

Ochrana práv duševne chorých osôb pri nútenom poskytovaní zdravotnej starostlivosti

Autor: JUDr. Ivan Humeník, Ph.D.

Pracovište: Advokátska kancelária h&h PARTNERS, Komora pre medicínske právo – MEDIUS, Košice

Abstract

Legal regulation on provision of health care makes it possible in exceptional cases, to provide health care without the patient's informed consent. From the perspective of protection of personal rights of a natural person it is necessary that the substantive law and procedural law legal regulation of terms and conditions relating to "forced" medical care not only complies with the Constitution, but also respects the spirit of the Convention for the protection of human rights (Rome, 1950). The most frequently mentioned reason for forcibly administered medical treatment is the presence of the patient's mental illness, in consequence of which the patient is dangerous for himself, or his environment. The actual existence of mental illness without the presence of other statutory required symptoms does not authorize a provider of medical care to detain a natural person and provide him with medical treatment. Legality of detention is determined not only by compliance with substantive law elements, but also by observance of procedural terms of detention. In foreign legal regulations the protection of society against persons with mental illnesses is secured not only by their detention, but also through special restrictions, which are efficient and do not attain such intensity of encroachment upon the personal rights of a patient. The legislation in force and effect, which regulates detention in Slovak Republic, in certain respects creates space for its misuse to the detriment of a patient. The above mentioned requires the legislator to specify in more detail the reasons for detention and most of all subject the provider's activity to supervision of another independent entity, which will evaluate, whether the proposed treatment is in the best interest of a detained patient.

Key -words: providing of health care without the patient's informed consent, Convention for the protection of human rights, legality of detention

Úvod

Moje zamyslenie sa nad stavom zabezpečenia práv duševne chorých osôb by som začal formulovaním axiómy uplatňujúcej sa vo vzťahu lekár - pacient. Každý zásah do tela inej fyzickej osoby (v rámci zdravotnej starostlivosti) môže byť vykonaný jedine na základe súhlasu dotknutej osoby. V opačnom prípade by sa mohlo jednať o konanie ktoré by okrem civilnoprávných následkov (napr. zodpovednosť za škodu) mohlo mať aj trestnoprávne dôsledky. Povinnosť rešpektovať telesnú a psychickú integritu pacienta (poskytovať zdravotnú starostlivosť len na základe súhlasu pacienta) pôsobí *erga omnes* (mám na mysli ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka) a je nevyhnutné ju dodržať až na zákonom taxatívne definované výnimky v každej situácii. Povinnosť zdravotníckeho pracovníka rešpektovať vôľu pacienta je časťou synalagmi, kde sa na druhej strane nachádza právo fyzickej osoby disponovať svojím zdravím¹ a právom rozhodovať o otázkach spojených s jej súkromným životom. Napriek tomu, že sa jedná o právo absolútne, zákonné normy definujú možnosti jeho obmedzenia, ktorých základným menovateľom je skutočnosť, že vykonávanie tohto práva by v danej situácii zasahovalo do práv iných osôb, resp. by bolo v protiklade s oprávnenými záujmami samotnej osoby, resp. osôb tretích.² Načrtnutá kompozícia sa mimo iného opiera o zásadu, podľa ktorej právo jednotlivca končí tam, kde začína právo iného. Akonáhle zákonom umožníme obmedzenie ľudských práv vystavujeme sa riziku zneužitia týchto výnimiek, čo môže vyústiť do porušovania ľudských práv. *Perlin* (2009)³ upozorňuje na to, že ľudské práva sú dôležité pre každého jednotlivca a k ich porušovaniu dochádza vtedy, keď je s ľudskou osobou jednané ako s predmetom, alebo keď sa ľudská osoba stáva iba prostriedkom na získanie prospechu iných osôb. Práve prvý spôsob porušenia, ktorý opisuje *Perlin*, môže prichádzať do úvahy pri nútenom poskytovaní zdravotnej starostlivosti osobám s duševnou poruchou. Pri zdravotne postihnutej osobe hrozí väčšie riziko porušenia jej ľudských práv, čo platí o to viac, ak je zdravotné postihnutie psychického charakteru. Je to dané tým, že zdravotný handicap môže oslabiť možnosť osoby brániť svoje práva. Z toho dôvodu je dôležité aby príslušná právna úprava osobitným spôsobom garantovala ľudské práva pre postihnuté osoby. V nadväznosti na otázku oprávnenosti detencie duševne chorej osoby a jej presahu na problematiku dodržiavania ľudských práv tejto osoby

¹ Niektorí autori používajú vznešenejšiu formuláciu – „určovať svoj osud“, ktorá ešte lepšie vystihuje následky prejavenej vôle pacienta vo vzťahu k jeho zdraviu a životu.

² K tomu napr. porovnaj Nález ÚS ČR z 18.05.2000, sp.zn.: IV. ÚS 639/2000, rovnako ako aj uznesenie NS ČR z 30.06.2010, sp.zn.: 30 Cdo 1197/2010.

³ PERLIN, M. L., McCLAIN, V. "WHERE SOULS ARE FORGOTTEN": Cultural Competencies, Forensic Evaluations, and International Human Rights. In *Psychology, Public Policy, and Law*. Vol. 15, No. 4, pp. 257 – 277, p. 269.

Perlin (2009)⁴ definuje päť kľúčových faktorov ktoré negatívne ovplyvňujú úroveň garantovania práv duševne chorých osôb:

- a) chýbajúca komplexná právna úprava regulujúca otázky nútenej hospitalizácie a zlyhanie zákonodarcu na jej formulovaní
- b) chýbajúca konštantná rozhodovacia prax súdov a chýbajúci mechanizmus efektívnej súdnej kontroly zaručujúci práva duševne chorej osoby podieľať sa na procese rozhodovania
- c) nedostatočné dodržiavanie humánneho prístupu k nútene hospitalizovaným osobám
- d) chýbajúca alternatívna štruktúra poskytujúca možnosť integrácie duševne chorých osôb namiesto ich hospitalizácie
- e) nedostatočné dodržiavanie humánneho zaobchádzania s duševne chorými páchatelmi trestných činov.

Špecifikom poskytovania nútenej zdravotnej starostlivosti osobám s duševnou poruchou je zásah primárne do dvoch ľudských práv a to do práva na slobodu (sloboda pohybu, osobná bezpečnosť) a do práva na súkromie, ktorého jednou zložkou je aj právo rozhodovať o prijatí/neprijatí zdravotnej starostlivosti⁵. Ďalšími právami potenciálne zasiahnutými pri nútenej liečbe je právo na zaobchádzanie, ktoré neporušuje zákaz ponížujúceho a neľudského zaobchádzania (Čl. 3 Európskeho dohovoru o ľudských právach).⁶ Právny základ ochrany/garancie týchto ľudských práv je široký. Ako prvý môžem spomenúť Dohovor Rady Európy o ochrane ľudských práv a základných slobôd vrátane dodatkových protokolov publikovaný ako oznámenie Federálneho MZV č. 209/1992 Zb. (ďalej len ako „Dohovor“), ktorý v Čl. 5 upravuje právo na osobnú slobodu a bezpečnosť a v Čl. 8 právo na súkromie.

Explicitným vyjadrením práva fyzickej osoby rozhodovať o svojom zdraví je zákaz zásahu do fyzickej a psychickej integrity na inom základe ako na základe slobodného informovaného súhlasu dotknutej osoby. Podľa Čl. 5 Dohovoru o biomedicíne⁷ (cit.): „Zásah v oblasti zdravia sa môže vykonať

⁴ PERLIN, M. L. "A Change Is Gonna Come": The Implications of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities for the Domestic Practice of Constitutional Mental Disability Law. In *Northern Illinois University Law Review*. 2009, Vol. 29, pp. 483 – 498, p. 488.

⁵ Pozri napr. rozhodnutie ESLP vo veci Tysiac v. Poľsko (2007).

⁶ Porušenie Čl. 3 v súvislosti s detenciou duševne chorých osôb konštatoval niekoľkokrát aj ESLP, menovite v prípadoch Peers v. Greece, 04.06.1999, Romanov v. Russia, 20.10.2005, Filip v. Romania, 14.12.2006, Rupa v. Romania, 16.12.2008. Pozri správu Súdu zo septembra 2010. *Detention and Mental Health* [online]. 2010 [cit. 2010-12-07]. Dostupné na internete: <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/EF017AA9-8B23-48DF-9326129729CD7459/0/FICHES_Detention_and_Mental_Health_EN.pdf>.

⁷ Dohovoru o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny - Dohovor o ľudských právach a biomedicíne, v znení Dodatkového protokolu zo dňa 25.01.2005 publikovaný v Zbierke zákonov pod číslom 40/2000 Z.z. a 494/2007 Z.z. (ďalej len ako „Dohovor o biomedicíne“).

iba vtedy, ak osoba, ktorej sa týka, bola informovaná a so zásahom vyjadrila súhlas.“ Do procesu rozhodovania musí byť zapojená aj osoba nespôsobilá na právne úkony (či z dôvodu veku alebo duševnej poruchy), ktorým (rozumej právnym úkonom) poskytnutie súhlasu nepochybne je⁸. Čl. 7 Dohovoru o biomedicíne je zameraný na riešenie situácie kedy je potrebné poskytovať liečbu osobe s ťažkou duševnou poruchou (cit.): „S prihladením na ochranné ustanovenia zákona vrátane dozoru, kontroly a odvolacieho konania môže byť osoba s ťažkou duševnou chorobou podrobená zákroku zameranému na liečbu duševnej poruchy bez jej súhlasu iba vtedy, ak by jej bez takej liečby hrozilo vážne poškodenie zdravia.“ Takýto postup by mal byť zvolený v prípade osôb, ktorým chýba faktická spôsobilosť zvážiť prínosy a negatíva liečby. Ani Čl. 7 však nepripúšťa svojvoľné nariadenie liečby. Zákon by mal definovať mechanizmus zabezpečujúci dohľad nad „vhodnosťou“ liečby a umožniť pacientovi zaujať kvalifikovanú obranu (...a odvolacieho konania...). Ochrana práv zdravotne postihnutých osôb zaručuje aj Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím (ďalej len ako „Dohovor o PZP“)⁹, ktorý pre Slovenskú republiku nadobudol platnosť 25.06.2010 a má povahu medzinárodnej zmluvy majúcej prednosť pred zákonmi a Ústavou SR. Nejedná sa o dokument malého významu, jeho schváleniu predchádzali dlhoročné prípravy a jeho prijatie vyvoláva veľké očakávania. Kayess (2008)¹⁰ sa v súvislosti s prijatím Dohovoru o PZP vyjadril, že tento dokument konečne umožňuje „najväčšej svetovej minorite“ žiadať rešpektovanie ich ľudských práv a nastoľuje podmienky pre participáciu jej členov na živote spoločnosti. Birgden a Perlin (2009)¹¹ obdobne ako Kayess považujú prijatie Dohovoru o PZP za posun v ochrane práv zdravotne postihnutých osôb a to hlavne preto, že vzhľadom na svoju obsah je Dohovor oproti iným dokumentom/konvenciám obsiahlejší a komplexnejší a pre zmluvné štáty definuje konkrétne povinnosti, ktorých praktická realizácia a transpozícia do národných poriadkov môže viesť k prijatiu doteraz nebývanej pro-handicapovaným zameranej právnej reglementácie. Vo vzťahu k našej téme môžem spomenúť Čl. 14 ods. 1 písm. b/ podľa ktorého (cit.): „1. Zmluvné strany zabezpečia, aby

