



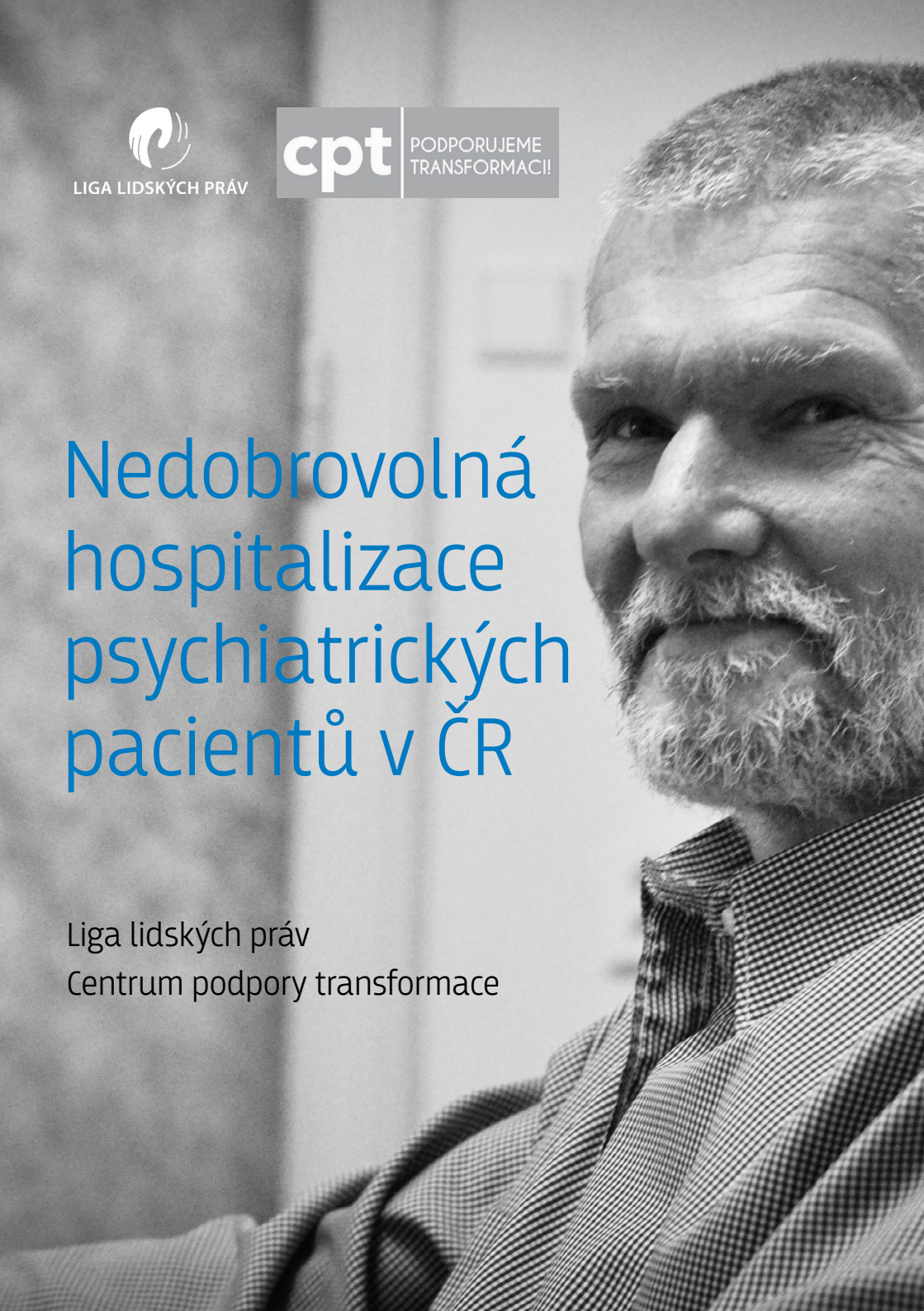
LIGA LIDSKÝCH PRÁV

cpt

PODPORUJEME
TRANSFORMACI!

Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR

Liga lidských práv
Centrum podpory transformace



Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR

Liga lidských práv
Centrum podpory transformace

Vydala Liga lidských práv v roce 2015.

ISBN 978-80-87414-25-5

Foto na obálce: archiv Ligy lidských práv

Na obrázku je Milan Sýkora, stěžovatel v případě Evropského soudu pro lidská práva Sýkora proti České republice.

Analýza vznikla v rámci projektu „Na vlastní kůži – Destigmatizace psychiatricky nemocných pomocí předávání zkušeností“ (reg. č.: CZ.11/MGS/048) v rámci výzvy pro Malá grantová schémata Programu Iniciativy v oblasti veřejného zdraví, financovaného z Norských fondů.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



LIGA LIDSKÝCH PRÁV



Obsah

Doporučení vyplývající z analýzy	5
Úvod	8

I. PRÁVNÍ POSTAVENÍ LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM V DĚJINÁCH

1. Česká právní úprava v období let 1966–2000	10
2. První vlašťovka na mezinárodní úrovni: přijetí Úmluvy o biomedicíně	11
3. Zvýšení autonomie: Doporučení Výboru ministrů ohledně zásad právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob (1999)	14
4. Implementace změn na mezinárodněprávní úrovni: Novela zákona o péči o zdraví lidu z r. 2000	17
5. Přijetí CRPD a reflexe judikatury ESLP: Novela z roku 2012	18

II. LEGISLATIVNÍ OCHRANA LIDÍ S DUŠEVNÍ PORUCHOU PŘI NEDOBROVOLNÉ HOSPITALIZACI

1. Ústavněprávní základ práva na osobní svobodu	20
2. Podmínky pro převzetí a držení v psychiatrickém zařízení	21
2. 1. Hrozba	21
2. 2. Duševní porucha	23
2. 3. Nedobrovolná hospitalizace jako opatření ultima ratio	24
3. Přezkum nedobrovolné hospitalizace	26
3. 1. Povinnosti zdravotnického zařízení v detenčním řízení	26
3. 2. Povinnosti procesního opatrovníka v detenčním řízení	29
3. 3. Postavení důvěrníka a podpůrce v detenčním řízení	31
3. 4. Práva pacienta při nedobrovolné hospitalizaci a detenčním řízení	33
3. 5. Postup soudu v detenčním řízení	40

III. Současná situace lidí s duševním onemocněním v ústavní péči

1. Počty lidí v ústavní péči	46
2. Důvody institucionalizace a překážky odchodu z dlouhodobé ústavní péče	47
2. 1. Nedostatečná prevence krizových situací a ztráty bydlení	48
2. 2. Nedostupnost bydlení	48

2. 3. Nedostatek podpory při přechodu ze zařízení do běžného prostředí ...	49
2. 4. Předsudky, stigmata a stereotypy	50
3. Strategické dokumenty k psychiatrii a dostupnému bydlení	51
3. 1. Strategie reformy psychiatrické péče	51
3. 2. Koncepce sociálního bydlení	51
3. 3. Doporučení k síti, rozsahu a podobě komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním	52
Seznam zdrojů	57

Doporučení vyplývající z analýzy

Obecná doporučení:

Je potřeba řádně implementovat koncepci Reformy péče o duševní zdraví s hlavním cílem nahradit péči v ústavním prostředí péčí a podporou lidí s duševním onemocněním v komunitě.

Je nutné rozšířit řadu sociálních komunitních služeb, včetně multidisciplinárních týmů, pro duševně nemocné pro potřeby lidí, kteří opouštějí ústavní péči.

Je nutné neprodleně přestat s dalším umísťováním lidí s duševním onemocněním do velkých ústavních zařízení a postupně snižovat počet lůžek v nich.

Je nezbytné zajistit lidem s duševním onemocněním dostupnost bydlení a sociální podpory v komunitě. Podmínky pro přístup k sociálnímu bydlení, či sociálním službám musí být nastaveny tak, aby nevyklučovaly lidi s duševním onemocněním.

Každá koncepce v oblasti duševního zdraví musí být postavena na principech důstojné péče a života lidí s duševním onemocněním a na pečlivém dodržování jejich lidských práv.

Je potřeba revidovat právní úpravu týkající se nedobrovolné hospitalizace a léčby lidí s duševním onemocněním, aby odpovídala současným lidskoprávním standardům a aby efektivně chránila každého člověka před nedůvodným zásahem do lidských práv.

Je nutné zajistit pravidelnou a efektivní kontrolu míst, kde jsou lidé s duševním onemocněním hospitalizováni proti své vůli, aby se předešlo dalším závažným porušením jejich práv.

Přijetí jakýchkoliv opatření, právní úpravy, politiky, či koncepcí v oblasti duševního zdraví musí být vedeno s cílem chránit práva lidí s duševním onemocněním a s plným zapojením uživatelů, jejich rodinných příslušníků a organizací chránících jejich práva.

Minimální doporučení pro změnu právní úpravy:

Zákon by měl stanovit zákaz poskytování léčby bez souhlasu pacienta alespoň po dobu před rozhodnutím soudu o vyslovení přípustnosti převzetí.

Rozhodnutí o nedobrovolné hospitalizaci by mělo podléhat schválení minimálně dvou přítomných lékařů.

Zákon by měl upravit povinnost zdravotnického zařízení umožnit setkání s opatrovníkem pro řízení, zmocněncem, zákonným zástupcem, či důvěrníkem i mimo návštěvní hodiny a těmto osobám poskytovat součinnost v průběhu detenčního řízení.

Zákon by měl upravit povinnost advokáta osobně navštívit pacienta před konáním jednání v řízení o vyslovení přípustnosti převzetí do ústavu zdravotnické péče a povinnost podat odvolání proti rozhodnutí o vyslovení přípustnosti převzetí nebo dalším držením v ústavu zdravotnické péče v případě, že pacient o to žádá, nebo nelze-li zjistit jeho stanovisko.

Zákon by měl upravit možnost soudu pověřit zdravotnické zařízení pověřit personál poskytovatele zdravotních služeb pacientovi vysvětlit obsah rozhodnutí.

Zákon by měl rozdělit výroky soudu v detenčním řízení na rozhodnutí o přípustnosti převzetí a přípustnosti držení v době rozhodování soudu.

Doporučení pro praxi jednotlivých aktérů při nedobrovolné hospitalizaci

Soudy by měli dbát na pečlivou ochranu všech procesních záruk člověka v detenčním řízení a na efektivní výkon jeho práv, zejména práva zvolit si zástupce, práva být vyslechnut a práva na doručení rozhodnutí ve věci.

Soudy rozhodující v detenčním řízení by měly mít povinnost vzdělávat se v ob-

lasti práv lidí s duševním onemocněním, včetně mezinárodních standardů jejich ochrany.

Zdravotnický personál psychiatrických nemocnic a psychiatrických oddělení by měl mít povinnost průběžně se vzdělávat se v oblasti práv lidí s duševním onemocněním, povinností zdravotnického zařízení v rámci detenčního řízení.

Zdravotnický personál psychiatrických nemocnic a psychiatrických oddělení by měl mít povinnost průběžně se vzdělávat ohledně nenásilného řešení konfliktních situací, včetně situací, kdy pacient odmítá léčbu.

Psychiatrická zdravotnická zařízení by si měla vyčlenit samostatnou místnost určenou k setkávání nedobrovolně hospitalizovaných pacientů s jejich zmocněnci, opatrovníky, zákonnými zástupci, či důvěrníky a měla by mít stanovený postup pro případy, kdy je nezbytné, aby tyto osoby navštívili pacienta mimo návštěvní hodiny.

Psychiatrická zdravotnická zařízení by měla mít stanovený jednotný postup při poskytování informací pacientovi ohledně detenčního řízení a pro součinnost v rámci tohoto řízení.

Úvod

Lidé s duševním onemocněním jsou jednou z nejvíce vyloučených skupin v naší společnosti. Přitom podle Světové zdravotnické organizace až jeden ze čtyř lidí může být postižen nějakým druhem duševního nebo neurologického onemocnění v průběhu svého života. Duševní nemoci jsou jednou z nejčastějších příčin špatného zdraví a zdravotního postižení. Duševní onemocnění a psychiatrie nese sebou velké stigma, které často brání lidem, aby vyhledali psychiatrickou pomoc v případě, kdy si neví rady, nebo mají problém, což může způsobit další zhoršení jejich zdraví.

V průměru téměř dvě třetiny lidí s duševním onemocněním nikdy nevyhledá lékařskou pomoc. I tak v ČR ročně navštíví ambulantních psychiatra více než 600 tisíc lidí a asi desetina z tohoto čísla je na psychiatrii hospitalizována. Z 60 tisíc hospitalizovaných lidí je však až 40 tisíc z nich hospitalizovaných proti své vůli. Tito lidé musí snášet nucenou léčbu a významná omezení jejich soukromí a rodinného života. Navíc, samotná hospitalizace může ještě prohloubit stigma, které si tito lidé s sebou nesou.

Soudní řízení, které je má chránit před neoprávněnými zásahy je v praxi neefektivní, téměř ve všech případech soud pouze schválí rozhodnutí zdravotnického zařízení o nutnosti zásahu do osobní svobody bez podrobného zkoumání okolností převzetí. Navíc, pokud je člověk jednou v psychiatrickém zařízení hospitalizován, je mnohem jednodušší, aby byl hospitalizován znovu.

K tomu, aby se změnila situace stovek tisíců lidí, je zejména potřeba radikálně změnit pohled na poskytování psychiatrické péče. Je potřeba, aby na prvním místě byla důstojnost pacientů a jejich práva. Pacienti musí být v systému zdravotních služeb partnery, kteří spolurozhodují o léčbě. Je nezbytné opustit systém ústavní psychiatrické péče a vytvořit síť ambulantních a komunitních služeb, které by kromě zdravotní péče také poskytovaly sociální péči, bydlení a další podporu pro život člověka.

Tato publikace si neklade za cíl poskytnout ucelený návod pro změnu péče o lidi s duševním onemocněním, prostor pro tuto diskusi jistě bude při implementaci koncepce Reformy péče o duševní zdraví. Některé možnosti ochrany je však mož-

né využít i dnes. Platná právní úprava dnes poskytuje mnohé procesní záruky před nedůvodným zásahům do osobní svobody pacientů, bohužel jak se ukazuje, tyto jsou v praxi často opomíjené. Touto publikací bychom chtěli poskytnout vodítko pro zdravotnická zařízení, soudy, pacienty a jiné osoby pro využití legislativy k ochraně lidských práv lidí s duševním onemocněním.

I. Právní postavení lidí s duševním onemocněním v dějinách

1. Česká právní úprava v období let 1966–2000

Zákon o péči o zdraví lidu v původním znění z roku 1966 obsahoval pouze stručné podmínky pro nedobrovolnou hospitalizaci, podle znění zákona bylo dokonce možné hospitalizovat a léčit bez souhlasu jakéhokoliv nemocného člověka, který ohrožoval vzhledem ke svému zdravotnímu stavu své okolí nebo nebylo možné vzhledem k jeho zdravotnímu stavu si vyžádat jeho souhlas. V případě ohrožení sebe se pak pro převzetí do ústavní péče muselo jednat o duševní poruchu (ne tedy jakoukoliv nemoc), další podmínky kromě existence ohrožení a duševní poruchy pak nebyly zkoumány.¹ Zákon tedy rozlišil dvě situace podle toho, jestli je člověk schopen dát souhlas, nebo nikoliv. Pokud byl schopen souhlas dát, mohl být jeho souhlas nerespektován, jen pokud ohrožoval sebe nebo okolí, pokud souhlas nebyl schopen dát, tak i bez splnění podmínky nebezpečnosti. Toto rozdělení je pak důležité z pohledu ústavního práva, které je ohroženo. U prvního případu jde zejména o právo na osobní svobodu nebo na osobní integritu, když je člověk hospitalizován nebo léčen proti své vůli. Jelikož se u druhého případu bude primárně zkoumat způsobilost dát souhlas, půjde zejména o právo na rovnost před zákonem, resp. právo činit svobodná a autonomní rozhodnutí. Jelikož zákon nenastavil mechanismus pro posuzování schopnosti dát souhlas se zákrokem, dá se říct, že toto rozhodnutí v podstatě nechal plně v moci zdravotnického zařízení (resp. ošetřujícího nebo přijí-

majícího lékaře) bez jakýchkoliv dalších právních záruk. Lékař tedy mohl rozhodnout o tom, že člověk není schopen dát platný souhlas a provést jakýkoliv zdravotnický úkon, který považoval za nezbytný, včetně léčby somatických obtíží.

