



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

OMEZOVACÍ PROSTŘEDKY V PSYCHIATRII

Souhrnná zpráva, část 1.

Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Marie Lukasová



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Obsah

1. Použité zkratky	3
2. Úvodní poznámka	4
3. Pravidla pro používání omezovacích prostředků	5
3.1 Ústavněprávní souvislosti	5
3.2 Standardy CPT.....	8
3.3 Zákon o zdravotních službách	13
3.4 Metodická opatření Ministerstva zdravotnictví.....	16
3.5 Doporučené postupy klinické praxe.....	17
3.6 Dětsíí pacienti	19
4. Vývoj od roku 2000 a současný stav.....	19
4.1 Přehled důležitých událostí.....	19
4.2 Poznatky veřejného ochránce práv.....	23
4.3 Síťová lůžka.....	27
4.4 Stručné shrnutí oblasti sociální péče.....	29
4.5 Srovnání se situací v ostatních státech Evropy.....	30
4.6 Pokus o hodnocení současného stavu	32

1. Použité zkratky

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

Doporučené postupy klinické praxe (2006) – BAUDIŠ, Pavel et al. Omezovací prostředky. In: RABOCH, Jiří et al., ed. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. Praha: Infopharm, 2006, s. 152–162. ISBN 80-239-8501-9

Doporučené postupy klinické praxe (2010) – BAUDIŠ, Pavel et al. Omezovací prostředky. In: RABOCH, Jiří et al., ed. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III*. Brno: Tribun EU, 2010, s. 213–221. ISBN 978-80-7399-984-1

Doporučení Rec(2004)10 – Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy Rec(2004)10 na ochranu lidských práv a důstojnosti osob s duševní poruchou

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

MDAC – Mental Disability Advocacy Center, mezinárodní nevládní organizace

Standard CPT z roku 2017 – EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT), CPT/Inf(2017)6* [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 19. 3. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>

Špatné zacházení – mučení a nelidské nebo ponižující zacházení nebo trestání

Úmluva o lidských právech a biomedicině – sdělení č. 96/2001 Sb., m. s. o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině

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

Zákon o sociálních službách – zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních 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

Zákon o zvláštních řízeních soudních – zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů

2. Úvodní poznámka

K omezení volnosti pohybu při poskytování péče dochází v různých situacích a bývá různě označováno: omezení, ochrana, restrikce, opatření omezující pohyb, omezovací prostředek či opatření nebo donucení. V praxi pak existuje celá škála postupů, které záměrně nebo jen ve svém důsledku omezí člověka v pohybu v prostoru, nebo omezí pohyb rukou, nohou, hlavy a či celého těla. Některá opatření jsou upravena zákony, některá odbornými postupy nebo jsou uváděna v literatuře a některá se zkrátka jen používají. Když je v tomto textu řeč o „omezovacích prostředcích“, máme na mysli použití fyzické síly, nástroje, medikamentu a izolování s cílem omezit nebo potlačit pohyb nebo pohyblivost a ovládnout chování člověka.

Kategorizaci omezení tohoto pojetí lze nalézt například ve standardech CPT: **fyzické omezení** (tj. držení), **mechanické omezení** (tj. použití pásů, prostěradel, kazajek, speciálních spacích pytlů), **chemické omezení**¹ (tj. podání léků s použitím síly, nebo s takovou hrozbou, za účelem zvládnutí chování člověka), **odloučení nebo izolace** (tj. nedobrovolné umístění člověka v zamčené místnosti). Další způsoby jsou na pomezí mechanického omezení a izolace, když umožňují člověku hýbat se, ale ne zcela volně. Jedná se například o síťová a klecová lůžka. Někdy se opatření kombinují, především farmakologické omezení s některým dalším.

Omezovací prostředky mají velmi různorodou povahu, panují na ně různé názory a i praxe jejich používání se liší, v rámci Evropy i v jednotlivých organizacích (zařízeních) v České republice. Některá opatření jsou jedněmi odborníky preferována a jinými zatracována. Mechanické omezení se provedením i důsledky velmi liší od izolace. Účinek použití kurtů na tělo člověka je mnohem závažnější než použití síťového lůžka. Farmakologické omezení zase má úzkou vazbu na nedobrovolnou léčbu a jejich odlišení v konkrétní situaci není snadné. Spekuluje se, jak pracovat s omezujícím účinkem ošetřovatelských postupů a prostředků, jako jsou například postranice, které sledují primárně jiný účel než omezení (prevenci pádu). Tuto různorodost tématu lze uzavřít s tím, že „omezovací prostředky“ jsou uměle vytvořená kategorie zastřešující opatření, jež si vyžadují zvláštní opatrnost a pojí se s nimi pojistky proti zneužití, přičemž současné české zákonné pojetí odpovídá výše uvedenému přístupu CPT – tedy určující je aspekt použití síly.

Zvláštní bdělost je vyžadována kvůli nebezpečí zneužití a kvůli negativním vedlejším účinkům. S uplatněním omezení se velmi často pojí utrpení pacienta – ne jen fyzická bolest a poškození plynoucí z imobilizace a narušení integrity kůže, ale i bezmoc, osamocení, ponížení a narušení terapeutického vztahu a strach do budoucna. Také se udává, že aplikace omezení může mít za následek náhlé úmrtí, zadušení, trombózy a srdeční potíže, ovšem příčinná souvislost je obtížně prokazatelná. Dokonce se hovoří o tom, že v kontextu psychiatrické hospitalizace s sebou

¹ Označení „chemické omezení“ je nejrozšířenější i v další právní literatuře, i v literatuře medicínské. Někteří lékaři je však považují za pejorativní a dávají přednost výrazu „farmakologický“.

omezovací prostředky nesou největší riziko pro tělesnou a psychickou integritu pacienta.² K tomu je třeba přičíst negativní dopady na ošetřující osoby, protože i ty jsou v souvislosti s aplikací omezení ohroženy zraněním a traumatem.

K omezení volného pohybu nedochází jen na půdě psychiatrie, ale týká se i poskytování zdravotní péče v jiných zdravotnických oborech a v sociálních službách. Právně je přípustěno jako krajní postup (*ultima ratio*) a je legitimizováno tím, že sleduje ochranu života nebo zdraví člověka – zvládnání nebezpečí plynoucího z auto- a heteroagrese nebo zajištění provedení úkonů zdraví nebo život zachraňující péče, které by jinak bylo znemožněno při neklidném chování člověka. V praxi se lze někdy setkat také s motivem zmírnění nepředvídatelného chování způsobeného kognitivní poruchou nebo mentálním postižením³ a preventivním používáním pro zajištění bezpečí na oddělení, když nejsou k dispozici mírnější prostředky.⁴

3. Pravidla pro používání omezovacích prostředků

3.1 Ústavněprávní souvislosti

Omezení volnosti pohybu omezovacím prostředkem je zásah do osobní sféry (integrity) člověka, který může představovat závažné porušení jeho základních práv včetně důstojnosti. Proto je vhodné začít výklad o právních pravidlech na vrcholu hierarchie právních norem, tedy na úrovni ústavněprávní. Tu v kontextu zdravotní péče tvoří Listina základních práv a svobod a některé mezinárodní smlouvy.

Mezinárodní právo lidských práv má pro současnou podobu české právní úpravy značný význam jednak jako zdroj právních norem a jednak jako interpretační vodítko. Česká republika od 90. let 20. století přirozeně přejímala řadu právních institutů propracovaných na půdorysu Evropské úmluvy a Úmluvy o lidských právech a biomedicině. Pozdější, resp. spíše budoucí vliv lze přiznat Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením.

Evropská úmluva představuje v evropském kontextu nejrelevantnější mechanismus mezinárodní ochrany lidských práv. Úmluva, vykládaná Evropským soudem pro lidská práva, je součástí ústavního pořádku. Prakticky to znamená, že zákony musí být vykládány v souladu s ní, a stanoví-li něco jiného než zákon, použije se Úmluva. Státu pak z Úmluvy plyne jednak závazek nezasahovat

² ASSOCIATION FOR THE PREVENTION OF TORTURE. *Jean-Jacques Gautier NPM Symposium 2016. Monitoring psychiatric institutions. Outcome report* [online]. Ženeva: APT, 2016, 59 s. [18. 3. 2019]. ISBN 978-2-940597-07-9. Dostupné z: https://www.apt.ch/content/files_res/report-jig-symposium-2016-en.pdf

³ Z hlediska jednoznačnosti dáváme tomuto termínu přednost před pojmy „poruchy učení“, „potíže učení“ a „intelektové postižení“, jež se někdy používají, a dáme mu přednost i před diagnostickým označením „mentální retardace“.

⁴ Srov. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Zpráva z následných návštěv psychiatrických léčeben* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2010, 19 s. [cit. 18. 3. 2019]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/3264>

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

do zakotvených práv a svobod a jednak pozitivní závazky k zajištění účinného užívání práv a svobod, jež Úmluva zaručuje.

Evropský soud pro lidská práva se v několika případech zabýval také použitím omezovacích prostředků a vymezil, za jakých okolností představuje nesprávné použití porušení článku 3 Úmluvy (zákaz mučení, nelidského a ponižujícího zacházení a trestu), tedy špatné zacházení. Klíčovými jsou zde rozsudky Bureš proti České republice a M. S. proti Chorvatsku (č. 2); první z nich je přeložen do českého jazyka a oba byly opatřeny výstižnou českou anotací.⁵ Případy se týkaly použití kurtů (v situaci akutního zvládnání intoxikace či neklidu), přičemž v obou případech Soud učinil také řadu obecných poznámek. Při interpretaci těchto rozsudků je třeba vyzdvihnout, že Soud k omezení kurty přistoupil nikoli jako k léčebné intervenci, ale jako k použití síly. Tím pádem se nezabýval komplikovanou otázkou oprávněnosti a správnosti nedobrovolné léčby/péče, nýbrž použil přísnější kritéria použití síly.

Podle Evropské úmluvy tedy omezovací prostředky jsou přípustné, ale platí:

- Použití omezovacích prostředků musí být nutné ve světle okolností a jeho účelem musí být zabránění bezprostředně hrozící újmě, přičemž opatření musí být přiměřené ve vztahu k tomuto cíli. Použití omezovacích prostředků nemůže být odůvodněno tím, že se osoba brání jejich použití, a je nepřijatelné jako trest.
- Aby byl omezovací prostředek skutečně až krajní možností, musí být před jeho použitím vyzkoušeny mírnější alternativy, leda by to zjevně nevedlo k odvrácení nebezpečí (princip subsidiarity). Dále musí být zvoleno to nejmírnější omezení splňující daný účel.
- Jakmile je osobní svoboda člověka omezena, každé použití síly, které není nezbytně nutné kvůli jeho předchozímu jednání, představuje zásah do lidské důstojnosti a je v zásadě porušením práva stanoveného v článku 3 Úmluvy.
- Je na zařízení, kde dochází k nedobrovolné hospitalizaci, aby odůvodnilo (a doložilo) použití omezovacích prostředků na drženou osobu, tedy existenci a rozsah nebezpečí a neúčinnost mírnějších opatření.

Podle okolností případu tedy může nesprávné použití omezovacího prostředku dosáhnout až závažnosti nelidského a ponižujícího. Ovšem správné použití omezovacího prostředku – tedy

⁵ Anotace rozsudku ze dne 18. října 2012 ve věci č. 37679/03 – Bureš proti České republice. In: ČESKO, Ministerstvo spravedlnosti. *Databáze vybraných rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva* [online]. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, 2012 [cit. 19. 3. 2019]. Dostupné z:

[http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/ACB6BE339EE44285C1257BE2004B19CB/\\$file/Bure%C5%A1_1_anotace.pdf?open&](http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/ACB6BE339EE44285C1257BE2004B19CB/$file/Bure%C5%A1_1_anotace.pdf?open&)

Anotace rozsudku ze dne 19. 2. 2015 ve věci č. 75450/12 – M. S. proti Chorvatsku (č. 2). In: ČESKO, Ministerstvo spravedlnosti. *Databáze vybraných rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva* [online]. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, 2015 [cit. 19. 3. 2019]. Dostupné z:

[http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/584910A4C9F7417EC1257EC40036FD89/\\$file/M.%20S.%20proti%20Chorvatsku%20\(%C4%8D.%202\) _anotace.pdf?open&](http://eslp.justice.cz/justice/judikatura_eslp.nsf/0/584910A4C9F7417EC1257EC40036FD89/$file/M.%20S.%20proti%20Chorvatsku%20(%C4%8D.%202) _anotace.pdf?open&)

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1.

Právní pohled na používání omezovacích prostředků

k ochraně života nebo zdraví člověka před hrozící závažnou újmou – naopak představuje splnění povinnosti chránit základní práva, totiž právo na život a právo na ochranu fyzické integrity (čl. 2 a 3 Úmluvy). Jde tu o ochranu života a integrity osoby se závažnou duševní poruchou nebo osob v její blízkosti. Lze tedy uzavřít, že omezovací prostředek může být opatřením k ochraně života a zdraví člověka a pacient má zároveň také právo na ochranu před špatným zacházením plynoucím z nepřiměřenosti postupu.

