

NEDOBROVOĽNÁ HOSPITALIZÁCIA NA SLOVENSKU V EURÓPSKOM KONTEXTE

souborný článok

Lubomíra Izáková¹
Dagmar Breznoščáková²
Michal Turček¹
Valéria Krenická³

¹Psychiatrická klinika LF UK a UN Bratislava, Slovenská republika

²I. psychiatrická klinika LF UPJŠ Košice, Slovenská republika

³Advokátska kancelária Prešov, Slovenská republika

Kontaktní adresa:

MUDr. Lubomíra Izáková, PhD.
Psychiatrická klinika LF UK a UN Bratislava
Mickiewiczova 13
813 69 Bratislava
Slovenská republika
e-mail:
lubomira.izakova@gmail.com

SÚHRN

Izáková L, Breznoščáková D, Turček M, Krenická V. Nedobrovoľná hospitalizácia na Slovensku v európskom kontexte

Nedobrovoľná hospitalizácia je zákonnou a potrebnou možnosťou v manažmente pacientov, trpiacich psychickými poruchami. Napriek tomu ide o významný zásah do ľudských práv a slobôd. Malo by ísť o krajnú možnosť, po ktorej zdravotnícki pracovníci siahajú až po vyčerpaní všetkých možností poskytnutia zdravotnej starostlivosti dobrovoľne. A to v situáciách, kedy je medzi duševnou poruchou a nebezpečným konaním vzťah príčiny a následku. Výskyt nedobrovoľnej hospitalizácie na Slovensku sa v roku 2018 pohyboval od 0,4 po 33,2 %, čo svedčí o veľkej variabilite využívania tejto možnosti, ktorú umožňuje nejasne formulovaná, prípadne vykonávaná legislatíva. Aktuálnosť problematiky a potreba ju riešiť vyplýva aj zo správy Európskeho výboru na zabránenie mučenia a neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania pre vládu Slovenskej republiky z návštevy, ktorú uskutočnil na Slovensku roku 2018. Ako zásadné nástroje pre riešenie situácie autori vnímajú: úpravu legislatívy, spoluprácu súdu a špecialistov, efektívnu kontrolu dodržiavania ľudských práv, implementáciu preventívnych opatrení a zlepšenie informovanosti ľudí trpiacich duševnými poruchami, ale aj edukáciu celej spoločnosti.

Kľúčové slová: nedobrovoľná hospitalizácia, psychické poruchy, ľudské práva a slobody.

SUMMARY

Izáková L, Breznoščáková D, Turček M, Krenická V. Involuntary hospitalization in Slovakia in european context

Involuntary hospitalization is a legal and necessary option in the management of patients with mental disorders. However, it is a significant interference with human rights and freedoms. This should be considered an extreme option, which health care professionals used only after exhausting all other options to provide health care on voluntary basis. It is used in situations when there is cause-and-effect relation between mental disorder and dangerous behaviour. The incidence of involuntary hospitalization in Slovakia ranged from 0.4% to 33.2% in 2018, indicating a great variability in the use of this option, which is caused by unclearly formulated or implemented laws. The topicality of this issue and the need to deal with it has also resulted from a report of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment for the Slovak Government, following their visit in Slovakia in 2018. Authors perceive as important tools for dealing with this situation: amendment of legislation, cooperation between the court and health care professionals, effective control of respect for human rights, implementation of preventive measures and improving awareness in people with mental disorders, but also education of the entire society.

Key words: involuntary hospitalization, mental disorders, human rights and freedoms.

ÚVOD

Pomerne často sa stretávame so správami v médiách, keď sa pri informovaní o spáchanom trestnom čine novinári nevyhnú polemike na tému, či páchatel' trestného činu trpí psychickou poruchou. Napriek tomu, že štatistiky a aj znalecká prax nehovoria jednoznačne v prospech páchania trestných činov osobami, ktoré trpia psychickými poruchami, v tejto súvislosti si najmä laická verejnosť kladie otázku, prečo takáto osoba nebola psychiatricky vyšetrená a liečená. Rovnako sa vynára otázka, koho je možné liečiť, príp. hospitalizovať aj bez súhlasu.

