



Právo na život – praktický manuál pre zdravotníckych pracovníkov

JUDr. Kristína Čahojová

Odbor legislatívy, stratégie a ústavného práva Generálnej prokuratúry Slovenskej republiky

Právo na život patrí medzi základné ľudské práva a jeho ochrana má osobitný význam v zdravotníctve, najmä v psychiatrii. Porušenie práva na život predstavuje najzávažnejšie porušenie ľudských práv, preto je jeho ochrana kľúčová. Článok 2 Dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd (ďalej len Dohovor) garantuje, že žiadna osoba nesmie byť svojvoľne zbavená života, pričom jeho uplatnenie sa netýka len úmrtí, ale aj situácií, kde je život pacienta reálne a bezprostredne ohrozený.

Rozdiel medzi trestnoprávnou a ľudskoprávnou ochranou spočíva v tom, že trestné právo posudzuje individuálne zavinenie, zatiaľ čo ľudskoprávny prístup hodnotí aj pozitívne záväzky štátu – vytvorenie bezpečného systému, účinné vyšetrovanie a kontrolu tohto systému. V psychiatickej praxi to znamená, že zdravotnícki pracovníci majú povinnosť aktívne hodnotiť riziko straty života pacienta a prijímať primerané opatrenia, pričom zároveň rešpektujú jeho práva a dôstojnosť. Judikatúra Európskeho súdu pre ľudské práva (ďalej len ESLP) kladie dôraz nielen na prevenciu samovražedného rizika, ale aj na predchádzanie iným situáciám ohrozenia života, ako sú napríklad zásahy tretích osôb, nesprávne použitie obmedzovacích prostriedkov, či neprimerané zásahy polície pri hospitalizovaných pacientoch. Z toho vyplýva praktický test pre hodnotenie rizika, ktorý je nezáväzný, vyvodенý z judikatúry ESLP a môže byť aplikovaný spolu s platnými právnymi predpismi a štandardnými postupmi, schválenými Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky, ako napríklad „Akútny manažment dospelého pacienta so suicídálnym syndrómom v špecializovanej psychiatickej starostlivosti“.

Záverečný pohľad poukazuje na to, že ochrana života v psychiatickej starostlivosti je kombináciou preventívnych, organizačných a individuálnych opatrení, ktorá umožňuje minimalizovať riziko smrti, zabezpečiť dodržiavanie ľudských práv a chrániť právnu a profesionálnu integritu zdravotníkov.

Kľúčové slová: právo na život, psychiatická starostlivosť, Európsky súd pre ľudské práva, riziko samovraždy, pozitívne záväzky štátu

Right to life – A Practical manual for healthcare professionals

The right to life is a fundamental human right with particular importance in healthcare, especially in psychiatry. Violations of the right to life represent some of the most serious human rights breaches. Article 2 of the European Convention on Human Rights (Convention) guarantees that no one shall be arbitrarily deprived of life. Its application extends beyond actual deaths to situations where life is at real and immediate risk.

The difference between criminal and human rights protection lies in scope: criminal law assesses individual culpability, whereas human rights law evaluates positive obligations of the state – creating a safe system, ensuring effective investigations, and maintaining oversight. In psychiatric practice, healthcare professionals must actively assess life-threatening risks and take proportionate measures while respecting the patient's rights and dignity.

European Court of Human Rights (ECtHR) case law points not only to the suicide risks but also to other life-threatening situations, such as third-party interventions, misuse of restraints, or inappropriate police actions in hospital settings. From this arises a practical risk assessment test for healthcare staff, which is non-binding, derived from ECtHR case law, and may be applied alongside applicable legal regulations and standard protocols approved by the Ministry of Health of the Slovak Republic, such as the “Acute Management of Adult Patients with Suicidal Syndrome in Specialized Psychiatric Care”. In conclusion, protecting life in psychiatric care combines preventive, organizational, and individual measures, creating a system that minimizes risk, ensures respect for human rights, and safeguards the legal and professional integrity of healthcare providers.

Key words: right to life, psychiatric care, European Court of Human Rights, suicide risk, positive obligations of the state

Psychiatr. prax, 2026;27(2):80-88

ÚVOD

Právo na život bolo v minulosti označené ako „najdôležitejšie ľudské právo“, právo „najzákladnejšie“ alebo „najvyššie“. Aj keď ospravedliteľnosť týchto výrokov vo svetle zásady, že „všetky ľudské práva sú univerzálne, nedeliteľné, vzájomne závislé a previazané“, je sporná, je isté, že právo na život má medzi ľudskými právami zvláštne postavenie. Jeho porušenie patrí k najzávažnejším porušeniam ľudských práv z toho dôvodu, že nie je spôsob, ako toto porušenie odčiniť. V Dohovore o ochrane ľudských práv a základných slobôd Rady Európy (ďalej len „Dohovor“) je článok 2, ktorý právo na život chráni, je systematicky zaradený ako prvý zo substantívnych článkov Dohovoru, čo len podčiarkuje jeho význam (1).

JE TO LEN TEÓRIA, ALEBO NIEČO, ČO MA BUDÍ O TRETEJ RÁNO? (PRÁVNE VÝCHODISKÁ K ČLÁNKU 2)

Ako sme sa už dozvedeli v predchádzajúcom článku, ESLP si vo svojej rozhodovacej praxi doslova potrpí na to, aby ľudské práva boli vykladané spôsobom, ktorý zaručuje, že nebudú teoretické a iluzórne, ale praktické a účinné v praxi. Článok 2, ktorý zaručuje, že žiadna ľudská bytosť nemôže byť svojvoľne pozbavená svojho života, nie je z tohto pravidla výnimkou. Ide pritom o jedno z najzákladnejších ustanovení Dohovoru, ktoré v čase mieru nepripúšťa odchýlku a spolu so zákazom mučenia predstavuje základnú hodnotu demokratických spoločností.

Ochrana života podľa tohto článku sa však neuplatňuje len v prípadoch úmrtia človeka, ale aj v situáciách, v ktorých sa



človek ocitne „na prahu smrti“. Čo to znamená? Znamená to, že článok 2 sa uplatňuje aj vtedy, keď človek síce nezomrel, ale konanie štátnych orgánov svojou povahou vystavilo tohto človeka reálnemu a bezprostrednému riziku smrti – napríklad použitie sily alebo iné konanie bolo potenciálne smrteľné a utrpené zranenia boli život ohrozujúce.