V této době také neexistoval žádný povinný přezkum nedobrovolné hospitalizace, zdravotnické zařízení oznamovalo detenci národnímu výboru, který přezkoumal nutnost ústavní péče, jen pokud sám měl pochybnosti, nebo pokud o to požádal nemocný, osoby blízké nebo opatrovník, případně z podnětu zdravotnického zařízení orgány Revolučního odborového hnutí nebo jiné společenské organizace.² Přezkum hospitalizace převzaly soudy až po novele z r. 1993, kdy byla do Občanského soudního řádu včleněna ustanovení §§ 191a až 191g.

V tomto období také neexistovala žádná právní regulace omezovacích prostředků používaných ve zdravotnictví nebo v sociálních službách. V té době tedy mohly psychiatrické léčebny volně využívat široké množství restrikcí, což se i dělo. Běžně se používalo kurtování na posteli, kazajky nebo klecová, síťová lůžka či izolační místnosti, a to i v zařízeních, kde neexistovaly ani žádné interní předpisy pro jejich použití.³ Do pozornosti Ministerstva zdravotnictví ČR se problematika používání restrikcí dostala až v roce 2002⁴ a trvalo celých 7 let, než byl vypracován metodický pokyn k používání omezovacích prostředků (k tomu blíže dále).

2. První vlaštovka na mezinárodní úrovni: přijetí Úmluvy o biomedicíně

Po pěti letech práce ad hoc Výboru expertů pro bioetiku Rady Evropy byl v roce 1996 schválen návrh speciální úmluvy, která měla za úkol regulovat využití nových poznatků ve vědě pro medicínské a biologické účely, jakož i nově vznikající vztahy

1 Viz § 23 odst. 4 zákona o péči o zdraví lidu ve znění z roku 1966.

2 Viz § 24 zákona č. zákona o péči o zdraví lidu ve znění z roku 1966.

3 CPT zpráva 2002 odst. 124–129.

4 Tamtéž, s. 129.

z těchto aktivit.⁵ V příštím roce byla úmluva připravena k podpisu stran a po ratifikaci pět států vstoupila v platnost 1. prosince 1999. Kromě členských zemí je otevřena k podpisu i zemím mimo Radu Evropy, i když do dnešního dne ji žádná taková země neratifikovala.⁶ Česká republika ratifikovala Úmluvu o biomedicině 1. října 2001.⁷

Úmluva o biomedicině byla konstruovaná jako rámcový dokument zahrnující základní principy pro prevenci před zasahováním do důstojnosti a lidských práv, který měl být následně doplňován protokoly ohledně specifických oblastí.⁸ Důležitost úmluvy spočívá zejména v tom, že jde o dokument, který je závazný pro státy, jež ho ratifikovaly, a že obsahuje minimální standardy, které musí každý členský stát implementovat do své právní úpravy⁹ a taktéž je vynucovat prostřednictvím domácích soudů.¹⁰ Pravděpodobně nejdůležitějším přínosem úmluvy bylo, že postavila na první místo člověka (pacienta) a jeho důstojnost. Vedoucími principy, v duchu kterých by měly být interpretovány ostatní části úmluvy, tedy jsou koncepty důstojnosti, svébytnosti, rovnosti a integrity lidské bytosti,¹¹ na druhém místě pak nadřazenost zájmů a blaha lidské bytosti nad společností nebo vědou.¹²

Ve vztahu k nucené psychiatrické léčbě jsou nejdůležitější články 5 až 8 týkající se souhlasu s léčbou. V článku 5 úmluva jako první závazný mezinárodní dokument stanovil požadavek svobodného a informovaného souhlasu u všech zákroků zdravotní péče. Cílem regulace informovaného souhlasu na mezinárodní úrovni bylo jasně deklarovat nadřazenost autonomie pacienta nad paternalistickým přístupem medicíny, přičemž tato autonomie se vztahuje na všechny úkony zdravotní péče, včetně prevence, diagnostiky, léčby, rehabilitace či výzkumu.¹³ Právo na informa-

ný souhlas podle úmluvy však není absolutní. Výjimky, které stanovují články 6 až 8, se týkají situací, kdy není možno souhlas platně získat nebo kdy pacient trpí duševní poruchou. První případ je silně spjatý s otázkou schopnosti nebo způsobilosti porozumět informacím a povaze zákroku a rozhodnout na základě těchto informací. V důvodové zprávě autoři připouštějí, že rezignovali na sjednocení přístupů různých zemí Rady Evropy k otázce způsobilosti a ponechali tuto otázku pro regulaci legislativám jednotlivých členských států.¹⁴ Ani úmluvě se tedy nepodařilo překlenout rozdíl mezi konstrukcí způsobilosti na základě faktické způsobilosti, která převládá při rozhodování o léčbě například ve Velké Británii, a na základě právní způsobilosti, která byla a je preferovaná u nás. Jejím nepopiratelným přínosem je však omezení zásahů v případech, kdy pacient podle domácí právní úpravy není schopen dát souhlas. Je to možné jen při splnění podmínky, že zákrok či léčba je k přímému prospěchu osobě, souhlas dá jeho zákonný zástupce a osoba má možnost na souhlasu participovat.¹⁵

Druhý případ, tedy situace podle článku 7, se týká specificky lidí s duševním onemocněním, i když jejich způsobilost není narušena. Ani důvodová zpráva nezmiňuje, proč právě u této skupiny osob se tvůrci rozhodli udělat výjimku z obecného pravidla, kterým je zákaz zdravotnických úkonů bez informovaného souhlasu kromě obecného předpokladu, že schopnost rozhodovat se je narušena vlivem duševní poruchy.¹⁶ Na druhou stranu vzhledem k tomu, že v době přijetí úmluvy ještě mnoho zemí včetně České republiky ponechávalo velice široké pole působnosti lékařům v psychiatrických nemocnicích, úmluva redukovala možnost lékařů provádět zákroky na lidech s duševním onemocněním bez jejich vůle pouze na zákroky, které míří na léčbu duševní poruchy, a zavedla také další důležité kritérium – princip subsidiarity. Zdravotnický pracovník musí vždy jednat na základě informovaného souhlasu, resp. nesouhlasu pacienta, ledaže by úkon nebyl proveden pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vši pravděpodobností došlo k závažnému poškození jeho zdraví.¹⁷ Úmluva tedy stanovila čtyři konkrétní pod-

-
- 5 Důvodová zpráva k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině, odst. 1 a 2.
- 6 Viz Tabulka ratifikace Úmluvy o biomedicině dostupná z: <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?NT=164&CM=&DF=&CL=ENG>
- 7 Tamtéž.
- 8 ANDORNO, Roberto. The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law, *Journal of International Biotechnology Law*. 2005, vol. 2, no. 4, s. 133.
- 9 Tamtéž, s. 134–135.
- 10 Viz čl. 23 Úmluvy o biomedicině.
- 11 Viz čl. 1 Úmluvy o biomedicině.
- 12 Viz čl. 2 Úmluvy o biomedicině.
- 13 Důvodová zpráva k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině, odst. 34.

-
- 14 Tamtéž, odst. 42.
- 15 Viz čl. 7 Úmluvy o biomedicině.
- 16 Důvodová zpráva k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině, odst. 50.
- 17 Tamtéž, s. 52–54.

mínky pro nedobrovolnou léčbu (které se později promítly i do judikatury Evropského soudu pro lidská práva): (a) existence duševní poruchy, (b) zákrok je zaměřen na léčbu duševní poruchy, (c) bez zákroku/léčby by se vší pravděpodobností došlo k závažnému poškození zdraví pacienta, (d) povinnost dodržení podmínek stanovených národním právem.

3. Zvýšení autonomie: Doporučení Výboru ministrů ohledně zásad právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob (1999)

V roce 1999 bylo na půdě Rady Evropy přijato doporučení Výboru ministrů č. R 99(4) ohledně zásad právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob. Toto doporučení bylo přijato v reakci na lékařský pokrok, díky kterému se zvýšila v Evropě délka života populací, jakož i na legislativní změny vedené lidskoprávními principy. Již v roce přijetí doporučení bylo možno vysledovat tři způsoby úpravy právního postavení tzv. nezpůsobilých osob, tzv. tradiční systémy, které byly založeny na zbavování svéprávnosti a ustanovení zástupce, funkčně modifikovány tradiční systémy, které kromě zásahů do svéprávnosti nabízely větší flexibilitu a jiná opatření a „radikální přeměnu“ systému, kde je kladen důraz na asistenci a ochranu, nikoli na zásah do svéprávnosti.¹⁸

Mezi základní zásady patří podle doporučení respekt k lidským právům a důstojnosti každého člověka, flexibilita v právní odezvě, předpoklad zachování maximální míry způsobilosti, princip nutnosti, subsidiarity a proporcionalita a procesní

18 Důvodová zpráva Výboru ministrů k přijetí Doporučení č. R (99)4 ohledně zásad právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob, odst. 14.

rovnost.¹⁹ Kromě toho doporučení upozorňuje na to, že při rozhodování by měly být vždy brány v potaz jak přání a pocity člověka, tak i jeho zájem a blaho.²⁰ Přičemž zásady, týkající se respektování názoru a pocitů člověka, jeho zájmů i konzultace jeho blízkých se týkají také všech rozhodnutí u lidí, kteří nejsou schopni dát souhlas, nebo jejich souhlas nemusí být respektován, včetně braní v potaz jeho předem vysloveného přání.²¹

I když se zdá, že by pro harmonizaci právních úprav napříč Evropou stačily tyto základní principy spolu s ustanoveními Úmluvy o biomedicíně, doporučení zvláště řeší otázku rozhodování v oblasti zdraví. Je tomu tak proto, že ani Úmluva o biomedicíně nevyplnila mezeru mezi otázkou faktické způsobilosti dát souhlas k lékařskému zákroku, který se odvíjí od reálných schopností člověka v daném okamžiku, a právní způsobilosti (resp. způsobilosti k právním úkonům) jako legálního konstruktu působícího absolutně na veškerá právní jednání bez ohledu na momentální situaci.²²

Doporučení tedy na rozdíl od Úmluvy o biomedicíně jsou vystavěna na faktické způsobilosti, alespoň v této části. Trochu nejasně přeložený odstavec 1 zásady č. 22 říká, že „pokud je dospělá osoba, ačkoli je subjektem ochranného opatření, schopna udělit svobodný a informovaný souhlas s určitým zákrokem v oblasti zdraví, může být tento zákrok proveden pouze s jejím souhlasem (...)“²³. Dále pokud je takový zákrok uskutečňován u osoby, jež není schopna souhlas dát, musí být vždy „pro tuto osobu přímo prospěšný“ a zároveň „být schválen jejím zástupcem nebo úřadem, osobou či orgánem, které k tomu zmocňuje zákon“.²⁴

19 Rada Evropy: Doporučení Výboru ministrů č. R (99)4 ohledně zásad právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob přijaté dne 23. 2. 1999, principy 1–7.

20 Tamtéž, zásady 8–9.

21 Tamtéž, zásada 27.

22 Důvodová zpráva Výboru ministrů k přijetí Doporučení č. R (99)4 ohledně zásad právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob, odst. 71.

23 Původní znění tohoto ustanovení zní: „Where an adult, even if subject to a measure of protection, is in fact capable of giving free and informed consent to a given intervention in the health field, the intervention may only be carried out with his or her consent. The consent should be solicited by the person empowered to intervene.“ Z výrazu „in fact“ je zjevné, že se tím myslí faktická, nikoliv právní způsobilost k danému souhlasu.

24 Rada Evropy: Doporučení Výboru ministrů č. R (99)4 ohledně zásad právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob přijaté dne 23. 2. 1999, princip 22, odst. 1 a 2.

Protože při jednání Výboru ministrů nedošlo ke shodě, obsahují doporučení i alternativní řešení, určené pro státy, které „neznají koncept faktické způsobilosti a je vyžadováno vyslovení nezpůsobilosti soudem“.²⁵ Mezi tyto země patřila a patří i Česká republika, což do dnešní doby způsobuje značné problémy při implementaci Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, o níž bude řeč níže. Koncept faktické způsobilosti se však ani tady nevytratil, jen mu je dána menší váha než u zásady č. 22. Podle zásady č. 23, pokud podle právní úpravy člověk nemá způsobilost k udělení souhlasu a k takovému souhlasu je potřeba přivolení orgánu nebo osoby určené zákonem, „měl by být přesto vyžadován i souhlas dospělé osoby, je-li schopna jej udělit“²⁶. Pokud není schopna udělit souhlas, musí jít podobně jako v předchozí části vždy o zákrok, který je „pro osobu přímo prospěšný“ a musí „být schválen jejím zástupcem nebo úřadem, osobou či orgánem, které k tomu zmocňuje zákon“.²⁷

Kromě těchto ustanovení však doporučení obsahuje i zásadu č. 25, která se týká specificky lidí se závažnou duševní poruchou. V tomto článku se snažili autoři sladit doporučení s úpravou obsaženou v článku 7 Úmluvy o biomedicině, jenž se týká osob, které sice můžou být schopny udělit s léčbou souhlas, ale i „přesto je vyžadována jejich nucená léčba“.²⁸ Podle tohoto ustanovení lze aplikovat nucenou léčbu za následujících podmínek: (a) osoba trpí vážnou duševní poruchou, (b) existuje zákonný podklad a právní záruky před zneužitím, včetně dohledu, kontroly a opravných prostředků a (c) hrozí závažná újma na jejím zdraví. Přičemž všechny tři tyto podmínky jsou poněkud vágní a ani důvodová zpráva neposkytuje vodítko k tomu, jak vykládat pojmy „vážná duševní porucha“ nebo „závažná újma na zdraví“, nebo jaké jsou minimální standardy pro právní záruky řízení o detenci.

25 Důvodová zpráva Výboru ministrů k přijetí Doporučení č. R (99)4 ohledně zásad právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob, odst. 80.

26 Rada Evropy: Doporučení Výboru ministrů č. R (99)4 ohledně zásad právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob přijaté dne 23. 2. 1999, princip 23.

27 Rada Evropy: Doporučení Výboru ministrů č. R (99)4 ohledně zásad právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob přijaté dne 23. 2. 1999, princip 23, odst. 1 a 2.

28 Důvodová zpráva Výboru ministrů k přijetí Doporučení č. R (99)4 ohledně zásad právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob, odst. 87.