Soud měl zatím příležitost vyjádřit se pouze ke kurtování při psychiatrické hospitalizaci, což komplikuje širší aplikaci jeho názorů. Bezpečně lze vztahovat na opatření podobná kurtování a na izolaci, ale další použití bez předchozích rozhodnutí nad jinými okolnostmi není snadné ani zaručené. Není tedy znám názor Soudu na použití chemického omezení nebo síťového lůžka.

Výklad zakončíme předznamenáním ještě řady dalších povinností státu podle Evropské úmluvy, plynoucích z faktu použití síly v prostředí uzavřeného zařízení:

- Stát musí vytvořit právní rámec pro používání omezovacích prostředků a pro jejich kontrolu.
- V průběhu omezení musí být činěna opatření k ochraně zdraví pacienta – typicky skrze kontroly personálem a ochranu před násilím ze strany jiných pacientů.
- Pokud si dotčený člověk stěžuje, že síla byla použita excesivně, musí být stížnost řádně vyšetřena.
- Úřady musí činit všechny za daných okolností nezbytné a rozumné kroky k ochraně života člověka a k ochraně před špatným zacházením.

Některé z těchto nároků jsou splněny – například co se týká zákonné úpravy používání omezovacích prostředků. Selhávání lze předznamenat v oblasti provádění kontroly, neexistence vhodných skutkových podstat přestupků. Pod posledně uvedený bod lze zařadit posilování profesionálního chování pečujících, řádné proškolení o alternativním řešení neklidu a nebezpečného chování pacienta, výcvik v bezpečném způsobu aplikace omezovacích prostředků, oddělení agresivních pacientů od ostatních a zabránění ve vzájemném napadání, sebepoškozování nebo sebevraždě. V této oblasti lze rovněž vidět prostor pro zlepšení, neboť nyní aktivita spočívá na jednotlivých poskytovatelích.

Co se týká **Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením**, ta rovněž neobsahuje konkrétní ustanovení o omezovacích prostředcích a je třeba ji vykládat. Především je použitelný její článek 14 (svoboda a osobní bezpečnost), článek 15 (ochrana proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání), článek 17 (ochrana osobní integrity) a článek 25 (zdraví). Při výkladu Úmluvy má zvláštní roli Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Výbor pro práva osob se zdravotním postižením používání omezovacích prostředků odmítá. Zatímco jiné orgány OSN⁶ připouští použití restrikcí pro přísně vymezené, výjimečné situace, Výbor žádá jejich absolutní, bezvýjimečný zákaz.⁷ Tento absolutní přístup není slučitelný s přístupem Evropské úmluvy, ani CPT (srov. kap. 3.2). Lze podotknout, že ve výstupech Výboru pro práva osob se zdravotním postižením se nesetkáme s konkrétním vyjádřením k situacím, jako je například ataka (psychotického onemocnění) či delirium. Rovněž nenacházíme postoj k situaci, kdy člověk představuje bezprostřední nebezpečí pro ostatní, kteří by pak měli mít právo se bránit, nebo být ochráněni. To činí jeho hodnocení méně propracovaným, než v případech výše uvedených rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva. Každopádně názory Výboru pro práva osob se zdravotním postižením nejsou právně závazné⁸, a tak na jejich základě nelze vyslovit obecnou nepřipustnost omezovacích prostředků. Tím není umenšen fakt, že je zde velký prostor pro zlepšení podmínek a právní úpravy hospitalizace a léčby osob se zdravotním postižením s cílem maximálně zajistit úctu k jejich právům a rovnost před zákonem.

Prvek nerovnosti lze jistě spatřovat v tom, když nejsou při poskytování zdravotních služeb vytvořeny specifické podmínky (v důsledku ignorování odlišnosti situace, kterou zakládá reálná skupinová charakteristika) kvůli zvláštním potřebám osob žijících s demencí nebo osob s mentálním postižením. Pokud by bylo patrné spojení mezi pro tyto osoby nevhodným způsobem poskytování péče a vyšší mírou používání omezovacích prostředků, bylo by možné hovořit o diskriminaci.

3.2 Standardy CPT

Názorům Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) věnujeme větší prostor, neboť k používání omezovacích prostředků v psychiatrických zařízeních (pro dospělé) vydal propracovaný standard. Toto tzv. soft-law⁹ má významný právní vliv,

⁶ Podvýbor pro prevenci mučení a jiného krutého, nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání (SPT) připouští v dokumentu z roku 2016 omezovací prostředky jako nástroj poslední volby z bezpečnostních důvodů (CAT/OP/27/2).

⁷ Důvodem je, že z perspektivy pacienta představují nedobrovolný krok a příklad diskriminačního přístupu ve vztahu k osobám se zdravotním postižením. Bez souhlasu dotčeného člověka není možné učinit nic, a to ani v nouzových a krizových situacích. Musí se skončit se vši nucenou léčbou a také s používáním izolace a různých druhů omezení, včetně fyzického, chemického a mechanického. COMMITTEE ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES. *Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities* [online]. New York: CRPD, 2015 [cit. 19. 3. 2019]. Dostupné z: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx>

⁸ Srov. I. ÚS 3784/17 ze dne 23. 1. 2018. Obecné komentáře Výboru nejsou právně závazné, nýbrž jde o tzv. „soft-law“. Jeho názory jsou závazné ve formě rozhodnutí o oznámeních, jež mu předkládají osoby nebo skupiny osob proti státům, které ratifikovaly Opční protokol k Úmluvě o pávech osob se zdravotním postižením. Česká republika tak v době vzniku tohoto textu dosud neučinila.

⁹ Soft-law jsou normy, kterým chybí forma uznávaného pramene práva, aby mohly působit jako právně závazná pravidla. Působí neformálně nebo jako interpretační pomůcka. Řada standardů CPT také postupem času pronikla do oblasti „hard-law“ tím, že byla přejata do zákonů a závazných soudních rozhodnutí.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

protože se na ně v jednotlivých rozhodnutích odvolává Evropský soud pro lidská práva při výkladu Evropské úmluvy. Nejprve však krátce představíme samotný výbor, jehož činnost se hrála významnou úlohu při odbourávání restrikcí v České republice v minulých 15 letech.

Výbor CPT je orgán Rady Evropy působící od roku 1989 k posílení prevence špatného zacházení na místech, kde dochází ke zbavení svobody lidí: Státům Rady Evropy byla nabídnuta k podpisu mezinárodní úmluva, kterou by se zavázaly pouštět do svých zařízení ke zbavení svobody delegace výboru tvořené nezávislými odborníky. K dnešnímu dni tak učinilo všech 47 států Rady Evropy a každý do výboru vysílá jednoho experta. (Na počátku roku 2019 bylo 13 z nich představiteli lékařské profese a z toho 5 psychiatrů; součástí delegací, které provádějí návštěvy psychiatrických zařízení, jsou vždy také psychiatři.)

Okolnost zbavení osobní svobody a podřízení moci státu vytváří jednak specifickou zranitelnost, při které je člověk vydaný druhým osobám v obtížně kontrolovatelném prostředí a s omezeným přístupem k obraně a (právní) pomoci, a jednak přináší také odpovědnost státu za podmínky a zacházení v detenci. Obojí se vztahuje i na zařízení psychiatrické péče, jež vedle jiných typů zařízení spadají do působnosti CPT. Výbor prostřednictvím návštěv zjišťuje, jak je s osobami zbavenými svobody zacházeno, a následně o tom podává zprávu dotčené vládě, spolu s návrhy opatření k nápravě, které jsou následně předmětem dialogu. Informace shromážděné výborem v souvislosti s návštěvou, jeho zpráva a konzultace s dotčenou vládou jsou důvěrné, respektive jsou zveřejňovány na požádání vlády.¹⁰

Česká republika se v evropském srovnání jeví jako průměrný stát. Dosud proběhlo osm návštěv, z toho pět periodických (poslední v roce 2018). S ohledem na řadu opakujících se doporučení lze spolupráci vlády hodnotit jako někdy spíše formální, ale celkově situace nevybočuje z průměru.

Názory výboru jsou náročnější než minimální právní standard článku 3 Evropské úmluvy. Výbor totiž vyžaduje prevenci a systémové předcházení situacím, kdy ke špatnému zacházení dojde. Výbor nejen že zkoumá, zda nedochází k porušování práva nebýt podroben špatnému zacházení, ale je pozorný také k indikátorům, které by předznamenávaly hrozící zásahy. Rozvinul proto tzv. pojistky, tedy rozumná opatření, která brání tomu, aby ke špatnému zacházení došlo ve formách, v jakých je lze předvídat.

Aktuální přístup CPT k různým tématům lze seznat z nejnovějších zpráv pro vlády navštívených států. A protože pracovat v praxi s jednotlivými zprávami je celkem pracné a nepraktické, shrnuje výbor své názory do tematických dokumentů, jež se označují jako „**standardy CPT**“. Sbíрка

¹⁰ Krom internetových stránek výboru (www.cpt.coe.int) je ke sdílení zpráv a dalších dokumentů výboru zřízena zvláštní databáze HUDOC CPT (<http://hudoc.cpt.coe.int/eng#>). Fakticky vážně zveřejňování zpráv pouze u několika států, zatímco většinou vlády o zveřejnění zpráv žádají, bez ohledu na jejich případně kritický obsah.

standardů je přístupná na internetových stránkách výboru, přičemž existuje téměř kompletní předklad do češtiny.¹¹

Výbor CPT při návštěvách psychiatrických zařízení vždy věnoval zvláštní pozornost používání různých typů omezení, a to s ohledem na jejich invazivní povahu a možnost zneužití. Ve dvou dokumentech lze nalézt komplexní, až normativní vyjádření výboru k používání omezovacích prostředků v psychiatrické péči pro dospělé, jež lze analogicky použít i pro jiné medicínské obory. Jde o standard publikovaný v roce 2006¹² a revidovaný standard z roku 2017¹³. Ačkoli revidovaný standard ten původní nahrazuje, je užitečné číst je společně, neboť standard z roku 2006 obsahuje podrobnější komentář a tím umožňuje snáze pochopit logiku a úmysl Výboru CPT. Standard CPT lze tedy shrnout takto:

CPT připouští omezovací prostředky jako výjimečné opatření pro případ pacientů, kteří představují nebezpečí pro sebe nebo ostatní. **Cílem by podle standardů mělo být předcházet použití omezovacích prostředků**, nakolik je to jen možné. K tomu je zásadní, aby příslušné orgány a také vedení nemocnic přijaly strategie a činily proaktivní opatření. Konkrétně CPT uvádí zajištění bezpečných materiálních podmínek, dostatečného počtu zdravotnického personálu, správného vstupního a průběžného vzdělávání a podporu alternativních přístupů.

Použití omezovacích prostředků musí vždy respektovat **zásady legality, nezbytnosti, proporcionality a zodpovědnosti**:

- Všechny typy omezení a podmínky pro jejich použití mají být upraveny právem.
- Omezovací prostředek musí být postupem poslední volby (ultima ratio), k zabránění bezprostřední újmě pro pacienta nebo pro ostatní, a použití musí trvat co nejkratší možný čas.
- Když se zvažuje použití omezení, musí se upřednostnit nejméně omezující a nejméně nebezpečné opatření.
- Každý případ omezení musí být řádně zaznamenán nejen v individuální dokumentaci pacienta, ale také ve zvláštním registru, a četnost a trvání použití omezení se má pravidelně hlásit dozorovému orgánu.

Za základní zásadu je třeba považovat také **princip nejmenšího omezení**, jenž se promítá do nároků na prostředí, kde je poskytována péče, na léčbu a vůbec opatření proti vůli pacienta včetně omezovacích prostředků.

¹¹ Kompletní sbírka viz <http://www.coe.int/en/web/cpt/standards>, odkud je přístupná také česká verze.

¹² EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé*, CPT/Inf(2006)35-part [online]. Štrasburk: CPT, 2006 [cit. 19. 3. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16806ccea3>

¹³ EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU ČI PONIŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ (CPT). *Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé (revidované standardy CPT)*, CPT/Inf(2017)6 [online]. Štrasburk: CPT, 2017 [cit. 19. 3. 2019]. Dostupný z: <https://rm.coe.int/16808ef5dd>

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Ačkoli Výbor CPT jako jednu ze základních zásad při práci s omezovacími prostředky podává zásadu legality, upozorňuje na význam kultury, postojů a tradic mezi zdravotníky. Proto radí nespoléhat se pouze na právní regulaci, ale při zapojení veřejnosti, rodin, personálu a pacientů **pracovat na změně postojů**. Klíčovou roli zde hraje vedení zařízení.

Standard CPT striktně odmítá klecová a síťová lůžka. U **farmakologických omezovacích prostředků** Standard CPT z roku 2017 uvádí, že jde o podání léků silou za účelem zvládnutí chování pacienta. Pro případ chemického omezení výbor jednoznačně požaduje stejné pojistky, jako u ostatních typů omezovacích prostředků. Standard z roku 2006 upřesňoval, že k omezení se používají například sedativa, antipsychotika, hypnotika nebo utišující prostředky. Revidovaný standard nevylučuje žádný typ léků, požaduje pouze, aby šlo o léky s krátkodobým účinkem.¹⁴

Pokud jde o výběr konkrétního typu omezení, vedle zásady zvolit co nejméně omezující a nejméně nebezpečné omezení se klade důraz na názor pacienta a jeho předchozí zkušenosti. Omezovací prostředky musí být používány dovedně a s péčí, aby se snížilo riziko poškození nebo způsobení bolesti a aby byla maximálně zachována důstojnost pacienta.