Napríklad v prípade P. H. proti Slovenskej republike (2) v ktorom sťažovateľka utrpela vážne zranenia po tom, ako vyskočila z okna policajnej stanice, ESLP posudzoval sťažnosť podľa článku 2 Dohovoru, hoci sťažovateľka pád prežila. V rozsudku uviedol, že pokiaľ išlo o okolnosti, za ktorých sťažovateľka utrpela svoje zranenia, bola maloletou osobou bez sprievodu v starostlivosti zástupcov štátu a závažnosť jej zranení zrejme znížili čisto náhodné skutočnosti – povrch, na ktorý dopadla, bola tráva pokrytá snehom a oproti oknu stál strom, pričom skĺznutie po jednom z jeho konárov zrejme spomalilo jej pád. Podobné situácie mali za následok smrť v iných prípadoch, ktoré ESLP už predtým posudzoval (napríklad prípad Ognyanova a Choban proti Bulharsku, rozsudok č. 46317/99 z 23. februára 2006, ktorý sa týkal pádu z okna na treťom poschodí). V prípade Jeanty proti Belgicku (rozsudok č. 82284/17 z 31. marca 2020) ESLP taktiež dospel k záveru, že článok 2 sa uplatňuje aj v prípade, ak dotknutá osoba prežila svoje pokusy o samovraždu a neutrpela život ohrozujúce zranenia.

V praxi to znamená, že článok 2 sa vzťahuje aj na situácie týkajúce sa závažných ochorení, ak zdravotnícki pracovníci svojím konaním alebo opomenutím ohrozili život (napríklad odmietnutím liečby alebo vystavením smrteľnej nákazy), ako aj na prípady, keď zdravotný stav predstavuje bezprostredné ohrozenie života a štát má kontrolu nad okolnosťami (napríklad pri väzbe alebo hospitalizácii), hoci nedošlo k úmrtiu. V psychiatrickej praxi sa preto uplatňuje aj pri neúspešných pokusoch o samovraždu, napríklad u zadržovaných osôb, ak konanie alebo opomenutie orgánov vystavilo osobu reálnemu a bezprostrednému riziku smrti bez ohľadu na konečný následok.

Naopak, článok 2 sa neuplatní v prípadoch, keď zdravotné ťažkosti nie sú bezprostredne život ohrozujúce alebo nejde o reálne a aktuálne riziko smrti.

Ako zdravotnícki pracovníci si teraz určite kladiete otázku: prečo by sme mali vedieť, či sa na konkrétnu situáciu v našej praxi vzťahuje ten alebo onen článok Dohovoru? Je naozaj potrebné poznať obsah jednotlivých ustanovení, práva, ktoré chránia, a okolnosti, za ktorých sa uplatňujú?

Odpoveď – ako to už býva – nie je čiernobiela.

Pre každodennú prácu v zdravotníckom zariadení určite nie je nevyhnutné detailne poznať celý Dohovor ani podrobnosti judikatúry ESLP. Od lekára či sestry nemožno očakávať, že budú zároveň špecialistami aj na medzinárodné právo.

Ak však máme aspoň základnú predstavu o tom, ktorý typ situácie môže spadať pod konkrétne ustanovenie Dohovoru, predstavuje to pre nás praktickú výhodu. V zdravotníctve sa do základných práv zasahuje denne, pretože ako zdravotnícki pracovníci pracujú s najintímnejšou sférou svojho pacienta, s jeho telom, dôstojnosťou, psychikou a často aj s informáciami, ktoré nepozná ani jeho najbližšie okolie. Dohovor tieto zásahy nezakazuje automaticky, ale stanovuje im jasné man-

tinely a podmienky. Práve znalosť toho, ktorý článok sa na situáciu vzťahuje, poskytuje orientačný „návod“, ako postupovať a ako svoj zásah právne obhájiť. Jednotlivé práva sa totiž líšia mierou ochrany aj možnosťou ich obmedzenia.

Napríklad zákaz mučenia a neludského alebo ponižujúceho zaobchádzania alebo trestania podľa článku 3 Dohovoru je absolútny – takéto zaobchádzanie preto nemožno zdôvodniť žiadnymi, ani mimoriadnymi okolnosťami.

Naopak, právo na rešpektovanie súkromného a rodinného života podľa článku 8 Dohovoru zásah do súkromia pripúšťa, ak spĺňa určité podmienky – musí byť v súlade so zákonom, sledovať legitímny cieľ a byť primeraný. V takom prípade síce dôjde k zásahu do práva na súkromie pacienta, napríklad odobraním jeho mobilného telefónu, ale nepôjde o jeho porušenie.

Inými slovami, základná orientácia v Dohovore nie je o tom, aby ste sa „vyhli právu“, ale aby bol váš odborný zásah nielen medicínsky správny, ale aj právne obhájitelný.

NIE JE „ŽIVOT“ AKO „ŽIVOT“: SLOVENSKÁ TRESTNOPRÁVNÁ KVALIFIKÁCIA VERZUS ĽUDSKOPRÁVNÝ ŠTANDARD

Otázka ochrany života patrí k fundamentálnym pilierom moderného právneho štátu. Hoci sa môže zdať, že „život“ je v práve jednoznačne definovanou hodnotou, právna realita ukazuje, že jeho ochrana sa líši podľa právneho odvetvia, účelu normy a interpretačného rámca. V slovenskom kontexte sa osobitne zaujímavým javí porovnanie trestnoprávnej kvalifikácie ochrany života podľa slovenskej právnej úpravy s ľudskoprávnym štandardom vyplývajúcim z judikatúry ESLP.

Právo na život a na ochranu zdravia ako základné ľudské právo sú zakotvené v Ústave Slovenskej republiky (3) v článku 15, podľa ktorého: „Každý má právo na život. Ľudský život je hodný ochrany už pred narodením.“

Trestné činy, patriace do prvej hlavy osobitnej časti Trestného zákona (4) vyjadrujú záujem štátu a spoločnosti na prioritnej ochrane najvýznamnejších hodnôt, akými sú život a zdravie, a preto stoja na prvom mieste spomedzi všetkých záujmov chránených Trestným zákonom. Závažnosť trestných činov proti životu a zdraviu a mimoriadny význam hodnôt, ktoré sú chránené, odrážajú jednak trestné sadzby trestu odňatia slobody uvedené pri jednotlivých skutkových podstatách, ako aj vylúčenie súhlasu poškodeného s ich porušením ako okolnosti vylučujúcej protiprávnosť. Prvé dva diely upravujú trestné činy poruchové, pri ktorých sa na trestnú zodpovednosť páchatela vyžaduje, aby vznikla faktická ujma na živote alebo na zdraví (napríklad trestný čin vraždy alebo trestný čin ublíženia na zdraví). V tretom diele sú upravené predovšetkým ohrozovacie trestné činy, kde na trestnú zodpovednosť páchatela postačuje, ak vznikne ohrozenie života alebo zdravia a nemusí dôjsť aj k fatickej ujme (napríklad trestný čin šírenia nebezpečnej nakažlivej ľudskej choroby). Napriek tomu, že život a zdravie sú chránené v prvej hlave osobitnej časti Trestného zákona, neznamená to, že Trestný zákon im neposkytuje ochranu aj v ďalších ustanoveniach. V tejto hlave sú však upravené len tie trestné činy, kde život a zdravie predstavujú primárny objekt ochrany (5).