NEDOBROVOĽNÁ HOSPITALIZÁCIA A JEJ LEGISLATÍVNE PODMIENKY

Nedobrovoľná hospitalizácia (hospitalizácia bez súhlasu pacienta) je významným zásahom do ľudských práv a slobôd, a to najmä do práva na slobodu a do práva na súkromie. Ďalšími potenciálne zasiahnutými právami je právo na zaobchádzanie, neporušujúce zákaz ponížujúceho a neľudského zaobchádzania.¹ V Zelenej knihe Európskej komisie o duševnom zdraví sa uvádza, že takýto typ starostlivosti by sa mal uplatňovať iba ako posledná možnosť, keď zlyhali menej obmedzujúce možnosti. Súčasne sa však konštatuje, že právne predpisy ako aj počet nedobrovoľných hospitalizácií sa v krajinách Európskej únie (EÚ) výrazne líšia.² Aktuálnu situáciu určujú aj kultúrne tradície, možnosti klinickej praxe, postoje, štruktúra a kvalita systémov starostlivosti o duševne chorých.

O tom, že problematika nie je nová, svedčí aj Odporúčanie Výboru ministrov Rady Európy z roku 2004 v článku 17, kde sa ako kumulatívne kritériá nedobrovoľného umiestnenia uvádzajú podmienky: 1. osoba má duševnú poruchu; 2. stav osoby predstavuje významné riziko vážneho poškodenia jej zdravia alebo iných osôb; 3. umiestnenie zahŕňa terapeutický účel; 4. žiadne menej obmedzujúce prostriedky poskytovania nie je možné použiť a 5. zohľadnené bolo stanovisko dotknutej osoby. Konštatuje sa, že ak niektoré z uvedených kritérií prestane platiť, nedobrovoľná liečba má byť ukončená.³ Tieto podmienky platia rovnako pre nedobrovoľnú liečbu, ktorá sa má podľa článku 19 riadiť nasledovnými princípmi a má byť: 1. zameraná na špecifické klinické znaky a príznaky; 2. primeraná zdravotnému stavu osoby; 3. zdokumentovaná a 4. hneď ako je to možné, má byť umožnené osobe podávanie liečby, s ktorou súhlasí. Súčasne článok 10 uvádza, že podľa zásady proporcionality má byť použitá najmenej obmedzujúca starostlivosť a liečba.³

Pri zdravotne postihnutej osobe hrozí väčšie riziko porušenia jej ľudských práv, čo platí o to viac, ak je zdravotné postihnutie psychického charakteru. Zdravotné znevýhodnenie môže oslabiť možnosť osoby brániť svoje práva.

V EÚ sú pre výkon klinickej praxe rozhodujúce zákony jednotlivých členských štátov, ktoré sa zhodujú v tom, že esenciálnymi znakmi zadržania je existencia duševnej poruchy pacienta, ktorá je príčinou jeho nebezpečného správania. Samotná prítomnosť duševnej poruchy nie je dôvodom pre nútené zadržanie.⁴ Legislatívy sa však už

rozchádzajú v tom, ako závažná by mala byť duševná porucha a aké veľké by malo byť nebezpečenstvo, aby to odôvodnilo obmedzenie pohybu pacienta. Ďalším zneistením je skutočnosť, že Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím nedefinuje, čo je duševná porucha.⁴ Len niektoré štáty (Bulharsko) majú katalóg duševných porúch, ktoré odôvodňujú nútenú hospitalizáciu. Európsky súd pre ľudské práva (ESLP) zdôrazňuje skutočnosť, že ak sa osoba správa v rozpore so spoločensky zaužívanými štandardami, je zvláštna a má nezvyčajné zvyky, ktoré vzbudzujú pohoršenie, ešte samo o sebe to neznamená, že má duševnú poruchu.³ Navyše Appelbaum na prelome tisícročia v USA zistil, že spomedzi osôb trpiacich duševnou poruchou je nebezpečných približne iba 3 %.⁵

SITUÁCIA V SR

Na Slovensku Džubarová a Izáková realizovali výskum situácie v jednom psychiatrickom ústavnom zariadení v roku 2012. Zistili, že v priebehu tohto kalendárneho roka bolo nedobrovoľne hospitalizovaných až 47,8 % pacientov (61,5 % mužov vs. 38,5 % žien). Najčastejšie išlo o diagnózy zo spektra schizofrenických psychóz, organických a symptomatických porúch a porúch psychiky a správania v súvislosti s užívaním psychoaktívnych látok.⁶ Náš prieskum, ktorý sme realizovali vo vybraných psychiatrických lôžkových zariadeniach v roku 2018, ukázal, že výskyt nedobrovoľnej hospitalizácie sa pohyboval od 0,4 po 33,2 %, čo síce svedčí o klesajúcom trende, ale zároveň o veľkej variabilite využívania tejto možnosti.