4. Implementace změn na mezinárodněprávní úrovni: Novela zákona o péči o zdraví lidu z r. 2000

První změna v české právní úpravě nastala až po pětadvaceti letech od přijetí zákona o péči o zdraví lidu. Novelizací z roku 2000 zřejmě zákonodárci reagovali na přijetí výše zmiňovaných doporučení Rady Evropy a zároveň si také připravovali půdu pro přijetí Úmluvy o biomedicině, která byla ratifikována Českou republikou o rok později. Novela roztříbila případy nedobrovolné léčby a vyčlenila a specifikovala podmínky pro nedobrovolnou léčbu u lidí s duševním onemocněním. Ve skutečnosti však nenastala žádná výraznější změna či posun k vyššímu respektu k autonomii člověka s duševním onemocněním, stále zůstaly podmínky dvě – domněnka existence duševní poruchy (stačilo, aby osoba jevila známky duševní choroby) a existence ohrožení pro sebe nebo okolí²⁹ přesto, že Úmluva o biomedicině i Doporučení Rady Evropy specifikovaly podmínky pro nedobrovolnou léčbu mnohem úžeji (k tomu viz výše). I když neexistovala žádná hrozba, stále bylo možné bez souhlasu člověka provádět neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví v případě, že nebylo možné si vyžádat jeho souhlas. I po novele pak zákon operoval s institutem (ne)schopnosti dát souhlas bez bližšího uvedení, o které případy se jedná. Tedy jestli se jedná o fyzickou, úplnou neschopnost dát souhlas – například v případě člověka v kómatu, nebo lze tato ustanovení aplikovat i na osoby, které jsou fyzicky schopny dát souhlas, resp. nesouhlas, ale tento není podle práva platný, tedy například osoby jednající pod vlivem duševní nemoci nebo osoby omezené ve svéprávnosti. Obecná praxe až do novelizace z roku 2012 pak byla ta, že tyto osoby souhlas dát platně nemohly a tedy jejich souhlas byl nahrazen souhlasem opatrovníka nebo rozhodnutím lékaře bez jakýchkoliv právních záruk. Je nutno dodat, že v té době právní řád nedokázal flexibilně reagovat na realitu mnohých lidí s duševním onemocněním, jejichž faktická způsobilost se v průběhu času měnila (například střídání psychotických fází a klidového období) a kteří byli soudem omezeni nebo zbaveni svéprávnosti. Formalistická právní úprava a nevhodné sloučení soukromoprávního

29 Viz § 23 odst. 4 písm. b) zákona č. 20/1966 Sb., ve znění zákona č. 258/2000 Sb.

pojetí způsobilosti k právním úkonům a veřejnoprávní ochrany lidí před zásahy do integrity vedla k situacím, kdy někteří psychiatrickí pacienti postrádali jakékoliv právní záruky při nedobrovolné hospitalizaci a léčbě.³⁰

5. Přijetí CRPD a reflexe judikatury ESLP: Novela z roku 2012

V roce 2009 ratifikovala Česká republika Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. Tato úmluva, která byla přijatá na půdě OSN, si klade za cíl radikálně změnit postoj států a jejich právních úprav k lidem se zdravotním postižením, včetně postižení duševního. Je postavena na tzv. sociálním modelu zdravotnického postižení, který staví do popředí autonomii v rozhodování člověka ohledně léčby a dalších aspektů života. Tato změna by měla mít za následek postupné opouštění paternalistických právních úprav a jejich nahrazení flexibilnější legislativou založenou na ochraně autonomie a zájmů pacienta. Podle článku 14 úmluvy existence duševního postižení nemůže odůvodňovat zbavení osobní svobody. Pokud interpretujeme úmluvu v souladu s jejím cílem, plná implementace tohoto ustanovení by měla mít za následek odstranění jakýchkoliv výjimek z principu informovaného souhlasu pro lidi s duševním onemocněním. Naopak, obecná právní úprava postavená například na aktuálním nebezpečí hrozícím od člověka, nikoliv na existence duševní poruchy, by mohla být v souladu s úmluvou. Asi nejdůležitějším článkem úmluvy, který se také váže na rozhodování ohledně zdraví, je článek 12. Podle tohoto článku mají všechny osoby se zdravotním postižením právo na uznání jako subjektu práva a na rovnost před zákonem při výkonu všech svých práv.

Zákon o zdravotních službách, jenž z roku 2012 nahradil úpravu nedobrovolných hospitalizací zákona o péči o zdraví lidu. Podmínky, které najdeme v platné právní úpravě, sice poněkud zužují prostor pro aplikaci tohoto opatření, nicméně nelze

tvrdit, že by byla nová právní úprava plně v souladu s úmluvou. Navazující procesní úprava v zákoně o zvláštních řízeních soudních, účinném od roku 2014 pak vnesla některé nové právní záruky do detenčního řízení, ale opět tato úprava nedostojí všem požadavkům úmluvy.

Specifická byla situace u lidí zbavených způsobilosti k právním úkonům a těch, jejichž způsobilost činit rozhodnutí v oblasti zdraví byla omezena. Až do roku 2013 mohl opatrovník neomezeně rozhodovat o léčbě i hospitalizaci svého opatrovance. V důsledku judikatury Evropského soudu pro lidská práva přinesla novela občanského soudního řádu pak změnu v rozhodování o hospitalizaci, podle které „souhlas opatrovníka osoby zbavené nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům nenahrazuje souhlas umístěného“.³¹ Zákon o zvláštních řízeních soudních, který nahradil ustanovení o. s. ř. týkající se detencí pak nadále hovoří pouze o souhlasu, resp. nesouhlasu umístěného (není tedy zjevné, jestli se jedná o souhlas *de facto*, nebo *de iure*), s tím, že i člověk, který byl hospitalizován na základě souhlasu opatrovníka, může podat návrh na zahájení detenčního řízení, pokud oznámení neučinilo samo zdravotnické zařízení.³² Co se týče souhlasu s jednotlivými úkony, ustanovení zákona o zdravotních službách v kombinaci s ustanoveními nového občanského zákoníku značně zkomplikovala přehlednost právního řádu. Výkladu daných ustanovení platné právní úpravy se pak věnujeme dále.

30 Rozsudky ESLP Sýkora proti ČR a Ťupa proti České republice.

31 Viz zákona č. 404/2012 Sb.

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

II. Legislativní ochrana lidí s duševní poruchou při nedobrovolné hospitalizaci

1. Ústavněprávní základ práva na osobní svobodu

Právo na osobní svobodu můžeme v širším smyslu pojímat jako právo jednat podle vlastní vůle, bez intervence ze strany státu nebo jiných osob. V užším smyslu, tedy tak, jak na něj hledí mezinárodní právo, ale i česká Listina základních práv a svobod, se jedná o právo nebýt svévolně vězněn nebo omezován v pohybu. V ČR neexistuje obecná právní úprava, jakou má například Velká Británie v *Habeus Corpus Act*, pro vymezení základních principů tohoto práva je nutné se podívat jak na úpravu v LZPS a jednotlivých zákonech, ale i v závazných mezinárodních smlouvách, tak zejména pak v CRPD.

LZPS chrání osobní svobodu v článku 7 a zejména pak v článku 8. Článek 7 odst. 1 hovoří poněkud vágně o „nedotknutelnosti osoby“. Článek 8 pak explicitně zmiňuje právo na osobní svobodu včetně situací, kdy ji lze omezit. Podobnou strukturu má i Evropská úmluva o lidských právech, která konstatuje, že každý má právo na osobní svobodu, a dále vyjmenovává případy, kdy může stát osobní svobodu omezit. CRPD pak v článku 14 specifikuje, že všichni lidé s postižením mají na rovnoprávném základě s ostatními právo na svobodu a osobní bezpečnost, jakož i na stejné záruky v oblasti lidských práv v případech, kdy byli zbaveni osobní svobody. Tento článek je potřeba pak vykládat ve spojení s účelem úmluvy, jakož i ostatními články, zejména s článkem 12 (rovnost před zákonem), článkem 13 (přístup ke spravedlnosti) a článkem 19 (nezávislý způsob života a zapojení do společnosti).

2. Podmínky pro převzetí a držení v psychiatrickém zařízení

Jak v LZPS, tak v EÚLP najdeme taxativně vymezené důvody pro zásah do osobní svobody. Listina mluví o převzetí a držení v ústavní zdravotnické péči, avšak explicitně neváže tyto důvody na existenci zdravotního postižení či duševní poruchy. Pro další kritéria a postup při přezkumu odkazuje listina na zákonnou úpravu, určuje však minimální rámec, kterým je povinnost zdravotnického zařízení oznámit do 24 hodin soudu každé takové omezení osobní svobody a povinnost soudu do 7 dnů přezkoumat, zda k převzetí došlo ze zákonných důvodů. Naopak EÚLP zmiňuje „zákonné držení osob duševně nemocných“³³, konkrétní podmínky (včetně doby přezkumu) však také ponechává na vnitrostátní úpravě. V průběhu doby však Evropský soud v judikatuře stanovil základní rámec, který představuje určité vodítko i pro interpretaci naší zákonné úpravy.

Podrobnější podmínky pro převzetí člověka do léčebny bez souhlasu jsou upraveny v § 38 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen „ZoZS“). Podle tohoto ustanovení lze pacienta hospitalizovat bez souhlasu při kumulativním naplnění těchto podmínek: (a) pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí, (b) pacient jeví známky duševní poruchy, touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, (c) hrozbu ze strany pacienta nelze odstranit jinak. Na každou z těchto podmínek se nyní blíže zaměříme.

2. 1. Hrozba

Je potřeba mít vždy na paměti, že se jedná o závažný zásah do autonomie a svobody pacienta, právní úpravu je tedy nutné vykládat v souladu s článkem 4 odst. 3 LZPS co možno nejvíc restriktivně. Pacienta lze hospitalizovat bez souhlasu jen tehdy, když je to vzhledem k okolnostem nezbytné³⁴, např. vzhledem k ochraně

33 Jde o poněkud nepřesný překlad, anglické znění používá slovní spojení „a person of unsound mind“, které by šlo přeložit jako „člověk s nezdavou myslí“.

34 Rozhodnutí ESLP Varbanov proti Bulharsku, § 45.

umístěného člověka nebo jiných osob³⁵. Právo informovaně se rozhodnout o své hospitalizaci nelze přelomit například proto, že je to z pohledu lékaře nebo jiných vhodné, nebo by to bylo v nejlepším zájmu pacienta. Hrozba musí být **bezprostřední**, tedy musí akutně existovat, přičemž tato podmínka musí být naplněna jak v čase převzetí do ústavu zdravotní péče, tak v průběhu celé doby hospitalizace. Jakmile bezprostřední ohrožení odezní, je nutné pacienta neprodleně propustit. Dále musí jít o **závažnou** hrozbu. Musí se jednat o hrozbu na zdraví nebo životě, nikoliv například hrozbu na majetku hospitalizovaného člověka, například z obavy, že by se člověk mohl zadlužit nebo prodat svůj dům.³⁶ Pacient musí ohrožovat **sebe** nebo **své okolí**. V případě ohrožení pacienta samotného půjde zejména o situace, kdy má pacient suicidální tendence, nebo pokud například z důvodu poruch příjmu potravy hrozí selhání organismu. Zákon neobsahuje definici „okolí“ pacienta, ale vzhledem k ostatním podmínkám by mělo jít zpravidla o další fyzické osoby, jež by měly být ohroženy na zdraví nebo životě. Je otázkou, jestli by se dalo toto ustanovení aplikovat také na ohrožení věcí v okolí pacienta (například kdy pacient ničí nábytek), v tomto případě bychom se vzhledem k šetření podstaty a smyslu právní úpravy přiklonili k řešení jinými prostředky trestního nebo správního práva.

Tak jako je tomu i u ostatních podmínek, pro rozhodování soudu o přípustnosti převzetí je nezbytné, aby byla hrozba, která existovala v době převzetí, dostatečně podrobně popsána. Přitom nestačí, že jiná osoba tvrdí, že jí pacient vyhrožoval. Existence hrozby musí být vždy podložena lékařským posudkem či jiným důkazem.³⁷ Ve zdravotnické dokumentaci tak musí být co možno nejpodrobněji zachyceny okolnosti převzetí, definováno, jaká je hrozba, proč se jedná o hrozbu bezprostřední a závažnou a koho jednání pacienta ohrožuje.³⁸ Řádné vedení zdravotnické dokumentace je povinností každého poskytovatele zdravotnických služeb, při porušení této povinnosti se toto zařízení může dopustit správního deliktu s pokutou až do

výše 500 000 Kč,³⁹ nebo se vystavit soukromoprávní žalobě za nezákonné zbavení osobní svobody, případně jeho zaměstnanci trestnímu řízení.⁴⁰

2. 2. Duševní porucha

Další podmínkou je existence domnělé nebo skutečné duševní poruchy. Podle zákona lze pacienta hospitalizovat proti jeho vůli, pokud jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí. V kontextu české praxe jde o nejméně problematickou podmínku, naopak soudy mají tendenci svoje rozhodnutí vázat pouze na medicínské hodnocení bez posouzení naplnění ostatních podmínek. Jak však připomíná opakovaně Ústavní soud, takový posudek je pouze jedním z důkazních prostředků, který musí soud podrobit kritickému zhodnocení.⁴¹

I pro naplnění podmínky existence duševní poruchy pak existují určitá pravidla. Nestačí, že člověk trpí jakoukoliv duševní poruchou. Musí jít o **duševní poruchu v pravém slova smyslu**.⁴² Zákon neudává, co spadá pod definici duševní poruchy, a tuto otázku nechává na řešení odborníkům z oblasti psychiatrie. Evropský soud pro lidská práva však například vyslovil pochybnost, zda do této definice spadá disocální porucha osobnosti.⁴³ V každém případě musí být diagnostika duševní poruchy vždy v souladu s principem *lege artis*, tedy v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy a příslušnými profesními standardy.⁴⁴ V České republice se pro diagnostiku duševních poruch používá Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených problémů MKN-10, která pod duševní poruchy řadí například i mentální retardaci či poruchy osobnosti⁴⁵, které mohou být v kontextu psychiatrické detence problematické – zejména proto, že se jedná o trvalý stav či stálý vzorec chování. V tomto případě je o to důležitější další kritérium, a tím je **druh a stupeň duševní poruchy**. Nestačí, aby člověk měl určenou diagnózu, pro nedobrovolnou hospitalizaci je potřeba zkoumat, jak se duševní onemocnění projevuje v momentě zbavení

35 Rozhodnutí ESLP Hutchison Reid proto Velké Británie, § 52.

36 V těchto případech lze využít jiné instituty soukromého práva, například zpětné zneplatnění právního úkonu z důvodu duševní poruchy dle § 581 občanského zákoníku nebo uplatněním podpůrných opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat dle § 38 a násl. občanského zákoníku.

37 Rozhodnutí ESLP Ťupa proti České republice, § 55.

38 Srov. § 53 odst. 2 písm. d) zákona o zdravotních službách a § 1 odst. 1 písm. h) vyhlášky č. 89/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

39 Srov. § 117 odst. 3 písm. e) odst. 4 písm. b) ve spojení s § 53 odst. 1 a 2 zákona o zdravotních službách.

40 § 170 trestního zákoníku.

41 Nález Ústavního soudu ze dne 23. 3. 2015, spis. zn. I. ÚS 1974/14, odst. 57.

42 Rozhodnutí ESLP Glien proti Německu, § 85.

43 Tamtéž.

44 Článek 4 Úmluvy o biomedicině.

45 Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených problémů MKN-10.

osobní svobody.⁴⁶ Porucha musí být takového druhu a stupně, aby byla hospitalizace nezbytná, ať už z důvodu zlepšení zdravotního stavu, nebo pro ochranu člověka samotného nebo jeho okolí.⁴⁷ Existence duševní poruchy musí být **spolehlivě prokázána objektivní lékařskou zprávou**,⁴⁸ s výjimkou naléhavých případů, kdy ale naléhavost musí být dostatečně prokázána.⁴⁹ Projevy, které odůvodňovaly převzetí člověka do zdravotnického zařízení, **musí trvat v průběhu celé detence**⁵⁰. V opačném případě musí zdravotnické zařízení člověka ihned propustit. Zdravotnická dokumentace je tedy i pro tuto podmínku stěžejní. Porušení povinností při jejím vedení pak může mít rozhodující vliv na detenční řízení, v žádném případě by však tento fakt neměl být k tíži pacienta.

