



národní
úložiště
šedé
literatury

Tělo v rukou společnosti

Candigliota, Zuzana ; Červená, Kateřina ; Hrešanová, Ema ; Jarkovská, Lucie ; Jonášová, Kateřina ; Křížková, Martina ; Sovová, Petra ; Zahumenský, David
2011

Dostupný z <http://www.nusl.cz/ntk/nusl-393189>

Dílo je chráněno podle autorského zákona č. 121/2000 Sb.

Tento dokument byl stažen z Národního úložiště šedé literatury (NUŠL).

Datum stažení: 26.03.2019

Další dokumenty můžete najít prostřednictvím vyhledávacího rozhraní nusl.cz .

mateřství a rodičovství
práva pacientů a pacientek

porody doma

těhotenství

porod

Tělo v rukou společnosti

nucené potraty migrantek

porodní asistentky

protiprávní sterilizace

sexuální výchova

tělo a zdraví

přirozený porod

škodlivé praktiky

reprodukční práva žen a mužů

zákony

media

porodnictví

osobní volba

porodní péče

Tělo v rukou společnosti

Publikace vychází za podpory Nadace Heinrich-Böll-Stiftung.



Editorka:

Anna Kotková

Autorky a autoři:

Zuzana Candigliota, Kateřina Červená, Ema Hrešanová, Lucie Jarkovská,
Kateřina Jonášová, Martina Křížková, Petra Sovová, David Zahumenský

Grafika: Zdeněk Robin Scholze

Korektury: Kristina Karasová

Gender Studies, o. p. s., Praha 2011

ISBN: 978-80-86520-38-4

Předmluva	4
Sexuální výchova jako součást reprodukčních práv žen a mužů Lucie Jarkovská	6
Hodnocení porodní péče z perspektivy českých žen Ema Hrešanová	13
Krev versus rozum – (přirozený) porod a média Kateřina Jonášová	23
Právní postavení porodních asistentek v ČR Zuzana Candigliota	32
Jak se vyrovnáme s problémem protiprávních sterilizací? David Zahumenský	43
Pracovní migrantky v České republice a nucené interrupce Martina Křížková	55
Nedostatky návrhů zdravotnických zákonů z hlediska (nejen reprodukčních) práv pacientů Zuzana Candigliota a Kateřina Červená	65
Rozhovor s Petrou Sovovou z Hnutí za aktivní mateřství o současných problémech českého porodnictví	76
Medailonky	82

Anna Kotková

editorka

Reprodukční práva žen a mužů zahrnují právo na reprodukční zdraví, tj. na přístup ke zdravotním službám, právo na reprodukční rozhodování, tzn. osobní volbu zda, kdy a kolik dětí mít, kde a jak je přivést na svět, včetně možnosti rozhodnout se o podstoupení či nepodstoupení interrupce nebo sterilizace, a v neposlední řadě právo na informace a prostředky, které jsou pro toto rozhodování a sexuální a reprodukční bezpečí důležité, včetně ochrany před sexuálním násilím a práva na soukromí.

Přestože je náš stát vázán mnoha závazky mezinárodní i vnitrostátní legislativy k ochraně těchto práv, v praxi jsou stále hojně porušována. Publikace, kterou právě otevíráte, vychází v době, kdy v České republice opět sílí hnutí na podporu svobodné volby porodu, práv rodiček a porodních asistentek. Výběr témat z oblasti reprodukčních práv žen a mužů odráží tuto aktuální situaci.

Ústředním tématem publikace je porodnictví. Najdete zde právní analýzu postavení porodních asistentek, kterým oproti závazkům vůči přijaté legislativě Evropské unie český stát stále upírá legitimní provozování povolání, a tím znemožňuje rodičkám (mj.) bezpečně rodit mimo porodnice a upírá jim i právo na volbu místa porodu a porodní asistence. Zpráva z výzkumu o zkušenostech žen a jejich hodnocení porodní péče v českých porodnicích a analýza obrazu porodu v českých médiích doplňují další úhly pohledu na porodnictví z dalších úhlů. Problematiku škodlivých praktik předporodní a porodní péče představuje rozhovor se zástupkyní Hnutí za aktivní mateřství, jedné z aktivních občanských iniciativ v této oblasti. Do publikace jsme také zahrnuli desatero připomínek Ligy lidských práv k aktuálnímu návrhu zákona o zdravotnických službách, který omezuje některá práva pacientů a pacientek.

Ostatní texty jsou výběrem několika dalších neméně závažných témat z oblasti reprodukčních práv žen a mužů. Je to sexuální výchova ve školách, jejíž realizace v podobě osvětového programu, vychovávajícího děti a mladé lidi k reprodukčnímu zdraví a znalosti svých práv, je v současné době ohrožena, protiprávní sterilizace žen a pracovní migrantky a jejich nucené interrupce.

Všechny příspěvky ukazují, že lidé a především ženy v České republice stále mají v praxi velmi omezenou možnost rozhodovat o tom, jak naloží se svým tělem, potažmo jakou zvolí reprodukční strategii, a nejsou jim pro to poskytnuty odpovídající podmínky.

Selhává zde především stát, který je povinen zajistit odpovídající institucionální podmínky a ochranu. Velkou moc má také konzervativní medicína, její dominantní diskurz a s tím související způsob jednání s pacienty a pacientkami a prosazování jediného a neoddiskutovatelného postupu v léčbě a péči.

Tato publikace navazuje na řadu prací k tématu reprodukčních práv žen a mužů z produkce Gender Studies (poslední z nich vyšla v roce 2006). U každé kapitoly obsahuje doporučení, co by se mělo v dané oblasti změnit, a bude tak moci sloužit jako informační zdroj a inspirace pro zainteresovanou veřejnost, organizace a jednotlivce, stejně jako pro rozhodující státní instituce a zodpovědné osoby v rozhodovacích pozicích.

Sexuální výchova jako součást reprodukčních práv žen a mužů

Lucie Jarkovská

Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity

Úvod

Sexuální výchova ve školách je nedílnou součástí jak prosazování reprodukčních práv, tak rovnosti žen a mužů. Z tohoto důvodu musí společnosti, které se tyto agendy rozhodly prosazovat, dbát na to, aby vytvořily podmínky umožňující kvalitní a smysluplnou sexuální výchovu na všech typech a stupních škol. Jakkoli se sexualita může zdát jako soukromá záležitost, je to oblast, která je v zájmu nejrůznějších mocenských skupin. Společenské, náboženské i právní normy definují, jaké sexuální chování je akceptovatelné či přímo žádoucí a jaké ne. V patriarchálních společnostech byla a je především sexualita žen vystavena silným restrikcím a přísným sankcím za porušení norem. Avšak normy nejsou vždy řízeny jen snahou ovládat. Politiky státu zasahující do oblasti sexuality mírají i veskrze pozitivní cíle: podpora zdraví obyvatel, prevence nežádoucích jevů (sexuální zneužívání, sexuální násilí či nechtěná těhotenství) a v posledních letech stále častěji i prosazování rovných práv, nediskriminace a tolerance. Sexuální výchova musí také pružně reagovat na nové společenské trendy, jako je globalizace a migrace skupin z různých kulturních a náboženských prostředí, rychlé šíření nových médií, zejména internetu a technologií mobilních telefonů. Proto je třeba, aby stát pro školy vytvořil pevný rámec, který zakotví místo sexuální výchovy ve výuce, nastíní její obrysy, zaručí všem dětem právo na informace v této oblasti a bude zároveň dostatečně široký, aby umožnil zohlednit specifické potřeby škol s různými charakteristikami (školy v etnicky pestrém prostředí, školy v regionech s vyšším výskytem prostituce, školy v nábožensky konzervativním prostředí, školy vzdělávající děti s handicapem apod.) a aby bylo v rámci něj možné reagovat na nové trendy sociální, medicínské, epidemiologické či technologické.

Rámce sexuální výchovy v české škole

Rámec pro sexuální výchovu v českých školách nastavují rámcové vzdělávací programy (RVP). Ty vymezují závazné „rámce“ pro jednotlivé etapy vzdělávání (předškolní, základní a střední vzdělávání). Na jejich podkladě si pak jednotlivé školy připravují vlastní školní vzdělávací programy. Vyučující tedy již nevyučují podle osnov, jež by plošně definovaly obsah výuky pro žákyně a žáky určitého věku. RVP se nezaměřují ani tak na konkrétní

obsah, který by měl být dětem vyložen, ale klade důraz na kompetence, které by si děti měly osvojit. To představuje velmi dobré podmínky právě pro sexuální výchovu, kterou mohou svým žákům a žákyním ušít vyučující přímo na míru. RVP však kromě flexibility umožňuje také některá témata z výuky vypustit či zredukovat. Z toho vyplývá nebezpečí, že by sexuální výchova mohla být v některých školách opomíjena. Je však třeba si uvědomit, že ačkoli RVP nestanoví závazně obsah výuky, závazné jsou pro školy tzv. očekávané výstupy definované v RVP (tj. to, co děti mají umět), a to také posléze kontroluje a vymáhá Česká školní inspekce.

RVP jsou rozčleněny do vzdělávacích oblastí a vzdělávacích oborů. Sexuální výchova není samostatným oborem ani oblastí. RVP nijak konkrétně nevymezuje, co se vlastně sexuální výchovou rozumí. Proto v debatách na toto téma, které se v posledním roce kolem sexuální výchovy rozvířily, dochází k velkému matení pojmů a k nedorozuměním. Sexuální výchova je ekvivalentní např. dopravní výchově, jde o souborné označení nejrůznějších témat a kompetencí, které jsou součástí různých vzdělávacích oblastí a oborů. MŠMT v poslední době neusilovalo tento systém nijak změnit a nehodlalo zavádět sexuální výchovu jako „předmět“, jak proti tomu v roce 2010 protestovalo katolické sdružení Výbor na obranu rodičovských práv (bližší viz oddíl Sexuální výchova jako ožehavé téma). To, co rozumíme sexuální výchovou, je součástí především těchto vzdělávacích oblastí: Člověk a jeho svět, Člověk a příroda a Člověk a zdraví. Dokument je velmi obecný a obecně jsou definovány i výstupy. Jedním z bodů očekávaných výstupů vzdělávacího oboru výchova ke zdraví pro 2. stupeň ZŠ je např. následující: v souvislosti se zdravím, etikou, morálkou a životními cíli mladých lidí přijímá [žák/yně] odpovědnost za bezpečné sexuální chování, optimálně reaguje na fyziologické změny v období dospívání a kultivovaně se chová k opačnému pohlaví (RVP pro ZŠ 2007: 74).

Na základě RVP si každá škola připravuje vlastní školní vzdělávací program (ŠVP). V něm rozpracuje postupy, jakými bude dosaženo očekávaných výstupů, které jsou pro školy v RVP definovány jako závazné. RVP je dokumentem velmi obecným, a to z toho důvodu, aby ponechal volnost právě školám a vyučujícím. ŠVP je potom již dokumentem mnohem konkrétnějším. Školám je ponechána velká volnost k tomu, aby mohly zvolit adekvátní způsoby výuky. Sexuální výchova může být po kapkách dávkována různými vyučujícími v různých předmětech (biologie, občanská či rodinná výchova), může být náplní speciálních projektových dnů, v nichž se téma uchopí komplexně, škola může zapojit externí odbornice a odborníky z oblasti lidských práv, medicíny a kriminalistiky či nevládní organizace, které nabízejí specializované programy zaměřené na tuto problematiku. Vždy je však třeba ověřit, zda je externí spolupráce v souladu s RVP i ŠVP. V České republice není ve srovnání se zahraničím organizací nabízejících specializované programy mnoho. Zmínit ale můžeme alespoň Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu¹, která se specializuje především na velmi účinné peer programy (vzdělavatelé se v nich stávají vyškolení vrstevníci), či společnost STUD Brno², jež nabízí diskuse na téma homosexuality.

1 Bližší informace jsou dostupné na <http://www.planovanirodiny.cz/>.

2 Bližší informace jsou dostupné na <http://www.stud.cz/>.

Je nanejvýš žádoucí, aby škola úzce spolupracovala s rodiči, aby jim poskytla informace o tom, jakou formou bude výuka probíhat a jaké informace se děti ve škole dozvědí. Prostřednictvím komunikace mezi školou a rodiči lze předejít nedorozuměním a sporům, které ožehavé téma sexuální výchovy někdy vzbudí. Modelovým příkladem pro výuku sexuální výchovy na základní škole a komunikaci o ní s rodiči může být Základní škola Kuncova v Praze. Ředitel PaedDr. Pavel Petrnoušek vytvořil v rámci preventivních programů speciální program pro žákyně a žáky osmých a devátých tříd. Škola podrobně informuje o programu sexuální výchovy na svých webových stránkách³ a rodiče uvědomuje také písemně – žádá si jejich písemný souhlas a v případě výhrad jim nabízí konzultace, na nichž je jim vše individuálně vysvětleno. Od roku 1994 prošlo kurzy přes 2000 žákyň a žáků; účast svých potomků v kurzech odmítli za těchto 17 let čtyři rodiče, z toho dva s účastí vyslovili po osobní konzultaci s ředitelem školy dodatečný souhlas.

Co je kromě RVP třeba

Jak již bylo řečeno, představuje RVP velmi obecný dokument a pro zajištění kvalitní sexuální výchovy je třeba nabídnout ze strany státu i další podporu. K tomu, aby školy mohly nachystat pro tuto oblast adekvátní ŠVP, které konkrétní vyučující fundovaně realizují, je třeba, aby existoval dostatek kvalitních materiálů, a to nejen učebnic přímo pro žactvo, ale také didaktických a metodických materiálů pro samotné vyučující. Zároveň je třeba vyučujícím nabídnout dostatek školení, jež by je seznámila s nově vyvíjenými metodickými a didaktickými postupy, s tím, jak přizpůsobit sexuální výchovu novým trendům, a zároveň by vyučujícím umožnila zpracovat vlastní obavy a zábrany, které výuka v oblasti sexuality přináší.

Sexuální výchova jako ožehavé téma

V českém kontextu nebyla donedávna sexuální výchova příliš ožehavým tématem. Ve srovnání se státy, kde má katolická církev mnohem silnější vliv (Polsko, Slovensko či Rakousko), nebyla sexuální výchova nijak zásadně diskutována. O to překvapivější byl zvrat v roce 2010. Na sklonku roku 2009 vydalo MŠMT brožuru *Sexuální výchova – vybraná témata*.⁴ Šlo o publikaci, která vedle relativně známých informací dostupných i z jiných zdrojů nabídla vyučujícím i nová témata jako sexuální zneužívání dětí přes internet či genderové aspekty sexuální výchovy. K brožuře měla několik výhrad Česká biskupská konference, ale tehdejší ministryně školství Kopicová se za brožuru postavila a zdůraznila, že MŠMT nechalo příručku vypracovat po tom, co v průzkumu zjistilo, že většinu informací v oblasti sexu získávají děti především od kamarádů a škola nehraje v informování významnější roli, proto je třeba sexuální výchovu ve školách zkvalitnit. Obrat nastal po volbách do sněmovny v květnu 2010. Ve vládě zasedli ministři inklinující ke konzervatismu a dříve spíše slabé hlasy kritiků

³ Viz <http://www.zskuncova.org/> v menu Škola > Min. prev. program.

⁴ Sexuální výchova – vybraná témata. (2009). Praha: MŠMT ve spolupráci s VÚP.

sexuální výchovy nabraly na síle. Ministrem školství se stal Josef Dobeš a brzy po jeho inauguraci s ním vstoupil do kontaktu Výbor na obranu rodičovských práv (VORP), spolek ultrakonzervativních křesťanů, který již v průběhu devadesátých let zabránil snahám o inovace ve školní sexuální výchově. VORP zároveň vyhlásil petici pod heslem: „Opravdu chcete, aby se vaše děti učily na základní škole souložit bez zábran a výčitek s kýmkoli, kdykoli a jakkoli?“ S touto peticí si spolek vyžádal schůzku s ministrem Dobešem a jejím výsledkem bylo, že ministr stáhl brožuru z ministerského webu a od publikace se distancoval. VORPu vadilo především to, že text informuje o homosexualitě jako o normální sexuální orientaci, nepovažuje manželství za nezbytnou podmínku pro sex a zdůrazňuje genderovou rovnost.

Kampaň proti sexuální výchově byla pro veřejnost velmi matoucí, protože bojovala proti zavádění povinné sexuální výchovy do škol. MŠMT nic takového ovšem nedělalo ani udělat neplánovalo. Prvky sexuální výchovy byly součástí RVP od jejich přijetí v roce 2004. Nová příručka byla jen materiálem daným k dispozici vyučujícím (nešlo o materiál určený dětem) k tomu, aby mohli RVP lépe naplňovat v praxi. VORPu však stažení brožury z ministerského webu nestačilo a žádal úplné zrušení povinné sexuální výchovy a její případné přesunutí do připravovaného nepovinného předmětu etická výchova. Ministr obeslal základní školy dopisem, v němž ukládá ředitelství škol povinnost informovat rodiče o podobě sexuální výchovy v jejich škole a v případě nesouhlasu rodičů umožnit uvolnění dětí z těchto hodin. V březnu 2011 pak prohlásil, že sexuální výchova bude nepovinná a že kvůli tomu nechá přepracovat RVP. Změny kurikulárních dokumentů jsou v kompetenci Výzkumného ústavu pedagogického (VÚP), který v září 2011 započal s veřejnou diskusí nad změnami RVP. Po úvodním setkání nebyli členové a členky VORPu spokojeni s jeho průběhem a se skutečností, že přizvaní odborníci a odbornice se neshodují s jejich stanovisky. Ministr v době, kdy vzniká tento text (druhá polovina září 2011), v reakci na jejich další protest rozhodl, že odejme VÚP (tj. kurikulárnímu ústavu) jeho kompetenci spravovat kurikulární dokumenty a sestaví si tým vlastních odborníků, kteří budou dále na přepracovávání RVP s VORPem spolupracovat. Doufejme jen, že k tomuto nešťastnému kroku nedojde a změny RVP budou nadále probíhat v souladu s fungováním úřadů v demokratickém státě.

Požadavky odpůrců sexuální výchovy ve školách

Odpůrci a odpůrkyně sexuální výchovy ve školách⁵ argumentují tím, že sexuální výchova je v rozporu s mezinárodním paktem o občanských a politických právech, kde se ve článku 18, odstavci 4, píše: „*Státy, smluvní strany Paktu, se zavazují respektovat svobodu rodičů zajistit náboženskou a morální výchovu svých dětí podle vlastního přesvědčení rodičů.*“⁶ Na druhé straně však stojí právo dítěte na informace. Evropský soud rozhodl, že dítě má právo na

5 Nejde o žádnou jasně vymezenou skupinu. Nejsilnější jsou však v současné debatě slyšet hlasy Výboru na obranu rodičovských práv, Hnutí pro život ČR a z politických uskupení ultrakonzervativního a nacionalisticky orientovaného sdružení Akce D.O.S.T.

6 Odpověď VORPu na stanovisko MŠMT dostupná na <http://www.vorp.cz/clanek/odpoved-vyboru-na-obranu-rodicovskych-prav-na-stan/>.

informace i v oblasti sexuality, bez ohledu na to, zda mu rodiče tyto informace chtějí upřít, nebo ne. Vnímat sexuální výchovu jako střet mezi právem rodiče vychovávat v určitém přesvědčení a právem dítěte na informace však není šťastné. Kooperace mezi školou a rodinou je v tomto smyslu zcela zásadní. Výše zmíněný příklad ZŠ Kuncova ukazuje, že to lze: pokud se i konzervativněji naladěným rodičům vysvětlí, co se jejich děti budou ve škole dozvídat a proč, a navíc mají možnost setkat se a promluvit s osobou, která sexuální výchovu povede, drtivá většina rodičů proti výuce nic nenamítá.

Odpůrci sexuální výchovy kritizují i některé aspekty sexuální výchovy, které z ní vyloučit nelze, protože by to bylo v rozporu se základními principy demokratického sekulárního státu. Dožadují se např. toho, že by homosexualita neměla být prezentována jako *normální* sexuální orientace a že by neměl být kladen důraz na rovnost žen a mužů. Vzhledem k tomu, že rovná práva bez ohledu na pohlaví nebo sexuální orientaci zajišťuje v ČR všem lidem ústava, nelze tomuto požadavku vyhovět. Požadavky odpůrců pramení z představy, že škola by neměla vyučovat témata, o kterých nepanuje široká společenská shoda. VORP v jedné ze svých tiskových zpráv uvádí: *„Požadujeme, aby se ve veřejných školách učily povinně a jednotně jen předměty a témata, kde je všeobecná společenská shoda názorů. Vše ostatní ať je vyučováno pouze volitelně na základě souhlasu rodičů, kteří musí být předem seznámeni s obsahem a metodami výuky.“*⁷ Avšak ani tento požadavek není pro pluralitní demokracii akceptovatelný. Škola je jednou z institucí, ve které je nutno posilovat společenskou soudržnost mezi rozmanitými a někdy až nesourodými elementy společnosti prostřednictvím výchovy k respektu a toleranci.

Právě sexuální výchova, ve které se můžeme setkat s tak radikálně odlišnými postoji, může být pro takovou výchovu využita. Děti a mládež se naučí, že není jen jedna pravda, a ačkoli oni si stojí za tou svou, mohou mít druzí názor jiný, aniž by se navzájem museli potírat. Domnívám se, že je v současné sexuální výchově třeba akcentovat důraz na výchovu k toleranci a vyučující by měli být podpořeni v tom, aby dokázali zvládnout pluralitu názorů i kulturní rozmanitosti prostředí, ze kterého děti pocházejí. Nábožensky či konzervativně založení rodiče se někdy cítí být zahrnutí do kouta a domnívají se, že jejich specifická představa o sexualitě je neúprosně převálcována, přičemž někdy zaměňují přeseexualizovanou popkulturu se školní sexuální výchovou, a proto se radikalizují. Odmítání antikoncepce či potratů je v takovém případě součástí náboženského vyznání a jako takové má nárok být bráno na vědomí, nesmí si však činit nárok na univerzalitu.

VORP ve svých připomínkách k RVP požaduje také odstranit téma sexuálního zneužívání s tím, že děti jsou zbytečně traumatizovány výkladem o hrůzách sexuálního násilí, a navrhuje, aby byl tento problém řešen individuálně, pokud vyučující pojmu podezření, že k sexuálnímu zneužívání u některého z dětí dochází. Děti samozřejmě není vhodné traumatizovat a strašit zbytečně brutálním líčením násilností, ale není možné se ani takto nepříjemným tématům vyhýbat. Je tomu tak jednak z důvodu prevence, aby se děti naučily praktické způsoby chování pro případ, že se cítí ohroženy cizí osobou. A zároveň je třeba téma ve třídě otevřít jako něco, co se svým způsobem týká všech, nikoli jen postižené oběti. Nemůžeme být ke zneužívání lhostejní, nemůžeme sexuální

7 VORP, tisková zpráva z 8. září 2010.

násilí tolerovat a považovat ho za soukromou a individuální záležitost. Pokud dochází ke zneužívání dítěte osobou blízkou, mají právě dobří a otevření vyučující schopní mluvit o problematických tématech velký potenciál stát se pro zneužívané dítě důvěrníkem. To často žije v přesvědčení, že je špatné, že to, co se mu stalo, je jeho vina, popřípadě je přesvědčováno zneužívatelem, že to, k čemu mezi nimi dochází, je tajemství, které mezi sebou mají a které se nesmí nikomu vyprávět, jinak se stanou hrozné věci. Nevědomost přispívá k tomu, že se dítě nebrání a zneužívateli důvěřuje. Když se zneužívání stane tématem výuky a dítě cítí podporu, získá tak zdroje k tomu, aby bylo schopno požádat o pomoc.

Standardy WHO

V roce 2010 vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) dokument *Standardy pro sexuální výchovu v Evropě. Rámec pro tvůrce plánů, výchovné a zdravotní úřady (orgány) a specialisty*⁸. Cílem tohoto dokumentu je přispět k zavedení ucelené (holistické) sexuální výchovy přiměřené vždy věku dítěte či mladého člověka. Holistická sexuální výchova se snaží dát dětem a mladým lidem nepředpojaté, vědecky správné informace o všech aspektech sexuality, které jim umožní svobodně se rozhodnout o své sexualitě a svých vztazích v různých vývojových stupních. Podporuje je v tom, aby sebevědomě žili svůj sexuální život a své vztahy naplňujícím a zodpovědným způsobem. V dřívějších dobách byla sexuální výchova zaměřena především na rizika spojená se sexualitou, její hlavní náplní bylo varování (někdy až zastrašování) před sexuálně přenosnými chorobami, a to v přesvědčení, že patřičně vystrašená mládež odloží začátek sexuálního života. Rizika byla prezentována především dívkám, protože u nich se k riziku sexuálně přenosných chorob přidávalo ještě riziko nechtěného otěhotnění (jako by se chlapců otěhotnění partnerky netýkalo). Holistický přístup prosazovaný nyní WHO klade důraz na pozitivní přístup k sexualitě, zahrnuje nejen oblast zdraví, ale i otázku osobního a sexuálního rozvoje či rovných práv, respektu a tolerance.

Doporučení

Česká republika má dlouhou historii sexuální výchovy, přesto jsou zde stále možnosti pro její zdokonalení.

- Bylo by vhodné, pokud by se Česká republika (MŠMT) oficiálně přihlásila k standardům sexuální výchovy vyhlášenými WHO, popřípadě vypracovala na jejich základě vlastní národní dokument standardů.
- Ačkoli zde existuje rámec pro sexuální výchovu ve školách v RVP, bylo by dobré zvýšit podporu vyučujících nabídkou školení např. prostřednictvím Národního institutu pro další vzdělávání, případně vypsáním grantů pro projekty zaměřené na sexuální výchovu, o něž by mohly žádat jak školy, tak nevládní organizace, aby

8 *Standards for Sexuality Education in Europe*. (2010). Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA. Dostupné na <http://www.bzga-whocc.de/>.

se zvýšila nabídka různorodých programů a každá škola si mohla vybrat program adekvátní pro její specifické podmínky.

- V rámci programů sexuální výchovy by se měl důraz z aspektu medicínského přesunout k holistickému přístupu, který nevnímá sexualitu pouze jako součást zdraví, ale i v širších společenských souvislostech (otázky rovnoprávnosti menšin, genderová rovnost, sexuální násilí jako společenský, nikoli individuální problém apod.).

Zdroje:

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. (2007, se změnami k 1. 9. 2010.) Praha: Výzkumný ústav pedagogický v Praze. Dostupné z http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV_2007-07.pdf. (Cit. 2011-10-05.)

Sexuální výchova - vybraná témata. (2009). Praha: MŠMT ve spolupráci s VÚP.

Standards for Sexuality Education in Europe. (2010). Cologne: Federal Centre for Health Education, BZgA. Dostupné z <http://www.bzga-whocc.de/>.

Výbor na obranu rodičovských práv (VORP): <http://www.vorp.cz>.

Hodnocení porodní péče z perspektivy českých žen

Ema Hrešanová

Katedra sociologie, Západočeská univerzita v Plzni

Úvod

Porod je zlomovým životním prožitkem, který může ženy vnitřně emancipovat, ale také naopak traumatizovat do konce života. Fakt, že je pevně spojen s ženským tělem, podtrhává zásadní význam, který porod pro ženy i jejich práva má.¹ V českém kontextu nicméně existuje jen několik studií, které se na oblast porodu zaměřují. Kromě nedávno publikované studie Takáče a Kodyšové (2011) navíc žádná z nich neanalyzuje zkušenosti ani pocity žen související s poskytnutou porodní péčí.²

Tento text staví na dvou kvalitativních výzkumných projektech, které studují zkušenosti čtyř desítek žen s porodní péčí v celkem šesti českých porodnicích. Jejich cílem je zmapovat představy žen o porodní péči, jejich priority a požadavky a zjistit, nakolik byly naplněny i jakými způsoby se jich dotyčné snažily dosáhnout. Předkládaný příspěvek se věnuje pouze vybraným aspektům zkoumaných porodních zkušeností. Konkrétně se zaměřuje na pocity žen související s poskytovanou péčí a na její hodnocení. Na základě výpovědí žen se v první řadě snaží zviditelnit slabá místa ve způsobech poskytování péče, přichází však i s návrhy na jejich změnu.³

V textu nejprve seznamuji s metodologií obou výzkumů. Následně popíšu, jak ženy hodnotily poskytnutou porodní péči i jaké pocity přitom zakoušely. Dále se zaměřím na stížnosti žen a rozeberu výrazné téma informací o poskytnuté péči. Nakonec se budu věnovat oblasti porodní péče.

Metodologie výzkumů

V rámci prvního projektu, etnografického výzkumu dvou porodnic, jsem v letech 2004 až 2007 provedla polostrukturované rozhovory s třiceti dvěma ženami po porodu. Porodnice

- 1 Wolliver, L. R. (2002). *The Political Geographies of Pregnancy*. Urbana a Chicago: University of Illinois Press.
- 2 Takács, L. – Kodyšová, E. (2011). „Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí“. In *Česká gynekologie*, č. 3: 199–204.
- 3 Tento text výrazně staví na výsledné studii, která podrobně popisuje zkušenosti daných žen s porodní péčí. (Hrešanová, E., „Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie.“ In *Gender, rovné příležitosti, výzkum* (forthcoming).

patří svým rozsahem mezi ty menší, nacházejí se ve dvou srovnatelně velkých městech.⁴ Věk těchto žen se pohyboval od osmnácti do třiceti šesti let, většinou bylo kolem třiceti. Převažovalo středoškolské vzdělání. Mnoho z těchto žen pracovalo v dělnických profesích. V této skupině bylo dvanáct prvorodiček. Rozhovory trvaly od půl hodiny až po dvě hodiny.⁵

Druhý projekt se šířeji zaměřoval na koncepcce občanství uplatňované ženami ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče. Konkrétně jsem se v jeho rámci zaměřila na perspektivu vysokoškolsky vzdělaných žen. Ty byly zastoupeny v prvním výzkumném vzorku ojediněle, avšak porodníci i porodní asistentky ve zkoumaných porodnicích přisuzovali této skupině klientek značný význam kvůli specifickým nárokům, jež tyto ženy na porodní péči měly. V rámci tohoto projektu jsem pak v létě 2010 uskutečnila osm narativních rozhovorů se ženami s vyšším vzděláním, jež jsem rekrutovala z okruhu svých známých prostřednictvím snow-ball techniky.⁶ Polovinu z těchto žen bylo 31 let, celkově se jejich věk pohyboval v rozmezí 25 až 34 let. Rozhovory trvaly od 40 minut až po dvě hodiny. Oba typy rozhovorů jsem analyzovala prostřednictvím tematické analýzy, která nejlépe dovoluje identifikovat klíčové aspekty zkušeností s porodní péčí.⁷

Hodnocení porodní péče

Mezi ženami, které rodily ve zkoumaných porodnicích, a ženami z druhého projektu byl značný rozdíl v tom, jakou zkušenost s porodní péčí udělaly a jak o ní hovořily.⁸ Při popisu svých zkušeností ženy spontánně hodnotily poskytnutou porodní péči. Zatímco ženy v prvním projektu v naprosté většině vyjadřovaly značnou spokojenost s poskytnutou péčí, ženy v druhé skupině byly k poskytnuté péči poměrně kritické.⁹ Pouze dvě ženy z osmi byly s porodní péčí v porodnici spokojené. Tyto rozdíly v hodnocení odrážejí nejen rozdílnou kvalitu samotné porodní péče, ale stejně tak i rozdíly v představách a očekávání mých informátorek ohledně požadované porodní péče. Můj výzkum naznačuje, že ženy podobného vzdělání a, mohu-li posoudit, i podobného třídního postavení a zázemí mají tendenci sdílet i podobné představy a přístup k porodní péči.¹⁰

4 Více viz výsledná studie: Hřešanová, E. (2008). *Kultury porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.

5 Seznam otázek (interview guide) k těmto rozhovorům byl zveřejněn v příloze výsledné studie (tamtéž).

6 Z osmi pouze dvě informátorky nepokračovaly po dokončení střední školy s maturitou ve vysokoškolském studiu. Jedna informátorka stále ještě vysokou školu studovala.

