

EVROPSKÝ SOUD PRO LIDSKÁ PRÁVA
ROZSUDEK VELKÉHO SENÁTU
VĚC FERNANDES DE OLIVEIRA proti PORTUGALSKU
(rozhodnutí ve věci Fernandes de Oliveira proti Portugalsku,
stížnost č. 78103/14)

Dotčený článek Úmluvy:
čl. 2

Odkazy na českou právní úpravu:
čl. 6 Listiny základních práv a svobod
zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
(zákon o zdravotních službách)

Klíčová slova:
právo na život – **dobrovolná psychiatrická hospitalizace** – pozitivní závazky
státu – **sebevražda** – **délka řízení** – **povinnost vytvořit regulační rámec**
– **preventivní operativní opatření**

**Povinnost státu vytvořit regulační rámec pro hospitalizaci psychiatrických
pacientů, přijmout preventivní operativní opatření a vyšetřit okolnosti úmrtí
hospitalizovaného pacienta**

Autorský komentář:

V předkládaném rozhodnutí Soud neshledal porušení povinnosti státu ochránit život syna stěžovatelky, který spáchal sebevraždu během své dobrovolné hospitalizace ve zdravotním zařízení, shledal však porušení procesního aspektu čl. 2 Úmluvy s ohledem na délku řízení. Rozhodnutí je kromě standardů kladených Soudem na rozhodování v podobných případech zajímavé i z hlediska připojeného disentu, který nesouhlasí s aktuálním trendem nepřiměřené akceptace práva na svobodu pacientů na úkor jejich práva na život. Uvedený trend zmiňuje Soud v části věnované mezinárodnímu právu, kdy má na mysli zejména Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením (sdělení MZV 10/2010 Sb. m. s., též označovaná jako „CRPD“), rezoluci Valného shromáždění OSN A/RES/46/119 ze 17. 12. 1991, doporučení výboru ministrů Rady Evropy Rec(2004)10 ohledně ochrany lidských práv a lidské důstojnosti osob s duševními poruchami. Na naší národní úrovni lze k mírnějším opatřením u osob s mentálními poruchami vysledovat například doporučení, aby u člověka, který ohrožuje sám sebe a není důvod pro nedobrovolnou hospitalizaci, bylo zajištěno například intervenční psychologické poradenství

(Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR, Liga lidských práv v roce 2015). Nárok, jaký stěžovatelka uplatňovala u národních soudů, by v poměrech České republiky byl posuzován podle ustanovení § 2959 občanského zákoníku, podle něhož při usmrcení nebo zvláště závažném ublížení na zdraví odčinní škůdce duševní útrapy manželu, rodiči, dítěti nebo jiné osobě blízké peněžitou náhradou vyvažující plně jejich utrpení. Nelze-li výši náhrady takto určit, stanoví se podle zásad slušnosti.

Dosavadní judikatura Nejvyššího soudu se zabývala otázkou porušení prevenční povinnosti zařízení, v němž byla pacientka s Alzheimerovou chorobou v třetím stupni hospitalizována a rovněž spoluodpovědností poškozené (rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 17. 12. 2015, sp. zn. 25 Cdo 552/2014, uveřejněné ve Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek pod R 19/2017), kde Nejvyšší soud mimo jiné vyslovil, že „lidská důstojnost je sice důležitou hodnotou, kterou je třeba chránit i u osob postižených těžkou demencí, ovšem ve srovnání s ní je život a zdraví hodnotou nepoměrně významnější; jinými slovy opatření omezující pohyb pacienta jsou přijatelná právě tehdy, jsou-li způsobilá eliminovat nebezpečí hrozící životu či zdraví disabilního pacienta“.

SKUTKOVÝ STAV

Stěžovatelka je matkou pana A. J., který trpěl vícero duševními chorobami, měl patologickou závislost na alkoholu a předpis a během několika let byl opakovaně přijat do psychiatrické nemocnice v Coimbre. Během své dobrovolné hospitalizace opustil psychiatrickou nemocnici a pokusil se o sebevraždu. Den po neúspěšném pokusu o sebevraždu byl A. J. opětovně na vlastní žádost přijat do psychiatrické nemocnice v Coimbre. V důsledku zlepšení jeho stavu došlo během druhého týdne jeho pobytu ke zmírnění striktního režimu, který byl zaveden po jeho návratu. Po zmírnění režimu opustil stěžovatel dne 27. 4. 2000 bez upozornění nemocnici a spáchal sebevraždu.

Stěžovatelka následně podala na nemocnici žalobu na náhradu majetkové a nemajetkové újmy. Tvrdila, že z důvodů předchozích pokusů jejího syna o sebevraždu a jeho duševního stavu měl být pod lékařským dozorem a že nemocniční personál měl zabránit tomu, aby opustil prostory nemocnice. Poukázala na nedostatečnou organizaci nemocničních služeb, chybějící mechanismus, který by zjišťoval přítomnost hospitalizovaných a nedostatky v postupech při nouzových situacích. Její žaloba byla zamítnuta – vnitrostátní soudy uvedly, že nemocniční systém pro monitorování pacientů byl dostatečný, a že povinnost péče o pacienta ze strany nemocnice nebyla porušena.

