je použít pouze tehdy, je-li účelem odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob a nelze-li tohoto účelu dosáhnout mírnějším postupem.

**Práva pacienta** – široký pojem, nikoli seznam na jednom místě zákona.

V zákoně o zdravotních službách je takto nadepsána jedna pasáž (od § 28), ve které se zakotvují některá specifika související s postavením člověka jako pacienta (informovaný souhlas, náležitá odborná úroveň poskytovaných služeb, svoboda volby poskytovatele atd.). Podrobnosti právního postavení pacienta však nalezneme i na jiných místech zákona (o vnitřním řádu, stížnostech apod.), také v občanském zákoníku, zákoně o specifických zdravotních službách a dalších obecných předpisech síly zákona i ústavy (Listina základních práv a svobod). Proto je zapotřebí si ve vztahu ke konkrétnímu problému zjistit, co předpisy stanoví.

**Právo na soukromí** – široký pojem, přesahující úzký význam slova „soukromí“.

Právní terminologie vznikala paralelně ve více zdrojích, a proto není jednotná. S pojmem „právo na soukromí“ v kontextu hospitalizace lze dobře pracovat.<sup>25</sup> Lze opsat, že každý člověk má právo na existenci soukromé zóny, do které by neměl nikdo vstupovat či zasahovat, a to jak ve smyslu prostorovém, tak co do rozhodování o sobě. V tomto pojetí do „soukromí“ či „soukromého života“ patří mj. ochrana fyzické a morální integrity (včetně té duševní), zdravotní informace, kontakty a vztahy s dalšími lidmi a soukromí komunikace, rozhodování, jak žít svůj život, svéprávnost.

---

<sup>24</sup> Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>25</sup> S odkazem na občanský zákoník (§ 86) a Evropskou úmluvu o lidských právech (čl. 8 odst. 1) lze spolu s komentátorem Tomášem Doležalem konstatovat, „že právo na soukromí je v oblasti privátní sféry člověka skutečně všezahrnující a pohlcuje jinak běžně separátně uváděná další dílčí osobnostní práva (právo na čest a důstojnost, na tělesnou integritu atd.)“. DOLEŽAL, Tomáš. Komentář k § 86. In: MELZER, Filip; TĚGL, Petr a kolektiv. Občanský zákoník – velký komentář. Svazek I. § 1–117. Praha: Leges, 2013, s. 551. Dále srov. KRATOCHVÍL, Jan. Kapitola XVIII [Právo na respektování soukromého a rodinného života (čl. 8 EÚLP)]. In: KMEC, Jiří; KOSAŘ, David; KRATOCHVÍL, Jan; BOBEK, Michal. Evropská úmluva o lidských právech. 1. vydání. Praha: Nakladatelství C. H. Beck, 2012, s. 863.



K zajištění realizace soukromého života a vymezení přípustných zásahů do něj je přijata řada zákonných ustanovení. Občanský zákoník stanoví, že nikdo nesmí zasáhnout do soukromí jiného, nemá-li k tomu zákonný důvod (§ 86). V zákoně o zdravotních službách je obecné ustanovení, že pacient má právo „na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb“ [§ 28 odst. 3 písm. a)]. Ale práva na soukromí se týká prakticky celý zákon o zdravotních službách, stejně jako další předpisy.

V zákoně o zdravotních službách nenajdeme nic k **notebookům či telefonům**. Možnost mít u sebe telefon nebo notebook (s připojením na internet) je projevem pacientova práva na soukromí a jeho práva přijímat informace. Protože v zákoně nenajdeme výslovné zmocnění k omezení jejich používání, může být přípustné jen v jasné návaznosti na individuální léčebný postup nebo vnitřní řád, a ty zase musí zakládat omezení jen v míře nezbytné pro zajištění bezpečnosti, chodu oddělení a respektu k právům spolupacientů.

**Režim** – pojem, který se v běžné mluvě často používá, ale je chápán a vykládán různě.

Používá se pro opatření naordinovaná u konkrétního pacienta, častěji ale pro podmínky života na oddělení vyplývající z nejrůznějších pravidel, klinické praxe a provozu zdravotnického zařízení.

**Vnitřní řád** – interní pravidla v nemocnici či na oddělení, jejichž vydání a respektování předpokládá zákon.

V praxi může být označován různě, například jako domácí řád či pravidla hospitalizace. Zákon o zdravotních službách stanoví mantinely toho, co poskytovatel může upravit: Podle § 46 odst. 1 písm. a) „vnitřní řád nesmí zasahovat do práv pacienta nad míru, která je nezbytně nutná zejména pro řádný chod zdravotnického zařízení a respektování práv ostatních pacientů“.

Poskytovatel má povinnost zajistit, aby byl pacient s vnitřním řádem seznámen (tamtéž), a pacient je při poskytování zdravotních služeb povinen vnitřním řádem se řídit [podle § 41 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách].

**Zásada nejmenšího omezení** – základní zásada při poskytování psychiatrické péče.

„Osoby s duševní poruchou by měly mít právo na péči v co nejméně omezujícím prostředí a s co nejméně omezující a rušivou (angl. intrusive) léčbou s ohledem na jejich zdravotní potřeby a potřebu chránit bezpečnost ostatních.“ To stanoví článek 8 Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy Rec(2004)10 členským státům o ochraně lidských práv a důstojnosti osob s duševní poruchou. Odpovídá to zásadě 9(1) ve starším, celosvětovém dokumentu OSN Zásady ochrany osob trpících duševním onemocněním a zlepšování péče o duševní zdraví z roku 1991 (UN A/RES/46/119).