⁸ Marečková a Matiaško (2010) pre účely zdravotnej starostlivosti správne rozlišujú medzi *právnou nespôsobilosťou* a *faktickou nespôsobilosťou* pacienta rozhodovať o tom, čo sa má diať s jeho telom a o tom aké výkony má podstúpiť. Zbavenie spôsobilosti na právne úkony bez iného neredukuje oprávnenie nespôsobilého pacienta vyjadrovať názor týkajúci sa navrhovanej liečby. Ignorovanie žiadosti právne nespôsobilého pacienta môže viesť k porušeniu jeho práva na súkromie – to platí dokonca aj v prípade, ak s poskytnutím zdravotnej starostlivosti súhlasil jeho opatrovník. Obdobný názor je prezentovaný aj vo Vysvetľujúcej správe k Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne. Bližšie pozri MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO M. *Človek s duševným postihnutím a jeho právni jednání: Otázka opatrovnictví dospělých*. Linde Praha. Praha 2010, s. 223, s. 102 a nasl.

⁹ Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím prijatý na pôde OSN, publikovaný v zbierke zákonov pod číslom 317/2010 Z.z. Na pôde OSN boli 17.12.1991 prijaté aj Princípy pre ochranu osôb s mentálnym postihnutím a pre zlepšenie zdravotnej starostlivosti [online]. 1991 [cit. 2010-12-07]. Dostupné na internete: <<http://www2.ohchr.org/english/law/principles.htm>>.

¹⁰ KAYESS, R., FRENCH, P. Out of darkness into light? Introducing the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. In *Human Rights Law Review*, 2008. No. 8, pp. 1–34, p. 4

¹¹ Porovnaj PERLIN, M. L., BIRGDEN, A. “Where the home in the valley meets the damp dirty prison”: A human rights perspective on therapeutic jurisprudence and the role of forensic psychologists in correctional settings. In *Aggression and Violent Behavior*. 2009, Vol. 14 , pp. 256–263, p. 257

osoby so zdravotným postihnutím na rovnakom základe s ostatnými... (b) neboli nezákonne alebo svojvoľne zbavené slobody, aby každé zbavenie slobody bolo v súlade so zákonom a aby existencia zdravotného postihnutia nebola za nijakých okolností dôvodom na zbavenie slobody.“ V Čl. 17 Dohovoru o PZP je upravená ochrana integrity osobnosti a v čl. 22 právo na súkromie. Koncepcia Dohovoru o PZP je svojím spôsobom revolučná, pretože zrozumiteľným jazykom definuje konkrétne záväzky zmluvných štátov voči zdravotne postihnutým osobám. Ochranu pred svojvoľným zbavením slobody nakoniec nájdeme aj v Čl. 17 ods. 6 Ústavy SR¹² („Zákon ustanoví, v ktorých prípadoch možno prevziať osobu do ústavnej zdravotníckej starostlivosti alebo ju v nej držať bez jej súhlasu. Takéto opatrenie sa musí do 24 hodín oznámiť súdu, ktorý o tomto umiestnení rozhodne do piatich dní.“), ktorá predstavuje východiskový ústavný rámec pre detenčné konanie vyjadrené v hmotnej a procesnej zákonnej úprave. Ochrana súkromia je generálne upravená v Čl. 19 Ústavy SR..

Predmetom mojej úvahy je otázka, či je slovenská právna úprava nútenej hospitalizácie, (obsahujúca nútené zadržanie osoby a jej liečbu) konformná s Dohovorom, Dohovorom o biomedicíne a Dohovorom o PZP. Mojmým zámerom je sústrediť sa na hodnotové nastavenie týchto dokumentov a posúdiť či sa slovenská reglementácia triafa do cieľa, alebo či si jej stav vyžaduje vyladenie do správnej polohy. Inšpiráciu budem čerpať aj z praxe akceptovanej v právnych poriadkoch štátov USA.

Zákonná úprava detencie na Slovensku

Zákonné vyjadrenie možnosti detencie duševne chorej osoby je obsiahnuté v hmotnej i procesnej norme. Ako som spomenul skôr, základné vyjadrenie nájdeme v v Čl. 17 ods. 6 Ústavy SR.

Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti¹³ (ďalej len ako „Zákon o zdr. starostlivosti) v § 6 ods. 9 uvádza taxatívny výpočet prípadov, v ktorých je možné poskytnúť zdravotnú starostlivosť aj bez informovaného súhlasu, pričom v písm. d/ je uvedené, že informovaný súhlas sa nevyžaduje v prípade (cit) „ambulantnej starostlivosti alebo ústavnej starostlivosti, ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne

¹² Článok 17 je verným prepisom Listiny základných práv a slobôd.

¹³ Zákon č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

zhoršenie jej zdravotného stavu.“ Zákon o zdr. starostlivosti v § 9 ods. 4 pokračuje (cit): „Ak ide o ústavnú starostlivosť, na ktorú sa nevyžaduje informovaný súhlas podľa § 6 ods. 9 písm. d), poskytovateľ je povinný prevzatie osoby do ústavnej starostlivosti oznámiť do 24 hodín súdu, v ktorého obvode sa zdravotnícke zariadenie ústavnej starostlivosti nachádza. O zákonnosti dôvodov prevzatia do ústavnej starostlivosti rozhodne súd. Do rozhodnutia súdu možno vykonávať len také zdravotné výkony, ktoré sú nevyhnutné na záchranu života a zdravia osoby alebo na zabezpečenie jej okolia.“ Procesná stránka kontroly zákonnosti zadržania je upravená v § 191 až 191g Občianskeho súdneho poriadku. Súd rozhoduje na základe oznámenia „zdravotníckeho zariadenia“ v dvoch fázach. Do piatich dní od momentu obmedzenia osobnej slobody pacienta rozhoduje uznesením o *zákonnosti prevzatia pacienta*. Ak skonštatuje, že prevzatie bolo zákonné, tak rozsudkom rozhodne o *prípustnosti ďalšieho držania pacienta*, ktoré musí vydať do troch mesiacov od prijatia uznesenia zákonnosti prevzatia.

Zákonnými podmienkami (resp. znakmi) detencie, tak ako ich definuje zákon sú:

- a) zadržaná osoba trpí duševnou chorobou, alebo sa u nej prejavujú príznaky duševnej poruchy
- b) zadržaná osoba so zdravotným stavom opísaným v bode a) ohrozuje samu seba alebo ohrozuje svoje okolie, pričom toto konanie je vyvolané duševnou chorobou **alebo** u zadržanej osoby hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu
- c) zadržanie oznamuje poskytovateľ zdravotnej starostlivosti do 24 hodín od obmedzenia osobnej slobody, s týmto je spojená otázka špecializácie poskytovateľa a miesto zadržania
- d) do rozhodnutia súdu o zákonnosti prevzatia sa poskytuje „nevyhnutná“ liečba
- e) o zákonnosti zadržania rozhoduje súd v zákonom stavených lehotách
- f) zadržaná osoba má byť v konaní zastúpená - s týmto sú spojené ďalšie otázky zabezpečenia procesných práv v konaní

Dôvody a motív zadržania

Nedobrovoľné zadržanie psychicky chorej osoby je súčasťou psychiatrickej starostlivosti v určitých modalitách približne 200 rokov, teda v podstate od jej vzniku ako medicínskej disciplíny. V súčasnosti sa detencia zo zdravotných dôvodov praktizuje globálne, i keď jej konkrétne formy variujú od štátu k štátu. Aj dnes zadržanie psychiatrického pacienta vzbudzuje etické dilemy a jeho prínosy sú podrobované ako právnenému, tak aj medicínskemu skúmaniu¹⁴. Esenciálnymi podmienkami zákonnosti

¹⁴ KATSAKOU, C., PRIEBE, S. Outcomes of involuntary hospital admission – a review. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006 : 114, pp. 232–241, p. 233. Napriek svojej kontroverznosti nie je možné povedať, že zo strany pacienta je detencia vnímaná výlučne negatívne. Evaluácia prínosov detencie duševne chorých bola

zadržania je existencia duševnej choroby pacienta, ktorá vyvoláva nebezpečné správanie pacienta, pričom medzi chorobou a nebezpečným konaním **musí byť vzťah príčiny a následku**. Samotná prítomnosť duševnej choroby bez iného nie je dôvodom pre nútené zadržanie. *Appelbaum (2001)*¹⁵ na základe výskumov realizovaných na prelome tisícročia v USA uvádza, že z pomedzi osôb trpiacich duševnou poruchou je nebezpečných približne iba 3%.