Co se týká zajištění dohledu, dlouhodobý standard Výboru CPT vyžaduje, aby pacient podrobený mechanickému omezení nebo izolaci byl pod **neustálým dohledem**, který v případě mechanického omezení zajišťuje přítomný pracovník, v případě izolace pak má být personál za dveřmi, tak aby ho pacient viděl a aby se slyšeli. Kamera může takový dohled posílit, ale nemůže jej nahradit. Smyslem přítomnosti pracovníka je udržovat s pacientem terapeutický vztah a poskytovat mu pomoc.

¹⁴ Rozlišení chemického omezení od léčby bez souhlasu nemá ve standardu samostatné pojednání. Názor CPT na **podávání klidnicích psychofarmak tzv. pro re nata** (tedy na základě předpisu lékaře, který opravňuje sestru podat lék v budoucnu, pokud nastane nějaká předvídaná skutečnost) ve standardu vyjádřen není. Lze odkázat například na zprávu z návštěvy Nizozemí v roce 2016. Podle CPT nejde automaticky o omezovací prostředek, nicméně injekce s rychle působícím tišícím lékem omezením být podle okolností může. Každopádně se s ní pojí významné (byť ve statisticky malém procentu případů) nebezpečí pro zdraví pacienta, především život ohrožující srdeční arytmie, nízký krevní tlak a dechový útlum. Proto výbor uvádí, že „použití vyžaduje lékařský dohled a dodržování přísných postupů všemi dotčenými zdravotníky, stejně jako nezbytné dovednosti, léky a vybavení. Použití rychle působících tišících léků na základě předpisu pro re nata bez přímého potvrzení lékařem by na sestry příliš přenášelo odpovědnost za zhodnocení pacientova duševního stavu a za náležitě řešení případných komplikací v nepřítomnosti lékaře. Také by se tak mohla snížit motivace ošetrovatelského personálu pokoušet se o de-eskalaci situace použitím jiných prostředků, což by v důsledku otevíralo prostor pro zneužití“ (bod 112 zprávy). Postup, který výbor předkládá jako standard, spočívá v tom, že sestry musí volat lékaře, pokud je pacient ve stavu neklidu, který nemohou zvládnout, a ošetřující lékař (nebo sloužící lékař) musí bezodkladně jednat, tedy zhodnotit stav pacienta a případně nařídit další postup. Pouze ve výjimečných případech, kdy lékař není dostupný v rámci minut a situace není jinak zvládnutelná, může sestra podat rychle tišící lék na základě předchozího podmíněného předpisu. I tak se má sestra snažit alespoň telefonem získat schválení lékaře před podáním léku a lékař musí bezodkladně dorazit a sledovat reakci pacienta a řešit případné komplikace.

Krom toho výbor ve zprávě formuloval také **specifické pojistky**, totiž že takové pro re nata předpisy mohou činit pouze zkušení lékaři na základě komplexního zhodnocení fyzického stavu pacienta, jejich platnost musí být omezená (týdny spíše než měsíce) a musí se přehodnocovat po každém použití nebo při změně pacientovi předepisovaných léků.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Že každé psychiatrické zařízení by mělo mít k omezování komplexní a pečlivě zpracovaná **vnitřní pravidla**, je v revidovaném standardu uvedeno jako obecná zásada. Na přípravě takových pravidel se mají podílet vedle vedení také pracovníci zařízení. Také ve vnitřní úpravě se má odrážet cíl, kterým je pokud možno omezování předcházet.

CPT požaduje několik **pojistik**, jež mají za cíl zabránit zneužití omezovacích prostředků. *Zaprvé* je stanovena podmínka, že každé použití omezovacího prostředku musí být výslovně nařízeno lékařem na základě individuálního posouzení, anebo musí být lékaři bezprostředně ohlášeno s tím, aby je co nejdříve na základě vyšetření pacienta schválil. *Zadruhé*, pojistku představuje důkladné dokumentování případu; umožňuje zpětně objektivně hodnotit vývoj zdravotního stavu pacienta, případně práci s nebezpečností jeho chování, a usnadňuje odhalení případného zneužití omezení. Výbor CPT byl vždy jednoznačný, co se týká požadavku, aby se o použití omezovacího prostředku pořizoval záznam nejen do individuální dokumentace pacienta, ale také do **zvláštního registru** na úrovni zařízení. Přidává tím důraz také na sledování situace na daném pracovišti, přičemž toho lze dosáhnout právě jedině skrze práci s dokumentací typu registr (evidence). Přesné informace o rozsahu používání omezovacích prostředků umožňují vedení zařízení přijmout opatření ke snížení míry jejich používání. *Zatřetí*, informace o četnosti a délce použití omezovacích prostředků se má pravidelně hlásit dozorovému orgánu, aby existoval na národní a regionální úrovni přehled o stávající praxi a mohlo se pracovat na strategii k omezování restrikcí. *Konečně*, mezi pojistky lze zařadit i stížnostní procedury a svého druhu pojistkou je také požadavek přímého dohledu u pacienta v mechanickém omezení nebo izolaci.

Jak ve standardu z roku 2006, tak v revidovaném standardu věnuje CPT zvláštní pozornost **pohovoru lékaře s pacientem po skončení omezení** (angl. debriefing). Revidovaný standard uvádí, že takový rozhovor je zásadní pro to, aby se pacientovi dostalo vysvětlení důvodu omezení, zmírnilo se psychické trauma z tohoto zážitku a obnovil se vztah mezi lékařem a pacientem. Pacient a pečující se mohou společně pokusit dojít k tomu, jak by se pacient mohl lépe ovládat, a tak se snad vyhnout dalším atakám agresivity a následnému použití omezovacích prostředků. Původní standard připomíná, že pohovor je příležitostí také pro pacienta vysvětlit, co zažíval před omezením, což může pomoci jemu i pečujícím lépe pochopit jeho chování; není to jen pacient, kdo může být použitím restrikcí traumatizován, ale i personál tváří v tvář agresi pacienta.

Názory výboru nejsou samy o sobě právně závazné, resp. s jejich nerespektováním například psychiatrickými nemocnicemi se nepojí žádná právní sankce a nad implementací ze strany smluvních států nebdí žádná další autorita. Na druhou stranu, právní váhu zprostředkovaně získávají, když je přejímá Evropský soud pro lidská práva. V České republice navíc právní význam názorů CPT významně pozvedl Ústavní soud, když judikoval, že CPT poskytuje autoritativní výklad pojmů mučení, nelidské a ponižující zacházení, od kterého se národní orgány nemohou odchyliť

bez důkladného a přesvědčivého zdůvodnění.¹⁵ Každopádně právní nezávaznost jeho názorů nutí výbor, aby je podával klinicky věrohodně a přesvědčivě – po stránce odborné (právní a medicínské) i hodnotové.

Povědomost o práci výboru mezi českými odborníky není velká a situaci v českém zdravotnictví tak ovlivňuje jen nepřímo, právě skrze rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva (případ Bureš proti České republice) nebo zprávy veřejného ochránce práv. Standard CPT z roku 2006, zdá se, neměl vliv na přípravu zákona o zdravotních službách. Můžeme tak konstatovat, že standard o používání omezovacích prostředků není plně implementován – rozchází se pojetí farmakologického omezení a požadovaného dohledu; nadále se připouští používání síťových lůžek; není zavedeno vedení zvláštního registru (evidence) v podobě, jakou CPT doporučuje, a provádění zpětného rozhovoru; od poskytovatelů se nepožaduje podnikat kroky k prevenci používání omezovacích prostředků.

3.3 Zákon o zdravotních službách

S účinností od 1. dubna 2012 existuje úprava používání omezení volného pohybu ve zdravotnictví na úrovni zákona, a to jako „omezovacích prostředků“ podle § 39 zákona o zdravotních službách.¹⁶ Jde o obecné ustanovení dopadající na všechny druhy zdravotní péče i všechny medicínské obory.

Zákon je koncipován tak, že vyjmenovává, co se omezovacím prostředkem rozumí, stanoví podmínky přípustnosti použití a další povinnosti poskytovatele zdravotních služeb:

- § 39 odst. 1: „K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít a) úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem, b) omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty, c) umístění pacienta v síťovém lůžku; to neplatí v případě poskytování záchranné služby, d) umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu, e) ochranný kabátek nebo vestu zamezující pohybu horních končetin pacienta, f) psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky podávané parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavnou léčbu

¹⁵ „CPT je expertní orgán, který na základě svých bohatých zkušeností z návštěv míst, kde se nacházejí osoby zbavené svobody, poskytuje pro různé kontexty výklad pojmů mučení, nelidské a ponižující zacházení. Nejde tedy sice o výklad závazný, ale přesto jde o výklad autoritativní, poskytovaný orgánem, který státy zřídily za účelem posílení ochrany osob zbavených svobody. (...) Od výkladu podaného CPT se lze sice na rozdíl od závazného výkladu odchyliť, však taková odchylka musí být velmi důkladně a přesvědčivě odůvodněna. V opačném případě, pokud nějaký orgán veřejné moci relevantní výklad podaný CPT ignoruje či se s ním nedostatečně vypořádá, ohrožuje základní ústavní hodnotu, již je podle čl. 1 odst. 2 Ústavy vázanost České republiky závazky, které pro ni vyplývají z mezinárodního práva.“ Nález Ústavního soudu ze dne 27. října 2015, sp. zn. I. ÚS 860/15 (dostupné na <http://nalus.usoud.cz>), § 59.

¹⁶ Nejvyšší verze tohoto ustanovení je výsledkem novelizace provedené, s účinností k 31. květnu 2017, zákonem č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

psychiatrické poruchy, nebo g) kombinaci prostředků uvedených v písmenech a) až f), (dále jen „omezovací prostředky“).“

- § 39 odst. 2 písm. a) a b), zásada nezbytnosti: „Omezovací prostředky lze použít a) pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, b) pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití podle písmene a)“.
- § 39 odst. 2 písm. c), zásada subsidiarity a přiměřenosti: „Omezovací prostředky lze použít poté, co byl neúspěšně použit mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků, s výjimkou případu, kdy použití mírnějšího postupu by zjevně nevedlo k dosažení účelu podle písmene a), přičemž musí být zvolen nejméně omezující prostředek odpovídající účelu jeho použití.“
- Podle § 39 odst. 3 je pro bezpečnost, doložitelnost a kontrolu poskytovatel povinen zajistit informování pacienta a jeho opatrovníka, dohled v průběhu omezení, podmínky pro to, aby použití omezovacího prostředku indikoval zásadně lékař a jiný zdravotnický pracovník jen výjimečně z důvodu nouze, a náležitě dokumentování.
- § 39 odst. 4, souhrnné údaje o počtech případů použití: „Poskytovatel je povinen vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků, která obsahuje souhrnné údaje o počtech případů použití omezovacích prostředků za kalendářní rok, a to pro každý omezovací prostředek zvlášť; identifikační údaje pacientů, u kterých byly omezovací prostředky použity, se v centrální evidenci neuvádějí. Použití omezovacího prostředku se zaznamená do centrální evidence nejpozději do 60 dnů ode dne jeho použití.“
- § 40 odst. 1 a 2, změna právního statusu pacienta: Poskytovatel je povinen do 24 hodin oznámit soudu případ dobrovolně hospitalizovaného pacienta, který byl dodatečně omezen ve volném pohybu omezovacími prostředky krom úchopů, ledaže „byl dodatečně vysloven souhlas“ ve lhůtě do 24 hodin.

Dále s použitím restrikcí souvisí další, obecnější ustanovení zákona:

- § 28 odst. 3 písm. k), nejméně omezující prostředí: „Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.“
- § 45 odst. 1: „Poskytovatel je povinen poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb.“
- § 50 odst. 1 písm. b): „Zdravotnický pracovník má právo neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví.“

Právní úprava **kritérií pro použití omezovacích prostředků** odpovídá evropskému lidskoprávnímu standardu. Lze se setkat s hlasy, které kritizují použití neurčitého právního pojmu „**bezprostřední ohrožení**“ kvůli jeho nejasnosti pro aplikační praxi. Nicméně používání obecných

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

pojmu, jež se vykládají za použití správných metod interpretace práva, je pro právní regulaci typické a samo o sobě nemá představovat problém jen proto, že adresáty dané právní úpravy jsou ve většině neprávnicki. Pro jejich potřeby může být vydán komentář, návod či jiná literatura s výkladovými vodítky nebo příklady aplikace právního ustanovení; ke škodě věci se toto doposud nestalo. Navíc v tomto případě zákonná formulace „odvrácení bezprostředního ohrožení“ odpovídá přesně formulacím z mezinárodních právních standardů¹⁷. Na tomto místě se můžeme pokusit vysvětlit, že „bezprostředně“ znamená, že omezovací prostředek je indikován ne *až v situaci*, kdy aktuálně dochází k újmě na životě, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob,¹⁸ a zároveň ani ne *už v situaci*, kdy lze „pouze“ konstatovat existenci jakéhokoli ohrožení pro uvedené hodnoty. Doporučené postupy psychiatrické péče z roku 2006 uvádí: „stavy, které s největší pravděpodobností vyústí“ do ohrožujících projevů. „Bezprostředně“ tedy neznamená *nyní probíhající*, ale představuje limit pro klinické posouzení podle pravidel medicíny. Lékař při hodnocení stavu pacienta bere v úvahu okolnosti, jako je aktuální stav onemocnění a předchozí jednání pacienta, případně neúspěch méně restriktivního postupu, aby byl jeho úsudek, že k ohrožujícímu chování v brzké době dojde, opodstatněný. Právě tyto okolnosti se mají odrazit v záznamu ve zdravotnické dokumentaci.