7 Ezzy, D. (2002). *Qualitative Analysis*. London: Routledge.

8 V tomto ohledu jistě hrály roli i metodologické rozdíly mezi oběma projekty. Ženy v porodnicích měly méně prostoru pro reflexi případných negativ poskytnuté péče. Roli zde hrál nejen výzkumný nástroj (polostrukturované rozhovory), ale i nedostatečný časový odstup od tohoto prožitku a zřejmě zejména i fakt, že se rozhovory odehrávaly v samotných porodnicích.

9 Přitom je zapotřebí zdůraznit, že způsob, jakým ženy hodnotily porodní péči, mi nebyl v naprosté většině případů předem znám, takže nepředstavoval kritérium, dle kterých jsem informátorky do výzkumu rekrutovala. Viz Hřešanová, E., „Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie.“ In *Gender, rovné příležitosti, výzkum* (forthcoming).

10 Více tamtéž.

U první skupiny žen se i přes jejich celkové pozitivní hodnocení porodní péče vyskytly dvě stížnosti. První byla poměrně ojedinělá. Dvě ženy, které rodily ve stejnou dobu a následně spolu sdílely pokoj, uvedly, že se na chvíli mohly během porodu slyšet, což bylo pro obě poměrně frustrující. Slyšitelná přítomnost jiné rodičky byla označena za jeden z nejhorsích zážitků při porodu již ve výzkumném šetření agentury STEM, které bylo provedeno v roce 2000.¹¹

Druhou stížnost zmínily při popisu poslední porodní zkušenosti tři ženy z první skupiny.¹² Týkala se komunikace s personálem i jeho jednání. Zde je patrné, nakolik je spokojenost žen spjata s jejich představami o roli porodních asistentek. Některé ženy vyžadovaly, aby porodní asistentky byly velmi aktivní a do porodního procesu iniciativně zasahovaly. To byl případ paní Nachové¹³, která kritizovala porodní asistentky za to, že při porodu „stály s rukama v kapsách“. Jiné ženy však žádaly pravý opak.

U druhé skupiny byl jako hlavní problém při poskytování porodní péče vnímán přístup personálu. Čtyři ženy z osmi jej označily za nepříjemný a neprofesionální. Neprofesionalitu a nedostatek respektu viděly tři ženy již ve způsobu oslovování termínem „maminko“, který vnímaly jako infantilizující. Při líčení svých porodních zkušeností uváděly mé informátorky mnoho příkladů arogantního a hrubého přístupu personálu. Třeba Běta hovořila o zvyšování hlasu, peskování, neurvalém přístupu v komunikaci s ní apod. Přístup personálu, o němž tyto informátorky hovoří, dobře ilustruje nepříjemný incident, který se stal Františce po dlouhých hodinách strávených v porodnici:

„Třeba mi tam vynadali, že jsem si nedostatečně došla na záchod a že když jsem si lehla na ten rodící pult, tak jsem řekla, že bych radši ještě teda šla, tak jsem dostala vynadáno, to jsou třeba už prostě intimní situace, ale vy prostě nevíte, co se děje, a teď vám někdo kvůli tomu začne nadávat...“

Čtyři ženy z této skupiny uvedly, že měly na oddělení šestinedělí nepříjemný pocit, že porodní asistentky „obtěžují“ a zdržují od práce. Cítily se, jako by se jich musely „něčeho doprošovat“. Ženy měly často pocit, že nesmějí dávat najevo své emoce, aby nebyly považovány za „hysterky“. To byl případ Běty, která měla pocit, že musí být přehnaně milá a úslužná, aby se s ní porodní asistentky vůbec bavily a poskytly jí informace, které žádala. Cecilie uvedla, že jí v porodnici ze strany personálu scházelo přívětivé jednání, třeba drobné pousmání apod., které by jí pomohlo cítit se v cizím prostředí lépe.

Nejkritičtější byly v druhé skupině čtyři ženy, z nichž tři rodily ve stejné fakultní porodnici. Přestože se porodnice vyznačovaly krásným, moderně zařízeným interiérem, pocit

11 Z 818 respondentek jí 61 % považovalo za ten nejhorší zážitek z porodu. Viz Hašková, H. (2000). „Současná porodní a poporodní praxe v ČR.“ In *Gender, rovné příležitosti, výzkum 4*: 13–15.

12 Další žena vyjádřila výtky ke komunikaci s porodními asistentkami na oddělení šestinedělí, ty se však týkaly její předchozí porodní zkušenosti.

13 Veškerá jména uvedená v tomto textu jsou pseudonymy. Pro snadné odlišení informátorek dle projektů jsem se rozhodla odkazovat na ženy z první skupiny smyšleným příjmením, zatímco ženy z druhého projektu, které často patřily do okruhu mých známých, označuji křestním jménem.

pohodlí kazil způsob komunikace ze strany porodních asistentek a lékařů-porodníků. Ten tyto ženy přirovnaly ke způsobům, které byly běžné za minulého politického režimu. Uváděly především nedostatečný respekt k lidské důstojnosti i k právu ženy na svobodné rozhodnutí při přijímání porodní péče. Jak upozornily Dana i Františka, poskytovaná péče byla redukována na pouhou technickou dovednost.¹⁴ Prioritou se zdálo být precizní provedení lékařského zákroku do „pacientčina“ těla, ale „pečování“ ve smyslu psychické a emocionální podpory tvořilo marginální součást porodní péče. Toto se podle Františky promítalo i do uplatňovaného způsobu komunikace. Porodníci dle ní „sbírali informace“ místo toho, aby jí aktivně naslouchali. V takovém kontextu není překvapivé, že i pouhé vznesení otázky mohlo být vykládáno negativně. S takovou situací se na porodním sále setkala Františka, která popisuje rozčarování nad rozporem mezi svými očekáváními a realitou poskytované péče takto:

„Protože jako, když si přečtete příručku Porodní plán, a pak se jí [porodní asistentky] zeptáte na nějaký věci [ohledně porodních praktik] a ona je úplně šokovaná, že vy se jí na něco zeptáte, a bere to, nevím, možná že [jako] [něco] horší[ho] než [když] někdo bere drogy...“

Cecilie, Alena a Běta z druhé skupiny se domnívají, že na oddělení šestinedělí měly obecně na sestřičky „smůlu“. Ve světě upracovaných, nepřijemných, uštvaných a hrubých sester pracujících na tomto oddělení se však podle jejich slov vyskytly i výjimky.¹⁵ Ovšem i ženy, které byly s porodní péčí vesměs spokojené, zažily nějaký nepříjemný incident s personálem.¹⁶ Mezi osmi ženami se v tomto ohledu vyskytla pouze jedna výjimka (zkušenost Hany). Negativní příhody s několika zdravotníky pošramotily první dny po porodu u celkem pěti žen ve druhém výzkumném vzorku, což se pochopitelně promítlo i do způsobu, jakým celkově vnímaly a hodnotily porodní a poporodní péči. Tyto ženy zároveň nepovažovaly dané nepříjemné příhody za osobní selhání jednotlivců, ale spíše za problém, který vyvěrá ze „systémových“ chyb, jež mimo jiné vedou k výraznému nedostatku personálu. Ten způsobuje přetížení a „vyhoření“ zbývajících zaměstnanců. Minimálně tři ženy následně dodávaly, že na jedné straně sice mohou chápat okolnosti, jež způsobují takové nedostatky v poskytování péče, na druhou stranu do porodnice

14 To dokládá výpověď Běty. Po porodu se lékařka pustila do šití, ale Běta vykřikla bolestí. Lékařka na ni vyjela, že jí to nemůže bolet, protože jí podala „*dvacku mezokainu*“. Běta se ohradila, že to opravdu bolí, a ptala se, jestli jí lékařka nevěří; pokračování rozhovoru popisuje takto: „*řekla, prosím vás sestři, na mě už nemluvila, jo, chytněte tady paní ruku, ať si do toho nesaáh, já tady mam sterilní prostředí. Ale já sem tam nikam nesaáhla.*“ Daným „sterilním prostředím“ byla myšlena Bětina vagina. (Hrešanová, E. „Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie.“ In *Gender, rovné příležitosti, výzkum* [forthcoming].)

15 V takovém smyslu o porodních asistentkách hovořila například Alena: „*Mně to prostě přišlo, že je obtěžuju! Že prostě tady je hromada práce, tady rodí jedna ženská za druhou a já prostě [jako daná asistentka] nemám čas se s tebou bavit!*“ Nepříjemný přístup přetížených asistentek se projevoval obecně v jejich neochotě, kterou Cecilie popisuje jako nedostatek „lidského chování“. Podobně Běta zmínila například nepříjemný tón hlasu, necitlivé rozrážení dveří pokojů či výtky, že asistentku zbytečně zavolala o pomoc, apod. Běta i Cecilie uvedly v rozhovorech řadu dalších konkrétních příkladů, kterými dokládají výše popsany přístup personálu.

16 Například Gabriela, která hodnotila porodní péči velmi pozitivně, uvedla incident s porodní asistentkou na porodním sále, která ztratila matriční formulář o změně příjmení novorozence a trvala na tom, že se dítě bude jmenovat po matce.

nepřišly proto, aby chápaly, proč jim není patřičná péče poskytována. Upozornily, že jejich prioritou je získat v porodnici kvalitní (po)porodní péči, jež by jim umožnila o své dítě dobře pečovat. Ostatně většina z nich si porodnici vybírala na základě informací o porodní péči, jež poskytovaly samotné porodnice.

Informace o porodní péči

Zásadní problém pro Alenu, Bětu, Danu i Františku byl nedostatek klíčových informací o poskytované péči, které se snažily od personálu získat. Tyto ženy zdůrazňovaly, že léky i intervence byly jim i jejich dětem poskytovány bez vysvětlení či upozornění. Přitom však dostatečné informace o poskytované péči a příjemná komunikace byla pro naprostou většinu žen v druhé výzkumné skupině tím nejdůležitějším aspektem poskytované porodní péče. I ženy v první výzkumné skupině ale zdůrazňovaly, že je pro ně dostatek informací o tom, „co se s nimi v porodnici děje“, zásadní. Pro paní Modrou bylo při prvním porodu velmi frustrující, když o poskytnuté péči nedostala žádné informace, nikdo jí nevěnoval pozornost a ona nevěděla, co bude následovat. Tato žena se o porod nijak zvlášť nezajímala. Neměla vysoké vzdělání a pracovala jako dělnice v daném městě. Přestože neměla přílišné povědomí ani přesné představy o porodní péči, *chtěla* být informována o tom, co se s ní při poskytování porodní péče děje. Její případ naznačuje, že obeznámenost s poskytovanou porodní péčí představuje důležitý faktor, jenž ovlivňuje zkušenosti žen napříč různými sociálními třídami.¹⁷

Běta uvedla, že nebyla informována ani o základních faktech ohledně zdraví svého dítěte, což pro ni mělo zásadní důsledky. Po převozu na oddělení šestinedělí jí rázná porodní asistentka řekla, že jí dítě přivezou, až když sama vstane, vykoupe se a dojde si na toaletu. Běta si u sebe přála mít dítě co nejdříve, a tak se pokusila vstát několikrát. Úspěšně se jí to vzhledem k fyzickému stavu podařilo až napotřetí, pokaždé dostala od přítomné asistentky vynadáno za „marný poplach“. V půl jedné, osm hodin po porodu, ji navštívila mladá lékařka, jež jí soucitnými slovy (která Bětu vyděsila) oznámila, že dotýčný novorozenec byl mírně přidušen, a proto byl umístěn do inkubátoru, přičemž toto rozhodnutí bylo učiněno vzápětí po porodu. Ani další podstatné informace o zdravotním stavu jejího dítěte k ní v porodnici nedoputovaly. Vyprávěla mi o svém rozhovoru s pediatričkou, která novorozeně vyšetřovala po návratu z porodnice.

„A ještě s tou porodní péčí, tak mu [novorozeněti] změřila tlak a řekla ‚A to, že má málo pulsů za minutu, to vám v porodnici řekli?‘ Já říkam: ‚Prosím? Ne!‘ [Na to lékařka odvětila] ‚Hm, tak ho sledujte, nesmí mu to spadnout, když bude mít osmdesát a půl pulsů za minutu ve spánku, tak hned na kardiologii, dětskou.‘ [a já na to] ‚Aha! Tak to jsem jako nevěděla.‘ A vona [pediatrička] říká: ‚A to, že má hydrokalu na šourku, to vám řekli?‘ [já], Ne.‘ [pediatrička:], ‚Tak to budeme hlídat. Když se to do roka nevstřebá, tak musí na operaci.‘ A já: ‚Aha!‘“

17 Viz Hrešanová, E., „Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie.“ In *Gender, rovné příležitosti, výzkum* (forthcoming).

Františka a Běta uvedly, že se samy aktivně snažily získat informace o poskytované péči.¹⁸ Na své otázky však často nedostaly žádnou odpověď, anebo to trvalo dlouho, než k nim v rámci nemocnice doputovala. Porodní asistentky je často odkazovaly na jiné kolegyně, které jim měly odpovědi poskytnout. Takový přístup tyto ženy vnímaly jako zásadní okleštění svého práva na informovanou volbu. Například Alena, ale i Františka v této souvislosti upozorňovaly na rozpor mezi oficiálními materiály porodnic, přístupem konkrétních porodníků i sděleními v předporodních kurzech proklamujících možnost informované volby na jedné straně a konkrétní realitou poskytované péče, v níž jim nikdo neposkytl dostatek informací k tomu, aby mohly informovanou volbu doopravdy uplatnit, na straně druhé.¹⁹ To se zdá být hlavním důvodem rozčarování u žen v druhé skupině. Františku vedl tento rozpor k závěru, že pravdivé seznámení s absencí volby v porodní péči může být pro rodičku lepší než falešný slib jejího naplnění:

....třeba u Apolináře, tam nemůžete chtít skoro nic, žejo, že to jakoby víte předem. Což je možná lepší, no."

Dostatek potřebných informací o poskytované péči přitom považovaly dotyčné za nezbytný předpoklad pro zodpovědné rozhodování o zdravotní péči i zdraví obecně.

Poporodní péče

V popisech zkušeností s poporodní péčí vystupovalo jako nejdramatičtější oddělení od dítěte. To nakonec nedobrovolně prožilo sedm žen z druhého výzkumného vzorku. Pro tři z nich byl tento zážitek silně traumatický. Nejdrastičtěji vnímala toto oddělení Alena, která uvedla, že pro ni byly pocitově horší všechny ty obavy, které měla, když byla od dítěte oddělena, než když musela překonávat vysílení při péči o něj. Alena, ale i Běta a Dana musely několikrát znovu požádat o to, aby jim dítě bylo po porodu přivezeno. Například Dana měla své dítě dvacet minut na porodním sále a pak jej viděla až za šest hodin, přičemž o něj asistentky žádala třikrát. Dále třeba Běta porodila v půl páté ráno, ale až v jednu hodinu odpoledne se dozvěděla, že dítě musí zůstat na novorozeneckém oddělení, přičemž na její dotaz, proč je to nutné, jí asistentka odmítla odpovědět. Na kojení jej dostala až po večerní vizitě.

Ženy z druhé skupiny, které rodily ve fakultní nemocnici, často podle svých výpovědí nedostaly téměř žádné informace o tom, jak novorozeně koupat či přebalovat anebo jinak o něj pečovat. To u nich vyvolávalo intenzivní pocit zoufalství. To, do jaké míry mnohé absenci poporodní péče a související nespokojenost pociťovaly, vyjadřuje úryvek z rozhovoru s Alenou:

A: „Já nevím, já jsem tam ke konci byla v takový fázi, že už jsem snad byla ochotná podepsat revers, aby mě pustili domů.“

18 Běta zdůrazňovala, že se hodně ptala nikoliv proto, že by chtěla být „stará Blažková“, ale proto, že dané věci potřebovala vědět „pro svůj klid“. Měla ale pocit, že si zdravotníci často myslí: „Jéé, ta tomu nebude rozumět, nebudu jí nic říkat“, takže radši neřeknou nic, protože se tím nechtěj zaobírat.“

19 U Aleny se například tato situace vztahovala na rozhodnutí, zda přistoupit k císařskému řezu, či zkusit porodit vaginálně s ohledem na polohu dítěte v poloze koncem pánevním.

E. H.: „Proč?“

A: „Protože jsem si říkala, že doma to budu mít to samý, akurát budu ve svým. Budu tam mít partnera celou dobu, aby mi teda pomoh...“

Nejproblematictější však byla podpora při kojení, kterou shledávala celá polovina druhé skupiny za naprosto nedostatečnou. Kojení jim prakticky nikdo neukázal. V této souvislosti například Františka uvedla:

....s kojením vůbec vám nikdo neporadil, jenom furt do vás jako cpou, musíte musíte musíte, ale nepomůžou vám, takže je to jedna velká deprese, zvlášť po tom císařským řezu, to na to kojení přijde pozdějš a je to náročnějš.“

Ve fakultní nemocnici porodní asistentky ženám místo praktické ukázky doporučily prostudovat brožuru o kojení, která ležela v pokoji na lednici. Dvě ženy měly v této porodnici také možnost shlédnout instruktážní film. V ženách takový přístup celkově vzbuzoval dojem, že kojení je něco instinktivního, co má jít samo od sebe. Většinu žen však kojení samo od sebe nešlo, v důsledku čehož ženy pociťovaly zoufalství za to, že nejsou schopné své dítě nakrmit, a vinu za to, že jsou „špatné matky“.²⁰

V této souvislosti jasně vyšlo najevo, že některé porodnice nedodrží oficiální závazná pravidla, která se zavázaly naplňovat v rámci certifikace Baby Friendly Hospital. Jde zejména o přiložení dítěte k matčinu prsu do půl hodiny po porodu, dále o závazek udržovat laktaci i při nutném oddělení matky od dítěte, povinnost ukázat matkám, jak kojit, ale i závazek dodržovat výhradně kojení a nepodávat novorozencům nic jiného k jídlu a pití. V tomto ohledu je opět nutné upozornit na rozdílné vnímání těchto praxí ze strany samotných matek. Zatímco některým mým informátorkám umělá výživa nevadila, jiné vnímaly její podávání jako závažné narušení rodičovských práv. To byl případ Aleny, jejíž dítě bylo bez jejího svolení dokrmováno Bebou, přičemž jí asistentky několikrát nabídly, aby svému dítěti tento produkt sama podala. V tomto ohledu Alena také upozornila na záměrné zamlžování prováděných praktik v nemocnici. V její propouštěcí zprávě bylo totiž uvedeno, že dítě bylo kojeno „výhradně mateřským mlékem“.

Pro většinu žen bylo kojení obecně velmi důležité. Některé informátorky uváděly, že tlak na to, aby kojily, pociťovaly „ze všech stran“. Došlo-li pak u nich k problémům s kojením, byly zdrojem velmi silné frustrace, jako například u Františky anebo Gabriely. Ty zároveň upozorňují na problematyczny obsah existujících brožurek a letáků o kojení, které se převážně soustředí na osvětu, proč je vůbec dobré kojit, ale praktické rady, co dělat při problémech s kojením, neposkytují.²¹ Františka zároveň upozorňuje, že kojení je v porodnicích vnímané jako jedno velké tabu, o kterém se nehovoří, takže ve výsledku má nekojící žena pocit, že problémy s kojením má jen ona sama.²² Upozorňuje, že pro

20 Viz Hřešanová, E., „Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie.“ In *Gender, rovné příležitosti, výzkum* [forthcoming].

21 Gabriela uvedla: „Kojení je tak děsně preferovaný, automaticky to vnímáš, že je to jako lepší, ale když to nejde, tak to nejde, když čteš všechny ty letáky o kojení, co jsou možný, všechny začínají větou: ‘uvědomte si, že kojení je nejpřirozenější, nejlepší,’ a fakt tě to jako frustruje.“

22 Viz Hřešanová, E., „Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie.“ In *Gender, rovné příležitosti, výzkum* [forthcoming].

ni bylo zásadním zjištěním, když se dozvěděla, že v jejím okolí byly problémy s kojením velmi časté.

Doporučení

Pro poskytovatele péče v porodnicích:

- Zlepšit komunikaci s rodičkou:
 - Informovat o všech úkonech v rámci poskytované péče, popřípadě předat klientce zásadní informace v písemné podobě (či elektronické, je-li možnost, aby si je v porodnici tímto způsobem prostudovala).
 - Poskytnout rodičce odpovědi na její otázky a dbát na to, aby rodička dostala odpověď včas (tj. co nejdříve).
 - Oslovovat ji příjmením, nikoliv termínem „maminko“.
 - Poskytnout jí emocionální podporu a útěchu.
 - Rodičkám aktivně naslouchat.
 - Dbát na intimitu rodičky.
 - Zjistit více o jejích představách, týkajících se (po)porodní péče.
- Zlepšit předávání informací mezi pracovníky navzájem a ujistit se, že ošetřující zdravotník/zdravotnice má aktuální informace o situaci dané rodičky.
- Vnímat matku a dítě jako jednu jednotku a zabránit jejich zbytečnému oddělení.
- Zajistit, aby rodička opravdu dostala všechny potřebné informace o tom, jak pečovat o novorozence.
- Dodržovat všechny předpisy přijaté v rámci certifikací – například Baby Friendly Hospital.
- Hovořit více o praktické stránce kojení a souvisejících problémech, poskytnout praktické rady, zaměřit se na možné problémy s kojením.
- Dbát na to, aby se rodičky během porodu nemohly navzájem slyšet.

Pro management gynekologicko-porodnických oddělení a nemocnic:

- Zvýšit počet personálu na gynekologicko-porodnických odděleních.
- Poskytnout pracovníkům supervizi, která by řešila jejich případné emocionální vyhoření a problémy v komunikaci nejen mezi pracovníky a klientkami, ale i mezi pracovníky navzájem.
- Poskytnout personálu další možnosti, jak zlepšit komunikaci s rodičkami, například jim umožnit účast v kurzech komunikačních dovedností.
- Pravdivě informovat o péči, kterou daná porodnice poskytuje – jak v kurzech předporodní přípravy, tak v oficiálních dokumentech; instruovat pracovníky

oddělení, aby nepodávali zkreslené informace o poskytované péči.

- V případě nevyřešitelného podstavu personálu umožnit, aby rodičku doprovázela soukromá odbornice, která jí může poskytnout potřebnou péči (např. porodní asistentka, laktační poradkyně, dula).
- Zajistit efektivní předávání informací o péči poskytované rodičce mezi jednotlivými pracovníky a odděleními.
- Důsledně kontrolovat dodržování závazných pravidel přijatých v rámci certifikace Baby Friendly Hospital a dalších předpisů.
- Zajistit a kontrolovat, zda rodička opravdu dostala všechny potřebné informace o tom, jak má pečovat o novorozence.

Pro zdravotní pojišťovny:

- Umožnit hrazení poporodní péče, kterou poskytují soukromé odbornice (laktační poradkyně, porodní asistentky apod.) pro případ, že žena nedostane adekvátní péči v porodnici.
- Kontrolovat kvalitu poskytované péče.
- Kontrolovat, zda zařízení šíří přesné či naopak zkreslené informace o poskytované péči.
- Aktivně reagovat na případné stížnosti pojištěnkyň a usilovat o nápravu předmětu stížnosti.

Pro zájmové organizace:

- Připravit a široce distribuovat praktické informace o podpoře kojení.
- Iniciovat vznik svépomocných skupin pro ženy, které mají problémy s kojením.
- Kontrolovat dodržování pravidel spjatých s certifikací Baby Friendly Hospital, případně usilovat o odejmutí certifikace v případě, že pravidla nejsou v dané porodnici naplňována.

Pro rodičky

- Upozornit na případy, kdy dochází k porušení jejich práv a závazných předpisů, a kontaktovat zodpovědné instituce.

Pro akademický sektor

- Provést reprezentativní šetření týkající se zkušeností žen s českou porodní péčí a pokračovat ve výzkumu související problematiky.

Zdroje:

Ezzy, D. (2002). *Qualitative Analysis*. London: Routledge.

Hašková, H. (2000). „Současná porodní a poporodní praxe v ČR.“ In *Gender, rovné příležitosti, výzkum 4*: 13–15.

Hrešanová, E., „Porodní péče a zkušenosti českých žen: kvalitativní studie.“ In *Gender, rovné příležitosti, výzkum* (forthcoming).

Hrešanová, E. (2008). *Kultury porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni.

Takács, L. – Kodyšová, E. (2011). „Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí“. In *Česká gynekologie 3*:199–204.

Wolliver, L. R. (2002). *The Political Geographies of Pregnancy*. Urbana a Chicago: University of Illinois Press.

Krev versus rozum – (přirozený) porod a média

Nerodíte vy a nerodíte své dítě. Rodíte za všechny ostatní ženy a rodíte veřejný majetek.

Kateřina Jonášová

publicistka a feministka

Úvod

Proces medializace politického a obecněji veřejného diskurzu je hlavním trendem poslední doby. Média přebírají roli politiky a „*stávají se dominantními tvůrci veřejné sféry a jejich jednání ovlivňuje vývoj politické komunikace*“.¹ Médii je tak přiznáván stále obsáhlejší vliv na naše sociální praktiky, na způsob jednání, způsob komunikování, na konstituci sociální identity a sociálních vztahů. Řečeno v souladu s Gillesem Deleuzem, „*těžiště normalizace myšlení a chování současného člověka se z politických autorit přesunulo do médií a konzumní kultury*“.² Média neustále posouvají hranici mezi veřejným a soukromým a pomáhají činit politikum z intimity.

V následující kvalitativní minianalýze se pokusím popsat, že i současná česká média činí politický akt i z intimního aktu porodu, že posilují obraz porodu jako veřejné události. Pod jejich vlivem se veřejný diskurz o tzv. přirozených porodech mění v mocenský diskurz vystavěný na protikladu mluvčích moci (lékaři, lékařky – porodníci) a mluvčích bezmoci (matky, porodní asistentky). S využitím mediálního monitoringu AnoPress jsem po zadání vybraných klíčových slov (přirozený porod, normální porod, domácí porod, porod doma, porod, rodička, porodnice, porodník, porodní asistentka) získala přehled článků či zpráv publikovaných v agenturou AnoPress monitorovaných tištěných a veřejnoprávních médiích v letech 2008–2011. Ze získaných textových jednotek jsem extrahovala nejviditelnější trendy a svá tvrzení budu ilustrovat výňatky z tohoto textového souboru. Blogy, internetová fóra či příspěvky v sociálních sítích jsou v poslední době nejzajímavější a nehlubší studnicí informací, kterou využívají jak rodičky, tak běžné čtenářstvo v případech porodnického tématu (ať už jako zdroje informací, či platformy sdílení). Ač se samy nepovažují za mediální instituci³, nelze je jako masový komunikační prostředek ponechat

1 Mazzoleni, G., Schulz, W. (1999). "Mediatization" of Politics: A Challenge for Democracy?"

In *Political Communication*: 16(3): 247–261. Routledge.

2 Barša, P., Fulka, J. (2005). *Michel Foucault: Politika a estetika*. Praha: Dokořán.

3 McQuail (McQuail, D. (1999). *Úvod do teorie masové komunikace*. Praha: Portál) definuje mediální instituce takto: „*Tento pojem obecně odkazuje k souboru mediálních organizací a aktivit, k jejich vlastním formálním a neformálním pravidlům, jimiž se řídí a někdy i k právním a politickým požadavkům, které na ně klade společnost. Tyto požadavky odrážejí nejen očekávání veřejnosti jako celku, ale i jiných společenských institucí (například vlády, práva, náboženství či ekonomiky)*.“ V našem kontextu mám na mysli zúženou definici mediální instituce ve smyslu institucionalizované struktury, kontrolních mechanismů a mechanismů sociálního řádu, které ovlivňují chování více jedinců.“

stranou. Rozsah tohoto textu ovšem neumožňuje skutečnou analýzu tak velkého vzorku, dovolím si tedy předložit jen vlastní hypotézu vyplývající ze studia hojně navštěvovaných diskusních fór pro ženy a matky (Rodina.cz, Žena.cz, Babyonline.cz, Facebook) a srovnat vyznění tohoto druhu komunikace s tím, jak pracují mediální instituce. Předpokládám, že média se snaží udržet převládající politický diskurz, zatímco virtuální svět vytváří cosi jako nové politikum.

„Diskuzní fóra pro těhotné na internetu jsou také jakýmsi subpolitickým uskupením, ovšem nikoli ryze v rámci státní politiky, ale v rámci politiky medicínské. Kritický diskurz zaznívající v chatech a deníčcích, který posuzuje a často odsuzuje přístup lékařů a sester, má ve svém důsledku sílu ovlivňovat přístup lékařů k pacientkám-rodičkám.“⁴

Citované mediální instituce existující na webu (jako iDnes.cz) považují jen za internetovou odnož jejich papírové verze a do virtuálního světa je nezahrnují.

