

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

Studijní obor: Ošetřovatelství 5341R003



Pavla Dufková

Informování pacienta při poskytování ošetřovatelské péče

Informing a Patient during Medical Treatment

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. et Mgr. Eva Prošková

Datum obhájení práce

Praha, 2010

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům. Za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze.

Souhlasím

V Praze, 26. 4. 2010

Pavla Dufková

.....

Ráda bych poděkovala Mgr. et Mgr. Evě Proškové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a čas, který mi při zpracování bakalářské práce věnovala.

Poděkování patří také všem respondentům dotazníku za jejich velmi aktivní účast při výzkumném šetření.

Identifikační záznam:

DUFKOVÁ, Pavla. Informování pacienta při poskytování ošetrovatelské péče. [Informing of Patient during Medical Treatment]. Praha, 2010. 113 s., 10 příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK. Vedoucí práce Eva Prošková.

ABSTRAKT

1. Název práce: Informování pacienta při poskytování ošetrovatelské péče

2. Jméno a příjmení autora: Pavla Dufková

3. Školitel: Mgr. et Mgr. Eva Prošková
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova v Praze

Bakalářská práce se zabývá problematikou informovanosti pacienta při poskytování ošetrovatelské a léčebně-preventivní péče.

Teoretická část je zaměřena na popis práv pacientů v souvislosti s poskytováním informací o jejich zdravotním stavu, písemný informovaný souhlas, zdravotnickou dokumentaci jako soubor osobních údajů a povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků.

Praktická část využila metod kvalitativního a kvantitativního výzkumu pro získání dat o tom, jaké informace sestry během své praxe poskytují a zda tyto informace korespondují s jejich kompetencemi. Výzkum byl dále zaměřen na získání informací o procesu podpisu písemného informovaného souhlasu, zjištění teoretických znalostí sester, zjištění zda nedochází k úniku informací při předávání hlášení sester, orientaci sester v pravidlech povinné mlčenlivosti a získání informací, zda sestry samotné zajímá problematika poskytování informací.

Klíčová slova: pacient, práva, informovaný souhlas, zdravotnická dokumentace, povinná mlčenlivost, kompetence.

ABSTRACT

1. *Title of the thesis:* Informing a Patient during Medical Treatment
2. *Author's first name and surname:* Pavla Dufková
3. *Supervisor:* Mgr. et Mgr. Eva Prošková
Institute of Theory and Practice of Nursing
1st Faculty of Medicine, Charles University in
Prague

This bachelor thesis deals with the issue of providing foreknowledge to a patient being provided with health care and nursing.

The theoretical part is focused on the description of the patient's lawful right to be provided with information on his health condition in connection with health care, on written informed consent, health documentation as a file with personal information, and the obligatory confidentiality of the medical staff.

In the practical part, methods of qualitative and quantitative research for data acquisition were used to obtain data to find out which information nurses provide during their practice, and whether the information corresponds to their competences. Further, the research was aimed at obtaining data on the process of signing the written informed consent, determination of nurses' theoretical knowledge, detection of possible data leak during nurse reporting, nurses' acquaintance with the rules of the obligatory confidentiality of the medical staff, and finding out if nurses are interested in providing patients with information.

Key words: patient, rights, informed consent, health records, obligatory confidentiality, competence.

Obsah

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	
1 PACIENT A INFORMACE	11
1.1 Právo pacienta na informace	11
1.2 Prameny práva vztahující se k právu pacienta na informace	11
1.2.1 Etický kodex – Práva pacienta	13
1.2.2 Úloha všeobecné sestry při seznamování pacienta s jeho právy.....	14
1.3 Právo pacienta na odmítnutí informací	15
1.4 Dříve vyslovená přání pacienta.....	16
2 PRÁVO NA INFORMACE OSOB ODLIŠNÝCH OD PACIENTA	17
2.1 Osoby zákonem taxativně vymezené	17
2.2 Osoby určené pacientem	18
2.2.1 Osoby pacientovi blízké.....	19
2.2.2 Členové domácnosti pacienta.....	19
3 POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ	21
3.1 Lékař jako poskytovatel informací.....	21
3.2 Všeobecná sestra jako poskytovatel informací	22
3.3 Zadržení informací o zdravotním stavu pacienta	23
4 INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA.....	25
4.1 Kdy lze poskytovat péči bez souhlasu pacienta	25
4.1.1 Presumpce souhlasu	26
4.2 Písemný informovaný souhlas	27
4.2.1 Povinně písemný informovaný souhlas	27
4.3 Nesouhlas pacienta s lékařským výkonem.....	29

5	POVINNÁ MLČENLIVOST ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ	30
5.1	Právní úprava vztahující se k povinné mlčenlivosti.....	31
5.2	Obsah povinné mlčenlivosti	32
5.3	Prolomení povinné mlčenlivosti	33
5.3.1	Zproštění mlčenlivosti pacientem	34
5.3.2	Osoby určené pacientem	34
5.4	Oznamovací povinnost soudu	35
5.5	Další výjimky prolomení povinné mlčenlivosti na základě oznamovací povinnosti.....	35
5.6	Speciální úprava - anonymní porody	38
5.7	Povinnost zdravotnického pracovníka přezkazit a oznámit trestný čin.....	38
5.8	Prolomení povinné mlčenlivosti při soudním řízení	39
5.9	Právní odpovědnost při porušení povinné mlčenlivosti.....	40
6	ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE	41
6.1	Zdravotnická dokumentace jako soubor osobních údajů.....	41
6.2	Zdravotnická dokumentace jako zdroj informací	42
6.2.1	Předávání zdravotnické dokumentace.....	43
6.3	Vlastnictví zdravotnické dokumentace	45
6.4	Další náležitosti zdravotnické dokumentace	45
6.5	Ochrana rodného čísla ve zdravotnické dokumentaci.....	46
PRAKTICKÁ ČÁST		
7	CÍLE A HYPOTÉZY	48
7.1	Hlavní cíl kvantitativního šetření	48
7.2	Dílčí cíle a hypotézy kvantitativního šetření.....	48
7.3	Hlavní cíle kvalitativního šetření	50
8	METODIKA PRÁCE.....	51
8.1	Metodika a technika vlastního kvantitativního výzkumu	51

8.2	Metodika a technika vlastního kvalitativního výzkumu	53
8.3	Charakteristika výzkumného souboru kvantitativního šetření.....	53
9	ANALÝZA VÝSLEDKŮ	58
9.1	Analýza výsledků kvantitativního výzkumného šetření	58
9.2	Analýza výsledků kvalitativního výzkumného šetření	71
10	DISKUZE.....	73
10.1	Kvantitativní výzkum.....	73
10.2	Kvalitativní výzkum.....	80
11	ZÁVĚR	82
12	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	86
13	LITERATURA A PRAMENY	88
14	SEZNAM PŘÍLOH.....	92

ÚVOD

Pokud se člověk stane pacientem, přirozeně se změní jeho psychický stav, sociální situace, i potřeby, které vychází z interakce mezi organismem člověka a novým prostředím. Mnohdy si dotyčný právě v takovéto situaci zcela své potřeby uvědomí a často mění i pomyslný žebříček svých životních hodnot.