Co se týká **dokumentační povinnosti** ve zdravotnické dokumentaci jednotlivých pacientů, je právní úprava¹⁹ náročná a usilující o průkaznost postupu poskytovatele, včetně úvahy o nezbytnosti použití omezovacího prostředku.²⁰

Naproti tomu lze rozeznat několik nedostatků současné právní úpravy. Zaprvé je v zákoně nejasná **definice farmakologického/chemického omezovacího prostředku**. Rozdíl mezi farmakologickým omezovacím prostředkem a léčbou bez souhlasu není ostrý a definice zde skutečně činí problém. Farmakologické ovlivnění je lege artis krok při zvládnutí agresivního a násilného chování z chorobné příčiny a je jím možné případně předejít použití omezovacích prostředků. Zároveň však použití léků za určitých okolností představuje omezovací prostředek; podle CPT je tou okolností použití síly, nebo jeho hrozba, a účel ovládnutí chování člověka.²¹

¹⁷ Srov. angl. výraz „to prevent imminent harm“ – č. 27 odst. 1 Doporučení Rec(2004)10, bod 1.4 Standardu CPT z roku 2017 a bod 96 rozsudku Bureš proti České republice.

¹⁸ Doporučené postupy psychiatrické péče z roku 2010 v souvislosti s použitím omezovacího prostředku uvádějí, že je „vhodné brát v úvahu také vývoj poruchy v čase a povahu onemocnění, odrážející potřebnost a indikaci medicínské péče. Přikláníme se k názoru, že není vždy medicínsky zdůvodněné čekat do doby, než se nemocný stane aktuálně nebezpečným sobě nebo okolí“ (s. 217).

¹⁹ Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, § 1 odst. 2 písm. k).

²⁰ Záznam o použití omezovacího prostředku má obsahovat záznam o indikaci omezení včetně specifikace druhu, důvodu a účelu omezení a stanovení intervalů kontrol a jejich rozsahu; z uvedení důvodu též musí vyplývat, proč nepostačovalo použít mírnější postup, než je použití omezovacích prostředků.

²¹ Není to jen CPT, kdo farmakologické omezení rozeznává. Nalezneme je rovněž v dokumentech vyjadřujících se k omezovacím prostředkům od Světové zdravotnické organizace, Mezinárodní společnosti psychiatrických

Zadruhé, zákon mluví (s účinností od 31. 5. 2017) o „**centrální evidenci**“ **použití omezovacích prostředků**, ale přitom se odchyluje od toho, co jako evidenci chápe CPT (viz kap. 3.2). Zákon ukládá evidovat pouze počty případů omezení za kalendářní rok. Jde tedy fakticky o statistiku, kterou mají poskytovatelé vést pro jednotlivé typy omezovacích prostředků, aniž by bylo předepsáno, aby se do evidence promítalo, na jakém pracovišti (například oddělení psychiatrie/geriatrie/neurologie) k omezení došlo, jak dlouho trvalo a jaké okolnosti je provázely (opakovaně stejný pacient/dětský pacient/zranění apod.). Kvůli nespécifičnosti získávaných dat neumožňuje evidence ani s nimi smysluplně pracovat, ani provádět účinnou vnitřní či vnější kontrolu.

Zatřetí, s porušením ustanovení zákona se nepojí **žádná správněprávní sankce** ve smyslu odpovědnosti za přestupek. (Ne každé vážné pochybení v této oblasti naplňuje skutkovou podstatu nějakého trestného činu, například v případě absence úmyslu nebo újmy na zdraví.) Začtvrté, poskytovatel má sice oznamovací povinnost směrem k soudu v případech použití omezovacího prostředku vůči dobrovolně hospitalizovanému pacientovi, **soud ale nemá nástroje k bezprostřední ochraně pacienta**. Zákon o zvláštních řízeních soudních (§ 76) s učiněním oznámení poskytovatelem spojuje zahájení řízení o vyslovení přípustnosti držení ve zdravotním ústavu. V řízení soud určuje, zda k omezení ve volném pohybu došlo ze zákonných důvodů, případně zda jsou zde (trvají) důvody pro umístění pacienta v zařízení bez jeho souhlasu (§ 78). Není známo, v kolika případech soud fakticky zkoumal zákonnost použití omezovacího prostředku. Zákon výslovně nepředpokládá, že by se soud například vyjádřil k trvání déletrvajících omezení nebo jeho podmínek. Naopak celkově jsou jeho ustanovení koncipována tak, aby poskytoval ochranu práva pacienta na osobní svobodu (ve smyslu čl. 8 Listiny a čl. 5 Evropské úmluvy) a nikoli práva na nedotknutelnost fyzické a psychické integrity. Navíc se řízení netýká těch pacientů, kteří byli v době použití omezení hospitalizováni bez souhlasu.

Konečně, předpis **neukládá** poskytovatelům – ani proklamativně – povinnost **přijímat opatření ke snižování potřeby používat omezovací prostředky**. Pravidlo, že k omezení je možné se uchýlit až v krajním případě, ztrácí na síle, pokud v provozu poskytování péče nejsou rozvíjeny preventivní postupy k minimalizaci situací nebezpečí a nejsou k dispozici alternativní postupy, jež by na tyto situace odpovídaly jinak než restriktivně. Jinými slovy, bez potřebného personálního, materiálně-technického a odborného zajištění péče je „nezbytné“ použít omezovací prostředek, zatímco za jiných podmínek by to nezbytné nebylo.

3.4 Metodická opatření Ministerstva zdravotnictví

Dříve než zákonem byla problematika omezovacích prostředků upravena na úrovni metodického opatření Ministerstva zdravotnictví, tedy předpisem, jenž je závazný pouze pro instituce podřízené jeho vydavateli. Od roku 2005, kdy nabylo účinnosti první z nich, byly provedeny ještě dvě revize.

sester, Alzheimer Europe, ve Výkladovém memorandu k Doporučení Rec(2004)10 a v českých standardech dlouhodobé péče.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Je důležité, že zatímco první metodické opatření se týkalo pouze psychiatrie, další jsou již obecná, tak jako ostatně i zákon a požadavky na zajištění respektu k důstojnosti a integritě pacienta.

V současnosti platné Metodické doporučení pro poskytovatele lůžkové péče k omezení volného pohybu pacienta a používání omezovacích prostředků u pacienta, účinné od 20. 4. 2018 a publikované ve Věstníku MZ č. 4/2018,²² vznikalo s přestávkami od roku 2015, mimo jiné pod vlivem odsuzujícího rozsudku Evropského soudu pro lidská práva v případě Bureš proti České republice (srov. kap. 3.1). Je krokem směrem k dalšímu sladění praxe poskytovatelů. Specifikuje podmínky, ve kterých lze bezpečně provádět omezení formou umístění pacienta ve zvláštní místnosti, a **doporučuje maximální časové intervaly**, po jejichž uplynutí má lékař znovu hodnotit důvodnost trvání omezení (krom průběžného hodnocení sestrou). Dále se stanoví povinnost zajistit dohled na úrovni nepřetržitého dohledu zdravotnických pracovníků. Do metodického doporučení se dále vrátil požadavek provádět s pacientem **terapeutický pohovor**, s účelem seznámit ho s důvodem omezení a dalším postupem.

Stávající metodické doporučení jde nejdál v tématu prevence: Nově se doporučuje (čl. 1 odst. 1), aby poskytovatelé za účelem prevence zpracovávali v rámci individuálního léčebného postupu u vybraných pacientů také **plán zvládnutí rizika**. Dále se označuje za nepřijatelné, pokud by omezovací prostředky byly „opatření vyplývající z neodpovídající provozní situace (nedostatek personálu, nefunkční kamerový systém aj.“, čl. 1 odst. 2). Také zakotvuje požadavek na poskytovatele, aby zajistili školení dotčených zdravotnických pracovníků: vstupní a potom s opakováním minimálně jednou ročně, a to s náležitým obsahem [čl. 3 bod b)].

V čem naopak metodické doporučení nenaplnilo očekávání, je absence návodu, jak vykládat zákonný pojem „bezprostřední ohrožení“ a zákonnou definici farmakologického omezovacího prostředku. Nadále tak přetrvávají výkladové potíže, které odborníci signalizovali při projednávání pracovních verzí metodického doporučení. Dále je překvapivé, že metodické doporučení nijak neusměrňuje používání síťových lůžek, ačkoli by bylo zcela přirozené právě touto cestou dát poskytovatelům signál, že mají pracovat na jejich postupném úplném odbourání.

3.5 Doporučené postupy klinické praxe

Doporučené postupy klinické praxe jsou velmi důležité jednak pro svůj faktický dopad na klinickou praxi a jednak pro svůj význam právní. Ten doporučené postupy získávají tím, že na ně odkazují právní předpisy jako na limit či standard, který definuje medicínskou nezbytnost a oprávněnost zásahů do integrity člověka.²³

²² Dostupný z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c4/2018_15323_3810_11.html.

²³ „Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví (...) je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy,“ uvádí článek 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. „Náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů,

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Doporučené postupy klinické praxe se tématu omezovacích prostředků podrobně věnovaly v roce 2006, s jasnou inspirací standardy ošetrovatelské péče, které na základě širokého konzultačního procesu zpracovali Tomáš Petr a Tibor Mikláš v roce 2004²⁴. Vyšší verze doporučených postupů z roku 2010 obsahuje rovněž kapitolu o omezovacích prostředcích, ovšem významně stručněji.

Z doporučených postupů lze abstrahovat tyto zásady, které jsou nyní pro psychiatrii odbornou normou:

- omezovací prostředky musí být používány co nejméně a jako krajní řešení po vyčerpání všech dostupných nerestriktivních opatření a
- nelze je užívat pro usnadnění péče a dozoru při nedostatku personálu;
- léčení neklidných a násilných pacientů vyžaduje multidisciplinární a kvalifikovaný přístup;
- omezení může mít dopad na terapeutický vztah mezi zdravotnickým personálem a pacientem, na jehož zachování se musí vynakládat veškeré úsilí.

Také řadu dalších aspektů doporučené postupy řeší moderním způsobem souladným s mezinárodními standardy:

- Ohledně rizikových faktorů se mj. uvádí, že „násilí může odrážet očekávání ošetřujících, stejně jako nízký počet personálu nebo jeho časté změny, které ovlivňují vztahy mezi ošetřujícími a pacientem“. (Doporučené postupy klinické praxe 2006, s. 152)
- Dále se mezi obecnými zásadami uvádí: „Stejně důležitá jako zvládnutí neklidu je jeho prevence, např. zlepšováním prostředí, výcvikem a vhodnou supervizí personálu apod.“ (Doporučené postupy klinické praxe 2006, s. 152)
- Pro bezpečnost a rychlost zákroku je nutné zajistit dostatečný počet personálu a „každé oddělení musí mít vypracován postup, kterým lze v co nejkratším čase mít k dispozici odpovídající počet personálu“. (Doporučené postupy klinické praxe 2006, s. 153)
- Řeč je také o individuálních opatřeních: „Součástí individuálního plánu péče o nemocného by mělo být stanovení způsobu, jakým lze nejefektivněji zvládnout pacientovu ztrátu sebekontroly a následné ohrožující chování.“ (Doporučené postupy klinické praxe 2006, s. 152)
- Dotčení zdravotníci mají mít krom každoročního školení také možnost mluvit o svých osobních zkušenostech a prožitcích z práce s neklidnými a nespolupracujícími pacienty.
- Konečně, doporučené postupy psychiatrické péče uvádí, že „řešení situací spojených s agresivním jednáním se u akutně psychiatrických nemocných nevyhneme“ a že je třeba být připraveni a umět agresivní jednání předvídat. (Doporučené postupy klinické praxe 2010, s. 217)

při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“ (§ 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách).

²⁴ PETR, Tomáš a Tibor MIKLÁŠ. *Restriktivní metody v psychiatrii, standardizace ošetrovatelské péče. Zpracované standardy ošetrovatelské péče*. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice, 2004, 40 s.