Konkrétním projevem uplatnění této zásady je například přesunutí pacienta indikovaného pro nedobrovolné přijetí do méně restriktivních podmínek, jakmile to jeho zdravotní stav dovolí. Dále pak rozvíjení dostupnosti alternativ k nedobrovolným postupům, či podrobení omezovacích prostředků velmi přísným pravidlům.



### **Zásah do základních práv**

Kromě naprostých výjimek lze práva pacienta omezit, ale musí se tak stát na základě zákona. Omezení dále musí sledovat legitimní cíl a musí být tomuto cíli přiměřené. Naplnění těchto podmínek určuje, zda byl zásah do základních práv oprávněný, nebo protiprávní. Toto je princip zakotvený v naší ústavě a v zákoně o zdravotních službách se už neopakuje.

### **Zranitelnost osob s duševní poruchou** – jako právní pojem.

V rozhodnutích soudů se uplatňuje například při zkoumání, zda nějaké protiprávní zásahy představují špatné zacházení, nebo zda má osoba právo na nějaké zvláštní ohledy a ochranu.

Česká republika se hlásí k závazku chránit zranitelné osoby s duševní poruchou, zvláště pak ty, které nemají schopnost poskytnout souhlas nebo nemusí být schopny bránit se zásahům do svých práv. Mají existovat právní nástroje k ochraně také ekonomických zájmů osob s duševní poruchou [to stanoví čl. 7 odst. 1 Doporučení Výboru ministrů Rec(2004)10].



## 7. Zkušenosti ze zahraničí

### 7.1 Názory a doporučení CPT

Evropský výbor CPT už 30 let provádí návštěvy v různých uzavřených zařízeních v Evropě (nyní ve všech 47 státech Rady Evropy) a sleduje, jak vlády naplňují svůj závazek chránit před špatným zacházením.<sup>1</sup> Takto navštěvuje i uzavřená psychiatrická zařízení. Zprávy o návštěvách a názory výboru na to, co by státy měly zlepšit, respektive jaké zacházení s pacienty je nepřijatelné, se postupně zveřejňují, takže se z nich můžeme učit.<sup>2</sup>

Ve výstupech CPT rozhodně **nalezneme oporu pro opatření**, jež mají za cíl zajistit ochranu práv všech pacientů, a to i opatření, jež některá jejich práva omezí. Na druhou stranu je zřejmé, že **pokud by se dařilo realizovat doporučení CPT plně, pak by omezení práv pacientů rozhodně nebyla opatřením primárním a častým**.

- Velký důraz se klade na prevenci zastrašování a násilí mezi pacienty. Doporučuje se zajistit dohled a náležitě reagovat, pokud jsou zaznamenány nějaké varovné známky, a potažmo tedy i zajistit dostatek řádně vyškoleného personálu. Dále se doporučuje zvláštní ochrana pro děti léčené spolu s dospělými a pro pacienty s mentálním postižením.
- Dopodrobna je v doporučeních rozpracována rovněž ochrana před sebevraždou, včetně zajištění, aby pacienti neměli snadný přístup k předmětům, jimiž by se mohli sebepoškozovat. U pacientů s vysokým rizikem sebevraždy se žádají zvláštní opatření, jež ale mají zachovávat lidskou důstojnost (například pokud pacientovi nemůže být ponecháno běžné oblečení, má být k dispozici oděv ze speciálního materiálu, aby pacient nebyl neoblečený).
- Zvlášť je tematizována ochrana žen v situaci, kdy oddělení je koedukované. Vedle jasných pozitiv jsou zde také rizika, a proto CPT považuje za standard zajistit, že pacientky nejsou vystavovány interakci, jež by byla nevhodná a ohrožovala jejich soukromí. Krom oddělených ložnic by mělo být zvlášť i sociální zařízení.
- Výbor se občas setkává s tím, že pacient je po velmi dlouhou dobu držen odděleně od ostatních (zpravidla z bezpečnostních důvodů, například pro nepředvídatelné chování vůči jiným pacientům), a to i po dobu měsíců a let. CPT žádá, aby se v případech odděleného umístění scházel multidisciplinární tým k posouzení, co by se dalo udělat pro zmírnění režimu pacienta, a aby měl pacient právo se proti rozhodnutí o svém odděleném držení odvolat k nezávislé instanci.

V některých bodech je standard zacházení relativně přísný a CPT očekává, že **poskytování zdravotní služby bude zajištěno tak, aby z dodržení standardu nevyplývalo žádné „vedlejší“ omezení práv pacientů**:

1 Nezkrácený název výboru „Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání“ odkazuje na to, že primárním účelem je posilovat ochranu před velmi závažnými formami porušení práv člověka.

2 Zprávy z jednotlivých návštěv jsou v momentě, kdy o to dotčená vláda požádá, dostupné zde: <https://www.coe.int/en/web/cpt/states>. Shrnuté názory a doporučení výboru, nazývané Standardy CPT, jsou dostupné zde: <https://www.coe.int/en/web/cpt/standards>, přičemž většina je přeložena do češtiny.