Každý zdravotnický pracovník péči, kterou poskytuje, pacienta cílevědomě směřuje k navrácení zdraví. Všeobecná sestra se prostřednictvím ošetrovatelské péče zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného člověka (pacienta), které se pod vlivem nemoci změnily.

Důležitý předpoklad úspěšné léčby je dostatek informací nejen o nemoci, ale i o celém léčebně preventivním režimu. Je obecným pravidlem, že dobře informovaný pacient je více psychicky vyrovnaný a tím pádem aktivnější a spolupracující.

Vlastní zkušenosti z praxe mě opakovaně přesvědčily, že se pacientům nedostává patřičných informací od odpovědných osob. Jedná se například o problematiku písemného informovaného souhlasu s lékařským výkonem, který často zajišťují sestry bez účasti lékaře. Tyto a jiné skutečnosti mě motivovaly pro ucelení takových informací, které souvisí nejen s poskytováním informací v rámci ošetrovatelské péče, ale zároveň s celou péčí léčebně preventivní. Důvodem pro takovýto celkový rozbor je fakt, že zdravotníci pracují jako tým, ve kterém je nutná spolupráce všech jeho členů.

Obecné pravidlo, že neznalost zákona neomlouvá, platí i pro zdravotní sestry. Je na ně také kladen velký požadavek týkající se znalostí, dovedností, schopností a celoživotního vzdělávání. Pacient od sestry také očekává empatický přístup a dobré komunikační schopnosti.

Téměř v každém zdravotnickém zařízení jsou zveřejněna práva pacientů, ze kterých tato bakalářská práce také vychází. Právě z těchto práv se pacienti nejčastěji dozvědí, co mohou od zdravotnického zařízení a jeho personálu očekávat.

Tato práce se vzhledem ke svému rozsahu nevztahuje na osoby nezletilé a nezpůsobilé k právním úkonům. Pacient je chápán jako „osoba v lékařské péči, nemocný“ (Vokurka et al, 2004), která je v plném rozsahu způsobilá k právním úkonům (tj. dovršila osmnáctého roku věku nebo uzavřela manželství).

TEORETICKÁ ČÁST

1 PACIENT A INFORMACE

Vzhledem k zaměření a rozsahu této práce zde nejsou popsány zásady správné a efektivní komunikace. Součástí prvního kontaktu zdravotníka s pacientem by vždy mělo být uvedení jeho pracovní pozice a jména. Vždy je také ze strany zdravotnického personálu nutné etické chování a individuální přístup k pacientovi.

1.1 Právo pacienta na informace

Desítky let docházelo k diskuzím, zda pacientovi na nemocničním lůžku sdělit pravdu o jeho zdravotním stavu. Na základě těchto diskuzí byl v našich evropských podmínkách přijat konsenzus - pravdu sdělit (Kutnohorská, 2007). Právní úprava v současné době zakotvuje práva pacienta na veškeré shromážděné informace, což uvádí následující kapitola.

1.2 Prameny práva vztahující se k právu pacienta na informace

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (dále jen Úmluva o biomedicině) byla v České republice (dále jen ČR) vyhlášena jako mezinárodní smlouva č. 96/2001 Sb.m.s. Jako právní předpis nejvyšší právní síly zveřejňuje doporučení pro signatářské země. Ustanovení v článku 10 akcentuje:

- *„Každý má právo znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého ne být takto informován je nutno respektovat.*
- *Pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle předchozího odstavce.“¹*

Úmluva dále zveřejňuje, že každý musí být plně informován o každém léčebně preventivním zákroku. Na základě těchto informací od zdravotnického pracovníka

¹ Čl. 10 Úmluvy o biomedicině č. 96/2001 Sb.m.s.

poskytne svobodný a informovaný souhlas². Zároveň také poskytuje úpravu pro případ, kdy daná osoba není schopná souhlas poskytnout³.

Vnitrostátní legislativu dále upravuje ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod (dále jen Listina). Listina zakotvuje svobodu a rovnost každého v důstojnosti i v právech⁴, chrání před neoprávněným nakládáním s informacemi a zasahováním do rodinného a soukromého života⁵.

Zákon č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů, ustanovuje obecná pravidla při poskytování informací včetně podmínek pro svobodný přístup k informacím. Je nástrojem otevřené veřejné správy⁶.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (dále jen ZoPZL) garantuje pacientovi právo na poučení a souhlas s každým vyšetřovacím nebo léčebným výkonem⁷. Dále právo na veškeré informace, které jsou ve zdravotnické dokumentaci (dále jen ZD) shromážděné o jeho osobě, a určení osoby, která může být informována o jeho zdravotním stavu. Pacient má také právo nahlížení do ZD, která je vedená o jeho osobě, včetně pořízení opisů, výpisů a kopií⁸.

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen ZOOU), zakotvuje právo každého na poskytnutí osobních údajů, které jsou o jeho osobě zpracovávány. Správce údajů je povinen požadované informace sdělit bez zbytečného odkladu⁹.

Obecná úprava ochrany informací je uvedena v kapitole Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků.

Kodex práv pacientů, kterému se věnuje následující kapitola, má především mravní povahu, z toho důvodu jejich dodržování nelze právně vymáhat. Etický kodex

² čl. 5 Úmluvy o biomedicíně č. 96/2001 Sb.m.s.

³ čl. 6 Úmluvy o biomedicíně č. 96/2001 Sb.m.s.

⁴ čl. 1 ÚZ č. 2/1993 Sb.

⁵ čl. 10 ÚZ č. 2/1993 Sb.