3.6 Dětsí pacienti

Specifika dětských pacientů nejsou explicitně vyjádřena v žádném standardu – ani v zákoně, metodickém doporučení ministerstva, standardu CPT či doporučených postupech psychiatrické péče. Je tedy třeba vyjít z toho, že dítě je citlivější a zranitelnější, a proto by principiálně nemělo být omezení podrobováno. Rozhodující je jistě klinické hodnocení situace. Kde je omezení nezbytné pro předejití ublížení pacientovi nebo ostatním, je zapotřebí postupovat s maximální péčí a nedopustit vznik pocitu opuštěnosti a traumatu. V právním smyslu je dítě zranitelnou skupinou, tedy práh závažnosti zacházení, jež může být posouzeno jako nelidské a ponižující, se snižuje a musí být činěny přiměřené úpravy poskytované služby oproti standardu pro dospělé.

4. Vývoj od roku 2000 a současný stav

4.1 Přehled důležitých událostí²⁵

2002: CPT provedl druhou periodickou návštěvu České republiky a při té příležitosti navštívil jednu psychiatrickou nemocnici a jedno zařízení sociálních služeb, kde tou dobou bylo 26 respektive 11 síťových lůžek a v sociálním zařízení také 2 klecová lůžka. Doporučil klecová lůžka vyřadit okamžitě a síťová co nejdříve. Ministerstvo práce a sociálních věcí se začalo restriktivními opatřeními koncepčně zabývat. MDAC uvádí, že před touto zprávou CPT nebyl v České republice vůbec rozšířen názor, že by používání klecových lůžek jako běžných postelí některých klientů a v ložnicích s ostatními bylo nějak nevhodné.

2002: V síťovém lůžku zemřelo dítě, když na ně spadla železná tyčka z lůžka, do kterého bylo v ústavu sociální péče dítě uloženo.

2003: MDAC zveřejnilo zprávu o používání síťových a klecových lůžek, jako výsledek výzkumu provedeného v České republice, Maďarsku, Slovensku a Slovinsku.²⁶ Doporučilo zakázat jejich používání, zajistit provádění nezávislé inspekce, zavést povinné vzdělávání ošetřujícího personálu zdravotních a sociálních zařízení v oblasti lidských práv, implementovat standardy CPT, zajistit systém pro centralizované sbírání dat a získávání statistik.

2004: MDAC vyprovokovalo citelnou negativní mediální kampaň v zahraničí. Britská spisovatelka J. K. Rowling napsala dopis české vládě o svém znepokojení nad používáním klecových lůžek. V reakci na tyto události byla z pokynu ministra zdravotnictví Jozefa Kubinyiho ze dne 13. 7. 2004 všechna klecová lůžka z psychiatrických léčeben s okamžitou platností odstraněna. Počet síťových lůžek se snížil.

²⁵ Text kurzívou se týká výlučně oblasti sociálních služeb.

²⁶ MENTAL DISABILITY ADVOCACY CENTER. *Cage beds. Inhuman and degrading treatment or punishment in four EU accession Countries* [online]. Budapešť: MDAC, 2003, 62 s. [cit. 21. 3. 2019]. Dostupný z: <http://www.mdac.info/en/resources/cage-beds-inhuman-and-degrading-treatment-or-punishment-four-eu-accession-countries>

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

2004: Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo metodické opatření k používání síťových lůžek; lůžka s mříží už označilo za nepřipustná. Co se týká klecových lůžek, z informací dostupných na internetových stránkách ministerstva²⁷ plyne, že v roce 2004 jich bylo v zařízeních sociální péče 105, síťových 243 a bez specifikace 306 – celkem tedy 654. Dále ministerstvo vydalo pomůcku *Práce s klientem s rizikem v chování (manuál průvodce dobrou praxí)*. V obou je kladen důraz na provázanost snižování používání restrikcí s deinstitucionalizací a přechodem na poskytování individualizované podpory. Více v kap. 4.4.

2004: Tomáš Petr a Tibor Mikláš publikovali jako výsledek výzkumného projektu s podporou Ministerstva zdravotnictví standardy ošetrovatelské péče při použití restriktivních metod v psychiatrii.²⁸ Materiál se stal významným zdrojem pro doporučené postupy klinické praxe.

2005: Ministerstvo zdravotnictví vydalo první metodické opatření (č. 31829/2004/OZP). Týkalo se pouze psychiatrické péče. Už tato první verze zakotvovala všechny moderní zásady a požadavky: Zásadu nezbytnosti a subsidiarity (přednost alternativ) použití omezovacího prostředku, zásadu lékařského rozhodování o použití a povinnost podrobovat případy kontrole ze strany vedoucího lékaře. Dále opatření požadovalo pravidelné školení zdravotníků, kteří omezovací prostředky používají, zajištění soukromí pro pacienta a náležitý dohled. V předpise najdeme také povinnost ošetrujícího lékaře, aby po zklidnění s pacientem projednal důvody a potřebu omezení, s důrazem i na budoucí strategie. Jednotlivým psychiatrickým pracovištím se doporučilo vypracovat pro tuto problematiku vlastní vnitřní předpis.

2005: Pro oblast sociálních služeb byla přijata právní úprava používání restrikcí na úrovni zákona (č. 100/1988 Sb.), a to na stejných principech, jaké platí v současné době: omezení je přípustné pouze jako výjimka v případech přímého ohrožení zdraví a života; poskytovatel sociálních služeb je povinen předcházet nutnosti jejich použití a přednostně použít méně omezující opatření. Síťová a klecová lůžka ani kurty nejsou přípustné. Ministerstvo začíná shromažďovat statistiku případů použití opatření omezujících pohyb.

2006: V Psychiatrické nemocnici Bohnice zemřela v síťovém lůžku pacientka (žena s mentálním postižením hospitalizovaná pro poruchy chování, zadusila se). Zástupkyně veřejného ochránce práv provedla na základě podnětu pozůstalé matky šetření případu. Závěry šetření, respektive jejich následné rozvíření stěžovatelkou, vzbudily značnou pozornost a emoce. Zjištěné pochybení se týkalo několika témat (souhlasu s hospitalizací, komunikací s opatrovníkem pacienta, vedení zdravotnické dokumentace, zajištění celého spektra léčebných metod, úroveň vnitřního předpisu o používání omezovacích prostředků); ochránce mj. doporučil uplatňovat plně metodické opatření Ministerstva zdravotnictví. Tehdejší ředitel nemocnice reagoval velmi podrážděně a odmítavě. Na používání síťových lůžek kauza neměla příliš vliv.

²⁷ ČESKO, Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Počet klecových lůžek s mříží či sítí v ČR* [online]. Praha: MPSV, 2005 [cit. 21. 3. 2019]. Dostupný z: <https://www.mpsv.cz/cs/1089>

²⁸ PETR, Tomáš a TIBOR MIKLÁŠ. *Restriktivní metody v psychiatrii, standardizace ošetrovatelské péče. Zpracované standardy ošetrovatelské péče*. Praha: Psychiatrická léčebna Bohnice, 2004, 40 s.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

2006: CPT adresoval vládě zprávu z další periodické návštěvy. Zopakoval v ní doporučení opustit používání síťových lůžek (zjistil jejich používání v psychiatrické nemocnici v Dobřanech, naopak nebyla již v nemocnici v Brně).

2007: Do češtiny bylo přeloženo Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí.²⁹ Doporučení pokrývá situace poruch chování způsobených demencí. Vychází z principu nezbytnosti a přiměřenosti – omezovací prostředek je „krajní řešení, ke kterému je možné přistoupit až tehdy, kdy jsme si jisti, že ostatní možnosti byly vyčerpány“, přičemž pečující musí hledat příčiny nebezpečného chování. Alternativní, neomezující způsoby zvládnání neklidu pacienta, které doporučení uvádí, předznamenávají, že od pečujících se očekává vybavení na určité úrovni. Musí zajišťovat možnosti pohybu a aktivizace, určitou flexibilitu, co se týká denního režimu pacientů, musí mít přizpůsobené prostředí a možnost posílit pečující personál. Musí zde být také schopnost aplikovat tzv. nefarmakologické metody managementu demencí.

2007: *Vstoupil v účinnost zákon o sociálních službách. Použití opatření omezujícího pohyb osob v rozporu se zákonnými pravidly představuje přešůpek poskytovatele sociálních služeb. Používání těchto opatření bylo podrobenu kontrole inspekcí kvality sociálních služeb.*

2008: Veřejný ochránce práv vydal souhrnnou zprávu o provedeném monitoringu v osmi psychiatrických nemocnicích. V šesti z nich se ještě používala síťová lůžka, v pěti omezovací kabátek, v sedmi izolační místnosti. Až na jednu výjimku měly nemocnice vypracované (na nějaké úrovni) tematické vnitřní předpisy a pracovní postupy. Ochránce konstatoval nejednotnost praxe na úrovni systému i jednotlivých nemocnic. Dokumentoval pak řadu nedostatků včetně omezování jen z důvodu neklidu pacienta, rozhodování sestrami, zásahů do soukromí pacientů a nedostatečného dokumentování. Ochránce také popsal několik případů dlouhodobého až trvalého omezování v síťovém lůžku a kurty; úřady, kterým svou zprávu adresoval, na toto nereagovaly.

2009: Ministerstvo zdravotnictví vydalo druhé metodické opatření (č. 37800/2009). Týkalo se již celého zdravotnictví a jeho obsah byl později převzat do ustanovení o používání omezovacích prostředků v zákoně o zdravotních službách a do vyhlášky o zdravotnické dokumentaci. Metodické opatření doporučovalo poskytovatelům vést o použití omezovacích prostředků evidenci, a to ve smyslu doporučení CPT. Toto nicméně nebylo do zákona o zdravotních službách přejato a později to bylo také opuštěno. Dále metodické opatření obsahovalo pokus o propracovanější definici farmakologického/chemického omezovacího prostředku, která nicméně byla kritizovaná pro svoji nesrozumitelnost. Přesto byla později přejata do zákona.

2010: Veřejný ochránce práv vydal souhrnnou zprávu o následných návštěvách psychiatrických nemocnic. Bylo ověřeno, že řada doporučení byla naplněna; v řadě nemocnic bylo například zavedeno vedení centrální evidence tak, že byla usnadněna kontrola praxe používání restrikcí.

²⁹ ALZHEIMER EUROPE. Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí. In: HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ, sest. *Madridský plán a jiné strategické dokumenty* [online]. Praha: pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007, s. 101–106 [cit. 21. 3. 2019]. ISBN 978-80-254-0174-3. Dostupný z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/000062.pdf?seek=1317050891>

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Nadále ale ochránce konstatoval převládající nepochopení pro téma chemického omezení, někde byla síťová lůžka součástí kapacity oddělení a jinde byla nahrazena kurtováním, což u cílové skupiny gerontopsychiatrických pacientů nebylo žádoucí. Zvláštní pozornost ochránce znovu věnoval situaci pacientů dlouhodobě omezovaných ve volném pohybu a obrátil se proto i na Poslaneckou sněmovnu Parlamentu ČR.³⁰ Bez podstatné reakce.

2011: CPT adresoval vládě zprávu z návštěvy uskutečněné v roce 2010. Zopakoval v ní doporučení opustit používání síťových lůžek. Vláda je ale ignorovala. V první zprávě zaslané Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením (o implementaci stejnojmenné úmluvy) pomlčela o síťových lůžkách a omezovacích prostředcích na psychiatrii obecně.

2012: V Psychiatrické nemocnici Dobřany zemřela v síťovém lůžku pacientka (žena trpící psychózou, uškrtila se na porušeném výpletu lůžka). Ochránce reagoval provedením ad hoc systematické návštěvy.³¹ Pacientka zemřela na oddělení, kde podmínky pro poskytování péče ochránce již čtyři roky před událostí kritizoval: podmínky na oddělení jednak samy vynucovaly používání omezovacích prostředků a jednak ztěžovaly dohled a provedení omezení důstojným způsobem. Až následně vedení změnilo určení daného oddělení a pro léčbu akutních stavů vyčlenilo a uzpůsobilo jiné oddělení. Síťová lůžka byla v nemocnici zcela odstraněna. Ministerstvo zdravotnictví na incident reagovalo tím, že zhodnotilo následná opatření vedení nemocnice a bylo spokojeno; k podmínkám poskytování péče na daném oddělení se nevyjádřilo nad rámec toho, že práce na takových odděleních je náročná.

2012: V dubnu nabyl účinnosti zákon o zdravotních službách. Jeho § 39 představoval první úpravu používání omezovacích prostředků ve zdravotnictví na úrovni zákona. Více v kap. 3.3.

2012: V říjnu padlo rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Bureš proti České republice. Soud v něm shledal porušení článku 3 Evropské úmluvy, tedy podrobení stěžovatele nelidskému či ponižujícímu zacházení na záchytné stanici v Brně a porušení dalších povinností státu. Pochybení bylo shledáno jak v souvislosti s použitím kurtů, tak z důvodu nedostatečného vyšetření události. V rámci výkonu tohoto rozsudku učinila vláda řadu obecných opatření ke zlepšení stavu do budoucna: novelizace zákona o zdravotních službách zákonem č. 65/2017 Sb., vydání nové verze metodického opatření, vydání Metodiky Ministerstva zdravotnictví ke kontrolám používání omezovacích prostředků, pro potřeby kontrolní činnosti krajských úřadů.