PŘÁVNÍ POSOUZENÍ

I. K TVRZENÉMU PORUŠENÍ ČLÁNKU 2 ÚMLUVY

80. Stěžovatelka namítala, že státní orgány selhaly ve své povinnosti ochránit život jejího syna v rozporu s čl. 2 Úmluvy. Zejména namítala, že nemocnice jednala nedbalostně, protože nezajistila dostatečný dozor nad jejím synem, neměla odpovídající bezpečnostní plot, který by mu zabránil nemocnici opustit, a nezajistila přiměřenou pohotovostní proceduru. Dále si stěžovala pod čl. 6 odst. 1 Úmluvy na délku civilního řízení, které zahájila vůči nemocnici.

81. Soud shledává, že stížnost bude posouzena jenom z pohledu substantivního a procesního aspektu čl. 2 s ohledem na to, že je pánem charakterizace právního posouzení skutkového stavu případu a není vázaný charakteristikou uvedenou stěžovatelem nebo vládou (viz Radomilja a ostatní proti Chorvatsku [VS], č. 37685/10 a 22768/12, § 126, ECHR 2018).

82. Článek 2 Úmluvy v jeho relevantní části k projednávanému případu zní:

„Právo každého na život je chráněno zákonem. Nikdo nesmí být umylně zbaven života kromě výkonu soudem uloženého trestu následujícího po uznání viny za spáchání trestného činu, pro který zákon ukládá tento trest.“

A. Ve věci samé

(...)

3. Posouzení Soudem

a) Předběžné otázky a rozsah posouzení Soudem

103. Soud na úvod poznamenává, že projednávaný případ se týká namítané lékařské nedbalosti v kontextu sebevraždy v průběhu dobrovolné hospitalizace ve státní psychiatrické instituci. Tudiž mohou být použity dva sice odlišné, ale vzájemně související pozitivní závazky podle čl. 2, které již byly v judikatuře Soudu dovozeny. Zprvé existuje pozitivní závazek státu vytvořit regulační rámec nutící nemocnice přijmout přiměřená opatření na ochranu života pacientů (viz odstavce 104–7 níže). Zadruhé existuje pozitivní závazek přijmout preventivní provozní opatření na ochranu jednotlivce před jiným jednotlivcem nebo, ve zvláštních okolnostech, před sebou samým (viz odstavce 108–15 níže).

b) Obecné principy

104. Soud nejdříve vytyčí obecné principy vztahující se na dva výše zmíněné závazky a posléze posoudí aplikaci těchto principů v projednávaném případě. Soud zdůrazňuje, že první věta čl. 2, který je jedním z nejvýznamnějších ustanovení Úmluvy a zakotvuje jedny z nejzákladnějších hodnot demokratických společností tvořících Radu Evropy, vyžaduje od států nejenom zdržet se „umylného“ zblavení

života, ale též přijetí přiměřených opatření k ochraně života osob pod jejich jurisdikcí (viz *Calvelli a Ciglio proti Itálii* [VS], č. 32967/96, § 48, ECHR 2002-I).

(i) Pozitivní závazek vytvořit regulační rámec

105. Zaprvé, ve zvláštním kontextu zdravotní péče Soud interpretoval substantivní pozitivní závazek státu jako takový, který od státu vyžaduje přijetí právních předpisů nutících nemocnice, soukromé i státní, přijmout přiměřená opatření na ochranu života pacientů. Tento pozitivní závazek též vyžaduje vytvoření efektivního a nezávislého systému soudnictví, aby mohla být stanovena příčina smrti pacientů v péči zdravotnických pracovníků ve státním i v soukromém sektoru, a aby mohla být vyvozena odpovědnost vůči zodpovědným osobám (viz, kromě mnoha dalších, *Calvelli a Ciglio* [VS], citováno výše; a *Dodov proti Bulharsku*, č. 59548/00, § 80, 17. 1. 2008).

106. V případě *Lopes de Sousa Fernandes proti Portugalsku* ([VS], č. 56080/13, § 165, ECHR 2017) velký senát nedávno znovu potvrdil a vyjasnil rozsah pozitivního závazku státu pod čl. 2 v kontextu namítané lékařské nedbalosti v nemocnici. I v případech, kde byla zjištěna lékařská nedbalost, Soud obvykle shledá porušení substantivní části čl. 2 jenom tehdy, pokud relevantní regulační rámec selhal v zajištění řádné ochrany života pacienta. Soud uvedl, že pokud smluvní strana přijala adekvátní opatření zajišťující vysoké profesní standardy mezi zdravotnickými pracovníky a ochranu života pacientů, skutečnosti jako omyl v úsudku zdravotnického pracovníka nebo nedbalostní koordinace mezi zdravotnickými pracovníky v léčbě konkrétního pacienta nemohou být samy o sobě považovány za ústíci v odpovědnost smluvní strany z hlediska pozitivních závazků chránit život plynoucích z čl. 2 Úmluvy (§ 187, tamtéž).