⁶ § 1 zákona č. 106/1999 Sb.

⁷ § 23 odst. 1 a 2 zákona č. 20/1966 Sb.

⁸ § 67b odst. 12 zákona č. 20/1966 Sb.

⁹ § 12 odst. 1 zákona č. 101/2000 Sb.

samotný není pramen práva, může jím však být zákon, který na něj odkazuje (Kutnohorská, 2007).

1.2.1 Etický kodex – Práva pacienta

První kodex pravděpodobně zformuloval lékárník David Anderson v roce 1971 ve Virginii, historie je tedy relativně krátká. V roce 1972 přijala Asociace amerických nemocnic práva vlastní (Haškovcová, 1996).

Dalším krokem pro stanovení práv pacientů bylo přijetí Lisabonské deklarace, které se odehrálo na 34. světovém shromáždění WMA v Lisabonu (Portugalsko) v roce 1981. K posílení těchto práv slouží dokument Principy práv pacientů v Evropě, který vznikl v roce 1994 v Amsterdamu (Holandsko) pod záštitou regionální ústředny WHO pro Evropu (WHO/EURO). Zmíněný dokument je dynamickým nástrojem a referenčním materiálem pro členské státy, klade důraz na odpovědnost člověka za své zdraví a také říká, že zdravotníci mají stejnou ochranu lidských práv jako pacienti (Kutnohorská, 2007).

Práva pacienta jsou v každé zemi v souladu s ústavně zaručenými lidskými právy a lidsko-právními mezinárodními smlouvami. Pro členské země Rady Evropy jsou zásadními dokumenty Charta základních práv občanů EU, Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a dále Úmluva o biomedicině.

V ČR Etický kodex práva pacienta dále vychází především ze ZoPZL a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Na základě těchto dokumentů Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR uveřejnila v roce 1992 jedenáct základních práv pacientů, platných pro všechna zdravotnická zařízení¹⁰ (celé znění je uvedeno v příloze A).

Šest těchto bodů z Kodexu práva pacienta specifikuje problematiku informovanosti:

(2) Pacient má právo znát jména všech zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují.

¹⁰ Centrální etická komise MZČR, 1992

(3) Pacient má právo na informace o diagnostickém či terapeutickém postupu, včetně jeho rizik a alternativních postupů. Na základě těchto informací se sám rozhodne, zda daný výkon podstoupí. Pokud se jedná o akutní případ, kdy nemůže poskytnout souhlas či nesouhlas, zdravotnický pracovník jedná v nejlepším zájmu pacienta (viz kapitola Informovaný souhlas pacienta).

(4) Pacient má právo odmítnout léčbu a současně má být informován o zdravotních následcích svého rozhodnutí (viz kapitola Nesouhlas pacienta s lékařským výkonem).

(6) Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné (viz kapitola Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků).

(7) Pacient má právo očekávat péči, která odpovídá povaze jeho onemocnění. Může být předán do jiného léčebného ústavu, pokud mu jsou poskytnuty veškeré informace a zdůvodnění takového předání (viz kapitola Poskytování informací ve zdravotnickém zařízení).

(9) Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení o nestandardním postupu či experimentu. V takovém případě musí poskytnout písemný vědomý souhlas, který může kdykoliv odvolat (viz kapitola Informovaný souhlas pacienta) (Centrální etická komise MZČR, 1992).

1.2.2 Úloha všeobecné sestry při seznamování pacienta s jeho právy

Právně závazné předpisy neurčují, jak a kým má být pacient seznámen s Etickým kodexem Práva pacienta, z toho důvodu je možné vycházet pouze ze standardu Spojené akreditační komise České republiky (dále jen SAK ČR). Některá další práva pacientovi sděluje lékař (viz kapitola Lékař jako poskytovatel informací) na základě ZoPZL.

SAK ČR se od roku 1998 snaží zvyšovat kvalitu a bezpečí zdravotní péče v ČR pomocí akreditace zdravotnických zařízení, poradenské a publikační činnosti. SAK ČR zveřejnila již druhé vydání národních akreditačních standardů pro nemocnice (platné od 1.9.2009). Tyto standardy jsou specializované závazné normy pro přípravu zdravotnického zařízení (dále jen ZZ) na vlastní akreditaci, nejsou tedy závazné pro neakreditovaná ZZ. Jejich aplikace do praxe a následné dodržování je dále prověřováno pověřenou akreditační komisí (SAK ČR).

Standard SAK ČR č. 41 upravuje seznámení pacienta s jeho právy. Podle tohoto standardu je povinností nemocnice určit, kdo je zodpovědný za seznámení přijímaného pacienta s jeho právy (přijímající lékař či přijímající sestra). Seznámení by mělo být provedeno vhodnou formou a zaznamenáno do zdravotnické dokumentace (dále jen ZD) (SAK ČR).

Ve ZZ je zvykem, že přijímaného pacienta seznamuje s jeho právy všeobecná sestra (dále jen sestra). Tento úkon oba vzájemně stvrdí svým podpisem do edukačního záznamu, který je součástí zdravotnické dokumentace (pro ilustraci je záznam uveden v příloze B). Pokud pacient není schopen podpisu, ale těmto právům rozumí, záznam provede sestra a svědek, který stvrdí pacientův souhlas. Pokud pacientův zdravotní stav nedovoluje seznámení s právy pacienta, sestra provede zápis do edukačního záznamu, který je opět stvrzen podpisem svědka. Informování o právech pacientů se v takovém případě odloží do doby, kdy pacient bude schopen těmto právům porozumět.

1.3 Právo pacienta na odmítnutí informací

Pacient má právo vyslovit zákaz poskytování informací¹¹ sobě samotnému i osobám, které nejsou taxativně vymezené (viz dále)¹². Takovýto projev vůle se zaznamená ZD včetně podpisu ošetřujícího lékaře a pacienta. Svědek (stačí jeden) se podepíše v případě, pokud pacient není sám schopen podpisu. V takovém případě se zároveň uvede způsob, jakým pacient vůli projevil a důvod, který mu zabránil v podpisu¹³.

Přání v plném rozsahu nelze akceptovat, pokud se jedná o přenosné onemocnění a je nutné podle příslušných právních předpisů zachovat určitý léčebný režim, tak aby pacient neohrožoval zdraví své i osob dalších (Mach, 2006).