2013: Byla vydána Strategie reformy psychiatrické péče.³²

³⁰ Dokument *Umístování a pobyt osob s mentálním postižením v psychiatrických léčebnách* tvoří přílohu zprávy Otakara Motejla pro Poslaneckou sněmovnu PČR za 4. čtvrtletí roku 2009. Je dostupný z <https://www.ochrance.cz/zpravy-o-cinnosti/zpravy-pro-poslaneckou-snemovnu/>.

³¹ Zn. 4/2012/NZ v Evidenci stanovisek ochránce.

³² ČESKO, Ministerstvo zdravotnictví. *Strategie reformy psychiatrické péče, verze 1.0, vydáno 8. října 2013* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2013, 78 s. [cit. 21. 3. 2019]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1.

Právní pohled na používání omezovacích prostředků

2014: MDAC zveřejnilo druhou zprávu o monitoringu.³³ Uvádí, že v psychiatrických zařízeních sice kleslo používání klecových a posléze i sítových lůžek, ale v nějaké míře přetrvává (v roce 2012 jich bylo v psychiatrických zařízeních minimálně 120); vývoj se v Česku zablokoval a vyžaduje radikální impulz. The Sunday Times na ni 29. 6. 2014 reagovaly článkem na polovinu stránky, s titulkem „Pacienti českých nemocnic v klecových lůžkách“.

2015: CPT adresoval vládě zprávu z návštěvy uskutečněné v roce 2014, jejíž součástí jsou také doporučení týkající se používání omezovacích prostředků. Kroky, které vláda přislíbila, ale nerealizovala: vytvoření školicího programu pro zaměstnance nemocnic a vydání vzorového vnitřního předpisu (s cílem minimalizovat případy dlouhodobého použití omezovacích prostředků), zřízení odborné pracovní skupiny k vyjasnění tématu chemických/farmakologických omezovacích prostředků, hledání cest a postupů pro opuštění praxe používání sítových lůžek, kroky k bránění tomu, aby bylo síťové lůžko používáno jako obyčejné lůžko. Naopak, při vydání nového metodického opatření realizovalo ministerstvo přislíb vlády působit k tomu, aby se rizikovým pacientům zpracovávaly plány zvládnání rizika.

2015: Veřejný ochránce práv vydal zprávu o výzkumu zaměřeného na praxi krajských úřadů při kontrole zacházení v psychiatrických zařízeních a používání omezovacích prostředků. Za 2,5 roku se ani jedna krajská kontrola poskytovatelů zdravotních služeb netýkala používání omezovacích prostředků a zacházení s osobami v psychiatrických zařízeních se týkaly pouze tři. Krajské úřady jsou přitom jediným orgánem správní kontroly. V závěru zprávy doporučil ochránce zakotvit v zákoně povinnost pro poskytovatele, aby vedli evidenci případů omezení, zpracovat metodiku pro krajské úřady a zajistit výkon kontroly. Požadovanou metodiku Ministerstvo zdravotnictví vydalo v roce 2016.³⁴

2017: Proběhla novelizace zákona o zdravotních službách zákonem č. 65/2017 Sb., účinným od 31. května. Do § 39 byla výslovně zakotvena zásada subsidiarity použití omezovacího prostředku a povinnost poskytovatele nejprve vyzkoušet méně restriktivní postup. Dále byla upřesněna dokumentační povinnost a byla zavedena povinnost poskytovatelů vést statistiku.

2018: Ministerstvo zdravotnictví vydalo třetí metodické opatření (publikované ve Věstníku MZ č. 4/2018). Jde o dosud nejpodrobnější směrnici, která jde nejdál v tématu prevence. Více v kap. 3.4.

4.2 Poznatky veřejného ochránce práv

Veřejný ochránce práv (dále také jen „ochránce“) je instituce v České republice zřízená v roce 2000. Od roku 2006 provádí systematické návštěvy míst, kde se nacházejí nebo mohou nacházet osoby omezené na svobodě veřejnou mocí nebo v důsledku závislosti na poskytované péči, s cílem posílit

³³ MENTAL DISABILITY ADVOCACY CENTER. *Klecová lůžka a používání omezovacích prostředků v českých psychiatrických zařízeních*. Budapešť: MDAC, 2014, 56 s. ISBN 978-963-89303-7-8. [online, cit. 21. 3. 2019]. Dostupný z: <http://www.mdac.org/cs/books/klecova-luzka-pouzivani-omezovacich-prostredku-v-ceskych-psychiatrickych-zarizenich>

³⁴ Č. j. MZDR 19085/2016-26/PRO, dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/metodika-ministerstva-zdravotnictvi-ke-kontrolam-pouzivani-omezovacich-prostredk_13021_3266_3.html.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

ochranu těchto osob před mučením, krutým, nelidským, ponižujícím zacházením nebo trestáním a jiným špatným zacházením. V letech 2006 až 2018 provedl ochránce 44 návštěv psychiatrických nemocnic (z toho 8 dětských), 19 návštěv léčeben dlouhodobě nemocných a 6 návštěv záchytných stanic.³⁵

Zprávy veřejného ochránce práv představují unikátní zdroj poznatků, neboť jde o zjištěních z první ruky, získaná v režimu důvěrnosti vůči dotazovaným osobám omezeným na svobodě a ze studia důvěrných materiálů vč. zdravotnické dokumentace, při návštěvách konaných vesměs neohlášeně. Ochránce nemá pravomoc nařizovat realizaci opatření k nápravě, která doporučuje. Má ale právo seznamovat veřejnost se svými poznatky a doporučeními, což převážně činí vydáváním tematických zpráv shrnujících systematické návštěvy zařízení určitého typu. Jsou dostupné jednak skrze databázi Evidence stanovisek ochránce³⁶, jednak na internetových stránkách ochránce nebo v tištěné podobě.

Co se týká situace v psychiatrických nemocnicích pro dospělé, lze čerpat ze souhrnných zpráv (2008 a 2010), ze zpráv o návštěvách provedených v letech 2017–2018,³⁷ ze zpráv o šetření individuálních stížností v oblasti ochranného léčení³⁸, zprávy o návštěvě zaměřené na podmínky v zařízení, kde došlo k úmrtí v sítovém lůžku,³⁹ a z výzkumu zaměřeného na kontrolu zacházení v psychiatrických zařízeních a používání omezovacích prostředků⁴⁰. Zajímavá shrnutí obsahuje také výroční zpráva za rok 2018.⁴¹ Ze zpráv ochránce plyne tento obraz reality psychiatrických nemocnic:

V psychiatrických nemocnicích se používají kurty, ve většině také izolační místnosti. V některých psychiatrických nemocnicích se dodnes používají sítová lůžka⁴² – na neklidových a na gerontopsychiatrických odděleních, nicméně jejich počet v posledních letech významně poklesl. Převažuje přístup, kdy se neakceptuje chemický omezovací prostředek – tedy používá se (běžně z rozhodnutí sestry na základě předchozí ordinace lékaře „v případě potřeby“ při neklidu),

³⁵ Údaje dostupné z výročních zpráv veřejného ochránce práv – obecných, dostupných na <https://www.ochrance.cz/zpravy-o-cinnosti/zpravy-pro-poslaneckou-snemovnu/>, i těch zaměřených na činnost národního preventivního mechanismu, dostupných na <https://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/vyrocní-zpravy/>.

³⁶ VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Evidence stanovisek ochránce* [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2017 [cit. 11. 12. 2017]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Vyhledavani/Search>.

³⁷ Zn. 2/2017/NZ, 6/2017/NZ, 9/2017/NZ, 19/2017/NZ, 20/2017/NZ, 14/2018/NZ, 55/2018/NZ, 92/2018/NZ v Evidenci stanovisek ochránce.

³⁸ Zn. 461/2012/VOP, 2361/2016/VOP, 4174/2016/VOP v Evidenci stanovisek ochránce.

³⁹ Zn. 4/2012/NZ v Evidenci stanovisek ochránce.

⁴⁰ Zn. 22/2014/NZ v Evidenci stanovisek ochránce.

⁴¹ VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Ochrana před špatným zacházením 2018. Zpráva veřejné ochránkyně práv jako národního preventivního mechanismu* [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2019 [cit. 30. 3. 2019]. Dostupný z: <https://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/vyrocní-zpravy/>.

⁴² V roce 2018 bylo na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice zjištěno jedno klecové lůžko (po návštěvě bylo hned odstraněno).

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

ale nepovažuje se za omezovací prostředek. Ochránce nemá průkazné poznatky o neodůvodnitelném nebo nadměrném používání psychofarmak, byť případů masivní medikace je řada. Situace se postupně zlepšuje, co se týká zajištění adekvátního dohledu u osoby v omezení, nicméně stále je na některých pracovištích tato otázka nevyjasněná a až na výjimky není dohled nepřetržitý. Méně než dříve, ale stále, ochránce zjišťuje různé zásahy do soukromí a intimity člověka podrobeného omezení (vystavení zrakům ostatních pacientů, odejmutí oděvu, umístění monitorů s obrazem z kamer v sesternách způsobem, který zasahuje do soukromí nad míru nezbytně nutnou).

Často ochránce zjišťuje případy, kdy lze pochybovat, že použití nebo trvání omezení bylo opravdu nezbytné – když záznamy v dokumentaci jsou nevyovídající a použití se jeví být odůvodněno pouhým neklidem nebo „nevhodným“ chováním pacienta při absenci možných alternativních opatření. V kombinaci se zjištěnými organizací a personálním zajištěním péče pak tyto „pochybnosti“ interpretuje jako významné riziko špatného zacházení. Ochránce výslovně konstatoval porušení zákona v několika individuálních případech v rámci své působnosti prošetřovat stížnosti pacientů v ochranném léčení (v jednom případě s výslovným konstatováním ponižujícího zacházení).

Jako zvláště zranitelnou skupinu osob ochránce uvádí pacienty s mentálním postižením a s demencí. V roce 2007 bylo zjištěno několik případů trvalého použití omezovacího prostředku a nadále se potvrzuje, že u pacientů s mentálním postižením se používají omezovací prostředky ve zvýšené míře.

Celkově systematické návštěvy signalizují nedostatečné zajištění podmínek pro poskytování péče (personální poddimenzovanost, nevhodné stavební a technické řešení pracovišť), které vede k omezování ve volném pohybu. Někteří poskytovatelé zdravotních služeb pak používají omezovací prostředky v rozporu s podmínkami, které stanoví zákon o zdravotních službách.⁴³ Tyto problémy převážně přesahují možnosti jednotlivých nemocnic. Nicméně je třeba říci, že jen ve výjimečných případech vedení nemocnice sleduje případy použití omezovacích prostředků a činí ke snižování potřeby jejich použití v budoucnu alespoň ty systémové kroky, jež spadají do možností poskytovatele.

Dětské psychiatrické nemocnice byly tématem souhrnné zprávy z roku 2013. Návštěvami nebyla zjištěna závažná pochybení. Ochránce nicméně vyslovil znepokojení nad několika ne zcela jasnými případy, kdy se zdálo, že na útěk dítěte reagovalo podání „neklidové“ medikace. Bylo zjištěno používání jednoho sítového lůžka (později bylo zrušeno). Tento typ péče je znovu předmětem návštěv od roku 2018, kdy se ukazuje, že omezovací prostředky se používají sice zřetelně méně často než u dospělých, ale běžně i u dětí pod 16 let.

⁴³ Srov. zprávu z výzkumu zn. 22/2014/NZ, str. 2.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Co se týká záchytné služby, jde o velmi specifický typ péče, poskytované různorodými typy poskytovatelů zdravotních služeb. K používání omezovacích prostředků při ní, s ohledem na její účel, dochází častěji než jinde. V souhrnné zprávě veřejného ochránce práv z roku 2014 je velmi dobře propracovaná kapitola o omezovacích prostředcích, na kterou lze odkázat, co se týká názorů ochránce na omezení vůbec. Je třeba říci, že z návštěv vyplynulo obecné doporučení ochránce posílit bezpečnost na stanicích – jak z pohledu pacientů, tak i personálu.

Praxe používání omezovacích prostředků byla velmi různá, závislá na personálních a materiálních možnostech stanice. Zpravidla absentoval náležitý vnitřní předpis. Ve třetině navštívených stanic personál nevěděl, že použití kurtů nebo psychofarmak je omezovací prostředek. V polovině navštívených stanic byly zjištěny případy, kdy nebylo z dokumentace možné jednoznačně identifikovat důvody použití omezovacího prostředku a tedy ani obhájit oprávněnost užití. Na stanicích nebyly vytvořeny podmínky pro alternativní zvládnutí problémového chování intoxikovaných osob. Velmi často nerozhodoval o použití omezení lékař, ale sestra, přičemž nebylo dodržováno, že by lékař co nejdříve dorazil pacienta osobně zkontrolovat; lze říci, že z výjimky se na záchytných stanicích stává pravidlo. Později byl změněn zákon o zdravotních službách tak, že na záchytných stanicích již není možné používat síťová lůžka.

Léčebny dlouhodobě nemocných byly tématem souhrnné zprávy z roku 2017, shrnující poznatky z návštěv v roce 2015. V rámci kapitoly o volnosti pohybu a zajištění bezpečí ochránkyně Anna Šabatová tematizuje a) omezovací prostředky, b) úkony a nástroje zdravotní (především ošetrovatelské) péče, c) režimová opatření.