Aktuálnosť problematiky a potreba ju riešiť vyplýva aj zo správy Výboru Európskeho výboru na zabránenie mučenia a neľudského či ponížujúceho zaobchádzania alebo trestania (CPT) pre vládu SR z návštevy, ktorú uskutočnil na Slovensku v dňoch 19.–28. marca 2018.⁷ Výbor CPT pomenoval viacero nedostatkov, ktoré sa týkali nedobrovoľne hospitalizovaných pacientov. V jednom z psychiatrických ústavných zariadení zistil, že väčšinu nedobrovoľne hospitalizovaných pacientov súd nevyslúchol a nedoručil im uznesenie, a tiež častokrát boli zdôvodnenia ošetrojúcich lekárov opakujúce sa a povrchné. Kolízni opatrovníci boli iba formálne ustanovení a pacienti sa s nimi nikdy nestretli. Navyše, podľa názoru Výboru CPT súhlas s hospitalizáciou nesubsumuje aj súhlas s liečbou a deklaruje, že je potrebné, aby sa k nemu pacienti vyjadrili oddeľne. Na Slovensku de facto neexistuje zákonom stanovený proces, v ktorom by súd schvaľoval liečbu u nedobrovoľne hospitalizovaných pacientov. ESLP pritom v prípade nútej liečby požaduje, aby sa mal pacient voči navrhovanej liečbe možnosť odvolať⁸ a aby jeho práva strážil nezávislý súd. Spomenutá legislatívna nečinnosť preniesla ťarchu rozhodovania o tak dôležitých otázkach na zdravotníckych pracovníkoch. Títo sú častokrát spoločnosťou kritizovaní. Nepostačuje, aby určili spoľahlivo diagnózu, musia sa tiež vysporiadať s otázkou nebezpečnosti, ktoré s istotou predvídať, je veľmi náročné.

LEGISLATÍVA V SR

Domnievame sa, že tento stav podmieňujú nejednoznačné (viac výkladové) pravidlá určené legislatívou, podľa ktorej sa riadi postup pri nedobrovoľnej hospitalizácii. Konanie o prípustnosti prevzatia a držania v zdravotníckom zariadení je upravené ustanoveniach § 252 a nasl. Civilného mimosporového poriadku (CMP) účinného od 1. 7. 2016 s poukazom na ustanovenia § 6 ods. 9 písm. d), § 9 ods. 4, 5, 6 písm. c) zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších zmien a doplnení.^{9,10}

Podľa § 6 ods. 9 písm. d) Zákona č. 576/2004 Z. z. sa informovaný súhlas nevyžaduje, v situáciách, ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby, alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu. Posledná z podmienok ohrozenia sa však v bežnej praxi javí ako nejednoznačná a vágna, pričom však práve z pohľadu kliniky je to zároveň potrebná podmienka. Ponúka možnosť, že rozhodnutie môže závisieť od subjektívneho posúdenia konkrétneho lekára alebo sudcu.

Podľa CMP je zdravotnícke zariadenie povinné oznámiť miestne príslušnému súdu do 24 hodín prevzatie umiestneného bez jeho informovaného súhlasu. Účastníkmi konania sú umiestnený a zdravotnícke zariadenie. Aj blízka osoba, ktorá však často nemá o tejto možnosti právnu vedomosť, môže požiadať súd o pribratie ako účastníka konania. Ak to súd považuje za účelné, jej návrhu vyhovie. Rovnako sám umiestnený môže požiadať, aby sa zúčastňoval konania jeho dôverník, ktorý nie je jeho zástupcom, ani účastníkom konania, ale mu poskytuje v danej situácii dôležitú psychickú podporu. O tejto možnosti ho má súd poučiť. Procesného opatrovníka súd spravídla v súčasnosti podľa CMP neustanovuje, i keď mu táto možnosť legislatívne prináleží. Súd totiž často nemá informácie o blízkych rodinných príslušníkoch, ktorí by sa v prípade ich súhlasu mohli stať procesným opatrovníkom. Informácie o nich zisťuje až počas výsluchu ošetrojúceho lekára a samotného pacienta. V minulosti, podľa Občianskeho súdneho poriadku, bolo ustanovenie opatrovníka obligatórne.¹¹ Avšak tento inštitút mal iba formálny charakter. Opatrovníkom bol zvyčajne zamestnanec samosprávy obce či mesta, ktorý umiestneného nepoznal a počas hospitalizácie s ním spravídla nemal žiadny kontakt. Podľa CMP súd vydá uznesenie do 5 dní od obmedzenia osobnej slobody umiestneného a doručí mu ho do 24 hodín od jeho vydania, najneskôr však do 5 dní od obmedzenia osobnej slobody.