Pre zdravotníckych pracovníkov je v kontexte ochrany života určite najrelevantnejším ustanovením § 149, ktorý upravu-



je trestný čin usmrtienia, nakoľko prípady úmyselných vražd sa v zdravotníckych zariadeniach vyskytujú naozaj ojedinele a vstupujú skôr do histórie (ako prípad českého zdravotného brata Petra Zelenku, „heparínového vraha“, o ktorom bol natočený film „Hodinu neviš“). Naproti tomu trestný čin usmrtienia spočíva v spôsobení smrti inému z nedbanlivosti, pričom zákon sprísňuje trestnú zodpovednosť vtedy, ak páchatel konal v súvislosti so zamestnaním, povolaním, postavením alebo funkciou, prípadne ako vodič dopravného prostriedku. Páchatelom teda môže byť aj zdravotnícky pracovník, ak k spôsobeniu smrti dôjde v priamej súvislosti s výkonom jeho povolania. Z hľadiska subjektívnej stránky postačuje zavinenie z nedbanlivosti, ktoré môže mať formu vedomej alebo nevedomej nedbanlivosti. Uvedené ustanovenie takto postihuje situácie, v ktorých k úmrtiu pacienta dôjde v dôsledku porušenia povinnosti vyplývajúcej z povolania, najmä porušením právnych predpisov, nesprávnym postupom pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti alebo opomenutím povinného konania.

Z uvedeného teda vyplýva, že trestné právo vychádza z klasickej koncepcie individuálnej trestnej zodpovednosti. Život je chránený ako individuálny právny statok fyzickej osoby a zásah doň je sankcionovaný v prípade naplnenia zákonných znakov skutkovej podstaty. Ochrana života je teda represívna (reaguje na už spáchaný čin), individuálna (zameraná na určenie konkrétneho vinníka, čiže páchatela trestného činu) a formálne determinovaná (viazaná na určité presne vymedzené zákonné znaky, ktoré musia byť splnené, aby mohla byť vyvedená trestnoprávna zodpovednosť).

Odlíšny – a podstatne širší – pohľad ponúka ESLP, ktorý vyvinul doktrínu **tzv. negatívnych a pozitívnych záväzkov štátu**.

Pri pojme „štát“ sa na chvíľu pristavíme. V kontexte judikatúry ESLP je potrebné vysvetliť, že keď sa hovorí o „zodpovednosti štátu“ za porušenie článku 2, nejde o abstraktný pojem oddelený od konkrétnych osôb. Štát totiž nekoná inak ako prostredníctvom svojich orgánov, inštitúcií a osôb, ktoré vykonávajú verejnú moc alebo plnia verejné úlohy. Keď zdravotnícky pracovník poskytuje zdravotnú starostlivosť v rámci verejného systému, nevystupuje iba ako súkromná osoba. Koná ako súčasť organizovaného a regulovaného mechanizmu, ktorého garantom je štát. Štát mu udeľuje licenciu, určuje kvalifikačné podmienky, stanovuje odborné štandardy, dohliada na výkon činnosti a financuje systém zdravotnej starostlivosti. Teda, parafrázujúc známy výrok Ľudovíta XIV., moderný zdravotnícky pracovník síce nemôže povedať „štát som ja“, no v určitých situáciách platí, že „keď konám v rámci verejného zdravotníctva, štát koná cezo mňa“. A práve preto sa jeho konanie môže stať predmetom hodnotenia nielen v rovine individuálnej viny, ale aj v rovine medzinárodnoprávnej zodpovednosti štátu za ochranu práva na život. Keď teda ďalej v rozsudkoch ESLP nachádzame pojem „štát, „štátne orgány“ alebo iba „orgány“, v konkrétnom kontexte sa tým myslia práve zdravotnícki pracovníci.

Vráťme sa však k doktríne negatívnych a pozitívnych záväzkov. Negatívny záväzok znamená, že štát sa musí zdržať svojvoľného odňatia života. Ide o klasickú obrannú funkciu základného práva – zákaz svojvoľného použitia smrtiacej sily zo strany štátnych orgánov. Pripomeňme si, že podľa predchádzajúce-

ho článku uverejneného v Psychiatrii pre prax 4/2025, ktorý sa zaoberal okrem iného aj dôvodmi kreovania mechanizmu ochrany ľudských práv po druhej svetovej vojne v rámci Rady Európy, je zrejmé, že motívom bola najmä ochrana každého jedného ľudského života voči svojvôli štátu. V tomto smere je trestnoprávna ochrana v zásade kompatibilná so štandardom Dohovoru – kriminalizácia vraždy a iných foriem usmrtienia predstavuje základnú garanciu ochrany života.

Avšak, zásadný rozdiel sa objavuje pri pozitívnych záväzkoch štátu, ktoré judikatúra ESLP odvodzuje z článku 2 Dohovoru.

Pozitívne záväzky, ktoré obsahuje článok 2, majú dve roviny. Prvou je hmotnoprávna rovina – štát musí vytvoriť účinný regulačný rámec. V zdravotníctve to znamená jasné pravidlá poskytovania zdravotnej starostlivosti, dohľad nad zdravotníckymi zariadeniami, štandardné postupy, kontrolné mechanizmy a efektívny systém zodpovednosti. Ak je systém nastavený tak, že vytvára zvýšené riziko pre pacientov, môže ísť o porušenie práva na život aj bez toho, aby bolo možné identifikovať konkrétneho páchatela trestného činu.

Druhou je procesná rovina – povinnosť zabezpečiť účinné, nezávislé a dôkladné vyšetrovanie každého podozrivého úmrtia. Z pohľadu ESLP nestačí, aby štát formálne začal trestné konanie; vyšetrovanie musí byť schopné objasniť okolnosti smrti, identifikovať zodpovedné osoby (ak existujú) a poskytnúť primeranú mieru transparentnosti a participácie pozostalým.

Práve tu sa ukazuje rozdiel medzi trestnoprávnou a ľudskoprávnou optikou. Kým podľa Trestného zákona sa skúma individuálne zavinenie konkrétneho zdravotníckeho pracovníka, podľa Dohovoru ESLP skúma, či „štát ako celok“ – teda aj prostredníctvom osôb, ktoré konajú v jeho mene – si splnil svoj pozitívny záväzok chrániť každý jeden ľudský život.

Prečo je dôležité poznať tento rozdiel?

Po prvé, pretože určuje rozsah právnej ochrany pacienta a jeho blízkych. Ak sa na situáciu pozeráme výlučne trestnoprávnou optikou, výsledkom môže byť konštatovanie, že nebolo možné preukázať individuálne zavinenie a tým sa vec uzavrie. Z pohľadu Dohovoru však prípad zďaleka nekončí – ESLP v rámci posudzovania sťažnosti skúma aj kvalitu systému, dohľad, procesné postupy a efektívnosť vyšetrovania.