I když pacient informace odmítá, tzv. „terapeutická nezbytnost“ vymezuje právo lékaře na poskytnutí základních informací za okolností, kdy jsou informace pro pacienta nezbytné a souvisí s ochranou jeho zdraví, například dispozice k určité chorobě (Mach, 2006).

¹¹ čl. 10 odst. 2 Úmluvy o biomedicíně č. 96/2001 Sb.m.s.

¹² § 67a odst. 12 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb.

¹³ § 67ba odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb.

1.4 Dříve vyslovená přání pacienta

„Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.“¹⁴

Právní předpisy v ČR zatím toto ustanovení neobsahují. Mach uvádí, že nová právní úprava zákonů o zdravotní péči bude muset na tento článek z Úmluvy o biomedicíně reagovat a určit přesný postup zdravotnického pracovníka pro uplatnění takového přání (Mach, 2006).

V současné době je možné aplikovat obecné ustanovení ze ZoPZL - „*vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat*“¹⁵.

Cílem takového přání (neboli souhlas či nesouhlas *pro futuro*) je vyjádření pacienta o zdravotním výkonu pro situaci, ve které by se na základě změny svého zdravotního stavu nebyl schopen rozhodnout. Pacient sám předvídá změnu zdravotního stavu, nejedná se tedy o akutní situace. Mohou však existovat důvody, které neumožní tato přání splnit. Jedná se o například o situaci, kdy pokrok lékařské vědy umožnil jinou metodu řešení problému, se kterou pacient nebyl dostatečně seznámen (Mach, 2006), (Vondráček et al, 2009).

Mach poukazuje na nutnost dokumentace takového přání, nejlépe úředně ověřenou listinou (Mach, 2006).

Prudil uvádí, že písemná forma je sama o sobě dostačující, bez notářského zápisu a ověření pacientova podpisu (Prudil, 2003).

Oba autoři se shodují v tom, že podpis pacienta musí být z doby, kdy byl zcela způsobilý k platnému projevu vůle a pacient také vždy musí být informován o všech možných následcích respektování tohoto přání. Lékař nemůže brát na zřetel tvrzení rodiny či osob blízkých o dříve vysloveném přání pacienta (Mach, 2006), (Vondráček et al, 2009), (Prudil, 2003).

¹⁴ čl. 9 Úmluvy o biomedicíně č. 96/2001 Sb.m.s.

¹⁵ § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb.

2 PRÁVO NA INFORMACE OSOB ODLIŠNÝCH OD PACIENTA

Stanovením zákonem vymezených osob, které nepotřebují souhlas pacienta s poskytováním informací, zároveň dochází k prolomení povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků. Dalším výjimkám prolomení povinné mlčenlivosti je věnována kapitola Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků.

ZoPZL uvádí dva odlišné způsoby, jak lze získat informace o zdravotním stavu pacienta. První možností je nahlížení do ZD¹⁶, včetně pořizování výpisů, opisů a kopií¹⁷ (viz kapitola Osoby zákonem taxativně vymezené). Druhou variantou je aktivní získávání informací (včetně edukace i nahlížení do ZD) prostřednictvím zdravotnického pracovníka v rozsahu jeho kompetencí¹⁸ (viz kapitola Osoby určené pacientem).

2.1 Osoby zákonem taxativně vymezené

ZoPZL stanovuje skupiny osob, které mohou nahlížet do ZD a získávat tak informace o zdravotním stavu pacienta v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence.

První skupinou jsou osoby uvedené v § 67b odst. 10 ZoPZL (výňatek zákona je uveden v příloze C), které mohou do ZD nahlížet a zároveň „...mají též právo na pořizování jejích výpisů, opisů nebo kopií v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby splnění konkrétního úkolu“¹⁹. Pacient nemůže vyslovit zákaz s nahlížením do ZD těchto osob.

Druhou skupinu stanovuje § 67b odst. 11 ZoPZL, který upravuje nahlížení osob získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Tyto osoby „mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace pouze v rozsahu nezbytně nutném a u pacientů stanovených pověřeným zdravotnickým pracovníkem zdravotnického zařízení, které zabezpečuje praktickou výuku osob získávajících způsobilost k výkonu zdravotnického

¹⁶ § 67b, odst. 12 písm. b) zákona č. 20/1966 Sb.

¹⁷ § 67b, odst. 12 písm. c) zákona č. 20/1966 Sb.

¹⁸ § 23 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb.

¹⁹ § 67b odst. 10 zákona č. 20/1966 Sb.

povolání; k nahlížení do zdravotnické dokumentace takových pacientů je třeba jejich písemného souhlasu, případně souhlasu jejich zákonných zástupců²⁰. Zákon těmto osobám nedovoluje pořizování výpisů, opisů nebo kopií ZD. Pokud pacientův zdravotní stav nedovoluje, aby se sám vyjádřil s nahlížením těchto osob do jeho ZD, souhlas se v tomto případě předpokládá a není třeba²¹.

2.2 Osoby určené pacientem

ZoPZL stanovuje, že pacient má právo „*určit osobu, která může být informována o jeho zdravotním stavu, nebo vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě, a to při přijetí k poskytování zdravotní péče nebo kdykoliv po přijetí... pacient může určení osoby nebo vyslovení zákazu kdykoliv odvolat²²*“. Jak bylo uvedeno v předešlé kapitole, zákaz se nevztahuje na osoby zákonem taxativně vymezené. Pacient zároveň určí, zda jím uvedená osoba (může jich být i více) má právo i na nahlížení do ZD (vždy za přítomnosti zdravotnického pracovníka) a pořízení její opisů, výpisů či kopií²³. Identifikační údaje osoby, kterou pacient určí, jsou zaznamenány do ZD, viz kapitola Souhlas s poskytováním informací.

ZoPZL vedle osoby, kterou určí sám pacient, dále rozeznává dva druhy osob. Jedná se o osobu blízkou a člena jeho domácnosti²⁴, které definuje zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Zdravotnický pracovník má právo v případě pochybností o totožnosti osob požadovat, aby prokázaly svou identitu²⁵.

²⁰ § 67b odst. 11 věta první zákona č. 20/1966 Sb.

²¹ § 67b odst. 11 věta druhá zákona č. 20/1966 Sb.

²² § 67b odst. 12 písm. d) věta první zákona č. 20/1966 Sb.

²³ § 67b odst. 12 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb.

²⁴ § 23 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb.