Po právoplatnosti uznesenia, ktorým súd vyslovil, že prevzatie umiestneného do zdravotníckeho zariadenia bolo prípustné, pokračuje súd z úradnej povinnosti, bez akéhokoľvek návrhu v konaní o prípustnosti držania v zdravotníckom zariadení. Uznesenie o prípustnosti jeho držania v zdravotníckom zariadení musí byť vydané do 3 mesiacov od právoplatnosti uznesenia o prevzatí. V tejto veci súd nariadi pojednávanie a príberie znalca, ktorý v zdravotníckom zariadení nepracuje. Najneskôr do uplynutia lehoty 1 roka od právoplatnosti uznesenia, ktorým súd vyslovil, že držanie v zdravotníckom zariadení je prípustné, súd rozhodne o začatí konania o prípustnosti ďalšieho držania v zdravotníckom zariadení.

KLINICKÁ PRAX

V klinickej praxi je aplikácia právnej normy nejednoznačná, chýba najmä metodické usmernenie, akýsi vykonávaci predpis, ktorý by bol zárukou spravodlivého procesu, pre každého účastníka.

S prvým problémom sa stretávame už pri posúdení momentu prevzatia do zdravotníckeho zariadenia. Hodnotí sa stav pacienta vo chvíli, kedy je prijímaný na hospitalizáciu. O súvislosti medzi začiatkom nedobrovoľnej hospitalizácie pacienta a oznámením tejto skutočnosti súdu možno uvažovať aj ako o regulácii množstva nedobrovoľných hospitalizácií. V prípade, že zdravotnícke zariadenie využije celú 24-hodinovú lehotu na zaslanie oznámenia súdu o prevzatí pacienta do zdravotníckeho zariadenia, je možné v niektorých prípadoch očakávať upokojenie pacienta a získanie súhlasu s hospitalizáciou.

Obdobie po prevzatí môže teoreticky pretrvávajúť až 5 dní, teda do času, kedy je nutné, aby súd rozhodol. Otázkou zostáva, ako postupovať v prípadoch, keď sa pacient v chránenom prostredí upokojí až po zaslaní oznámenia súdu, ale ešte v zákonom stanovenej päťdňovej lehote. K vzájomnému kontaktu takéhoto pacienta so súdom ani nemusí dôjsť. Pacient týmto spôsobom mohol nedobrovoľne stráviť v zdravotníckom zariadení teoreticky až 5 dní.

Ďalším úskalím konania je skutočnosť, že súd v ňom z časových dôvodov nevykonáva vlastné dokazovanie. Súd pred výsluchom ošetrojúceho lekára a pacienta môže vykonávať dokazovanie iba vyžiadáním si informácií o pacientovi z Registra obyvateľov Slovenskej republiky, Sociálnej poisťovne, lustráciou, či na súde bolo o pacientovi už niekedy rozhodované. Vo väčšine prípadov to však súd nevykonáva, spoľahne sa iba na informácie, ktoré získa od ošetrojúceho lekára, umiestneného a zo zdravotnej dokumentácie, ako mu to kladie za povinnosť zákon. Päťdňová lehota, ustanovená zákonom, je pre súd na vlastné dokazovanie krátka. Dlhšia lehota by zase pre pacienta znamenala dlhšiu hospitalizáciu do rozhodnutia súdu.

Problematická sa javí aj skutočnosť, že zdravotná dokumentácia je o pacientovi vedená spôsobom, ktorému nemedicínsky odborník, akým je aj sudca, nemusí dostatočne rozumieť. Navyše, ošetrojúcim lekárom môže byť lekár, ktorý je ešte iba zaradený do špecializačného štúdia v odbore psychiatria. Zostáva otázkou, či má dostatočné kompetencie na to, aby mohol posúdiť prítomnosť duševnej poruchy u pacienta a riziká ohrozenia. Ďalší problém spočíva v skutočnosti, že o okolnostiach prevzatia pacienta do zdravotníckeho zariadenia má autentické informácie nie jeho ošetrojúci lekár, ale lekár, ktorý pacienta na hospitalizáciu prijal. Často je to službukonajúci lekár, ktorý v čase, keď do zdravotníckeho zariadenia prichádza sudca, nemusí byť na pracovisku prítomný. Štatút ošetrojúceho lekára nerieši ani žiadne legislatívne usmernenie. Z pohľadu zachovania objektívnosti sa ako možné riešenie ponúka podmienka výsluchu preferenčne dvoch psychiatrov a v prípade ich nedostupnosti na pracovisku minimálne jedného psychiatra a jedného lekára, čo korešponduje s takto zavedeným nastavením vo viacerých európskych krajinách.