Po druhé, rozdiel má význam pre samotných zdravotníckych pracovníkov. Uvedomenie si existencie pozitívnych záväzkov štátu vedie k pochopeniu, že profesionálne konanie je súčasťou širšieho normatívneho rámca. Nejde len o individuálnu zodpovednosť, ale aj o fungovanie systému, ktorý má byť nastavený tak, aby ich chránil pred neprimeranými rizikami a zároveň chránil pacientov.

Z toho vyplýva aj praktický rozmer ochrany zdravotníckych pracovníkov v ľudskoprávnom kontexte. Pre svoju právnú a profesionálnu ochranu by mali najmä dôsledne dodržiavať lege artis postupy, viesť riadnu a úplnú zdravotnú dokumentáciu, transparentne komunikovať s pacientom a jeho blízkymi, vyžadovať si informovaný súhlas v zákonom predpokladanej forme, konzultovať sporné prípady v rámci interdisciplinárneho tímu a aktívne sa zúčastňovať na ďalšom vzdelávaní. Rovnako dôležité je upozorňovať zamestnávateľa na systémové nedostatky (napr. personálne poddimenzovanie či chýbajúce vybavenie) a vytvárať o tom záznam, pretože aj tieto okolnosti



môžu byť relevantné pri posudzovaní zodpovednosti v prípade, ak dôjde k mimoriadnej udalosti, vedúcej až k úmrtiu pacienta.

Po tretie, poznanie tohto rozdielu je kľúčové pre tvorbu verejných politik. Ak štát zanedbá regulačné a kontrolné mechanizmy, môže niesť medzinárodnoprávnu zodpovednosť bez ohľadu na to, že vnútroštátne trestné právo neidentifikovalo konkrétneho páchatela. Dohovor tak pôsobí ako korektív čisto represívneho prístupu a posúva ochranu života do preventívnej a systémovej roviny.

Laicky povedané, nejde len o to, potrestať niekoho, keď už sa stane tragédia. Rozdiel medzi trestnoprávnym a ľudskoprávnym pohľadom spočíva v tom, že trestné právo prichádza „po nehode“. Hľadá vinníka a skúma, či porušil zákon. Ľudskoprávny prístup ide ďalej. Pýta sa aj to, či bol systém dobre nastavený, či mali zdravotníci dostatok personálu, vybavenia a jasné pravidlá, či fungovala kontrola a dohľad a či bolo úmrtie riadne a nezávisle vyšetrené. Ochrana života v modernom právnom štáte nie je len o tom, aby sme niekoho potrestali, keď už je neskoro. Je aj o tom, aby štát vytvoril také podmienky, aby sa tragédiám čo najviac predchádzalo – a ak sa už stanú, aby sa férovo a dôkladne vyšetrili. Práve tento posun od „hľadania vinníka“ k „nastaveniu funkčného systému“ je podstatou rozdielu medzi trestnoprávnym a ľudskoprávnym prístupom k ochrane života.

OD TEÓRII KU KONKRÉTNYM PRÍPADOM ESLP

Prvý prípad, v ktorom ESLP preskúmal rozsah záväzkov štátu v súvislosti so samovraždou bol Keenan proti Spojenému

kráľovstvu (6). V tomto prípade sťažnosť na ESLP podala matka Marka Keenana, ktorý trpel duševným ochorením a počas výkonu trestu odňatia slobody na štyri mesiace sa vo väzení obesil.

ESLP v rozsudku uviedol, že vzhľadom na ťažkosti pri udržiavaní poriadku v moderných spoločnostiach, nepredvídateľnosť ľudského správania a okamžité rozhodnutia, ktoré je potrebné prijať z hľadiska priorít a zdrojov, je potrebné rozsah pozitívneho záväzku vykladať spôsobom, ktorý nekladie na orgány nemožnú alebo neprimeranú záťaž. Nie každé ohrozenie života môže preto pre orgány znamenať povinnosť prijať okamžité opatrenia na zabránenie realizácii tohto ohrozenia. Aby vznikol pozitívny záväzok, musí sa preukázať, že orgány v danom čase vedeli alebo mali vedieť o existencii skutočného a bezprostredného ohrozenia života identifikovanej osoby v dôsledku trestných činov tretej osoby a že neprijali opatrenia v rámci svojich právomocí, od ktorých sa dalo rozumne očakávať, že zabránia tomuto ohrozeniu.

ESLP zvažoval, do akej miery sa tento záväzok vzťahuje na situáciu, keď riziko pre osobu vyplýva zo sebapoškodzovania, a dospel k záveru, že anglické orgány vo všeobecnosti reagovali primerane na správanie Marka Keenana, keď ho umiestnili do nemocničnej starostlivosti a pod dohľad, keď prejavoval samovražedné sklony. Bol pod denným lekársym dohľadom väzenských lekárov, ktorí jeho stav dvakrát konzultovali s externými psychiatrami, ktorí poznali Marka Keenana. Matka Marka Keenana však argumentovala, že okolnosti prípadu musia byť považované za faktory, ktoré zvýšili pravdepodobnosť samovraždy jej syna a že väzenské orgány zlyhali vo svojich povin-



nostiach, keď riadne neposúdili, že v jeho prípade izolácia ako disciplinárny trest nebola vhodná. Kritizovala najmä schopnosti väzenských lekárov, pričom poukázala na to, že žiadny z nich nebol psychiater a že udelenie disciplinárneho trestu na Marka Keenana malo byť predvídateľné ako faktor, ktorý zvýši stres a podpíše sa na jeho krehkom duševnom stave, preto malo byť vyžiadané odborné psychiatrické stanovisko.

ESLP na tieto argumenty zareagoval tak, že podľa jeho názoru boli do určitej miery špekulatívne a nebolo známe, čo viedlo Marka Keenana k samovražde. Nekonštatoval teda porušenie práva na život. Na druhej strane otázky, týkajúce sa štandardu zdravotnej starostlivosti, ktorá bola Markovi Keenanovi poskytovaná v dňoch pred jeho smrťou skúmal podľa článku 3 Dohovoru, ktorý zakazuje zlé a ponižujúce zaobchádzanie a v tomto prípade dospel k záveru, že k porušeniu došlo. Podrobne sa však budeme zákazu zlého zaobchádzania venovať v nasledujúcom článku.

Čo sa týka starostlivosti o psychiatrických pacientov s rizikom samovraždy v psychiatrickej nemocnici, ESLP objasnil obsah pozitívnych záväzkov štátu v kľúčovom prípade Fernandes de Oliveira proti Portugalsku (7) a to dokonca v kontexte dobrovoľnej hospitalizácie.

V tomto prípade bola sťažovateľkou matka A. J., ktorý trpel viacerými duševnými ochoreniami. V priebehu rokov sa zvažovalo viacero možných diagnóz, ako napríklad schizofrénia a ťažká depresia. Mal tiež patologickú závislosť od alkoholu a liekov na predpis. Bol osemkrát dobrovoľne hospitalizovaný v psychiatrickej nemocnici a z poslednej hospitalizácie v apríli 2000 sa už nevrátil (po olovrate, v čase vychádzok, nepozorovane opustil areál nemocnice v nemocničnom pyžame a ukončil svoj život na železničnej trati). V následných súdnych konaniach portugalské súdy nekonštatovali zodpovednosť psychiatrickej nemocnice za úmrtie jej syna.