Vo vzťahu k vzájomnej prepojenosti choroby a nebezpečnosti Ústavný súd SR vo svojom rozhodnutí sp.zn. I. ÚS 79/93 vyslovil názor, že (cit): „*Preto obmedzenie osobnej slobody nemôže byť samozrejmosťou vždy, keď sú na to zdravotné dôvody. Len vtedy, keď spoločenský záujem preváži nad záujmami chorého, Ústava SR a v súvislosti s jej ustanoveniami zákonom o starostlivosti o zdravie ľudu a Občiansky súdny poriadok dovoľuje obmedziť osobnú slobodu chorého bez jeho súhlasu, či dokonca proti jeho výslovne prejavenej nesúhlasu.*“¹⁶ Na inom mieste svojho rozhodnutia Ústavný súd SR pokračuje (cit.): „*Na dôkaz splnenia tejto podmienky (rozumej ohrozenia – pozn. autora) nestačí tvrdenie osoby, alebo osôb domáhajúcich sa prevzatia iného do ústavnej starostlivosti bez jeho súhlasu. Súd musí zistiť, či k prevzatiu došlo preto, lebo chorý naozaj ohrozil seba alebo svoje okolie spôsobom, ktorý je dostatočne závažný na to, aby sa obmedzila osobná sloboda a musí sa vykonať aj výsluch chorého a ošetrojúceho lekára.*“ Ohrozenie nemôže mať latentný charakter, resp. mať podobu potenciálneho prejavu, ktorý môže byť neskôr vyvolaný chorobou. Ohrozenie musí byť bezprostredné a aktuálne, len takýto stav nebezpečenstva vyvolaný duševnou chorobou je dôvodom na zadržanie pacienta. Európsky súd pre ľudské práva (ďalej len ako „ESĽP“ alebo „Súd“) v prípade *Shulepova v. Rusko (2009)*¹⁷ konštatoval, že obmedzenie osobnej slobody osoby považovanej za duševne chorú musí byť v súlade so zmyslom článku 5 ods. 1 Dohovoru a cieľom vyjadreným v písm. e/, ktorý zabraňuje pozbaveniu osôb osobnej slobody svojvoľným spôsobom. Na základe toho, súd vyslovil, že vzhľadom k ustálenej judikatúre, osoba nemôže byť vyhlásená za duševne chorú a pozbavená osobnej slobody, pokiaľ nie sú splnené uvedené podmienky: (i) osoba sa preukázateľne javí ako duševne chorá a súčasne (ii) stupeň alebo druh duševnej poruchy si vyžaduje nútené obmedzenie a súčasne (iii) odôvodnenosť ďalšieho obmedzenia závisí na pretrvávaní tejto poruchy.

v rozmedzí rokov 2004 až 2006 realizovaná skrz výskum spätného hodnotenia samotných pacientov. Výsledkom výskumu (sumarizoval viaceré samostatné výskumy publikované v anglickom jazyku) bolo zistenie, že 33% až 81% pacientov retrospektívne vnímali svoje zadržanie ako oprávnené, ktoré im prinieslo zdravotný úžitok. Porovnaj vyššie citovaný článok.

¹⁵ APPELBAUM, P. S. Thinking Carefully About Outpatient Commitment. In *Psychiatric Services*. March 2001, Vol. 52, No. 3, pp. 347-350, p. 347.

¹⁶ Citovaný názor je uvedený v Komentári k Ústave SR, vid' DRGONEC, J. *Ústava Slovenskej republiky – Komentár*. Heuréka, Šamorín 2007, s. 1197, s. 210 a 212.

¹⁷ SHULEPOVA v. RUSSIA (Application no. 34449/03), Final 11/3/2009 – vid' napr. preklad rozhodnutia na portály www.pravo-medicina.sk. Dostupné na internete: < http://www.pravo-medicina.sk/zahranicna?&new_id=18&caller_site=28&PHPSESSID=0c43e4e2b56cb07fde5d2136dc3cb993>.

Pri úvahe o dvoch základných znakoch detencie je dôležité analyzovať aj motív zadržania pacienta. Je ním snaha „ochrániť“ chorú osobu, prinavrátiť jej zdravie, alebo ním je snaha chrániť okolie pred nebezpečným správaním chorej osoby? Jednoducho povedané, je motív „liečebnej“ povahy, alebo „bezpečnostnej“ povahy? Som názoru, že oba motívy sú vzájomné prepojené, no prioritu má mať ochrana spoločnosti pred nebezpečným správaním pacienta. Prevalencia liečebného dôvodu by podľa môjho názoru mohla zasahovať do práva na súkromie pacienta.¹⁸ Koniec vety, ktorá sa nachádza v § 6 ods. 9 písm. d/ Zákona o zdr. starostlivosti („...ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu“) svojou voľnou formuláciou vytvára priestor na veľmi širokú interpretáciu tohto ustanovenia v praxi. Z vetnej konštrukcie totiž vyplýva, že zdravotná starostlivosť môže byť bez informovaného súhlasu poskytnutá aj osobe s duševnou poruchou bez nebezpečného správania, ktorá odmietla zdr. starostlivosť a podľa názoru ošetrojúceho lekára sa neprijatím zdravotnej starostlivosti daná osoba vystavuje riziku vážneho zhoršenia zdravotného stavu. Kto je oprávnený v takomto prípade posúdiť intenzitu „zhoršenia“? K čomu sa „zhoršenie“ prirovnáva a ako ho je nutné preukázať? Toto je len časť z množstva dotieravých otázok, ktoré sa ponúkajú pri analýze predmetného ustanovenia.

V štátoch USA sa od 70. - tých rokov začalo upúšťať od toho, že primárnym cieľom zadržania je liečba pacienta a stala sa ním ochrana pacienta a jeho okolia pred následkami jeho konania. To, že je pacient oprávnené zadržaný neimplikuje voľné rozhodovanie zdravotníckeho personálu pri ordinovaní liečby. Pokiaľ o liečbe nie je schopný rozhodnúť sám, schvaľuje ju v osobitnom konaní súd (USA).

Dohovor o PZP v Čl. 14 ods. 1 písm. c/ explicitne zakazuje, aby zdravotné postihnutie bolo dôvodom („...za nijakých okolností...“) na zbavenie slobody. Uvedená norma posilňuje koncept detencie opierajúci sa o splnenie podmienky nebezpečného správania pacienta. Existencia duševnej poruchy síce nemôže byť sama osobe dôvodom na nútenú hospitalizáciu chorej osoby (hlavným dôvodom ostáva nebezpečné správanie osoby), no jej zadržaním sa *ipso facto* sleduje aj následná liečba osoby. Aj keď znenie Čl. 5 ods. 1 písm. e/ Dohovoru podľa názoru ESLP neobsahuje právo, resp. povinnosť liečby takejto osoby, je zadržanie vo svojej podstate priamo prepojené na následnú terapiu pacienta (*ASHINGDANE v. Spojené kráľovstvo (1985)*). S uvedeným vyjadrujem súhlas, i keď po „a“ musíme dodať aj „b“ a tým je otázka, ako právny poriadok rieši možnosti určiť zadržanému pacientovi terapiu – čo sa často deje bez jeho súhlasu, resp. v rozpore s ním vyjadreným názorom.

¹⁸ Štát, resp. poskytovateľ zdravotnej starostlivosti nemôže vnucovať pacientovi názor o tom, čo je pre neho vhodné a potrebné. Obsahom práva na súkromie je aj právo rozhodovať o svojom zdraví, ktoré musia tretie osoby rešpektovať, i keď jeho následkom môže byť poškodenie pacientovho zdravia.

Spofahlivé preukázania naplnenia oboch podmienok (duševná choroba a nebezpečnosť) môže byť v praxi obtiažne. Čo máme rozumieť pod „duševnou chorobou“? ESLP v rozhodnutí *Winterwerp v. Holandsko (1979)* rovnako ako v rozhodnutí *ASHINGDANE v. Spojené kráľovstvo (1985)* konštatuje, že Dohovor neuvádza, čo sa má rozumieť pod slovami „duševne choré osoby“ (*unsound mind person*). Tento výraz podľa ESLP nemôže mať konečnú interpretáciu a je prirodzené očakávať, že sa bude vyvíjať súčasne s vývojom psychiatrie ako vedy. ESLP k vymedzeniu pojmu pristupuje negatívnym spôsobom, keď hovorí, že skutočnosť, že sa osoba správa v rozpore so spoločensky zaužívanými štandardami, je zvláštna a má nezvyčajné zvyky, ktoré vzbudzujú pohoršenie ešte samo o sebe neznamená, že trpí duševnou poruchou (*Winterwerp v. Holandsko (1979)*, *ASHINGDANE v. Spojené kráľovstvo (1985)*). Slovenská úprava neobsahuje výpočet psychických chorôb, ktorých prítomnosť odôvodňuje nútené zadržanie. Ani pojem „duševná porucha“ nie je v zákone pre účely nútenej hospitalizácie stanovený. Hoci väčšina európskych štátov používa v právnej úprave pojem „duševná porucha“ alebo „duševná choroba“ (napr. Bulharsko, Česká republika, Anglicko, Nemecko, Grécko, Slovensko či Španielsko), len niektoré z nich obsahujú aj detailné vymenovanie konkrétnych porúch. Najviac konkrétnu úpravu má Bulharsko, ktoré vo svojom predpise menuje konkrétne poruchy odôvodňujúce nútenú hospitalizáciu.¹⁹

Kvalifikovanie prejavov pacienta za duševnú poruchu, odôvodňujúcu jeho nútené zadržanie je odbornou otázkou, ktorú je podľa môjho názoru spôsobilý posúdiť jedine špecialista na psychiatriu, resp. klinickú psychológiu. V tomto smere je domáca úprava nedostatočná, keďže zákon v žiadnom ustanovení neurčuje odbornú špecializáciu lekára oprávneného rozhodnúť o diagnóze. Postavenie osoby oprávnenej stanoviť diagnózu, ktorá je podkladom na zadržanie je rozličné aj v rámci EÚ, v niektorých štátoch tieto otázky posudzuje psychiater, v iných lekár s bližšie neuvedenou špecializáciou. *Salize (2002)* upozorňuje, že neregulované rozhodovanie o prítomnosti dôvodov oprávňujúcich k nedobrovoľnému zadržaniu (teda rozhodovanie osobou bez špecializácie na psychiatriu) môže vytvárať priestor pre porušovanie práva pacienta na osobnú slobodu a bezpečnosť.²⁰ S týmto názorom plne súhlasím. Ak vychádzame z predpokladu, že prítomnosť duševnej choroby je *conditio sine qua non*, tak je namieste vyžadovať, aby splnenie tejto podmienky osvedčila osoba s príslušnou odbornou spôsobilosťou. Niektorí by mohli namietajú, že v tak krátkej dobe (päť dní), je ťažko realizovateľné zabezpečiť diagnostiku pacienta

¹⁹ Pozri komparitistiku právnej úpravy 12 vybraných Európskych štátov, ktorá bola publikovaná v roku 2007: KALLERT, T. W., RYMASZEWSKA, J., TORRES-GONZÁLEZ, F. Differences of Legal Regulations Concerning Involuntary Psychiatric Hospitalization in Twelve European Countries: Implications for Clinical Practice. In *International Journal of Forensic Mental Health*. 2007, Vol. 6, No. 2, pp. 197-207, p. 198.

²⁰ Pozri: SALIZE, H. J., DREßING, H., PEITZ, M. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*. Mannheim: Central Institute of Mental Health, 2002, pp. 166, str. 149.