Psychický stav, ktorý vedie k splneniu jednej z podmienok, kladených Zákonom č. 576/2004 pre nedobrovoľnú hospitalizáciu, by mal byť závažným stavom. Z tohto

dôvodu sa predpokladá, že by mal byť pacient umiestnený na psychiatrickom oddelení so zodpovedajúcim režimom. Iste nie na otvorenom oddelení s voľným pohybom pacienta. Podľa Zelmanu et al. sa heteroagresívne správanie u psychiatrických pacientov vyskytuje cca v 5 %, z toho brachiálna agresivita v 3 %.¹² Agresívni pacienti sú hospitalizovaní spolu s neagresívnymi a týmto nie je zabezpečená dostatočná ochrana pred agresiou. Ako vhodné riešenie sa ponúka zriadenie bezpečnostných oddelení pre agresívnych psychiatrických pacientov so špeciálnym režimom a adekvátnym personálno-technickým zabezpečením. Slovenská psychiatrická spoločnosť v spolupráci s piatimi psychiatrickými nemocnicami na Slovensku predložila už v roku 2017 na Ministerstvo zdravotníctva SR projekt o reprofilizácii 100 existujúcich lôžok na špecializované bezpečnostné oddelenia pre agresívnych psychiatrických pacientov. Ich vznik vychádza z Reformy psychiatrickej starostlivosti v SR a tiež z Koncepcie odboru psychiatrie.^{13,14} V súčasnosti sa pripravuje zriadenie týchto oddelení v dvoch psychiatrických nemocniciach – v Pezinku a Kremnici.

NEDOBROVOĽNÁ HOSPITALIZÁCIA NA SOMATICKOM ODDELENÍ

Nedobrovoľná hospitalizácia môže podľa platnej legislatívy prebiehať na ktoromkoľvek oddelení či klinike zdravotníckeho zariadenia. V praxi sa ale takýto postup spravidla nerealizuje a nahrádza sa tlakom na umiestnenie somaticky chorého pacienta so zníženou kompetenciou udeliť alebo odoprieť informovaný súhlas v dôsledku psychickej poruchy na psychiatrii. Tu však pre pacienta v závažnom somatickom stave nie je pre jeho liečbu dostatočné odborné, ale ani materiálno-technické vybavenie. Z uvedeného dôvodu je nevyhnutná edukácia všetkých lekárov o tejto možnosti. Ako realizovateľný sa javí postup, podľa ktorého, ak lekár-nepsychiater zistí splnenie jednej z podmienok pre nedobrovoľnú hospitalizáciu, zabezpečí konziliárne vyšetrenie psychiaterom, ktorý stanoví diagnózu duševnej poruchy, vedúcej k splneniu aspoň jednej z podmienok ohrozenia. Konanie potom prebehne na somatickom oddelení, kde je pacientovi poskytovaná adekvátna zdravotná starostlivosť. Súd vypočuje jeho ošetrojúceho lekára a v zdravotnej dokumentácii pacienta si preštuduje správu konziliárneho psychiatera, kde bude uvedená diagnóza a jej klinický prejav, vrátane opisu dôvodov, ktoré vedú k ohrozujúcemu správaniu. Vypočutie konziliárneho psychiatera sa technicky javí ako veľmi komplikované, nakoľko ide o lekára-špecialistu, ktorý pracuje na inom oddelení zdravotníckeho zariadenia a nemusí byť v čase, kedy súd realizuje vypočutie, k dispozícii.

DRŽANIE PACIENTA V ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ

Priebeh nedobrovoľnej hospitalizácie po vyslovení sa o prípustnosti prevzatia pacienta do zdravotníckeho zari-

adenia súd v priebehu prvých 3 mesiacov v podstate „nezaujíma“, a to aj napriek skutočnosti, že konanie o držaní v zdravotníckom zariadení prebieha po celý čas. Nerozhoduje totiž o dĺžke hospitalizácie, len o prípustnosti prevzatia. ESLP vyžaduje pri hospitalizácii bez súhlasu pacienta okrem splnenia podmienky spoľahlivého preukázania prítomnosti psychickej poruchy, ktorá je taká závažná, že vyžaduje nedobrovoľnú hospitalizáciu, zákonnosť trvania takejto hospitalizácie podmieniť jej pretrvávaním.¹⁵ Nedobrovoľne by mal byť pacient hospitalizovaný len nevyhnutne dlhý čas, kedy trvá jedna z troch zákonných podmienok ohrozenia stanovených Zákomom č. 576/2004. Vo chvíli, keď tieto dôvody pominú, je správne, ak je takáto hospitalizácia ukončená a pacientovi je po poučení ponúknutá možnosť podpísať informovaný súhlas s hospitalizáciou. Prehodnocovanie dôvodov trvania nedobrovoľnej hospitalizácie by sa malo stať jednou z rutinných povinností zdravotníckeho zariadenia a realizovať sa minimálne na týždennej báze. Keďže stav pacienta a jeho vývoj vie najlepšie posúdiť ošetrojúci lekár, ako najvhodnejšie riešenie sa javí, aby na týždennej báze počas veľkej vizity predniesol návrh na pokračovanie, alebo ukončenie nedobrovoľnej hospitalizácie, ktorý schváli vedúci pracovník psychiatrického oddelenia alebo kliniky. Platná legislatíva umožňuje konanie o nedobrovoľnej hospitalizácii začať počas jednej hospitalizácie aj opakovane, ak sú na to dôvody. Preto, keď sa stav pacienta, ktorý podpísal informovaný súhlas, počas hospitalizácie zhorší do tej miery, že je splnená aspoň jedna z podmienok pre nedobrovoľnú hospitalizáciu, zdravotnícke zariadenie oznámi túto skutočnosť súdu ako prevzatie bez súhlasu pacienta.