107. Otázka, zda došlo k selhání státu při dodržování výše zmíněných regulačních povinností, vyžaduje konkrétní, a nikoliv jenom abstraktní posouzení namítaného nedostatku. Úkolem Soudu obvyčejně není zkoumat relevantní právo nebo praxi *in abstracto*, nýbrž určit, zda způsob, jakým byly uplatněny nebo jakým se dotkly stěžovatelky nebo zesnulého, vedl k porušení Úmluvy (viz *Lopes de Sousa Fernandes*, citováno výše, § 188). A proto samotná skutečnost, že regulační rámec nebyl v nějakých aspektech dostatečný, nemůže sama o sobě vyvolat pochybnosti pod čl. 2 Úmluvy. Musí být prokázáno, že došlo k újmě pacienta.

(ii) Pozitivní závazek přijmout preventivní operativní opatření

108. Zadruhé, čl. 2 může obsahovat v určitých přesně definovaných okolnostech pozitivní závazek státních orgánů přijmout preventivní operativní opatření na ochranu jednotlivce před jiným jednotlivcem (viz *Osman*, citováno výše, § 115), nebo ve zvláštních okolnostech před sebou samým (viz *Renolde* č. 5608/05; a *Haas proti Švýcarsku*, č. 31322/07, § 54, ECHR 2011).

109. Ve věci Osman Soud dovedl, že musí být postaveno najisto, že státní orgány v daném čase věděly nebo měly vědět o existenci reálného a bezprostředního rizika trestního jednání třetí osoby vůči životu identifikovaného jednotlivce nebo jednotlivců, a že na odvrácení tohoto rizika nepřijaly opatření, k jejichž přijetí měly pravomoc a která bylo lze od nich rozumně očekávat (tamtéž, § 116).

110. V několika věcech, které se netýkaly trestního jednání třetích osob, ale sebepoškození osob v detenci, Soud dovedl obdobný pozitivní závazek v případech, kdy státní orgány věděly nebo měly vědět, že daná osoba vykazuje reálné a bezprostřední riziko sebevraždy. Pokud Soud dospěje k závěru, že státní orgány věděly nebo měly vědět o tomto riziku, přistoupí k analýze, zda udělaly všechno, co od nich lze rozumně očekávat, aby zabránily zhmotnění tohoto rizika (viz Hiller, citováno výše, § 49; a Keenan proti Spojenému království, č. 27229/95, § 93, ECHR 2001-III). Soud proto zkoumá s ohledem na všechny okolnosti daného případu, jestli dané riziko bylo reálné a bezprostřední.

111. Soud již v Osmanovi uznal, že s ohledem na potíže spojené s kontrolou moderních společností, nepředvídatelností lidského chování a operativní volby, která musí být učiněna z hlediska priorit a zdrojů, se musí tento závazek vykládat tak, aby pro státní orgány neznamenal nemožnou nebo nepřiměřenou zátěž. A proto ne každé namítané ohrožení života automaticky znamená, že státní orgány mají závazek plynoucí z Úmluvy přijmout operativní opatření, která by zabránila zhmotnění tohoto rizika (viz Osman, citováno výše, § 116).

112. Soud rovněž připomíná, že samotnou podstatou Úmluvy je respektování lidské důstojnosti a lidské svobody. V tomto ohledu musí státní orgány plnit své povinnosti způsobem slučitelným s právy a svobodami dotyčné osoby a způsobem, který snižuje možnost sebepoškození, aniž by byla porušena osobní autonomie jednotlivce (viz, *mutatis mutandis*, Mitić proti Srbsku, č. 31963/08, § 47, 22. 1. 2013). Soud přitom uznal, že příliš restriktivní opatření mohou být problematická z hlediska článků 3, 5 a 8 Úmluvy (viz Hiller, citováno výše, § 55).

113. Soud považuje osoby s duševním postižením za obzvláště zranitelné (viz Renolde, citováno výše, § 84). Pokud se státní orgány rozhodnou umístit a držet v detenci osobu s duševním onemocněním, měly by prokázat zvláštní péči při zaručení takových podmínek, které odpovídají zvláštním potřebám této osoby vyplývajícím z jejího zdravotního postižení. Totéž platí pro osoby, které jsou nedobrovolně umístěny v psychiatrických zařízeních (viz Hiller, citováno výše, § 48 a tam uvedená rozhodnutí).

114. Soud se již také zabýval stížnostmi, které podali příbuzní dobrovolně se léčících psychiatrických pacientů. Ve věci Reynolds proti Spojenému království (č. 2694/08, 13. 3. 2012) byl syn stěžovatelky přijat do zařízení jako dobrovolný pacient a následně spáchal sebevraždu skokem z okna v šestém patře v důsledku psychotických symptomů. Při zjišťování, zda došlo k porušení čl. 13 ve spojení s čl. 2, dospěl Soud k závěru, že stěžovatelka neměla k dispozici občanskoprávní

řízení, které by jí umožnilo prokázat odpovědnost nemocnice a domoci se odškodnění za vlastní utrpení a za smrt jejího syna (viz § 67 tohoto rozsudku), a zjistil, že v daném případě existovalo hájitelné tvrzení porušení čl. 2 ohledně okolností smrti po dobrovolné hospitalizaci jejího syna v psychiatrické nemocnici. Soud v případě Reynolds výslovně neuvedl, že pozitivní závazek přijmout preventivní operativní opatření se aplikuje na dobrovolně se léčící psychiatrické pacienty. Takové zjištění však ani jednoznačně nevyloučil. Soud je nyní vyzván, aby tuto otázku v projednávané věci rozhodl.