špecialistom na psychiatriu a práva pacienta sú dostatočne chránené súdom. Myslím si opak. Prítomnosť zdravotnej indikácie pre detenciu je spôsobilý rozpoznať len subjekt s príslušnou špecializáciou. Vo veci *Hutchison Reid v. Spojené kráľovstvo (2003)* Súd uviedol, že povinnosť spoľahlivo preukázať, že zadržaná osoba skutočne trpí takou duševnou chorobou, ktorá si v spojení s jej nebezpečným správaním vyžiadala jej nútené zadržanie leží na pleciach štátu a nie je možné presúvať povinnosť dôkazu opaku na plecia zadržaného²¹. Aj keď v druhej fáze súdneho konania (prípustnosť ďalšieho držania) súd rozhoduje (aj) na základe znaleckého posudku, vypracovanom ustanoveným znalcom (OSP neurčuje špecializáciu), myslím si, že by zákonodarca mal explicitne upraviť preukazovanie zdravotnej indikácie prostredníctvom psychiatra/klinického psychológa už pri oznámení o zadržaní.

Zadržanie pacienta by podľa môjho názoru malo plniť subsidiárnu funkciu a malo by sa uplatniť v prípade, že pri zabezpečení ochrany spoločnosti a ochrany pacienta pred ním samým zlyhali iné postupy. Uvedené je samozrejme v určitej miere ovplyvnené schopnosťou a ochotou pacienta spolupracovať pri liečbe jeho ochorenia. V USA bol v roku 1983 do legislatívnej úpravy prevzatý tzv. *Stoneov model*, ktorý pri posudzovaní dôvodov pre nútenú hospitalizáciu od roku 1975 uplatňovala Asociácia amerických psychiatrov²². Tento model sa týka nielen zadržania pacienta ale aj jeho následnej liečby. Nútenú hospitalizáciu podľa tohto modelu odôvodňuje existencia (min.) týchto znakov:

- a) spoľahlivá diagnóza vážnej psychickej poruchy
- b) vyčerpanosť pacienta (veľké ťažkosti pacienta)
- c) dostupnosť (možnosť) vhodnej a efektívnej liečby
- d) pacientova neschopnosť (nespôsobilosť) rozhodnúť
- e) odôvodnenosť navrhovanej liečby, u ktorej je predpoklad, že by ju pacient za predpokladu nenarušenej rozoznávacej schopnosti prijal (teda mala by to byť taká liečba, u ktorej je dôvodné sa vzhľadom na osobu pacienta domnievať, že by za normálnych okolností akceptoval).

Neexistujú pri manažmente pacienta trpiaceho duševnou chorobou pri ktorej je možné predpokladať, že jej neliečená podoba vygeneruje nebezpečné správanie odôvodňujúce nútenú hospitalizáciu alternatívne právne postupy? Mnohým detenciám by bolo možné predísť, pokiaľ by psychiatrickí pacienti dodržiavali liečebný plán. Súkromné právo platné na Slovensku žiaľ menej

²¹ Rozhodnutie je podrobne analyzované: Review of the lawfulness of psychiatric detention and the European convention on human rights: HUTCHISON REID v. United kingdom. In *Medical Law Review*. 2003. pp.394 – 403.

²² SALIZE, H. J., DREßING, H., PEITZ, M. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*. Mannheim: Central Institute of Mental Health, 2002, pp. 166, p. 4.

„invazívnu“ úpravu nútenej liečby neobsahuje. Opačná situácia je USA, kde sa v posledných 10 rokoch udomácnil inštitút *outpatient commitment (nútená ambulantná liečba)*²³ V rámci osobitného konania uloží súd chorej osobe povinnosť podrobovať sa ambulantnej liečbe a dodržiavať liečebný program (vrátane brania liekov), zúčastňovať sa psychoterapie pod sankciou toho, že v prípade jeho nedodržania môže byť chorá osoba nútene hospitalizovaná²⁴. Tento model vychádza z presvedčenia, že mnohým núteným hospitalizáciám bolo možné predísť, ak by zadržaná osoba dodržiavala (bola nútená dodržiavať) liečebný program. Niektorí americkí autori ako jeden z argumentov pre používanie tejto alternatívy uvádzajú, že rozhodovanie súdu o uložení príkazu ambulantnej liečbe je jednoduchšie pre menší zásah do osobnostných práv pacienta. Iní autori²⁵ poukazujú na to, že tento rozdiel je ovplyvnený aj samotnými poskytovateľmi (teda je relatívny), ktorí majú často aj v prípadoch nariadovania nútenej ambulantnej starostlivosti obavy z toho, aby navrhovaná liečba nepoškodila záujmy pacienta a preto postupujú rovnako opatrne ako v prípadoch nútenej ústavnej liečby. To je dané predovšetkým tým, že v USA sa osobitne rozhoduje o nariadení nútenej liečby (výbere konkrétneho liečebného programu pre pacienta), nielen o zákonnosti zadržania. Názory na úspešnosť ambulantnej nútenej liečby nie sú v USA jednotné. *Allen (2001)* uvádza, že adresátom právnej úpravy umožňujúcej nútenú ambulantnú liečbu nie sú duševne choré osoby, ktoré sú bezprostredne nebezpečné okoliu (tie môžu byť podrobené nútenej hospitalizácii), ani osoby, ktoré sú nespôsobilé rozhodovať o prijatí liečby, ale osoby u ktorých je pravdepodobné, že sa vzhľadom na svoju zdravotnú diagnózu stanú nebezpečnými v budúcnosti. Len samotná potencialita nebezpečnosti pre spoločnosť podľa *Allena* neospravedlňuje zásah súdu do ústavných práv jednotlivca rozhodovať o svojom zdraví. Z toho dôvodu by súdny príkaz mal byť vydaný jedine v prípade núdze a na časovo limitované obdobie.²⁶

Zákon o zdr. starostlivosti svojou formuláciou (§ 6 ods. 9 písm. d/) síce umožňuje aj ambulantnému poskytovateľovi poskytnúť zdravotnú starostlivosť duševne chorému pacientovi

²³ Známym príkladom je právna úprava štátu New York, tzv. *Kendra's law*, ktorá bola prijatá potom, ako bola istá žena v metre sočená pod kolesá vlaku mužom s neliečenou schizofréniou. Pozri APPELBAUM, P. S. Thinking Carefully About Outpatient Commitment. In *Psychiatric Services*. March 2001, Vol. 52, No. 3, pp. 347-350, p. 347.

²⁴ Pozri napr. TORREY, E. F., ZDANOWICZ, M. Outpatient Commitment: What, Why and for Whom. In *Psychiatric Services*. March 2001, Vol. 52, No. 3, pp. 337 – 341. Vyššie uvedení autori vo svojom príspevku spomínajú výskumy, ktoré v niektorých amerických štátoch (napr. Iowa) preukázali zlepšenie dodržiavania liečebného režimu u 80% sledovaných pacientov, ktorým bola nariadená nútená ambulantná liečba.

²⁵ Porovnaj napr. APPELBAUM, P. S. Thinking Carefully About Outpatient Commitment. In *Psychiatric Services*. March 2001, Vol. 52, No. 3, pp. 347-350, p. 349.

²⁶ ALLEN, M., SMITH, V. F. Opening Pandora Box: The Practical and Legal Dangers of Involuntary Outpatient Commitment. In *Psychiatric Services*. March 2001, Vol. 52, No. 3, pp. 342 – 346.

s agresívnymi prejavmi bez jeho súhlasu, no toto ustanovenie diskutovaný problém skôr prehľbuje ako rieši.²⁷

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a jeho postavenie v detenčnom konaní

Subjektom oprávneným zadržať pacienta je poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Základné parametre týkajúce sa subjektu posudzujúceho prítomnosť znakov odôvodňujúcich zadržanie sme si povedali vyššie. Z koncepcie poskytovania zdravotnej starostlivosti (zásada výberu poskytovateľa, zásada informovaného súhlasu, a podobne) vyplýva, že k zadržaniu môže dôjsť len v priebehu poskytovania zdravotnej starostlivosti – teda pri výkone zdravotníckeho povolania. Aké povinnosti zákon ukladá poskytovateľovi v súvislosti s núteným zadržaním pacienta?

V zmysle § 9 ods. 4 Zákona o zdr. starostlivosti (cit.): „*Ak ide o ústavnú starostlivosť, na ktorú sa nevyžaduje informovaný súhlas podľa § 6 ods. 9 písm. d/²⁸, poskytovateľ je povinný prevzatie osoby do ústavnej starostlivosti oznámiť do 24 hodín súdu, v ktorého obvode sa zdravotnícke zariadenie ústavnej starostlivosti nachádza.*“ Ustanovenie § 191a OSP hovorí, že povinnosť oznámiť prevzatie pacienta má „ústav“ vykonávajúci zdravotnícku starostlivosť, v ktorom sú umiestňované osoby z dôvodov uvedených v osobitnom predpise. Hmotnoprávny predpis a procesný predpis sú mierne nekompatibilné a to nielen z hľadiska pojmového aparátu, ale aj z hľadiska základnej koncepcie informovaného súhlasu upraveného v Zákone o zdr. starostlivosti.

Prvou vecou, na ktorú by som chcel upriamiť našu pozornosť je miesto zadržania/držania pacienta. V zmysle judikatúry ESLP (napr. vec *ASHINGDANE v. Spojené kráľovstvo (1985)*) je obmedzenie slobody pohybu zákonné pokiaľ miesto zadržania (mimo iných podmienok) spĺňa základné kritéria pre poskytovanie príslušnej psychiatrickej zdravotnej starostlivosti. Ak sa na podmienky zadržania a jeho oznámenia súdu pozrieme z pohľadu praxe, môžeme jeho proces v úvodnej fáze rozdeliť na dve časti. V prvej časti poskytovateľ prostredníctvom osôb, ktorými zabezpečuje svoju činnosť prijme rozhodnutie o zadržaní pacienta. Ako vyplýva z niektorých výskumov, zdravotnícki pracovníci svoje rozhodnutie neopierajú iba o zákonom formulované dôvody. *Engleman et al. (2000)* uvádza, že pri rozhodovaní psychiatra nehrá rolu len nebezpečnosť pacienta, ale berú sa do úvahy aj iné ukazovatele. Ďalšími determinantmi prevzatia sú napr. subjektívne vnímanie lekára o vážnosti stavu pacienta, dostupnosť

²⁷ Mám na mysli absenciu kvalitnej právnej úpravy, ktorá by zaručovala ochranu práv duševne chorého pacienta rozhodovať o liečbe.

²⁸ Teda zadržanie duševne chorej a nebezpečnej osoby (pozn. autora).

lôžok, ako aj recentné skúsenosti lekára s detenciou v posledných 3 mesiacoch²⁹. Rozhodnutie o zadržaní by mal prijať zdravotnícky pracovník nielen s príslušnou odbornou spôsobilosťou (viď moje úvahy vyššie) ale aj s príslušným funkčným postavením v rámci organizačnej štruktúry poskytovateľa.