- Velkokapacitní ložnice CPT chápe jako již neodpovídající současnému standardu ubytování psychiatrických pacientů, protože mají protiterapeutické účinky na pacienty a snižují soukromí a bezpečnost.
- Doporučuje se zajistit výzdobu vnitřních prostor, jež podpoří stimulaci pacientů, a standardní nábytek v pokojích včetně uzamykatelného prostoru pro pacienta. Odmítá se použití kamer v běžných ložnicích (za určitých okolností se připouští v izolačních místnostech či ložnicích zvýšeného dohledu).

Ve standardech CPT rozhodně **nalezneme podporu pro zmírňování omezení**, jak je to rozebráno v kapitole 3:

- CPT kritizuje povinnost neustále nosit pyžamo – pro nepříznivý vliv na identitu a sebepojetí pacienta by neměla být součástí léčebného režimu. Pokud je nutné zajistit pacientovi oděv, nemělo by se jednat o jednotný oděv zdůrazňující ústavnost. CPT také doporučuje, aby se pacientům umožňoval přístup do ložnic a nebyli nuceni trávit den spolu s ostatními. CPT se již také ve zprávách vyslovoval k podmínkám konání návštěv – tam, kde je to zapotřebí k zajištění minimální míry soukromí, žádá zřízení návštěvních místností; zároveň připouští dohled nad průběhem návštěvy, když je to nezbytné.
- CPT považuje za dobrou praxi, pokud jako základ platí, že pacientovi je ponechán mobilní telefon. Případná omezení musí vycházet z jasných pravidel nemocnice a musí být pacientům vysvětlená. Co se týká omezení přístupu k telefonu nebo omezení soukromí při jeho použití, to se připouští pouze na základě odůvodněného rozhodnutí lékaře a nesmí se vztahovat na komunikaci s právníkem.
- V kapitole 3 již bylo pojednáno o standardu CPT ohledně každodenního přístupu na vzduch, omezeného v podstatě jen zdravotním stavem a účastí na úkonech souvisejících s léčbou, jež vyžadují přítomnost na oddělení. CPT zrovna ve zprávě pro českou vládu o návštěvě v roce 2014 dodává, že zákaz pobytu na vzduchu se nesmí používat jako neformální trest (v bodě 155).

Standardsy a doporučení CPT vznikají v reakci na poznatky z nemocnic (akutní i následné péče) a na jejich formulování mají rozhodující vliv lékařští členové výboru a jeho experti. To jednak znamená, že je důležité věnovat čas seznámení se s konkrétním kontextem, na který to které hodnocení a doporučení reaguje, a jednak se lze spoléhat, že **se tvoří na základě expertizy širokého okruhu zdravotnických odborníků**. Mimo jiné to praxi v zařízeních té které země konfrontuje s pohledem odborníků působících v zařízeních v jiných zemích, a tím se odhalují praktiky, jež jsou čistě místní a tedy stěží nezbytné z medicínského hlediska. V situaci, kdy řada režimových opatření nemá vědecké podložení a opírají se především o empirickou zkušenost s jejich účinkem v nějakých podmínkách, jsou standardy CPT neocenitelným korektivem s náležitou odbornou vahou. Na druhou stranu, nelze k nim přistupovat jako ke standardu péče; jde o standard k zajištění prevence špatného zacházení, takže je nutně užší, než je celá škála problémů a cílů, jež psychiatrická péče řeší, a nenabízí odpovědi na všechny otázky.

## 7.2 Právní úprava ve Finsku

Propracovaný právní rámec pro zásahy do práva na soukromí pacientů lze nalézt ve Finsku. To, ohledně čeho mají čeští zdravotníci často dotazy (a občas to i intuitivně praktikují), tam má jasnou úpravu.

Jedna kapitola finského zákona o duševním zdraví<sup>3</sup> je nadepsána *Omezení základních práv pacientů v průběhu nedobrovolné léčby a vyšetření*. Připouští se omezení „práva pacientů na sebeurčení a další základní práva“, a to na základě výslovných zmocnění v zákoně a pouze v míře nezbytné pro léčbu onemocnění nebo pro bezpečnost pacienta či jiných osob, nebo kvůli jinému zájmu uvedenému v zákoně.