Mediální instituce a přirozený porod

Akt porodu jako jazykově těžko popsateľné, obrazově nesnadno přijateľné téma není mediálně přímočaré: těžko z něj udělat reportáž, těžko zpovídat rodící ženu, těžko klást otázky novorozennému dítěti. Sledované texty tak místo pozorování či zpracovávání tématu metodou ověřování z nezávislých zdrojů spíše nasvěčují extrémny a vytvářejí protipóly. Na jednom z nich stojí přirozený porod v domácím prostředí s porodní asistentkou, na druhém předem objednaný císařský řez v renomované fakultní nemocnici vedený primářem oddělení. Skrze tato dvě ostří nůžek dochází k mediálnímu **posílení obrazu obětující se matky, pojetí porodu jako veřejného aktu, obrazu patriarchální nadvlády technokracie nad svobodou ženy, moci nad těly rodičích žen a nad dětmi jako celospolečenským majetkem**. Média se k těmto stereotypům nehlasí prostřednictvím svých vlastních interpretací, ale tím, jaké výpovědi vybírají, jakým mluvčím dávají prostor a jak nechávají dané texty vyznít.

Dobrá matka se obětuje

Rodící žena se stává novou ženou – matkou, která s tou starou nemá téměř nic společného. O rodičích ženách sledované texty hovoří jako o rodičkách, o těhotných ženách jako o budoucích matkách. Současně s přijetím nové role – role matky – je po ženě požadováno, aby změnila svůj žebříček hodnot a přestala uvažovat v navyklých kategoriích, jako je svoboda, osobní zodpovědnost či vlastní zdraví. Mateřství je mediálně spjato s obětí. Žena se má obětovat pro své dítě a touto optikou nahlížet i na místo a způsob porodu. Její individualita a její svoboda výběru je ponechána stranou a položena na oltář mateřství:

....aby byla žena společensky uznána „dobrou matkou“, je potřeba, aby zcela rezignovala na vlastní autonomii a subjektivitu. Tato celospolečensky zakořeněná představa mateřství se

4 Dokoupilová, H. (2007). *Subpolitika a utváření kritické veřejnosti v prostoru diskusních fór pro těhotné*. (Magisterská práce.) Brno: FSS MU.

tyká plně psychické i fyzické stránky ženy, jak lze doložit citátem MUDr. Záhumenského: [...] Tam nejde o vaše zdraví, tam jde o to dítě. My ty léky nedáváme kvůli vám.”⁵

Porod jako veřejný akt

Otázka *kdo tě odrodil* je přesnou metaforou porodu jako odosobněné situace. Rodící žena není žena, ale instituce. Jako instituce nemá prostor pro osobní prožívání, pro vlastní rytmus, pro důvěru ve vědecky neprokázané instinkty a pudy. Média, která kopírují tento obraz, prezentují porod jako přísně kontrolovanou situaci. Správný porod je veden lékařem, je medicínský – tzn. pod vlivem léků tisících bolest, vlivem hormonů. A správná rodička je pacientka, která tiše naslouchá a poslouchá. Skrze výpovědi hybateľů a hybatelek mocenského diskurzu – lékařů a lékařek – jsou k vytvoření tohoto obrazu využívány zastařující kategorie jako bolest, riziko nebo ohrožení života dítěte. Podle nich nemůže být matce dána do rukou svoboda rozhodnutí o způsobu narození jejího dítěte. Jak ukazuje citace z internetové odnože deníku MF Dnes, i něco tak nadčasového jako porod prochází modernizací a moderní žena by neměla podstupovat zbytečné riziko a zbytečnou bolest:

....porod je bolestivá, extrémně nebezpečná, krvavá, brutální, hnusná záležitost. A argumenty, že tlumení bolesti je nepřirozené? Pokud je přirozená praxe z předminulého století, kdy nic jiného nebylo, neznamená to, že je přirozenost lepší.”⁶

Patriarchální nadvláda technokracie nad svobodou ženy

Pro panující mediální praktiky je typický technokratický přístup, který pracuje s tvrdými daty a glorifikuje statistiky. Objektivizační manipulaci médií vyhovují výpovědi lékařů, čísla úspěšně zvládnutých porodů a v podstatě i anonymita a izolace nemocničního prostředí, do kterého není možné nahlédnout hlouběji než skrze eskalace, jako je spor porodní asistentky – lékaři, spory o novorozeneckou úmrtnost apod.

„Já bych ji (rodičku) viděl rád samozřejmě rodit v porodním ústavu, protože jsem si jistý, že jde o vyšší formu porodnictví, k němuž lidstvo dospělo. Argumenty, které nespokojené ženy udávají, jsou v zásadě nepodstatné. Porod je poměrně extrémně nebezpečná věc. Je celá řada nenadálých komplikací. Hladký porod ženy se z minuty na minutu může změnit v boj o holý život. Domácí porodnictví má možná nějaké výhody pro psychiku, ale jsou podružné ve srovnání s tím, jaké výhody přináší ústavní porodnictví.”⁷

Zdravotnické noviny dopřávají hlasu lékaři, který matky preferující porod jinde než u něj v porodnici dokonce označuje za fanatičky, jejichž výskyt je tak vzácný, že se blíží k nule. Živá a normální žena chce rodit v porodnici, v bezpečí a péči léků a lékařů. Jako by

5 Brožovičová, K. (2009). *Sociální a kulturní aspekty porodu*. [Bakalářská práce.] Brno: KS MU.

6 Porod: brutální a krvavé nebezpečí, nebo nejkrásnější zážitek. *iDNES.cz*, 21. 5. 2010. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/porod-brutalni-a-krvave-nebezpeci-nebo-nejkrasnejsi-zazitek-pre-/deti.aspx?c=A100520_162952_ona_deti_jup.

7 Porodník Alexandr Barták, tamtéž.

rodička, která takto porod nenahlíží, již byla způli mrtvá. A asistující porodní asistentka je mrtvá alespoň profesně.

„Ještě jsem neviděl živou ženu, která by chtěla родit doma. Jsou to fanatičky, naprosta minorita, a pár porodních asistentek, které byly tak neschopné, že je vyhodili z porodnice.“⁸

Patriarchální moc nad těly rodičích žen a dětmi jako celospolečenským majetkem

Stejně jako celá společnost, mají i média k ženským lidským právům pouze povrchní vztah. Za ženská lidská práva bez dalších nuancí jsou ochotna se postavit, jakmile ovšem dojde na jednotlivosti a dodržování těchto práv v případě porodu, sklánějí pero. Ačkoli tedy uznávají právo ženy na rozhodování o vlastním těle např. v případě práva na potrat, při porodu jí její tělo nepatří. Lékař-porodník je ten, který ví mnohem lépe než rodička sama, jak s rodičím tělem naložit a jak naložit s novorozeným dítětem. Opět Mf DNES:

„Odpovědnost za porod nesu já, nikdo jiný, říká primář z havlíčkovobrodské nemocnice Pavel Antonín.“⁹

Jak ukazuje nejkontroverznější text ze sledovaného souboru, článek J. X. Doležala z Reflexu roku 2010, těhotná nebo rodičí žena, která se odvažuje volit, jak a kde se její dítě narodí, se nachází „za hranicí zdravého rozumu“ a nemá právo na to, aby s ní bylo nakládáno jako se svobodou osobou.

„Pokud se rodička spoléhá na astrologii, homeopatii a léčitelství, pokud rodí doma a odmítá očkování dětí, pak se projevuje souborem příznaků těžkého klimakteria, které by měly alarmovat její blízké k tomu, aby jí co nejrychleji zajistili psychiatrickou pomoc.“¹⁰

Je přirozený porod domácí porod?

Přirozený porod je mediálně zúžen do kategorie nebezpečný a nezodpovědný porod v domácím prostředí.

„Porod doma představuje nekonečný spor, v němž jsou obě strany přesvědčeny o své pravdě. Ženy, které se rozhodly přivést na svět potomka doma, často hovoří o tom, jak se ve vlastním obýváku na rozdíl od sterilního, cizího nemocničního prostředí cítily dobře a bezpečně. Lékaři ovšem trvají na tom, že porod doma je příliš rizikový.“¹¹

Místo porodu nahrazuje v podstatě všechny další aspekty a okolnosti rození. Personalizací tohoto souboje jsou již výše naznačené mediální souboje porodních asistentek, které porody doma vedou a podporují je, a lékařů, kteří porody doma vést z podstaty

8 Vladimír Dvořák, prezident České gynekologické a porodnické společnosti, In *Zdravotnické noviny*, 41/2008.

9 Chceme si vybrat, kdo nás bude родit. *Mf DNES*, 13. 1. 2011.

10 Ženy, které rodí doma, jsou nezodpovědné a vyšinuté. *Reflex*, 15. 7. 2010.

11 Jak se rodí ve vlastním obýváku. *iDNES.cz*, 8. 4. 2011.

odmítají. Souboje jsou okořeněné genderovou logikou – proti sobě většinou stojí hlasy žen-porodních asistentek a mužů-porodníků. Zapomíná se tak na podstatu problému – odstranění výše zmíněných stereotypů a otevření diskuse o individuálních volbách, tedy o svobodě volby a z toho plynoucí zodpovědnosti za tuto volbu.

Z povahy mediální rutiny pak vyplývá, že na celkový mediální obraz mají největší vliv případy komplikovaných porodů doma, které rozvíří emoce a dostává se jim největší pozornosti. Vlnu zájmu tak vzbudila smrt dítěte s vadou srdce, které se narodilo doma (*Dítě nepřežilo domácí porod* – 74 regionálních mutací Deníků, *Po domácím porodu zemřel novorozenec* – Právo, *Při domácím porodu zemřel novorozenec* – Mf DNES, vše 28. 2. 2009). Tento případ vrhl negativní světlo na domácí porody i na jejich největší obhájkyni, porodní asistentku Ivanu Königsmarkovou, která tento porod vedla.

Dvojrozhovor s hlavní mluvčí porodních asistentek Ivanou Königsmarkovou a porodníkem Alexandrem Bartákem, uveřejněný na stránkách iDNES.cz, je symbolem pro toto konfliktní vystavení příběhu přirozený porod. Oba mluvčí dostávají stejný prostor pro prezentaci svých postojů, rozhovor je ovšem veden jednoznačně konfliktním záměrem, který má vyvolat čtenářské ohlasy, ať už pozitivní, nebo negativní. I z tohoto dvojrozhovoru vychází obraz přirozeného porodu jako porodu riskantního a nezodpovědného.

....prostředí v porodnicích je anonymní a stresující. Přitom žena potřebuje hlavně klid. Psychologové přirovnávají porod k pohlavnímu styku. Obojí jsou dynamické děje, které gradují, mají své vyvrcholení a vylučují se při něm podobné hormony. Představte si, že by v ložnici kolem vás pořád někdo chodil, kontroloval vás, měřil... Nechci propagovat porody doma, ale volám po systémové změně v péči o těhotnou matku.“¹²

Mediální servis Newton Media vydal v polovině roku 2009 analýzu mediálního obrazu domácích porodů u nás jako reakci na nedostatečnou kapacitu místních porodnic.¹³ Je to poslední aktuální analýza celkového obrazu domácích porodů. Do analýzy byly zahrnuty texty celostátních deníků, regionálních tiskovin, internetových serverů, televizního a rozhlasového zpravodajství. Výsledek analýzy ukazuje velmi jasně na mediální existenci dvou vyhrocených a zneprátených skupin. Jak tvrdí Newton Media, ze všech analyzovaných příspěvků o domácích porodech vyznělo 41 procent vyloženě negativně. Vyloženě pozitivně pak jen 8 procent. Typicky proti sobě stojí aktivistky sdružené do organizací, jako je Hnutí za aktivní mateřství nebo Unie porodních asistentek, a lékaři představovaní Českou gynekologickou a porodnickou společností nebo primáři fakultních porodnic. Jejich spory na stránkách tisku vyznívají pak obecně ve prospěch lékařů a v neprospěch porodů doma.

Pozitivně pak vyznívají jen příspěvky, v nichž dostávají své místo výpovědi matek, které rodily doma:

12 Porodní asistentka Ivana Königsmarková. In *Porod: brutální a krvavé nebezpečí, nebo nejkrásnější zážitek*. iDNES.cz, 21. 5. 2010. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/porod-brutalni-a-krvave-nebezpeci-nebo-nejkrasnejsi-zazitek-pre-/deti.aspx?c=A100520_162952_ona_deti_jup

13 *Mediální obraz domácích porodů v českých médiích*. [2009]. Newton Media. Dostupné na: <http://www.mediainfo.cz/temata/1601.html>

„Byla jsem přesvědčena, že příroda přichod miminka na svět zařídila nejlépe, jak mohla, a průběh porodu není třeba nijak vylepšovat či opravovat, pokud vše probíhá normálně. (...) Můj první porod byl tedy zcela podle mých představ. Mohla jsem родit zcela svobodně, bez zbytečných zásahů, bez zbytečného stresu z převozu do porodnice, nemocničního prostředí i přítomnosti cizích lidí.“¹⁴

Přesto mají tyto výpovědi dle Newton Media nízkou hodnotu kredibility. Expertský hlas je totiž kladen na žebříčku důvěryhodnosti mnohem výše než hlas běžného člověka. V tomto ohledu tedy ani snaha novinářů a novinářek vyvážit názor lékařů názorem matek-rodíček nevytváří rovný otisk celé situace.

Strach a hnus

Díky výše zmíněnému nastavení, jež preferuje konflikt, vyrábí negativní či tragické kauzy, které emocionálně sytí, se exponenciálně rozpíná i atmosféra strachu těhotných žen z porodu:

„Úzkost v porodní situaci vyhrocuje i současný mediální obraz porodů, který porodní procesy představuje jako patologické a dramatické děje, u kterých je zapotřebí zásahu celého lékařského týmu, někdy i policie a hasičů. Trpí tím všechny zúčastněné strany, v první řadě rodičky, které do porodního procesu vstupují už se značnými negativními očekáváními, a sekundárně i zdravotníci, kteří pak s rodičkami se zvýšenou mírou úzkosti pracují.“¹⁵

Rodící celebrity a jejich využívání v lifestyleových přílohách deníků tuto situaci jen vybarvuje zřetelnými barvami. Jako například příloha MF Dnes Ona DNES ve své internetové mutaci, která přirozený porod posouvá do polohy vaginální porod:

„Přestože většina prominentních maminek rodí císařským řezem, modelka Miranda Kerrova si zvolila přirozený porod. Svého syna Flynnu přivedla na svět letos v lednu a byla to prý tak velká bolest, že modelka měla chvílemi pocit, že umře.“¹⁶

Tento veřejný strach z porodu má své důsledky v posilování pozice lékařsky vedeného porodu, jehož vrcholem je porod císařským řezem. Trendotvornost médií pak dokládá fakt, že počet porodů císařským řezem roste, a to nejen z důvodů fyziologických, ale především z důvodů psychologických.

„V České republice rodí císařským řezem každá pátá žena. Jde už téměř o nový trend a císařským řezem touží родit všechny ženy, které se bojí přirozeného porodu.“¹⁷

14 Rozhodla jsem se родit doma. A nelituji. *iDNES.cz*, 19.3.2009. Dostupné na: http://ona.idnes.cz/rozhodla-jsem-se-rodit-doma-a-nelituji-dxm-/deti.aspx?c=A090317_222709_tehotenstvi_pet.

15 Mgr. Eliška Kodyšová a Mgr. Michaela Mrowetz. Dostupné na: <http://www.klinickapsycholozka.cz>.

16 „Myslela jsem, že umřu“. *iDNES.cz*, 12. 7. 2011. Dostupné na: http://revue.idnes.cz/miranda-kerrova-o-prirozenem-porodu-myslela-jsem-ze-umru-pzv-/lidicky.aspx?c=A110711_161231_lidicky_zar.

17 Nebudete moci kojit... *iDNES.cz*, 7. 2. 2011. Dostupné na: http://ona.idnes.cz/nebudete-moci-kojit-aneb-nejvetsi-myty-o-cisarskem-rezu-pj4-/zdravi.aspx?c=A110203_151546_zdravi_pet.

Císařský řez je vnímán jako luxusní artikl pro rodící celebrity, který je možné a dobré následovat. V případě porodů celebrit je pak císařský řez tematizován často již v titulku nebo v perexu textu. Mediální obraz těhotných či rodících celebrit je úzce spojen s mýtem ženské krásy, která nemůže být „zohavena“ krví, rozčuchanými vlasy, potem či křikem. Žena-divoška, která se při porodu může probudit, není žádoucí. Mnohem přijatelnější je tichá žena napojená na přístroje, hygienicky a antisepticky odoperovaná, zbavená nádoru zvaného dítě, držena pár dní na uzavřeném oddělení JIPU a poté propuštěna se zamaskovanými kruhy pod očima a s uzlíčkem zavinovaček domů, kde okamžitě začíná se shazováním těhotenských kil.

„Už jen několik týdnů zbývá Victorii Beckhamové do porodu. Tolik vytoužená holčička by se měla narodit začátkem července a podle některých zdrojů to bude na americký státní svátek Den nezávislosti. Dcera, kterou chtějí Beckhamovi pojmenovat Atlanta, by měla přijít na svět císařským řezem.“¹⁸

V rámci diskurzu se objevují i zprávy zpochybňující bezproblémovost císařských řezů, ale je opět vyzdvihováno lékařské právo na rozhodnutí o způsobu porodu.

*„Právě touha vyhnout se bolesti přitom ženy mnohdy k císařskému řezu táhne. Operační bolest přitom podle lékařů může být i horší než ta porodní. A komplikací může být ještě mnohem víc. Petr Křepelka, porodník, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha-Podolí:
„S každým císařským řezem narůstá riziko pro další těhotenství a porod.“ Císařský řez je zkrátka operační zákrok jako každý jiný a jeho rizika by prý nastávající maminky neměly zlehčovat. Oficiální možnost zvolit si způsob porodu u nás zatím není, císařský řez na přání je ale například jedním z bodů v současné boji o lékařské standardy a nadstandardy. Jenže porodníci z tohoto návrhu většinou velkou radost nemají. Rozhodovat o způsobu porodu by podle nich měli jen a pouze lékaři.“¹⁹*

Je zřejmé, že rozhodnutí, zda zvolit či nezvolit císařský řez – v případě možnosti této volby –, vychází z instinktivního strachu a obav rodičky. Platí totiž již naznačená ambivalence – císařský řez je snadný, bezpečný, bezbolestný, normalizovaný díky slavným ženám, zatímco porod běžnou cestou je těžký, rizikový, s vysokou mírou bolesti a utrpení. Ačkoli je pravděpodobné, že rozhodnutí o volbě způsobu porodu bude žena přijímat po získání informací z různých zdrojů, podobně laděná mediální vyjádření mohou v rovině emocí (která je v případě porodu neopominutelná) porod jejího dítěte ovlivnit. Jaké má taková démonizace porodů přirozenou cestou skutečné důsledky, sice nemohu prokázat, ale rapidně se zvyšující počet císařských řezů naznačená mediální atmosféra částečně ovlivňuje.

18 Beckhamová porodí císařským řezem, dcera se má jmenovat Atlanta. *iDNES.cz*, 26. 5. 2011. Dostupné na: http://revue.idnes.cz/beckhamova-porodi-cisarskym-rezem-dcera-se-ma-jmenovat-atlanta-p73-/lidicky.aspx?c=A110525_163602_lidicky_zar.

19 *TV Prima*, Zprávy, 11. 6. 2011.

Konec zákopové války?

Právo rodit doma v prosinci 2010 potvrdil Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku, když soudil případ maďarské matky, které chtěla své dítě porodit doma, ale maďarská legislativa zakazující porodním asistentkám pracovat samostatně mimo nemocnice jí toto právo odeprěla. V této chvíli leží v Poslanecké sněmovně PČR a na třetí čtení čeká zdravotnická reforma, která zavádí až milionovou pokutu pro kohokoli, kdo by plánovaně poskytl zdravotní péči mimo zdravotnická zařízení. Tedy i pro porodní asistentky, které by docházely k domácím porodům. Reforma se velmi podobá současné maďarské verzi, kterou zpochybnilo rozhodnutí Evropského ústavního soudu. Tento fakt přivádí domácí porod opět do médií a možná se blýská na lepší časy. Mění se nepřátelské strany – porodní asistentky stojí proti státu.

„Věřím, že zvítězí zdravý rozum a že tato reforma neprojde, protože to by bylo skutečně naprosto proti demokratickému přístupu ke komukoliv a vůbec proti zdravému rozumu. Od pradávna se děti rodily doma, všude na světě se rodí děti jak v nemocnicích, tak doma, a žádný stát nestanovuje sankce,“ myslí si porodní asistentka Zuzana Štormerová.“²⁰

*„Domácí porody se lékařům nemusejí líbit, ale volit riskantnější variantu kvůli jiným nezpochybnitelným benefitům, které přinášejí, je přirozeným právem člověka.“*²¹

Doporučení

Novinářské zpracování se snad začíná více podobat debatě o principech, právech a přirozenosti. Dostává se tedy do polohy, v níž mělo být již dávno a jejíž absenci nahrazuje virtuální prostor diskusních fór, blogů a sociálních sítí. To v něm pracují mechanismy rovného přístupu k informacím a mechanismy symboliky a jazyka nezatížených stereotypy. Pluralita a barevnost názorů, prožitků a obrazů přirozeného porodu, kterou tento prostor nabízí, je neskonale větší, než jaké jsou schopna oficiální média. Alespoň něco z této barevnosti by neškodilo zasadit do mediální agendy, případně do způsobu vyhledávání mluvčích obou pohlaví či způsobu kladení otázek. Oficiálním médiím lze jen doporučit pečlivé studium virtuálního prostoru obývaného rodičkami a matkami z masa a kostí.

Zdroje:

Barša, P., Fulka, J. (2005). Michel Foucault: *Politika a estetika*. Praha: Dokořán.
Brožovičová, K. (2009). *Sociální a kulturní aspekty porodu*. (Bakalářská práce. Brno: KS MU.)

Dokoupilová, H. (2007). *Subpolitika a utváření kritické veřejnosti v prostoru diskusních fór pro těhotné*. (Magisterská práce.) Brno: FSS MU.

²⁰ Zdravotnická reforma možná ohrozí domácí porody. *Český rozhlas*, 5. 9. 2011.

²¹ Právo zůstat doma. *Respekt*, 17. 1. 2011.

Mazzoleni, G., Schulz, W. (1999). "Mediatization" of Politics: A Challenge for Democracy?" In *Political Communication*: 16 (3): 247–261. New York: Routledge (Taylor & Francis Group)

McQuail, D. (1999). *Úvod do teorie masové komunikace*. Praha: Portál.

Mediální obraz domácích porodů v českých médiích. (2009). Newton Media. Dostupné na: <http://www.mediainfo.cz/temata/1601.html>

Za zlepšení služeb v českém porodnictví a za péči přátelskou a bezpečnou pro matku a dítě. Petice. (2008). Dostupné na: <http://www.normalniporod.cz>.

Média:

Beckhamová porodí císařským řezem, dcera se má jmenovat Atlanta. *iDNES.cz*, 26. 5. 2011. Dostupné na: http://revue.idnes.cz/beckhamova-porodi-cisarskym-rezem-dcera-se-ma-jmenovat-atlanta-p73-/lidicky.aspx?c=A110525_163602_lidicky_zar.

Chceme si vybrat, kdo nás bude rodit. *MfDNES*, 13. 1. 2011.

Jak se rodí ve vlastním obýváku. *iDNES.cz*, 8. 4. 2011.

„Myslela jsem, že umřu“. *iDNES.cz*, 12. 7. 2011. Dostupné na: http://revue.idnes.cz/miranda-kerrova-o-prirozenem-porodu-myslela-jsem-ze-umru-pzv-/lidicky.aspx?c=A110711_161231_lidicky_zar.

Nebudete moci kojit... *iDNES.cz*, 7. 2. 2011. Dostupné na: http://ona.idnes.cz/nebudete-moci-kojit-aneb-nejvetsi-myty-o-cisarskem-rezu-pj4-/zdravi.aspx?c=A110203_151546_zdravi_pet.

Porod: brutální a krvavé nebezpečí, nebo nejkrásnější zážitek. *iDNES.cz*, 21. 5. 2010. Dostupné z: http://ona.idnes.cz/porod-brutalni-a-krvave-nebezpeci-nebo-nejkrasnejsi-zazitek-pre-/deti.aspx?c=A100520_162952_ona_deti_jup.

Právo zůstat doma. *Respekt*, 17. 1. 2011.

Rozhodla jsem se rodit doma. A nelituji. *iDNES.cz*, 19.3.2009. Dostupné na: http://ona.idnes.cz/rozhodla-jsem-se-rodit-doma-a-nelituji-dxm-/deti.aspx?c=A090317_222709_tehotenstvi_pet.

TV Prima, Zprávy, 11. 6. 2011.

Zdravotnická reforma možná ohrozí domácí porod. *Český rozhlas*, 5. 9. 2011.

Zdravotnické noviny, 41/2008.

Ženy, které rodí doma, jsou nezodpovědné a vyšinuté. *Reflex*, 15. 7. 2010

Právní postavení porodních asistentek v ČR

Zuzana Candigliota

Liga lidských práv

Právní úprava postavení porodních asistentek a jejich oprávnění při poskytování péče logicky musí odrážet a respektovat zaručená lidská práva žen-rodíček. Nejprve budou proto zmíněna práva žen v souvislosti s těhotenstvím a porodem, zejména jejich právo zvolit si místo porodu. Následně bude rozebráno právní postavení porodních asistentek, nejprve z pohledu práva EU, poté na vnitrostátní úrovni, a problémy s tím spojené. V závěru budou nastíněna možná řešení současné situace s ohledem na zkušenosti z jiných evropských států.

Práva rodičky a novorozence

Stejně jako v jiných oblastech zdravotní péče se i v porodnictví počítá s ústavně zaručeným pravidlem, že právně způsobilá žena je svobodná činit cokoliv, co jí nezakazuje zákon. Naopak není povinna činit nic, co jí zákon neukládá.¹ Žádný zákon v České republice ženám nepřikazuje, kde a s kým musí родit, dokonce jim ani nenařizuje být během těhotenství a porodu pod dohledem zdravotnického personálu.

Základním právním dokumentem upravujícím práva pacientů a stejně tak i práva rodiček, které jsou rovněž příjemkyněmi zdravotní péče, je Úmluva o lidských právech a biomedicině.² Ta ve svém čl. 5 stanoví obecné pravidlo informovaného souhlasu – „*Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.*“

Toto pravidlo konkretizuje obecné právo na osobní svobodu a na sebeurčení. Znamená, že nikomu, tedy ani ženě, nelze provést žádný zdravotní výkon, ani vyšetření, bez jejího předchozího souhlasu po přiměřeném poučení o účelu a povaze zákroku, jeho důsledcích a rizicích. Žena může zároveň kdykoliv svobodně svůj dříve udělený souhlas odvolat.

I pro novorozence platí, že mu lze poskytovat péči jen se souhlasem zákonného zástupce, zpravidla matky (rodičky). Z tohoto pravidla platí jediná výjimka, kterou je situace ohrožení dítěte na zdraví nebo na životě, kdy je třeba k jeho záchraně neodkladně provést

1 Čl. 2 odst. 3 Listiny základních práv a svobod (usnesení č. 2/1993 Sb.).

2 Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině (sdělení č. 96/2001 Sb. m. s.).

vyšetření nebo léčebný výkon. V takovém případě může zdravotnický pracovník konat i proti vůli rodičů.³

Jak rodička, tak i dítě mají celou řadu dalších práv související se zdravotní péčí – právo na zdraví a péči na patřičné odborné úrovni, na lidskou důstojnost, na soukromí.

Právo rodičky na volbu místa porodu a porodní asistenci

České zákony přímo neupravují právo rodičky na volbu místa porodu, na druhou stranu jí tuto možnost nezakazují. Problém však spočívá v tom, že i když se žena může legálně rozhodnout pro porod doma, taková volba není svobodná, protože není upraveno její právo na zdravotní péči během takového porodu. Ta je přitom nezbytná pro snížení rizik jak pro rodičku, tak pro novorozence. Právě tuto strategii – snahu o znemožnění dostupnosti péče porodních asistentek u porodů doma a bránění vzniku porodních domů – volí Ministerstvo zdravotnictví, aby jako jediná možná volba porodu za asistence zdravotníků zůstal ženám nemocniční porod. Takové omezování výběru místa pro porod odmítl na konci roku 2010 Evropský soud pro lidská práva.⁴

V projednávaném případě podala stížnost těhotná žena z Maďarska, která preferovala porod doma před porodem v nemocnici. Podle maďarských právních předpisů ale bylo možné uložit sankci zdravotníkům, kteří by u domácího porodu asistovali. K takovému stíhání také v minulosti došlo. Zároveň v Maďarsku neexistovala komplexní právní úprava domácích porodů. Podle stěžovatelky reálné riziko sankcí v kombinaci s chybějící úpravou porodů doma odrazuje zdravotníky od poskytování potřebné pomoci těm ženám, které chtějí родit doma. Tuto situaci považovala za zásah do svého soukromého života a diskriminaci.

I když podle soudu nedošlo k diskriminaci, dal ženě za pravdu v tom, že došlo k zásahu do jejího práva na respektování soukromého života. Soud zdůraznil, že „soukromý život“ zahrnuje různé aspekty identity člověka a zahrnuje též právo obou partnerů rozhodnout se, zda se chtějí či nechtějí stát rodiči, což v sobě zahrnuje i právo zvolit si, za jakých okolností k tomu dojde. I když stěžovatelce nebylo znemožněno родit doma, vzhledem k tomu, že i porod doma vyžaduje asistenci zdravotníků, zasahuje právní úprava, která je od toho odrazuje, do práva na respektování soukromého života budoucích matek.

Pro případné námitky, že porody doma jsou nebezpečné, soud v rozhodnutí citoval doporučení Světové zdravotnické organizace, které uvádí porod doma u nízkorizikových rodiček jako rovnocennou volbu místa porodu.⁵ Jeden ze soudců odkázal také na holand-

- 3 § 23 odst. 3 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Obdobná úprava je i ve vládním návrhu zákona o zdravotních službách, sněmovní tisk 405/0 – schválen Poslaneckou sněmovnou dne 7. září 2011.
- 4 Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci Ternovsky proti Maďarsku ze dne 14. 12. 2010, číslo stížnosti 67545/09. Komentář k rozhodnutí v češtině napsala Jana Koláčková do časopisu *Judikatura Evropského soudu pro lidská práva*, č. 1/2011. Originální znění rozhodnutí lze vyhledat v oficiální databázi Hudoc zde: <http://www.echr.coe.int/echr/en/hudoc>.
- 5 *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. (1999). Ženeva: Světová zdravotnická organizace, odbor reprodukčního zdraví a výzkumu. Český překlad dostupný např. z: http://aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf (Cit. 1. 9. 2011).

skou studii z roku 2009, podle které je u rodiček s nízkým rizikem porod doma srovnatelně bezpečný jako porod v nemocnici.⁶

Podle soudu má matka nejen právo na volbu místa porodu, ale z důvodu právní jistoty má též právo na to, aby existovaly „právní a institucionální podmínky“, které její volbu umožní. Tyto právní podmínky není možné vykládat jinak, než že porody doma mají být upraveny právními předpisy jako legální varianta místa porodu. Institucionální podmínky zase nemohou znamenat nic jiného, než že má existovat reálná možnost ženy přivolat si kvalifikovaného zdravotníka ke svému porodu mimo nemocnici. Soud zároveň připustil možnost výjimek z tohoto práva pro případy, kdy je nutné ho omezit ve prospěch práv jiných. Může se jednat například o situace nucených hospitalizací z důvodu infekční nemoci.