V druhej časti poskytovateľ oznamuje miestne príslušnému okresnému súdu prevzatie pacienta. Právna úprava je nejasná predovšetkým v presnom určení subjektu podávajúcemu oznámenie o prevzatí. Zatiaľ čo Zákon o zdr. starostlivosti pracuje s pojmom poskytovateľ, Občiansky súdny poriadok s obsolétnym pojmom „ústav“. Mám za to, že oznámenie o zadržaní pacienta podáva vždy poskytovateľ – teda nikdy nie lekár, ktorý rozhodol o zadržaní pacienta. Úvahy o tom, ktorá osoba toto oznámenie za poskytovateľa podáva sú z môjho pohľadu viac akademického ako praktického rázu. Rozhodujúcim je vždy včasné oznámenie prevzatia, z ktorého musí vyplývať informácia o poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, u ktorého sa prevzatie realizovalo, samozrejme aj dátum a čas, kedy k obmedzeniu pacienta došlo. Poskytovateľ, ktorý je povinný urobiť oznámenie súdu má súčasne povinnosť preukázať, že na zadržanie pacienta existujú dôvody. Ako vyplýva z vyššie citovaných rozhodnutí ESĽP (napr. *Hutchinson Reid v. Spojené kráľovstvo*), zdôvodnenie má byť presvedčivé a musí obsahovať odborné posúdenie zdravotného stavu pacienta, ako aj preukázanie bezprostrednej nebezpečnosti pacienta, ktorá je spôsobená duševnou chorobou (*I. ÚS 79/93*). Lehota 24 hodín na podanie oznámenie začína plynúť od **prvého** momentu obmedzenia osobnej slobody pacienta, pričom na jej plynutie nemá vplyv zmena poskytovateľa, u ktorého držanie pokračuje³⁰. V tomto bode narážame na diskompatibilitu slovenskej úpravy s úpravou Dohovoru. Povinnosť podať oznámenie o zadržaní totiž Zákon o zdr. starostlivosti v zmysle § 9 ods. 4 ukladá poskytovateľovi len v prípade ústavnej starostlivosti. Z formulácie použitej v zákone dokonca môžeme dedukovať, že pokiaľ bol pacient obmedzený u poskytovateľa poskytujúceho ambulantnú zdravotnú starostlivosť (čo prichádza v zmysle § 6 ods. 9 písm. d/ do úvahy), tak oznámenie ani je potrebné podávať. Zákonná úprava v tejto časti pôsobí veľmi mäťúco. Som názoru, že oznámenie o obmedzení slobody (zadržaní) by mal vždy podávať poskytovateľ, ktorý pacienta obmedzil ako prvý (napr. ambulantný poskytovateľ), hoci následne pacienta odovzdal inému poskytovateľovi. Tento názor vyplýva z môjho presvedčenia, že obmedzenie osobnej slobody pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti by malo byť oznámené súdu aj v prípadoch, keď trvalo menej ako 24 hodín (viac v ďalšom texte). Ak by zákonodarca formuloval povinnosť takto, mohlo by sa predísť

²⁹ ENGLEMAN, N., JOBES, D., BERMAN, A., LANGBEIN, L. Clinicians' Decision Making About Involuntary Commitment. In *Psychiatric Services*. 2000, ročník 49, číslo 7, pp. 941 – 945.

³⁰ K plynutiu lehoty porovnaj napr. Stanovisko občianskoprávneho a obchodného kolégia Nejvyššího soudu ČR č. CPJN 29/2006.

mnohým problémom pri zmeškaní lehoty na oznámenie a viacerým sťažnostiam, ktoré boli proti SR podané na ESĽP.

Pri úvahe o povinnosti oznamovať prevzatie pacienta môžeme ísť aj ďalej. Slovenská právna úprava poskytovania zdravotnej starostlivosti bez informovaného súhlasu pacienta sa odlišuje od právnej úpravy platnej v Českej republike. Podľa môjho názoru tomu tak nie je účelovo, ale nedopatrením slovenského zákonodarcu. Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v platnom znení zaväzuje poskytovateľa zdr. starostlivosti oznamovať **každé zadržanie osoby zdravotníckym zariadením súdu**. Zákon o zdr. starostlivosti ukladá poskytovateľovi explicitne túto povinnosť jedine v prípade, ak je dôvodom zadržania nebezpečné správanie osoby s príznakmi duševnej choroby, resp. ak pri duševne chorej osobe hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu (§ 9 ods. 4). Paradoxne aj znenie Čl. 8 ods. 6 Listiny základných práv a slobôd (a Čl. 17 ods. 6 Ústavy SR) umožňuje držanie duševne chorej osoby v zdravotníckom zariadení ústavného typu a o potenciálnom zadržaní osoby v zariadení ambulantného typu mlčí. Som názoru, že bez ohľadu na typ zariadenia (aj napriek zneniu Čl. 17 ods. 6 Ústavy SR) prislúcha jedine súdu prijať konečné rozhodnutie o zákonnosti prevzatia pacienta – v civilných veciach na základe oznámenia zdravotníckeho zariadenia a v trestnom konaní prijaté vzhľadom na osobu páchatel'a a možnosti ukladania trestov³¹. Podľa môjho názoru neobstoí argument, že pre „zákonnosť“ stačí už len samotné zakotvenie takéhoto postupu v zákone. Ako vyplýva z viacerých rozhodnutí ESĽP, posudzovanie zákonnosti obmedzenia osobnej slobody je nevyhnutné vykladať v súlade so všetkými zásadami určenými v Dohovore, nielen v súlade s dikciou obsiahnutou v Čl. 5 Dohovoru (pozri napr. rozhodnutie *Winterwerp v. Holandsko (1979)*). I keď Dohovor v Čl. 5 ods. 1 písm. e/ priamo odkazuje na národné úpravy, to neznamená, že tieto úpravy môžu byť akékoľvek. Na účely Dohovoru je zákonnou taká úprava, ktorá rešpektuje zásady obsiahnuté v celom Dohovore, pričom sa týka ako hmotnej úpravy, tak aj úpravy procesnej (viď rozhodnutia Súdu vo viacerých veciach - *Winterwerp v. Holandsko 1979*, *Bizzoto v. Grecko 1996*, *Aerts v. Belgicko 1998*). Kontrole súdu by malo podliehať každé prevzatie osoby bez jej súhlasu, teda aj prípady poskytovania bezodkladnej zdravotnej starostlivosti (§ 6 ods. 9 písm. a/ Zákona o zdr. starostlivosti) ktoré prichádza do úvahy napr. pri dopravných nehodách, resp. celkovo pri pacientoch, ktorých zdravotný stav si vyžaduje lekársku starostlivosť (bezvedomie a pod.).³² *Perlin et al. (2008)* sú názoru, že o zadržanie, ktorého zákonnosť má preskúmať súd ide aj v prípade, keď je v zdravotníckom zariadení hospitalizovaná duševne chorá osoba, ktorá síce s prijatím vyslovila súhlas, no z povahy jej ochorenia vyplýva, že nie je schopná posúdiť všetky aspekty a následky svojho súhlasu.

³¹ K tomu porovnaj napr. nález Ústavního soudu ČR sp. zn. ÚS 23/97.

³² K tomu porovnaj napr. MACH, J. *Medicína právo*. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 257., str.

Kvalitu informovaného súhlasu ovplyvňuje mentálna disponovanosť subjektu, ktorý ho udeľuje. Ak sa jedná o pacienta, ktorý zjavne nie je v stave zväziť pre a proti hospitalizácie a liečby, je nevyhnutné, aby sa spustil mechanizmus zabezpečenia ochrany jeho práv, ktorý stelesňuje súd.³³ Obdobné stanovisko zaujal aj ESLP v prípade *HL v. Spojené kráľovstvo (2004)*, ktorý sa týkal hospitalizácie muža stredného veku (pán „HL“) trpiaceho autizmom a ďalšími poruchami, ktorého stav odôvodňoval hospitalizáciu a on dokonca na svoje prijatie udelil „súhlas“. V zdravotníckom zariadení však následne jeho pohyb podliehal dozoru personálu, ktorý mu v určitej miere obmedzoval aj styk s vonkajším svetom (zákaz návštev). Súd vyslovil, že v danom prípade síce nie je pochýb, že zdravotný stav pána HL vyžadoval hospitalizáciu (s ktorou on vyslovil súhlas), no zaužívaný štandard ochrany ľudských práv vyžaduje, aby za účelom eliminácie arbitrárneho rozhodnutia ošetrojúceho zdravotníckeho pracovníka o zákonnosti hospitalizácie rozhodoval súd (resp. iný nezávislý orgán určený zákonom).³⁴ Zdravotnícke zariadenie (poskytovateľ) je povinné iniciovať detenčné konanie na súde aj v prípade, že zadrží duševne chorú osobu na základe jej „súhlasu“, pokiaľ je táto osoba v rámci terapia je obmedzená v styku s vonkajším svetom. Posúdenie oprávnenosti zadržania prostredníctvom nezávislej autority je zárukou zákonnosti a slúži ako zabezpečenie práv osoby, ktorá nie je spôsobilá plne zväziť, čo je v jej najlepšom záujme.

Vráťme sa ešte k možnosti zadržať a poskytnúť zdravotnú starostlivosť duševne chorej osobe poskytovateľom ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Uvedená možnosť síce v praxi neprichádza do úvahy tak často ako zadržanie osoby v zdravotníckom zariadení ústavného typu, napriek tomu stojí za to zamyslieť sa nad touto možnosťou. Ústava SR ako aj Listina základných práv a slobôd špecifikujú vo vzťahu k zadržaniu osoby zo zdravotného hľadiska jedinú výnimku – zadržanie poskytovateľom ústavnej zdravotnej starostlivosti. Z tohto pohľadu je ústavnosť možnosti obmedzenia práva na slobodu pohybu a práva na súkromie prostredníctvom núteného poskytnutia ambulantnej zdravotnej starostlivosti otázná. Ústavná diskonformita je posilnená implicitným vylúčením povinnosti ambulantného poskytovateľa informovať o zadržaní a poskytnutí starostlivosti súd. Z môjho pohľadu niet pochýb o tom, že aj zadržanie trvajúce menej ako 24 hodín, realizované poskytovateľom ambulantnej zdravotnej starostlivosti je zásahom do práva na slobodu pohybu, ktoré je chránené Čl. 5 Dohovoru, ako aj do ďalších práv chránených Dohovorom. Ak rozmeníme právnu úpravu na drobné zistíme, že súčasné právne nastavenie umožňuje ambulantnému poskytovateľovi zadržať pacienta bez povinnosti oznámiť toto zadržanie súdu a poskytnúť mu bez kontroly súdom proti jeho vôli zdravotnú starostlivosť.