### Výslovnou úpravu v zákoně má:

- Možnost zakázat pacientovi opustit areál nemocnice nebo určené oddělení. Personál může pacientovi v odchodu bránit a použít při tom (bližší neurčená) opodstatněná opatření, přičemž „při hodnocení oprávněnosti těchto opatření se musí vzít v úvahu důvody pro hospitalizaci pacienta, hrozba pro bezpečí jeho či jiných osob, jež by představoval jeho odchod, dostupné zdroje a další okolnosti mající vliv na hodnocení dané situace“ (§ 22d). Znamená to, že o zákazu volného pohybu se uvažuje „proč ano“, a nikoli „proč ne“.
- Možnost zadržet různé věci: drogy, věci použitelné pro užívání drog, látky a předměty představující nebezpečí pro zdraví nebo bezpečnost pacienta a ostatních, dále také látky a věci vážně překážející péči a představující vážné nebezpečí pro pořádek na oddělení, a potom také peníze a další platební prostředky, pokud je pravděpodobné, že by je pacient v daném zdravotním stavu zničil. Jiný zákon stanoví, které věci (látky) se likvidují; ostatní se po skončení hospitalizace vrací pacientovi (§ 22g).
- Možnost zkontrolovat pokoj a věci pacienta, pokud je rozumný důvod k podezření, že má u sebe výše uvedené látky a předměty, a ze stejného důvodu také zkontrolovat obsah zásilek (bez čtení dopisů a zpráv; § 22h) a prohledat pacienta. Jsou stanoveny i podmínky pro tělesnou prohlídku a provedení testů, pokud je zde rozumně podložené podezření, že pacient je pod vlivem drog nebo je má u sebe, případně že je přenáší v těle (§ 22i).
- Možnost omezení pacienta v kontaktech s vnějším světem, pokud tyto vážně překáží léčbě, rehabilitaci nebo bezpečnosti pacienta nebo pokud je omezení nezbytné pro ochranu soukromí jiných osob (§ 22j). Zákon obsahuje výslovné zmocnění číst nebo zadržet dopis a odejmout pacientovi jeho vybavení (telefon), nebo omezit jeho používání. Zadržaná korespondence pak musí být uložena zvlášť, aby ji nemohl číst nikdo jiný než ten, kdo o zadržení rozhoduje. Je zároveň určeno, jaká korespondence nebo jiná komunikace se nesmí nikdy omezit (kontrolní a soudní orgány, mezinárodní monitorovací orgány, právník, nemocniční ombudsman). O omezení v kontaktu s vnějším světem musí být vydáno písemné rozhodnutí a pacient, a případně i další osoby, musí mít příležitost se vyjádřit. V rozhodnutí musí být uveden důvod omezení, na koho se vztahuje, jaký druh kontaktů se omezuje a do jaké míry. Rozhodnutí musí být vydáno na omezenou dobu a celkem smí být v účinnosti maximálně 30 dní.

<sup>3</sup> Zákon č. 1116/1990, ve znění pozdějších předpisů. Anglická verze [cit. 2. 5. 2020] dostupná z [https://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/1990/en19901116\\_20101338.pdf](https://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/1990/en19901116_20101338.pdf).

O opatřeních smí většinou rozhodnout ošetřující lékař pacienta. O některých může bezprostředně rozhodnout ošetřovatelský personál a až později žádat potvrzení (zadržení věcí) a některá jsou zase vyhrazena vedoucímu lékaři (omezení kontaktu s vnějším světem). Požaduje se (§ 22k), aby pro využívání těchto zmocnění nemocnice vydaly detailní vnitřní předpis a aby pro účely sledování a kontroly každé oddělení vedlo zvláštní seznam uplatněných opatření (včetně uvedení identifikace pacienta a těch, kdo rozhodovali a konali; data se uchovávají dva roky). Proti rozhodnutí o zadržení věcí z majetku pacienta a o omezení kontaktu s vnějším světem je možné do 14 dní podat odvolání ke správnímu soudu, aby byl výkon rozhodnutí zakázán nebo ukončen. Zákon stanoví zvláštnosti takového podání a procesu. Mimo jiné to, že odvolání nemá odkladný účinek a že odvolat se mohou i dětští pacienti starší 12 let (§ 24 a 25).

Nad rámec tohoto zákonného zmocnění nesmí finské nemocnice stanovit žádné omezení práv pacientů. Jsou zde ale samozřejmě i další opatření, povolená jinými předpisy, jako například používání kamerových systémů. To je dovoleno pouze ve společných prostorách a v izolačních místnostech, na pomoc sestrám, aby měly přehled (nenahrazuje osobní dohled). Zdravotnice na manažerském postu, se kterou jsme používání výše uvedených omezení konzultovali, uvedla, že popsany stav je výsledkem jednak změny zákona a jednak velkého úsilí o změnu postojů v rámci odborné komunity. Posunout se ze stavu, kdy jednotlivá oddělení měla velmi přísná pravidla, na zákonem předepsaný režim si vyžádalo čas i určitý tlak na poskytovatele.

Jaké poučení si lze odnést z tohoto příkladu zakotveného v jiném zákonném rámci? *Za první*, můžeme uvažovat, zda všechna opatření dovolená finským zákonem jsou zapotřebí i u nás, respektive proč nějaká další v tamním zákoně dovolena nebyla. *Za druhé*, vidíme řadu **pojistek proti zneužití a detailní úpravu hranic a kompetencí**. To je standard úcty k osobnosti pacienta, který mohou čeští poskytovatelé zdravotních služeb následovat na úrovni vnitřních předpisů nemocnic. Nicméně bez výslovného zákonného zmocnění se nedoporučuje přistupovat k tak invazivním opatřením, jako je bez souhlasu pacienta číst obsah dopisu nebo provádět tělesnou prohlídku. *Za třetí*, rozhodně se dá napodobit také to, jak se ve Finsku dbá, aby pacientovi byla dobře dostupná informace o postupech, jež mohou být uplatněny i bez jeho vůle či proti ní, a o možnostech odvolání a stížnosti. Národní úřad pro dozor nad sociálními a zdravotními službami vydal **srozumitelnou brožuru**, kterou mohou všichni poskytovatelé využívat.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Anglická verze informačního materiálu [cit. 2. 5. 2020] je dostupná z <https://www.valvira.fi/documents/18508/101799/Information+on+involuntary+psychiatric+treatment+and+patients%E2%80%99+rights/8dff7585-cefb-6f7f-65ed-b7f7a8203c26>.