ESLP pri preskúvaní tohto prípadu uviedol, že v kontexte zdravotnej starostlivosti sa pozitívny záväzok štátu interpretuje tak, že sa od neho vyžaduje, aby prijal predpisy, ktoré zavazujú nemocnice, či už súkromné alebo verejné, prijať primerané opatrenia na ochranu života pacientov. Po druhé, článok 2 môže za určitých jasne definovaných okolností znamenať pozitívny záväzok orgánov prijať preventívne opatrenia na ochranu jednotlivca pred iným jednotlivcom, alebo za určitých okolností pred sebou samým. V sérii prípadov, v ktorých riziko nevyplývalo z trestných činov tretej osoby, ale zo sebapoškodzovania zadržanej osoby, ESLP konštatoval, že pozitívny záväzok vzniká v prípade, ak orgány (čiže aj zdravotnícki pracovníci) vedeli alebo mali vedieť, že daná osoba predstavuje reálne a bezprostredné riziko samovraždy. V prípadoch, keď ESLP zistil, že orgány vedeli alebo mali vedieť o tomto riziku, pokračoval v analýze, či orgány urobili všetko, čo sa od nich mohlo rozumne očakávať, aby zabránili realizácii tohto rizika. ESLP však zároveň pripomína, že samotnou podstatou Dohovoru je rešpektovanie ľudskej dôstojnosti a slobody. V tejto súvislosti musia orgány plniť svoje povinnosti spôsobom, ktorý je zlučiteľný s právami a slobodami dotknutej osoby, a takým spôsobom, aby sa znížila možnosť sebapoškodzovania bez porušenia osobnej autonómie (ESLP už uznal, že nadmerne reštriktívne opatrenia môžu viesť k otázkam porušenia podľa článkov 3, 5 a 8 Dohovoru).

Pokiaľ ide o pacientov s duševným ochorením, ESLP ich považuje za osobitne zraniteľných. Ak orgány (napríklad súdy) rozhodnú o umiestnení a zadržaní osoby trpiacej duševným ochorením, mali by preukázať osobitnú starostlivosť pri zabezpečovaní podmienok, ktoré zodpovedajú osobitným potrebám tejto osoby vyplývajúcim z jej zdravotného postihnutia. To isté platí pre osoby, ktoré sú nedobrovoľne umiestnené v psychiatrických zariadeniach.

Pokiaľ ide konkrétne o riziko samovraždy, ESLP už zohľadnil rôzne faktory v prípadoch, keď bola osoba zadržaná orgánmi (väčšinou v cele predbežného zadržania alebo vo väzbe), aby stanovil, či orgány vedeli alebo mali vedieť, že život konkrétnej osoby bol vystavený skutočnému a bezprostrednému riziku, čo vyvolalo povinnosť prijať primerané preventívne opatrenia. Medzi tieto faktory zvyčajne patria:

- i) anamnéza duševných problémov,
- ii) závažnosť duševného stavu,
- iii) predchádzajúce pokusy o samovraždu alebo sebapoškodzovanie,
- iv) samovražedné myšlienky alebo vyhrážky.

Preskúmanie vnútroštátneho regulačného rámca teda nie je abstraktné, ale ESLP podrobne, na základe predloženej zdravotnej a spisovej dokumentácie, posudzuje spôsob, akým tento rámec ovplyvnil sťažovateľa v konkrétnom prípade.

A ako dopadol prípad de Oliveira proti Portugalsku?

ESLP aplikoval všetky vyššie uvedené kritériá a uviedol, že bolo nesporné, že syn sťažovateľky mal dlhodobú históriu duševných ochorení, ktoré boli ošetrovateľskému personálu známe. Po druhé, pokiaľ išlo o závažnosť duševných problémov A. J., bolo zrejmé, že A. J. nimi trpel počas dlhého obdobia. Pokiaľ ide o tretie kritérium – samovražedné myšlienky alebo hrozby – ESLP mal zo spisovej a zdravotnej dokumentácie za preukázané, že počas posledných dní svojho života A. J. nevykazoval žiadne správanie ani náladu, ktoré by mohli viesť personál nemocnice k podozreniu, že v deň smrti bude jeho správanie odlišné od predchádzajúcich dní a pripustil, že A. J. počas svojho pobytu v nemocnici nevykazoval žiadne známky samovražedných myšlienok. Pokiaľ išlo o príznaky fyzického alebo duševného utrpenia, v klinických záznamoch zo dňa úmrtia bolo uvedené, že A. J. bol pokojný, prechádzal sa po budove, v ktorej bol hospitalizovaný, dobre jedol počas obeda a bol prítomný pri popoludňajšom občerstvení. ESLP preto prijal zistenia vnútroštátnych súdov, že v správaní A. J. v dňoch bezprostredne predchádzajúcich jeho samovražde neboli žiadne znepokojujúce príznaky.

ESLP ďalej považoval za podstatné, že psychiatrická nemocnica si bola vedomá dlhodobých psychických problémov A. J. a vedela, že v niektorých prípadoch predstavoval riziko pre svoj vlastný život. Hoci bol A. J. zraniteľný, nachádzal sa v prostredí, ktoré dobre poznal, a komunikoval s personálom, ktorý poznal a ktorý poznal jeho. Keď lekári usúdili, že riziko, ktoré mohol predstavovať pre seba samého, sa znížilo, dostal voľnosť pohybovať sa po budovách a areáli psychiatrickej nemocnice a vrátiť sa na vikendy domov, aby strávil čas so svojou rodinou. Keď bolo riziko považované za vysoké, bol umiestnený do pavilónu, kde musel zostať v pyžame a podliehal prísnejším pravidlám. Tak tomu bolo po jeho prijatí do



nemocnice v apríli 2000, keď prvý týždeň pobytu strávil pod prísnejšími pravidlami, ako aj pri predchádzajúcich hospitalizáciách v minulosti. Obmedzujúci režim však bol vždy zrušený, keď sa usúdilo, že symptómy A. J. sa zlepšujú. To bolo v súlade so všeobecnou filozofiou psychiatickej nemocnice, ktorá pacientom poskytuje značnú mieru slobody pohybu s cieľom zvýšiť ich zodpovednosť a optimalizovať ich návrat do rodinného prostredia a spoločnosti. ESLP nemal dôvod spochybňovať posúdenie jeho ošetrojúceho psychiatra, Dr. A. A., ktoré prijali aj vnútroštátne súdy, že liečba A. J., ktorá spočívala v užívaní predpísaných liekov, dobrovoľnom podstupovaní liečby a nadviazaní dôverného vzťahu, bola za daných okolností primeraná.