³³ Porovnaj PERLIN, M. L., BURSZTAJN, H. et al. *Psychiatric ethics and the rights of persons with mental disabilities in institutions and the community*. UNESCO Chair in Bioethics, Haifa 2008, pp. 150, p. 13.

³⁴ PERLIN, M. L., BURSZTAJN, H. et al. *Psychiatric ethics and the rights of persons with mental disabilities in institutions and the community*. UNESCO Chair in Bioethics, Haifa 2008, pp. 150, p. 12.

Ďalšia nekompatibilita medzi hmotnou a procesnou úpravou spočíva vo formulácii ustanovenia § 191a OSP v ktorom je uvedená špecifikácia účastníka konania povinného podať oznámenie na súd (*ústav vykonávajúci zdravotnícku starostlivosť, v ktorom sú umiestňované osoby z dôvodov uvedených v osobitnom predpise*), uvedenie lehoty na podanie oznámenia (*24 hodín*) a uvedenie dôvodov pre podanie oznámenia (*prevzatie každého, kto v ňom bol umiestnený bez svojho písomného súhlasu*). Striktným výkladom tohto ustanovenia by sme mohli dospieť k výkladu, že poskytovateľ by mal oznámiť súdu každú hospitalizáciu na ktorú nemá od pacienta súhlas v písomnej forme. Písomná forma súhlasu je vyžadovaná len v taxatívne vymenovaných prípadoch (§ 6 ods. 5 Zákona o zdr. starostlivosti) a dovoľím si konštatovať, že medicínske aspekty liečby duševnej chorej osoby si v prevažnej miere nevyžadujú obligatórny písomný súhlas. Na základe uvedeného si myslím, že by z dikcie ustanovenia § 191a OSP malo byť vynechané slovo „*písomného*“. Poskytovateľ by mal mať na druhej strane vždy záujem získať u týchto pacientov ich súhlas aj v písomnej forme.

Problematika samotnej liečby pacienta

Ako sme spomenuli, dôvody na nútenú hospitalizáciu by *ipso facto* nemali oprávňovať zdravotnícky personál bez súhlasu pacienta vykonávať diagnostické, či terapeutické výkony. Výstavba normy § 6 ods. 9 písm. d/ napovedá (či skôr jasne stanovuje), že osobe, pri ktorej sú zistené dôvody na zadržanie je možné poskytnúť zdravotnú starostlivosť aj bez jej súhlasu, no uvedené legislatívne zachytenie tak vážneho zásahu do psychickej a fyzickej integrity pacienta podľa môjho názoru zďaleka nepostačuje. V nadväznosti na citované ustanovenie nájdeme v Zákone o zdr. starostlivosti aj zmienku o tom (§ 9 ods. 4), že duševne chorým osobám, môžu byť do rozhodnutia súdu poskytované len také zdravotné výkony, ktoré (cit.) „*sú nevyhnutné na záchranu života a zdravia pacienta alebo na zabezpečenie jeho okolia.*“ Táto formulácia je neuveriteľne široká a *de facto* umožňuje realizovať akýkoľvek diagnostický a terapeutický výkon, pri ktorom existuje aspoň minimálna možnosť odborného zdôvodnenia o jeho indikácii pre diagnózu pacienta. Stačí ak dôvodom zákroku je „*záchrana zdravia*“ pacienta a výkon je možné uskutočniť. Zdá sa, akoby zákonodarca vychádzal z premisy, že duševne chorá osoba (teda postačí ak je u nej podozrenie na prítomnosť takejto poruchy) len z dôvodu špecifickej povahy svojho handicapu (stačí podozrenie pre jej prítomnosť) nie je kompetentná rozhodovať o prijatí alebo odmietnutí liečby. Mám za to, že takáto úprava diskriminuje osoby s duševnou poruchou voči

osobám ktorých ochorenie má somatický charakter. Nie je dôvod, aby zákonodarca upravoval odlišne postup pri získavaní informovaného súhlasu u nespôsobilých osôb pri ktorých ich zákonný zástupca odmietol liečbu (tam nahrádza inf. súhlas súd svojim rozhodnutím - § 6 ods. 7) a postup pri osobách ktoré sú duševne choré a ktoré prejavujú automutilačné sklony. Diskrepancia v nastavení prijímania rozhodnutia o liečbe vytvára diskonformitu s medzinárodnými dohovormi, ktoré majú prednosť pred zákonmi a Ústavou - ako prvý môžem spomenúť Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý explicitne zakazuje diskrimináciu na základe zdravotného handicapu.

Ďalším špecifikom slovenskej právnej úpravy detencie je to, že vykazuje primárne charakter procesnej normy, pričom hmotnoprávna úprava ktorá by dostatočne reflektovala záväzok štátu zabezpečiť ochranu ľudských práv v zmysle príslušných medzinárodných dohovorov, či ústavy absentuje. V zmysle procesnej normy obsiahnutej v § 191a a nasl. OSP nie je súd explicitne zviazaný okrem zákonnosti prevzatia a dôvodnosti následného držania pacienta rozhodovať aj o liečbe pacienta. Odlišné stanovisko zaujal Ústavný súd SR vo svojom rozhodnutí sp.zn. I. ÚS 79/93, kde vyslovil, že (cit.): „V konaní o prípustnosti prevzatia chorého do ústavnej psychiatrickej starostlivosti bez súhlasu chorého súd musí preskúmať nielen, či je splnená podmienka § 23 ods. 5 písm. b/³⁵ zákona č. 20/1966 Zb. v znení neskorších predpisov, ale aj to, či chorého nepodrobili vyšetrovacím alebo liečebným výkonom nad rámec úpravy § 24 ods. 3³⁶ zákona o starostlivosti o zdravie ľudu. Ak súd zistí, že sa chorému poskytla zdravotnícka starostlivosť presahujúca rozsah zákonom dovolenej starostlivosti nemôže rozhodnúť, že k prevzatíu chorého došlo v súlade so zákonom o a preto nemôže vydať uznesenie, ktorým prevzatie schváli.“³⁷ S týmto názorom (hoci svojím spôsobom vychádza z rovnakého názorového nastavenia) si dovoľím polemizovať. Účelom rozhodovania súdu (tak ako je upravené v OSP) je podľa môjho názoru výlučne zaručenie zákonnosti prevzatia – rozumej zadržania pacienta. Súd teda má skúmať naplnenie dvoch podmienok – prítomnosť duševnej poruchy (dnes stačí preukázanie, že pacient vykazoval symptómy duševnej poruchy) a nebezpečné správanie pacienta, resp. existenciu rizika vážneho zhoršenia zdr. stavu. Pokiaľ sú tieto podmienky splnené, nie je dôvod, aby súd vyhlásil, že prevzatie bolo nezákonné.

³⁵ Ustanovenie v čase vydania nálezu znelo: „(5) Chorého možno bez jeho súhlasu prevziať do ústavnej starostlivosti, ak (b) ohrozuje chorý vzhľadom na duševnú poruchu seba alebo svoje okolie, ...“

³⁶ Ustanovenie v čase vydania nálezu znelo: „(3) Do rozhodnutia súdu o zákonnosti dôvodov na prevzatie chorého do ústavnej starostlivosti možno vykonávať iba také vyšetrovacie a liečebné výkony, ktoré sú nevyhnutné na záchranu života a zdravia chorého alebo na zabezpečenie ochrany okolia chorého.“

³⁷ Citovaný nález je publ. v Komentári k Ústave SR, vid' DRGONEC, J. Ústava Slovenskej republiky – Komentár. Heuréka, Šamorín 2007, s. 1197, s. 213.

V právnych poriadkoch štátov EU je diverzifikácia rozhodovania na (i) posúdenie zákonnosti zadržania a (ii) rozhodovania o schválení liečby prítomná v niektorých úpravách štátov (napr. Rakúsko, Dánsko, Holandsko), pričom výslovne delenie konania (detenčné konanie a konanie o schválení navrhovanej liečby) je zakotvené v úprave Bulharska a Nemecka.³⁸ Ďalšia skupina štátov tento problém rieši tak, že samotná existencia dôvodov pre nútené zadržanie svojím spôsobom umožňuje personálu aj bez súhlasu pacienta poskytovať nimi zvolenú zdravotnú starostlivosť.³⁹ Riešenie otázky legitímnosti konkrétnej voľby navrhovaného postupu a subjektu oprávneného o nej rozhodovať nie je jednoduché. Inšpiráciou môže byť inštitút predošlého prania, ktorý je zakotvený aj v Čl. 9 Dohovoru o biomedicíne, i keď jeho obsah umožňuje široký výklad. V právnych podmienkach USA je inštitút predošlého prania (*Advance Directive*) alebo inštitút trvajúcej plnej moci advokáta (*Durable Power of Attorney for Health Care*) zakotvený v právnych predpisoch, a je silno zakorenený aj v povedomí spoločnosti, pričom svoje uplatnenie našiel v celom spektre rozhodovania pacienta o svojom zdraví ba aj živote⁴⁰. Pri psychiatrickom pacientovi je náročné rešpektovať jeho vôľu týkajúcu sa odmietnutia liečby, keďže psychická porucha ovplyvňuje viac ako mnohé somatické poruchy úsudok pacienta o tom, čo je pre neho dobré. Odmietnutie liečby preto môže byť ošetrovujúcim personálom vyhodnotené ako potvrdenie poruchy znemožňujúcej „objektívne“ dobré rozhodovanie pacienta. Ako uvádza *Appelbaum (2004)*⁴¹, aj napriek povahe ochorenia by mali zdravotnícki pracovníci rešpektovať vôľu pacienta o liečbe (resp. jej úplnom odmietnutí) vyjadrenú v jeho predošlom praní a to aj napriek tomu, že si to vyžiada nútenú hospitalizáciu pacienta z dôvodu jeho agresívneho správania ako dôsledku odmietnutia liečby. Takéto stanovisko zaujal napr. aj U.S. Court of Appeals vo veci *Hargrave v. Vermont*⁴², pričom vyslovil, že nerešpektovanie predošlého prania len z toho dôvodu, že sa týka duševne chorej osoby porušuje jej právo nebyť diskriminovaným na základe zdravotného postihnutia. Na základe komplexu a princípu

³⁸ Porovnaj KALLERT, T. W., RYMASZEWSKA, J., TORRES-GONZÁLEZ, F. Differences of Legal Regulations Concerning Involuntary Psychiatric Hospitalization in Twelve European Countries: Implications for Clinical Practice. In *International Journal of Forensic Mental Health*. 2007, Vol. 6, No. 2, pp. 197-207, p. 202.