I když v tomto případě bylo za porušování práv rodiček odsouzeno Maďarsko, rozhodnutí může mít význam též pro právní prostředí v České republice. I Česká republika je vázána Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod, ze které soud dovodil právo na svobodnou volbu místa porodu. Vzhledem k tomu, že obdobně jako v Maďarsku dochází i u nás k odrazování porodních asistentek od toho, aby pomáhaly u porodů doma, podala Liga lidských práv v roce 2011 podobnou stížnost k Evropskému soudu pro lidská práva jménem české rodičky, která byla nucena родit doma bez potřebné asistence. Prověří se tak, zda soud znovu obhájí právo žen na volbu místa porodu a zda se tak judikatura ustálí.

Legislativa Evropské unie a úprava činnosti porodních asistentek

Profese porodní asistentky je regulovaná v rámci EU, která směrnicí upravuje minimální požadavky na vzdělávání porodních asistentek a jejich odborné kompetence.⁷ Cílem této společné evropské úpravy je umožnit volný pohyb pracovních sil, vzájemné uznávání kvalifikací a vzdělání napříč členskými státy a výkon činnosti v rozsahu odborné kompetence. Evropská legislativa považuje práci porodních asistentek za samostatnou zdravotnickou profesi a stanoví jim poměrně široký rozsah samostatných odborných kompetencí, což v českých podmínkách do doby přistoupení k této úpravě nebylo zvykem. Členské státy mají povinnost zajistit, aby porodní asistentky měly přístup alespoň k těmto činnostem a jejich výkonu:

- poskytovat správné informace a rady v oblasti plánovaného rodičovství;
- diagnostikovat těhotenství, sledovat normální těhotenství, provádět vyšetření nezbytná ke sledování průběhu normálního těhotenství;
- předepisovat nebo doporučovat vyšetření nezbytná pro co nejrychlejší diagnózu

6 De Jonge A. et al. (2009). „Perinatal Mortality and Morbidity in a Nationwide Cohort of 529,688 Low-Risk Planned Home and Hospital Births“. In *BJOG – An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116:1177-84.

7 V současnosti se jedná o směrnici Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7. září 2005 o uznávání odborných kvalifikací.

rizikového těhotenství;

- vypracovávat program přípravy budoucích rodičů na jejich úlohu, zajišťovat úplnou přípravu na porod včetně poradenství v oblasti hygieny a výživy;
- pomáhat rodičce při porodu a sledovat stav plodu v děloze vhodnými klinickými a technickými prostředky;
- provádět spontánní porody, včetně případného nástřihu hráze, a v naléhavých případech i porody v poloze koncem pánevním;
- rozpoznávat u matky nebo dítěte příznaky anomálií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat lékaři v případě zásahu, přijímat neodkladná opatření v nepřítomnosti lékaře, zejména ruční vyjmutí placenty a případné následné ruční vyšetření dělohy;
- vyšetřovat novorozence a pečovat o něj, činit veškeré kroky, které se jeví nezbytnými, a provádět popřípadě okamžitou resuscitaci;
- pečovat o rodičku, sledovat ji v šestinedělí a poskytovat jí veškeré potřebné rady umožňující vývoj novorozence v nejlepších podmínkách;
- uplatňovat léčbu předepsanou lékařem;
- vypracovávat nezbytné písemné zprávy.

Převzetí evropské legislativy do českého právního řádu

Česká republika převzala obsah směrnic do svých právních předpisů kvůli přistoupení do EU, harmonizace právních předpisů s předpisy EU byla podmínkou vstupu. Tento proces nicméně nebyl podroben veřejné diskuzi, změny se nepromítly do souvisejících zákonů, nedošlo k zákonnému zakotvení profesní samosprávy porodních asistentek a ani nebyla přijata právní úprava, která by stanovila podmínky pro plnohodnotný výkon profese porodní asistentky – pro vznik porodních domů a pro poskytování péče ženám při porodu v domácnosti. Ministerstvo zdravotnictví nepřipravilo pro činnost v porodní asistenci standardy, které by byly měřítkem správnosti postupu porodní asistentky při komunikaci s pacientkami a při provádění diagnostických a terapeutických postupů.⁸

V současnosti nalezneme obsah evropské směrnice v zákoně o nelékařských zdravotnických povoláních a v prováděcí vyhlášce k tomuto zákonu.⁹

8 Kotyzová, L. et al. (2007). *Právní minimum v období před porodem, během a po porodu*. Praha: Aperio, s. 43. Dostupné na: http://aperio.cz/data/1/APERIO_Pravni_minimum_pri_porodu.doc. [Cit. 1. 9. 2011].

9 Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů [zákon o nelékařských zdravotnických povoláních]; Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Zákon o nelékařských povoláních ve svém § 6 shrnuje, co je obsahem výkonu povolání porodní asistentky: „*Poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.*“

Dále je zde stanoven rozsah studia potřebný k získání odborné způsobilosti k výkonu povolání porodní asistentky. Porodní asistentka, která tuto odbornou způsobilost studiem získala a která též splnila další podmínky dle § 67 uvedeného zákona, je způsobilá vykonávat své povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu. Výkon povolání bez odborného dohledu znamená, že není potřeba dosažitelnost rady a pomoci jiného zdravotnického pracovníka. Z tohoto pravidla stanoví prováděcí vyhláška výjimky, kdy může porodní asistentka provádět určitou činnost jen na základě indikace lékaře a pod jeho přímým vedením. Pod přímým vedením gynekologa nebo porodníka může porodní asistentka asistovat při komplikovaném porodu a při gynekologických výkonech či instrumentovat na operačním sále při porodu.

Ostatní výkony – základní a specializovanou péči o těhotné, rodičky, fyziologické novorozence a ženy v šestinedělí – je porodní asistentka způsobilá provádět samostatně, bez odborného dohledu a bez indikace lékaře. Seznam těchto výkonů přitom musí vycházet z výše uvedeného výčtu v evropské legislativě. Podle § 5 prováděcí vyhlášky k zákonu o nelékařských zdravotnických povoláních může porodní asistentka mimo jiné diagnostikovat těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, sledovat stav plodu v děloze, rozpoznávat příznaky patologií vyžadující zásah lékaře, ale též pečovat o rodičku ve všech dobách porodních, vést fyziologický porod a ošetřovat ženu i novorozence po porodu.

Nesprávná interpretace evropského práva českými úřady

Ze dvou výše uvedených okolností, tedy z toho, že:

- a) podle Evropského soudu pro lidská práva má žena právo si svobodně zvolit místo porodu a stát nejenže nesmí odrazovat zdravotníky od toho, aby jí na něm poskytli péči, ale musí porody doma právně ukotvit a umožnit přístup žen ke zdravotní péči,
- b) podle legislativy EU je porodní asistentka kompetentní k samostatnému vedení fyziologických porodů, k rozpoznávání patologií i k vyšetření novorozence po porodu,

vyplývá, že stát musí umožňovat legální vedení porodů i mimo nemocnici a měl by k tomu nastavit takové podmínky a standardy, aby byla zaručena co nejvyšší bezpečnost rodiček a dětí, a zároveň, aby byla volba ženy ohledně místa porodu fakticky uskutečnitelná.

České úřady v čele s Ministerstvem zdravotnictví však mají opačné tendence. Pod rétorikou údajné nebezpečnosti porodů doma využívají dostupné prostředky, aby odradily jak těhotné ženy, tak i porodní asistentky od porodů jinde než v nemocnici. Porodním asistentkám úřady brání vykonávat legálně v plném rozsahu jejich povolání zneužitím svého postavení při tzv. registracích – vydávání oprávnění k činnosti. Ministerstvo opakovaně podává trestní oznámení na porodní asistentky v případech, kdy při porodu doma došlo k újmě na zdraví, přestože takto ani zdaleka nepostupuje při všech obdobných újmách vzniklých při porodech v nemocnicích. Ministerstvo si též nechalo zpracovat právní analýzu o možném trestněprávním postihu porodních asistentek a rodiček za porody v domácnosti. Tuto analýzu však před veřejností tají a Liga lidských práv se domáhá jejího poskytnutí soudně.

Při této své represivní činnosti úřady opomíjejí zásadní skutečnost, že ve všech evropských zemích existuje určité procento žen, které se plánovaně rozhodují pro porod doma bez ohledu na politiku státu. Ve svém důsledku paradoxně ministerstvo, jakkoli deklaruje, že jeho cílem je bezpečí novorozenců a rodiček, ohrožuje svou nekompromisní politikou jejich zdraví a životy, neboť se jim snaží odpírat základní zdravotní péči.

Jednání ministerstva přitom není založeno na žádné seriózní studii, která by prokazovala, že porody vedené doma jsou rizikovější než porody v nemocnici. Ani ministerstvo neuvádí, že by u nás taková studie byla zpracována. Zahraniční studie přitom prokazují, že u nízkorizikových rodiček je bezpečnost plánovaných porodů doma a v nemocnici srovnatelná. Světová zdravotnická organizace proto dochází k závěru, že *„žena by si měla zvolit místo, kde se cítí bezpečně, a na takové periferní úrovni, kde je dostupná náležitá péče. U těhotných žen s nízkým rizikem to může být doma, na malé porodnické klinice nebo v porodním centru ve městě [...].“*¹⁰

Vnitrostátní legislativa a registrace porodních asistentek

Každá porodní asistentka, která chce své povolání vykonávat samostatně jako privátní praxi mimo zaměstnanecký poměr v porodnici, potřebuje tzv. registraci neboli oprávnění k provozování nestátního zdravotnického zařízení.¹¹ Dá se to přirovnat k úpravě živností, kdy také nestačí, má-li podnikatel k výkonu určitého povolání vzdělání a praxi – musí mít též živnostenské oprávnění. Stejně tak samostatné porodní asistentky potřebují mít platnou registraci, o níž rozhoduje příslušný krajský úřad.

Porodní asistentka musí při žádosti o registraci kromě jiných podmínek prokázat též odpovídající personální, technické a věcné vybavení, které posuzuje a schvaluje tentýž registrující orgán – krajský úřad.

10 *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. Oddíl 2:4. [1999]. Ženeva: Světová zdravotnická organizace, odbor reprodukčního zdraví a výzkumu. Český překlad dostupný např. z: http://aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf. [Cit. 1. 9. 2011].

11 Zřízení soukromé praxe podléhá zákonu č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

Problém v minulosti spočíval v tom, že ministerstvo neupravilo potřebné vybavení pro soukromou praxi porodních asistentek, tudíž úřady měly postupovat na základě tzv. správního uvážení. To ale v praxi znamenalo svévolné kladení nesplnitelných podmínek a omezování kompetencí porodních asistentek tím způsobem, že se udělené registrace nevztahovaly na vedení porodů, ale byly omezeny pouze na preventivní a ošetřovatelskou péči během těhotenství a v šestinedělí. Přístup krajských úřadů a ministerstva k registraci samostatných porodních asistentek prošetřoval v letech 2009/2010 i úřad veřejného ochránce práv, který shledal určitá pochybení.¹²

Na základě kritiky ombudsmana ministerstvo v roce 2010 upravilo požadavky pro samostatnou praxi porodních asistentek v nové vyhlášce.¹³ Tato vyhláška upravuje dva druhy pracovišť ambulantní péče porodních asistentek – ta, kde nejsou vedeny porody, a ta, kde jsou vedeny fyziologické porody. První varianta počítá s poskytováním veškerých služeb porodních asistentek (preventivní péče, cvičení těhotných) kromě vedení porodů. Druhá varianta upravuje tzv. porodní domy neboli porodní centra, přičemž podmínky jsou nastaveny tak striktně, že takové pracoviště musí být přímo v nemocnici.¹⁴ To je ovšem v praxi nemožné z důvodu neochoty nemocnic spolupracovat na zřízení takového centra, což vyplývá ze zkušeností Porodního domu U Čápa, o. p. s.

Vyhláška ale opět výslovně neupravuje vedení porodů mimo zdravotnické zařízení, což může vyvolávat dojem, že takové porody nemůže porodní asistentka legálně vést. To je ovšem v rozporu s výše zmíněným požadavkem Evropského soudu pro lidská práva, který nejenže deklaruje právo rodiček zvolit si místo porodu, ale i právo na zdravotní péči během porodu doma a právní ukotvení tohoto práva ve vnitrostátních předpisech. Proto je nutné vyhlášku vykládat tím způsobem, aby bylo možné poskytovat péči během porodu i mimo zdravotnické zařízení.

Takového výkladu je možné docílit podřazením porodní péče v domácnosti pod zdravotnické zařízení domácí péče a kontaktní pracoviště porodní asistentky.¹⁵ Porodní asistentka by podle tohoto ustanovení měla mít pracoviště o ploše 10 m² vybavené nábytkem a mobilním telefonem, se sanitárním zařízením a k tomu návštěvní tašku s vyjmenovanými přístroji a pomůckami. Tento výklad však úřady odmítají, proto se porodní asistentky budou muset udělení plných registrací včetně vedení porodů v rámci domácí péče domáhat soudně.

12 Veřejný ochránce práv. Zpráva a závěrečné stanovisko z šetření ve věci postupu krajských úřadů při rozhodování o udělení registrace k provozu nestátních zdravotnických zařízení, v nichž je možno provádět porody za pomoci tzv. porodních asistentek ze dne 4. listopadu 2009 a 23. února 2010. Dostupné na: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/STANOVISKA/Zdravotnictvi/Zprava_porodni_asistentky.pdf a http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/STANOVISKA/Zdravotnictvi/Stanovisko_porodni_asistentky.pdf. [Cit. 1. 9. 2011.]

13 Vyhláška č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení.

14 Podle vyhlášky musí být pracoviště situováno tak, aby bylo možné zahájit péči o patologického novorozence bezprostředně po porodu na neonatologickém pracovišti. Slovo „bezprostředně“ neumožňuje jiný výklad, než že se porodní dům musí nacházet přímo v nemocnici.

15 Příloha č. 2 k vyhlášce – Požadavky na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení ambulantní péče, IV. Jiná pracoviště, 6. Zdravotnické zařízení domácí péče, 6.2. Kontaktní pracoviště porodní asistentky.

Pokud porodní asistentka nemá registraci k vedení porodu a tuto péči poskytuje, tak jí podle právě schvalovaného zákona o zdravotních službách¹⁶ bude hrozit pokuta za přešůpek až do výše 1.000.000 Kč, neboť by se jednalo o poskytování zdravotní služby bez oprávnění. Rovněž se porodní asistentka v případě svého pochybení během poskytování péče vystavuje riziku, že bude muset plně nahradit vzniklou škodu, neboť na činnost nad rámec registrace není možné vztáhnout pojištění odpovědnosti.

Další problémy spojené s péčí porodních asisterek

Kromě samotného přístupu rodičky ke zdravotní péči v porodním domě nebo v domácnosti vyvstává v souvislosti s péčí porodních asisterek řada dalších problémů. Mezi ně patří zejména oblast úhrady péče porodních asisterek ze zdravotního pojištění, volba porodní asistentky a kompetence vést porod v nemocnici.

Ženy, které upřednostňují soustavnou péči porodní asistentky během celého těhotenství, porodu a šestinedělí, nemají nárok na úhradu péče od své zdravotní pojišťovny. I když má zákonodárce určitý prostor pro uvážení, která péče bude ze zákona hrazená, neracionální vyloučení úhrady porodů mimo nemocnici, přestože je poskytnuta náležitě kvalifikovaná a bezpečná péče porodní asistentky, může být chápáno jako vůči ženám diskriminační.

Výjimkou je jedna návštěva porodní asistentky v těhotenství a tři návštěvy v šestinedělí, které jsou v seznamu hrazených zdravotních výkonů. V praxi ovšem některé pojišťovny v některých regionech nemají žádné porodní asistentky nasmlouvané, což je porušením povinnosti pojišťovny zajistit alespoň část péče porodní asistentky, na kterou mají ženy právní nárok.

Obecně platí právo pacienta/pojištěnce na volbu lékaře či jiného zdravotního pracovníka, ovšem u porodních asisterek v nemocnici toto neplatí. Rodička si volí pouze zdravotnické zařízení, ale nemůže nijak ovlivnit to, kdo jí bude u porodu asistovat. Tento stav je jistě nežádoucí už jen z pohledu psychiky rodičky během porodu, která je ovlivněna vztahem ne/důvěry k porodní asistentce. I v případě, že si rodička s sebou chce vzít do nemocnice jako doprovod svoji soukromou porodní asistentku, působí v praxi velký problém to, že zákonem a smluvně není upraven přechod odpovědnosti za poskytovanou péči a dalších povinností (např. vedení zdravotnické dokumentace) na zvolenou porodní asistentku. V zahraničí je taková praxe běžná, u nás ovšem zatím nelze nemocnice nutit, aby umožňovaly ve svých prostorách výkon péče ze strany hostujících porodních asisterek. Zatím to nemocnice umožňují jen výjimečně, např. v Jihlavě a Brně.

Problémy ovšem působí i rozdělení kompetencí mezi porodní asistentky a lékaře v rámci nemocnice. V některých nemocnicích vedou fyziologické porody porodní asistentky a lékař je volán pouze v případě komplikací nebo podezření na ně, což je stav, kdy porodní asistentky plně využívají odborné kompetence vyplývající ze směrnic EU. V některých nemocnicích však tyto směrnice nejsou respektovány a lékaři zasahují i u fyziologických

¹⁶ Vládní návrh zákona o zdravotních službách, sněmovní tisk 405/0 – schválen Poslaneckou sněmovnou dne 7. září 2011.

porodů, což je upraveno v rámci vnitřních předpisů. Tím jsou nejenže omezovány kompetence porodních asistentek, ale i práva některých rodiček, které jsou fakticky nuceny se podrobit praxi daného zdravotnického zařízení, i když by si u fyziologického porodu přály jen péči porodní asistentky.

Závěr a doporučení

V České republice v současnosti stále dochází k porušování práva rodiček na svobodnou volbu místa porodu tím, že je porodním asistentkám bráněno v poskytování péče během fyziologických porodů mimo zdravotnická zařízení a v porodních domech/centrech. Zároveň se dá hovořit o diskriminaci rodiček, které preferují péči porodní asistentky během těhotenství namísto gynekologa a péči během porodu mimo nemocnici, neboť si téměř veškerou péči musí hradit samy a nemají nárok na úhradu z veřejného zdravotního pojištění. Přitom existují příklady dobré praxe ze zahraničí, které prokazují, že je možné najít spravedlivou rovnováhu mezi zájmy všech zainteresovaných skupin, respektovat práva žen-rodiček a též zajistit co nejbezpečnější péči o rodičky i novorozence. Proto je především vhodné se inspirovat systémy v zahraničí, kde funguje široká a kvalitní nabídka péče rodičkám.¹⁷

Profesní standardy a doporučené postupy

Ve Spojeném království existují profesní standardy o porodní péči a o poporodní péči o matku a dítě (určuje je National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE), standardy kvality péče v porodních domech (vytvořené a sledované vládním Department of Health) a standardy pro vzdělávání, výcvik a výkon povolání porodních asistentek (v zodpovědnosti organizace Nursing and Midwifery Council), ale též společná stanoviska profesních organizací gynekologů-porodníků a porodních asistentek. Lze proto doporučit, aby i v České republice byly zpracovány podobné standardy, a to za spolupráce všech skupin (porodní asistentky, lékaři, úředníci, rodičky). Takové standardy by však měly být reálně splnitelné a měly by v maximální míře respektovat právo žen na volbu místa porodu. V případě neochoty spolupracovat na vytvoření standardů ze strany lékařských společností a úřadů by bylo vhodné, aby si vlastní standardy vytvořily alespoň společnosti porodních asistentek a vycházely přitom ze zahraničních standardů. Jednotlivé porodní asistentky by při výkonu profese měly z čeho vycházet, což by zvýšilo jejich právní jistotu, že postupují správně, při zachování maximální bezpečnosti svých klientek a jejich dětí.

Úhrada z veřejného zdravotního pojištění

Je pravda, že ne ve všech zemích, kde je široká nabídka porodnické péče, dochází zároveň k proplácení veškeré péče z veřejného zdravotního pojištění. Ovšem i v této oblasti by u nás měla být nastolena rovnováha a různé alternativy zdravotní péče, které jsou

17 Kolářková, J., et al. [2010]. *Péče porodních asistentek mimo porodnice – analýza právní úpravy vybraných evropských států*. Brno: Liga lidských práv. Dostupné z: http://www.llp.cz/_files/file/publikace/Analiza_porodni_asistentky.pdf. [Cit. 1. 9. 2011.]

z hlediska bezpečnosti srovnatelné, by měly být propláceny zdravotními pojišťovnami, ať už v plném rozsahu, nebo alespoň částečně. Je například představitelné, že by rodička měla nárok na plné proplacení porodní péče při porodu v domácnosti, pokud by se během těhotenství podrobila doporučeným vyšetřením apod. Posouzení bezpečnosti různých alternativ péče by mělo být založeno na tzv. „Evidence Based Medicine“, tedy na seriózním vědeckém podkladu.

Volba porodní asistentky v nemocnici

Je třeba umožnit, aby si rodička mohla ke svému porodu zvolit porodní asistentku. Volba porodní asistentky mezi personálem nemocnice může být organizačně a finančně náročná, proto by se dala zařadit mezi nenáročný nadstandard, jak se o tom nyní podobně uvažuje v případě lékařů-porodníků.¹⁸ Na druhou stranu by rodiče mělo být vždy umožněno vzít si s sebou do porodnice svoji soukromou porodní asistentku, která o ni bude samostatně pečovat. Takový systém funguje např. v Německu či Nizozemí, kdy nemocnice poskytují rodiče a její porodní asistentce zázemí. Personál nemocnice přebírá vedení porodu pouze v případě komplikací. V České republice tato možnost není legislativně upravena, proto by Ministerstvo zdravotnictví mělo pracovat na přijetí odpovídající právní úpravy. V případě nečinnosti ministerstva mohou převzít iniciativu porodní asistentky a nemocnice a společně si smluvně sjednat právní vztahy mezi sebou.

Zdroje:

De Jonge, A. et al. (2009). „Perinatal Mortality and Morbidity in a Nationwide Cohort of 529, 688 Low-Risk Planned Home and Hospital Births“. In *BJOG – An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 116:1177-84.

Koláčková, J., et al. (2010). *Péče porodních asistentek mimo porodnice – analýza právní úpravy vybraných evropských států*. Brno: Liga lidských práv. Dostupné z: http://www.llp.cz/_files/file/publikace/Analiza_porodni_asistentky.pdf (1. 9. 2011).

Koláčková, J. (2011). „Věc Ternovská proti Maďarsku. Právo ženy zvolit si místo porodu. Komentář.“ In *Judikatura Evropského soudu pro lidská práva 1/2011*. Wolters Kluwer. Dokument je pro přihlášené uživatele dostupný z: <http://www.pravnickeforum.cz/dokument/nahled-dokumentu/doc-d33190v42601p1-vec-ternovszka-proti-madarsku/?query=%24type%3D10>.

Kotyzová, L. et al. (2007). *Právní minimum v období před porodem, během a po porodu*. Praha: Aperio. Dostupné z: http://aperio.cz/data/1/APERIO_Pravni_minimum_pri_porodu.doc. [Cit. 1. 9. 2011].

Koubová, M. (15. 9. 2011) „Výběr lékaře za příplatek? Možná za čtvrt roku“ In *Medical*

18 Koubová, M. (15. 9. 2011). „Výběr lékaře za příplatek? Možná za čtvrt roku“. In *Medical Tribune* (online). Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/23981-vyber-lekare-za-priplatek-mozna-za-ctvrt-roku> [Cit. 20. 9. 2011].

Tribune (on-line). Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/23981-vyber-lekare-za-priplatek-mozna-za-ctvrt-roku> (20. 9. 2011).

Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka. (1999). Ženeva: Světová zdravotnická organizace, odbor reprodukčního zdraví a výzkumu. Český překlad dostupný např. z: http://aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf. [Cit. 1. 9. 2011.]

Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ve věci *Ternovsky* proti Maďarsku ze dne 14. prosince 2010, číslo stížnosti 67545/09.

Veřejný ochránce práv. Zpráva a závěrečné stanovisko z šetření ve věci postupu krajských úřadů při rozhodování o udělení registrace k provozu nestátních zdravotnických zařízení, v nichž je možno provádět porody za pomoci tzv. porodních asistentek ze dne 4. listopadu 2009 a 23. února 2010. Dostupné z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/STANOVISKA/Zdravotnictvi/Zprava_porodni_asistentky.pdf a http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/STANOVISKA/Zdravotnictvi/Stavisko_porodni_asistentky.pdf (1. 9. 2011).

Vládní návrh zákona o zdravotních službách, sněmovní tisk 405/0 – schválen Poslaneckou sněmovnou dne 7. září. 2011.

Právní předpisy:

Listina základních práv a svobod (usnesení č. 2/1993 Sb.).

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 7. září 2005 o uznávání odborných kvalifikací.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně [sdělení č. 96/2001 Sb. m. s.).

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Vyhláška č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

Jak se vyrovnáme s problémem protiprávních sterilizací?

David Zahumenský

Liga lidských práv

Ženy by měly mít (v rámci svého reprodukčního zdraví) svobodu volby, zda mít děti, kdy je mít a jak často. Z tohoto hlediska je zásadním tématem, které dosud nebylo historiky ani sociálními vědci komplexně zpracováno, problém protiprávních sterilizací. Přes několik úspěchů, kterých se v této oblasti podařilo v uplynulých letech dosáhnout, stále nebylo plně vyslyšeno volání prvního veřejného ochránce práv, Otakara Motejla, který ve svém závěrečném stanovisku k protiprávním sterilizacím zformuloval následující poselství:

„V České republice problém sexuálních sterilizací prováděných buď s nepřijatelnou motivací, anebo protiprávně existuje a česká společnost stojí před úkolem vyrovnat se s touto skutečností. Veřejný ochránce práv je přesvědčen, že jedině akceptování tohoto nepřijemného poznání může přinést katarzi v podobě přijetí takových opatření, která praxi, na niž tato zpráva upozorňuje, znemožní.“¹

Tento text předkládá určitý souhrn dosavadního procesu vyrovnávání se s otázkou protiprávních sterilizací a navrhuje další kroky, které by daný proces mohly podpořit.

Právní rámec provádění sterilizací

Čl. 7 odst. 1 Listiny základních práv a svobod vymezuje nedotknutelnost osoby a jejího soukromí jako ústavně chráněné právo na nerušené zachování osobní integrity, kterému odpovídá obecný zákaz porušení této integrity. Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je společně se zákazem mučení a krutého, nelidského nebo ponižujícího zacházení zakotvena v celé řadě mezinárodních úmluv přímo závazných pro Českou republiku.

Z vědomí nutnosti chránit nedotknutelnost osoby vychází i stále platná právní úprava poskytování zdravotní péče, jejíž základy byly položeny již v roce 1966. Ustanovení § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu zakotvuje zásadu informovaného souhlasu, podle které mohou být jakékoli zákroky v oblasti péče o zdraví prováděny pouze s takovým souhlasem pacienta, kterému předcházelo poučení ze strany lékaře.

1 Motejl, O. (2005). Závěrečné stanovisko veřejného ochránce práv ve věci sterilizací prováděných v rozporu s právem a návrhy opatření k nápravě. Sp. zn. 3099/2004/VOP/PM a násl. Brno. Dostupné z http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/STANOVISKA/2005-2007/Sterilizace.pdf. [Cit. 4. 9. 2011.]

Pokud jde o samotný zákrok sterilizace, jeho výkon je upraven v § 27 zákona o péči o zdraví lidu: „Sterilizace se smí provést jen se souhlasem nebo na vlastní žádost osoby, u níž má být sterilizace provedena, a to za podmínek stanovených ministerstvem zdravotnictví.“ Tyto podmínky jsou přitom upraveny tzv. sterilizační směrnici Ministerstva zdravotnictví.² Směrnice je, jak samo Ministerstvo zdravotnictví přiznává, překonaná a v současných podmínkách těžko aplikovatelná. Přesto jde stále o jediný předpis, který výkon sterilizace reguluje.

V souhrnu lze říci, že pokud je sterilizační výkon prováděn na zdravých pohlavních orgánech, musí být vždy splněny následující náležitosti:

- Žádost nebo souhlas osoby, která má zákrok podstoupit. Taková žádost či souhlas musí být projevem svobodné, vážné a omylu prosté vůle dané osoby.
- Souhlas sterilizační komise s provedením sterilizace, který se opírá o objektivní existenci medicínské indikace podle přílohy sterilizační směrnice.
- Souhlas osoby, která má sterilizaci podstoupit, s provedením zákroku. Takový souhlas musí vycházet z úplné a přesné informace o povaze a následcích zákroku.

Kořeny problému protiprávních sterilizací

Z výsledků šetření veřejného ochránce práv i dalších poznatků je zřejmé, že ke sterilizacím bez splnění zákonných požadavků (především bez svobodného a informovaného souhlasu) docházelo v případech různých osob. Závěrečné stanovisko veřejného ochránce práv (dále i jen „VOP“) rozvádí zejména otázku sterilizace romských žen, další skupinou, které zatím nebyla věnována taková pozornost, jsou ženy se zdravotním postižením. Podrobněji o výsledcích šetření VOP pojednává níže samostatný oddíl č. 3.

Sterilizace romských žen

Na problematiku sterilizací romských žen upozornil již dokument Charty 77 z prosince 1978, který kritizuje represivní asimilační přístup státu k řešení problému romské menšiny:

„Souhlas romských žen ke sterilizaci je získáván ovlivňováním, jehož objektivita není zaručena. V některých obvodech se sterilizace romských žen provádí jako plánovaná administrativní praxe a úspěšnost pracovníků je na interních schůzích hodnocena podle počtu romských žen, jež se jim podařilo k souhlasu se sterilizací přemluvit. (...) Mnohdy je k získání souhlasu se sterilizací demagogicky využívána peněžní odměna. Tak se sterilizace stává jedním z postupů většinové populace proti populaci menšinové, směřující k tomu, aby se v menšinové etnické skupině bránilo rození dětí.“³

2 Směrnice Ministerstva zdravotnictví ze dne 17. prosince 1971 o provádění sterilizace, č. LP-252.3-19.11.71. (1972). In Věstník MZ č. 1-2/1972, registrována v č. 5/1972 Sb.