ESLP dospel k záveru, že hoci u hospitalizovaných pacientov, ako je A. J., ktorých psychopatologické stavy vychádzali z viacerých diagnóz, nebolo možné vylúčiť riziko samovraždy, bezprostrednosť tohto rizika sa môže líšiť. V danom prípade sa psychiatrická nemocnica snažila prispôsobiť riziku, ktoré predstavoval meniaci sa duševný stav A. J., zvýšením alebo znížením existujúceho režimu monitorovania. Toto rozhodnutie prijal tím zodpovedný za neho. Okrem toho ESLP zohľadnil skutočnosť, že podľa odborných posudkov bolo úplné zabránenie samovraždy u pacientov, ako bol A. J., nemožnou úlohou. Zaoberajúc sa otázkou rizika s cieľom posúdiť, či je reálne a bezprostredné, konštatoval, že pozitívny záväzok štátu sa musí vykladať tak, aby nekládol na orgány nemožnú alebo neprimeranú záťaž. Na základe týchto skutočností ESLP dospel k záveru, že nebolo preukázané, že by štátne orgány (v tomto prípade personál psychiatickej nemocnice) vedeli alebo mali vedieť, že v dňoch pred 27. aprílom 2000 existovalo bezprostredné riziko pre život A. J. Preto už ani neposudzoval druhú časť testu, stanoveného prípadom Keenan, konkrétne to, či orgány prijali opatrenia, ktoré sa od nich mohli rozumne očakávať. Nedošlo teda k porušeniu článku 2.

V danom kontexte pôsobí zaujímavo aj veľmi aktuálny rozsudok v prípade Hasani proti Švédsku (8), ktorý sa týka samovraždy A. H., brata sťažovateľa, ktorý bol afgánskym utečencom so zrakovým postihnutím a psychickými problémami. A. H. spáchal samovraždu po tom, ako švédske úrady zamietli jeho žiadosť o azyl, ako aj žiadosť jeho brata. ESLP v tomto prípade rozhodol, že nedošlo k porušeniu článku 2 Dohovoru, pretože aj keď A. H. mal známky psychickej zraniteľnosti a bolo známe, že sa sebapoškodzoval, neexistovali jasné dôkazy o reálnom a bezprostrednom riziku samovraždy tesne pred jeho úmrtím. V čase smrti A. H. žil v zariadení s 24-hodinovou starostlivosťou a úrady mali iba obmedzenú kontrolu nad jeho životom (nešlo o detenciu alebo nútenú hospitalizáciu). Hoci mali správy o jeho duševných ťažkostiach, neexistovala jasná indikácia, že riziko bolo bezprostredné v dňoch tesne pred samovraždou. ESLP okrem iného zdôraznil, že stav A. H. nebol nikdy považovaný za natoľko závažný, aby si vyžadoval liečbu, hospitalizáciu alebo povinnú psychiatrickú starostlivosť. Samotnou podstatou Dohovoru je rešpektovanie ľudskej dôstojnosti a slobody a v tejto súvislosti si musia orgány plniť svoje povinnosti spôsobom, ktorý je zlučiteľný s právami a slobodami dotknutej osoby a takým spôsobom, aby sa znížila možnosť sebapoškodzovania bez porušenia osobnej autonómie. A. H. bol dospelý a preto by musel sú-

hlasieť s ponúknutou starostlivosťou a pomocou, ako aj s akoukoľvek liečbou, pokiaľ jeho stav nebol považovaný za taký závažný, že bolo potrebné prijať nútené opatrenia.

Čo je zaujímavé na tomto prípade je to, že ESLP o neporušení rozhodol tesnou väčšinou, a to štyri ku trom. Traja sudcovia priložili spoločné nesúhlasné stanovisko, v ktorom uviedli, že podľa ich názoru právo na život porušené bolo. Zdôraznili, že A. H. sa už pokúsil o samovraždu dvakrát pred jeho smrťou a dopúšťal sa sebapoškodzovania. Počas pohovorov o azyle opakovane vyjadroval samovražedné myšlienky v súvislosti s jeho možným vyhostením do Afganistanu. Aj keď hrozba samovraždy zo strany osoby žiadajúcej o azyl nie je dostatočným dôvodom na to, aby štát upustil od výkonu rozhodnutia o vyhostení, A. H. nebola poskytnutá žiadna psychologická ani psychiatrická podpora, keď bol informovaný o zamietnutí svojej žiadosti o azyl a o nariadení jeho vyhostenia do Afganistanu. Podľa sudcov nešlo o neprimerané opatrenia, ktoré by mali za cieľ oslabiť osobnú autonómiu, ale o opatrenia, ktoré by odvrátili riziko ohrozenia života A. H. v dôsledku sebapoškodzovania, alebo by aspoň zmiernili toto riziko. Za určitých okolností môžu byť osoby trpiace duševnými ochoreniami totiž neschopné formulovať koherentné sťažnosti a žiadať o pomoc.

Prijatie rozsudku o neporušení práva na život tesnou väčšinou odhaľuje, že aj sudcovia na ESLP často vedú konflikt hodnôt. V tomto prípade dala väčšina sudcov väčšiu váhu ochrane autonómie človeka a absenciou akútneho a bezprostredného rizika. Menšina zasa dala väčšiu váhu zraniteľnosti osoby a kumulatívnym varovným signálom (predchádzajúce pokusy, sebapoškodzovanie, vyhrážky samovraždou pri vyhostení), pričom poukázala na to, že osoba trpiaca duševným ochorením nie je vždy schopná efektívne žiadať o pomoc a práve vtedy môže byť pasívna zainteresovaných subjektov problémom.

INÉ FORMY OHROZENIA ŽIVOTA V KONTEXTE PSYCHIATRICKEJ STAROSTLIVOSTI

V diskusii o ochrane života a záväzkoch štátu sa často sústreďujeme na samovraždu ako najčastejší scenár, v ktorom dochádza k tragickému úmrtiu osoby s psychickými ťažkosťami. V skutočnosti však život môže byť ukončený aj v iných situáciách, ktoré nesúvisia priamo so zámerom pacienta ukončiť svoj život vlastnou rukou, ale skôr s konaním tretích osôb, s použitím sily alebo s nesprávnymi zásahmi pri poskytovaní starostlivosti. Tieto prípady taktiež vstupujú do oblasti záväzkov štátu podľa článku 2 Dohovoru a ESLP ich preskúma rovnako prísne ako prípady samovražd.

Príkladom takéhoto „iného“ ohrozenia života je prípad V. proti Českej republike (9), v ktorom smrť pacienta v psychiatickej nemocnici nenastala v dôsledku samovraždy, ale po použití policajného tasera a následnej medikácii. Tento rozsudok zdôrazňuje, že záväzok štátu chrániť život sa nevzťahuje len na pasívne situácie (napr. suicidálne riziko), ale aj na aktívne zásahy tretích osôb a ich koordináciu so zdravotníckym personálom, najmä v kontexte zraniteľných pacientov.