115. Pokud jde o rizika sebevraždy, Soud již dříve v případech, kdy byly osoby zadržovány státními orgány (většinou v policejní vazbě nebo v detenci), definoval řadu faktorů, jejichž zohlednění je nezbytné pro zjištění, zda státní orgány věděly nebo měly vědět, že život konkrétní osoby byl vystaven reálnému a bezprostřednímu riziku, které vyvolalo povinnost přijmout vhodná preventivní opatření. Tyto faktory obvykle zahrnují:

i) historie psychických problémů osoby (viz Volk proti Slovinsku, č. 62120/09, § 86, 13. 12. 2012; Mitić, citováno výše; a Younger proti Spojenému království (usnesení), č. 57420/00, ECHR 2003-I);

ii) závažnost duševního onemocnění (viz De Donder a De Clippel proti Belgii, č. 8595/06, § 75, 6. 12. 2011, a Keenan, citováno výše);

iii) předchozí pokusy o sebevraždu nebo sebepoškození (viz Renolde, citováno výše, § 86; Ktreb proti Francii, č. 38447/09, § 78, 19. 7. 2012, a Çoşelav proti Turecku, č. 1413/07, § 57, 9. 10. 2012; a srov. Hiller, citováno výše, § 52);

iv) sebevražedné myšlenky a hrozby (viz kupříkladu Reynolds, citováno výše, § 10);

v) známky fyzické nebo duševní úzkosti (viz De Donder a De Clippel, citováno výše; a srov. Younger, citováno výše).

c) Aplikace těchto principů v projednávané věci

(i) Pozitivní závazek státu přijmout regulační rámec

116. Soud nejdříve zdůrazňuje, že jeho přezkum vnitrostátního regulačního rámce není abstraktní, nýbrž spíše takový, který posuzuje způsob, jakým tento rámec v konkrétním případě působil na stěžovatele (viz odstavec 107 výše).

117. Pokud jde o stížnost stěžovatelky týkající se nedostatku bezpečnostních plotů a stěn kolem Psychiatrické nemocnice Sobral Cid, nevidí Soud, stejně jako vnitrostátní soudy, žádný důvod zpochybňovat přístup přijatý v tomto ohledu nemocnicí, který byl v souladu se zákonem o duševním zdraví platným v rozhodné době (viz odstavec 58 výše). Podle tohoto zákona měla být péče o duševní zdraví poskytována v co možná nejméně omezujícím prostředí. Tyto obecné principy odrážely terapeutický cíl vytvořit otevřený režim, kdy by si pacient ponechal právo volně se pohybovat. Tento přístup je v souladu s mezinárodními standardy, které byly v posledních letech vyvinuty pro léčbu psychiatrických pacientů (viz část Me-

zinárodní právo výše a viz také Hiller, citováno výše, § 54). Soud dále poznamenává, že národní právní úprava, zákon o duševním zdraví ze dne 24. 7. 1998 (viz odstavec 58 výše) stanoví možnost nedobrovolné hospitalizace v případech, kdy je to odůvodněno specifickými potřebami pacienta. Bez ohledu na to, zda byla v případě A. J. pro vyloučení reálného a bezprostředního ohrožení jeho života nutná nedobrovolná hospitalizace, regulační rámec poskytl Psychiatrické nemocnici Sobral Cid nezbytné prostředky léčby k naplnění lékařských a psychiatrických potřeb A. J.

118. Jakkoliv písemné pokyny týkající se omezujících opatření pro psychiatrické pacienty byly zavedeny až v roce 2011 (viz odstavec 63 výše), Soud nemá za to, že by šlo o nedostatek, který by sám o sobě učinil regulační rámec neúčinným pro účely poskytnutí nezbytných prostředků pro ochranu života A. J.

119. V tomto ohledu Soud rozlišuje mezi požadavky na kvalitu práva podle čl. 3, 5 a 8 Úmluvy, pokud jde o negativní aspekt příslušného práva, a povinností mít zavedený regulační rámec podle čl. 2 Úmluvy, který je způsobilý chránit osobu před ublížením způsobeným třetí stranou nebo jím samým. Kvalita práva vyžadovaná čl. 5 odst. 1 znamená, že pokud vnitrostátní právo povoluje zbavení osobní svobody, musí být dostatečně přístupné, přesné a předvídatelné ve své aplikaci, aby se předešlo veškerému riziku svévole (viz J. N. proti Spojenému království, č. 37289/12, § 77, 19. 5. 2016, a tam citovaná rozhodnutí). Protože účel požadavku regulačního rámce podle čl. 2 je odlišný, je jím konkrétně poskytování nezbytných nástrojů na ochranu života pacienta, pak neexistence písemné politiky týkající se používání omezujících prostředků, není určující pro jejich účinnost, a nevede sama o sobě k porušení čl. 2. Navíc nelze opomenout, že A. J. byl přijat k dobrovolné hospitalizaci a stěžovatelčina stížnost se nevztahuje na období, během něhož byl její syn v omezujícím režimu. Proto má Soud za to, že není třeba tuto otázku dále zkoumat (viz Radomilja a další, citováno výše, § 126).