3 Dokument Charty 77 č. 23 ze dne 13. prosince 1978. Citováno dle: Motejl, O. (2005). Závěrečné stanovisko veřejného ochránce práv ve věci sterilizací prováděných v rozporu s právem a návrhy opatření k nápravě. Sp. zn. 3099/2004/VOP/PM a násl. Brno. s. 26.

Systematicky se sterilizací romských žen v Československu zabýval romista Ruben Pellar. Zaměřil se na ustanovení § 31 a § 35 vyhlášky Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí ČSR č. 152/1988 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení. Podle této vyhlášky bylo možné občanům, kteří se podrobili lékařskému zákroku v rámci zdravé populace a k překonání nepříznivých životních poměrů rodiny, poskytnout jednorázový peněžitý příspěvek nebo i věcnou dávku. Ruben Pellar se Zbyňkem Andršem podnikli mezi českými a slovenskými romskými ženami terénní výzkum, jehož cílem bylo zmapovat praxi sterilizací v letech 1967–1989. V české části federace autoři vyhodnocují statistický soubor 156 romských žen. Ve sledovaném období zjišťují plynulý vzestup počtu sterilizací, který kulminuje v letech 1988 a 1989. A v tom autoři vidí souvislost se zvýšením sociální dávky poskytované při sterilizaci z původních 2 tisíc Kčs před rokem 1988 na možných 10 tisíc Kčs. Autoři se mimo jiné pozastavují nad tím, že v průměru nejvyšší částky byly vypláceny ženám, které neměly žádné dítě. S přibývajícím počtem dětí výše dávek progresivně klesala.⁴

Po roce 1989 zahájila na základě podnětu Pellara, Andrše a Vohryzka, jakož i na základě dopisu Výboru pro lidská práva a iniciativy Charty 77, ve věci sterilizací romských žen šetření Generální prokuratura ČSSR (resp. ČSFR). Své šetření však uzavřela pouze s tím, že všem okresním prokuraturám, které zjistily porušení právních předpisů, byl dán pokyn, aby upozornily zdravotnické orgány a věnovaly zákonitosti řízení o povolování sterilizace zvýšenou pozornost. Nové poznatky nepřineslo ani vyšetřování Úřadu pro dokumentaci a vyšetřování zločinů komunismu v letech 1997–2000.

To, že byla sterilizace cíleně využívána k regulaci porodnosti romských žen a byla součástí opatření orgánů sociální péče v romské otázce od 70. let až přinejmenším do roku 1989, tak konstatuje až Závěrečné stanovisko VOP:

„Sociální sektor řízený státem si vytyčil za cíl jako jedno ze socioprofylaktických a nepokrytých eugenických opatření (viz neustálé poukazy na zkvalitnění populace) řízené snižování porodnosti v romské komunitě, a za tímto účelem v praxi vyvinul administrativní postupy, které v jednotlivých případech vedly i k právně a morálně pochybnému přesvědčování žen, aby podstoupily sterilizaci, tedy zákrok jen stěží napravitelný.“⁵

Sterilizace žen se zdravotním postižením

Na rozdíl od sterilizace v romské komunitě není dosud k dispozici dostatek informací o sterilizacích žen se zdravotním postižením. Ke sterilizacím osob s duševní nemocí či mentálním postižením docházelo prokazatelně například ve Švédsku či Švýcarsku. Jen ve Švédsku bylo na základě sterilizačních zákonů z let 1934 a 1941 (tedy do roku 1976) sterilizováno asi 63 tisíc žen a mužů.⁶ Právě „slabomyslní“ a „chorobomyslní“ byli také v centru pozornosti České eugenické společnosti založené v roce 1915.

4 Motejl, O. (2005). Závěrečné stanovisko veřejného ochránce práv ve věci sterilizací prováděných v rozporu s právem a návrhy opatření k nápravě. Sp. zn. 3099/2004/VOP/PM a násl. Brno. s. 27.

5 Tamtéž, s. 59.

6 Tamtéž, s. 60–61.

Zranitelnost především žen s mentálním postižením, které mohly být vystaveny sterilizačnímu zákroku, vyplývala z několika skutečností. Jak konstatuje i šetření Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT),⁷ osoby s mentálním postižením byly v minulosti ve značné míře umísťovány do ústavů sociální péče a v mnoha případech zbavovány způsobilosti k právním úkonům. Opatrovníkem těchto osob, tedy tím, kdo za ně rozhodoval v právních otázkách, byl často ustanoven samotný ústav sociální péče nebo jeho zaměstnanci. Pokud se tedy měla vykonat sterilizace na ženě s mentálním postižením, dělo se tak se souhlasem nebo na vlastní žádost opatrovníka. Praxe nevyžadovala žádné vyjádření samotné ženy, neboť stanovisko opatrovníka bylo dostačující. Přestože sterilizace mohla být vykonána proti vůli ženy (pokud takovou vůli byla fakticky schopna mít), sterilizace byla formálně provedena dobrovolně. Osud žen zcela závisel na rozhodnutí ústavu.

Delegace CPT se v rámci návštěvy ČR v roce 2006 setkala se dvěma případy sterilizace provedené na žádost opatrovníka nebo s jeho souhlasem. Tyto zákroky byly odůvodněny jako forma antikoncepce. V tomto kontextu CPT upozornil na Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy o zásadách právní ochrany nezpůsobilých dospělých osob přijaté v roce 1999. Podle názoru CPT by nevratné zákroky jako sterilizace a kastrace měly být v každém případě detailně prověřeny soudem nebo jinou nezávislou institucí.⁸

Šetření veřejného ochránce práv

V roce 2004 se veřejný ochránce práv začal především díky iniciativě nevládních organizací (zejména Evropské centrum pro práva Romů, Liga lidských práv, Vzájemné soužití a IQ Roma servis) problémem sterilizací prováděných v rozporu s právem zabývat. V průběhu roku 2005 obdržel VOP více než 80 stížností na neoprávněné provedení sterilizace. Stížnosti nejprve postoupil Ministerstvu zdravotnictví, které k jejich prošetření ustanovilo poradní sbor. Ten měl za úkol prošetřit nejen to, zda byly zákroky provedeny tzv. lege artis,⁹ ale měl se zabývat i tím, zda byly splněny právní podmínky pro jejich provedení. Vzhledem k tomu, že VOP nepovažoval výsledky šetření poradního sboru za uspokojivé, přikročil k vlastnímu šetření, jehož zobečněním bylo závěrečné stanovisko z prosince 2005.

Základní výhrady k průběhu sterilizačních zákroků ve sledovaných případech spatřoval VOP v tom, že k zákrokům nebyl dán svobodný a informovaný souhlas, což se týkalo jak případů, které se staly před rokem 1990, tak případů pozdějších. V případě Romek před rokem 1990 pak podle VOP přistupoval ještě prvek nátlaku sociálních pracovníků.

7 Zpráva pro Vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 21. až 24. června 2006. (2006). Štrasburk. Dostupné z http://www.vlada.cz/assets/ppov/rtp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/Zprava_CPT_z_n_v_t_vy2006-cz.pdf. (Cit. 5. 9. 2011.)

8 Delegace CPT se setkala také se dvěma případy kastrace provedené pouze se souhlasem opatrovníka. Je tedy zřejmé, že vedle sterilizací žen s mentálním postižením zde může existovat obdobný problém kastrací mužů s postižením.

9 Tj. v souladu s nejvyšším dosaženým vědeckým poznáním.

VOP zformuloval několik doporučení v oblasti legislativní (zejména výslovné zakotvení přiměřené lhůtyne kratší než sedm dnů mezi poskytnutím informací a vyslovením souhlasu se zákrokem a poskytnutí informací také o alternativních možnostech antikoncepce), metodické (vypracování příručky, která by podrobně a laikům srozumitelným způsobem vysvětlovala podstatu a důsledky sterilizace a která by byla pacientovi předána před podpisem souhlasu, vzdělávání lékařů o právech pacientů) a reparační (stát by měl zvážit přijetí právní úpravy, která by po vzoru Švédska umožnila odškodnit poškozené). Skutečnost, že VOP jako státní orgán otevřeně kritizoval protiprávní sterilizace prováděné na našem území, nepochybně významně podpořila další diskusi o tématu.

Soudní řízení ve věcech sterilizací

Liga lidských práv poskytla třem romským ženám, které měly být sterilizovány bez svého informovaného souhlasu, bezplatné právní zastoupení a podala v letech 2005 a 2006 žaloby na ochranu osobnosti k soudům v Ostravě a Ústí nad Labem. Ve všech těchto případech soudy skutečně dospěly k závěru, že zákrok byl proveden v rozporu se zákonem. Výsledky soudních řízení se ale přesto liší.

V případě paní Heleny, která byla sterilizována při porodu druhého dítěte ve věku 19 let, rozhodl Krajský soud v Ostravě již v roce 2005, že sterilizace byla provedena protiprávně a že se nemocnice musí ženě omluvit. Soud hodnocení uzavřel tak, že *„výkon žalovaného, jímž bylo zasáháno do tělesné integrity žalobkyně, byl proveden, aniž k tomu žalovaný měl kvalifikovaný souhlas žalobkyně. Jednalo se ze strany žalovaného o neoprávněné jednání. (...) Bylo porušeno právo pacienta sám si rozhodnout o svém zdraví a vlastním těle včetně rozhodování o reprodukční schopnosti.“* Nárok na peněžitou satisfakci soud ale prohlásil za promlčený.¹⁰ Paní Helena se odvolala, ale Vrchní soud v Olomouci rozsudkem ze 17. ledna 2007 prvostupňové rozhodnutí potvrdil.¹¹ Nic nového nepřinesla ani usnesení Nejvyššího soudu¹² a Ústavního soudu,¹³ věci se proto zabývá Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku (stížnost č. 21826/10).

Ve věci paní Ivety, která byla sterilizována při porodu druhého dítěte ve věku 21 let, rozhodl Krajský soud v Ostravě v roce 2007, že sterilizace byla provedena protiprávně, a přiznal ženě také odškodnění ve výši půl milionu korun. Soud zohlednil především to, že *„žalovaná protiprávně provedenou sterilizací způsobila neplodnost žalobkyně a tím hluboce, a jak bylo prokázáno, neodčinitelně zasáhla do práva žalobkyně na zdraví zahrnující právo rodit děti a rovněž do práva na soukromí, když toto právo v sobě zahrnuje i právo vychovávat vlastní děti a rozvíjet rodinné vztahy mezi rodiči a dětmi.“*¹⁴ Na základě odvolání žalované nemocnice Vrchní soud v Olomouci sice potvrdil protiprávnost zákroku a povinnost nemocnice omluvit se, odškodnění ale prohlásil za promlčené.¹⁵ Paní Iveta zastoupená právníkem

10 Rozsudek Krajského soudu v Ostravě ze dne 11. listopadu 2005, č. j. 23 C 25/2005-58.

11 Rozsudek Vrchního soudu v Olomouci ze dne 17. ledna 2007, č. j. 1 Co 43/2006-123.

12 Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 5. března 2009, č. j. 30 Cdo 2905/2007.

13 Usnesení Ústavního soudu ze dne 7. října 2009, č. j. IV. ÚS 1407/09.

14 Rozsudek Krajského soudu v Ostravě ze dne 12. října 2007, č. j. 23 C 187/2005-55.

15 Rozsudek Vrchního soudu v Olomouci ze dne 5. listopadu 2008, č. j. 1 Co 13/2008-109.

Ligy lidských práv podala dovolání k Nejvyššímu soudu a ten až teprve 23. června 2011 rozhodnutí vrchního soudu zrušil a případ mu vrátil k novému rozhodnutí s tím, že podle názoru Nejvyššího soudu není odškodnění promlčeno.¹⁶ Vrchní soud tedy ve věci znovu rozhodne a je pravděpodobné, že paní Ivetě bude peněžitá satisfakce přiznána.

Ve věci paní Radky, která byla sterilizována v roce 2003 při porodu čtvrtého dítěte ve věku 33 let, rozhodl Krajský soud v Ústí nad Labem v roce 2008 tak, že sterilizace nebyla provedena v souladu s právem a přiznal paní Radce odškodnění ve výši 50 tisíc korun.¹⁷ Na základě odvolání paní Radky Vrchní soud v Praze odškodnění zvýšil na 200 tisíc.¹⁸ V roce 2010 bylo podáno ještě dovolání k Nejvyššímu soudu, o kterém dosud nebylo rozhodnuto.

Kritika ze strany mezinárodních institucí

Výsledky šetření veřejného ochránce práv nezůstaly nepovšimnuty ze strany mezinárodních institucí na ochranu lidských práv. Již v roce 2006 se situací zabýval Výbor pro odstranění diskriminace žen (CEDAW), který ve svých závěrečných doporučeních ze dne 25. 8. 2006 vyjádřil znepokojení nad závěrečným stanoviskem veřejného ochránce práv, nedostatečnými okamžitými aktivitami vlády k realizaci doporučení vyplývajících z ombudsmanovy zprávy a k přijetí legislativních změn v otázce informovaného souhlasu ke sterilizaci, jakož i k zajištění spravedlnosti pro oběti těchto činů provedených bez souhlasu. Výbor žádal Českou republiku, aby okamžitě *„avedla do praxe doporučení veřejného ochránce práv (...) a aby přijala bez prodlení legislativní změny týkající se sterilizace, včetně jasné definice informovaného, svobodného a kvalifikovaného souhlasu se sterilizací (...); aby zabezpečila průběžné a povinné školení zdravotnického personálu a sociálních pracovníků o právech pacientů; a zpracovala opatření k odškodnění obětí nedobrovolné či nátlakové sterilizace.“*¹⁹

K uznání obětí nucené sterilizace a k bezodkladnému učinění všech kroků pro zajištění odškodnění obětí byla ČR v roce 2007 vyzvána Výborem pro odstranění všech forem rasové diskriminace (CERD).²⁰ Kritický názor a výzvu k nápravě vyjádřil i Výbor OSN pro lidská práva (HRC) v Závěrečných doporučeních ke Druhé zprávě České republiky:

„Výbor bere se znepokojením na vědomí, že romské a jiné ženy byly podrobeny sterilizaci bez svého souhlasu a že příslušná doporučení obsažená ve zprávě ombudsmana z roku 2005 nebyla provedena. Výbor lituje především volnosti, která byla v této souvislosti dána lékařům, a skutečnosti, že nebylo proti pachatelům zahájeno žádné trestní řízení. Výbor je

16 Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 23. června 2011, č. j. 30 Cdo 2819/2009.

17 Rozsudek Krajského soudu v Ústí nad Labem ze dne 19. prosince 2008, č. j. 34 C 43/2006-76.

18 Rozsudek Vrchního soudu v Praze ze dne 5. listopadu 2009, č. j. 1 Co 147/2009-136.

19 Závěrečná doporučení Výboru pro odstranění diskriminace žen (CEDAW): Česká republika, ze dne 25. 8. 2006. České znění dostupné z: <http://www.rovneprilezitosti.cz/admin/upload/0a348316d1/e866da110b.pdf?PHPSESSID=55c5f18e6c8b73bc67a55e00d066b3e5>. Anglický originál dostupný z: <http://ods-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/517/23/PDF/N0651723.pdf>.

20 CERD: Consideration of reports submitted by states parties under Article 9 of the Convention, odst. 14. Dostupné z: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cerd/docs/CERD.C.CZE.CO.7.doc>. [Cit. 4. 9. 2011.]

také znepokojen tím, že nebyl zřízen kompenzační mechanismus a oběti nedostaly žádné odškodnění...“²¹

Doporučení adresovaná českým úřadům přijala i Evropská komise proti rasismu a intoleranci (ECRI). Ve zprávě zveřejněné 15. září 2009²² jsou české úřady vyzvány, aby následovaly doporučení veřejného ochránce práv a zaujaly veřejně postoj odsuzující protiprávní sterilizace. ECRI dále doporučuje, aby vláda vyplatila odškodnění ženám, jež byly nezákonně sterilizovány, a aby byla monitorována zařízení, kde se sterilizace provádějí. Mají být patřičně prošetřeny stížnosti romských žen na provedenou sterilizaci a všem obětem se má dostat náležitého zadostiučinění.

Opětovně zazněla kritika ze strany Výboru pro odstranění všech forem diskriminace žen, který ve svých Závěrečných doporučeních z 22. října 2010 vzal na vědomí, že vláda v roce 2009 vyjádřila politování nad „zjištěnými individuálními pochybeními“ při provádění sterilizací. Výbor vládu ale zároveň vyzval, „*aby přijala právní úpravu, která jasně definuje požadavky na svobodný, předchozí a informovaný souhlas se sterilizací v souladu s příslušnými mezinárodními standardy a která stanoví minimálně sedmidenní lhůtu mezi informováním pacientky o charakteru sterilizace, jejich trvalých důsledcích, potenciálních rizicích a dostupných alternativách a projevením svobodného, předchozího a informovaného souhlasu pacientky. Vláda ČR by měla dále přezkoumat možnost prodloužení tříleté promlčecí lhůty na vznesení nároku na odškodnění v případech sterilizací provedených pod nátlakem nebo bez souhlasu nebo alespoň zajistit, aby tato promlčecí lhůta začala běžet od okamžiku, kdy oběť zjistí skutečný význam a všechny důsledky sterilizace, a nikoli od okamžiku poškození zdraví; zvážit zavedení postupu odškodnění ex-gratia pro oběti sterilizací provedených pod nátlakem nebo bez souhlasu, jejichž nároky byly promlčeny; poskytnout všem obětem přístup k jejich zdravotním záznamům a vyšetřit a potrestat nezákonné minulé praktiky sterilizací provedených pod nátlakem nebo bez souhlasu.*“

Vyrovnávání se s problémem protiprávních sterilizací

Již dne 6. února 2006 se otázkou protiprávních sterilizací zabývala Rada vlády ČR pro lidská práva (dále jen „Rada“), která uložila Výboru pro lidská práva a biomedicínu (dále jen „Výbor pro biomedicínu“), aby se problematikou zabýval.²³ Rada následně podnět svým usnesením dne 13. prosince 2007 schválila a doporučila předsedovi Rady, aby jej předložil vládě.²⁴ Podnět dovozoval odpovědnost České republiky za protiprávně

- 21 Závěrečná doporučení Výboru pro lidská práva z roku 2007 k Druhé zprávě ČR, doporučení č. 10. Dostupné také na http://www.vlada.cz/assets/ppov/rfp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/Zaverecna_doporuceni_cz_schvalena_vladou.pdf. (Cit. 4. 9. 2011.)
- 22 ECRI: Česká zpráva ECRI ČR, čtvrtý monitorovací cyklus. Český překlad dostupný zde: http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/ecri/Country-by-country/Czech_Republic/CZE-CbC-IV-2009-030-CZE.pdf, odst. 140–142.
- 23 Výbor pro biomedicínu schválil v dubnu 2006 podnět, který předložil Radě, ta jej ale na svém zasedání 29. května 2006 vrátila Výboru pro biomedicínu k dopracování. Podnět byl dopracován a mimo jiné se inspiroval *Systémovým doporučením Ligy lidských práv č. 5 – Návrh metodiky odškodnění protiprávně sterilizovaných žen*. Dostupné z http://www.llp.cz/_files/file/navrh_metodiky_odskodneni.pdf. (Cit. 4. 9. 2011.) Upravený podnět Výbor pro biomedicínu schválil dne 24. září 2007.
- 24 Usnesení Rady vlády ČR pro lidská práva ze dne 13. prosince 2007, dostupné z http://www.vlada.cz/assets/ppov/rfp/cinnost-rady/zasedani-rady/sterilizace-usneseni_schv_len_Radou.pdf. (Cit. 4. 9. 2011.)

provedené sterilizace jak v období do roku 1991, kdy byla účinná vyhláška č. 152/1988 Sb., tak i po roce 1991, neboť stát neprovedl opatření navrhovaná Generální prokuraturou a nesplnil tak svůj pozitivní závazek ve smyslu judikatury Evropského soudu pro lidská práva.²⁵

Vládě bylo navrhováno, aby uznala, že k protiprávnímu provádění sterilizací docházelo, aby nad tím vyslovila politování a zavázala se podniknout kroky, aby k takovému jednání v budoucnu nedocházelo. Vedle toho ale podnět poměrně precizně vymezil skupiny osob, které by měly mít možnost za protiprávní sterilizaci požádat o odškodnění. Jako inspiraci pro přijetí právní úpravy odškodnění přitom navrhoval zákony, kterými Česká republika odškodnila některé osoby v souvislosti s vypořádáním se svou minulostí.²⁶

Nárok na odškodnění měly podle podnětu mít osoby, které byly sterilizovány po 1. 7. 1966 v rozporu s právem.²⁷ Podnět rovněž doporučoval, aby bylo provedeno šetření ohledně provádění sterilizací v minulosti zvláštní komisí, aby byla změněna právní úprava výkonu sterilizací, byly realizovány vzdělávací, výzkumné a osvětové aktivity a aby byla realizována doporučení navrhovaná veřejným ochráncem práv.

Podnět Rady nebyl nikdy předložen vládě. V připomínkovém řízení se proti němu s řadou námitek postavilo především Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví, z důvodu možných finančních dopadů pak také Ministerstvo financí. Ministr pro lidská práva Michael Kocáb se v roce 2009 rozhodl namísto podnětu Rady připravit podnět zcela nový. Ministr se rozhodl zcela opustit otázku odškodnění žen a zaměřil se především na to, aby vláda vyslovila politování nad tím, že ke sterilizacím docházelo.²⁸ Pro takto úžeji zaměřený podnět se mu podařilo získat politickou podporu a vláda Jana Fischera dne 23. listopadu 2009 svým usnesením vyslovuje „*politování nad zjištěnými individuálními pochybeními při provádění sterilizací v rozporu se směrnicí Ministerstva zdravotnictví ČR LP-252.3-19. 11. 1971, o provádění sterilizace ze dne 17. prosince 1971, a zavazuje se podniknout kroky podle bodu III tohoto usnesení, aby k takovýmto jednáním v budoucnu nedocházelo*“.²⁹

25 Viz případy Evropského soudu pro lidská práva ve věcech: X a Y proti Nizozemí (1985), odst. 23, v rámci čl. 8, L.C.B. proti Spojenému království (1998), odst. 36, v rámci čl. 2, Z a další proti Spojenému království (2001), odst. 73, v rámci čl. 3, či Plattform "Ärzte für das Leben" proti Rakousku (1998), odst. 32, v rámci čl. 11.

26 Podnět odkazuje na zákon č. 217/1994 Sb., o poskytnutí jednorázové peněžní částky některým obětem nacistické perzekuce, zákon č. 39/2000 Sb., o poskytnutí jednorázové peněžní částky příslušníkům československých zahraničních armád a spojeneckých armád v letech 1939 až 1945, zákon č. 261/2001 Sb., o jednorázové peněžní částce účastníkům bojů za osvobození, zákon č. 172/2002 Sb., o odškodnění osob odvezených do SSSR nebo do táborů, které SSSR zřídil v jiných státech, zákon č. 203/2005 Sb., o odškodnění některých obětí okupace Československa vojsky SSSR, NDR, PLR, MLR a BLR.

27 Datum 1. 7. 1966 bylo zvoleno z toho důvodu, že jde o počátek účinnosti zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který obsahoval první právní úpravu sterilizací.

28 Podnět ministra pro lidská práva ke sterilizacím žen v ČR prováděným v rozporu s právem. Příloha usnesení vlády ze dne 23. listopadu 2009, č. 1424. Dostupné z <http://www.vlada.cz/assets/ppov/rfp/aktuality/podnet-sterilizace.pdf>. [Cit. 4. 9. 2011.]

29 Usnesení Vlády České republiky ze dne 23. listopadu 2009, č. 1424 k Podnětu ministra pro lidská práva ke sterilizacím žen v České republice provedeným v rozporu s právem. Dostupné z [http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/6430E40ED2EFF39AC1257674004347C2/\\$FILE/1424%20uv091123.1424.pdf](http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/6430E40ED2EFF39AC1257674004347C2/$FILE/1424%20uv091123.1424.pdf). [Cit. 4. 9. 2011.]

Přestože je vyjádření vlády formulováno opatrně a formalisticky, představuje nepochybně značný posud v rámci procesu uznání praxe protiprávních sterilizací a vyrovnávání se s touto skutečností. Usnesení bylo pozitivně přijato samotnými sterilizovanými ženami i nevládními organizacemi, přestože zástupci nevládních organizací upozorňovali, že se jedná pouze o první krok, na který by mělo navázat odškodnění. Obdobně se ostatně vyjádřil i ministr Kocáb.³⁰

Posun v otázce odškodnění by mohl přinést nový podnět Výboru proti mučení a jinému nelidskému, krutému, ponižujícímu zacházení a trestání Rady vlády ČR pro lidská práva (dále jen „Výbor proti mučení“), který byl Radou projednán dne 9. května 2011.³¹ Rada svým usnesením podnět vzala na vědomí a uložila předsedkyni Rady, aby do příštího zasedání předložila nový návrh usnesení, který by zohlednil připomínky členů Rady. Podnět především navrhuje, aby byla přijata komplexní úprava výkonu sterilizace,³² bylo provedeno důkladné a nezávislé šetření ohledně praxe protiprávních sterilizací a byl zaveden odškodňovací mechanismus pro sterilizované ženy. Nyní bude záležet na tom, v jaké podobě podnět Rada schválí a zda se jím poté bude zabývat vláda.

Co ještě můžeme udělat? Doporučení

Autor si dovoluje navrhnout následující aktivity, které by podle jeho názoru mohly přispět k tomu, abychom se s problémem protiprávních sterilizací vyrovnali se ctí:

- V nejbližších měsících a letech může být na úrovni vlády projednávána otázka dalšího šetření toho, jak byly sterilizace v minulosti prováděny, jakož i otázka odškodnění pro ženy, které byly sterilizovány bez svého informovaného souhlasu. Pokud se veřejnost bude aktivně obracet na úředníky i politické zástupce, mohou mít již započaté aktivity větší šanci na úspěch.
- Mezinárodní společenství je již s problémem sterilizací obeznámeno. Institute na ochranu lidských práv při OSN či Radě Evropy ale jistě přivítají aktuální informace o problému, například ve formě tzv. stínových zpráv.
- Sterilizace romských žen ani zákroky na ženách s postižením nejsou dosud co do rozsahu řádně zmapovány. Jakýkoli výzkum v terénu může přinést další cenné

30 Viz například článek „Ministr Kocáb: politování sterilizovaných žen je první fáze“. *Lidovky.cz*, 23. 11. 2009. Dostupné z http://www.lidovky.cz/ministr-kocab-politovani-sterilizovanych-zen-je-prvni-faze-pld-/ln_domov.asp?c=A091124_184921_ln_domov_tai. [Cit. 4. 9. 2011.]

31 Podnět Výboru proti mučení a jinému nelidskému, krutému, ponižujícímu zacházení a trestání Rady vlády ČR pro lidská práva k protiprávním sterilizacím žen v ČR. Dostupný z <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/cinnost-rady/zasedani-rady/zasedani-rady-dne-9--kvetna-2011-86162/>. [Cit. 4. 9. 2011.]

32 V současné době je v Poslanecké sněmovně projednáván návrh zákona o specifických zdravotních službách, který provedení sterilizace podrobněji upravuje. Stanovuje, že mezi podáním informace a udělením souhlasu musí být přiměřená lhůta; jde-li o sterilizaci ze zdravotních důvodů, lhůta musí být nejméně 7 dnů; jde-li o sterilizaci z jiných než zdravotních důvodů, lhůta musí být nejméně 14 dnů.

informace.

- Česká společnost by neměla zapomenout na to, co se mnoha ženám stalo. Podpořit to mohou veřejné diskuse, promítání filmů, akce na školách nebo vydávání článků a knih.
- K některým případům protiprávních sterilizací došlo po roce 1990, existují i případy z posledních let. Předejít opakování této praxe je možné různými formami informování pacientů o jejich právech.
- Protiprávní sterilizace jsou z velké části problémem nedostatečného respektu lékařů k pacientům. Školení pro zdravotníky v oblasti komunikace, etiky či práv pacientů mohou pomoci snižovat zažitý paternalismus a prohloubit porozumění zásadě informovaného souhlasu.

Zdroje:

CERD: Consideration of reports submitted by states parties under Article 9 of the Convention, odst. 14. Dostupné z: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cerd/docs/CERD.C.CZE.CO.7.doc>. (Cit. 4. 9. 2011.)

ECRI: Česká zpráva ECRI ČR, čtvrtý monitorovací cyklus. Český překlad dostupný zde: http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/ecri/Country-by-country/Czech_Republic/CZE-CbC-IV-2009-030-CZE.pdf, odst. 140–142.

Ministr Kocáb: politování sterilizovaných žen je první fáze. *Lidovky.cz*, 23. 11. 2009. Dostupné z http://www.lidovky.cz/ministr-kocab-politovani-sterilizovanych-zen-je-prvni-faze-pld-/ln_domov.asp?c=A091124_184921_ln_domov_tai. (Cit. 4. 9. 2011.)

Motejl, O. (2005). Závěrečné stanovisko veřejného ochránce práv ve věci sterilizací prováděných v rozporu s právem a návrhy opatření k nápravě. Sp. zn. 3099/2004/VOP/PM a násl. Brno. Dostupné z http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/STANOVISKA/2005-2007/Sterilizace.pdf. (Cit. 4. 9. 2011.)

Podnět ministra pro lidská práva ke sterilizacím žen v ČR prováděným v rozporu s právem.

Podnět Výboru proti mučení a jinému nelidskému, krutému, ponižujícímu zacházení a trestání Rady vlády ČR pro lidská práva k protiprávním sterilizacím žen v ČR. Dostupný z <http://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/cinnost-rady/zasedani-rady/zasedani-rady-dne-9--kvetna-2011-86162/>. (Cit. 4. 9. 2011.)

Příloha usnesení vlády ze dne 23. listopadu 2009, č. 1424. Dostupné z <http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/aktuality/podnet-sterilizace.pdf>. (Cit. 4. 9. 2011.)

Rozsudek Krajského soudu v Ostravě ze dne 11. listopadu 2005, č. j. 23 C 25/2005-58.

Rozsudek Vrchního soudu v Olomouci ze dne 17. ledna 2007, č. j. 1 Co 43/2006-123.

Rozsudek Krajského soudu v Ostravě ze dne 12. října 2007, č. j. 23 C 187/2005-55.