V tomto prípade bol brat sťažovateľa, P. Z., ktorý bol od roku 2005 liečený na paranoidnú schizofréniu a od roku 2015 na hypertenziu, hospitalizovaný v psychiatickej nemocnici po tom, ako ohrozoval členov svojej rodiny. Bol prijatý na oddelenie akútnej starostlivosti a boli mu podané antipsychotické lieky.



Nasledujúce ráno, po slovnej hádke, sa P. Z. stal hyperagresívnym a veľmi rozrušeným. Keďže ho nedokázali zvládnuť ani zdravotnícki pracovníci, ani bezpečnostná služba nemocnice, bola privolaná polícia. Dvaja policajti ho položili na brucho, ale nedokázali ho zadržať. Vzhľadom na to, že P. Z. predstavoval bezprostrednú hrozbu pre život a zdravie ostatných prítomných (vydrhol požiarne hydrant a ohrozoval ním ľudí okolo seba), jeden z policajtov ho trikrát zasiahol taserom a vzápätí mu zdravotná sestra podala upokojujúci liek. Po strate pulzu P. Z. boli resuscitačné pokusy neúspešné a bol vyhlásený za mŕtveho. Pitva a súdno-lekárske správy dospeli k záveru, že bezprostrednou príčinou jeho smrti bola srdcová arytmia.

Ku konkrétnemu konaniu polície a zdravotníckych pracovníkov ESLP pri posudzovaní prípadu v prvom rade uviedol, že ako dlhodobý ambulantný pacient bolo možné rozumne predpokladať, že P. Z. môže pri prijatí do nemocnice vykazovať psychotické alebo násilné správanie. Po druhé, hoci sa zdravotný personál rozhodol zavolať políciu, zrejme neinformoval policajtov o stave P. Z. a zdravotných rizikách s ním spojených, ani o jeho rozrušenom stave. Po tretie, policajti sa ho pokúsili zadržať tak, že ho položili do polohy na brucho, čo mohlo viesť k polohovej asfyxii v dôsledku tlaku vyvíjaného na krk a čo tiež znemožnilo pozorovať, či daná osoba skutočne dýcha. Po štvrté, umiestnenie P. Z. do polohy na brucho znížilo riziko jeho úteku alebo ďalšieho priameho ohrozenia života prítomných osôb, čo vyvolalo otázku, či bolo jeho následné použitie taseru absolútne nevyhnutné. Nebolo možné vylúčiť, že elektrické šoky spôsobené taserom skutočne spôsobili srdcovú arytmiu, ktorá viedla k jeho smrti. ESLP bol až šokovaný skutočnosťou, že P. Z. bol v veľmi krátkom čase trikrát zasiahnutý taserom a vzápätí mu boli podané anxiolytiká. ESLP preto dospel k záveru, že v dôsledku kombinovaných činov viacerých osôb si Česká republika nespĺnila svoj pozitívny záväzok poskytnúť P. Z. primeranú starostlivosť a ochrániť jeho život.

Čo sa týka príslušného právneho rámca, neexistovali žiadne osobitné ustanovenia týkajúce sa používania taseru na osoby s duševnými poruchami alebo, všeobecnejšie, na osoby, ktoré boli hospitalizované a pravdepodobne liečené, hoci nepatrili do kategórie zraniteľných osôb. V danom čase neexistovala požiadavka spolupráce a koordinácie medzi policajtmi zasahujúcimi v nemocniciach a zdravotníckymi pracovníkmi. Odporúčanie v tomto zmysle vydal český verejný ochranca práv po smrti P. Z. a v súčasnosti sa implementuje. Česká republika v danom čase nemala primeraný právny a administratívny rámec týkajúci sa na jednej strane koordinácie medzi zdravotníckymi pracovníkmi a políciou v prípadoch, keď je zásah polície v zdravotníckych zariadeniach nevyhnutný, a na druhej strane týkajúci sa možných zdravotných rizík spojených s použitím taserov najmä u osôb s duševnými poruchami v situáciách, keď nebolo zistené, či tieto osoby užívali lieky. Zavedený systém najmä neposkytoval policajtom jasné usmernenia o tom, ako postupovať pri zásahoch u psychiatrických pacientov, akým bol P. Z. Preto si Česká republika nespĺnila svoju primárnu povinnosť zabezpečiť právo na život P. Z. na ochranu jeho života.

Rozsudok teda poukazuje na to, že povinnosť chrániť život neznamená len reagovať na samovražedné správanie,

ale aj vytvárať jasné právne predpisy a interné usmernenia pre zaobchádzanie so zraniteľnými osobami, vrátane koordinácie policajných zásahov v zdravotníckych zariadeniach. Tento prípad teda rozširuje povinnosti štátu a zdravotníckych pracovníkov nad rámec situácií spojených so samovraždou a poukazuje na nevyhnutnosť komplexných preventívnych a regulačných opatrení aj v mene ochrany práv pacientov v zraniteľných situáciách.

■ OD PRÍPADOV ESLP KU KAŽDODENNEJ PRAXI

Z prípadov Keenan proti Spojenému kráľovstvu a Fernandes de Oliveira proti Portugalsku možno vyvodit' jednoduchý, prakticky použiteľný test pre zdravotníckych pracovníkov pri posudzovaní rizika samovraždy pacienta. Tento praktický test, vyvodený z judikatúry ESLP, na hodnotenie rizika samovraždy alebo iných foriem ohrozenia života je nezáväzný a slúži ako orientačný nástroj pre zdravotníkov. Pri jeho použití je vždy nevyhnutné dodržiavať platné právne predpisy a konkrétne štandardné postupy, ako napríklad „Akútny manažment dospelého pacienta so suicidálnym syndrómom v špecializovanej psychiatickej starostlivosti“, schválený Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky. Test nenahrádza zákonné povinnosti ani individuálne odborné rozhodovanie, ale poskytuje rámec pre systematické a právne uvážené postupy pri starostlivosti o zraniteľných pacientov.

■ Príklad praktického testu posudzovania rizika suicída v súlade s judikatúrou ESLP

Krok 1: Vedeli sme – alebo mali sme vedieť – že hrozí reálne a bezprostredné riziko?

Pri odpovedi si treba položiť týchto päť kontrolných otázok:

- Má pacient históriu duševného ochorenia?
- Je jeho aktuálny stav vážny alebo zhoršený?
- Pokúsil sa už o samovraždu alebo sa sebapoškodzoval?
- Hovorí o samovražde, vyhráža sa ňou alebo naznačuje beznádej?
- Vidíme jasné príznaky akútneho psychického utrpenia?

Ak odpoveď na viacero otázok znie „áno“, riziko môže byť reálne a bezprostredné.

Ak však pacient neprejavuje samovražedné myšlienky, je stabilizovaný, správa sa pokojne, komunikuje, nemá akútne zhoršenie, potom podľa ESLP nemožno automaticky predpokladať bezprostredné riziko.