120. Soud také neshledal žádné vady v systému dohledu nad dobrovolnými pacienty, jejichž existence by odůvodňovala závěr, že tento systém měl takové nedostatky – jak namítá stěžovatelka – které vedly k úmrtí A. J. Tento systém spočíval ve stanovení jasného denního rozvrhu pro každého pacienta a ověřování přítomnosti pacienta ve všech časech jídla a podávání léků, jakož i obecné monitorování pacientů zaměstnanci ve službě (viz § 50–51 výše). K dispozici byl také restriktivnější systém dohledu, který byl aplikován na začátku pobytu pacienta a pak v případech, kdy to ošetřující lékař považoval za nezbytné (viz § 54 výše). V případech, kdy byl aplikován restriktivnější dohled, nebylo pacientům dovoleno opustit pavilon a jejich pohyb byl sestrami přísněji sledován. Konečně v nouzových situacích mohla Psychiatrická nemocnice Sobral Cid využít také jiné formy omezení, včetně použití izolačního pokoje. Popsaný systém dohledu a dostupná omezovací opatření tak poskytly Psychiatrické nemocnici Sobral Cid nástroje nezbytné pro léčbu A. J.

121. Soud rovněž akceptuje zjištění vnitrostátního soudu, že zavedený systém dohledu zohledňoval nezbytnost respektování soukromí A. J. a že byl v souladu se

zásadou zacházení s pacienty v co možná nejméně omezujícím režimu. Soud sám v minulosti shledal, že by příliš restriktivní opatření ve vztahu k psychiatrickým pacientům mohla vyvolávat otázky podle čl. 3, 5 a 8 Úmluvy (viz odstavec 112 výše a Hiller, citováno výše, § 55) a více omezující režim dohledu nad A. J. by mohl být zpochybněn jako neslučitelný s těmito právy, a to zejména vzhledem k jeho postavení dobrovolného pacienta.

122. Co se týče nouzového postupu, ten spočíval v upozornění lékaře v pohotovosti, policie a pacientovy rodiny (viz odstavec 52 výše). V době mezi 19:00 a 20:00 nahlásila koordinující sestra zmizení A. J. ošetřujícímu lékaři, Dr. M. J. P., který měl ten den pohotovostní službu (ale nebyl v té době v Psychiatrické nemocnici Sobral Cid), a ten kontaktoval Národní republikánskou gardu a stěžovatele. Soud akceptuje zjištění vnitrostátního soudu, že zavedený nouzový postup byl přiměřený a nenašel žádnou příčinnou souvislost mezi namítanými nedostatky v nouzovém řízení a úmrtím A. J. Z toho důvodu shledává, že tento systém nebyl nedostačující do té míry, aby byl vyvolával pochybnosti o jeho rozporu s čl. 2 Úmluvy.

123. Soud konečně poznamenává, že stěžovatelka měla přístup k soudnímu systému, který byl způsobilý identifikovat, kdo je odpovědný za smrt A. J. Stěžovatelka podala civilní žalobu u správního soudu ve městě Coimbra a pak podala odvolání k Nejvyššímu správnímu soudu (viz odstavce 29–46 výše). I když byly vzneseny otázky týkající se délky tohoto civilního řízení, kterou Soud posoudí podle procesní části čl. 2 (viz odstavce 134–140 níže), nic v projednávané věci nenaznačuje systémové nedostatky ve fungování soudního systému, které by vyústily v odepření stěžovatelčina práva na účinný přezkum jejího civilního nároku.

(ii) Pozitivní závazek přijmout preventivní operativní opatření

124. Není pochyb o tom, že jako osoba s vážnými psychickými problémy byl A. J. ve zranitelném postavení. Soud se domnívá, že psychiatrický pacient je obzvláště zranitelný, i když je léčen dobrovolně. Vzhledem k duševní poruše pacienta může být jeho schopnost přijmout racionální rozhodnutí o ukončení svého života do určité míry narušena. Každá hospitalizace psychiatrického pacienta, ať už nedobrovolná nebo dobrovolná, nevyhnutelně zahrnuje určitou míru omezení v důsledku zdravotního stavu pacienta a následné léčby zdravotnickými pracovníky. V průběhu léčby může dojít k použití dalších druhů omezení. Taková omezení mohou mít různé formy, včetně omezení osobní svobody a práva na soukromí. S ohledem na všechny tyto faktory a vzhledem k povaze a vývoji judikatury uvedené v odstavcích 108 až 115 výše má Soud za to, že státní orgány mají obecnou povinnost, pokud jde o dobrovolně hospitalizovaného psychiatrického pacienta, přijmout přiměřená opatření na jeho ochranu před skutečným a bezprostředním rizikem sebevraždy. Vyžadovaná konkrétní opatření pak budou záviset na konkrétních okolnostech případu, přičemž konkrétní okolnosti se často budou lišit v závislosti na tom, zda je pacient dobrovolně, nebo nedobrovolně hospitalizován.