## 7.3 Safewards

Inspirativním přístupem k vytváření pozitivní atmosféry na psychiatrických odděleních může být model Safewards, který vyvinul tým výzkumníků pod vedením Prof. Lena Bowerse z King's College v Londýně. Tento model se snaží pochopit a popsat základní zdroje konfliktů na psychiatrických odděleních a navrhuje určité kroky/intervence, jejichž cílem je minimalizace výskytu konfliktů, nežádoucích událostí a používání omezovacích opatření. Model Safewards je v současné době využíván na mnoha pracovištích v celé řadě evropských zemí, např. v Německu, Velké Británii, Dánsku, Švýcarsku, Holandsku, Polsku i jiných. Dosavadní zkušenosti s jeho implementací jsou velmi pozitivní a byly publikovány v mnoha odborných časopisech.

### Model Safewards ve zkratce

- > Je to nástroj, jehož cílem je redukovat vznik „konfliktů“ (ohrožující chování pacientů) a používání „kontroly“ (chování personálu, které může negativně působit na pacienty).
- > Model Safewards vysvětluje, proč na psychiatrických odděleních nejčastěji dochází ke konfliktům.
- > Nabízí sadu 10 ověřených (evidence based) intervencí vedoucích ke snížení počtu konfliktů a následného používání omezovacích opatření.

Jako každý model, přináší i tento určité zjednodušení složitého dění, které se odehrává na psychiatrických odděleních. Pomůže nám však pochopit některé souvislosti a nabízí i konkrétní postupy, jejichž implementace se ukazuje jako přínosná.

V tomto modelu se pod pojmem „**konflikt**“ rozumí agresivní chování, sebepoškozování a pokusy o sebevraždu, útěky, užívání alkoholu a toxických látek na oddělení, porušování pravidel a jiné nežádoucí události.

Naproti tomu stojí tzv. „**kontrola**“, což je reakce personálu na konflikt. Ta zahrnuje postupy používané ke zvládnutí potíží a problematických situací na oddělení. Patří sem např. podávání léků ke zklidnění, používání omezovacích opatření, zvýšený monitoring pacientů, nastavování různých režimových opatření a další intervence, které bývají často pacienty negativně přijímány.

Zdrojů konfliktů může být celá řada a nedají se zcela vyloučit. Vyplývají totiž z událostí, které hospitalizaci předcházely, i z toho, co se odehrává na psychiatrickém oddělení.

Model Safewards vysvětluje dění na oddělení následovně:

1. Na oddělení existují **zdroje konfliktů**, vyplývající ze života oddělení (režimová opatření, obtěžující projev pacientů, chování personálu, dispozice oddělení aj.) – ty však automaticky nemusí vést ke vzniku konfliktu.
2. K rozvinutí konfliktu je potřeba **spouštěče** (něčeho, co konflikt vyvolá).
3. Na rozvinutý konflikt navazuje reakce personálu, tzv. **kontrola**, která může mít různou podobu.

Personál oddělení může vznik konfliktů ovlivnit, ať už pozitivně, nebo negativně, a to na různých úrovních. Může eliminovat nebo alespoň redukovat zdroje konfliktů, může vhodným přístupem deeskalovat rozvoj konfliktu, pokud se objeví jeho spouštěč, může vhodnou reakcí na již vzniklý konflikt (jinou než použitím např. fyzického omezení) předcházet další eskalaci konfliktu.

### **Příklad:**

**Zdroj konfliktu:** Na oddělení platí režimové opatření zakazující používání osobních telefonů.

Z tohoto omezení pramení napětí a tenze mezi pacienty. Mohou se dožadovat používání svých telefonů. Mohou mít pocit neoprávněnosti zásahu do možnosti používat své osobní věci. Nemusí rozumět důvodům k tomuto paušálnímu omezení apod.

**Spouštěč:** Pacientovi na oddělení došla káva a chce zavolat domů, aby mu ji odpoledne na oddělení přinesli. Dožaduje se telefonu, ale sestra respektuje nastavený režim a odmítne mu telefon vydat.

**Konflikt:** Vzniká konflikt, kdy je pacient nejprve verbálně agresivní a následně i brachiálně agresivní vůči věcem.

**Kontrola:** Sestra ve spolupráci s lékařem zareaguje aplikací léčiv ke zklidnění a použitím omezovacího prostředku.

Z výše uvedeného vyplývá, že personál měl několik možností ovlivnit průběh situace. Od nastavování režimových opatření na oddělení (má zákaz používání telefonů své opodstatnění?), přes možnost deeskalovat spouštěč konfliktu (sestra mohla udělat výjimku a s pacientem se domluvit) až po volbu reakce na pacientovu agresi (bylo omezení nutné? nestačilo by celou situaci rozebrat a domluvit se s pacientem na dalším postupu?).

Výzkumy prokazují, že počet konfliktů a používání omezovacích opatření se mezi jednotlivými pracovišti velmi liší, a to dokonce i v případech, kdy se jedná o obdobná oddělení se stejným typem pacientů v rámci jednoho zařízení. Z toho jasně vyplývá, že to, jak je oddělení vedeno a jak personál přistupuje k pacientům, významně ovlivňuje i výskyt konfliktních situací.