Nedobrovoľná hospitalizácia trvajúca viac ako 3 mesiace je veľmi zriedkavá, podľa nášho vyššie spomenutého prieskumu sa na Slovensku vyskytuje približne v 0,09 % všetkých psychiatrických hospitalizácií. Konanie o prípustnosti držania v zdravotníckom zariadení sa však z pohľadu legislatívy aj klinickej praxe javí ako viac transparentné a nezávislé. Tieto atribúty mu zabezpečujú najmä dlhšie trvanie, umožňujúce nariadenie pojednávania a poskytujúce dostatok času na podrobnú diagnostiku, poznanie vývoja stavu a tiež vyšetrenie nezávislým znalcom – psychiaterom.

DIAGNOSTIKA A LIEČBA POČAS NEDOBROVOĽNEJ HOSPITALIZÁCIE

V priebehu prebiehajúceho konania o prípustnosti prevzatia pacienta do zdravotníckeho zariadenia však nejde len o obmedzenie osobnej slobody, ale je potrebné realizovať aj viaceré úkony. Bez potrebných diagnostických úkonov nemôže začať cieľná liečba. Na posúdenie stavu je potrebné získať o pacientovi aj informácie z jeho okolia o jeho správaní a fungovaní. Otázkou zostáva, či je lekár počas konania o prípustnosti prevzatia oprávnený získať tieto informácie aj bez súhlasu pacienta. Vhodným riešením sa ponúka riešiť situáciu zhodne ako v prípade diagnostiky a liečby v tomto období. Od pacienta po vysvetlení situácie je potrebné vyžiadať si osobitný súhlas a v prípade, že ho odmietne poskytnúť, informácie je

možné získavať iba do tej miery, aby mohla začať liečba nevyhnutná na záchranu jeho života a zdravia alebo na zabezpečenie bezpečia okoliu. Po súhlasnom rozhodnutí súdu má aj nedobrovoľne hospitalizovaný pacient právo sa rozhodnúť, koho z príbuzných či blízkych chce o svojom stave informovať, poznať diagnostické a liečebné postupy a mať možnosť vyjadriť svoj súhlas, príp. nesúhlas s nimi. Hoci sa u nás zvyčajne súhlas s hospitalizáciou kvôli legislatívnej nedokonalosti prekrýva aj so súhlasom s liečbou, je potrebné túto prax zmeniť.

PRÁVA PACIENTA POČAS NEDOBROVOĽNEJ HOSPITALIZÁCIE

Výbor CPT vo svojej správe z návštevy SR v r. 2018 konštatoval, že všetci pacienti, ktorí sú hospitalizovaní na psychiatrii, by mali mať možnosť pravidelného prístupu k telefonovaniu. Považuje za dobrú prax, ak majú pacienti k dispozícii svoje vlastné mobilné telefóny, pretože telefón sa stal súčasťou každodenného života človeka. Žiada, aby akékoľvek obmedzenia prístupu k mobilným telefónom boli jasne regulované a pacientom vysvetlené. V praxi však poznáme situácie, kedy prístup pacienta v akútnom stave k telefónu môže byť poškodzujúci pre neho samého a tiež pre jeho okolie. Hoci výskyt takéhoto správania nie je častý, čo je pravdepodobne aj výsledkom nedostatočného prístupu k telefonovaniu, jeho dopad býva pre pacienta, príp. zdravotnícke zariadenie negatívny. Napriek tomu sa však domnievame, že každý pacient má mať právo na telefonický a písomný kontakt s okolím počas celej hospitalizácie od prijatia, teda aj v prípade nedobrovoľnej hospitalizácie. Nakoľko majú zdravotnícke zariadenia vlastný vnútorný poriadok, je vhodné, aby sa konkrétny prístup k telefónu, spôsob posielania a prijímania korešpondencie a prijímania návštev, vrátane zaručeného a dôverného prístupu k právnomu zástupcovi, riešil vnútornou smernicou. Veľmi dôležitý je aj pohyb pacienta vo vonkajšom prostredí, a to najlepšie na dennej báze, hoci v prípade nedobrovoľnej hospitalizácie by sa mal realizovať v chránenom prostredí. V dnešnej dobe je neospravedliteľné, aj keď často technicky veľmi komplikované, ak zdravotnícke zariadenia nedokážu túto podmienku splniť.