Pro to, jakým způsobem se budou v budoucnu měnit podmínky pro nucenou hospitalizaci, bude rozhodující i interpretace článku 14 CRPD. Podle tohoto ustanovení mají všichni lidé s postižením právo na osobní svobodu na rovném základě s ostatními. Odstavec 1 písm. b) také stanoví, že existence zdravotního postižení nemůže být za žádných okolností důvodem ke zbavení svobody. Dnes si lze těžko představit, že by z podmínek pro nedobrovolnou hospitalizaci úplně vypadlo kritérium duševní poruchy, nicméně přesně toto zřejmě přinese změna paradigmatu v přístupu k lidem s duševním onemocněním. Výbor OSN pro práva lidí s zdravotním postižením, který závazně interpretuje úmluvu, se již vyjádřil, že článek 14 neumožňuje žádné výjimky, podle kterých by měly být osoby zbaveny osobní svobody na základě svého skutečného nebo domnělého postižení, a to ani v případech, kdy existují další podmínky, například nebezpečí pro sebe nebo okolí.⁵¹

2. 3. Nedobrovolná hospitalizace jako opatření ultima ratio

Novinkou, kterou přinesl zákon o zdravotních službách, je výslovné zakotvení povinnosti zkoumat možnost využití jiných, méně omezujících prostředků před na-

řízením nedobrovolné hospitalizace. I když z ústavněprávního vymezení práva na osobní svobodu tento princip vyplývá, v minulosti psychiatrická zařízení často přistupovala k nařizování nedobrovolné léčby rutinně a ani soudy zvláště nezkoumaly její naplnění.⁵²

Člověka lze převzít do zařízení zdravotnických služeb, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak. A naopak, pokud existují jiné možnosti, jak hrozbu odvrátit, nemůže se jednat o zákonné zbavení osobní svobody. Pro posouzení existence jiných, méně omezujících opatření je potřeba posoudit, jestli tato opatření byla **dostupná** konkrétnímu člověku v dané situaci a zda mohla **odvrátit hrozící újmu**.

Zákon nestanovuje, jaké možnosti mají být zkoumány, zpravidla však půjde o dobrovolné nastoupení léčby u ambulantního psychiatra nebo v ústavním psychiatrickém zařízení. Taktéž v budoucnu může být touto alternativou Centrum péče o duševní zdraví.⁵³ Kromě léčby ale mohou být alternativou i jiná opatření, například vykazání agresivního člena ze společné domácnosti prostřednictvím policie⁵⁴ nebo soudu.⁵⁵ U člověka, který ohrožuje sám sebe, pak přichází v úvahu například intervenční psychologické poradenství. Jak psychiatrické zařízení, tak soud by měly vždy zkoumat, jestli tyto alternativy byly k dispozici v momentě převzetí člověka, a pokud ano, musí odůvodnit, proč nebyly využity. V opačném případě se bude jednat o nezákonné zbavení osobní svobody.

46 Rozhodnutí ESLP O. H. proti Německu, § 78.

47 Rozhodnutí ESLP Winterwerp proti Nizozemí § 39.

48 Rozhodnutí ESLP Ruiz Rivera proti Švýcarsku, § 59 a S. R. proti Nizozemí (dec.), § 31.

49 Rozhodnutí ESLP Winterwerp proti Nizozemí, § 39.

50 Rozhodnutí ESLP Winterwerp proti Nizozemí, § 39.

51 Zpráva Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením ze 12. zasedání, 5. listopad 2014, příloha č. IV, „Vyjádření k článku 14 Úmluvy OSN pro práva osob se zdravotním postižením“.

52 Potvrzují to například statistiky rozhodování soudů ohledně detencí, které každý rok sbírá Liga lidských práv. Jen v méně než 1 % případů rozhodnou soudy, že převzetí člověka do zdravotního ústavu proti jeho vůli bylo v rozporu se zákonem.

53 Centra péče o duševní zdraví by měla být komunitními službami, jež by měly vzniknout podle koncepce Reformy péče o duševní zdraví, <http://www.reformapsychiatrie.cz/>.

54 Viz § 44 a násl. zákona č. 273/2008 Sb., o Policii ČR.

55 Viz § 400 a násl. zákona o zvláštních řízeních soudních.

3. Přezkum nedobrovolné hospitalizace

Každé převzetí člověka do zdravotnického zařízení bez platného souhlasu musí být přezkoumáno nezávislým soudem. Toto řízení je upraveno v § 104–110 občanského zákoníku a § 66–83 zákona o zvláštních řízeních soudních. Specifické povinnosti zdravotnického zařízení pak také upravuje zákon o zdravotních službách.

3. 1. Povinnosti zdravotnického zařízení v detenčním řízení

I když detenční řízení může být zahájeno i bez návrhu⁵⁶, zpravidla začíná **oznámením** zdravotnického zařízení **soudu o převzetí člověka bez souhlasu**. Oznámení by nemělo být pouhou formalitou, mělo by obsahovat vylíčení všech důležitých skutečností, které vedly k hospitalizaci, včetně důvodů pro naplnění zákonných podmínek. Kromě vyjádření ohledně zdravotního stavu by měla informace obsahovat popis újmy, která hrozí bez hospitalizace, a důvody, proč nebylo možné využít méně omezující opatření. Úlohou zdravotnického zařízení není posuzovat naplnění podmínek z pohledu práva, ale musí dostatečně odůvodnit hospitalizaci pro posouzení zákonnosti převzetí. V opačném případě se vystavuje riziku, že soud prohlásí hospitalizaci za nezákonnou a umožní pacientovi, aby se domáhal odškodnění za neoprávněný zásah do osobní svobody.

I když zákon o zdravotních službách nestanoví konkrétní sankci za porušení oznamovací povinnosti, pokud zdravotnické zařízení poskytovalo služby bez informovaného souhlasu, může jí být vyměřena pokuta až do výše 500 000 Kč⁵⁷ nebo může být konkrétní pracovník trestně odpovědný za omezení nebo zbavení osobní svobody.⁵⁸ Oznámení se netýká jen počátečního přijetí bez souhlasu, ale je ho nutno učinit i tehdy, když došlo k dodatečnému omezení pacienta, který dal souhlas

s hospitalizací,⁵⁹ nebo pokud svůj souhlas pacient odvolá⁶⁰. Jedinou výjimkou je situace, kdy pacient dá prokazatelně do 24 hodin od přijetí k hospitalizaci informovaný souhlas.⁶¹

Kromě soudu musí poskytovatel zdravotních služeb **oznámit hospitalizaci také blízkým osobám**, zejména zákonnému zástupci, opatrovníkovi, podpůrci nebo jeho manželu.⁶² Výjimkou jsou případy, kdy pacient výslovně zakázal poskytování informací ohledně zdravotního stavu konkrétním osobám.⁶³ Poskytovatel by měl tedy vždy zjišťovat, zda takové osoby existují, případně taktéž poučit člověka o tom, že si může zvolit důvěrníka nebo zmocněnce. Až si je pacient zvolí, musí poskytovatel oznámit tyto informace ohledně hospitalizace také těmto osobám.⁶⁴ Tyto údaje musí také zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Pokud pacient nemá žádnou blízkou osobu nebo žádná není poskytovateli známá, je jeho povinností oznámit hospitalizaci pacienta bez souhlasu Policii ČR.⁶⁵

Jakmile to jen bude možné, musí poskytovatel **vysvětlit pacientovi, z jakých důvodů došlo k jeho převzetí bez souhlasu, a poučit ho** o jeho právech (zejména o právu odmítnout léčbu, o možnosti zvolit si důvěrníka nebo zmocněnce, o právu projednat svou situaci se svým důvěrníkem, zástupcem či podpůrcem bez přítomnosti dalších osob), o tom, jak bude probíhat detenční řízení a jaké je postavení pacienta v něm.⁶⁶ Jelikož se jedná o celkem velký objem povinně poskytovaných informací, lze doporučit každému poskytovateli, aby si předem připravil určitý „checklist“, podle kterého bude tyto informace sdělovat. Vždy by však měly být informace poskytovány v individualizované formě podle konkrétní situace a schopností člověka. Pacient musí poučení rozumět⁶⁷, tedy musí být informovaný **v jazyku**⁶⁸

56 Srov. § 13 a 76 zákona o zvláštních řízeních soudních.

57 Srov. § 117 odst. 1 písm. n) ve spojení s § 117 odst. 4 b) a § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

58 Srov. § 170 a 171 trestního zákoníku.

59 Viz § 40 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách.

60 Viz § 75 odst. 2 zákona o zvláštních řízeních soudních.

61 Viz § 40 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

62 Viz § 105 odst. 1 občanského zákoníku.

63 Viz § 105 odst. 1 občanského zákoníku ve spojení s § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

64 Viz § 107 odst. 1 občanského zákoníku.

65 Viz § 38 odst. 6 zákona o zdravotních službách.

66 Viz § 106 odst. 1 občanského zákoníku a § 69 zákona o zvláštních řízeních.

67 Viz § 106 odst. 2 občanského zákoníku.

68 Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, odst. 2.

nebo způsobu komunikace, kterému rozumí,⁶⁹ a to i za pomoci tlumočení⁷⁰. Z tohoto důvodu je ideálním řešením kombinace písemného a ústního poučení, přizpůsobeného způsobilosti daného pacienta. Kromě samotného pacienta musí poskytovatel poučit také zákonného zástupce⁷¹, opatrovníka nebo podpůrce,⁷² případně důvěrníka, pokud o to požádá⁷³. Ošetřující zdravotnický pracovník dále musí pacienta informovat **o jeho zdravotním stavu a navrženém léčebném postupu** a zaznamenat do zdravotnické dokumentace, že byla informace podána.⁷⁴ Tato informace musí být sdělena pacientovi při přijetí do péče a dále vždy, je-li to s ohledem na poskytované zdravotní služby nebo zdravotní stav pacienta účelné.⁷⁵

Poskytovatel má dále povinnost **umožnit pacientovi projednat jeho případ** se svým zástupcem, zmocněncem, důvěrníkem nebo podpůrcem mezi čtyřma očima, tedy **bez přítomnosti třetích osob**.⁷⁶ Poskytovatel tedy musí vyčlenit místnost určenou pro takové setkávání, kterou nemůže být z logiky věci návštěvní místnost, kde jsou přítomni i jiné osoby včetně personálu. I když toto zákon o zdravotních službách přímo nestanovuje, při analogickém použití zákona o výkonu zabezpečovací detence,⁷⁷ poskytovatel by měl umožnit setkání s opatrovníkem pro řízení, zmocněncem nebo zákonným zástupcem i mimo návštěvní hodiny. Tuto povinnost by však bylo vhodné upravit explicitně zákonem.

Další povinnosti plynou zdravotnickému zařízení z jeho postavení jako účastníka řízení.⁷⁸ Musí se **účastnit jednání a předkládat důkazy k prokázání svých tvrzení**,⁷⁹ musí **umožnit výslech pacienta a ošetřujícího lékaře**.⁸⁰ Protože je velice důležité, aby byl pacient schopen výslechu soudem, navzdory k běžné praxi lze do-

69 Například ve znakové řeči nebo augmentativní či alternativní komunikaci.

70 Viz § 30 zákona o zdravotních službách.

71 Například Rozhodnutí ESLP Saadi proti Spojenému království, § 53 a X proti Spojenému království.

72 Viz § 30 zákona o zdravotních službách.

73 Viz § 107 odst. 2 občanského zákoníku.

74 Viz § 31 odst. 3 zákona o zdravotních službách.

75 Viz § 31 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

76 Viz § 108 občanského zákoníku.

77 Srov. § 10 odst. 2 zákona o výkonu zabezpečovací detence.

78 Viz § 67 odst. 1 zákona o zvláštních řízeních soudních.

79 Viz § 101 odst. 1 ve spojení s § 120 odst. 1 občanského soudního řádu.

80 Viz § 77 odst. 2. zákona o zvláštních řízeních soudních.

poručit, aby léčebna nezapočala s léčbou až do doby soudního jednání. V opačném případě pak nastávají situace, kdy pacient pod silným vlivem antipsychotických léků není schopen popsat okolnosti svého převzetí, nebo formulovat svůj názor na hospitalizaci.

Hned, co odpadnou důvody pro nedobrovolnou hospitalizaci, musí zdravotnické zařízení pacienta propustit. A to i v případě, kdy soud ještě nerozhodl o přípustnosti převzetí, nebo i tehdy, kdy soud rozhodl o tom, že hospitalizace je v souladu se zákonem.⁸¹ Samozřejmostí je, že pokud soud rozhodne, že k převzetí pacienta došlo v rozporu se zákonnými důvody, musí ho zdravotnické zařízení také **neprodleně propustit**.⁸²

3. 2. Povinnosti procesního opatrovníka v detenčním řízení

Nedobrovolně hospitalizovaný pacient musí být v řízení vždy zastoupen. Není pochyb o důvodech, jelikož tento člověk je jednak ve velmi zranitelném postavení (kromě toho, že většinou trpí nějakou duševní poruchou, je zbaven osobní svobody a často pod vysokou dávkou léků) a jednak má jen omezené možnosti vykonávat svá práva jako účastníka řízení. Pacient si může zvolit zmocněnce, pokud tak neučiní, soud mu ustanoví opatrovníka z řad advokátů.⁸³ Povinnosti opatrovníka upravuje zejména zákon o advokacii a další stavovské předpisy.

V řízení má advokát – opatrovník stejné postavení jako advokát určený na základě plné moci.⁸⁴ Mezi jeho základní povinnosti patří **chránit a prosazovat práva a oprávněné zájmy klienta a řídit se jeho pokyny**.⁸⁵ V řízení by měl tedy advokát postupovat podle přání svého klienta, neměl by například, jak je celkem častým zvykem, vyjadřovat svůj názor ohledně odůvodněnosti hospitalizace. Pokud pacient s hospitalizací nesouhlasí, měl by se držet jeho stanoviska.

81 Viz § 71 zákona o zvláštních řízeních soudních.

82 Viz § 78 odst. 2.

83 Viz § 69 odst. 1 a 2 zákona o zvláštních řízeních soudních.

84 Viz § 31 odst. 2 občanského soudního řádu.

85 Viz § 16 odst. 1 zákona o advokacii.

Déle je povinen v řízení **jednat čestně a svědomitě** a musí **využívat důsledně všechny zákonné prostředky** a jiná opatření, která pokládá za prospěšná.⁸⁶ V praxi půjde zejména o předkládání všech důkazních prostředků ve prospěch klienta, tedy například navrhnout výslech svědků, kteří byli účastni převozu pacienta do zdravotnického zařízení nebo samotnému převzetí, znalecké posudky, předložit znalecký posudek nebo zprávu od jiného lékaře nebo poskytovatele sociálních služeb, případně jiné dokumenty.⁸⁷ Dále má advokát povinnost podat zejména odvolání v případě, že pacient se svou hospitalizací nedá souhlas ani po rozhodnutí soudu, případně projednat s klientem další procesní postup. Podle stavovských předpisů, zejména judikatury Kárné komise České advokátní komory, se může jednat o kárné provinění, pokud advokát neinformuje klienta o možnosti podat odvolání, nebo ho i přes pokyn klienta nepodá.⁸⁸ Bohužel i přesto se jedná o jedno z nejčastějších pochybení advokátů v detenčním řízení. Proto by bylo vhodné zákonem upravit povinnost advokáta podat odvolání proti rozhodnutí o zákonnosti převzetí do ústavu zdravotních služeb v případě, že klient o to žádá, nebo v případech, kdy není možné zjistit jeho stanovisko.