Rozsudek Vrchního soudu v Olomouci ze dne 5. listopadu 2008, č. j. 1 Co 13/2008-109.

Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 23. června 2011, č. j. 30 Cdo 2819/2009.

Rozsudek Krajského soudu v Ústí nad Labem ze dne 19. prosince 2008, č. j. 34 C 43/2006-76.

Rozsudek Vrchního soudu v Praze ze dne 5. listopadu 2009, č. j. 1 Co 147/2009-136.

Směrnice Ministerstva zdravotnictví ze dne 17. prosince 1971 o provádění sterilizace, č. LP-252.3-19.11.71. (1972.) In Věstník MZ č. 1-2/1972, registrována v č. 5/1972 Sb.

Systémové doporučení Ligy lidských práv č. 5 – Návrh metodiky odškodnění protiprávně sterilizovaných žen. Dostupné z http://www.llp.cz/_files/file/navrh_metodiky_odskodneni.pdf. [Cit. 4. 9. 2011.]

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 5. března 2009, č. j. 30 Cdo 2905/2007.

Usnesení Rady vlády ČR pro lidská práva ze dne 13. prosince 2007, dostupné z http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/cinnost-rady/zasedani-rady/sterilizace-usnesen__schvalen__Radou.pdf. [Cit. 4. 9. 2011.]

Usnesení Ústavního soudu ze dne 7. října 2009, č. j. IV. ÚS 1407/09.

Usnesení Vlády České republiky ze dne 23. listopadu 2009, č. 1424 k Podnětu ministra pro lidská práva ke sterilizacím žen v České republice provedeným v rozporu s právem. Dostupné z [http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/6430E40ED2EFF39AC1257674004347C2/\\$FILE/1424%20uv091123.1424.pdf](http://racek.vlada.cz/usneseni/usneseni_webtest.nsf/6430E40ED2EFF39AC1257674004347C2/$FILE/1424%20uv091123.1424.pdf). [Cit. 4. 9. 2011.]

Zákon č. 261/2001 Sb., o jednorázové peněžní částce účastníkům bojů za osvobození.

Zákon č. 172/2002 Sb., o odškodnění osob odvedených do SSSR nebo do táborů, které SSSR zřídil v jiných státech.

Zákon č. 203/2005 Sb., o odškodnění některých obětí okupace Československa vojsky SSSR, NDR, PLR, MLR a BLR.

Zákon č. 217/1994 Sb., o poskytnutí jednorázové peněžní částky některým obětem nacistické perzekuce.

Zákon č. 39/2000 Sb., o poskytnutí jednorázové peněžní částky příslušníkům československých zahraničních armád a spojeneckých armád v letech 1939 až 1945.

Závěrečná doporučení Výboru pro lidská práva z roku 2007 k Druhé zprávě ČR, doporučení č. 10. Dostupné také na http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/Zaverecna_doporuceni_cz_schvalena_vladou.pdf. [Cit. 4. 9. 2011.]

Závěrečná doporučení Výboru pro odstranění diskriminace žen (CEDAW): Česká republika, ze dne 25. 8. 2006. České znění dostupné z: <http://www.rovneprilezitosti.cz/admin/upload/0a348316d1/e866da110b.pdf?PHPSESSID=55c5f18e6c8b73bc67a55e00d066b3e5>. Anglický originál dostupný z: <http://ods-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/517/23/PDF/N0651723.pdf>.

Zpráva pro Vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 21. až 24. června 2006. (2006). Štrasburk. Dostupné z http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/Zpr_va_CPT_z_n_v_t_vy2006-cz.pdf. [Cit. 5. 9. 2011.]

Pracovní migrantky v České republice a nucené interrupce

Martina Křížková

novinářka, v současnosti redaktorka Nového Prostoru

Přestože se počet uměle ukončených těhotenství obecně v České republice snižuje, počty migrantek, které zde tento zákrok absolvují, jsou již léta (od roku 2008) relativně stabilní. Vzhledem ke klesající potratovosti českých žen tedy mezi ženami, jež se pro umělé přerušování těhotenství rozhodnou, roste podíl migrantek (týká se to jak žen ze zemí Evropské unie, tak žen z takzvaných třetích zemí). Čistě statistické zjištění zvláště vynikne při srovnání poměru počtu dětí narozených migrantkám v ČR k počtu interrupcí migrantek na jedné a poměru počtu dětí narozených s českým občanstvím k počtu interrupcí provedených u občanek ČR na druhé straně.

V České republice se v loňském roce narodilo 117 tisíc dětí, z toho kolem 3 tisíc bylo dětí migrantek; zhruba dvě třetiny z nich se narodily občankám třetích zemí. Přes 39 tisíc (39 273) těhotenství českých žen skončilo potratem, z toho 17 797 interrupcí. U migrantek skončilo loni potratem 2659 těhotenství (1990 interrupcí), z toho u 1508 žen ze zemí EU a u 1151 žen z třetích zemí.¹ Potraty migrantek, které jsou na území bez povolení (týká se žen ze třetích zemí) a nemají tudíž prakticky žádný přístup ke zdravotní péči,² existují, i když pravděpodobně ve velmi malém rozsahu, a nabalují na sebe specifické problémy přesahující možnosti této studie.

Následující text se soustředí především na migrantky z třetích zemí, které se v situaci nechtěného těhotenství nejčastěji obrací na kontaktní a poradenská centra neziskových organizací se žádostí o pomoc (obvykle kvůli právní pomoci, možnosti doprovodu k lékaři a tlumočení). Informací o situaci migrantek ze zemí EU ve vztahu k interrupcím je velmi málo nebo úplně chybí. Tatiana Mandíková z Diecézní charity Plzeň k tomu uvádí: „*Nikdy se nás žádná žena z EU s podobnou žádostí (umělé přerušování těhotenství) neobrátila.*“³

Tato studie se snaží postihnout širší kontext, v němž se migrantky pro interrupci rozhodují, s vědomím toho, že u většiny žen se pravděpodobně jedná o více faktorů, které ovlivňují jejich individuální jednání, najednou. Přesto lze vysledovat určitá témata, která jsou při rozhovorech s migrantkami, pracovníky a pracovníci neziskových organizací,

- 1 *Potraty 2010, Abortions 2010*. [2011]. Zdravotnická statistika, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné on-line na <http://www.uzis.cz/publikace/potraty-2010>.
- 2 Jelínková, M. (2008). *Když se dítě nehodí. Neregulární pobyt cizinců v ČR: problémy a jejich řešení*. Praha: Člověk v tísni – Multikulturní centrum Praha – Organizace pro pomoc uprchlíkům – Poradna pro uprchlíky.
- 3 Citované výroky (i dále v textu) pocházejí z osobních rozhovorů autorky s uvedenými osobami.

tlumočníky (tlumočnicemi) a lékaři opakovaně zmiňovány jako důvody, jež migrantky vedou k rozhodnutí ukončit těhotenství interrupcí. Ty se snažím ve studii podrobněji postihnout.

Již nyní lze konstatovat, že příčiny situace, v níž se ženy narozené v České republice pro potrat spíše nerozhodnou, zatímco migrantky, které přijely do ČR především za prací, naopak rozhodnou, je nutné hledat kromě individuální situace každé z žen v malé osvětě mezi migranty a migrantkami (antikoncepcí) a v legislativní a pracovní realitě, v níž migrantky v Česku žijí. Přes tato zjištění nemá studie ambici přinést jednoznačné hodnocení situace. Je nicméně zřejmé, že politika uplatňovaná vůči migrantům a migrantkám v ČR má vliv na jejich rozhodnutí v těhotenství buď pokračovat, nebo nikoliv.

Informace pro tuto studii jsem čerpala z rozhovorů s pracovníky a pracovnicemi neziskových organizací, tlumočnicemi, lékaři, odborníci na migrantskou problematiku v souvislosti s lékařskou péčí, právníky specializujícími se na migrační agendu a samotnými migrantkami. Dále jsem vycházela z již publikovaných studií a dokumentů včetně oficiálních údajů jednotlivých ministerstev a státních institucí.

Migrace a data

Pro lepší orientaci v problematice připomenu na úvod několik čísel a poznámek ke kontextu situace, ve které se migrantky u nás nacházejí. V České republice dlouhodobě legálně žije přes čtyři sta tisíc migrantů, z toho přes sto sedmdesát tisíc žen. Většina z nich přišla do země za prací.⁴ Na trhu práce vykrývají především poptávku po levné pracovní síle v průmyslových odvětvích (od montoven automobilů a elektroniky až po stavebnictví) a v oblasti služeb. Od roku 2005, který se kryje se vstupem zahraničních investorů do států podporovaných průmyslových zón, do roku 2010 se jejich počet zvýšil o téměř sto sedmdesát tisíc lidí. Křivka poptávky vrcholila v roce 2008–2009, od té doby vlivem ekonomické krizi v kombinaci se zpříšňováním migrační politiky počet migrantů u nás mírně klesá.⁵

Kvůli charakteru migrace do České republiky nepřekvapí, že 40 % migrantů (mužů i žen), kteří v Česku žijí, je v produktivním věku, od 20 do 34 let (největší skupinu tvoří lidé mezi 25 a 29 lety).⁶ Zhruba třetina ze všech migrantů má trvalý pobyt, dvě třetiny některý z typů dlouhodobých víz (nad 90 dnů).⁷ Během několika posledních let se v České republice, která byla pro migranty zejména v devadesátých letech tzv. přestupovou zemí, stala země cílová, a to zejména pro migranty ze zemí mimo EU.⁸ Znamená to, že bez ohledu

4 *Život cizinců v České republice*. (2010). Praha: Český statistický úřad. Dostupné on-line na: <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/publ/1118-10-2010>.

5 Tamtéž.

6 Tamtéž.

7 *Počet cizinců v ČR*. (2010). Praha: Český statistický úřad. Dostupné on-line na: http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz_pocet_cizincu.

8 Specifická situace zde nastala po roce 2008 s nástupem zahraničních dělníků a dělnic ze zemí EU, především z Rumunska, Bulharska, Polska a Slovenska, kteří na pracovním trhu zaplnili poptávku vzniklou zpříšněním migrační politiky vůči migrantům z třetích zemí (tedy mimo EU).

na to, na jak dlouho původně přijeli, chtějí zde nyní zůstat minimálně několik let (dokud nezabezpečí sebe a rodinu v zemi původu), pokud ne rovnou natrvalo. Jak upozorňuje Pavel Čižinský (MKC Praha), procházejí stejným procesem jako například pracovní migranti z Itálie, Řecka či Turecka, které v padesátých a šedesátých letech minulého století zvalo na práci sousední Německo.

Neznamená to ovšem, že tito lidé ztrácejí kontakty s domovem v zemi původu – ať už jde o vazby ekonomické (dovoz a vývoz zboží, zaslání peněz rodinám), či sociální (udržování příbuzenských a přátelských vztahů až po „odkládání“ dětí na výchovu). Řada z nich má navíc již vlastní rodinu, která zůstává v domovské zemi, dokud jeden z rodičů (otec nebo matka) nezajistí dost finančních prostředků, aby i zbytek rodiny mohl do ČR přijet.⁹

Poptávka po levné pracovní síle, která zde minimálně do zhoršení ekonomické situace v roce 2008–2009 panovala, dlouhodobý pobyt migrantů ze zemí mimo EU u nás do určité míry umožňovala. Zároveň ovšem zcela legitimní otázky ohledně ochrany českého pracovního trhu, konkurenceschopnosti a bezpečnosti země vyústily v souvislosti s migrací během posledních několika let bez větší diskuse k jednoznačně restriktivní migrační politice státu, ať již na úrovni legislativní, či praktické (vydávání a prodlužování víz, přístup ke zdravotní péči).¹⁰ Dlouhodobý pobyt migrantů a migrantek ze třetích zemí v ČR se proto v současnosti značně komplikuje.

Dostupnost antikoncepce, plánované rodičovství a země původu

Výše zmíněné faktory – příchod do země kvůli práci, kontakt se zemí původu a restrikce při dlouhodobém pobytu (zejména omezená možnost přístupu ke zdravotní péči) – se samozřejmě promítají do rozhodování migrantek v okamžiku, kdy v ČR otěhotní.

V prvé řadě je ale nutné upozornit na problematiku plánovaného rodičovství mezi migrantkami. Migrantky a migranti z třetích zemí do Česka přicházejí zejména ze států bývalého Sovětského svazu, Vietnamu a Mongolska. Přes kulturní rozdíly v jednotlivých zemích pocházejí vesměs z prostředí, které je k interrupcím dlouhodobě tolerantní.¹¹ Zároveň byly země z bývalého východního bloku známy nedostatečnou osvětou na poli plánovaného rodičovství a nedostatečným přístupem k antikoncepci. I když se situace mění, donedávna byl podobně jako v Československu před rokem 1989 i zde „*potrat používán téměř jako antikoncepce ex post*“.¹²

9 O takzvané sloučení rodiny lze u občanů a občerek ze třetích zemí v současnosti požádat po patnácti měsících nepřetržitého pobytu člena rodiny na území ČR.

10 Zdroj: Konference *Státní politika a integrace imigrantů do společnosti*. (4. 5. 2011). Praha: Multikulturní centrum Praha – British Council – Člověk v tísni. Záznam dostupný on-line na <http://www.migraceonline.cz/e-knihovna/?x=2288755>.

11 Například hanojská kancelář Populačního fondu OSN (UNFPA) uvádí 45 potratů (bez rozlišení spontánních potratů, interrupcí a miniinterrupcí) na 100 těhotenství. Zdroj: Ministerstvo zahraničních věcí České republiky. Dostupné na: http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/asia/vietnam/.

12 Uhde, Z. (2003). Diskuse o potratech. *Socioweb*. Dostupné on-line na <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=161&lst=117>.

Podle tlumočnic a pracovníků a pracovnic neziskových organizací z Plzně, Pardubic a Prahy je právě malá ochrana před nechtěným otěhotněním jedním z důvodů, který stojí za relativně vysokým počtem umělých přerušení těhotenství migrantek v Česku. „*Prostě se nechrání,*“ říká Marie Jelínková (MKC Praha). Zejména muži (migranti) mají k pravidelnému používání antikoncepce (kondomů) stále jisté zábrany. Antikoncepce na hormonální bázi je však současně pro migrantky o něco méně dostupná než pro běžnou českou populaci (finanční nákladnost samotné antikoncepce, nutnost platit za prohlídku u lékaře, dostupnost lékařské péče všeobecně).

Za zmínku jistě stojí i specifická životní situace, ve které se část pracovních migrantů a migrantek nachází. Není ojedinělé, že do České republiky přijíždí jen jeden z partnerů a stráví zde obvykle minimálně rok (většinou déle – legislativní opatření, finanční náročnost), než se může přistěhovat i druhý partner (partnerka) a potažmo i děti a také u nás dlouhodobě žít. Za těchto okolností se mezi migranty často vytvářejí neformální svazky, které suplují v plné míře „doma“ zanechanou rodinu včetně vzájemné podpory a pomoci. Nechtěná těhotenství vzniklá z těchto svazků se ze zřejmých důvodů také stávají jedním z faktorů, jež vedou k rozhodnutí pro umělé přerušování těhotenství. „*Dávají pak děti pryč,*“ potvrzuje vietnamská tlumočnice z Plzně.

Mezi nechtěným těhotenstvím a volbou podstoupit interrupci nelze samozřejmě nakreslit přímé rovnítko. Ženy obecně nejčastěji volí interrupci v situaci, kdy již nechtějí mít více dětí, chtějí odložit dítě na pozdější dobu, nutí je socioekonomické faktory (nemohou si dítě dovolit, chtějí si dokončit vzdělání, musí pracovat na plný úvazek, aby rodinu uživily), mají problémy v partnerském vztahu, cítí se být na dítě příliš mladé nebo naopak staré, ze zdravotních důvodů a z donucení (znásilnění, incest, partner trvá na potratu).¹³

K opakovaně zmiňovaným důvodům, které vedou migrantky v ČR k umělému přerušování těhotenství, patří určitě situace, kdy již více dětí mají a další dítě z ekonomických důvodů nechtějí, nebo pokud si ho nemohou dovolit vůbec. Zejména kvůli reálné obavě ze ztráty zaměstnání, spolu s obrovskými náklady, jež jsou v Česku u migrantek s porodem a s následnou péčí o dítě spojené.

Při rozhodování, zda těhotenství přerušit, či nikoliv, hraje u jednotlivých migrantek jistou roli i dostupnost země původu, ať již teritoriální, ekonomická či sociální. Ženy, které mají reálnou možnost, že jejich dítě v zemi původu někdo jiný (prarodiče, další příbuzní) vychová, a zároveň je pro ně odjezd do země původu ekonomicky i právně (neohrozí tím svůj legální pobytový statut u nás) dostupný, odjíždějí porodit mimo Českou republiku a vracejí se zpět bez dítěte.

Dostupnost zdravotní péče

Jedním z nejčastěji uváděných důvodů, které vedou migrantky k rozhodnutí předčasně ukončit těhotenství, je pro ně finanční náročnost a omezená dostupnost zdravotní

¹³ *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*. [1999]. New York: The Alan Guttmacher Institute. Citováno z: <http://www.feminismus.cz/index.shtml?x=115223>.

péče v ČR. Migranti a migrantky bez trvalého pobytu nemají přístup do českého systému veřejného zdravotnictví, pokud nejsou zaměstnání. Do roku 2008–2009 byla značná část pracovních migrantek a migrantů v zemi najímána na práci přes systém zprostředkovatelských agentur, jejichž byli oficiálně zaměstnanci a zaměstnankyněmi. V reakci na ekonomickou krizi se český stát rozhodl přiliv těchto pracovníků a pracovníc omezit a úřady práce přestali migrantům a migrantkám vydávat pracovní víza. Většina z nich ale práci stále měla, proto změnili jen pobytový statut a doslova přes noc se z nich stali podnikatelé a podnikatelky (OSVČ).¹⁴ Ti ovšem už nárok na vstup do veřejného zdravotního systému nemají a musejí si pořizovat pojištění komerční.¹⁵

Komerční pojištění pro migrantky a migranty ale pokrývá drasticky menší procento péče než klasické veřejné zdravotní pojištění. Výjimkou nejsou ani porody, péče a postnatální péče a pojištění pro děti. Zároveň jednou z podmínek k získání povolení k pobytu¹⁶ či jeho prodloužení je nutnost zdravotní pojištění mít, a to od některé ze států povolených soukromých pojišťoven.¹⁷ Pojištění je finančně nákladné. Platí se dopředu a cena je vázána na délku uděleného povolení k pobytu (dříve i na dva roky, dnes obvykle na půl roku až rok). V současnosti částka není vratná, i když migrant nebo migrantka odcestuje nebo se dostane do systému veřejného zdravotnictví.¹⁸

V roce 2010 byla přijata novela cizineckého zákona,¹⁹ jež nově vymezila možnosti zdravotního pojištění migrantů a migrantek u nás. V určitém směru to byl pokrok, novela ovšem neodstranila zásadní potíže s komerčním pojištěním, které zde migranti mají. Do loňského roku bylo na rozhodnutí jednotlivých pojišťoven, jak velký obsah péče migrantům a migrantkám nabídnou a za jaký měsíční poplatek.²⁰ Faktem je, že žádná z pojišťoven nenabízela klientům smlouvy, které by jim zaručily bezplatné ošetření u lékaře (to se proplácí zpětně a nárok z mnoha důvodů nebývá uznáván).²¹ Pavel Čížinský (MKC Praha) potvrzuje:

„Zdravotní pojištění cizinců se změnilo v prakticky formální záležitost nutnou pouze k zajištění všech procedur spojených se žádostí o prodloužení či získání pobytového víza v ČR.“

14 Srov. například Hánová, M. – Jelínková, M. (2010). *Současná situace migrantů na Plzeňsku*. Dostupné on-line na: <http://www.migraceonline.cz/e-knihovna/?x=2269140>. [Cit. 8.12. 2010.]

15 Ani před krizí však systém nebyl dokonalý, velmi často se stávalo, že migranti až zpětně zjišťovali, že jejich zaměstnavatel (agentura) je k pojištění pouze přihlásil, ale neplatí je.

16 Při žádosti o povolení k pobytu se někdy uznává i pojištění zahraničních zdravotních pojišťoven, při prodlužování pobytových víz již nikoliv.

17 Při žádosti o povolení k pobytu či jeho prodloužení je nutné doložit potvrzení o zaplacení zdravotního pojištění, bez něj je žádost automaticky zamítna. Zároveň musí mít cizinec potvrzení o zaplacení pojištění neustále u sebe a ukazovat jej při případných pobytových kontrolách.

18 Hnilicová, H. – Dobiášová, K. (2009). *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR*. Praha: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy (Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva).

19 Novela č. 427/2010 Sb., kterou se mění zákon o pobytu cizinců na území České republiky č.326/1999 Sb.

20 Ceny se mohly pohybovat od zhruba tisícikoruny až po několik tisíc korun za měsíc.

21 Klasicky se operuje s tím, že nemoc propukla dříve, než byl klient pojištěn. V případě některých onemocnění typu diabetes, insuficience ledvin atd., pohlavních nemocí včetně AIDS, seniorů-lidí nad sedmdesát let a v případě vrozených vad u dospělých i dětí jsou tito lidé v zásadě nepojišitelní. Zdroj: Hnilicová – Dobiášová (2009)

Pojišťovny zároveň mohly s jednotlivými zdravotnickými zařízeními uzavírat dohodu o cenách jednotlivých zákroků. Ty u některých typů ošetření včetně porodu mohly dosáhnout několiknásobek částky, kterou nemocnicím za stejný úkon platí pojišťovny v systému veřejného zdravotnictví. Reakce nastala dvojí: část lékařů a lékařek začala migranty a migrantky odmítat přijímat (mimo akutních případů), neboť se mnohdy oprávněně obávali, že jim za ošetření nikdo nezaplatí (pojišťovna neuzná nárok a migrant či migrantka na zaplacení nebude mít), zároveň se migranti naučili bez léčebné péče obejít a vyhledávat je až v krajním případě.²² Což samozřejmě hraje roli i v případě migrantek, které zde otěhotní. Pravděpodobnost, že zde budou mít svého gynekologa/gynekoložku, je velmi malá. „*Najít pro cizince lékaře, který je přijme, je velmi složité,*“ říká Martina Hánová (Kontaktní centrum, Plzeň).

Díky novele se zavedly stropy na částky, které migranti za ošetření platí, a zároveň mají všechny pojišťovny proplácet porod a do určité míry i před- a poporodní péči o dítě. V praxi to má ale několik háček.

Pojišťovny ke smlouvám připojují podmínku, že k plnění například u porodu dojde v rozmezí tří až osmi měsíců po uzavření smlouvy. Je běžnou praxí, že v případě otěhotnění zaměstnavatelé migrantky propouští a ony tak vypadnou ze systému veřejné zdravotní péče. U komerčního pojištění pak často nestihnou podmínku být pojištěna osm měsíců před porodem. Cena porodu (bez dalších komplikací) se dříve mohla vyšplhat až na padesát tisíc korun, po zavedení stropů je kolem jednadvaceti tisíc korun (pokud porod proběhne bez komplikací)²³. Pojištění novorozenců končí v okamžiku, kdy je matka z nemocnice i s dítětem propuštěna. V případě dalších komplikací se na dítě ani na ni již pojistka nevztahuje.

Specifická pak byla a je situace se zdravotním pojištěním u samotných dětí, ať už narozených v České republice, nebo mimo ni. Jejich rodiče jsou odkázáni pouze na komerční pojištění, které je nedostatečné a podle Eleny Tulupové z pražského Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva často na hraně jejich finančních možností. „*Platí se dopředu podle délky víza, většinou na dva roky. Vychází to i na sedmdesát tisíc korun.*“ Do neřešitelných situací se dostávají zejména rodiče dětí, které se narodí s nějakou vadou nebo předčasně (dříve pojištění nekrylo péči vůbec, nyní u některých pojišťoven stačí na dva měsíce).²⁴ „*Pro představu: intenzivní neonatologická péče (inkubátor) stojí minimálně dvanáct tisíc korun denně,*“ uvádí Helena Hnilicová (Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, Praha). Oproti tomu cena za interrupci obvykle nepřesáhne deset tisíc korun.

Toto riziko řeší část migrantek porodem mimo Českou republiku a část právě interrupcí. I když ani v tomto okamžiku nelze říci, že systém komerčního pojištění nutně vede u migrantek k umělým přerušením těhotenství. „*Někdo to prostě riskne s tím, že případně další výlohy nebudou,*“ říká Helena Grundmanová (Most pro lidská práva, Pardubice).

22 Migranti a migrantky nejčastěji navštěvují lékaře v případě pracovních úrazů a otrav. Hnilicová – Dobiášová (2009)

23 Dle ústní informace VZP o ceně porodu v systému veřejného zdravotnictví.

24 Hnilicová – Dobiášová (2009)

Je ale jisté, že finanční náročnost zdravotní péče minimálně vytváří podmínky pro to, aby se interrupce zdála jako dostupnější volba.

Politika zaměstnavatelů, prodlužování dlouhodobého pobytu

Ekonomickou nejistotu migrantek v případě otěhotnění zvyšují kromě zdravotního pojištění ještě obavy o ztrátu pracovního místa a nutnost dokládat výši příjmů při prodlužování dlouhodobého pobytu v ČR. Z rozhovorů s pracovníky a pracovníci neziskových organizací a samotnými migrantkami vyplývá, že když zaměstnavatel zjistí, že je žena těhotná, neprodlouží jí pracovní smlouvu a ona přichází o práci.²⁵

Tato praxe je natolik rozšířená, že se některé migrantky snaží těhotenství utajit: „*Nosí volnější oblečení, poslední měsíc, dva jdou na nemocenskou, pak třeba porodí ve Vietnamu, dítě tam nechají a rychle se vrátí zpět do práce,*“ popisuje možný scénář vietnamská tlumočnice z Plzně. Ztráta zaměstnání ohrožuje migrantky nejen ekonomicky, ale i právně. Na pracovní povolení, které je podmíněno konkrétním pracovním místem, je navázáno i povolení k pobytu. Při ztrátě zaměstnání mohou přijít v důsledku i o legální možnost v ČR zůstat.²⁶

Jak již bylo zmíněno, charakter migrace do České republiky je převážně pracovní. Od toho se odvíjí i legislativa s pobytem migrantů v ČR spojená. Změny migrační politiky (relativně otevřená do roku 2008–2009 a naopak restriktivní po tomto datu²⁷) se promítají i do zákonů, které určují pravidla pro život migrantů u nás. Současná snaha uvolnit pracovní trh pro české občany a občany ze zemí EU vedla k zastavení vydávání a prodlužování pracovních víz pro migranty a migrantky z třetích zemí.²⁸ Ti v reakci na to většinou změnili svůj účel pobytu ze zaměstnaneckého na podnikání. Současná novela cizineckého zákona proto značně zpřísňuje podmínky pro podnikatele (OSVČ, živnostníci) z třetích zemí.²⁹ Jednou z novinek je nutnost dokládat měsíční výši příjmu při žádosti o prodloužení povolení k pobytu. Většina migrantů a migrantek z třetích zemí je v České republice právě na některém z pobytových víz. Částka, kterou musí migranti doložit jako svůj měsíční příjem, se skládá z životního minima³⁰ a tzv. normativních nákladů na

25 Lidé, kteří přijedou do ČR za prací, jen málokdy získají klasickou pracovní smlouvu. Koncoví zaměstnavatelé potřebují maximálně pružnou pracovní sílu (typicky veškerý automobilový a elektronický průmysl), kterou mohou lehce najmout a propustit v případě výkyvů v objemu objednávek jejich zboží. Tato praxe jde až k takovým extrémům, že někteří z migrantů jsou opakovaně zaměstnáváni pouze na tříměsíční pracovní dobu a před jejím skončením jsou propouštěni, aniž by o tom věděli. Zdroj: Hánová, M., Jelínková, M. (2010). *Současná situace migrantů na Plzeňsku*. Dostupné on-line na: <http://www.migraceonline.cz/e-knihovna/?x=2269140>. [Cit. 8. 12. 2010.]

26 V takové situaci mají ještě možnost si najít jiné zaměstnání, stát se podnikatelkami nebo, mají-li manžela, požádat o tzv. sloučení rodiny.

27 Křížková, M. *Vítejte v království šedi*. (2010). Praha: Multikulturní centrum Praha. Dostupné on-line na http://www.migraceonline.cz/flexi-in-security/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=15&lang=cz.

28 Tisková zpráva MPSV ze dne 10. 3. 2010 [vyjádření k rozhodnutí MPSV z února 2009]. Dostupné on-line na <http://www.mpsv.cz/files/clanky/8429/10032010.pdf>.

29 Konference *Státní politika a integrace imigrantů do společnosti*. (4. 5. 2011.)

30 Výše se řídí dle zákona o životním a existenčním minimu [zákon č.110/2006 Sb.].

bydlení (pokud jinak nedoloží, že platí nižší náklady na bydlení).³¹

Jeden z důvodů, které migrantky při rozhodnutí podstoupit interrupci aktuálně uvádějí, je právě obava, že při narození dítěte nedokážou splnit předepsanou výši příjmů nutnou k prodloužení víza. Pokud je například žena sama, není v zaměstnání a žije v Praze, pak jako podnikatelka musí doložit, že vydělává měsíčně minimálně 9 489 Kč (normativní náklady na bydlení činí 6363 Kč). Když má jedno dítě, částka stoupne na 13 663 Kč. S dalším dítětem se dále navyšuje zhruba o čtyři tisíce korun. Tříčlenná rodina (muž, žena, dítě) v Praze pak musí doložit částku 19 637 Kč. Pokud je žena zaměstnána, stačí jí doložit pouze potvrzení o příjmu od zaměstnavatele a výše příjmu se nezkoumá. Pokud ovšem nemají migranti dítě. Při prodlužování jeho pobytového víza (od jednoho roku věku dítěte) již musí také doložit měsíční příjem ve výši 13 663 Kč.³²

Běžnou praxí mezi pracovními agenturami či v družstvech, přes které migrantky a migranti získávají zaměstnání či „podnikají“, přitom je, že se kvůli snížení sociálních odvodů vyplácí oficiálně pouze minimální mzda a zbytek dostávají zaměstnanci takzvané „bokem“.³³ Změnit tento dlouhodobě fungující stav je v současnosti mimo možnosti samotných migrantů a – jak se ukazuje – i státních institucí.³⁴

Závěr a doporučení

„Kdo opravdu chce mít dítě, má ho i za těchto podmínek,“ domnívá se Elena Tulupová (Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, Praha). Na druhou stranu z výše uvedeného vyplývá, že podmínky pro migrantky a migranty, kteří u nás chtějí pracovat a žít i s dětmi, nejsou ani zdaleka ideální. Na rozhodnutí o umělém přerušení těhotenství má jistě vliv vždy více věcí najednou.