A proto povinnost přijmout přiměřená opatření k zabránění sebepoškození existuje ve vztahu k oběma kategoriím pacientů. Soud se však domnívá, že v případě pacientů, kteří jsou hospitalizováni na základě soudního příkazu, a tedy nedobrovolně, může Soud ve svém posouzení použít přísnější standardy přezkumu.

125. V souladu s výše uvedeným musí Soud posoudit, zda státní orgány věděly nebo vědět měly, že A. J. vykazuje znaky skutečného a bezprostředního rizika sebevraždy, a pokud ano, zda učinily vše, co od nich bylo lze rozumně očekávat, aby takové riziko odvrátily, a to prostřednictvím přijetí dostupných omezujících opatření (viz Keenan, cit. výše, § 93). Soud bude mít přitom na paměti operativní volby, které musí být učiněny s přihlédnutím k prioritám a prostředkům dostupným při zajišťování veřejné zdravotnické péče a některých dalších veřejných služeb, stejně jako nesnáze, které přináší dohled nad moderními společnostmi (viz § 111 výše).

126. Jak bylo shrnuto v bodě 115 výše, Soud zakotvil seznam relevantních kritérií pro posuzování rizika sebevraždy. K těm nyní přihlédne v kontextu specifických okolností projednávané věci, aby mohl učinit závěr o tom, zda příslušné národní orgány věděly nebo vědět měly, že život stěžovatelčina syna byl skutečně a bezprostředně ohrožen, a zda tak byla aktivována povinnost přijmout vhodná preventivní opatření.

127. Zprv, pokud jde o historii psychiatrických obtíží A. J., je nesporné, že byl mezi lety 1984 až 2000 celkem osmkrát dobrovolně hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Sobral Cid (viz § 12 výše). Tyto pobyty obvykle následovaly po krizích nebo intoxikaci alkoholem, zatímco poslední pobyt v nemocnici následoval po jeho pokusu o sebevraždu. Národní soudy dospěly ke skutkovému závěru, že A. J. trpěl několika psychiatrickými onemocněními způsobenými patologickou závislostí na alkoholu a na lécích na předpis. Dále také uzavřely, že v některých obdobích trpěl depresí. Po jeho smrti soudem ustanovený znalec z oboru psychiatrie (viz § 33 výše) dále považoval za možné, že A. J. trpěl také hraniční poruchou osobnosti. Zadruhé, pokud jde o závažnost psychických obtíží A. J., je jednoznačné, že A. J. trpěl závažnými psychickými obtížemi po dlouhou dobu (viz Rebolde, cit. výše, § 109).

128. Pokud jde o sebevražedné myšlenky nebo výhrůžky, Soud nemá důvod zpochybňovat závěry domácích soudů o tom, že během posledních dní svého života A. J. nevykazoval žádné chování nebo nálady, které by vedly zaměstnance nemocnice k podezření, že jeho chování dne 27. 4. 2000 bylo odlišné než v předcházejících dnech (viz § 40 výše). Během pěti jednání národní soud shromáždil množství důkazů a vyslechl mnoho svědků, aby bylo možno věc podrobně projednat. Soud tedy nezpochybňuje závěr o tom, že A. J. nevykazoval známky sebevražedných myšlenek po dobu svého pobytu v Psychiatrické nemocnici Sobral Cid od 2. 4. 2000 (viz Hiller, cit. výše, § 52). Stěžovatelka v řízení před domácími soudy tvrdila, že dne 25. 4. 2000 se pokusil A. J. opětovně spáchat sebevraždu nadměrnou konzumací alkoholu. Toto tvrzení bylo odmítnuto národními soudy, které shledaly,

že důvodem pro jeho přijetí na krizové oddělení Univerzitní nemocnice v Coimbre dne 26. 4. 2000 bylo rizikové, nikoliv však sebevražedné chování A. J. (viz § 40 výše). Domácí soudy dospěly k tomuto závěru na základě důkladné, relevantní a přesvědčivé analýzy důkazů, které byly pečlivě hodnoceny. Soud přijal tato zjištění domácích soudů, pokud jde o uvedenou událost, a to s přihlédnutím ke skutečnosti, že A. J. byl chronický alkoholik a že ke konzumaci alkoholu došlo odpoledne a odehrála se především v kavárně. Dospěl tedy k závěru, že A. J. se pokusil o sebevraždu jednou – dne 1. 4. 2000 – tedy více než tři týdny před svou smrtí.