²⁵ § 67bb odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb.

2.2.1 Osoby pacientovi blízké

„Osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel, partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní“²⁶. Partnerem se rozumí osoba, která uzavřela registrované partnerství, tj. „trvalé společenství dvou osob stejného pohlaví vzniklé způsobem stanoveným zákonem o registrovaném partnerství a o změně některých souvisejících zákonů“²⁷.

V situaci, kdy nemocný není vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen určit osobu, které lze informace poskytovat, mají osoby blízké právo na aktuální informace o jeho zdravotním stavu²⁸.

Pokud pacient zemřel, může osoba blízká uplatnit právo na informace o příčině úmrtí a výsledku pitvy (pokud byla provedena). Dále má právo nahlížet do ZD v přítomnosti zdravotnického pracovníka a také má právo na pořizování opisů, výpisů i kopií²⁹.

Pokud pacient zemřel a za svého života vyjádřil nesouhlas (zákaz) s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu, mohou osoby blízké tato práva uplatnit jen v případě zájmu ochrany svého zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob, a to pouze v rozsahu nezbytném pro ochranu zdraví³⁰.

2.2.2 Členové domácnosti pacienta

„Domácnost tvoří fyzické osoby, které spolu trvale žijí a společně uhrazují náklady na své potřeby“³¹

Těmto osobám mohou být poskytnuty takové informace, které jsou nezbytné pro zajištění péče o pacienta (pokud to vyžaduje zdravotní stav pacienta) nebo pro ochranu jejich zdraví³².

²⁶ § 116 zákona č. 40/1964 Sb.

²⁷ § 1 odst. 1 zákona č. 115/2006 Sb.

²⁸ § 67 ba odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb.

²⁹ § 67 ba odst. 3 věta první zákona č. 20/1966 Sb.

³⁰ § 67 ba odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb.

³¹ § 115 zákona č. 40/1964 Sb.

Tyto osoby musí mít dva základní znaky. Prvním je, že pacient s takovou osobou trvale bydlí (bez ohledu na časový úsek a uvedené bydliště v úřední evidenci), nemělo by však jít o občasné návštěvy či přechodné ubytování. Druhým znakem je společné hospodaření. Zde není podmínkou, aby osoby tvořící domácnost přispívaly na společné potřeby pouze finančně nebo stejnou měrou (Policar, 2010).

³² § 23 odst. 1 věta druhá zákona č. 20/1966 Sb.

3 POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Jak již bylo uvedeno, na informace má právo sám pacient a osoby, které sám určí nebo které definuje právní předpis.

V zásadě platí pravidlo, že informace podává ten, kdo zdravotní péči poskytuje. Zdravotničtí pracovníci, kteří se podílejí na léčbě, pacienta informují o skutečnostech, které spadají do jejich profesně stanovených odborných kompetencí³³, což je klíčové pravidlo pro zdravotní sestry.

Buriánek (2005) akcentuje klíčový obrat při poskytování informací je především neškodit - *primum non nocere*.

Haškovcová (2007) klade při informování pacienta velký důraz na rozlišení kompetencí tak, jak je to uvedeno v ZoPZL.

Tuza (2009) zdůrazňuje, že pacientovi by neměla být poskytnuta jen strohá informace. Vysvětlení by mělo být poskytnuto tak, aby mu porozuměl i laik bez odborného medicínského zdělání.

3.1 Lékař jako poskytovatel informací

Paternalistický přístup k pacientovi, který se rozvinul především po roce 1948, znamenal jeho absolutní podřízenost lékaři i celému léčebnému režimu. „*Lékař jednal zpravidla autoritativně, neradil se s pacientem, jakou léčbu by volil raději, ani mu podrobně nevysvětloval výhody či nevýhody jednotlivých možností léčby, na druhé straně věnoval komunikaci více času, než je tomu v současné době.*“ (Mach, 2006, s.11). Tato situace se změnila po roce 1990, kdy se po vzoru západoevropských zemí pacienti sami aktivně dožadovali informací (Mach, 2006).

Za kvalitu a celkový rozsah informací zodpovídá ošetřující lékař pacienta. Je povinností přednosta nebo primáře, popřípadě vedoucího lékaře daného oddělení nebo kliniky, aby jasně vymezil, kdo je ošetřujícím lékařem pacienta. Určí tedy toho,

³³ § 23 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb.

kdo je povinen s pacientem komunikovat. Pokud ošetřující lékař přítomen není, náležité informace sděluje službu konající lékař (Mach, 2006), (Haškovcová, 2007).

Ošetřující lékař je povinen pacienta (nebo jeho zákonného zástupce) poučit o právu na³⁴:

- poskytnutí veškerých informací vedených o jeho osobě shromážděných ve ZD, včetně ostatních zápisů vztahující se k jeho zdravotnímu stavu,
- nahlížení do ZD (ve stejném rozsahu jako v předešlém bodě) za přítomnosti zdravotnického pracovníka (dále bývá upraveno vnitřním předpisem),
- pořízení opisů, výpisů a kopií dokumentů, do kterých smí nahlížet,
- určení osoby, která může být informována o jeho zdravotním stavu,
- zákaz poskytování informací o jeho zdravotním stavu³⁵.

Etický kodex České lékařské komory (stavovský předpis č. 10, účinný od 22.7.2007, specifický pro lékaře, kteří jsou povinni ho dodržovat), říká že „lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčeni mohou nastat“ (Česká lékařská komora, 2007).

3.2 Všeobecná sestra jako poskytovatel informací

„Při pohledu do historie sestry vždy poskytovaly pacientům informace o jejich zdravotním stavu, prevenci, ale i možných komplikacích onemocnění. Kvalita těchto informací závisela pouze na zkušenostech a pracovním nadšení sestry.“ (Kulhavá, 2009).

Zlomovým okamžikem pro vymezení nových kompetencí sestry (a jiných nelékařských pracovníků) bylo vydání vyhlášky č. 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů (dále jen VoČ). Tato vyhláška stanovuje, že zdravotnický pracovník

³⁴ § 67ba odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb.

³⁵ § 67b odst. 12 zákona č. 20/1966 Sb.

(bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti) s odbornou způsobilostí (tj. například všeobecná sestra) „*poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře*“³⁶. Kompetence všeobecné sestry (rozsah činnosti všeobecné sestry a obecné kompetence všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí) dle této vyhlášky jsou uvedeny v příloze D.

Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb., požadavky na studijní program nelékařských zdravotnických povolání, ve znění pozdějších předpisů, uvádí čtyři základní oblasti kompetencí všeobecné sestry (tj. nezávislé – autonomní, závislé – kooperativní, kompetence všeobecné sestry v oblasti výzkumu a vývoje a dále v oblasti řízení ošetrovatelské péče). Mezi autonomní kompetence se řadí zdravotní výchova a poskytování informací, které „*zprostředkovává jednotlivcům, rodinám, skupinám a jejich příbuzným potřebné informace v přiměřené formě z hlediska svých kompetencí a stará se o to, aby tyto informace byly srozumitelné a aby mohla dosažené výsledky v informovanosti klientů/pacientů vyhodnotit*“³⁷.

3.3 Zadržení informací o zdravotním stavu pacienta

Zadržení informací o zdravotním stavu pacienta je velice složitá a eticky náročná problematika, která vyžaduje individuální pohled.

Uvedená problematika prošla značným vývojem. Nejdříve bylo zvykem sdělovat úplnou pravdu. Například A. S. Puškin (1799 – 1837, ruský básník, dramatik a prozaik, který zemřel na následky zranění milencem své manželky) poděkoval ošetřujícímu lékaři za informaci, že jeho zranění jsou smrtelná. Změna proběhla až pod vlivem 1. a 2. světové války, kdy se upřednostňovala strategie *pia fraus* (milosrdná lež, oklamání). Pravdivé sdělení tak bylo odmítnuto bez ohledu na vůli pacienta. Další změnu přinesla druhá polovina 20. Století, kdy se opět začalo upřednostňovat poskytnutí všech pravdivých informací (Kutnohorská, 2007).

³⁶ § 3 odst. 1 písm. d) vyhlášky č. 424/2004 Sb.

³⁷ str. 12, částka 6 Věstníku MZČR, 2008

Úmluva o biomedicíně zveřejňuje, že je ve výjimečných případech možné, aby zákon omezil práva pacienta na všechny shromážděné informace o jeho zdravotním stavu, avšak pouze pokud je to v jeho zájmu³⁸.

V současné době není v našem vnitrostátním právu žádný právní předpis, který by zadržení informací připouštěl. Naopak ZoPZL zakotvuje právo na poskytnutí veškerých informací, které jsou shromážděné ve ZD a vztahují se k zdravotnímu stavu daného pacienta. Výjimku zde tvoří autorizované psychologické metody a popis léčby psychoterapeutickými prostředky. V tomto případě má pacient (nebo osoby jím určené) nárok na informace, jejichž obsahem je popis příznaků onemocnění, diagnóza, popis terapeutického přístupu a interpretace výsledků testů³⁹.

Do roku 2007, než byl novelizován Etický kodex České lékařské komory, však § 3 odst. 5 tohoto etického kodexu uváděl, že *„zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké“* (Kutnohorská, 2007, s.110). Novelizací z roku 2007 byl tento odstavec z Kodexu odstraněn.

³⁸ čl. 10 odst. 3 Úmluvy o biomedicíně č. 96/2001 Sb.m.s.

³⁹ § 67b odst. 12 písm. a) zákona č. 20/1966 Sb.

4 INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

V demokratických právních státech je základem pro poskytování zdravotní péče informovaný souhlas pacienta. Tento poměrně moderní nástroj pro poskytování informací je považován za projev pacientovy vůle (Haškovcová, 2007).

Informovaný souhlas vychází z Úmluvy o biomedicině, kde je zveřejněno: *„Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat“⁴⁰.*

ZoPZL stanovuje, že *„vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat“⁴¹.*

Souhlas s poskytováním zdravotní péče je jednostranný právní úkon, který musí mít všechny formální i věcné náležitosti, je učiněn svobodně, vážně, určitě a srozumitelně. Souhlas nabývá platnosti od okamžiku, kdy je projeven a pacient má právo jej kdykoli odvolat (Vondráček et al, 2009).

V praxi jsou rozeznávány tři formy informovaného souhlasu s konkrétním výkonem:

- Konkludentní – pacient se podrobí výkonu bez jakých projevů nesouhlasu.
- Výslovný – je nejčastější a dostatečný pro většinu případů, může být buď výslovný verbální nebo výslovný literární.
- Výslovný souhlas doplněný písemným prohlášením – je využíván především u rizikových výkonů (Vondráček et al, 2009).

4.1 Kdy lze poskytovat péči bez souhlasu pacienta

Poskytování zdravotní péče či hospitalizace pacienta mohou být provedeny bez souhlasu pacienta pouze tehdy, je-li daná situace taxativně a přesně stanovena zákonem.

⁴⁰ čl. 5 Úmluvy o biomedicině č. 96/2001 Sb.m.s.

⁴¹ § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb.

Pokud by došlo k porušení těchto stanov, mohlo by se jednat o trestný čin omezování osobní svobody, popřípadě poškozování cizích práv (Mach, 2008).

ZoPZL svým ustanovením vymezuje následující možnosti, kdy je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony bez souhlasu pacienta:

- Jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem vyžadující povinné léčení. Pacient s tímto onemocněním musí být poučen o povinnosti absolvování povinné léčby.
- Jestliže osoba projevuje známky duševní choroby nebo intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí.
- Není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta vyžádat si jeho souhlas a jde-li o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví (viz kapitola Presumpce souhlasu).
- Jedná-li se dle zákona o ochraně veřejného zdraví o nosiče⁴².

4.1.1 Presumpce souhlasu

Základ presumpce souhlasu pro vnitrostátní úpravu přináší Úmluva o biomedicíně, která zveřejňuje možný stav nouze vyžadující neodkladná řešení. „*Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby*“⁴³.

ZoPZL stanovuje, že „*je-li neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte anebo osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům a odpírají-li rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu*“⁴⁴.

Polícar (2010) dovozuje, že ne vždy se ovšem jedná o zákroky, které zachraňují pacientův život. Uvádí, že v takovémto případě je třeba postupovat *lege artis*, tj. v souladu s medicínskými poznatky a výsledky lékařské vědy (Vokurka et al, 2004), a také v zájmu zachování zdraví pacienta dle nejlepšího vědomí a svědomí lékaře.

⁴² § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb.

⁴³ čl. 8 Úmluvy o biomedicíně č. 96/2001 Sb.m.s.