**Zdrojů konfliktů je celá řada:**

- > přístup personálu
- > vnitřní řád
- > vztahy mezi pacienty
- > osobnostní rysy pacientů
- > vybavení a dispozice oddělení
- > informace zvenčí (od rodiny, blízkých)

## 10 Safewards intervencí

(v závorce originální název intervence)

1. **Vyjasněná vzájemná očekávání** (*Clear Mutual Expectations*)
2. **Vzkazy při propuštění** (*Discharge Messages*)
3. **Sdělování nepříjemných zpráv** (*Bad News Mitigation*)
4. **Poznejme se navzájem** (*Know Each Other*)
5. **Vlídná slova** (*Soft Words*)
6. **Deescalace** (*Talk Down*)
7. **Podpora a ocenění** (*Positive Words*)
8. **Společné setkání** (*Mutual Help Meeting*)
9. **Pomůcky ke zklidnění** (*Calm Down Methods*)
10. **Uklidnění situace** (*Reassurance*)

Model Safewards nabízí určitou cestu, jak podpořit personál a pacienty na oddělení v tom, aby maximálně spolupracovali tak, aby ke konfliktům a následnému použití kontroly docházelo co nejméně. Doporučuje implementovat sadu intervencí, které jsou detailně popsány, odůvodněny a také ověřeny v praxi.

## Vyjasněná vzájemná očekávání

Ve vztahu k režimovým opatřením je klíčové **vyjasnění vzájemných očekávání personálu a pacientů**. Záměrně je používán pojem očekávání, protože pacienti často považují slovo „pravidla“ za infantilizující a nežádoucí. Tomuto tématu se model Safewards detailně věnuje. Jde o to, že vyjasnění očekávání umožňuje pracovníkům být konzistentní a pacientům zase rozumět svým povinnostem i povinnostem personálu. Komunikace mezi oběma stranami se usnadní a přehlednost v sociálním prostředí pomůže pacientům jasněji uvažovat a zažívat méně podráždění a frustrace. Snížení stresu a úzkosti pomáhá ke zmírnění příznaků a zotavení pacientů. Pro model Safewards je zásadní vtáhnout pacienty do procesu tvorby pravidel na oddělení. Odsouhlasená pravidla by měla být všem srozumitelná, dobře odůvodněná a také pravidelně revidovaná. Zdravotní tým by se měl zamýšlet a ptát se navzájem: „Kdo jsme, abychom něco zakazovali?“

Více informací k modelu **Safewards** najdete na webových stránkách [www.safewards.net](http://www.safewards.net).  
Texty již byly přeloženy do 8 jazyků. Na českém překladu se nyní pracuje.



**Příklad odsouhlaseného očekávání se zdůvodněním:**

*Pacienti ani zaměstnanci nebudou na oddělení donášet drogy ani alkohol, konzumovat je tam nebo je nabízet ke konzumaci někomu jinému.*

**Odůvodnění:** *Pro zaměstnance by nedodržení znamenalo, že by nemohli spolehlivě a správně vykonávat svou práci. U pacientů by to interagovalo s jejich léky, obtížně by se zjišťovalo, zda jim užívané léky prospívají, a mohlo by to zhoršit jejich nemoc nebo oddálit zotavení. Drogy a alkohol mohou u obou stran zvýšit výskyt neuctivého a obtěžujícího chování, mohou mít škodlivé účinky na fyzické zdraví a mohou vytvářet návyk či závislost.*

## Výsledky výzkumů

Model Safewards je výjimečný v tom, že nabízí komplexní, a přitom srozumitelnou sadu intervencí, které mohou významně ovlivnit výskyt konfliktů na oddělení. Safewards se nesoustředí pouze na určité diagnostické skupiny nebo typy násilí. Důraz je kladen na fyzické i sociální prostředí oddělení. Zakladatel modelu si systematicky všímá příčin, momentů a okolností, kdy se objevují spouštěče konfliktu (Bowers, 2014, s. 505).

Pokud se jedná o výsledky, je možno jednoznačně konstatovat výrazný účinek v redukcí používání omezovacích prostředků. To se prokázalo ve studii ve Velké Británii, do které bylo vybráno 15 psychiatrických oddělení. Na pracovištích, kde byly implementovány Safewards, došlo k poklesu konfliktních událostí o 15 % a redukcí omezování o 26,4 % ve srovnání s kontrolní skupinou (Bowers et al., 2015). Ještě výraznější posun ukázal australský výzkum realizovaný na 12 akutních psychiatrických odděleních (Fletcher et al., 2017), kde došlo rok po zavedení Safewards k redukcí používání izolace o 36 %. Snížení frekvence užití omezovacích prostředků a jejich kratší trvání potvrdila i nedávná německá studie (Baumgardt, 2019). Baumgardt navíc uvádí, že pro pozitivní výsledky je důležité, do jaké míry pracovníci myšlenku Safewards vezmou za svou a ztotožní se s hodnotami, na kterých je model postaven.

### Proč Safewards?

- > stojí na multidisciplinární spolupráci
- > pomáhá zlepšit terapeutické prostředí
- > existují studie prokazující snížení počtu konfliktů a užívání omezovacích prostředků
- > jde o přístup orientovaný na recovery
- > nejsou poplatky za licenci, všechny materiály jsou dostupné na internetu
- > nejde o investice, jde o změnu přístupu