Krok 2: Urobili sme všetky opatrenia, ktoré sa od nás dali rozumne očakávať?

Ak riziko bolo reálne a bezprostredné, druhá otázka znie: Prijali sme primerané opatrenia? Pričom sa nemyslí maximálne možné opatrenia, ale primerané a rozumne očakávateľné za podmienok daného zariadenia. Môže ísť napríklad o zvýšený dohľad, dočasný reštriktívny režim, konzultáciu psychiatra, úpravu medikácie, zaznamenanie hodnotenia rizika, tímové rozhodnutie o režime pacienta. V určitých prípadoch to môže dokonca znamenať preloženie pacienta do iného zariadenia.

ESLP opakovane zdôrazňuje že štát ani zdravotníci nemajú povinnosť garantovať, že sa samovražda nikdy nestane. ESLP



zároveň pripomína, že pacient má právo na dôstojnosť, osobnú slobodu aj súkromie a príliš restriktívne opatrenia môžu porušiť iné jeho práva.

Pre zdravotníkov v praxi to zjednodušene znamená, že:

1. každé riziko treba aktívne hodnotiť,
2. toto hodnotenie treba dokumentovať a
3. prijaté opatrenia musia zodpovedať aktuálnemu stavu.

Ďalej, presne takýto praktický test je možné vyvodiť aj z iných foriem ohrozenia života než je samovražda – napríklad pri riziku úmrtia spôsobenom zásahom tretích osôb alebo riziku úmrtia v obmedzovacích prostriedkoch (rozsudok V. proti Českej republike). Princíp je rovnaký: hodnotíme, či bolo ohrozenie reálne a bezprostredné a či boli prijaté primerané opatrenia, pričom sa stále musí rešpektovať právo pacienta na dôstojnosť a osobnú slobodu.

Príklad praktického testu posudzovania iných foriem ohrozenia života v súlade s judikatúrou ESLP

Krok 1: Vedeli sme – alebo mali sme vedieť – že existuje reálne a bezprostredné riziko?

- Je pacient zraniteľný z dôvodu duševného alebo fyzického stavu?
- Existuje aktuálne nebezpečné správanie, ktoré môže viesť k úmrtiu (agresivita voči sebe alebo iným)?
- Je ohrozenie spôsobené inou osobou (napríklad spolupacient), zásahom polície alebo iným personálom?
- Môžu lieky alebo fyzické zásahy (napríklad použitie obmedzovacích prostriedkov) zvýšiť riziko smrti?
- Prebiehajú udalosti v prostredí, kde kontrola a dohľad sú obmedzené a môže dôjsť k tragédii?

Ak na viacero otázok odpoviete „áno“, riziko je reálne a bezprostredné.

Krok 2: Urobili sme všetky opatrenia, ktoré sa od nás dali rozumne očakávať?

Podobne ako bolo vyššie uvedené, v prípade, že máme podozrenie, že hrozí akútne a bezprostredné riziko úmrtia, je potrebné prijať primerané opatrenia na zmiernenie rizika (napr. koordinácia s políciou, bezpečné techniky zadržiavania, prítomnosť zdravotníka pri zásahu, adekvátna medikácia, kontrola pacienta v obmedzovacích prostriedkoch)?

Taktiež je potrebné informovať všetkých zúčastnených o zdravotnom stave pacienta a možných rizikách zásahu (naj-

mä v prípadoch zásahov pracovníkov bezpečnostných služieb či príslušníkov Policajného zboru), dokumentovať hodnotenie rizika a prijaté opatrenia za účelom minimalizácie zásahu do autonómie pacienta.

Dokumentovali sme hodnotenie rizika a prijaté opatrenia?

Udržali sme rovnováhu medzi bezpečnosťou a právami pacienta, aby sme minimalizovali zásah do jeho autonómie?

Takto vyvedené princípy umožňujú vytvoriť jednotný, praktický test na hodnotenie všetkých foriem ohrozenia života, ktorý je aplikovateľný v každodennej praxi psychiatrických zariadení. Test nie je návodom, ako garantovať absenciu tragédií – to nie je možné – ale nástrojom, ktorý podporuje odborné, rozumné a právne udržateľné rozhodovanie pri starostlivosti o zraniteľných pacientov.

ZÁVER

Záverom možno konštatovať, že ochrana života v psychiatrickej starostlivosti je kombináciou preventívnych, organizačných a individuálnych opatrení, ktoré spoločne tvoria systém schopný minimalizovať riziko smrti a zároveň rešpektovať práva pacientov. Ide o rovnováhu medzi zabezpečením bezpečia a zachovaním dôstojnosti a autonómie pacienta, ktorá sa nedá dosiahnuť len prostredníctvom jednotlivých izolovaných zásahov.

Tento systémový pohľad je základom moderného, ľudskoprávne orientovaného zdravotníctva. Zodpovednosť v ňom nie je len individuálna, viazaná na konkrétneho zdravotníckeho pracovníka, ale zároveň systémová a štátna – štát zabezpečuje právny rámec, odborné štandardy, kontrolu kvality a procesy, ktoré umožňujú predchádzať tragédiám a primerane reagovať na vzniknuté situácie.

Znalosť ľudských práv a konkrétne judikatúry ESLP teda nie je pre zdravotníkov abstraktnou teóriou – je praktickým nástrojom, ktorý im umožňuje konať kompetentne, bezpečne a zodpovedne, predchádzať rizikám a poskytovať starostlivosť, ktorá rešpektuje základné hodnoty demokratickej spoločnosti. V konečnom dôsledku chráni život pacienta aj právnu a profesionálnu integritu zdravotníckeho pracovníka, čo robí každodennú prax bezpečnejšou, spravodlivejšou a eticky zodpovednou.

JUDr. Kristína Čahojová

Odbor legislatívy, stratégie a ústavného práva Generálnej prokuratúry Slovenskej republiky, Štúrova 2, Bratislava
kristina.cahojova@genpro.gov.sk

Literatúra

1. Kmec J, Kosář D, Kratochvíl J, Bobek M. Evropská úmluva o lidských právech, komentář. Praha: C. H. Beck, 2012. s. 347.
2. Rozsudok P. H. proti Slovenskej republike z 8. septembra 2022, sťažnosť č. 37574/19
3. Zákon č. 460/1992 Zb. Ústava Slovenskej republiky
4. Zákon č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon, v znení neskorších predpisov
5. Mencerová I, et al. Trestné právo hmotné. Osobitná časť. 2. aktualizované a prepracované vydanie. Šamorín: Heuréka, 2018.
6. Rozsudok Keenan proti Spojenému kráľovstvu, č. 27229/95, 3. apríla 2001
7. Rozsudok Fernandes de Oliveira proti Portugalsku, č. 78103/14, 31. januára 2019
8. Rozsudok Hasani proti Švédsku, č. 35950/20, 6. marca 2025
9. Rozsudok V. proti Českej republike, č. 26074/18, 7. decembra 2023