POTREBA LEPŠEJ INFORMOVANOSTI LAIKOV AJ PROFESIONÁLOV

Vzhľadom k tomu, že informovanosť slovenskej populácie o priebehu nedobrovoľnej hospitalizácie je veľmi nízka, a týka sa to nielen laikov, ale tiež profesionálov, je potrebné túto situáciu riešiť. Odborná pracovná skupina Ministerstva zdravotníctva SR pre Štandardné diagnostické a terapeutické postupy (ŠDTP) vypracovala jednotnú informáciu pre pacientov a ich blízkych o tomto type hospitalizácie. Táto informácia bude čoskoro dostupná pre každého pacienta od začiatku hospitalizácie. Ak pacient o to požiada, budú mu poskytnuté bližšie vysvetlenia.

Pre medicínskych profesionálov, ktorí sa zúčastňujú konania o prípustnosti prevzatia a držania v zdravotníckom zariadení, sa plánuje príprava štandardného postupu „Manažment nedobrovoľne hospitalizovaného pacienta“. Potrebná je tiež edukácia sudcov zameraná najmä na spôsob vedenia rozhovoru s pacientom a porozumenie základnej medicínskej terminológii, vrátane zamerania sa na bezpečnostné hľadisko tejto komunikácie pre sudcu i samotného pacienta.

Ako už vyplýva z predchádzajúceho textu, okrem diskusie o zmenách legislatívy riadiacej nedobrovoľnú hospitalizáciu je už dnes možné iniciovať zmeny bežnej praxe. Súčasťou metodického usmernenia by mali byť predovšetkým:

1. Zvážiť využitie celej 24-hodinovej lehoty na zaslanie oznámenia súdu o prevzatí pacienta do zdravotníckeho zariadenia.
2. Správne viesť zdravotnú dokumentáciu o pacientovi so zaznamenávaním dôvodov pre nedobrovoľnú hospitalizáciu od prevzatia pacienta po celý čas hospitalizácie.
3. Nepovažovať rozhodnutie súdu o prevzatí pacienta za generálny súhlas k všetkým diagnostickým a terapeutickým postupom bez ohľadu na vyjadrenie pacienta k ich použitiu.
4. Edukovať všetkých lekárov o nedobrovoľnej hospitalizácii ako súčasť špecializačného vzdelávania. Začať spoluprácu somatických lekárov a psychiatrov v priebehu súdneho konania o prevzatí pacienta na hospitalizáciu na somatickom oddelení.
5. Edukovať sudcov o duševných poruchách. Posúdenie existencie duševnej poruchy patrí do rúk špecialistu, otázka posúdenia existencie nebezpečenstva by však mala patriť do rúk súdu, nakoľko je to skôr právnou ako lekárskou otázkou.
6. Efektívne kontrolovať dodržiavanie práv pacienta. Aj prístup k telefónu, písomný kontakt a pohyb vonku majú byť pacientovi umožnené. Potrebné je ich podmienky definovať internou smernicou podľa možností konkrétneho zdravotníckeho zariadenia.
7. Zlepšiť informovanosť celej spoločnosti o nedobrovoľnej hospitalizácii a spôsobe jej riešenia.
8. Zriadiť špecializované bezpečnostné oddelenia pre agresívnych psychiatrických pacientov.

ZÁVER

Nedobrovoľná hospitalizácia je zákonnou a potrebnou možnosťou v manažmente pacientov trpiacich psychickými poruchami. Legislatíva, ktorou sa riadi, sa však javí ako nejasne formulovaná, prípadne vykonávaná. Svedčí o tom aj veľký rozptyl výskytu nedobrovoľných hospitalizácií. Aktuálnosť problematiky a potreba riešenia na Slovensku sú po návšteve výboru CPT v roku 2018 vysoko aktuálne. Vláda SR sa zaviazala situáciu riešiť. Domnievame sa, že mnohé nejasnosti by mohol vyriešiť vykonávací predpis.