Ustanovený advokát **nesmí zastupování odmítnout**, ledaže se jedná o některý ze zákonem vyjmenovaných případů, kdy je naopak zastupování odmítnout povinen. V kontextu detenčního řízení by se mohlo jednat o situaci, kdy jde o jeho blízkou osobu, v minulosti nebo současnosti poskytuje právní služby nemocnici, v níž se pacient nachází, případně jiné osobě, která má na výsledku řízení zájem.⁸⁹ Advokát musí zastoupení odmítnout i tehdy, kdy se o této skutečnosti dozvěděl až v průběhu řízení.⁹⁰ Pokud dojde k narušení důvěry mezi advokátem a klientem nebo neposkytuje-li klient potřebnou součinnost, případně pokud přes poučení advokátem o tom, že jeho pokyny jsou v rozporu s právním nebo stavovským předpisem, trvá na tom, aby advokát přesto postupoval podle těchto pokynů, může advokát také požádat o zrušení zastoupení.⁹¹

86 Viz § 16 odst. 2 zákona o advokacii.

87 Srov. § 125 občanského soudního řádu.

88 Viz judikatura Kárné komise České advokátní komory dostupná z: <http://www.cak.cz/scripts/detail.php?id=212>

89 Srov. § 19 zákona o advokacii.

90 Viz § 20 odst. 1 zákona o advokacii.

91 Viz § 20 odst. 2 zákona o advokacii.

I když jde o velice rychlé řízení, kde soud musí rozhodnout do sedmi dnů, musí advokát zejména **osobně navštívit pacienta**, aby zjistil jeho verzi událostí předcházejících převzetí a jeho postoj k řízení. K situaci, která je v praxi velice častá, a to kdy advokát člověka v nemocnici nenavštíví před vyhlášením rozhodnutí o zákonnosti převzetí, ale ani po něm, se zatím Kárná komise České advokátní komory nevyjádřila. Lze ale použít analogicky judikaturu týkající se vazby, v jejímž případě rozhoduje soud dokonce ve lhůtě 48 hodin.⁹² Podle rozhodnutí Kárné komise ČAK jde o závažné pochybení, pokud advokát nenavštíví klienta ve vazbě a neprojedná s ním možnost podat odvolání.⁹³

Mezi nejdůležitější povinnosti advokáta také patří **mlčenlivost**. Advokát musí zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s poskytováním právních služeb, kromě případů, kdy jej mlčenlivosti výslovně a písemně zproští klient.⁹⁴ Povinnost mlčenlivosti se vztahuje pak také na všechny zaměstnance advokáta a jiné osoby, které se s advokátem nebo ve společnosti anebo v zahraniční společnosti podílejí na poskytování právních služeb.⁹⁵

3. 3. Postavení důvěrníka a podpůrce v detenčním řízení

Další procesní zárukou, kterou nová právní úprava obsahuje, je možnost pacienta zvolit si **důvěrníka**.⁹⁶ Zákon přesněji nedefinuje, kdo může být důvěrníkem, ani nestanovuje formální postup pro jeho zvolení. Cílem tohoto nového právního institutu je posílení postavení člověka, zvláště v případech, kdy je v detenci na návrh svého zákonného zástupce (opatrovníka) a ochrana jeho procesních i jiných práv.⁹⁷ Z logiky věci tedy půjde o osobu, vůči níž bude mít pacient důvěru a která mu bude poskytovat podporu v průběhu hospitalizace. Může jít jak o fyzickou osobu, tedy zpravidla rodinného příslušníka či jinou blízkou osobu, tak i o právnickou osobu, například organizaci věnující se právům pacientů v psychiatrických nemocnicích.

92 Viz judikatura Kárné komise České advokátní komory dostupná z: <http://www.cak.cz/scripts/detail.php?id=212>

93 Tamtéž.

94 Viz § 21 odst. 2 zákona o advokacii.

95 Viz § 21 odst. 9 písm. a) zákona o advokacii.

96 Viz § 68 zákona o zvláštních řízeních soudních.

97 Viz Důvodová zpráva k Občanskému zákoníku, s. 67.

Zákon nezakazuje ani ustanovení více důvěrníků zároveň.⁹⁸ K **ustanovení důvěrníka** není potřeba schválení soudem (na rozdíl od podpůrce), nýbrž pouhý projev vůle pacienta.⁹⁹ Ta může být vyjádřena ústně, například při jednání, případně jednostranným písemným právním úkonem směrem k soudu či zdravotnickému zařízení.

Důvěrník může ve prospěch pacienta uplatňovat všechna procesní práva v souvislosti s jeho hospitalizací.¹⁰⁰ Může tedy například podávat návrhy, předkládat důkazy, účastnit se jednání nebo se domáhat upuštění od neoprávněného zásahu do osobnosti pacienta.¹⁰¹ Dále může uplatňovat práva i vůči poskytovateli zdravotních služeb, zejména právo na poskytnutí informací ohledně zdravotního stavu a okolností hospitalizace či detenčního řízení.¹⁰² Není vyloučeno, aby podal například také stížnost proti postupu zdravotnického zařízení.¹⁰³ Důvěrník v řízení vystupuje svým jménem, ne jako zástupce pacienta. Není však účastníkem řízení, a proto není soud povinen mu doručovat rozhodnutí nebo jej předvolat na jednání.¹⁰⁴ Důvěrník však musí svá práva uplatňovat vždy ve prospěch pacienta, v opačném případě může soud rozhodnout o tom, že k procesnímu úkonu nebude přihlížet.¹⁰⁵ V takovém případě však musí v odůvodnění rozhodnutí vysvětlit, proč k němu nepřihlížel.¹⁰⁶

Stejná výše uvedená práva důvěrníka má v detenčním řízení i **podpůrce pacienta**.¹⁰⁷ Podpůrce je hmotněprávní institut sloužící k ochraně zletilého člověka, jehož schopnost právně jednat byla narušena. K tomu, aby mohl podpůrce svá práva v detenčním řízení uplatňovat, musí předtím dohodu podporovaného člověka a jeho podpůrce o nápomoci schválit soud.¹⁰⁸

98 Srov. LAVICKÝ, Petr a kol.: Občanský zákoník I. Obecná část (§§ 1–654). Komentář, s. 591–592.

99 Tamtéž.

100 Viz § 68 zákona o zvláštních řízeních soudních.

101 Srov. § 82 odst. 1 občanského zákoníku.

102 Srov. § 107 občanského zákoníku.

103 Viz § 93 zákona o zdravotních službách.

104 SVOBODA, Karel a kol.: Zákon o zvláštních řízeních soudních. Komentář. § 68.

105 Srov. § 68 odst. 2 zákona o zvláštních řízeních soudních.

106 SVOBODA, Karel a kol.: Zákon o zvláštních řízeních soudních. Komentář. § 68.

107 Srov. § 107 odst. 2 občanského zákoníku a § 68 zákona o zvláštních řízeních soudních.

108 Srov. § 45–48 občanského zákoníku a § 32 odst. 1 zákona o zvláštních řízeních soudních.

3. 4. Práva pacienta při nedobrovolné hospitalizaci a detenčním řízení

Každý pacient, který byl hospitalizací zbaven osobní svobody, se nachází ve zvlášť zranitelném postavení. Jednak proto, že většinou se už do nemocnice dostane ve zhoršeném zdravotním stavu, jednak proto, že nedobrovolná hospitalizace je radikálním zásahem do svobody, soukromí i integrity člověka. Pacient zůstává v téměř absolutní moci personálu zařízení a musí se podříditi jeho vnitřnímu řádu. Navíc, protože je kromě nedobrovolného držení ve většině případů i nedobrovolně léčen, může se jednat o mnohem závažnější zásah, než je „pouhá“ detence například ve vazbě. Je tedy nezbytné, aby byly v každém případě v co největší míře zachovány právní záruky chránící před zneužitím a aby se předešlo zbytečným a neodůvodněným zásahům do práv těchto osob.

Obecně se práva pacienta u dobrovolné a nedobrovolné hospitalizace moc neliší. I při nedobrovolném přijetí má pacient právo na **poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni**¹⁰⁹ a na **aktivé, ohleduplné a důstojné zacházení a respektování soukromí**.¹¹⁰ Naplnění těchto práv předpokládá, že je poskytovatel dostatečně technicky i odborně vybaven, jakož i aby pravidelně proškoloval personál ohledně důstojného zacházení s pacienty. Bohužel zejména z důvodu nedostatku finančních prostředků investovaných do psychiatrické péče, ale i téměř nulové systémové podpory poskytovatelů častokrát nejsou naplňovány ani minimální standardy důstojné léčby.

Při posledních systematických návštěvách psychiatrických léčeben v roce 2010 veřejný ochránce práv konstatoval například, že omezovací prostředky se používají rutinně a bez vnější kontroly, někteří pacienti nemají vůbec možnost chodit na vycházky na vzduch nebo zůstávají v nemocnici ze sociálních důvodů i přesto, že ta není schopna pokrýt jejich sociální potřeby.¹¹¹ I když se očekává, že transformace péče o duševní zdraví by měla vést ke zlepšení podmínek léčby, je nutné zejména,

109 Viz § 28 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

110 Viz § 28 odst. 3 písm. a) zákona o zdravotních službách.

111 K tomu více Zpráva z následných návštěv psychiatrických léčeben ze dne 3. listopadu 2010, dostupná z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2009/2009-PL_nasledne.pdf

aby byla spojena s plošným vzděláváním personálu nejen ohledně léčby, ale zejména ohledně toho, jak poskytovat zdravotní služby důstojně a uctivě.

Pacient má také právo na **poskytnutí zdravotních služeb s informovaným souhlasem**. Zákon o zdravotních službách obsahují nejasnou právní úpravu ohledně druhu služeb, jenž lze pacientovi poskytnout v případě nedobrovolné hospitalizace a v praxi většina zdravotnických zařízení považuje rozhodnutí soudu o přípustnosti detence také za rozhodnutí o přípustnosti léčby. Ve skutečnosti, pokud soud rozhodl o přípustnosti detence, neodnímá tím právo odmítnout určitý zákrok nebo léčebný výkon.¹¹² I nedobrovolně hospitalizovaným pacientům pak lze bez souhlasu poskytnout pouze **neodkladnou péči** a to jen pokud pacient není schopen své přání vyslovit, nebo pokud je ho schopen vyslovit, ale v důsledku neléčení by došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta.¹¹³

Pacient má dále **právo na informace** ohledně důvodů hospitalizace, svého právního postavení, průběhu řízení, jakož i o možnosti zvolit si zmocněnce nebo důvěrníka.¹¹⁴ Toto poučení musí člověk dostat jak od personálu zdravotnického zařízení, tak i od soudu.¹¹⁵ V praxi často dochází k tomu, že o možnosti zvolit si svého zástupce se častokrát dozví pacient z usnesení soudu, které je doručeno zároveň s usnesením o ustanovení advokáta. Tato praxe je značně problematická, protože reálně popírá funkci procesní ochrany pacienta spočívající v přednosti zvoleného zástupce. Včas podaná informace poskytovatelem zdravotních služeb předtím, než je pacientovi doručena korespondence soudu, může být tedy stěžejní pro uplatnění tohoto práva pacientem. Lze však i doporučit, aby soudy postupovaly pečlivěji při ochraně práv pacientů v detenci a poskytovaly jim dostatečný čas pro zvolení vlastního zástupce. Kromě informací ohledně procesních práv má pacient také **právo na informace ohledně zdravotního stavu, stanovené léčby či jejích účinků**, a to ihned při přejetí do péče a také vždy, kdy je to účelné (například při změně léčby).¹¹⁶ Poskytovatel musí zajistit, aby byl pacient minimálně informován o příčině a původu

nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji, účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů, jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta a další potřebné léčbě, dále o omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a o možnosti vzdání se podání informace o svém zdravotním stavu či možnosti zvolit si další osoby, jimž budou tyto informace poskytnuty.¹¹⁷ Informace o zdravotním stavu a zvoleném léčebném postupu musí poskytovatel podat vždy, ledaže se jedná o pacienta, který v důsledku svého zdravotního stavu není schopen poskytované informace vůbec vnímat,¹¹⁸ případně tehdy, lze-li důvodně předpokládat, že by tyto informace mohly pacientovi způsobit závažnou újmu na zdraví.¹¹⁹ Tyto situace jsou ale výjimkami a vždy jde o závažný zásah do práv pacienta, proto možnost odepřít poskytnutí informací musí být uplatňována jen v nezbytně nutném rozsahu a po nezbytně nutnou dobu.¹²⁰ V žádném případě by se neměly využívat plošně pro všechny pacienty s duševním onemocněním, naopak zdravotnický pracovník by měl vždy zvažovat, zda odepření informace nezpůsobí pacientovi větší újmu než její poskytnutí. Poskytovatel také nemůže zadržet informaci v případě, že ji pacient potřebuje k zajištění osobních záležitostí.¹²¹ Všechny výše zmíněné informace adresované pacientovi soudem či poskytovatelem zdravotnických služeb musí být podány pacientovi takovým způsobem, aby jim mohl pacient porozumět a aby si mohl uvědomit, jaké bude mít hospitalizace pro něj následky.¹²² Pouhé předložení písemného formuláře v žádném případě nebude dostatečné. Jako vhodná forma se jeví kombinace písemného a ústního poučení, aby měl pacient možnost dávat doplňující otázky, pokud něčemu neporozumí. Také je vhodné, aby si poskytovatel zdravotních služeb ověřil, zda pacient opravdu rozumí poučení, tím, že se ho aktivně ptá na obsah daného poučení. Je také samozřejmostí, že osoba, jež pacienta poučuje, používá jazyk, kterému pacient rozumí, včetně tlumočení do znakové řeči či jazyka nebo jiné formy komunikace.¹²³

112 Viz § 110 občanského zákoníku.

113 Viz § 30 odst. 3 zákona o zdravotních službách.

114 Viz § 106 odst. 1 občanského zákoníku.

115 Viz § 68 odst. 1 zákona o zvláštních řízeních.

116 Viz § 31 odst. 1 věta poslední zákona o zdravotních službách.

117 Viz § 31 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

118 Viz § 31 odst. 4 zákona o zdravotních službách.

119 Viz § 32 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

120 Tamtéž.

121 Viz § 32 odst. 2 písm. c) zákona o zdravotních službách.

122 Srov. § 31 odst. 1 zákona o zdravotních službách a § 106 odst. 2 občanského zákoníku.

123 Srov. § 30 zákona o zdravotních službách a § 18 odst. 2 občanského soudního řádu.

Pacient si dále může **zvolit další osoby, kterým může poskytovatel poskytovat informace** o zdravotním stavu a o službách poskytovaných pacientovi.¹²⁴ Může určit, jestli tyto osoby také můžou nahlížet do spisu, případně si činit kopie či výpis. Stejně může vyslovit zákaz, aby byly poskytovány určité informace osobám, které má poskytovatel ze zákona informovat, například blízké osoby nedobrovolně hospitalizovaného pacienta.¹²⁵ Pacient může také kdykoliv svůj souhlas či zákaz odvolat. Záznam o tom, komu budou poskytovány informace, musí být písemný a musí ho podepsat pacient i zdravotnický pracovník.