- Je zřejmé, že kromě ekonomických faktorů, které jsou pro migrantky v České republice dány zejména finanční náročností zdravotní péče, diskriminací ze strany zaměstnavatelů a restriktivní migrační politikou českého státu, hraje velkou roli i individuální situace samotných migrantek a malá osvěta na poli plánovaného rodičovství.
- Ke snížení počtu interrupcí mezi ženami z takzvaných třetích zemí by určitě napomohla větší propagace jednotlivých antikoncepčních metod uvnitř migrantských komunit. Zde se otvírá velký prostor zejména pro neziskové organizace.
- Naprosto klíčovým se ale jeví otevření systému veřejného zdravotního pojištění

31 Normativy dle zákona o státní sociální podpoře (zákon 117/1995 Sb.), které jsou každým rokem novelizovány.

32 Výpočet Pavla Čižinského z Multikulturního centra v Praze.

33 Hánová – Jelínková (2010)

34 Čaněk, M. (17. 5. 2010). *Kontrola dodržování pracovních práv migrantů a migrantek je v konfliktu s kontrolou jejich pobytového statusu*. Dostupné on-line na <http://www.migraceonline.cz/e-knihovna/?x=2230052>.

pro migranty a migrantky s dlouhodobým pobytem v zemi.³⁵ To se dlouhodobě nedaří prosadit, přestože by takový krok podle Pavla Čížinského z MKC Praha byl pro stát výhodný: „*Kdyby mohli být pojištěni všichni cizinci dlouhodobě žijící v ČR, přineslo by to v rámci veřejného pojištění asi 1,4 miliardy korun ročně. Roční zisk ve výši přibližně 400 milionů korun by zůstal i při průměrném čerpání pojistného.*“³⁶

- Stejně důležité je soustředit se na vymahatelnost a ochranu práv, které zde migranti a migrantky mají (tj. zejména na větší kontrolu agenturního zaměstnávání ze strany státních úřadů).
- V neposlední řadě by pomohla i veřejná diskuse o důsledcích současné migrační politiky státu, která by vedla ke změně a zároveň k větší reflexi reality (migrantky a migranti nepřicházejí na krátkou dobu a opětovně nemizejí, ale zůstávají zde a chtějí tu žít), tedy aby se lidé ze zahraničí, kteří byli do ČR pozváni na práci, nemuseli dostávat do životních pastí tvořených samotným systémem.

Zdroje:

Čaněk, M. (17. 5. 2010). *Kontrola dodržování pracovních práv migrantů a migrantek je v konfliktu s kontrolou jejich pobytového statusu*. Dostupné on-line na <http://www.migraceonline.cz/e-knihovna/?x=2230052>.

Dudová, R. (2009). Kdo má právo na interrupci? Umělé ukončení těhotenství a cizinky v ČR. Socioweb. Dostupné on-line na <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=326&lst=107>.

Hánová, M. – Jelínková, M. (2010). *Současná situace migrantů na Plzeňsku*. Dostupné on-line na: <http://www.migraceonline.cz/e-knihovna/?x=2269140>. (Cit. 8.12. 2010.)

Hnilicová, H. – Dobiášová, K. (2009). *Zpráva o stavu zdraví a zdravotní péči pro migranty v ČR*. Praha: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy (Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva).

Jelínková, M. (2008). *Když se dítě nehodí. Neregulérní pobyt cizinců v ČR: problémy a jejich řešení*. Praha: Člověk v tísni – Multikulturní centrum Praha – Organizace pro pomoc uprchlíkům – Poradna pro uprchlíky.

Konference *Státní politika a integrace imigrantů do společnosti*. (4. 5. 2011). Praha: Multikulturní centrum Praha – British Council – Člověk v tísni. Záznam dostupný on-line na <http://www.migraceonline.cz/e-knihovna/?x=2288755>.

Křížková, M. *Vítejte v království šedi*. (2010). Praha: Multikulturní centrum Praha. Dostupné on-line na <http://www.migraceonline.cz/flexi-in-security/index>.

35 Srov. Dudová, R. (2009). Kdo má právo na interrupci? Umělé ukončení těhotenství a cizinky v ČR. *Socioweb*. Dostupné on-line na <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=326&lst=107>.

36 Podle interních informací poslední jednání v tomto směru (2010) zatím kolabují na neochotě Ministerstva financí.

php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=15&lang=cz.

Ministerstvo zahraničních věcí České republiky (webová stránka). http://www.mzv.cz/jnp/cz/encyklopedie_statu/asie/vietnam/.

Novela č. 427/2010 Sb., kterou se mění zákon o pobytu cizinců na území České republiky č.326/1999 Sb.

Počet cizinců v ČR. (2010). Praha: Český statistický úřad. Dostupné on-line na: http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz_pocet_cizincu.

Potraty 2010, Abortions 2010. (2011). Zdravotnická statistika, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné on-line na <http://www.uzis.cz/publikace/potraty-2010>.

Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide. (1999). New York: The Alan Guttmacher Institute. Citováno z: <http://www.feminismus.cz/index.shtml?x=115223>.

Tisková zpráva MPSV ze dne 10. 3. 2010 (vyjádření k rozhodnutí MPSV z února 2009). Dostupné on-line na <http://www.mpsv.cz/files/clanky/8429/10032010.pdf>.

Uhde, Z. (2003). Diskuse o potratech. *Socioweb*. Dostupné on-line na: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=161&lst=117>.

Zákon o státní sociální podpoře (zákon117/1995 Sb.)

Zákon o životním a existenčním minimu (zákon č.110/2006 Sb.)

Život cizinců v České republice. (2010). Praha: Český statistický úřad. Dostupné on-line na: <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/publ/1118-10-2010>.

Nedostatky návrhů zdravotnických zákonů z hlediska (nejen reprodukčních) práv pacientů

Zuzana Candigliota a Kateřina Červená

Liga lidských práv

(Poznámka editorky) *Převzato z časopisu Zdravotnictví a právo (září 2011). V době uzávěrky této publikace byly návrhy zákona stále projednávány, přičemž byly dva body do návrhu již zapracovány. Jedná se o: „Upřednostnění ústavů před méně omezující péčí“ a „Netransparentní prošetřování stížností“. Detaily zapracování viz příslušné poznámky pod čarou.*

Návrhy zákona o zdravotních službách a zákona o specifických zdravotních službách, které v současné době projednává Poslanecká sněmovna,¹ přinášejí řadu pozitiv a posílení práv jak zdravotnických pacientů, tak i lékařů a zdravotnických zařízení.

Dovolujeme si však z pohledu neziskové organizace, která se zabývá právy pacientů, upozornit na desatero zásadních nedostatků těchto návrhů, které znamenají pro pacienty buď zachování současné nedostatečné úpravy jejich práv, nebo dokonce k jejich zhoršení či ohrožení. Týká se jak přímo reprodukčních, tak bezprostředně souvisejících práv.

Problematičnost definice „lege artis“

Ač někteří autoři novou úpravu v § 4 odst. 5 vítají jako prospěšnou pro lékaře i pacienty, je právě definice postupu tzv. lege artis jedním z největších problémů návrhu zákona o zdravotních službách. Návrh zákona totiž vedle nutnosti postupovat v souladu s pravidly vědy a uznávanými medicínskými postupy zakotvuje také problematický dovětek „s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“. Přijetí tohoto dovětku může znamenat, že i nedostatečně vybavené a podfinancované nemocnice bez dostatečného množství kvalifikovaného personálu budou poskytovat péči na „náležitě odborné úrovni“.

Navrhované ustanovení je podle našeho názoru v rozporu s čl. 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Ten státy zavazuje k tomu, aby zajistily, že jakýkoli zákrok v oblasti zdraví bude v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy. Úmluva upravuje také právo osob, které byly poškozeny, na spravedlivou náhradu. Tato náhrada škody ovšem bude v mnoha případech vyloučena s poukazem na to, že konkrétní podmínky a objektivní možnosti daného zdravotnického zařízení neumožňovaly poskytnout péči patřičné kvality.

1 Sněmovní tisky č. 405 a 407.

Původně navrhovaný text ustanovení zřejmě vychází z rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. zn. 7 Tdo 219/2005:

„V trestněprávní nauce se běžně považuje za porušení lege artis, pokud lékař při výkonu svého povolání nedodrží rámec pravidel vědy a medicínských způsobů a to v mezích daných rozsahem svých úkolů podle pracovního zařazení i konkrétních podmínek a objektivních možností.“

V citovaném rozhodnutí se však jednalo o možnost trestního postihu konkrétního lékaře – zaměstnance nemocnice. Z logiky věci vyplývá, že lékař nemůže být osobně trestně odpovědný za skutečnosti, které nemůže ovlivnit, např. za zastaralé vybavení nebo nedostatek kvalifikovaných kolegů. To, že lékař není trestně odpovědný, ale automaticky neospravedlňuje, že pacientovi není poskytnuta řádná péče.

Omezení dříve vysloveného přání

Návrh zákona o zdravotních službách zavádí v § 36 dlouho očekávanou úpravu institutu „předem vysloveného přání“. To pacientovi umožňuje, aby se rozhodl, jaké lékařské zákroky si přeje či nepřeje do budoucna podstoupit v případě, že nebude schopen o nich sám rozhodnout.

Bohužel návrh zákona omezuje platnost přání pouze na pět let. Takové omezení však jde proti účelu tohoto institutu. Například přání lidí nemocných Alzheimerovou chorobou, právě pro které může být dříve vyslovené přání velmi důležité, nebudou muset být v řadě případů respektována právě vzhledem k dlouhému trvání nemoci.

Podle důvodové zprávy k zákonu je argumentem pro zavedení pětiletého omezení rychlý vývoj lékařské vědy. Na tyto situace však již pamatuje ustanovení, podle kterého není dříve vyslovené přání třeba respektovat kdykoliv, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím. Omezení platnosti na pět let je tedy nadbytečné a neúčelné.

Je možné také usoudit, že je časové omezení dříve vysloveného přání v rozporu s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně. Ta stanovuje povinnost respektovat předem vyslovená přání a žádná časová omezení platnosti těchto přání neobsahuje. Úmluva počítá pouze se zmíněnou možností prolomit přání pacienta, pokud došlo ke značnému vědeckému vývoji. I v takovém případě však musí být přání pacienta respektováno v co nejvyšší možné míře.

Nesmyslné je rovněž omezení, podle kterého nelze udělit dříve vyslovené přání, jde-li o pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům. Pokud se toto omezení má vztahovat na dobu, kdy je přání vysloveno, pak je ustanovení zcela nadbytečné, neboť zbavení způsobilosti vylučuje provedení tohoto právního úkonu. Mohlo by však dojít i k nesprávnému výkladu, že se ustanovení týká doby, kdy má být přání realizováno. To by znamenalo popření práva na předem vyslovení přání, neboť jeho smyslem je právě

vyjádřit se dopředu k situaci, kdy pacient nebude mít způsobilost o sobě rozhodovat.

Neschopnost nezletilých dát informovaný souhlas

Návrh zákona o zdravotních službách ve svém § 35 prakticky znemožňuje všem nezletilým, aby bez souhlasu rodičů postoupili jakékoli lékařské vyšetření a zákrok. A to bez ohledu na závažnost zákroku a bez ohledu na věk nezletilého. Oproti současné úpravě, kdy lékař sám posuzuje vyspělost nezletilého dát souhlas se zdravotní službou, dochází k významnému omezení práv nezletilých.

V konečném důsledku návrh znamená, že i sedmnáctiletí budou muset podstupovat zákroky jako například odběr krve či rentgen pouze se souhlasem rodičů. Pouze v případě dětského lékaře, zubaře a gynekologa budou rodiče moci předem svolit, aby jejich děti starší 15 let mohli lékaře navštěvovat sami. Pokud ale rodič takové svolení neudělí, lékař by měl i sedmnáctiletého pacienta bez doprovodu rodiče odmítnout.

Taková úprava je v rozporu s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, podle které se s narůstajícím věkem nezletilého zvyšuje závaznost jeho názoru a počítá se s tím, že nezletilý může k některým zákrokům udělovat souhlas zcela samostatně. Toto pojetí koresponduje s Úmluvou o právech dítěte, podle které musí být názor nezletilého respektován v závislosti na jeho věku a rozumové vyspělosti. Na stejném konceptu je konečně postaven také občanský zákoník, podle kterého nezletilí nabývají způsobilosti k právním úkonům postupně s ohledem na svou rozumovou a volní vyspělost a závažnost právního úkonu. Rozhodování nezletilých o zdravotní péči by mělo být ponecháno na stejných principech, jako tomu bylo doposud a jak je to běžné také v zahraničních úpravách.

Vypovězení pacientů z péče

Návrh zákona o zdravotních službách ve svém § 48 posiluje práva lékařů tím, že jim nově umožňuje ukončit jednostranně péči o pacienta. Snahy o vylepšení postavení lékařů jsou pochopitelné, neměly by však jít na úkor pacientů. Příslušné ustanovení je velmi neurčité a lékaři na jejich základě budou moci odmítnout péči pacientovi, který nebude plně akceptovat navrhovanou léčbu. To může v konečném důsledku vést k popření základního práva pacienta na svobodný a informovaný souhlas.

Ustanovení, která omezují práva pacientů, by měla být formulována co možná nejpřesněji tak, aby nedocházelo k výkladovým problémům. Navrhované znění však okolnosti, za kterých lékař může odmítnout pacienta, vymezuje velmi nejasně, čímž umožňuje široký výklad, na základě kterého může být pacient odmítán, pokud nemá stejný názor na léčbu jako lékař. V praxi již teď podle našich zkušeností dochází k odmítání péče onkologickým pacientům, kteří nechtějí podstoupit veškerou navrhovanou léčbu, a nový zákon by tuto praxi pomohl zlegalizovat.

Pacient podstupuje léčbu při poskytnutí svobodného a informovaného souhlasu. Aby mohl být souhlas považován za svobodný, musí jej pacient učinit bez jakéhokoliv nátlaku. Lékař má právo pacienta pouze informovat a snažit se ho přesvědčit o vhodné léčbě, nemůže ale ničím souhlas pacienta podmiňovat. Hrozba úplného vypovězení z lékařské péče však za nátlak oprávněně považována být může, což by v konečném důsledku vyústilo v neplatnost souhlasu. Výsostným právem pacienta je také navíc možnost kdykoliv svůj souhlas s léčbou odvolat. Pacient tak může kdykoliv změnit svůj názor a od léčby odstoupit. Navrhované znění však při nesprávném výkladu může toto právo omezovat.

Upřednostnění ústavů před méně omezující péčí²

Dnes je u pacientů, kteří vyžadují dlouhodobou nebo opakovanou léčbu (např. psychiatrickí pacienti, pacienti paliativní péče), upřednostňována ústavní zdravotní péče ve formě léčen nebo lůžkových oddělení před léčbou ambulantní. Podle našeho názoru by v zákoně mělo být výslovně zakotveno právo pacienta na poskytování zdravotní péče v nejméně omezujícím prostředí.

Zákon by měl vyjadřovat právo každého člověka být léčen v přirozeném a co nejméně omezujícím prostředí a zároveň by měl poskytovat právní rámec pro rozvoj komunitních služeb. Na nedostatek zařízení, které by poskytovaly zdravotní péči v komunitě, poukazuje i Česká psychiatrická společnost ve svém dokumentu Koncepce oboru psychiatrie z roku 2008. Odborníci zároveň upozorňují na to, že nedostatek těchto služeb může vést k nepřiměřenému omezování práv pacienta.³

Upřednostňování ústavní péče a vytržení z přirozeného prostředí s sebou nese pro pacienta řadu negativních důsledků. Kromě psychologických aspektů kvůli zprůtrhání sociálních vazeb se jedná též o následky ekonomické povahy kvůli nemožnosti pokračovat v pracovním procesu a uskutečňovat běžné platby, což často vede k zadlužení pacienta. Další negativa umísťování osob do ústavních zařízení popisuje též vládou přijatý materiál o sociálních službách, kde se též počítá s prioritou komunitní péče před péčí ústavní.⁴

2 Do návrhu zákona bylo zapracováno následovně: do zákona bylo mezi práva pacienta vloženo ustanovení, které garantuje pacientovi právo na péči v nejméně omezujícím prostředí. Toto ustanovení lze do budoucna vztáhnout i na situaci rodiček, které budou požadovat porodní asistenci doma.

Vložený § 28 odst. 3 písm. a) zní: „Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.“

3 Viz např. Vevera, J., Máme vyhovující koncepci psychiatrické péče? Dostupné z: http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=223:mame-vyhovujici-koncepci-zdravotnicke-pee&catid=13&Itemid=105.

4 Viz Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. Materiál přijatý vládou ČR usnesením ze dne 21. 2. 2007 pod č. 127. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf.

Právo nebýt z důvodu své nemoci nebo postižení vytržen z přirozeného prostředí vyplývá navíc z Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod⁵ a Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením.⁶

Vynutitelnost očkování

Návrh zákona o zdravotních službách zavádí v § 38 odst. 7 bezprecedentní možnost provádět očkování i bez souhlasu či dokonce proti vůli pacienta nebo jeho zákonných zástupců, a to tímto nenápadným ustanovením: „*Bez souhlasu pacienta nebo zákonného zástupce pacienta lze poskytnout též jiné zdravotní služby, stanoví-li tak zákon o ochraně veřejného zdraví.*“ Toto ustanovení nemíří na nic jiného než na vynucení očkování. Nejde o povinné léčení a karanténu pacientů se závažným infekčním onemocněním, neboť na tyto případy návrh zákona pamatuje už v jiném svém ustanovení.

Takové výrazné omezení svobody pacientů nebylo možné ani podle staré úpravy, která umožňovala nucenou péči jen při bezprostředním ohrožení pacienta nebo jeho okolí. Návrh je také v rozporu s názorem Ústavního soudu, že očkování nesmí být vynucováno v případech, kdy je to v rozporu s přesvědčením osob. Úprava prakticky znamená, že lékař může beztestně a bez předchozího upozornění vpíchnout do pacienta jakoukoli vakcínu, kterou určí vyhláška ministerstva.

V současné době o tom, jaká očkování budou povinná, rozhoduje netransparentně Ministerstvo zdravotnictví. Neexistuje veřejná kontrola, na základě jakých kritérií ministerstvo posuzuje nutnost zařazení určitého očkování mezi povinná. Ministerstvo tuto svou pravomoc zjevně nadužívá – nepřiměřeně nařizuje očkování u nemocí, které nejsou přenosné z člověka na člověka (tetanus), někdy tak činí v rozporu s názory odborníků. Například Státní zdravotní ústav ve své studii nedoporučil očkování novorozenců proti hepatitidě B, přesto bylo následně zavedeno.⁷ Plošné očkování novorozenců proti TBC

5 Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod: čl. 8: „*Každý má právo na respektování svého soukromého a rodinného života, obydli a korespondence.*“

6 Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, 2006.

Čl. 25, písm. c): „*Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, především poskytují zdravotní služby pokud možno co nejlépe míst bydliště dané osoby, a to včetně venkovských oblastí.*“

Čl. 26, písm. b): „*Služby a programy [smluvní státy poskytují tak, aby] podporovaly zapojení a začlenění do společnosti a všech oblastí jejího života, byly dobrovolné a dostupné pro osoby se zdravotním postižením co nejlépe místu jejich bydliště, a to včetně venkovských oblastí.*“

Čl. 19: „*Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají rovné právo všech osob se zdravotním postižením žít v rámci společenství, s možností volby na rovnoprávném základě s ostatními, a přijmou účinná a odpovídající opatření, aby osobám se zdravotním postižením usnadnily plné užívání tohoto práva a jejich plné začlenění a zapojení do společnosti, mimo jiné tím, že zajistí, aby: [...] (b) osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci; (c) komunitní služby a zařízení určená široké veřejnosti byly přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby.*“

7 ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA O ŘEŠENÍ GRANTU INTERNÍ GRANTOVÉ AGENTURY MZ ČR, Reg. číslo: E/2478-1, oborová komise č. 8, Podklady pro strategii očkování proti virové hepatitidě typu B v ČR, nositel projektu: SZÚ, řešitel: MUDr. Jaroslav Helcl DrSc., SZÚ, spoluřešitelé: MUDr. Částková CSc., MUDr. Švandová CSc., MUDr. Č. Beneš, doba řešení: 1994 – březen 1995.

zase dlouho kritizovaly odborné lékařské společnosti kvůli závažným vedlejším účinkům včetně úmrtí dětí, přesto bylo nahrazeno očkováním jen rizikových skupin až se značným zpožděním.⁸

Dosud však každý mohl u lékaře odmítnout očkování, o jehož prospěšnosti nebyl přesvědčen. Maximálně takovým lidem hrozila pokuta od hygienické stanice, avšak Nejvyšší správní soud v nedávném rozsudku dokonce zpochybnil i tuto sankci.⁹

Zavedení nuceného očkování by bylo zjevně nepřiměřené i s ohledem na situaci v západních evropských státech, kde je očkování typicky dobrovolné. Jen několik těchto států má očkování povinné, ale v mnohem menším rozsahu.¹⁰ Rovněž Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanoví, že nařizovat zákroky bez souhlasu lze pouze v nezbytných případech. Mezi ně těžko spadá očkování, které je preventivním zákrokem na zdravém člověku, který bezprostředně nikoho neohrožuje. Dosáhnout potřebné proočkování pro ochranu veřejného zdraví lze docílit i bezplatným dobrovolným očkováním jako v Německu či Rakousku.

Závažnou otázkou také zůstává ústavnost nejen povinnosti, ale i přímé vynutitelnosti očkování za situace, kdy Česká republika na rozdíl od řady jiných států stále nepřevzala odpovědnost za závažné nežádoucí účinky povinného očkování, mezi které patří i řada zdokumentovaných úmrtí dětí.¹¹ Takový stav jiné státy prohlásily za protiústavní.¹²

Porody doma bez zdravotní péče

Jako v jiných zemích i u nás existuje menšina žen, která volí porod doma. Nejčastěji se tak děje z důvodu nerespektování práv žen v nemocnicích. Návrh zákona o zdravotních službách však nezaručuje právo žen na poskytnutí zdravotní péče při porodu bez ohledu na místo porodu. Pokud by takové právo žen a zároveň povinnost poskytovatelů porodní péče poskytovat zdravotní služby při porodu i formou domácí péče byly výslovně zakotveny, byla by zajištěna nejvyšší možná bezpečnost a ochrana života a zdraví žen i novorozenců.

Podle Evropského soudu pro lidská práva¹³ je povinností státu zajistit „právní a institucionální podmínky“ pro svobodnou volbu žen ohledně místa porodu. To nepochybně znamená, že stát musí přijmout takovou úpravu, která by umožňovala poskytování zdravotní péče ženám kvalifikovanými zdravotníky bez ohledu na místo porodu. Naopak

8 Viz stanovisko zástupců odborných společností: Cabrnchová, H. a kol. "Očkování dětí proti tuberkulóze v České republice". In *VOX PEDIATRIE* (4/2009): 19. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3911&magazine_id=4.

9 Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 21. 7. 2010, č. j. 3 Ads 42/2010 – 92.

10 *Právní systémy očkování dětí. Analýza právní úpravy vybraných evropských států.* (2010). Brno: Liga lidských práv. Dostupné z: http://www.llp.cz/_files/file/publikace/Analýza_ockovani.pdf.

11 Viz Thon, V., „Bezpečné očkování nejen proti tuberkulóze“. In *www.zdn.cz*, 29. 4. 2010. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/komentare/bezpecne-ockovani-nejen-proti-tuberkuloze-451356>.

12 Např. rozhodnutí italského Ústavního soudu č. 307 ze dne 14. června 1990.

13 Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 14. 12. 2010 ve věci Ternovsky proti Maďarsku, č. stížnosti 67545/09.

stát nesmí odrazovat zdravotníky od poskytování této péče. Podle tohoto soudu je rozhodnutí ženy o tom, kde přivede své dítě na svět, součástí jejího práva na respektování soukromého života.

V rozporu s postojem Evropského soudu pro lidská práva současná a navrhovaná právní úprava odrazuje porodní asistentky od pomoci ženám mimo nemocnice, neboť jim za to hrozí až milionové pokuty. V § 11 odst. 5 návrhu zákona o zdravotních službách je upravena povinnost poskytovat péči pouze v místech uvedení v oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Vzhledem k tomu, že Ministerstvo zdravotnictví odmítá porodním asistentkám udělovat registrace k vedení porodu jinde než v nemocničním zařízení, pomoc ženám při porodech doma by mohla být chápána jako výkon služeb bez oprávnění a na místě, které k jejich poskytování není vybaveno.

Je třeba poukázat na to, že podle evropské i české právní úpravy¹⁴ jsou porodní asistentky s potřebnou praxí plně kompetentní vést samostatně bez dohledu lékaře fyziologický porod a pečovat o ženu i během těhotenství a šestinedělí a o novorozence po porodu před jeho předáním do péče pediatra.

V řadě západních evropských zemí je porod mimo nemocnici, ať už doma nebo v porodním domě vedeném porodními asistentkami, součástí standardní nabídky zdravotní péče.¹⁵ Počet žen, které rodí jinde než v nemocnici, se obvykle pohybuje okolo 1-3 % (Německo, Spojené království, Irsko, Francie). Řada vědeckých studií prokázala, že u fyziologického těhotenství je porod v nemocnici a porod doma statisticky srovnatelně bezpečný.¹⁶ V České republice ovšem Ministerstvo zdravotnictví dlouhodobě usiluje o to, aby ženy rodící doma a jejich děti zůstaly bez zdravotní péče, čímž dochází k porušování jejich práv.

Netransparentní prošetřování stížností¹⁷

Co se týče řešení případů pacientů nespokojených s poskytovanými zdravotními službami, vyčerpává se návrh zákona o zdravotních službách tím, že zavádí možnost ukládat lékařům sankce. Dochází sice rovněž k dlouho očekávanému zakotvení vyřizování stížností v části osmé návrhu zákona, což pro pacienta přináší jisté procesní záruky, stěžující si pacient je však nadále chápán spíše jako objekt zkoumání než partner jednání.

- 14 Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2005/36/ES, o uznávání odborných kvalifikací; zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních; vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
- 15 *Péče porodních asistentek mimo porodnice. Analýza právní úpravy vybraných evropských států.* (2010) Brno: Liga lidských práv. Dostupné z: http://www.llp.cz/_files/file/publikace/Analýza_porodni_asistentky.pdf.
- 16 Například De Jonge, A. et al. (2009): „Perinatal Mortality and Morbidity in a Nationwide Cohort of 529,688 Low-Risk Planned Home and Hospital Births“. In *BJOG – An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 116:1177-84.
- 17 Do návrhu zákona zapracováno následovně: v zákoně bylo změněno ustanovení, podle kterého před pacientem, který si stěžoval na zdravotní péči nebo jednání zdravotníků, bylo možné utajovat jména znalců, kteří posuzovali jeho stížnost. Pacient by se tak nemohl vyjádřit k jejich možné podjatosti, ani by nevěděl, kdo vlastně zná jeho osobní citlivé údaje o zdravotním stavu. Nově v § 97 bylo stanoveno, že pacient má právo znát jména členů této znalecké komise.

Odhlédneme-li však od absence konceptuálních změn, které by posunuly vyřizování stížností blíže k dialogu mezi pacienty a lékaři,¹⁸ můžeme kriticky hodnotit to, že návrh zákona ponechává vyřizování stížností za zavřenými dveřmi, což může oprávněně působit jako „snaha utajit nesprávný postup úřadu nebo pochybení při poskytnutí zdravotní péče“. Bude-li například sestavena odborná komise, její jednání budou bez výjimky neveřejná bez ohledu na přání a zájem pacienta. Pokud si to navíc členové komise nebudou přát, pacient, který podal stížnost, se ani nedozví jména těch, kteří jeho stížnost posuzovali. Pokud by tito s poskytnutím jmen nesouhlasili, pacient by neměl žádnou možnost ověřit si, zda členové komise byli či nebyli podjatí, případně zda měli vůbec ke zpracování posudku příslušnou kvalifikaci.

Utajování jmen členů znaleckých komisí dlouhodobě kritizuje veřejný ochránce práv¹⁹ a s ochranou jmen členů komise s odvoláváním se na zákon o ochraně osobních údajů nesouhlasí ani Úřad na ochranu osobních údajů.²⁰ Ten členy komise v tomto ohledu staví do pozice „zaměstnanců“ veřejné správy, protože jsou za svou činnost odměňováni z veřejných prostředků. Je také otázkou, zda by utajování jmen odborníků nebylo také v rozporu s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně. Ta stanovuje, že pacient je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu, mezi které by měla patřit jak jména ošetřujících lékařů, tak i lékařů, kteří jeho zdravotní stav posuzují.

Závažné zákroky proti vůli pacienta

Návrh zákona o specifických zdravotních službách upravuje celou řadu zákroků, které představují závažný a nevratný zásah do tělesné integrity člověka. Jde zejména o sterilizaci, změnu pohlaví, psychochirurgické výkony a testování nového druhu léčby. Zvláštním zákonem je v současné době upraveno umělé přerušování těhotenství. I přes závažnost těchto zákroků není zákonem vyloučeno jejich provedení proti vůli pacienta v případě osob zbavených způsobilosti k právním úkonům, někdy i v případě nezletilých.

Uvedené zdravotnické výkony jsou navíc často spojeny s nevratnými důsledky, které se mohou projevit i v jiných oblastech života, nežli zdraví (jde zejména o zásah do soukromého a rodinného života). Je jen stěží představitelné, že by tyto zákroky mohly být prováděny i přes výslovný nesouhlas pacienta.

Provádění těchto zákroků by mohlo znamenat nelidské a ponižující zacházení, které je zakázané mezinárodními úmluvami i českým trestním zákoníkem. Proto by nesouhlas s těmito výkony, pokud nejde o záchranu života nebo odvrácení bezprostřední hrozby na zdraví, neměl mít možnost prolomit ani zákonný zástupce či opatrovník, ani soud.

18 Viz doporučení Ligy lidských práv (2010) *Pacientští ombudsmeni, patientská centra*. In Ochrana práv pacientů: s. 46. Publikace k dispozici zde: http://www.llp.cz/_files/file/publikace/LLP_Ochrana_prav_pacientu.pdf.

19 Viz např. tisková zpráva ombudsmana ze dne 6. 5. 2009. Dostupná z: <http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2010/pristup-k-informacim-stale-s-problemy>.

20 Viz „Zpráva o jednání svolaném RNDr. Jitkou Seitlovou, zástupkyní veřejného ochránce práv.“ Dostupná z: <http://www.uoou.cz/uoou.aspx?menu=14&loc=328>.