³⁹ SALIZE, H. J., DREßING, H., PEITZ, M. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*. Mannheim: Central Institute of Mental Health, 2002, pp. 166, str. 152.

⁴⁰ Inštitút *Advance Directive* sa uplatňuje aj v prípadoch celkového odmietnutia zdravotnej starostlivosti (teda za situácie, že pacient nie je schopný vyjadriť svoje rozhodnutie, no pre prípad takejto situácie vyhotovil *Advance Directive*) a je pre zdravotníckych pracovníkov záväzný aj v prípade, že jeho následkom je smrť pacienta. Pozri napr.: GRUBB, A., WALSH, P., LAMBE, N.: Reporting on the persistent vegetative state in Europe. In *Medical Law Review*. No. 6, Summer 1998, Oxford University Press, pp. 184 – 185.

⁴¹ APPELBAUM, P. Psychiatric Advance Directives and the Treatment of Committed Patients. In *Psychiatric Services*. July 2004. Vol. 55, No. 7, pp. 751 – 763, p. 752.

⁴² Rozhodnutie *Hargrave v Vermont*, 340 F. 3d 27 (2nd Cir 2003)

subordinácie prejavov vôle pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti uvádza DeGrazia (2005)⁴³ hierarchiu ich záväznosti voči poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti nasledovne:

- 1) informovaný súhlas (*informed consent*) poskytnutý priamo pacientom
- 2) predchádzajúce prianie (*advance directive*) ktoré je formulované samotným pacientom takým spôsobom, ktorý umožňuje bez pochybností určiť jeho vôľu v konkrétnej situácii
- 3) náhradné rozhodnutia (*substituted judgment*) ktoré sa uplatňuje v prípade absencie predchádzajúceho priania pacienta a môže byť vo forme svedectva príbuzných pacienta, resp. jeho blízkych osôb, ktoré na základe skúseností s pacientom osvedčia, čo by si v danej situácii prial. Náhradné rozhodnutie môže byť prijaté aj súdom.
- 4) najlepší záujem pacienta (*best interest*) ktoré sa uplatňuje ako posledné v hierarchii, hľadanie najlepšieho záujmu pacienta je podkladom aj pre súd pri formulovaní rozhodnutia o liečbe.

V štátoch USA sa hlavne zásluhou sudcovskej tvorby práva vyprofilovali dve konania a síce konanie o nútenom zadržaní a konanie o nútenej liečbe. Aj nedobrovoľne hospitalizovaný pacient má však právo odmietnuť antipsychotické lieky, ak hrozí riziko vážnejších, nielen prechodných vedľajších účinkov. Najvyšší súd USA potvrdil toto právo aj osobám v ochrannnej liečbe⁴⁴. Ako vyplýva z príslušnej judikatúry (*Youngberg v. Romeo (1982)*, alebo *Sell v. United States (2003)*), súdy definovali špeciálne zásady, ktoré sa uplatňujú pri posudzovaní, či navrhovaná terapia je pre pacienta vhodná a či je v danej situácii možné ospravedlniť zásah do jeho práva na súkromie:

- a) súd musí zistiť, že dôležité štátne záujmy sú v ohrození
- b) súd usúdi, že nedobrovoľná liečba významne podporí tieto záujmy štátu.
- c) súd usúdi, že nedobrovoľné liečenie je nevyhnutné na podporenie týchto záujmov a ďalej zistí, že žiadna alternatívna, menej vnucovaná liečba nedosiahne podstatne rovnaký výsledok.
- d) súd musí ustanoviť, že podávanie liekov je medicínsky primerané, tzn. v najlepšom záujme pacienta, vo svetle jeho zdravotnej situácie. Rôzne druhy neuroleptik môžu spôsobovať vedľajšie účinky a mať rôzne úrovne úspechu.⁴⁵

Úroveň zabezpečenia práva fyzickej osoby rozhodovať v každej situácii o svojom zdraví, tak ako je obsiahnutá v právnom a hodnotovom nastavení USA sa nedá porovnávať so stavom platným na Slovensku. Mohlo by sa zdať, že kontrola vhodnosti liečby pri duševne chorej osobe je zabezpečená

⁴³ Pozri DeGRAZIA, D. *Human Identity and Bioethics*. New York: Cambridge University Press 2005. p. 314, pp. 162 a nasl.

⁴⁴ DRGONEC, J. Ústavné práva a zdravotníctvo. Bratislava: Archa s.r.o., 1996, 338 s., s. 149.

⁴⁵ Porovnaj napr.: Gottstein, J. B. Psychiatry: Force of Law. Online (dostupné: http://psychrights.org/force_of_law.htm#Medication), November 2002, stiahnuté dňa 05.11.2010

aspoň v prípade, že táto osoba je nespôsobilá a súhlas za ňu udeľuje jej opatrovník, resp. zákonný zástupca. Ani toto však neplatí, pretože § 6 ods. 9 Zákona o zdr. starostlivosti stanovuje situácie, kedy je možné poskytnúť zdravotnú starostlivosť **bez informovaného súhlasu** a žiadne iné ustanovenie zákona neupravuje kontrolný mechanizmus, prostredníctvom ktorého by nezávislý orgán (napr. súd) posúdil, či je zvolený diagnostický/terapeutický postup skutočne v záujme pacienta. Som názoru, že zákonná úprava, v ktorej absentuje efektívna ochrana práva pacienta rozhodovať o svojom zdraví porušuje Čl. 7 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne⁴⁶ ako aj Čl. 8 Dohovoru (právo na súkromie) a Dohovor o právach osôb so zdravotným, keďže diskriminuje osoby na základe špecifik ich zdravotného postihnutia v porovnaní s inými osobami. Dohovor o biomedicíne síce v Čl. 26 pripúšťa obmedzenie práv garantovaných dohovorom, no pre tieto obmedzenia zároveň definuje relevantné dôvody, ktoré v našom prípade podľa môjho názoru splnené nie sú.

Procesné aspekty detencie

O zákonnosti zadržania osoby – teda o zákonnosti obmedzenia jej slobody pohybu rozhoduje súd. Dohovor v Čl. 5 ods. 4 hovorí, že (cit.): *„Každý, kto bol pozbavený slobody zatknutím alebo iným spôsobom, má právo podať návrh na konanie, v ktorom by súd urýchlene rozhodol o zákonnosti jeho pozbavenia slobody a nariadil prepustenie, ak je pozbavenie slobody nezákonné.“* ESĽP vo viacerých rozhodnutiach ponúkol výklad tohto ustanovenia. V rozhodnutí *Winterwerp v. Holandsko (1979)* vyslovil, že napriek pojmu „súd“, ktorý je použitý v Čl. 5 ods. 4 Dohovoru, orgán, ktorý má vykonávať kontrolnú funkciu nad zákonnosťou obmedzenia slobody pohybu duševnej choroby nemusí mať postavenie súdu, ale musí to byť orgán nezávislý od výkonnej moci, teda musí mať „kvalitu“ súdu (tzv. súdny charakter). Obdobne ako vo veci *Winterwerp* aj vo veci *Vodeničarov v. Slovensko (2000)* Súd vyslovil, že prokurátor nie je orgánom, ktorý má „súdny charakter“. Slovenská aj česká úprava odovzdáva kontrolu zákonnosti zadržania osoby do rúk súdu. Obdobnú právnu úpravu nájdeme vo väčšine európskych štátov. Aj v Európe sú ale krajiny, kde nie je stanovená priama a bezprostredná ochrana práv pacienta prostredníctvom súdu. K týmto krajinám patrí napríklad Švédsko (kde možnosť zadržania len na základe rozhodnutia psychiatra môže trvať až 4 týždne), Bulharsko, Anglicko, Grécko. V Izraeli o zadržaní rozhoduje v prvom stupni obvodný psychiater (*District Psychiatrist*) a pri potrebe dlhšej doby

⁴⁶ Čl. 7 znie (cit): *S prihliadnutím na ochranné ustanovenia zákona vrátane dozoru, kontroly a odvolacieho konania môže byť osoba s ťažkou duševnou chorobou podrobená zákroku zameranému na liečbu duševnej poruchy bez jej súhlasu iba vtedy, ak by jej bez takej liečby hrozilo vážne poškodenie zdravia.*

hospitalizácie rozhoduje obvodná psychiatrická komisia (*District Psychiatric Committee*) ustanovená ministrom zdravotníctva a ministrom spravodlivosti a ktorá koná ako „malý súd“⁴⁷.

Čo sa týka procesných aspektov rozhodovania o zákonnosti zadržania psychicky chorej osoby, odkazuje Čl. 5 Dohovoru na vnútroštátnu úpravu. Z tohto dôvodu sa konkrétne podmienky detenčného konania môžu v štátoch Rady Európy rôzniť. V rámci svojej rozhodovacej činnosti prijal ESĽP zásady, ktoré ako *conditio ad minimi* musia byť rešpektované v každej vnútroštátnej úprave:

- podmienka, aby zbavenie slobody bolo v súlade so zákonom sa vzťahuje ako na hmotnoprávnu tak aj na procesnoprávnu úpravu detencie, právna úprava musí byť konzistentná s účelom Čl. 5 Dohovoru a musí zabezpečiť dostatočnú ochranu jednotlivcov pred svojvôľou štátu⁴⁸ (*rozhodnutí Winterwerp v. Holandsko 1979, Witold Litwa v. Poľsko 2000, ako aj Van Der Leer v. Holandsko 1990*)
- zákonom určený orgán majúci súdny charakter musí rozhodnúť v zákonom stanovených lehotách, ak tieto lehoty nedodrží bude sa vždy jednať o nezákonné zbavenie slobody (*Tkačik v. Slovensko 2004, ako aj Tám v. Slovensko 2004*)
- duševne chorá osoba musí mať v konaní ustanoveného zástupcu a to od začiatku konania. Nestačí, aby bol zástupca ustanovený súčasne s doručením rozhodnutia súdu o zákonnosti zbavenia slobody. Povinnosť zabezpečiť duševne chorej osobe zástupcu leží na pleciach štátu, túto povinnosť má štát aj v prípade, ak duševne chorá osoba v priebehu konania o ustanovenie zástupcu nepožiadala (*Megyeri v. Nemecko 1992*).