Základní práva pacienta v podstatě zrcadlí povinnosti jiných osob na řízení. Jsou to zejména jeho práva vycházející z jeho postavení jako účastníka řízení. Základním předpokladem každého řízení je rovnost účastníků. To znamená, že pacient má v řízení stejnou možnost navrhnout důkazy a účastnit se řízení osobně, nebo prostřednictvím zástupce. Pokud zdravotnické zařízení samo neoznámí nedobrovolnou hospitalizaci pacienta, má ten právo podat **návrh na zahájení detenčního řízení**, ve kterém soud přezkoumá zákonnost hospitalizace.¹²⁶ Dále má právo být **osobně vyslechnut soudem** v průběhu projednání věci soudem. Výjimkou je situace, kdy z vyjádření ošetřujícího lékaře nebo z písemného znaleckého posudku vyplývá, že přítomnost člověka na jednání může vážně poškodit jeho zdravotní stav. Osobní kontakt soudu s nedobrovolně hospitalizovaným člověkem je velmi důležitou součástí celého řízení. Jednak dává soudu možnost učinit si vlastní názor na stav člověka, jednak umožňuje člověku soudu sdělit svůj pohled na důvody hospitalizace, případně vyvrátit tvrzení zdravotnického zařízení či jiných osob, které iniciovaly hospitalizaci, či **navrhovat provedení dalších důkazů, například listin nebo předvolání svědků**.¹²⁷ Proto by měla být výjimka, kterou zákonná úprava předpokládá, využívána v minimální možné míře a jen tehdy, kdy je to opravdu nezbytné. Jelikož v minulosti bylo běžnou praxí, že se pacienti neúčastnili jednání, lze jen doporučit, aby soudy i ošetřující lékaři mnohem více dbali na naplňování tohoto základního procesního práva. Problematickou praxí je taktéž situace, kdy jsou pacientovi ihned po hospitalizaci podány silné antipsychotické léky, které můžou

mít vliv na jeho schopnost komunikace se soudem. Proto doporučujeme, aby v případě nedobrovolné hospitalizace poskytovatel služeb počkal s nasazením léčby až do doby kontaktu soudu s hospitalizovaným člověkem, ledaže je to nezbytné pro zamezení vážného poškození zdraví pacienta.¹²⁸

Jak bylo řečeno výše, pacient je povinně v řízení zastoupen. Má **právo si zvolit svého zástupce**. Zástupcem může být obecný zmocněnec, tedy jakákoliv osoba, která je plně svéprávná,¹²⁹ nezbytností není právní ani jiné vzdělání či praxe. Typicky půjde o rodinného příslušníka nebo o advokáta, ale může jít například i o zaměstnanec neziskové organizace, která poskytuje podporu lidem v psychiatrických nemocnicích. Tuto službu poskytuje například patientská organizace Kolumbus, jejíž pacientští důvěrníci občas zastupují pacienty i v detenčních řízeních.¹³⁰ Nicméně z pohledu platné legislativy je problematickou praxí, když zmocněnec zastupuje různé zmocnitele opakovaně. V takovém případě může soud rozhodnout o tom, že zastoupení nepřipouští.¹³¹ Vzhledem k této překážce je vhodnější využití možnosti ustanovení důvěrníka. Pro vznik zastoupení, ať jde o obecného zmocněnce, či advokáta, udělí pacient plnou moc buď ústně do protokolu na začátku jednání, nebo písemně. V tomto případě stačí vlastnoruční podpis zmocněnce a zmocnitele, není potřeba úředního ověření.¹³² Plná moc se poskytuje na celé řízení a na všechny úkony s ním spojené, nelze tedy udělit plnou moc například jenom na účast na jednání, ale už nikoliv na nahlížení do spisu.¹³³ Pokud si pacient zástupce nezvolí, ustanoví mu ho soud z řad advokátů.¹³⁴ V tomto případě není potřeba podepisovat plnou moc, jelikož zastoupení vzniká už usnesením soudu. Postavení zástupce je stejné jako u zástupce zvoleného na základě plné moci¹³⁵, jak bylo zmíněno výše, advokát má zejména povinnost postupovat čestně a svědomitě a využít všechny procesní prostředky k ochraně práv svého klienta. Pacient má také právo **zvolit si svého důvěrníka**, tedy osobu, které důvěřuje a která mu poskytuje podporu v průběhu

124 Viz § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

125 Srov. § 38 odst. 6 zákona o zdravotních službách.

126 Viz § 76 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

127 Srov. § 77 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

128 Srov. § 38 odst. 3 písm. b) zákona o zdravotních službách.

129 Viz § 27 odst. 1 občanského soudního řádu.

130 www.os-kolumbus.org

131 Viz § 27 odst. 2 občanského soudního řádu.

132 Srov. § 28 odst. 3 občanského soudního řádu.

133 Viz § 28a odst. 1 občanského soudního řádu.

134 Viz § 69 odst. 2 zákona o zvláštních řízeních soudních.

135 Srov. § 38 občanského soudního řádu.

hospitalizace.¹³⁶ Podrobněji jsme se osobou důvěrníka zabývali v předchozí části. Hospitalizovaný člověk má také **právo jednat se svým zástupcem, důvěrníkem nebo podpůrcem** osobně a bez přítomnosti třetích osob. Bylo by proto vhodné, aby poskytovatel zdravotních služeb měl pro tyto situace vyhrazené místo i stanovený postup v případě, že je nezbytné, aby tyto osoby pacienta navštívily mimo návštěvní hodiny.

Kdykoliv v průběhu hospitalizace může pacient požádat, aby byly jeho zdravotní stav, zdravotní dokumentace nebo vyjádření ošetřujícího lékaře o neschopnosti úsudku **samostatně přezkoumány lékařem nezávislým na poskytovateli zdravotních služeb** či na jeho provozovateli a zdravotnické zařízení musí umožnit provedení takového druhého posudku.¹³⁷ Tímto se může pacient bránit, pokud nesouhlasí například s názorem ošetřujícího lékaře ohledně potřeby další hospitalizace. O přezkoumání může stejně požádat důvěrník nebo podpůrce pacienta. Pokud je toto právo uplatněno dřív, než soud rozhodne o zákonnosti hospitalizace, musí být vykonán dřív, než uplyne zákonná lhůta pro rozhodnutí soudu.¹³⁸

Samozřejmostí je také právo pacienta, aby mu bylo **doručeno rozhodnutí** ve věci. Podobně, jako tomu bylo u výsledku nedobrovolně hospitalizovaného pacienta, i u doručování existovala v minulosti výjimka, která se v praxi stala pravidlem. Bylo tedy běžné, že soudní rozhodnutí nebyla doručována ani tehdy, kdy byl pacient objektivně schopen porozumět obsahu sdělení. Nová právní úprava už tuto výjimku neobsahuje. Protože je doručení rozhodnutí, které obsahuje i poučení o možnosti opravného prostředku, nezbytné pro porozumění vlastního právního postavení, je rozhodnutí doručeno umístěnému člověku vždy.¹³⁹ Navíc kromě doručení musí soud také zajistit, aby se pacient mohl vhodnou formou s obsahem rozhodnutí seznámit a měl jej k dispozici. Zákon nestanovuje, jakým způsobem má toto soud zajistit, jako nejvhodnější se však jeví pověření personálu poskytovatele zdravotních

služeb.¹⁴⁰ Pro odstranění nejasností by bylo vhodné upravit tuto povinnost zdravotnického zařízení přímo v zákoně.

V případě, že soud zastavil řízení, protože pacient dal dodatečný souhlas s hospitalizací, nebo byl propuštěn před vydáním rozhodnutí soudu, soud řízení zastaví bez ohledu na to, zda jde o řízení na prvním stupni, nebo odvolací řízení. V rozhodnutí však musí poučit pacienta o **právu požádat o pokračování řízení**.¹⁴¹ Pokud si pacient přeje pokračovat, zejména z důvodu, aby soud rozhodl o tom, jestli jeho hospitalizace byla v souladu se zákonem, musí o to požádat do dvou týdnů od doručení rozhodnutí o zastavení řízení. Vydání soudního rozhodnutí může být důležité pro pacienta v případě, že by se domáhal například náhrady škody vůči zdravotnickému zařízení za nezákonnou hospitalizaci¹⁴² nebo vůči soudu za nezákonné rozhodnutí¹⁴³.

Pokud má pacient za to, že odpadly podmínky pro jeho nedobrovolnou hospitalizaci, může **podat návrh na propuštění**, i když ještě neuplynula doba, po kterou soud rozhodl, že může být držen.¹⁴⁴ Soud musí do dvou měsíců o tomto návrhu rozhodnout.¹⁴⁵ Pacienta může propustit kdykoliv i samotné zdravotnické zařízení i přes rozhodnutí soudu.¹⁴⁶

Proti rozhodnutí soudu o přípustnosti převzetí nebo dalšího držení ve zdravotnickém zařízení může pacient **podat odvolání** do 15 dnů od doručení.¹⁴⁷ Odvolání se podává k místně příslušnému krajskému soudu. Z povahy věci nemá odvolání odkladný účinek pro rozhodnutí soudu prvního stupně.¹⁴⁸ Soud však musí o odvolání rozhodnout do 1 měsíce. Není jasné, co se stane v případě, že soud v této

136 Viz § 68 zákona o zvláštních řízeních soudních.

137 Viz § 109 odst. 1 občanského zákoníku.

138 Srov. § 109 odst. 2 občanského zákoníku.

139 Viz § 79 zákona o zvláštních řízeních.

140 Analogicky by šlo využít § 50e občanského zákoníku, který umožňuje pověření účastníka doručením rozhodnutí, i když toto ustanovení předpokládá žádost samotného účastníka.

141 Viz § 72 zákona o zvláštních řízeních soudních.

142 Například žalobou na ochranu osobnosti podle § 82 občanského zákoníku.

143 Podle § 7 odst. 2 zákona o odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu veřejné moci rozhodnutím nebo nesprávným úředním postupem.

144 Viz § 82 odst. 1 zákona o zvláštních řízeních soudních.

145 Viz § 82 odst. 2 zákona o zvláštních řízeních soudních.

146 Viz § 71 zákona o zvláštních řízeních soudních.

147 Viz § 201 občanského soudního řádu.

148 Viz § 73 zákona o zvláštních řízeních soudních.

lhůtě nerozhodne. Protože však jde o řízení, které chrání před zásahem do jednoho z nejdůležitějších lidských práv, z povahy věci by v tomto případě nemělo rozhodnutí prvního stupně nabyt právní moci a zdravotnické zařízení by mělo být povinné člověka propustit. Tato lhůta však neplatí, pokud soud pokračuje v řízení poté, kdy byl pacient propuštěn, nebo poté, kdy dal souhlas s hospitalizací.

3. 5. Postup soudu v detenčním řízení

V detenčním řízení rozhoduje okresní soud, v jehož obvodu je zdravotnické zařízení, ve kterém je člověk umístěn.¹⁴⁹

Pokud zdravotnické zařízení nebo sám člověk, jenž byl do něj převzat, oznámí nedobrovolnou hospitalizaci, soud **zahájí řízení ve věci vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení ve zdravotním ústavu**, ledaže by hospitalizace byla nařízena v jiném řízení (zpravidla nařízení ochranného léčení nebo pozorování ve zdravotnickém ústavu).¹⁵⁰ O zahájení řízení vydá soud usnesení, které doručí všem účastníkům, tedy zdravotnickému zařízení, umístěnému člověku a případně jeho zákonnému zástupci, pokud ten podal návrh na zahájení řízení.¹⁵¹ Proti usnesení o zahájení řízení není přípustné odvolání ani jiný opravný prostředek.¹⁵²

Po zahájení řízení soud **poučí** hospitalizovaného člověka o jeho právu zvolit si zmocněnce pro řízení a o jeho dalších procesních právech.¹⁵³ Zákon neukládá lhůtu, do které má soud čekat, zda si člověk zvolí svého zástupce. I z tohoto důvodu možná přistupují soudy k tomu, že tento krok přeskočí a současně s usnesením o zahájení řízení člověku doručí usnesení o ustanovení procesního opatrovníka. Pacient tak může mít pocit, že už nemá možnost pro vlastní výběr zmocněnce. Z důvodu velice krátké doby pro vydání rozhodnutí by měl soud provést toto poučení vhodným způsobem tak, aby měl pacient čas případně kontaktovat zmocněnce či advokáta dle svého výběru. Vhodným opatřením by mohlo být telefonické sdělení či pověření

poskytovatele zdravotních služeb, aby neprodleně po hospitalizaci informoval pacienta o této možnosti a případně mu poskytl součinnost v kontaktování zástupce. Až v případě, že si člověk sám zmocněnce nezvolí, přistupuje soud k **ustanovení procesního opatrovníka** z řad advokátů.¹⁵⁴

Soud však také **odpovídá za výběr procesního a řádný výkon funkce opatrovníka**, v případě, že je opatrovník například nečinný, nebo postupuje v rozporu s vůlí, či zájmem umístěného člověka, měl by zakročit a ustanovit opatrovníka nového. V opačném případě může dojít k porušení práva člověka na spravedlivý proces.¹⁵⁵

Následně soud **nařídí jednání**, které se koná zpravidla ve zdravotnickém zařízení. Jednání se účastní pacient, jeho zástupce či opatrovník (advokát), zdravotní ústav¹⁵⁶ a případně další osoby, například důvěrník pacienta¹⁵⁷. Na jednání zejména vyslechne hospitalizovaného člověka a případně jeho zástupce, ošetřujícího lékaře a může též provést další důkazy, například výslech dalších osob.¹⁵⁸

Pro posouzení důvodnosti převzetí, případně dalšího držení člověka **musí soud co nejpodrobněji zkoumat okolnosti**, za kterých k převzetí došlo.¹⁵⁹ V některých případech někdy postačí výpověď umístěného člověka a zdravotnického zařízení. Avšak zejména tehdy, kdy se výpověď umístěného člověka a zdravotnického zařízení v mnohém liší, je nutné, aby soud vyslechl i další osoby přítomné u převzetí – rodinné příslušníky, pracovníky výjezdové zdravotnické skupiny, či policii, případně aby provedl důkaz záznamem z výjezdu. Pro posouzení stavu a historie umístěného člověka lze také vyslechnout jeho ambulantního psychiatra, či praktického lékaře. Soud musí zejména zkoumat, jestli byly naplněny zákonné podmínky (k tomu více kapitola *Podmínky pro převzetí a držení v psychiatrickém zařízení*). Kromě toho však musí vždy zkoumat otázku nezbytnosti tohoto opatření.¹⁶⁰

149 Viz § 66 zákona o zvláštních řízeních soudních.

150 Viz § 76 zákona o zdravotních službách.

151 Viz § 67 zákona o zvláštních řízeních soudních.

152 Srov. § 202 odst. 1 písm. a) občanského soudního řádu.

153 Viz § 69 odst. 1 zákona o zvláštních řízeních soudních.

154 Viz § 69 odst. 2 zákona o zvláštních řízeních soudních.

155 Srov. Nález Ústavního soudu ze dne 11. 1. 2007 spis. zn. IV. ÚS 273/05, odst. 14.

156 Viz § 70 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

157 Srov. § 107 odst. 2 občanského zákoníku.

158 Viz § 70 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

159 Srov. § 21 zákona o zvláštních řízeních soudních

160 Viz Rozsudek ESLP Sýkora proti České republice, odst. 62

Soud **rozhodne do 7 dnů od převzetí** člověka do zdravotnického zařízení. Lhůta začíná běžet ode dne převzetí, a to i v případě, že se zdravotnické zařízení zpozdí s oznámením o nedobrovolné hospitalizaci.¹⁶¹ Podle literatury jde o toliko pořádkovou lhůtu, její nedodržení nezakládá nárok člověka na propuštění.¹⁶² Pokud však soud nerozhodne v dané lhůtě, umístěný člověk může požadovat náhradu škody za nesprávný úřední postup.¹⁶³

V usnesení se soud vyjádří k tomu, **zda zákonné podmínky byly dány při převzetí člověka, ale také zda trvají důvody pro toto opatření**. Soud tedy rozhoduje zároveň *ex post* vzhledem k momentu převzetí, tak i *ex nunc* vzhledem k momentu rozhodování soudu. Protože se v praxi mohou vyskytovat případy, kdy pro odstranění hrozby postačí i hospitalizace v době kratší sedmi dnů, bylo by vhodné, aby soud rozhodoval v samostatném výroku ohledně přípustnosti převzetí a přípustnosti držení v době rozhodnutí. Nicméně v praxi jde zpravidla o jeden výrok, kdy pro souhlasné rozhodnutí musí být splněny obě podmínky.¹⁶⁴ Naopak, pokud soud rozhodne, že převzetí bylo nepřipustné, nebo že odpadly podmínky pro držení člověka v ústavu, nařídí jeho propuštění.¹⁶⁵

Rozhodnutí o přípustnosti převzetí **doručí soud do 24 hodin umístěnému člověku, jeho zástupci, opatrovníkovi pro řízení a zdravotnímu ústavu**.¹⁶⁶ Zákon už tedy neumožňuje, tak jak tomu bylo v minulosti, aby umístěnému člověku nebylo rozhodnutí doručeno, a to ani v případě, kdy podle vyjádření zdravotnického ústavu člověk není schopen porozumět obsahu rozhodnutí. Jelikož má soud tak krátkou dobu pro doručení, není vhodné, aby doručoval prostřednictvím poštovních služeb, ale naopak aby využil takové prostředky, aby bylo možné lhůtu dodržet. Půjde zejména o doručení prostřednictvím veřejné datové sítě do datové schránky, faxem, případně o využití soudního doručovatele.¹⁶⁷ Navíc, soud má **povinnost**

učinit i jiná vhodná opatření, aby se člověk mohl vhodnou formou s obsahem rozhodnutí seznámit a měl jej k dispozici.¹⁶⁸ Může například pověřit zaměstnance zdravotnického zařízení, aby člověka poučilo o tom, co pro něj z rozhodnutí soudu vyplývá, nebo se obrátit na jeho důvěrníka, podpůrce nebo jinou osobu, která dokáže s umístěným člověkem lépe komunikovat.¹⁶⁹

Rozhodnutí o přípustnosti převzetí má účinnost 3 měsíce od vyhlášení.¹⁷⁰ Do této doby musí soud vydat **rozsudek ohledně přípustnosti dalšího držení v nemocnici**.¹⁷¹ Ihned po vyhlášení prvního rozhodnutí tak musí soud zahájit úkony směřující k prozkoumání potřeby trvání zbavení osobní svobody člověka.