⁴⁴ § 23 odst. 3 zákona č. 20/1966 Sb.

4.2 Písemný informovaný souhlas

ZoPZL zakotvuje, že „každý lékařský výkon, který není v bezprostředním zájmu osoby, na které má být proveden, lze provést pouze s předchozím písemným souhlasem takové osoby. Před udělením souhlasu musí být osoba úplně informována o povaze výkonu a jeho rizicích“⁴⁵.

První pokus o standardizaci písemného informovaného souhlasu byl v roce 2006, vyhláškou č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci (dále jen VoZD). Bezpodmínečný obsah písemného informovaného souhlasu obsahuje však zmíněná vyhláška až po své novelizaci (Policar, 2010).

V ČR nejsou písemné souhlasy s ošetrovatelskými výkony běžné, na rozdíl od praxe lékařské. Při poskytování ošetrovatelské péče je nejčastěji používán ústní či konkludentní souhlas před daným výkonem. Sestra pacientův případný nesouhlas s výkonem vždy hlásí ošetřujícímu lékaři (Haškovcová, 2007) (Vondráček et al, 2009), (Mach, 2006).

Vondráček také uvádí, že vzhledem k rostoucím pravomocem sester se dá předpokládat zavedení písemného informovaného souhlasu i s ošetrovatelským výkonem (Vondráček et al, 2009).

Haškovcová řadí mezi nejčastější chyby a omyly předkládání formuláře písemného informovaného souhlasu s lékařským výkonem sestrou. Jak již bylo řečeno, souhlas je doklad o náležité komunikaci mezi pacientem a tím, kdo daný výkon bude provádět, proto je nepřijatelné, aby souhlas s lékařským výkonem zajišťovala právě sestra (Haškovcová, 2007).

4.2.1 Povinně písemný informovaný souhlas

Právními předpisy obecně není vždy vyžadován souhlas v písemné podobě. Tento požadavek je na základě právního předpisu specifikován pouze u náročných výkonů, kde je vyšší riziko komplikací. V ostatních případech je platný souhlas ústní či konkludentní (Haškovcová, 2007).

Zdravotnické předpisy uvádí i písemné souhlasy, jejichž podstatou není seznámení se zdravotním výkonem. Policar dovozuje, že takový písemný souhlas

⁴⁵ § 27c zákona č. 20/1966 Sb.

nemusí mít všechny náležitosti, které popisuje VoZD (Policar, 2010). Minimální obsah písemného souhlasu dle VoZD je uveden v příloze E.

- Písemný souhlas s hospitalizací – nejedná se o souhlas se zdravotním výkonem. Pacient svým podpisem zároveň stvrzuje dodržování domácího řádu. Poskytovat informace o domácím řádu je v kompetencích zdravotních sester, z toho důvodu může vnitřní řád nemocnice pověřit jeho zajištěním právě sestru.

- Transplantace – problematiku upravuje zákon č. 285/2002 Sb., transplantační zákon, ve znění pozdějších předpisů. Zákon stanovuje, že „*odběr orgánu od žijícího dárce lze provést pouze ve prospěch osoby, kterou dárce určil*“⁴⁶. Součástí souhlasu (žijícího) dárce je i vymezení účelu použití transplantované tkáně či orgánu. Odběr tkáně či orgánu od zemřelého dárce lze provést pouze tehdy, byla-li zjištěna smrt (zákon uvádí specifický postup pro její zjištění). V ČR se předpokládá souhlas s poskytnutím tkání či orgánů – „*pokud nebylo prokázáno, že zemřelý vyslovil za svého života prokazatelně nesouhlas s posmrtným odběrem, platí, že s odběrem souhlasí*“⁴⁷.

- Písemný souhlas je třeba také při odnímání částí lidského těla v souvislosti s léčebně preventivní péčí, lékařskou vědou, výzkumem a výukovými účely, odběr krve, buněk, tkání a orgánů. Problematikou se zabývá ZoPZL. Písemný souhlas je vyžadován v případě odebrání jakékoliv části těla, která by dále měla sloužit pro účely stanovené tímto zákonem (jedná se například o plodové vejce po potratu, celé tělo zemřelého)⁴⁸.

- Výkony, které nejsou v bezprostředním zájmu zdraví pacienta – problematiku zakotvuje ZoPZL. „*Každý lékařský výkon, který není v bezprostředním zájmu osoby, na které má být proveden, lze provést pouze s předchozím písemným souhlasem takové osoby. Před udělením souhlasu musí být osoba úplně informována o povaze výkonu a jeho rizicích*“⁴⁹.

⁴⁶ § 8 odst. 1 zákona č. 285/2002 Sb.

⁴⁷ § 16 odst. 3 zákona č. 285/2002 Sb.

⁴⁸ § 26 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb.

⁴⁹ § 27c zákona č. 20/1966 Sb.

- Klinické hodnocení humánních léčivých přípravků – zákon č. 378/2008 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů, vyžaduje písemný souhlas s účastí v klinickém hodnocení⁵⁰.
- Klinické zkoušky zdravotnických prostředků (např. pomůcka, přístroj, nástroj). Souhlas vyžaduje zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů⁵¹.
- Asistovaná reprodukce – ZoPZL vyžaduje písemný souhlas s provedením odběru zárodečných buněk od dárce, s jejich použitím pro umělé oplodnění i souhlas ženy s vlastním oplodněním⁵².
- Sterilizace, kastrace, změny pohlaví – problematiku upravuje ZoPZL⁵³.

4.3 Nesouhlas pacienta s lékařským výkonem

Problematiku nesouhlasu zakotvuje jedna věta ZoPZL. „*Omítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers)*“⁵⁴.

Nesouhlas pacienta s lékařským výkonem, tzv. negativní revers, má dva základní úkoly. Jednak chrání zdravotnického pracovníka a dokazuje, že pacienta řádně poučil a informoval (pacient to stvrdí svým podpisem). Revers také chrání samotného pacienta tím, že zdravotníkovi ukládá povinnost poskytnout mu všechny informace (Policar, 2010).

VoZD specifikuje minimální obsah prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu, tento výňatek je uveden v příloze F.

⁵⁰ § 51 odstavec 2 písm. h) zákona č. 378/2008 Sb.

⁵¹ § 10 zákona č. 123/2000 Sb.

⁵² § 27d odst. 3 zákona č. 20/1966 Sb.