Bylo zjištěno používání kurtů sestrami na základě ordinací lékaře pro futuro („dle potřeby“, „v případě neklidu“). Stejně předpisy se používají i pro podávání léků s tlumícím účinkem, kde podání je pak rovněž rozhodnutím sestry zpravidla a nikoli výjimečně, jak to zákon připouští. V praxi se také nepočítá s tím, že by podání léku k zvládnutí chování pacienta bylo omezovacím prostředkem. Ochránkyně dále zveřejnila případ, kdy léčebna odmítla uznat jako omezovací prostředek fixování pacientky za obě ruce k lůžku, jež trvalo po dobu dní a nebylo řádně odůvodněno.⁴⁴ Co se týká opatření ošetrovatelské péče, jež mají také omezující účinek (typicky postranice), ne vždy jejich použití předchází řádné hodnocení rizika pádu, praxe je někdy intuitivní a byly zjištěny případy podezření na vynucenou inkontinenci těch, kdo se kvůli zábranám nedostali sami na toaletu.

Systémové podněty veřejného ochránce práv nalezneme především ve výročních zprávách o činnosti jako národního preventivního mechanismu za roky 2017 a 2018.

- Ochránce situaci hodnotí tak, že chybí strategický přístup ke snižování potřeby používání omezovacích prostředků: „Právní úprava kritérií pro použití omezovacích prostředků odpovídá evropskému standardu. Jejím plnému respektování, včetně zásady nezbytnosti

⁴⁴ Sankční zveřejnění dostupné z:

https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Zdravotnicka_zarizeni/LDN-Chittussiho-sankce.pdf

a subsidiarity, brání v praxi řada přetrvávajících problémů. V praxi chybí podmínky pro alternativní zvládnání rizikového chování pacientů. Na některých pracovištích se z důvodu nevhodných materiálních a personálních podmínek omezovací prostředky používají preventivně a dlouhodobě, aniž by to vedlo ke změně způsobu poskytování péče. Nejen pacientům, ale i ošetřujícímu personálu hrozí zranění a traumata. Zdravotníci často nerozlišují léčbu a tzv. chemický omezovací prostředek. Státní kontrola vázne. Protože evidence používání omezovacích prostředků v podobě, jakou zakotvil zákon o zdravotních službách (§ 39 odst. 4), představuje nicneřikající statistiku, jsou sledování a kontrola používání restrikcí obtížné.⁴⁵ Podle ochránce se používání omezovacích prostředků nesníží bez koncepčního rozvíjení jejich prevence a alternativ a bez jasného signálu z vládní úrovně, že péči postavenou na restrikcích už nechceme. Dále je zapotřebí soustavná metodická a kontrolní činnost.

- Ochránce také kritizuje, že se nezmínil přístup k síťovým lůžkům. „Ministerstvo zdravotnictví je nečinné a někteří lékaři se obávají prostého nahrazení síťových lůžek jinými druhy omezovacích prostředků.“⁴⁶ Ochránce doporučuje přijmout koncepční přístup, který by zahrnoval hledání a posílení účinných alternativ používání nejen síťových lůžek, ale omezovacích prostředků obecně.
- Provádění kontroly krajskými úřady je komplikováno nedostatečným personálním zajištěním úřadů a nevedením potřebné evidence případů poskytovateli. Provádět kontrolu praxe používání omezovacích prostředků není snadné, neboť případy sice bývají zaneseny v individuální dokumentaci pacienta, ale jen některá pracoviště mají také listinnou nebo elektronickou evidenci, na základě které lze případy rychle najít a také je souhrnně zhodnotit. Kontroly ze strany krajských úřadů probíhají minimálně. Se stížnostmi na používání omezovacích prostředků i se stížnostmi na zacházení v psychiatrických nemocnicích a psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic se úřady setkávají pouze ojediněle. Ochránce to zjistil výzkumem z roku 2014.⁴⁷
- Dále ochránce upozorňuje na obtížnou vymahatelnost nápravy pochybení zjištěných správních kontrolou a nepostižitelnost poskytovatelů. V zákoně o zdravotních službách přestupky nepamatují ani na nesprávné použití omezovacích prostředků, ani neoprávněný zásah do integrity pacienta. To zakládá nepostižitelnost méně závažných forem špatného zacházení a nízký respekt vůči kontrolním orgánům.

4.3 Síťová lůžka

Používání síťových lůžek vystupuje jako ikonické téma v souvislosti s používáním omezovacích prostředků v českých psychiatrických zařízeních. Nešťastně poněkud stranou zůstává ve veřejné debatě otázka, kolik síťových lůžek je v používání v zařízeních jiných medicínských oborů. Status quo lze tedy charakterizovat tak, že obránci lidských práv vyvíjejí tlak na úplné stažení síťových

⁴⁵ Výroční zpráva za rok 2018, str. 21.

⁴⁶ Tamtéž.

⁴⁷ Srov. zprávu o výzkumu zn. 22/2014/NZ v Evidenci stanovisek ochránce.

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

lůžek, zatímco někteří lékaři poukazují na absenci alternativního řešení některých specifických stavů nebezpečí.

Sítové lůžko je postel, která je ze všech stran ohraničená kovovou konstrukcí, jež je vypletená sítí. Z jedné strany lze bariéru otevřít nebo zavřít a zamknout. Takové lůžko umožňuje člověku volně se v rámci daného prostoru hýbat. Je zapotřebí zajistit mu pomoc při provádění hygienických úkonů a fyziologických potřeb. S lůžkem se obtížněji manipuluje, a jakmile se někde instaluje, je pro všechny včetně pacientů nepřehlédnutelným symbolem restriktivnosti péče. Z českého prostředí jsou známy případy nešťastného úmrtí v lůžku a také převrnutí lůžka neklidným pacientem. Nicméně statisticky významnější bezproblémovost a vyšší pohodlí pro umístěného mohou vést k nadužívání a bylo možné se setkat i s trvalým umístěním člověka do takového omezujícího lůžka.

Na to právě upozorňuje CPT: při používání sítového lůžka bývá pacient mnohem opuštěnější, neboť personál nemá tendenci konat kontroly tak často jako v případě fixace; zadruhé, propočet délky pobytu v lůžku v jednotlivých případech ukázal, že určití pacienti trávili v sítových lůžkách polovinu nebo dokonce většinu dne. Požadavek na vyřazení sítových lůžek z používání CPT doplnil doporučením, aby české orgány v případě nutnosti prověřily potřebné početní stavy zaměstnanců v zařízeních psychiatrické péče. Pro případ pacientů, kteří potřebují ochranná opatření kvůli zhoršené pohyblivosti nebo nočním poruchám, výbor doporučil hledat k zajištění jejich bezpečnosti vhodnější ochranné prostředky než sítová lůžka (např. nemocniční lůžka, která mohou být snížena, nebo která jsou po stranách vybavena zábranami a umožňují tak, aby personál pacientovi z obou stran pomáhal).

Ačkoli výbor CPT vyvíjí tlak od roku 2002, sítová lůžka se nadále používají, byť jejich počet dramaticky poklesl. Vláda dosud neučinila kroky k naplnění příslibu daného CPT v roce 2015, že se do budoucna budou hledat cesty, jak sítová lůžka opustit. Od té doby bylo pro rizikovost zakázáno používat sítová lůžka na záchytných stanicích, ale u jiných zdravotních služeb zůstávají legálním typem omezovacího prostředku.

Je důležité nepodcenit, co o odbourávání sítových lůžek říkají zdravotníci. Podle zprávy MDAC z roku 2014 o monitoringu v 17 nemocnicích mezi dotázanými zdravotnickými pracovníky převládal názor, že sítová lůžka jsou za daného stavu věcí nutná. Jeden lékař si stěžoval, že „minimální úroveň počtu personálu se nyní stala normou“, „jinde se zdálo, že jsou klecová lůžka používána z důvodu převážně ženské pracovní síly, aby bylo možno zvládnout pacienty“. Navíc podle nich sítová lůžka „mají smysl“, při srovnání s trýznivostí jiných forem mechanického omezení. Ředitel zařízení, kde sítová lůžka odstranili, vysvětlil, že byla nahrazena zvýšeným používáním izolačních místností a kurtů.

Používání sítových lůžek je příkladem toho, že některá omezovací opatření jsou tradiční pouze v některém regionu Evropy. V posledním desetiletí probíhá jejich stahování – například ve Slovinsku

a Rakousku,⁴⁸ zatímco zůstávají v používání na Slovensku. Pro vytrvání v trendu snižování v České republice mluví dobré zkušenosti s odbouráváním síťových lůžek v ústavech sociální péče – respektive úspěch postupu, kdy s odbouráním lůžek bylo spojeno posílení osobní asistence.

4.4 Stručné shrnutí oblasti sociální péče

Ministerstvo práce a sociálních věcí se restriktivními opatřeními koncepčně zabývalo od roku 2002. Podnětem byly zprávy CPT a Mental Disability Advocacy Center. Ministerstvo vydalo několik tiskových prohlášení, metodické materiály, zajistilo změnu zákonných pravidel a výcvik odborníků – průvodců dobrou praxí v problematice práce s klientem s rizikem v chování, a podpořilo projekty zaměřené na přechod od síťových lůžek na individuální asistenci. Zvláště viditelné byly kroky vedoucí k odbourání používání klecových a síťových lůžek. Před jejich zákazem se ministerstvo snažilo nastartovat podporu poskytovatelům v postupném odstraňování omezovacích prostředků ze zařízení sociální péče. Používání lůžek s mříží bylo metodickým opatřením prohlášeno za nepřijatelné v roce 2004, používání síťových lůžek pak v roce 2005.

Už metodické materiály z let 2004–2005 byly moderní. Nalezneme v nich důraz na provázanost snižování používání restrikcí s deinstitucionalizací a přechodem na poskytování individualizované podpory, protože s nimi jde ruku v ruce také smazávání atributů moci u personálu a pokles agresivity v chování klientů. Ministerstvem vydaný manuál⁴⁹ požaduje primární prevenci (doporučuje zabývat se nikoli jen nebezpečnými projevy klientů, ale již problémovým chováním, což je kategorie širší, a předcházet situacím, které by mohly vést k nutnosti omezit pohyb člověka; doporučuje provádět analýzu potřeb člověka, plánovat poskytování péče, používat tzv. ucelený

⁴⁸ Informace poskytnuté v březnu 2019 rakouským národním preventivním mechanismem: Používání síťových lůžek v Rakousku skončilo k červenci 2015, kdy vypršelo roční přechodné období pro jejich odstranění stanovené nařízením federálního ministerstva zdravotnictví, kterým byla síťová lůžka ve zdravotnických zařízeních zakázána. Nyní nejsou povoleny v žádných zařízeních péče (ani sociálních). Co se týká vídeňské psychiatrické nemocnice Otto Wagnera, kde byla do té doby síťová lůžka využívána a kde se odstranění bránili, tak tam intenzivně pracovali na opatřeních, jež by odstranění umožnila (rozvoj technik deeskalace, stanovení širších povinností ošetřovatelského personálu, flexibilnější podpora ze strany lékařů), nicméně ještě měsíc po vypršení lhůty tam národní preventivní mechanismus konstatoval určité rezervy (absence snížených lůžek a podlahových pohyb monitorujících čidel).

V Rakousku se snažili objektivizovat dopady tohoto kroku na celkové používání omezovacích prostředků (četnost případů a délka použití). Bylo to ale těžké, protože ani v Rakousku donedávna nebyly vedeny centrální evidence používání omezovacích prostředků. Nicméně péčí rakouské instituce chránící práva pacientů bylo provedeno alespoň dílčí sledování, v průběhu šesti náhodně vybraných měsíců v období od února 2014 do září 2016. Analýza takto získaných dat ukázala, že po zrušení síťových lůžek ve čtvrtině případů nebylo zapotřebí použít žádné náhradní omezení, nicméně počet případů použití omezovacích prostředků celkově narostl, a to o 9 %. Co se týká absolutního času trvání omezení, tak přepočteno na rok bylo škrtnuto průměrně 22 100 hodin omezení v síťovém lůžku, přičemž přibýlo 8 010 hodin jiného typu omezení. Nejde o finální bilanci, protože se zároveň pracuje na rekonstrukci, respektive přesunu některých oddělení do nových prostor, od čehož si lze slibovat další snížení potřeby používat restrikce.

⁴⁹ ČESKO, Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Práce s klientem s rizikem v chování (manuál průvodce dobrou praxí)* [online]. Praha: MPSV, patrně 2005 [cit. 21. 3. 2019]. Dostupný z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/4035/manual.pdf>

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

rehabilitační přístup) i sekundární prevenci (techniky de-eskalace, aktivního naslouchání) a jde do takových jemností, jako jsou dopady úzkosti a agresivity pracovníků na agresivní chování klienta.