129. Nakonec, pokud jde o známky fyzického nebo psychického stresu, zdravotnické záznamy z 27. 4. 2000 uvádí, že A. J. byl klidný, procházel se po budově, ve které byl hospitalizován, na oběd dobře jedl a byl přítomen na odpolední svačině (viz § 22 výše). Soud tedy i v této souvislosti přijal závěry národních soudů, že ve dnech bezprostředně předcházejících sebevraždě chování A. J. nevykazovalo známky, které by zavdávaly důvod k obavám (viz § 40 výše).

130. Soud shledává, že Psychiatrická nemocnice Sobral Cid věděla o dlouhé historii psychických obtíží A. J. a věděla též, že v určitých obdobích představoval riziko pro vlastní život. Nicméně Soud také shledává, že jakkoliv byl A. J. zranitelný, nacházel se v prostředí, které dobře znal, kde komunikoval se zaměstnanci, které znal a kteří znali jeho. Ve chvíli, kdy Psychiatrická nemocnice Sobral Cid vyhodnotila, že se riziko že si ublíží, snížilo, umožnila mu, aby se pohyboval po pozemcích Psychiatrické nemocnice Sobral Cid a aby víkendy trávil doma se svou rodinou. Neexistuje žádný důkaz o tom, že by se rodina A. J. postavila proti rozhodnutí, že A. J. může trávit víkendy doma. V období, kdy bylo vyhodnoceno, že riziko je vyšší, A. J. zůstával v určeném pavilonu, v pyžamu a pod přísnějším dohledem. Tak tomu bylo také poté, co byl A. J. dne 2. 4. 2000 přijat do Psychiatrické nemocnice Sobral Cid, kde byl první týden svého pobytu podřízen přísnému režimu (viz § 18 výše), stejně jako několikrát v minulosti poté, co byl hospitalizován. Nicméně přísný režim byl vždy ukončen poté, co se symptomy vykazované A. J. začaly zlepšovat. To bylo v souladu s obecnou filosofií Psychiatrické nemocnice Sobral Cid, podle které měli pacienti vždy co největší volnost pohybu, aby se tak zvýšil jejich smysl pro zodpovědnost a aby se mohli navrátit do svého rodinného prostředí a do společnosti vůbec. Soud nemá žádný důvod zpochybňovat hodnocení Dr. A. A., ošetřujícího psychiatra A. J., které bylo akceptováno také národními soudy, a podle kterého léčení A. J., které sestávalo z předepsané medikace, zařazení do dobrovolného léčebného programu a navazování vztahu důvěry (viz § 35 výše), bylo vhodné a přiměřené okolnostem.

131. Soud uzavírá ve shodě s hodnocením psychiatra ustanoveného Zdravotnickou asociací (viz § 33 výše), že jakkoliv riziko sebevraždy u pacientů jako A. J., jejichž psychopatologický stav plyne z mnohosti diagnóz, nemůže být zcela vyloučeno, bezprostřední riziko se může lišit. V projednávané věci se Psychiatrická nemocnice Sobral Cid pokoušela podmínky jeho pobytu přizpůsobovat proměn-

livému riziku, které měnící se psychický stav A. J. představoval, a to prostřednictvím zmírňování a zpříšňování monitorovacího režimu. Tato rozhodnutí byla činěna týmem, který za něj byl zodpovědný (viz § 35 výše). Soud odkazuje na množství relevantních faktorů popsaných v odstavcích 127–129 výše. Nadto vzal také v potaz, že podle znaleckých posudků nelze v případech pacientů, jako byl A. J., dosáhnout úplného vyloučení rizika sebevraždy (viz § 33 výše) a že Správní soud v Coimbre shledal, že sebevražda A. J. nebyla předvídatelná (viz § 40 výše). Nadto Soud přistupuje k otázce rizika prostřednictvím hodnocení, zda bylo zároveň skutečné a bezprostřední a poznamenává, že pozitivní závazek státu musí být interpretován tak, aby národní orgány neunesly nemožné nebo nepřiměřené břemeno. Ve světle uvedeného Soud uzavírá, že nebylo prokázáno, že by orgány věděly nebo vědět měly, že existovalo bezprostřední ohrožení života A. J. ve dnech předcházejících 27. 4. 2000.

132. Soud proto nepovažuje za potřebné provádět druhou část Osman/Keenan testu, tedy zabývat se tím, zda národní orgány přijaly opatření, která od nich mohla být rozumně očekávána.

d) Závěrečné poznámky

133. Pokud jde o pozitivní závazek státu přijmout regulační rámec, Soud uzavírá, že způsob, jakým byl regulační rámec zakotven, nevyústil v porušení čl. 2 Úmluvy v kontextu okolností projednávané věci. Pokud jde o povinnost přijmout preventivní operativní opatření, Soud uzavírá, že nebylo shledáno, že národní orgány věděly nebo vědět měly, že v rozhodné době byl život A. J. skutečně a bezprostředně ohrožen. Závěrem Soud shledává, že nedošlo k porušení hmotněprávního aspektu čl. 2 Úmluvy v kontextu projednávané věci.

B. Procesní aspekt

(...)