V článku sme sa vzhľadom k jeho rozsahovým možnostiam nevenovali problematike nedobrovoľnej hospitalizácie

v zahraničí. Podľa údajov European Union Agency for Fundamental Rights sa napriek ratifikácii Dohovoru o právach osôb so zdravotným postihnutím situácia v legislatíve jednotlivých krajín Európskej únie líši.¹⁵ Aj slovenská a česká legislatíva, hoci sa v minulosti vyvíjali spoločne, sa v súčasnosti úplne nezhodujú. Výzvou pre budúcnosť je ich zosúladiť. V tomto procese je potrebná nielen diskusia zainteresovaných odborníkov – psychiatrov, sudcov, legislatívco, ale dôležité je do úvahy vziať aj pohľad dotknutých osôb a spolupracovať s patientskymi organizáciami.

Podakovanie

V závere sa chceme poďakovať spolupracovníkom, ktorí sa téme venujú, pripravili podklady pre napísanie tohto článku a boli aktívnymi účastníkmi diskusie o téme – MUDr. Márii Královej, CSc., MUDr. Vande Valkučákovéj, krajským odborníkom MZ SR pre psychiatriu a ďalším členom expertnej pracovnej skupiny. Rovnako sa chceme poďakovať sudcom Okresného súdu Bratislava I – JUDr. Otílii Dolákovéj, JUDr. René Miltákovi a JUDr. Kataríne Škultétyovej a prokurátorke Okresnej prokuratúry Bratislava I JUDr. Karolíne Staroňovej.

LITERATÚRA

1. Európsky dohovor o ochrane ľudských práv [online]. [citované 17. 11. 2019]. Dostupné z: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SLK.pdf.
2. Komisia Európskych spoločenstiev: Zelená kniha. Zlepšovanie duševného zdravia obyvateľstva. K stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu [online]. [citované 17. 11. 2019]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_sk.pdf.
3. Council of Europe. Information on Recommendation Rec (2004) 5 of the Committee of Ministers on the verification of the compatibility of draft laws, existing laws and administrative practice with the standards laid down in the European Convention on Human Rights extracted from the national reports on the implementation of the Brighton Declaration [online]. [citované 17. 11. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/168065c70d>.
4. Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím [online]. [citované 17. 11. 2019]. Dostupné z: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2010/317/20100710>.
5. Appelbaum PS. Thinking carefully about outpatient commitment. *Psychiatr Serv* 2001; 52 (3): 347–350.
6. Džubarová M, Izáková E. Forenzná aspekty psychiatrickej klinickej praxe. *Psychiatria pre prax* 2016; 17, S1e: e26–e27 [online]. [citované 17.11.2019]. Dostupné z: http://www.psychiatriy.sk/cms/File/PSY_zjazd_abstrakty_2016_final.pdf.
7. Rada Európy: Správa pre vládu Slovenskej republiky o návšteve Slovenskej republiky, ktorú uskutočnil Európsky výbor na zabránenie mučeniu a neľudskému či ponižujúcemu zaobchádzaniu alebo trestaniu (CPT) v dňoch 19. až 28. marca 2018 [online]. [citované 17. 11. 2019]. Dostupné z: <https://rm.coe.int/168094fd72>.
8. European Court of Human Rights. Case of X v. Finland (Application no. 34806/04). Judgment, Strasbourg, 3 July 2012, Final 19. 11. 2012.
9. Zákon č. 576/2004 Z. z. Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov [online]. [citované 17.11.2019]. Dostupné z: www.zakonypreludi.sk/zz/2004-576.
10. Zákon č. 161/2015 Z. z. Civilný mimosporový poriadok [online]. [citované 17. 11. 2019]. Dostupné z: <https://www.zakonypreludi.sk/zz/2015-161>.
11. Zákon č. 99/1963 Zb. Občiansky súdny poriadok [online]. [citované 17. 11. 2019]. Dostupné z: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/1963/99/20160614.html>.
12. Zelman M, Das ACh, Hudec J et al. Agresívne prejavy u psychiatrických pacientov hospitalizovaných v PN Hronovce v rokoch 2006–2008 – analýza výskytu. *Psychiatr prax* 2010; 11 (4): 127–130.
13. Hašto J, Breier P, Černák P et al. Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR. Trenčín: Vydavateľstvo F 1999: 88.
14. Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria v Slovenskej republike. *Vestník MZ SR* 2006; 54.
15. European Union Agency for Fundamental Rights. Involuntary placement and treatment of persons with mental health problems [online] [citované 17. 11. 2019]. Dostupné z: https://fra.europa.eu/sites/default/files/involuntary-placement-and-involuntary-treatment-of-persons-with-mental-health-problems_en.pdf.