Zejména musí **jmenovat znalce** pro vypracování znaleckého posudku, buď zvolí znalce ze seznamu znalců vedeného Ministerstvem spravedlnosti, nebo jiného lékaře z oboru, který složí slib do rukou předsedy senátu.¹⁷² V každém případě musí jít o znalce nezávislého na zdravotnickém zařízení, ve kterém je člověk držen,¹⁷³ přičemž závislost není definována jen zaměstnaneckým vztahem, ale například i působením v sídle zdravotnického zařízení, nebo jiným vztahem k němu.¹⁷⁴ Soud také musí poučit účastníky o možnosti vznést námitku podjatosti znalce.¹⁷⁵ Pokud účastník vznese námitku podjatosti, může předseda senátu znalce vyloučit.¹⁷⁶ To může také udělat v případě, že znalec řádně neplní své povinnosti.

Kromě znaleckého posudku soud také provede důkaz zdravotnickou dokumentací, záznamem z ní, případně vyjádřením ošetřujícího lékaře o tom, **jestli je schopen člověk vyjádřit své přání**.¹⁷⁷ Součástí zdravotnické dokumentace pak je i dříve vyslovené přání, kterým člověk určil, zda a jakým způsobem chce, aby byl léčen.¹⁷⁸

161 Viz SVOBODA, Karel a kol: Zákon o zvláštních řízeních soudních. Komentář, s. 154.

162 Tamtéž.

163 Viz § 13 odst. 1 zákona o odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu veřejné moci rozhodnutím nebo nesprávným úředním postupem.

164 Viz SVOBODA, Karel a kol: Zákon o zvláštních řízeních soudních. Komentář, s. 155 – 156.

165 Viz § 78 odst. 2 zákona o zvláštním řízení soudním.

166 Viz § 79 zákona o zvláštním řízení soudním.

167 Viz SVOBODA, Karel a kol: Zákon o zvláštních řízeních soudních. Komentář, s. 157.

168 Viz § 79 zákona o zvláštním řízení soudním.

169 Viz SVOBODA, Karel a kol: Zákon o zvláštních řízeních soudních. Komentář, s. 157.

170 Srov. § 71 odst. 2 zákona o zvláštních řízeních.

171 Tamtéž.

172 Viz § 24 zákona o znalcích a tlumočnících.

173 Viz § 70 odst. 1 zákona o zvláštních řízeních soudních.

174 Viz SVOBODA, Karel a kol: Zákon o zvláštních řízeních soudních. Komentář, s. 144-145.

175 Srov. § 11 zákona o znalcích a tlumočnících.

176 Viz § 17 občanského soudního řádu.

177 Viz § 70 odst. 1 o zvláštních řízeních soudních.

178 Viz § 36 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

O tom, jestli je přípustné další držení v zdravotnickém zařízení rozhodne soud do tří měsíců od vyhlášení usnesení o přípustnosti převzetí.¹⁷⁹ V rozsudku musí jednak soud určit, **jestli je další držení přípustné a jednak stanovit lhůtu, po kterou může zdravotnické zařízení člověka držet.** Jelikož odvolání proti tomuto rozhodnutí nemá odkladný účinek, je vykonatelné již samotným okamžikem doručení.¹⁸⁰ Maximální doba, po kterou může soud nařídit hospitalizaci je jeden rok, a to i v případě, že by soud (například nedopatřením) nařídil delší držení.¹⁸¹ V případě, že by měla léčba pokračovat, musí soud nařídit další znalecký posudek a vydat nový rozsudek v této lhůtě.¹⁸²

Pokud v průběhu řízení o přípustnosti převzetí, nebo držení, či odvolacího řízení je pacient propuštěn, nebo udělí s hospitalizací souhlas, **soud řízení zastaví.**¹⁸³ Musí však poučit umístěného člověka, že může do dvou týdnů od doručení prohlásit, že na projednání věci trvá. Pokud to tento člověk udělá, soud v řízení pokračuje až do vyhlášení rozhodnutí.¹⁸⁴

Pacient, případně jeho zástupce, opatrovník, jiné osoby blízké¹⁸⁵ či státní zástupce¹⁸⁶ mají také právo podat **návrh na propuštění** ještě před uplynutím doby určené soudem.¹⁸⁷ V tomto případě soud zahájí nové řízení, ve kterém opět nařídí znalecký posudek, vyslechne člověka a případně provede další důkazy a **do dvou měsíců od podání návrhu rozhodne.**¹⁸⁸ V případě, že návrh podá více osob, měl by soud řízení spojit s tím, že mu lhůta běží od podání prvního návrhu.¹⁸⁹ Pokud soud návrh na propuštění opakovaně odmítne a nelze-li očekávat zlepšení stavu umístěného člověka, může rozhodnout o tom, že se další vyšetření nebude konat až

do uplynutí doby, po kterou bylo držení ve zdravotním ústavu povoleno.¹⁹⁰ V tomto případě však musí být kumulativně naplněny obě podmínky – tedy musí být podány alespoň dva návrhy na propuštění a ze znaleckého posudku musí vyplývat, že nelze očekávat, že se zdravotní stav člověka změní.

179 Viz § 81 zákona o zvláštních řízeních soudních.

180 Srov. § 73 zákona o zvláštních řízeních soudních.

181 Viz § 81 odst. 3 zákona o zvláštních řízeních soudních.

182 Tamtéž.

183 Viz § 104 odst. 1 občanského soudního řádu.

184 Viz § 72 zákona o zvláštních řízeních soudních.

185 Srov. § 22 odst. 1 občanského zákoníku.

186 Viz § 8 odst. 2 zákona o zvláštních řízeních soudních.

187 Viz § 82 odst. 1 zákona o zvláštních řízeních soudních.

188 Viz § 82 odst. 2 zákona o zvláštních řízeních soudních.

189 Viz SVOBODA, Karel a kol: Zákon o zvláštních řízeních soudních. Komentář, s. 160.

190 Viz § 82 odst. 2 zákona o zvláštních řízeních soudních.

III. Současná situace lidí s duševním onemocněním v ústavní péči

1. Počty lidí v ústavní péči

V současné době žije více než 100 000 dospělých lidí v zařízeních ústavního typu a ročně je hospitalizováno asi 1000 dětí v psychiatrických nemocnicích či psychiatrických odděleních nemocnic (viz Tab. 1). Institucionalizace, zejména pokud je nedobrovolná, může být závažným zásahem do práv těchto osob, která byla popsána výše, a může také mít dalekosáhlý vliv na život člověka, od ztráty sociálních vazeb a sociálních dovedností až po rozvinutí syndromu hospitalismu. V ústavních zařízeních je kvůli velké koncentraci lidí vyšší riziko šíření přenosných nemocí a také častěji dochází k sexuálnímu zneužívání či jiným typům násilí. Z těchto důvodů je žádoucí, aby dlouhodobě klesal počet lidí pobývajících v ústavních zařízeních, zejména zdůrazněním prevence před institucionalizací a zároveň snižováním lůžek v ústavech a jejich nahrazením péčí poskytovanou v komunitě.

Tab. 1: Počet hospitalizací nebo lůžek v zařízeních ústavního typu.

Druh zařízení	počet hospitalizací / lůžek
Psychiatrická zařízení – dospělí (hospitalizace) ¹⁹¹	39 615

191 Počet hospitalizací za rok 2012. *Strategie reformy psychiatrické péče*, s. 18.

Psychiatrická zařízení – děti (hospitalizace) ¹⁹²	1 040
Léčebny dlouhodobě nemocných (lůžka) ¹⁹³	7 171
Domovy se zvláštním režimem (uživatelé) ¹⁹⁴	11 784
Domovy pro osoby se zdravotním postižením (uživatelé) ¹⁹⁵	12 785
Domovy pro seniory (uživatelé) ¹⁹⁶	36 050

Pozn.: Nelze tvrdit, že všichni uživatelé LDN nebo pobytových sociálních služeb jsou duševně nemocní. Podíl uživatelů s duševním onemocněním je však významný. Podrobné statistiky přitom neexistují.

2. Důvody institucionalizace a překážky odchodu z dlouhodobé ústavní péče

Na základě dlouhodobých zkušeností s fungováním sociálních služeb v Česku a z analýz, rozhovorů s pracovníky služeb a sociálními pracovníky i s lidmi s duševním onemocněním můžeme identifikovat několik základních okruhů, které shrnují důvody, proč lidé setrvávají v dlouhodobých pobytech v ústavní péči, i když pro ni pominul zdravotní nebo rehabilitační důvod.

192 Tamtéž.

193 Síť zdravotnických zařízení 2013, <http://uzis.cz/system/files/sitzz2013.pdf>, cit. 2. 10. 2015

194 Statistická ročenka v oblasti práce a sociálních věcí 2014, s. 75. http://www.mpsv.cz/files/clanky/22668/rocenka_prace_2014.pdf, cit. 2. 10. 2015

195 Tamtéž.

196 Tamtéž.

2. 1. Nedostatečná prevence krizových situací a ztráty bydlení

Systém pomoci není schopen poskytnout dostatečnou podporu člověku tak, aby se předešlo krizovým situacím v jeho sociálním fungování, které často vyústí ve ztrátu bydlení. Situace dojde do stavu, kdy je narušeno soužití s dalšími obyvateli (sousedy), poškozený byt a jeho vybavení, příp. dluhy na nájemném a dalších nákladech spojených s bydlením. Sociální vazby člověka jsou natolik narušené, že okolí jako jedinou intervenci a „naději“ vidí jeho odstranění z prostředí: umístění v pobytovém zařízení (hospitalizace, umístění v pobytové sociální službě). Návrat je nejen obtížný, ale očima zúčastněných často i nežádoucí.

Pracovníci pobytové sociální služby pro duševně nemocné například popisují i případ, kdy do zařízení přišla žádost o umístění. Při sociálním šetření se zjistilo podle formulace žádosti, že ji ale neodeslal sám potenciální uživatel. Navíc byl připojen i zfalšovaný podpis tohoto člověka. Ve skutečnosti ji odeslal někdo z jeho okolí, kdo se chtěl takto onoho člověka zbavit.¹⁹⁷

2. 2. Nedostupnost bydlení

Mezi klíčové důvody, proč lidé setrvávají v dlouhodobých pobytech déle, než je nezbytně nutné pro řešení jejich zdravotního nebo sociálního stavu, patří nedostupné bydlení a podpora bydlení. Lidé se často nemají ze zdravotních či sociálních zařízení kam vrátit: v důsledku svého zdravotního stavu přišli o bydlení, mají dluhy na nájemném, rodina je nechce přijmout zpět do bytu apod.

Důvodem pro nedostupnost bydlení může být špatná finanční situace člověka, lidé s duševní nemocí často mají potíže zajistit si bydlení, neboť nemají žádné příjmy. Je pro ně obtížnější si najít práci a také často nedostávají invalidní důchod v takové výši jako lidé s fyzickým postižením. Také se mnohem častěji zadluží smlouvami, půjčkami apod., dostávají se do zajetí exekucí, se kterými si neumí poradit. Mnohé byty zvláštního určení, kterými disponují města, mají navíc v podmínkách uvedeno,

197 Kazuistika z projektu Dostupnější služby pro duševně nemocné v Královéhradeckém kraji.

že nesmí být přiděleny člověku s duševním onemocněním, a to bez ohledu na stav tohoto onemocnění a jeho vliv na sociální fungování člověka.¹⁹⁸ Podmínkou může být také absence dluhu vůči městu, což je také problematické vzhledem k situaci popsané výše.

2. 3. Nedostatek podpory při přechodu ze zařízení do běžného prostředí

Dalším důvodem je nedostatek podpůrných služeb pro lidi při odchodu ze zdravotnických nebo sociálních zařízení dlouhodobého pobytu. Obecnou příčinou tohoto stavu je, že celý systém péče o duševně nemocné je nastaven směrem *do* institucí, má ovšem minimum prostředků pro podporu odchodu z instituce a adaptaci v běžném prostředí. V minulosti byl člověk do zařízení umístěn „jednou provždy“, s jeho návratem se příliš nepočítalo.

S ohledem na **nízkou kapacitu sociálních pracovníků v zdravotnických zařízeních** v porovnání s počtem klientů, kterým mají pomáhat, je možnost skutečné podpůrné intervence velice limitovaná. Například v roce 2013 bylo v psychiatrických léčebnách 108,51 zdravotně- sociálních pracovníků, přičemž z nich bylo za tento rok propuštěno 40 543 pacientů.¹⁹⁹ To je 374 osob na 1 pracovníka, práce s lidmi propuštěnými z léčení přitom není jediná jeho agenda. Při veškerém úsilí, které do práce vkládají, není v jejich silách zajistit o moc více než vyhledání a zprostředkování nějakého dalšího zařízení, nejčastěji také ústavního typu, do kterého může člověk z psychiatrické nemocnice přejít. Prostor pro znalost a využitelnost komunitních služeb, příp. pro práci s rodinou, vyhledávání možností bydlení v obcích, téměř neexistuje.

Zařízení jsou většinou umístěna v těžko dostupných lokalitách. V případě pobytových sociálních služeb často ve venkovských, příhraničních oblastech. Psychiatrické nemocnice mají velkou geografickou působnost a dojezdnost do nich je otázkou

198 Konkrétně je tato situace popsána v Hradci Králové, ovšem platí pro velké množství dalších měst. (Směrnice o pravidlech pro pronájem bytů zvláštního určení, bytů v penzionu pro důchodce a bytů pro důchodce, <http://www.hradeckralove.org/file/6604/>, cit. 2. 10. 2015)

199 Psychiatrická péče 2013, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. <http://uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2013>, cit. 2. 10. 2015.

hodin.²⁰⁰ To má za následek, že pobytem v těchto zařízeních je člověk vytržen ze svého přirozeného prostředí – a je velice obtížné pracovat na jeho začlenění zpět. Pokud mu je zařízení schopné zajistit podporu v integraci do běžného prostředí, děje se tak v blízkosti zařízení – sociální vazby, znalost prostředí a další takto vytvořené benefity jsou pro návrat do původního bydliště nepoužitelné.

Zařízení sociálních služeb nezajišťují odbornou pomoc duševně nemocným. Klienti pobytových sociálních služeb mají velmi omezený přístup k odborné psychiatrické péči (typicky omezené na krátkou návštěvu v měsíčních či několikaměsíčních intervalech, zaměřenou na předepsání léčiv). Sociální personál není veden k vytváření odborných znalostí a kompetencí na míru potřebám duševně nemocných. Pobyt duševně nemocných v těchto zařízeních je pak redukován na řešení incidentů, jejich stav se spíše stále zhoršuje, možnosti návratu do běžné společnosti klesají.

2. 4. Předsudky, stigmata a stereotypy

Stigmatizace duševně nemocných je častokrát popsáný a silný důvod zhoršeného přístupu k léčbě i nedostatečných možností integrace. Stigmatizace se přitom odehrává na mnoha úrovních, je součástí každodenního života lidí s duševním onemocněním – a je také popsána v množství odborné literatury.²⁰¹ Stigmatizaci navíc také posilují instituce, které by naopak měly duševně nemocným pomáhat.