První zákonná úprava byla účinná od 1. 10. 2005⁵⁰, a to na stejných principech, jaké ovládají nyní platná pravidla v § 89 zákona o sociálních službách. Tedy omezení je přípustné pouze jako výjimka v případech přímého ohrožení zdraví a života. Poskytovatel sociálních služeb je povinen předcházet nutnosti jejich použití a přednostně použít méně omezující opatření. Pokud už k použití dojde, je stanovena posloupnost tří povolených opatření – zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě lze na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti podat léčivé přípravky. Zákonný termín je „opatření omezující pohyb osob“.

Použití opatření omezujícího pohyb osob v rozporu s těmito pravidly představuje přestupek poskytovatele sociálních služeb. Dále je zákon o sociálních službách oproti zdravotnickému předpisu přísnější v tom, že stanoví povinnost vést evidenci o případech omezení a sdělovat jednou za rok krajskému úřadu data o četnosti použití.

V posledních letech již nezaznamenáme významnější posun. Po léta zůstává nevyřešený přístup inspekce poskytování sociálních služeb do ošetrovatelské dokumentace v zařízeních a usměrnění poskytovatelů v práci s neklidovou medikací, jež je minimálně v zařízeních pro seniory používána rizikovým způsobem.⁵¹ V roce 2018 aktualizovalo ministerstvo metodické vedení tým, že vydalo nový doporučený postup pro používání opatření omezujících pohyb.⁵²

4.5 Srovnání se situací v ostatních státech Evropy

Podle poznatků CPT se omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních používají ve všech státech Rady Evropy kromě ministátů. Co se liší, je místní preference toho kterého typu omezení jako prostředku první volby či vůbec dovoleného. Také se liší četnost a délka použití a úroveň pravidel a pojistek proti zneužití. CPT upozorňuje na význam kultury, postojů a tradic mezi zdravotníky.

Řada problémů známých z českých zařízení je zjišťována také v dalších evropských státech: Relativně často je problémem používání omezovacího prostředku před zraky ostatních pacientů. Občas CPT kritizuje za to, že ostatní pacienti při omezování pomáhali nebo pak pacienta hlídali. Problémy jsou často s řádným dokumentováním, například když se jako omezení zaznamenává jen

⁵⁰ Zákonem č. 218/2005 Sb., kterým se do zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, vložil mj. § 89a.

⁵¹ Srov. VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Zpráva ze systematických návštěv veřejného ochránce práv* [online]. Brno: Veřejný ochránce práv, 2015, 71 s. ISBN 978-80-87949-12-2 [cit. 21. 3. 2019]. Dostupný z: <http://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/2964>

⁵² ČESKO, Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Doporučení postup MPSV pro používání opatření omezujících pohyb osob. Doporučený postup č. 06/2018* [online]. Praha: MPSV, 2018 [cit. 21. 3. 2019]. Dostupný z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/34953/Doporučeny_postup_c.06.2018_pro_pouzivani_opatreni_omezujici_ch_pohyb_osob.pdf

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

fixace a jiná opatření ne. V řadě států předpisy rovněž mlčí o omezení pomocí léků (farmakologické omezení). Někde není praxe omezování upravena žádným předpisem. Čas od času se lze ve zprávách CPT setkat s případy dlouhodobého omezování (srov. zpráva CPT z Velké Británie z roku 2016).

Stále se lze setkat s excesy, jako je používání kovových ručních a nožních pout (ve vězeňské nemocnici v Albánii, srov. zprávu z roku 2017). V Severní Makedonii ještě v roce 2014 CPT zaznamenal používání krom velmi opotřebovaných kožených kurtů také řetězů (!), ačkoli vláda to dříve prohlásila za skončenou praxi.

Monitorovací orgány v evropských státech, tzv. národní preventivní mechanismy, hlásí poznatky o velmi rozdílné praxi při používání omezovacích postupů v rámci Evropy.⁵³ Francouzský monitorovací orgán vydal v roce 2016 rozsáhlou tematickou zprávu, ve které shrnul poznatky o používání restrikcí ve Francii na základě více než 100 kontrolních návštěv. Zjištěnou praxi velmi častého omezování považuje za alarmující důsledek zrušení specializovaného vzdělávání sester a stigmatizace osob s duševním onemocněním a v důsledku i celé psychiatrické péče. Konstatuje velké rozdíly v přístupu jednotlivých zařízení a v jejich rámci i jednotlivých pracovišť. Nejednotnost se týká i toho, co se považuje za riziko, nebezpečí, léčebný účel a trest.⁵⁴ V některých státech, například v Nizozemsku, je naopak znát dlouhodobá snaha obejít se při poskytování psychiatrické péče bez omezovacích prostředků (srov. zpráva CPT z roku 2016), nebo bez mechanických omezovacích prostředků (srov. zpráva CPT z návštěvy Islandu 2012).

Na Slovensku, které je historicky českému zdravotnictví nejbližší, dosud není (na rozdíl od oblastí sociálních služeb) používání omezovacích prostředků upraveno zákonem, nýbrž pouze metodickým opatřením.⁵⁵ Opatření nezná téma chemických omezovacích prostředků. Dosud se používají desítky síťových lůžek, k jejichž redukci v mezičase mezi posledními dvěma návštěvami CPT (2013 a 2018) nebyly podnikány žádné systémové kroky. V současné době slovenská psychiatrická společnost navrhuje systémové kroky, a to především zřízení zabezpečených oddělení, jež by ideálně představovala prostředí dobře zajištěné péče pro bezpečné zvládnutí nebezpečných stavů v průběhu léčby. Jedním z možných důsledků takového opatření by mohlo být snížení restriktivnosti na „obyčejných“ odděleních. Nicméně nezaznívají jasné hlasy ohledně budoucnosti používání síťových lůžek a ministerstvo zdravotnictví dosud neučinilo žádné rozhodné kroky. Je možné, že povzbuzením mu bude nová zpráva CPT.

⁵³ ASSOCIATION FOR THE PREVENTION OF TORTURE. *Jean-Jacques Gautier NPM Symposium 2016. Monitoring psychiatric institutions. Outcome report* [online]. Ženeva: APT, 2016, 59 s. [18. 3. 2019]. ISBN 978-2-940597-07-9. Dostupné z: https://www.apt.ch/content/files_res/report-jig-symposium-2016-en.pdf

⁵⁴ 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. 19. 3. 2019]. Dostupné z: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2012/12/CGLPL_Report_Isolation-and-restraint-in-mental-health-institutions.pdf

⁵⁵ Odborné usmernenie č. 29/2009.

4.6 Pokus o hodnocení současného stavu

Lze říci, že v souvislosti s používáním omezovacích prostředků je velký prostor pro zlepšení, a to jak na mikro úrovni – v jednotlivých ošetřujících týmech, tak na systémové úrovni u manažerů poskytovatelů a pak u Ministerstva zdravotnictví. To tématu soustavněji věnuje pozornost posledních zhruba pět let. V popředí kritiky i nápravy je psychiatrická péče, což je z dlouhodobého hlediska nevhodné, protože sice tím lze dosáhnout nápravy mnoha křivd, ale situace v dalších medicínských oborech se nemění. Za zvláštní zmínku stojí dlouhodobá péče a geriatrické a interní medicína, kde jsou potřeby pacientů specifické oproti pacientům v akutních fázích duševních nemocí, na něž se vesměs zatím soustředí pozornost.

Česká republika dosud neměla reprezentativní data o používání omezovacích prostředků v zařízeních zdravotních služeb obecně, ani konkrétně v lůžkových zařízeních psychiatrické péče. Nevládní instituce v rámci různých projektů prováděly příležitostný monitoring, veřejný ochránce práv pak od roku 2006 soustavný, nicméně tyto aktivity neobsáhly celý systém lůžkové psychiatrické péče. Za takové situace je nutné dostupné informace uvážlivě interpretovat, zobecňovat, případně v nich nacházet trend. Nicméně samotný fakt, že nejsou k dispozici sofistikovaná data ani na úrovni národní a regionální, ani v řadě případů na úrovni poskytovatele, je negativní skutečností bránící systematicky pracovat na zvyšování bezpečí při poskytování péče a snižování rizik, jež s sebou přináší používání omezovacích prostředků. Nepřekvapí proto, že neexistuje ani vládní nebo ministerská strategie pro snižování potřeby používat omezování volného pohybu a zvýšení bezpečnosti poskytování péče. Česká republika je jedna z mála zemí Evropské unie, která nemá žádnou strategii péče o duševní zdraví.

Že je současný stav poznamenán závažnými neoprávněnými zásahy do práv pacientů, dokládají poznatky veřejného ochránce práv, jež jsou výše shrnuty. Přitom se zdá, že už není zapotřebí dále kultivovat pravidla, kdy lze omezovací prostředek použít, neboť již bylo dosaženo souladu mezi mezinárodními lidskoprávními standardy, zákonem i doporučenými postupy psychiatrické péče. Ochránce jako kroky ke zlepšení navrhuje dát na úrovni poskytovatelů důraz na opatření ke snižování potřeby používat omezovací prostředky. (A při tom například používat v textu několikrát rozebranou evidenci případů použití omezení.) Pravidlo, že k omezení je možné se uchýlit až v krajním případě, ztrácí na síle, pokud v provozu poskytování péče nejsou rozvíjeny preventivní postupy k minimalizaci situací nebezpečí a nejsou k dispozici alternativní postupy, jež by na tyto situace odpovídaly jinak než restriktivně. Jinými slovy, bez potřebného personálního, materiálně-technického a odborného zajištění péče je „nezbytné“ použít omezovací prostředek, zatímco za jiných podmínek by to nezbytné nebylo.

Symbolem omezovacích prostředků jsou síťová lůžka a lze na nich ilustrovat současný vývoj. (Byť odborník by namítal zkreslení, když tato lůžka jsou nástrojem péče pouze v části případů, kdy je indikováno použití omezovacího prostředku.) Před patnácti lety jich v českých zařízeních sociální a zdravotní péče byly stovky, v psychiatrických zařízeních v roce 2012 pak ne méně než 120. V současné době lze odhadovat, že jich je o řád méně. Také byla přijata moderní právní úprava. To

Souhrnná zpráva: Omezovací prostředky v psychiatrii, část 1. Právní pohled na používání omezovacích prostředků

Ize nesporně označit za zlepšení, byť patrně více dané celkovou humanizací psychiatrické péče než přijetím argumentů CPT a MDAC vládou. Problém je v tom, že bez systémových opatření a záruk se situace může zakonzervovat nebo i zhoršit, pokud se realizují černé scénáře o nedostatku odborného (ošetřovatelského i lékařského) personálu a nedojde k zásadní změně prostředí, kde se péče poskytuje.

Závěrem odkaz na další zdroje: Krom výstupů monitorujících orgánů a odborných zdrojů uvedených v tomto textu lze dále doporučit výsledky projektu EUNOMIA z roku 2008⁵⁶, výzkum o praxi sester psychiatrických oddělení při používání omezovacích prostředků⁵⁷, zpracování etických aspektů omezení svobody u osob žijících s Alzheimerovou demencí⁵⁸ a akademické práce⁵⁹.

⁵⁶ KALIŠOVÁ, Lucie et al. Výsledky podrobného sledování použití omezovacích prostředků během hospitalizace – projekt EUNOMIA, výsledky ČR. *Čes. a slov. Psychiat.* 104, 2008, 2, 52–58.

⁵⁷ TREŠLOVÁ, Marie a Hana DOHNALOVÁ. Coercive and restrictive measures in nursing care of restless and aggressive patients: Theory and Practice. In: NEEDHAM, Ian et al., eds. *Violence in Clinical Psychiatry. Proceedings of the 7th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry*. Amsterdam: Kavanah, Dwingeloo & Oud Consultancy, 2011, s. 94–97. ISBN 978-90-5740-099-5. Autorky uvádějí, že ačkoli dotázané sestry věří, že v určitých situacích je použití omezovacího prostředku nezbytné, pocítují etický problém v tom, že s ohledem na počet sester ve směně je omezovací prostředek první volbou při zajišťování bezpečnosti pacientů a ostatních na oddělení. Téměř polovina dotázaných sester má obavy o zdraví omezovaných pacientů a více než třetina o zdraví vlastní. Autorky dále došly k závěru, že praxe se na jednotlivých pracovištích velmi různí a dochází k různým chybám.

⁵⁸ ALZHEIMER EUROPE. *The ethical issues linked to restrictions of freedom of people with dementia* [online]. Lucemburk: Alzheimer Europe, 2012, 163 s. [cit. 13. 12. 2017]. ISBN 978-2-9599755-6-1?? Dostupný z: <http://www.alzheimer-europe.org/Ethics/Ethical-issues-in-practice/2012-The-ethical-issues-linked-to-restrictions-of-freedom-of-people-with-dementia>

⁵⁹ PETR, Tomáš. *Restriktivní metody v psychiatrii: Součást moderní péče nebo přežitek?* Diplomová práce. Praha: UK, Fakulta humanitních studií, 2005, 77 s. LUKASOVÁ, Marie. *Etické aspekty omezení člověka ve volnosti pohybu při poskytování sociální a zdravotní péče*. Disertační práce [online]. Praha: UK, Fakulta humanitních studií, 2018, 238 s. [18. 3. 2019]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/97716/140064586.pdf?sequence=1&isAllowed=y>