Žádnou takovou klauzuli ovšem návrhy zákonů neobsahují. Naopak v § 35 odst. 3 počítá návrh zákona o zdravotních službách s tím, že v případě rozporného názoru nezletilého nebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům s jeho zástupcem ohledně závažného zásahu do integrity pacienta bude rozhodovat kolizní opatrovník ustanovený soudem. Právní úprava tedy nevychází z judikatury Evropského soudu pro lidská práva, která vyžaduje zkoumání faktické způsobilosti zdravotní službě porozumět a souhlas udělit (např. rozhodnutí *Shtukaturov proti Rusku*).

Zachování ponižujících kastrací

Návrh zákona o specifických zdravotních službách i nadále počítá se zachováním možnosti provádění problematických a obsolentních chirurgických kastrací sexuálním delikventům, přestože je Česká republika za tuto praxi kritizována mezinárodními orgány z důvodu porušování zákazu ponižujícího zacházení.²¹

Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) již několikrát zopakoval svoje stanovisko k těmto zákrokům, když mj. ve své zprávě z mimořádné návštěvy ČR zdůraznil,²² že chirurgická kastrace pachatelů sexuálních trestných činů, kteří jsou omezení na svobodě, se rovná ponižujícímu zacházení. Stejně tak opětovně vyzval české orgány, aby s okamžitou platností ukončily praxi používání chirurgických kastrací v kontextu léčby sexuálních delikventů. Obdobně vznesl i značné pochybnosti nad možností aplikace chirurgických kastrací v kontextu léčení pachatelů sexuálních trestných činů vládní zmocněnec pro zastupování České republiky před Evropským soudem pro lidská práva Vít Schorm ve svém dopisu určeném zmocněnci vlády pro lidská práva.

Chirurgická kastrace je nezvratným zákrokem, který zásadním způsobem zasahuje do osobní integrity jednotlivce. Stejného účinku kastrace lze docílit i podáváním léků, což je podstatně šetrnější zásah do integrity člověka. Neexistuje žádná aktuální a relevantní studie z České republiky anebo ze zahraničí, která by potvrdovala, že by chirurgické kastrace byly nevyhnutým způsobem prevence před násilnou a sexuálně orientovanou kriminalitou. Naopak Evropské země, které chirurgickou kastraci neprovádějí, nevykazují častější recidivu pachatelů této trestné činnosti. Při provádění chirurgických kastrací u lidí ve vazbě či ochranné léčbě existují pochybnosti o tom, že k nim dali svobodný a informovaný souhlas.

Vzhledem k tomu, že cíle kastrací lze docílit méně restriktivním prostředkem, například v podobě farmakologické péče, a rovněž vzhledem k tomu, že chirurgické kastrace jsou nezvratné a mají enormní dopad na fyzickou a psychickou integritu pacienta, je nutné

21 Viz Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání nebo článek 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.

22 Zpráva pro Vládu České republiky o návštěvě ČR, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 21. až 23. října 2009. Dostupná z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/rtp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluvy/Zprava-CPT-z-ad-hoc-navstevy-2009.pdf>.

jejich výkon na osobách zbavených osobní svobody odmítnout. Jiná argumentace, a to i s ohledem na opakované mezinárodní výzvy, by vedla k flagrantnímu porušení mezinárodních závazků zákazu mučení, ponižujícího a nelidského zacházení.

Závěr a doporučení

Na základě výše uvedeného se domníváme, že řada oblastí v návrzích zákona by měla být ještě přehodnocena tak, aby byly respektovány principy vycházející z mezinárodních úmluv – zaručení přístupu k péči patřičné kvality, respekt k autonomii pacienta a ohled k jeho faktické způsobilosti, princip přiměřenosti a volba méně restriktivních opatření. To podle našeho názoru současné návrhy zákonů nespĺňují.

Zdroje:

Cabrnochová, H. a kol. "Očkování dětí proti tuberkulóze v České republice". In *VOX PEDIATRIE* (4/2009): 19. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=3911&magazine_id=4.

De Jonge, A. et al. (2009): „Perinatal Mortality and Morbidity in a Nationwide Cohort of 529,688 Low-Risk Planned Home and Hospital Births“. In *BJOG – An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 116:1177-84.

Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. Materiál přijatý vládou ČR usnesením ze dne 21. 2. 2007 pod č. 127. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf.

Pacientští ombudsmeni, patientská centra. (2010). In *Ochrana práv pacientů*: s. 46. Publikace k dispozici zde: http://www.llp.cz/_files/file/publikace/LLP_Ochrana_prav_pacientu.pdf.

Péče porodních asistentek mimo porodnice. Analýza právní úpravy vybraných evropských států. (2010). Brno: Liga lidských práv. Dostupné z: http://www.llp.cz/_files/file/publikace/Analiza_porodni_asistentky.pdf.

Právní systémy očkování dětí. Analýza právní úpravy vybraných evropských států. (2010). Brno: Liga lidských práv. Dostupné z: http://www.llp.cz/_files/file/publikace/Analiza_ockovani.pdf.

Rozhodnutí italského Ústavního soudu č. 307 ze dne 14. června 1990.

Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 14. 12. 2010 ve věci Ternovsky proti Maďarsku, č. stížnosti 67545/09.

Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 21. 7. 2010, č. j. 3 Ads 42/2010 – 92.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2005/36/ES, o uznávání odborných kvalifikací; zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních; vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Sněmovní tisky č. 405 a 407.

Thon, V., „Bezpečné očkování nejen proti tuberkulóze“. In www.zdn.cz, 29.4.2010. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/denni-zpravy/komentare/bezpecne-ockovani-nejen-proti-tuberkuloze-451356>.

Tisková zpráva ombudsmana ze dne 6. 5. 2009. Dostupná z: <http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2010/pristup-k-informacim-stale-s-problemy>.

Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod.

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. (2006.)

Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání nebo článek 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.

Vevera, J., Máme vyhovující koncepci psychiatrické péče? Dostupné z: http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=223:mame-vyhovujici-koncepci-zdravotnicke-pee&catid=13&Itemid=105.

ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA O ŘEŠENÍ GRANTU INTERNÍ GRANTOVÉ AGENTURY MZ ČR, Reg. Číslo: E/2478-1, oborová komise č. 8, Podklady pro strategii očkování proti virové hepatitidě typu B v ČR, nositel projektu: SZÚ, řešitel: MUDr. Jaroslav Helcl DrSc., SZÚ, spoluřešitelé: MUDr. Částková CSc., MUDr. Švandová CSc., MUDr. Č. Beneš, doba řešení: 1994 – březen 1995.

Zpráva o jednání svolaném RNDr. Jitkou Seitlovou, zástupkyní veřejného ochránce práv. Dostupná z: <http://www.uoou.cz/uoou.aspx?menu=14&loc=328>.

Zpráva pro Vládu České republiky o návštěvě ČR, kterou vykonal Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (CPT) ve dnech 21. až 23. října 2009. Dostupná z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/Zprava-CPT-z-ad-hoc-navstevy-2009.pdf>.

Rozhovor s Petrou Sovovou z Hnutí za aktivní mateřství o současných problémech českého porodnictví

» Mohla byste představit Hnutí za aktivní mateřství a jeho aktivity?

HAM vzniklo v roce 1999. Naším cílem od začátku bylo přinést sem informace o normálním těhotenství a porodu a zprostředkovat zahraniční zkušenosti tak, aby se ČR posunula směrem k vyspělým zemím. O tomto cíli jsme si na začátku mysleli, že je snadný a lehce dosažitelný. Že stačí pozvat zahraniční lékaře, lékařky, porodní asistentky nebo naopak vyslat naše na zahraniční stáže. Nicméně se ukázalo a stále ukazuje, že je to velmi náročná práce, protože odborné společnosti i instituce se liší v pohledech na to, co je nejlepší. Takže existujeme doteď a nemůžeme to jen tak vzdát.

» Co se snažíte v souvislosti s porodní a předporodní péčí a porodnictvím změnit?

Neustále se snažíme poukazovat na to, co se děje v porodnicích z našeho pohledu špatně. Vycházíme ze zahraničních výzkumů a doporučení. V souladu s legislativou je povinností zdravotnických zařízení poskytovat péči podle nejnovějších výsledků vědeckého výzkumu. Bohužel, v českých porodnicích přesto stále převládají škodlivé praktiky.

» Jaké z postupů používaných v péči o těhotné a v porodní a poporodní péči pokládáte za nejškodlivější? Co se podle Vás změnilo od roku 2006, kdy jste do publikace o reprodukčních právech pro Gender Studies škodlivé praktiky popisovali?

Je to smutné, ale myslím si, že se toho v tomto krátkodobém horizontu mnoho nezměnilo. Srovnávat můžeme ale i ve větším časovém odstupu. V dokumentu Světové zdravotnické organizace (WHO) z konference ve Fortaleze v roce 1985, který podepsal i zástupce našeho státu, jsou uvedena všeobecná doporučení pro porodnictví. Například už zde je uvedeno, že zdravý novorozenec musí zůstat u matky, pokud to podmínky umožňují. Přitom trvalo ještě mnoho let, než se u nás přestaly děti po porodu odnášet od matek, a prosadili si to sami rodiče. A ani dnes není zcela vyhráno.

Dokument dále například uvádí, že si matka má mít možnost svobodně si při porodu zvolit polohu. Když jsem ale v roce 1997 rodila, narazila jsem na velký odpor právě k tomuto mému přání. Od té doby došlo v tomto ohledu k pozitivnímu posunu, mnohé porodnice už svobodnou volbu polohy umožňují bez problémů, ale většina stále trvá na nevhodném pololehu či polosedu.

Další ze škodlivých praktik, která se u nás stále naprosto zbytečně v poměrně vysokém procentu praktikuje, je rutinní nástřih hráze. WHO jej doporučuje praktikovat v méně než 10 %, v našich porodnicích je to 40 %, ale i 60–70 %. Sama občas doprovázím ženy při porodech v porodnicích jako dula. Jsem laik, ale jako matka sedmi dětí vidím, že zdravotníci často zbytečně spěchají a matky zraňují bezdůvodně.

Podpora rodičích žen, jejich představ a přání velmi chybí – zní to možná neoborně a nemedicínsky, ale jde také o jedno z doporučení WHO, které má přispět k vyššímu bezpečí při porodu.

WHO v dokumentu dále například zmiňuje, že by se během porodu nemělo provádět rutinní podávání anesteticko-analgetických přípravků, pokud neslouží jako prevence komplikací. Když jsme zakládali naše hnutí, netušili jsme, že některé problémy porodnictví v ČR budou jednou velmi podobné jako v nejvyspělejších zemích. Je to právě příklad přílišné medikalizace porodu a stoupající počet císařských řezů. Dnes se u nás velmi propaguje například epidurální analgezie místo toho, aby se prosazoval normální spontánní porod. Ten by měl být podporován na prvním místě – a teprve když to vyžaduje zdravotní stav dítěte nebo ženy, mělo by se zakročit.

» **Tady se ale dostáváme k tomu, že věc ovlivňuje i vůle rodiček. Není to jakýsi trend, že rodičky „epidurál“ nebo císařský řez vyžadují?**

Máte pravdu. Na druhou stranu, přestože žijeme v přeinformované době, jsem přesvědčena, že dostupné informace jsou stále velmi jednostranné a že je jich nedostatek. Málokterá žena u nás, která požádá o císařský řez nebo je jí navržen, se dozví od svého ošetřujícího lékaře všechna pozitiva i negativa zákroku. Každý takový (i drobnější) zákrok s sebou nese negativa a lékaři jsou povinni rodičku informovat. To se děje velmi jednostranně a je to bohužel často i proto, že lékaři a lékařky jsou sami motivováni císařské řezy provádět. Jedním z důvodů je to, že se k nám ze zahraničí dostává móda soudit se při každých komplikacích s ošetřujícím lékařem, protože se předpokládá, že je způsobil. Pokud překročí k řezu, což je zákrok, který schvaluje jeho odborná společnost, morálně možná nedělá dobře, ale odborně je jeho práce posuzována jako bezchybná. Provedl prostě nejvyspělejší zákrok naší medicíny. Pro další ilustraci: pokud jde například o další z praktik běžných v českých porodnicích, rutinní klystýr a holení, ve většině porodnic vám řeknou, že je poskytují pouze na požádání. Skutečnost je ale taková, že žena musí naopak požádat o jejich neprovedení, když si je nepřeje. Navíc vám často navodí dojem, že sama klystýr chcete, protože „jinak se vám dítě narodí do exkrementů“. Při rozhovorech se zdravotníky v porodnicích slýcháme, že ženy sice přicházejí se svými představami, ale „my jim to

vysvětlíme a ony už to pak nechtějí“. To je ilustrativní příklad manipulace, ke které často dochází. V českých porodnicích se stále ještě používá pojem „předporodní příprava“. Na první pohled by se zdálo, že se jedná o nějaký kurz. Ale je to sled úkonů, které jsou na ženě prováděny a při kterých se se ženou často zachází jako s věcí. A personál pak překvapí, když ta „věc“ živě projeví svůj názor nebo přání. Porodnice nicméně postupně mění image a snaží se profilovat jako místa přátelská. A já doufám, že nebude dlouho trvat a bude to pravda.

» **V čem si myslíte, že je obecně problém? Proč není možné postupovat podle nejnovějších poznatků?**

Podobně jako v jiných oblastech je to především tím, že jsme na to takto prostě všichni zvyklí. Dalším důvodem je, že naše republika má ve srovnání s ostatními zeměmi poměrně nízkou perinatální úmrtnost. To je zaklinadlo, které používají lékaři a lékařky a zástupci České gynekologické a porodnické společnosti a které podle nich značí, že je zde vše v pořádku a že není potřeba nic měnit. Dalším faktorem, který nepřeje změnám, je postavení lékařů a lékařek jako nezpochybnitelných autorit. Dodnes se stává, že se urážejí, pokud se jich pacienti na něco zeptají, paradoxně si to berou velmi osobně, považují to za porušení jakési důvěry, a ne za přirozenou zvědavost. Pak hraje roli i jakási „stádovitost“ určitého množství žen. Stává se, že lékaři mají ve své péči desítky žen, které naprosto souhlasí se všemi zákroky a vyjadřují jim ve všem velkou důvěru. Lékaři pak nejsou vůbec připraveni na to, že přijde žena, která má o těhotenství a porodu svoji představu. Těhotenství a porod nejsou nemoc, přesto je zde tendence k nim přistupovat jako k nemoci spíše než jako k přirozené součásti života, kde osobou, která o tom má nejméně rozhodovat, je rodičící žena.

» **Jaká je situace v jiných evropských zemích? Z jaké země bychom si mohli v oblasti porodnictví vzít příklady dobré praxe? Jaké inspirace přenášíte do českého kontextu svou činností?**

My se inspirujeme mnoha zeměmi, ale asi nejvhodnější je používat příklady jako Německo nebo Rakousko, protože jsou nám blízké, nejen geograficky. V těchto zemích je péče velmi pestrá. Žena si vybírá z celé řady možností. Pokud je tzv. nízkoriziková, může si vybrat předporodní a těhotenskou péči porodní asistentky nebo lékaře, lékařky. Porodní asistentka teprve v případě, že se situace nevyvíjí dobře, posílá ženu do péče lékařů. Se stejnou porodní asistentkou pak rodička může absolvovat porod. A je jedno, jestli rodí v domácnosti, v porodnici nebo v porodním domě. Pro ženu je důležité, aby se o ni během těhotenství a porodu staralo co nejméně zdravotníků. Navíc může s asistentkou navázat důvěrný individuální vztah. Možnost péče porodní asistentky mají ženy v ČR také, ale málo o ní vědí a stát (především ministerstvo zdravotnictví) ji málo podporuje. Profesi porodní asistentky jako takovou pak ministerstvo nepodporuje vůbec.

Vůbec nejzajímavějším příkladem je ale Velká Británie. Úroveň zdravotnictví jako celku je považována za horší než v ČR, ale možná tento dojem způsobuje jen fakt, že je

odlišné od našeho. Tamní porodnictví se velmi dobře vyvíjí, ovlivňují ho poslední trendy, které vyplývají z nejnovějších výzkumů. Ne jako v ČR, kde trend často určuje to, co se naučili lékaři a lékařky ve škole před čtyřiceti lety. Britské ministerstvo zdravotnictví podporuje už několik let porod doma a péči samostatných porodních asistentek jako bezpečnější variantu. Je tedy na místě se ptát, co dělá naše ministerstvo zdravotnictví špatně, když podle tvrzení jeho zástupců je v České republice porod doma rizikový. A v neposlední řadě jsou v Británii mnohem lépe přijímány postižené děti. V České republice většinová gynekologie směřuje k tomu, zbavovat se postižených dětí ještě před narozením, a je to považováno za veskrze pozitivní věc, o které se moc nediskutuje. Naopak v Británii a jiných evropských zemích rodiny samy svobodně rozhodují, jak s takovou situací naloží.

» **Co konkrétně děláte, abyste tyto příklady dobré praxe přenesli do našeho prostředí?**

Pořádáme například mezinárodní konference, kam zveme porodní asistentky a lékaře ze zahraničí. Bylo by skvělé, kdyby porodní asistentky byly vysílány do zahraničí na pracovní stáže, ale to není předmětem naší práce, to je spíš zodpovědnost profesních organizací. Snažíme se sbírat a zveřejňovat inspirativní porodní příběhy z různých zemí.

» **Spolupracujete s mateřskými centry, máte poradnu, pořádáte semináře... s jakými problémy se nejčastěji setkáváte v praxi?**

Jak jsem již naznačila, jedním z velkých problémů českého porodnictví je, že nerespektuje práva žen. Setkáváme se s tím, že když se aktivní ženy, které se zajímají samy o výsledky lékařské vědy, seznámí s vyšetřeními, která je čekají v těhotenství, při porodu a po něm, a samy se snaží zvolit si péči, která je podle nich nejlepší, narážejí na odmítavé reakce. „To se nesmí, to naše zdravotnické zařízení neumožňuje, to nemůžete,“ jsou slova, která slychají, ale která nepatří do zdravotnického slovníku 21. století. Setkáváme se tedy s tím, že ženy jsou pak manipulovány do něčeho, co si nepřejí.

» **Co doporučujete ženám v takových situacích?**

Pokud jsou si svými přáními a rozhodnutími jisté, ať přátelsky trvají na svém. Nedávno jsme vydali brožuru Cesty ke spokojenému porodu, určenou právě těhotným ženám a jejich partnerům. Několik přehledných kapitol jim pomůže rozlišit, která péče je z hlediska zdraví ženy a dítěte skutečně přínosná a bezpečná. Obecně je naším hlavním úkolem ženy informovat. Také se ale snažíme informovat zdravotníky a zdravotnice. Vedle programů pro budoucí i stávající rodiče pořádáme i akreditované semináře pro porodní asistentky, dětské a zdravotní sestry v rámci celoživotního vzdělávání. Spolupracujeme i s profesními organizacemi porodních asistentek atd. Také se snažíme reagovat na aktuální dění. Pokud například odborná společnost vydá doporučení, které je podle našeho názoru v rozporu s odbornými doporučeními,

uznávanými ve světě, poukážeme na to. U nás je ale autorita odborných společností velká a jejich lobby mocná, takže je to velmi těžké.

» **Myslíte tedy, že profesní společnosti mají v ovlivňování postupů státních orgánů a legislativní praxe hlavní slovo?**

Záleží na tom, které odborné společnosti myslíte. Hlavní slovo má u nás tradičně Česká gynekologická a porodnická společnost, ale ta zastupuje jen gynekology a gynekoložky a porodníky. Například porodních asistentek, které jsou ve světě považovány za nejhodnější poskytovatelky péče o zdravé nízkorizikové ženy, je v rozhodovacích pozicích velmi málo. K některým zákonům nemají možnost se vyjádřit vůbec a pokud ano, tak často jen ve velmi krátké lhůtě, což je prakticky nemožné. Profese porodní asistentky, která je ve světě definována a má své profesní standardy, je tak postupně vytěšňována. Je zde tendence odebrat z jejich kompetencí především péči při porodu. Pak vzniká dojem, že se jedná o jakousi asistentku lékaře, pomocný personál. Přitom v některých zemích jsou to porodní asistentky, které školí lékaře: ony jsou odbornice na normální porod a lékař je odborník na patologii.

Proto požadujeme vznik pracovní skupiny v rámci Ministerstva zdravotnictví, kde by vedle lékařů a lékařek byly zastoupeny i porodní asistentky, doly a další profese – a samozřejmě i ženy, resp. rodiče.

» **Jaké jsou podle Vás nejproblematictější body nově navrhovaného zákona o zdravotních službách, proti kterému se v části odborné veřejnosti zvedla vlna nevole, z hlediska porodnictví?**

Vypadá to, že se navrhovatelé a navrhovatelky zákona snaží zcela zrušit profesi porodní asistentky. Pokud zákon vejde v platnost a asistentka bude pracovat dále, bude se vystavovat hrozbě cca milionové pokuty, pokud nebude mít registraci. Registraci ovšem pravděpodobně nezíská, protože nesplní podmínky, dané vyhláškou o povinném věcném zdravotnickém vybavení, které jsou takřka nesplnitelné. Přitom není vůbec nutné, aby asistentky měly doma nákladné přístroje, což dokazuje praxe z jiných zemí, například ze zmiňovaného Německa a Velké Británie.

Vyhláška o věcném vybavení platí přibližně rok a půl. Poměrně dlouhou dobu předtím mohly v ČR porodní asistentky (bylo jich kolem dvaceti) nabízet zcela oficiálně péči doma a ženy ji mohly využívat. V Praze byl například docela velký výběr, pracovalo jich tu asi deset a systém byl docela v pořádku. Nevyřešená byla jen následná péče. Mnohokrát jsme oslovovali Ministerstvo zdravotnictví s tím, že pokud se vyskytnou při porodu doma komplikace, není tato péče zajištěna, oslovené porodnice k ní často přistupují nevhodně a v důsledku toho může docházet k časovým prodlevám s fatálními následky. Teď však těchto nevyřešených věcí přibýlo. Vzhledem ke zpřísněným podmínkám nemá dnes žádná porodní asistentka svou registraci, protože nesplňuje vyhlášku o věcném vybavení. Automaticky přestaly platit všechny předchozí registrace. Je to začarovaný kruh. V důsledku může být dopad zákona velmi negativní

pro porody doma, neboť zvýší jejich rizikovost a můžou se stát nebezpečnými. V posledních deseti letech se u nás počet porodů mimo zdravotnická zařízení stále zvyšuje (dle odhadů profesních organizací i našich vlastních a přibližných statistik). Přitom ale porodních asistentek nepřibývá. Dle mého názoru bude trend stále stoupat, zároveň ale nebudeme mít legální porodní asistentky, což si nedovedu představit. Doma sice rodí především ženy nízkorizikové, zdravé, motivované, informované a zodpovědné, ale přesto je nutné zajistit jim odborný dohled. Zodpovědnost padá na hlavu Ministerstva zdravotnictví, které odmítá vytvořit standardy pro profesi porodní asistentky a podpořit ji. Nejedná se přitom jen o porody doma, porodní asistentky mohou ženy doprovázet i do porodnic. Zákon nás vrací do hluboké minulosti.

Děkuji za rozhovor.

Rozhovor vedla editorka publikace Anna Kotková.

Mgr. Zuzana Candigliota je právničkou v Lize lidských práv, kde se zabývá právy lidí ve zdravotnictví a při kontaktu s policií. Zaměřuje se na prosazování práva na sebeurčení a svobodu při přijímání zdravotní péče, především v oblasti porodnictví a očkování dětí. Zastupuje před soudem maminku, které bylo zatím nepravomocně přiznáno odškodnění a omluva za nedobrovolný převoz záchrannou službou po porodu doma do nemocnice. Podílela se na připomínkování nově přijímaných zdravotnických zákonů. Studuje v doktorském studiu na Právnické fakultě Masarykovy univerzity.

Mgr. Kateřina Červená V současné době pokračuje doktorským studiem správního práva na Masarykově univerzitě v Brně. Pracuje pro Ligu lidských práv, kde se zabývá problematikou soudních průtahů, organizací klinického vzdělávání na právnických fakultách, ale zejména problematikou zdravotnického práva. V této oblasti mimo jiné vede bezplatnou právní poradnu pro pacienty www.ferovanemocnice.cz a zabývá se problematikou neoprávněných sterilizací.

Mgr. Ema Hrešanová, Ph.D. vystudovala kulturní a sociální antropologii a sociologii. Doktorát v oboru sociologie získala na Fakultě sociálních studií v Brně v roce 2009. V současné době působí jako odborná asistentka na katedře sociologie Západočeské univerzity v Plzni. Ve svém výzkumu se dlouhodobě zabývá studiem porodní problematiky a genderovými aspekty ženského zdraví. V roce 2008 vyšla její kniha *Kultury dvou českých porodic: etnografická studie*, která představuje hlavní zjištění jednoho z provedených výzkumů českého porodnictví.

Mgr. Lucie Jarkovská, Ph.D. vystudovala sociologii na Masarykově univerzitě, kde v současné době působí jako odborná asistentka na oboru genderových studií na katedře sociologie Fakulty sociálních studií. Věnuje se výzkumu v oblasti genderové socializace a genderových aspektů školství, zabývá se sexuální výchovou. Působí také jako lektorka v oblasti genderově citlivé pedagogiky.

Mgr. Kateřina Jonášová je publicistka, feministka, vydavatelka. Bývalá cybergirl, básnířka jedné sbírky, začínající dramatická, příležitostná moderátorka, vášnivá spolupracovnice ženských projektů, milovnice Berlína, cvičitelka jógy, zastupitelka, matka dcery a syna a neúnavná vršitelka rozečtených knih.

Mgr. Martina Křížková je novinářka (v současnosti redaktorka Nového Prostoru), která se dlouhodobě zabývá problematikou migrace do České republiky.

Petra Sovová je spoluzakladatelka a aktivní členka Hnutí za aktivní mateřství, popularizátorka normálního, přirozeného porodu, lektorka, autorka řady informativních textů. Matka sedmi dětí.

Hnutí za aktivní mateřství usiluje o pozitivní změny českého porodnictví směrem k normálnímu, bezpečnému porodu a možnosti volby. Prosazuje přátelskou porodní péči pro matku a dítě v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky. Hnutí je členem mezinárodní asociace ENCA a České ženské lobby. Je iniciátorem a spoluvůrcem iniciativy Normální porod (2006) a Výzvy za bezpečný porod (2011).

Mgr. David Zahumenský je právník a předseda Ligy lidských práv. Od roku 2007 působí ve Výboru pro lidská práva a biomedicínu Rady vlády pro lidská práva. Specializuje na lidská práva ve zdravotnictví. Prosazuje respektování informovaného souhlasu pacientů při poskytování zdravotní péče a celkovou změnu přístupu k pacientovi. Ještě před novelizací zákona o péči o zdraví lidu dosáhl v roce 2006 vydání prvního soudního rozhodnutí, které pacientce přiznalo právo na kopii zdravotnické dokumentace.

Gender Studies, o. p. s. je nevládní nezisková organizace založená v roce 1991, která slouží jako informační, konzultační a vzdělávací centrum v otázkách rovnosti žen a mužů a jejich postavení ve společnosti. Prostřednictvím specifických projektů aktivně ovlivňujeme změny týkající se rovných příležitostí v různých oblastech, jako jsou například trh práce, veřejná a státní správa, rodinná politika, antidiskriminace apod. Pořádáme konference, přednášky a diskuse s mládeží, vydáváme publikace, organizujeme mediální kampaně a pravidelné oslavy Mezinárodního dne rovnosti žen a mužů 19. června. Prosazujeme rovné příležitosti mezi politickou reprezentací a prostřednictvím členství v mezinárodních sítích se podílíme na prosazování rovných příležitostí i v mezinárodním kontextu.



Poskytujeme:

- konzultace v oblasti stažování osobního/rodinného a pracovního života, postavení žen a mužů na trhu práce a oblasti rovných příležitostí pro ženy a muže;
- informační servis pro genderovou problematiku: stažování rodinného a pracovního života, postavení žen v řídicích pozicích, vzdělávání v oblasti rovných příležitostí pro ženy a muže, účast žen v rozhodovacích procesech a politice;
- elektronický zpravodaj Rovné příležitosti do firem;
- knihovnické a informační služby v oblasti genderové tematiky: největší knihovna zaměřená na genderovou tematiku a rovné příležitosti pro ženy a muže ve střední Evropě;
- přednášky, školení a semináře na téma rovné příležitosti pro ženy a muže;
- bezplatnou on-line a telefonickou právní poradnu pro diskriminované na trhu práce.

Kontakty:

Gender Studies, o.p.s.

Gorazdova 20, 120 00 Praha 2

tel.: +420 224 915 666, +420 777 910 941

tel./fax: +420 224 915 666

e-mail: office@genderstudies.cz

web: www.genderstudies.cz

www.rovneprilezitosti.cz

www.feminismus.cz

Právní poradna Gender Studies

Každé úterý od 9:00 do 11:00, ve středu od 14:00 do 16:00 a v pátek od 16:30 do 18:30 hodin je na čísle +420 224 913 350 nebo +420 774 913 350 k dispozici telefonická právní poradna pro osoby diskriminované na trhu práce.

Dotazy lze zasílat i na e-mail:

pravo@genderstudies.cz.

Poradnu je možné využívat i pro dotazy týkající se stažování osobního a pracovního života.

On-line poradna: www.rovneprilezitosti.cz.

Knihovna Gender Studies

Specializovaná knihovna je určena pro odbornou i širokou veřejnost. Nabízí knihy zaměřené na rovné příležitosti pro ženy a muže na trhu práce, v rodině a ve společnosti obecně, ale i z oblasti sociálních věd, feminismu a gender studies, historie ženského hnutí, ženských a mužských studií, násilí na ženách, a také beletrie a poezii. Součástí fondu jsou knihy v češtině, angličtině a němčině, nechybí ani periodika a tzv. šedá literatura (výzkumy, analýzy, konferenční materiály a výroční zprávy). Knihovna disponuje nejnovějšími odbornými zahraničními publikacemi, které je možné si vypůjčit absenčně. V současné době je knihovna Gender Studies největší knihovnou svého druhu ve střední a východní Evropě. Fond čítá téměř 10 000 svazků.

Otevírací doba knihovny

Úterý, středa, čtvrtek: od 12:00 do 18:00 hodin

Návštěvy knihovny mimo otevírací dobu jsou možné pouze po předchozí domluvě. Otevírací doba se může během roku měnit, proto vždy raději zkontrolujte aktuální časy na www.genderstudies.cz.