## 8. Metodologická poznámka

Tuto analýzu realizovalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví na základě objednávky od Ministerstva zdravotnictví. Na jejím zpracování se podíleli tři autoři: Mgr. Marie Lukasová, Ph.D., Mgr. Tomáš Petr, Ph.D. a Mgr. Pavel Říčan. Záměrem autorů bylo podívat se na dosud opomíjené téma z různých pohledů a předložit materiál, který bude použitelný i prakticky a podpoří pozitivní změny probíhající na psychiatrických odděleních. Z tohoto důvodu je v textu celá řada konkrétních příkladů a tipů, jak postupovat. Analýza vznikala od podzimu 2019 do jara 2020 a vycházela z mnoha zdrojů. Proběhly konzultační návštěvy přímo v praxi, na pracovišti, kde měli zájem o zavádění změn v organizaci péče a v přístupu k pacientům. Tyto návštěvy pomohly v identifikaci některých bariér pro zmírňování/odstraňování režimových opatření a na druhou stranu i v hledání možných cest k jejich překonávání. Dalším významným zdrojem pro analýzu bylo diskusní setkání pracovníků 13 psychiatrických lůžkových zařízení k tématu režimových opatření v říjnu 2019. V jeho průběhu jsme diskutovali různá režimová opatření, jejich přínos i úskalí ve vztahu k péči o pacienty. Využili jsme také zkušeností zaslaných od metodiků kvality z psychiatrických nemocnic, které jsme za tímto účelem oslovili. V neposlední řadě se analýza opírá o řadu dříve zpracovaných zpráv a článků publikovaných v odborných časopisech a v podobných zdrojích (dokumenty Výboru CPT). Zvláštní poznámku si zaslouží zdroje vztahující se přímo k české realitě, totiž nepublikované zprávy z auditů realizovaných podle metodiky WHO Ministerstvem zdravotnictví v roce 2018, zpráva z kvalitativního výzkumu omezovacích prostředků publikovaná Ministerstvem zdravotnictví v roce 2019 a zpráva veřejného ochránce práv. Limitem analýzy je, že se soustředí na režimová opatření uplatňovaná na lůžkových odděleních všeobecné psychiatrie pro dospělé. Témata režimových opatření na dětských lůžkových odděleních a na odděleních specializovaných na léčbu závislostí či na poruchy příjmu potravy nejsou zahrnuta. Jejich zpracování by si vyžádalo a zasloužilo samostatnou analýzu.

Celý text byl v pracovní verzi zaslán k připomínkám všem, kdo se na uvedených podkladech nějakým způsobem podíleli, aby svoje názory a zkušenosti mohli vyjádřit i nad samotným textem. Zdravotníci, kteří náš text četli a poskytli nám zpětnou vazbu, oceňovali, že analýza je neuráží a přináší jasný výklad a praktická doporučení, jak postupovat. Pracovní verzi analýzy jsme také zaslali několika lidem s vlastními zkušenostmi s psychiatrickými hospitalizacemi. Ti ve svých vyjádřeních potvrdili, o jak důležité téma se jedná. Několik jejich komentářů, jsme zakomponovali do výsledného textu.



## 9. O autorech

**Mgr. Marie Lukasová, Ph.D.** vystudovala obory právo a aplikovaná etika. Jako právnička od roku 2006 působí v Kanceláři veřejného ochránce práv a provádí systematické návštěvy míst, kde dochází k omezení osobní svobody lidí. V rámci toho se specializuje na sociální a zdravotní služby. Zkušenosti ze zahraničí čerpá jednak ze stáží v rámci spolupráce ombudsmanských institucí (psychiatrie ve Francii a Dánsku) a jednak z působení ve výboru CPT při Radě Evropy, jehož je od roku 2015 členkou za Českou republiku. Přednáší a publikuje na lidskoprávní témata související se zbavením svobody.

**Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.** je odborností psychiatrická sestra s praxí z různých oblastí psychiatrické péče. Působil v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích na různých typech oddělení – akutní péče, gerontopsychiatrie, odd. pro léčbu závislostí aj. Několik let se také podílel na managementu nemocnice v roli zástupce hlavní sestry. Aktuálně pracuje jako vrchní sestra psychiatrického oddělení Ústřední vojenské nemocnice. Vedle lůžkové psychiatrické péče má také zkušenosti z různých typů komunitních služeb. Pracoval v chráněném bydlení pro duševně nemocné a nyní se podílí na budování Centra duševního zdraví pro Prahu 6. Má rozsáhlé zahraniční zkušenosti. Dva roky pracoval v psychiatrické nemocnici v Anglii a absolvoval četné stáže v různých psychiatrických službách napříč Evropou (Německo, Holandsko, Norsko, Švédsko, Itálie). Je předsedou Psychiatrické sekce České asociace sester a zároveň členem výboru Evropské asociace psychiatrických sester HORATIO. Dlouhodobě spolupracuje s Kanceláří veřejného ochránce práv jako expert na dodržování lidských práv při poskytování zdravotních a sociálních služeb. Aktivně přednáší a publikuje o různých tématech z oblasti psychiatrického ošetřovatelství v České republice i v zahraničí. Je členem Výkonného výboru pro odbornou garanci Strategie reformy psychiatrické péče.

**Mgr. Pavel Říčan** vystudoval sociologii v Praze. Několik let pracoval s mladými lidmi z ulice na faře v Křešíně. Celkem osmnáct let působil ve FOKUSu Vysočina postupně jako vedoucí chráněné dílny, sociální pracovník, vedoucí střediska, odborný ředitel a vedoucí rehabilitace. Jeho uvažování ovlivnily stáže v Holandsku, Belgii, Anglii, Norsku a Finsku. Aktuálně je ředitelem Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, kde se naplno věnuje zavádění inovací, jako je zapojování peer konzultantů, podpora přístupu k zaměstnávání formou tzv. Individual Placement and Support a zakládání škol zotavení (recovery colleges). Je také zapojen jako expert v projektu zaměřeném na transformaci ústavních zařízení v Moldavsku. Na Ministerstvu zdravotnictví vedl výzkum omezovacích prostředků, podílí se na evaluaci center duševního zdraví a je členem Odborné rady pro realizaci transformace psychiatrické péče. Externě vyučuje na Katedře sociální práce UK a dlouhodobě lektoruje v řadě kurzů komunitní péče o duševní zdraví.