3. Posouzení Soudem

a) Obecné principy

137. Procesní povinnost podle čl. 2 v kontextu zdravotní péče mimo jiné vyžaduje, aby řízení bylo skončeno v rozumné době (viz Lopes de Sousa Fernandes, cit. výše, § 218). Znalost skutečností a případných pochybení, k nimž došlo při poskytování zdravotní péče, je zásadní pro dotčené instituce a zdravotnický personál, pokud mají potencionální nedostatky napravit a předcházet dalším podobným pochybením. Urychlené projednání takových případů je proto důležité pro bezpečí

všech příjemců zdravotní péče (viz Šilih proti Slovinsku [VS], č. 71463/01, 9. 4. 2009, § 196). Zejména pak v případech, kdy řízení bylo zahájeno, aby došlo k vyjasnění okolností, za kterých došlo k úmrtí člověka v nemocnici, je nepřiměřená délka řízení významným prvkem indikujícím, že řízení mělo takové nedostatky, které vedly k porušení pozitivních závazků státu plynoucích z Úmluvy, ledaže stát předloží vysoce přesvědčivé a důvěryhodné důvody, které takovou délku řízení ospravedlňují (viz například Lopes de Sousa Fernandes, cit. výše, § 219; a Bilbija a Blažević proti Chorvatsku, č. 62870/13, 12. 1. 2016, § 107).

b) Aplikace principů v projednávané věci

138. Řízení před národními orgány trvalo 11 let, 2 měsíce a 15 dní, a to na dvou instancích. Soud poznamenává, že vláda uznala, že řízení bylo nepřiměřeně dlouhé a že neproběhlo v souladu s požadavkem na jeho skončení v přiměřené době, a to i tehdy, vezmeme-li v úvahu komplexní povahu řízení a nezbytné odročování jednání.

139. Vláda nepředložila žádné přesvědčivé a důvěryhodné důvody ospravedlňující délku řízení před národními soudy. V projednávané věci byli svědci slyšeni v rozmezí osmi až devíti let po smrti A. J. a šest až sedm let poté, co stěžovatelka podala návrh na zahájení řízení (viz § 35 výše). Plynutí času mohlo ovlivnit rozsah, v jakém si svědci mohli pamatovat rozhodné skutečnosti relevantní pro dobu před smrtí A. J. Nadto, jak Soud již v minulosti uvedl, rychlost řízení byla důležitá pro případ, že by byly shledány nedostatky nebo pochybení, a to proto, aby mohly být napraveny (viz Lopes de Sousa Fernandes, cit. výše, § 218).

140. Soud uzavírá, že došlo k porušení procesního aspektu čl. 2 Úmluvy.

VÝROK

Z těchto důvodů Soud

1. *Rozhoduje* 15 hlasy ku 2, že nedošlo k porušení hmotněprávního aspektu čl. 2 Úmluvy;

2. *Rozhoduje* jednomyslně, že došlo k porušení procesního aspektu čl. 2 Úmluvy (...).

ČÁSTEČNĚ SOUHLASNÉ A ČÁSTEČNĚ NESOUHLASNÉ STANOVISKO SOUDCE PINTO DE ALBUQUERQUE PODEPSANÉ SOUDCEM HARTUYUNYAN

1. Hlasoval jsem pro porušení jak hmotněprávního, tak i procesního aspektu čl. 2 Evropské úmluvy o lidských právech („Úmluva“). Zatímco se více méně ztotožňuji se závěry většiny ohledně procesního aspektu, nemohu sdílet jejich pohled na hmotněprávní aspekt případu, a to ze skutkových i právních důvodů.

(...)

56. Lze shrnout, že tento případ je dalším prohlášením tohoto Soudu, které přináší zklamání, týkající se závazku státu poskytovat zdravotní péči zranitelným osobám, jako jsou hospitalizovaní psychiatričtí pacienti. Na základě nesprávného hodnocení právního a skutkového pozadí případu a dezinterpretace vlastní judikatury Soudu, většina přistoupila k případu nebohého A. J. jinak než k případům Renolde a De Donder, a zanechala tak silný dojem dvojitého standardu. Co je však ještě horší, je zjevné, že většina přijala jednostranný přístup k mezinárodnímu zdravotnickému právu a praxi, neboť vzala v úvahu trend, který zdůrazňuje svobodu psychiatrických pacientů, ale zcela opomněla opačné názory, které požadují zvýšený závazek státu předcházet sebevraždám, a to především v případech osob, které jsou pod dohledem státu, tím spíše pak, pokud jde o hospitalizované psychiatrické pacienty.

V současném politickém kontextu v Evropě tento rozsudek nikoho nepřekvapí. Já však doufám, že jednou, až se politický kontext změní, bude tento rozsudek překonán. Mojí obavou však je, že než k tomu dojde, mnoho psychiatrických pacientů se sebevražednými sklony zemře, stejně jako A. J., přestože by bylo možné tomu předejít.

(Zpracovali JUDr. Lubomír Ptáček, Ph.D., a Mgr. Martina Grochová, Ph.D.)