Sociální služby nálepkují duševně nemocné jako agresivní a problematické a segregují je mimo běžné cílové skupiny. Běžnou praxí je, že lidé s duševním onemocněním mají omezený přístup k sociálním službám. Duševní onemocnění bývá uvedeno jako kontraindikace poskytnutí služby, opět zcela bez ohledu na skutečný stav člověka či nemoci, jeho sociální fungování.²⁰² Duševně nemocní bývají ze sociálních služeb přesouváni do „specializovaných“ zařízení, zejména do domovů se zvláštním

režimem.²⁰³ Přitom právní úprava těchto zařízení je velice vágní, což častokrát vede k mnohem většímu omezování práv klientů než je tomu u běžných sociálních služeb. To celé vede k posilování negativních stereotypů a stigmatizace duševně nemocných: „Je tam zavřený, protože je nebezpečný.“

3. Strategické dokumenty k psychiatrii a dostupnému bydlení

3. 1. Strategie reformy psychiatrické péče

Hlavní význam dokumentu²⁰⁴ spočívá v tom, že posiluje roli terénních a ambulantních služeb, které mají intervenovat včas a zabráňovat zhoršení zdravotního stavu člověka a tím i předcházet negativním dopadům na jeho sociální fungování.

Klíčová otázka – tedy role lůžkových zařízení, resp. redukce jejich kapacity související s výše uvedeným bodem – není v dokumentu přímo řešena. Měla by být podrobena analýze a rozhodnutí po zavedení právě terénních a ambulantních služeb (center duševního zdraví).

3. 2. Koncepce sociálního bydlení

„Sociální práce v rámci sociálních služeb bude mít v rámci sociálního bydlení klíčovou roli. Materie sociálního bydlení je ovšem mnohem širší a celý systém zahrnuje různé poskytovatele sociální práce, nejen sociální služby spojené s oblastí bydlení. Níže je uváděn přehled adresných a komplexních nástrojů sociální práce související s problematikou bydlení: (...)“

200 Psychiatrická nemocnice pro Královéhradecký kraj je v Havlíčkově Brodě. Běžné spojení hromadnou dopravou např. mezi Rychnovem nad Kněžnou a Havlíčkovým Brodem trvá nejméně 4 hodiny a zahrnuje 4 přestupy.

201 Viz např. G. Trhoroň: Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011).

202 Viz např. Analýza veřejných závazků vybraných sociálních služeb ve Zlínském kraji (Centrum podpory transformace, dosud nepublikováno).

203 Viz Analýza poptávky po službách pro osoby s postižením v Královéhradeckém kraji spojených se zajištěním ubytování či podporou samostatného bydlení, http://socialnisluzby.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/analizicke-dokumenty/pruzkumy/KrajKralovehradecky_AnalyzaZajemcu_final.pdf, cit. 2.10.2015

204 Podrobné znění strategie reformy a další informace: www.reformapsychiatrie.cz.

- **programy koordinované inter-organizační spolupráce a podpory v bydlení vysoce zranitelných skupin**, zejm. při depistáži (aktivní vyhledávání ohrožených osob a nabízení spolupráce), stabilizaci, ucelené rehabilitaci a zmírňování rizik duševních onemocnění či závislosti na návykových látkách.²⁰⁵

„Mezi obecné nástroje prevence ztráty bydlení jsou řazeny zejména sociální služby sociální prevence a odborné sociální poradenství, sociální práce aplikovaná na obecné úrovni, systém dávkové podpory a sociálního pojištění. Nicméně, jak bylo uvedeno v předchozích kapitolách, jedná se o multifaktoriální jev, a proto v rozšířené formě za prvky prevence musíme považovat i segment školství (např. vzdělávání v oblasti finančního řízení a dluhového poradenství), zdravotnictví (např. léčba a péče o osoby se zdravotním postižením, s duševním onemocněním), bytová politika státu (např. deregulace nájemného), daňová politika státu a míra inflace a mnoho dalších. Všechny tyto politiky státu mají přímý nebo nepřímý vliv na dostupnost bydlení.“²⁰⁶

3. 3. Doporučení k síti, rozsahu a podobě komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním

ZÁKLADNÍ PRINCIPY PÉČE²⁰⁷

Péče musí být orientována na podporu zotavení a vyznačovat se plným respektem k lidským právům klienta. Musí být kladen důraz na jeho silné stránky a na obnovení jeho smysluplných sociálních rolí. Dominantní část péče by měla být prováděna a poskytována v přirozeném prostředí klientů. Systém péče musí mít pravomoc a kompetence zapojovat do péče i obtížně dostupné klienty a klienty odmítající léčbu. Tento asertivní přístup musí však být vždy v souladu s právy klienta a jeho nejlepším zájmem. Systém péče musí být flexibilní, schopný poskytovat pomoc a podporu dle aktuálních potřeb klienta. Musí být také schopen v případě zhoršení zdravotního

stavu poskytovat intenzivní podporu včetně krizové intervence dostupné 24 hodin denně. Systém péče musí zapojovat formální i neformální zdroje podpory klienta do péče. Klade důraz na přirozené zdroje podpory a veřejně dostupné služby. Systém musí zajišťovat kontinuitu péče napříč službami. Klíčový pracovník klienta by s ním měl být v kontaktu i během krize a případné hospitalizace.

SLOŽENÍ SLUŽEB

1. Multidisciplinární komunitní tým musí být základní službou. Přímou zajišťuje výraznou část potřeb klienta a zprostředkovává služby ostatní. Je třeba, aby byl tým multiprofesní a multirezortní (minimálně zdravotně-sociální). Tým působí v definované spádové oblasti (optimálně jeden tým pro každé území velikosti okresu – tedy cca 100 000 obyvatel) a má jasně stanovenou odpovědnost.

Složení týmu: psychiatři, psychologové, terénní psychiatrické sestry, sociální pracovníci, pracovní konzultanti, pracovník s [vlastní] zkušeností s duševní nemocí (peer-specialista), specialista na závislosti.

Kapacita týmu: Podle zahraničních zkušeností předpokládáme, že tým zodpovědný za region 100 000 obyvatel obsazený 30 úvazky by mohl mít kapacitu okolo 500 osob ročně.

Financování: Tým musí být financován jak ze zdrojů na sociální služby, tak ze zdrojů na zdravotní služby (ze zdravotního pojištění).

V některých zemích, jako je Velká Británie, Itálie nebo Finsko, se v posledních letech prosazuje právě takovéto uspořádání péče, kde maximum intervencí je integrováno do jednoho případového managementového týmu. Má to řadu výhod oproti budování separátních a specializovaných sociálních a zdravotních služeb. Výhodou je především kontinuita pro klienty – v období krizí se pouze zintenzivní péče a nedochází ke změně pečujícího personálu. Může se tak rozvinout funkční pracovní aliance mezi členy týmu a jejich klienty.

Výhoda pro profesionály spočívá i v tom, že se minimalizují energie a náklady spojené s přesouváním klientů mezi jednotlivými službami (předávání informací,

205 Koncepce sociálního bydlení ČR 2015–2025, s. 106.

206 Koncepce sociálního bydlení ČR 2015–2025, s. 126.

207 Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním. MPSV, 2013, s. 16–18.

opětovné navazování pracovních vztahů, agenda spojená s mapováním rizik, přání a potřeb, přijímání a propouštění ze služeb).

Multidisciplinární týmy také představují adekvátní odpověď na souběžný výskyt problémů u řady klientů, jako je například souběžný výskyt psychózy a závislosti na návykových látkách.

2. Síť praktických lékařů a ambulantních psychiatrů²⁰⁸ zůstane samozřejmě zachována, tuto péči budou klienti s duševním onemocněním nadále využívat. Pokud nebudou potřebovat intenzivnější míru podpory, těžiště péče zůstane na této úrovni. Zároveň se mohou klienti, u nichž dojde k výraznému zlepšení, na tuto základní úroveň vracet (když přestanou potřebovat péči multidisciplinárního týmu).

3. Komunitně orientované rehabilitační služby jsou definovány Konceptí oboru psychiatrie aktualizovanou v roce 2008. Zařízení mohou být účinná pro dosahování rehabilitačních cílů. Jde zejména o chráněné a podporované bydlení, různé programy pracovní rehabilitace, především podporované zaměstnávání, podporované vzdělávání, denní centra aj. Mají význam pro rozvoj motivace, získání potřebných dovedností a sebevědomí a v důsledku vedou k zastávání běžných sociálních rolí.

4. Akutní lůžka v malých odděleních integrovaných do všeobecné zdravotní lůžkové péče musí být integrální částí sítě. Paralelně je však důležité rozvíjet alternativy akutní lůžkové péče, které co nejméně vytrhávají klienty z podmínek běžného života a zároveň zajišťují jejich potřebné bezpečí.

SOUHRN DOPORUČENÍ K SÍTI

- Doporučujeme integrovat co nejvíce účinných intervencí do námi navrhovaného páteřního multidisciplinárního týmu financovaného ze zdrojů na zdravotní i sociální služby.
- Je žádoucí zajistit celé spektrum sociálních služeb tak, aby byly pokryty potře-

by klientů, kteří budou opouštět ústavní služby. V rámci procesu deinstitutionalizace bude v ČR zapotřebí vytvořit cílené sociální služby pro 5 000 – 6 000 osob s duševním onemocněním, které jsou nyní umístěny v nějakém z druhů ústavní péče.

- Do všech regionů bude nutné rozšířit řadu sociálních komunitních služeb pro duševně nemocné. Jedná se především o tyto služby:
- Případové vedení (case management), obvykle registrováno jako **sociální rehabilitace § 70**, případně jako **služby následné péče § 64**
- Skupinové chráněné bydlení, obvykle registrováno jako **chráněné bydlení § 51** nebo **sociální rehabilitace § 70 pobytová forma**
- Individuální chráněné bydlení, obvykle registrováno jako **chráněné bydlení § 51** nebo **sociální rehabilitace § 70 pobytová forma**
- Podporované bydlení, obvykle registrováno jako **podpora samostatného bydlení § 43** nebo **sociální rehabilitace § 70**
- Sociálněterapeutické dílny, obvykle registrovány jako **sociálněterapeutické dílny § 67**
- Podporované zaměstnávání, obvykle registrováno jako **sociální rehabilitace § 70**
- Denní centrum (centrum denních služeb), obvykle registrováno jako **sociální rehabilitace § 70** nebo **sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením § 66**
- Podporované vzdělávání, obvykle registrováno jako **sociální rehabilitace § 70**

208 Obdobně také psychologů, pozn. aut.

DOPORUČENÍ K AKTUÁLNÍM RIZIKŮM²⁰⁹

Transformace psychiatrické péče (předpoklad snižování kapacit psychiatrických léčebeň a lůžek zdravotní následné péče) vyvolá tlak na kapacitní navýšení ubytovacích možností spojených s profesionální sociální podporou. Jednou z možností, které se nabízejí, je vytvořit tyto kapacity prostřednictvím služby chráněného bydlení. I když je toto řešení pro část cílové skupiny rozumnou alternativou, masivní budování chráněných bydlení by přineslo nároky na klienty opakovaně měnit místo bydliště v okamžiku, kdy dojde ke zvýšení jejich sebedůvěry a zlepšení jejich sociálních dovedností.

Doporučujeme ve spolupráci s dalšími rezorty zásadním způsobem zvýšit dostupnost sociálních bytů, které by byly cenově dostupné a umožňovaly osobám s duševním onemocněním pokud možno trvalé bydlení v běžném prostředí komunity. Podpůrné sociální, popřípadě i zdravotní služby by měly jít za klientem a nezvyšovat jeho sociální zátěž nutností stěhování při uplynutí sjednané doby chráněného bydlení.

209 Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním. MPSV, 2013, s. 20.

Seznam zdrojů

Zákony a vyhlášky

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 404/2012 Sb.
- Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník
- Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky
- Zákon č. 129/2008 Sb., o zabezpečovací detenci.
- Zákon ř. 99/1963 Sb., občanský soudní řád
- Zákon č. 85/1995 Sb., o advokacii
- Zákon č. 82/1998 Sb., o odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu veřejné moci rozhodnutím nebo nesprávným úředním postupem
- Zákon č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících
- Vyhláška č. 89/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Národní a mezinárodní lidskoprávní dokumenty

- Listina základních práv a svobod
- Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod
- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Důvodová zpráva k Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně
- Doporučení Výboru ministrů č. R (99)4 ohledně zásad právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob
- Důvodová zpráva Výboru ministrů k přijetí Doporučení č. R (99)4 ohledně zásad právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob
- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením
- Zpráva Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením ze 12. zasedání, 5. listopad 2014, příloha č. IV, „Vyjádření k článku 14 Úmluvy OSN pro práva osob se zdravotním postižením“

Judikatura

- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Sýkora proti České republice ze dne 22. 10. 2012, stížnost č. 23419/07
- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Ťupa proti České republice ze dne 26. 5. 2011, stížnost č. 39822/07
- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Varbanov proti Bulharsku ze dne 5. 10. 2000, stížnost č. 31365/96
- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Hutchison Reid proti Velké Británii ze dne 3. 2. 2015, stížnost č. 57592/08
- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Glien proti Německu ze dne 28. 11. 2013, stížnost č. 7345/12
- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva O. H. proti Německu ze dne 24. 11. 2011, stížnost č. 4646/08.
- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Winterwerp proti Nizozemí ze dne 24. 10. 1979, stížnost č. 6301/73
- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Ruiz Rivera proti Švýcarsku ze dne 18. 2. 2014, stížnost č. 8300/06
- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva Saadi proti Spojenému království ze dne 28. 2. 2008, stížnost č. 37201/2008
- Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva X proti Spojenému království ze dne 5. 11. 1981, stížnost č. 7215/75
- Nález Ústavního soudu ze dne 23. 3. 2015, spis. zn.. I. ÚS 1974/14
- Nález Ústavního soudu ze dne 11. 1. 2007 spis. zn. IV. ÚS 273/05

Monografie

- ANDORNO, Roberto. *The Oviedo Convention: A European Legal Framework at the Intersection of Human Rights and Health Law*, Journal of International Biotechnology Law. 2005, vol. 2, no. 4, s. 133–143, ISSN (Print) 1612-6068.
- SVOBODA, Karel, TLÁŠKOVÁ, Šárka, VLÁČIL, David, LEVÝ, Jiří, HROMADA, Miroslav a kol.: **Zákon o zvláštních řízeních soudních. Komentář**. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2015, § 68.
- LAVICKÝ, Petr a kol.: **Občanský zákoník I. Obecná část (§ 1–654). Komentář**. 1. vydání, Praha: C. H. Beck, 2014, s. 591–592.

Další dokumenty

- Důvodová zpráva k Občanskému zákoníku, dostupná z: <http://obcanskyzakonik.justice.cz/images/pdf/Duvodova-zprava-NOZ-konsolidovana-verze.pdf>
- Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených problémů MKN-10, dostupná z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Judikatura Kárné komise České advokátní komory dostupná z: <http://www.cak.cz/scripts/detail.php?id=212>
- Veřejný ochránce práv: Zpráva z následných návštěv psychiatrických léčeben ze dne 3. listopadu 2010, dostupná z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2009/2009-PL_nasledne.pdf
- www.os-kolumbus.org
- <http://www.reformapsychiatrie.cz/>
- Sít' zdravotnických zařízení 2013, <http://uzis.cz/system/files/sitzz2013.pdf>, cit. 2. 10. 2015

- Statistická ročenka v oblasti práce a sociálních věcí 2014, s. 75. http://www.mpsv.cz/files/clanky/22668/rocenka_prace_2014.pdf, cit. 2. 10. 2015
- Psychiatrická péče 2013, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. <http://uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2013>, cit. 2. 10. 2015.
- Analýza veřejných závazků vybraných sociálních služeb ve Zlínském kraji (Centrum podpory transformace, dosud nepublikováno).
- Analýza poptávky po službách pro osoby s postižením v Královéhradeckém kraji spojených se zajištěním ubytování či podporou samostatného bydlení, http://socialnisluzby.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/analzicke-dokumenty/pruzkumy/KrajKralovehradecky_AnalyzaZajemcu_final.pdf, cit. 2. 10. 2015
- Koncepce sociálního bydlení ČR 2015–2025.
- Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním. MPSV, 2013.