# Literatura

**ALEXANDER, J.; BOWERS, L.** Acute psychiatric ward rules: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004, 11.5: 623-631.

**BAUMGARDT, Johanna et al.** Preventing and reducing coercive measures – An evaluation of the implementation of the Safewards Model in two locked wards in Germany. *Frontiers in psychiatry*, 2019, 10: 340.

**BOWERS, Len.** Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2014, 21.6: 499–508.

**BOWERS, Len et al.** Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*, 2015, 52.9: 1412–1422.

**CGLPL (CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ).** *Isolation and restraint in mental health institutions* [online]. Paříž: Contrôleur général des lieux de privation de liberté, 2016, 126 s. [cit. 2. 6. 2020].  
Dostupné z: [http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/12/CGLPL\\_Report\\_Isolation-and-restraint-in-mental-health-institutions.pdf](http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/12/CGLPL_Report_Isolation-and-restraint-in-mental-health-institutions.pdf).

**EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT).** *Standardy* [online]. Štrasburk: CPT, 1990–2019 [cit. 2. 6. 2020]. Dostupné z <https://www.coe.int/en/web/cpt/standards>.

**EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT).** *Zprávy z návštěv zařízení* [online]. Štrasburk: CPT, 1990–2019 [cit. 2. 6. 2020]. Dostupné z <https://www.coe.int/en/web/cpt/states>.

**FLETCHER, Justine et al.** Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International journal of mental health nursing*, 2017, 26.5: 461–471.

**FLETCHER, Justine et al.** Safewards impact in inpatient mental health units in Victoria Australia: Staff perspectives. *Frontiers in psychiatry*, 2019, 10: 462.

**FOUCAULT, Michel; DVOŘÁKOVÁ, Věra; HOUBA, Michal.** *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 1994.

**JANOŠKOVÁ, Miroslava et al.** *Stigmatizace v České republice – Výzkumná zpráva* [online]. Praha: Národní ústav duševního zdraví, 2016. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2017/02/15/stigmatizace-v-ceske-republice-vyzkumna-zprava-nudz/>.

**KALINA, Kamil et al.** 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s.

**LUKASOVÁ, Marie.** *Etické aspekty omezení člověka ve volnosti pohybu při poskytování sociální a zdravotní péče.* Praha, 2018. Disertační práce. Univerzita Karlova. Fakulta humanitních studií.

**NEVŠÍMAL, Petr et al.** *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe.* 2007.  
Dostupné z: <http://www.magdalena-ops.eu/cz/images/publikace/TK--esk-praxe-1.pdf>.

**PETR, Tomáš.** Řízení rizik na psychiatrických odděleních. *Čes a slov Psychiatr* 2011;107(2): 106–109.

**RADA EVROPY, Výbor ministrů.** *Recommendation No. Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum* [online]. Štrasburk: Council of Europe, 2004 [cit. 2. 6. 2020].  
Dostupné z: [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08\\_Psychiatry\\_and\\_human\\_rights\\_en/Rec\(2004\)10%20EM%20E.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20E.pdf).

**ŘÍČAN, Pavel et al.** *Omezovací prostředky v psychiatrii. Souhrnná zpráva* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2019 [cit. 2. 6. 2020].  
Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2019/07/15/souhrnna-zprava-k-pouzivani-omezovacich-prostredku-v-psychiatrii-prvni-mapovani-situace/>.

**SCHAAF, van der P. S. et al.** Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use or seclusion. *The British Journal of Psychiatry.* Feb 2013, 202 (2), s. 142–149, také [online, cit. 2. 6. 2020] dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/content/202/2/142.full-text.pdf+html>.

**SILVERMAN, Michael J.** The influence of music on the symptoms of psychosis: A meta-analysis. *Journal of music therapy*, 2003, 40.1: 27–40.

**ULRICH, Roger S. et al.** Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 2018, 57: 53–66.

**VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV (VOP).** *Ochranné léčení, omezovací prostředky a další témata. Zpráva ze systematických návštěv* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2019. [cit. 2. 6. 2020]. Dostupné z: [https://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/ZARIZENI/Zdravotnicka\\_zarizeni/2019\\_SZ-ochranne\\_leceni\\_web.pdf](https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Zdravotnicka_zarizeni/2019_SZ-ochranne_leceni_web.pdf).

**VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV (VOP).** *Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2008 [cit. 2. 6. 2020].  
Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zdravotnicka-zarizeni/psychiatricke-lecebny/>.

**World Health Organization.** *WHO QualityRights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities.* Ženeva: WHO, 2012. 96 s.

# ANALÝZA REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ

**Marie Lukasová, Tomáš Petr, Pavel Říčan**

**Jazyková korektura:** Martina Vavřínková

**Grafická úprava:** Alžběta Širůčková

2020, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s., Praha



# ANALÝZA REŽIMOVÝCH OPATŘENÍ

Marie Lukasová, Tomáš Petr, Pavel Říčan