Právna úprava detenčného konania obsiahnutá v ustanoveniach OSP je v porovnaní s právnymi úpravami iných štátov v zásade v poriadku, až na určité anomálie ktoré som spomenul v predošlom texte. Súd o zákonnosti prevzatia musí rozhodnúť do 5 dní odo dňa kedy k obmedzeniu slobody došlo. Voči rozhodnutiu o zákonnosti prevzatia môže podať odvolanie ako pacient, tak aj poskytovateľ zdravotnej starostlivosti. Občiansky súdny poriadok umožňuje (§ 191c ods. 1), aby uznesenie nebolo doručené pacientovi ak (cit): „...podľa vyjadrenia ošetrojúceho lekára nie je schopný chápať obsah takého rozhodnutia,...“ Vylúčenie doručenia pacientovi len na základe vyjadrenia ošetrojúceho lekára, ktorý je priamo zaangažovaný v konaní a *de facto* má v konaní opačné záujmy, nie je podľa môjho názoru na mieste. Uvedené nie je možné zhojiť ani doručením rozhodnutia zástupcovi (opatrovníkovi) pacienta. Duševná porucha, ktorá síce odôvodňuje nútenú hospitalizáciu pacienta nemôže *ipso facto*

⁴⁷ WOLFMAN S. - SHAKED T. Ethical dilemmas of statutory committees for involuntary hospitalization of mentally ill patients. In *Medicine and Law*. 2010, vol. 29, no. 2, p. 193-204

⁴⁸ Pozri rozbor rozhodnutí ESĽP uverejnený v zbierke judikatúry k Dohovoru – ČAPEK, J. *Evropská úmluva o ochrane ľudských práv, I. časť – Úmluva*. Linde Praha: 2010, Praha. P. 110 a nasl.

zbavovať pacienta ďalších práv zaručených Dohovorom, napr. práva na súkromie a práva na prijímanie informácií z vonkajšieho sveta (*mutatis mutandis* vec *HERCZEGFALVY v. Rakúsko 1992*).

Ak súd rozhodne, že prevzatie bolo zákonné, pokračuje v rozhodovaní o tom, či sú dané podmienky pre ďalšie držanie pacienta a toto rozhodnutie končí vydaním rozsudku. Svoje námietky by som predovšetkým smeroval k absencii povinnosti poskytovateľa dostatočne preukázať splnenie podmienok pre zadržanie duševne chorej osoby, ktorá je v prvej fáze rozhodovania súdu veľmi voľná. Najväčšie výhrady mám k tomu, že predmetom detenčného konania nie je explicitne aj súhlas súdu s liečbou navrhovanou poskytovateľom.

S procesného hľadiska sú s detenčným konaním samozrejme spojené aj ďalšie otázky. Jednou z nich je forma rozhodnutia súdu v prípade, ak v priebehu súdu konania dôjde k skončeniu hospitalizácie, teda osoba je poskytovateľom prepustená. Česká súdna prax sa s tým vysporiadala tak, že v uvedenom prípade konanie v zmysle § 104 OSP zastavuje uznesením, ktoré nemá povahu meritórneho rozhodnutia.⁴⁹ S uvedeným spôsobom nesúhlasím, pretože mám za to, že efektívna kontrola zákonnosti zadržania pacienta môže byť zaručená len v prípade, ak súd v konaní rozhodne meritórne. Je vysoko pravdepodobné, že mnohé prípady núteného prevzatia pacienta sa ukončia pred vydaním právoplatného rozhodnutia súdu o zákonnosti prevzatia. Ak by sme umožnili súdu, aby konanie skončil vydaním uznesenia o zastavení konania preniesli by sme celú váhu obrany proti zásahu do práva na slobodu na zadržanú osobu. Takýto model ochrany by sme len ťažko mohli definovať ako konzistentný so zmyslom Čl. 5 Dohovoru. Slovenská republika čelila na prelome tisícročia sťažnosti fyzickej osoby (p. Karol Tám) namietajúcej porušenie Čl. 5 ods. 1 a ods. 4 Dohovoru.⁵⁰ Vo vzťahu k názoru odmietajúcemu možnosť ukončiť súdne konanie vydaním uznesenia o zastavení konania je rozhodnutie Súdu dôležité a preto by som ho rád uviedol vo väčšom rozsahu. Z opisu skutkového stavu vyberám: Sťažovateľ Karol Tám sa narodil v roku 1943. Dňa 11. augusta 1993 vyhľadal lekára, ktorému sa postážoval, že trpí zdravotnými problémami spôsobenými vlastným susedom, ktorý sa ho údajne snažil otráviť. Doktor následne požiadal o ambulantný prevoz pacienta do Ružinovskej nemocnice. Podľa zdravotnej dokumentácie sťažovateľ trpel paranoidnou schizofréniou a lekár požiadal o jeho hospitalizáciu. Podľa vyjadrenia sťažovateľa, približne počas desiatich minút strávených na centrálnom príjme mu boli aplikované dve injekcie a následne bol bez vlastného súhlasu prevezený do ústavu pre duševne chorých v Pezinku. Prepustenie bolo stanovené na 26. augusta 1993. Okresný súd Bratislava-vidiek dňa 19.

⁴⁹ Pozri napr. Stanovisko občianskoprávneho a obchodného kolégia Nejvyššího soudu ČR č. CPJN 29/2006, alebo uznesenie Nejvyššího soudu ČR sp.zn.: 30 Cdo 1197/2010.

⁵⁰ Tám v. Slovensko (application 50213/99), final decision 22.06.2004.

augusta 1993 rozhodol, že sťažovateľ bol držaný v ústave zákonne. Rozsudok bol doručený sťažovateľovi 20. Septembra 1996 (teda 3 roky po zadržaní). Ten sa v októbri 1996 odvolal a tvrdil, že sa jednalo o protizákonné umiestnenie v zdravotníckom zariadení. Dňa 30. apríla 1998 Krajský súd v Bratislave zistil právne a procesné pochybenia prvostupňového súdu a zrušil jeho rozhodnutie. Argumentoval, že Okresný súd Bratislava – vidiek nerozhodol o začatí konania o vyslovenie prípustnosti prevzatia do ústavu a neustanovil opatrovníka pre sťažovateľa ako je ustanovené v §191b ods.1 a 2 OSP. Navyše, súd nevykonal dôkazy potrebné na posúdenie či k prevzatiu došlo zo zákonných dôvodov, nevykonal výsluch sťažovateľa ani jeho ošetrojúceho lekára. Vec bola vrátená prvostupňovému súdu na nové konanie a rozhodnutie. Okresný súd Bratislava III (ktorý sa medzičasom ujal prípadu namiesto Okresného súdu Bratislava–vidiek) vydal rozhodnutie, v ktorom uvádza, že dôvody na začatie konania odpadli, keďže sťažovateľ bol prepustený 26.8.1993. Sťažovateľ podal odvolanie a namietal protizákonné pozbavenie slobody a neinformovanosť o možnosti zvolenia vlastného zástupcu. Krajský súd v Bratislave potvrdil rozhodnutie Okresného súdu. Pán Karol Tám sa následne obrátil so sťažnosťou na ESLP, ktorý vo svojom rozhodnutí konštatoval, že v jeho prípade došlo k porušeniu Čl. 5 ods. 1 a ods. 4 Dohovoru. V časti týkajúcej sa porušenia Čl. 5 ods. 4 Dohovoru súd konštatoval nasledovné (cit.): *„Súd pripomenul možnosť sťažovateľa požiadať o preskúmanie rozhodnutia zo dňa 19. augusta 1993 vyšším súdom. Avšak, rozhodnutie mu bolo doručené až 20. septembra 1996, tri roky po jeho vydaní, a v následnom konaní po podaní odvolania sťažovateľom súd **odmietol rozhodnúť o zákonnosti je držania na základe toho, že sťažovateľ bol prepustený 26. augusta 1993 a teda dôvody na ďalšie konanie v tomto prípade odpadli. Za týchto okolností, bez ohľadu na dĺžku pozbavenia slobody sťažovateľa, preskúmanie v súvislosti s konaním nezaručilo adekvátnu ochranu sťažovateľa. Z toho vyplýva, že došlo k porušeniu čl. 5 ods. 4 Dohovoru.**“*

Záver

Vyššie uvedené úvahy týkajúce sa hmotnoprávných a procesných aspektov poskytovania nútenej zdravotnej starostlivosti by som zhrnul nasledovne. Hmotnoprávna úprava by mala zaručiť právo pacienta na kontrolu vhodnosti liečby navrhovanej poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. Do momentu právoplatného rozhodnutia súdu o schválení navrhovanej liečby by poskytovateľ mohol vykonať len také zdravotné výkony, ktoré sú nevyhnutné na záchranu života pacienta. Z dikcie ustanovenia § 6 ods. 9 písm. d/ Zákona o zdr. starostlivosti by mala byť vynechaná možnosť poskytnúť

zdravotnú starostlivosť duševne chorej osobe, pri ktorej hrozí podľa názoru poskytovateľa „*vážne zhoršenie zdravotného stavu*“. Takto formulovaná možnosť zadržania v súčasnosti otvára poskytovateľom obrovský manévrovací priestor pre zásah do práva na osobnú slobodu a práva na súkromie fyzickej osoby. Prichádzalo by do úvahy definovanie dôvodu priameho a bezprostredného ohrozenia života duševne chorej osoby. Primárnym dôvodom pre zadržanie by malo ostať bezprostredné ohrozovanie iných osôb, resp. bezprostredná hrozba sebapoškodenia, ktoré je vyvolané duševnou chorobou. Zákon by mal explicitne upraviť povinnosť oznámiť zadržanie chorej osoby aj v ambulantnom zdravotníckom zariadení.

Zákonná úprava procesných ustanovení týkajúcich sa detencie by mala byť v prvom rade zosúladená s pojmovým aparátom používaným v Zákone o zdr. starostlivosti a v zákone č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.⁵¹ Zákonodarca by stanovil povinnosť doručovať všetky rozhodnutia vydané v rámci detenčného konania ako zástupcovi pacienta, tak aj pacientovi samotnému. Podkladom pre rozhodnutie súdu o zákonnosti prevzatia by mal byť posudok lekára so špecializáciou v odbore psychiatria, resp. klinická psychológia, ktorý nie je v žiadnom zmluvnom vzťahu k poskytovateľovi v zariadení ktorého došlo k zadržaniu pacienta.

Záverom by som dodal, že akékoľvek úpravy zákonného nastavenia detencie duševne chorých osôb budú prospešné len za predpokladu, že zákonodarca a celkovo spoločnosť bude duševne choré osoby vnímať ako ľudské bytosti, ktoré napriek často bizarným prejavom vyvolaných svojím postihnutím majú rovnakú hodnotu, rovnaké práva a slobody ako ostatní členovia spoločnosti.

⁵¹ Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.