⁵³ § 27, § 27a zákona č. 20/1966 Sb.

⁵⁴ § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb.

5 POVINNÁ MLČENLIVOST ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ

Potřeba zdravotníků ochraňovat své pacienty se vyskytovala už v dávné minulosti. Mladí lékaři již na počátku své praxe, v Hippokratově přísaze (5. - 4. st. př. n. l.) slibovali pod záštitou bohů že „...cokoliv uvidím a uslyším, co nesmí se sdělit, to zamlčím a zachovám v tajnosti“ (Doležal et al, 2007, s. 14).

Povinná mlčenlivost je dle českého právního řádu rozdělena na tři druhy:

- Státem uznávaná povinnost mlčenlivosti – její rozsah není vymezen zákonem, ale vyplývá z právního úkonu učiněného na základě zákona. Stát ji tedy pouze uznává, ale nestanovuje (např. obchodní a zpovědní tajemství).
- Zákonem stanovená (uložená) mlčenlivost – vyplývá přímo ze zákona (např. ochrana utajovaných informací, služební tajemství).
- Mlčenlivost uložená na základě mezinárodních smluv (Uherek, 2008).

Povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků zařazujeme jako státem stanovenou, avšak vedle ústavně právního aspektu je tato mlčenlivost doplněna i o etický, morální a soukromoprávní rozměr. Primárním cílem povinné mlčenlivosti je navázání důvěryhodného vztahu (mezi zdravotníkem, pacientem a rodinou pacienta), který je nezastupitelný pro výsledek i kvalitu poskytované péče. Dalším cílem je ochrana před neoprávněným zasahováním do pacientova soukromí, ochrana jeho nedotknutelnosti a lidské důstojnosti, osobní cti, dobrého jména a pověsti (Uherek, 2008) (Prudil, 2006).

Pro zdravotnického pracovníka je povinná mlčenlivost vymezena jak pozitivně, kdy mu ukládá povinnost údaje o pacientovi aktivně sdělovat příbuzným a v určitých případech i orgánům veřejné moci, tak i negativně, kdy zdravotnický pracovník musí chránit informace před neoprávněnými osobami, což je vlastní podstata povinné mlčenlivosti. Tato povinnost přetrvává i po skončení pracovního poměru zdravotníka (Uherek, 2008).

Vždy když je v této práci zmiňována povinná mlčenlivost, jedná se o povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků.

5.1 Právní úprava vztahující se k povinné mlčenlivosti

Výklad předpisů vztahující se k povinné mlčenlivosti zdravotníků a šíře jejich účelu se mění v závislosti na politickém režimu, právním systému a právní kultuře. Zde se uplatňuje pravidlo, že „čím demokratičtější stát, tím širší a důraznější ohled na povinnou mlčenlivost“ (Uherek, 2008, s.12).

Úmluva o biomedicíně zveřejňuje právo každého „...na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví“⁵⁵.

Listina akcentuje ochranu před neoprávněným nakládáním s informacemi a zasahováním do rodinného a soukromého života⁵⁶ a dále „nikdo nesmí porušit listovní tajemství ani tajemství jiných písemností a záznamů“⁵⁷.

V souladu s Úmluvou o biomedicíně a Listinou je pro povinnou mlčenlivost základním pramenem práva ZoPZL, který ukládá „zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděl při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby; povinnost oznamovat určité skutečnosti uložené zdravotnickým pracovníkům zvláštním právním předpisem tím není dotčena“⁵⁸.

ZOOU stanovuje pro účely tohoto zákona několik základních pojmů:

- **Osobním údaj** – „jakákoliv informace týkající se určeného nebo určitelného subjektu údajů. Subjekt údajů se považuje za určený nebo určitelný, jestliže lze subjekt údajů přímo či nepřímo identifikovat zejména na základě čísla, kódu nebo jednoho či více prvků, specifických pro jeho fyzickou, fyziologickou, psychickou, ekonomickou, kulturní nebo sociální identitu“⁵⁹.

- **Citlivý údaj** – „osobní údaj vypovídající o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v odborových organizacích, náboženství a filozofickém přesvědčení, odsouzení za trestný čin, zdravotním stavu a sexuálním životě subjektu údajů a genetický údaj subjektu údajů; citlivým údajem je

⁵⁵ čl. 10 Úmluvy o biomedicíně č. 96/2001 Sb.m.s.

⁵⁶ čl. 10 ÚZ č. 2/1993 Sb.

⁵⁷ čl. 13 ÚZ č. 2/1993 Sb.

⁵⁸ § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb.

⁵⁹ § 4 písm. a) zákona č. 101/2000 Sb.

také biometrický údaj, který umožňuje přímou identifikaci nebo autentizaci subjektu údajů“⁶⁰

ZOOU zakotvuje, že k citlivým osobním údajům mají přístup i jiné osoby než zdravotničtí pracovníci, podílející se na jejich zpracování. Z toho důvodu stanovuje povinnost, že *„zaměstnanci správce nebo zpracovatele, jiné fyzické osoby, které zpracovávají osobní údaje na základě smlouvy se správcem nebo zpracovatelem, a další osoby, které v rámci plnění zákonem stanovených oprávnění a povinností přicházejí do styku s osobními údaji u správce nebo zpracovatele, jsou povinni zachovávat mlčenlivost o osobních údajích a o bezpečnostních opatřeních, jejichž zveřejnění by ohrozilo zabezpečení osobních údajů. Povinnost mlčenlivosti trvá i po skončení zaměstnání nebo příslušných prací“⁶¹*. Tato povinnost se nevztahuje na informační povinnost, dle zvláštních zákonů⁶².

Povinnou mlčenlivost zdůrazňuje Kodex práv pacienta, Mezinárodní kodex pro zdravotní sestry i Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů: *„Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením“⁶³*.

5.2 Obsah povinné mlčenlivosti

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, zdravotnický pracovník *„je povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dověděl při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby“⁶⁴*. Patří sem zejména údaje, které lze rozdělit do několika skupin:

⁶⁰ § 4 písm. b) zákona č. 101/2000 Sb.

⁶¹ § 15 odst. 1 zákona č. 101/2000 Sb.

⁶² § 15 odst. 2 zákona č. 101/2000 Sb.

⁶³ str. 12, částka 7 Věstníku MZČR, 2004

⁶⁴ § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb.

- Údaje o zdravotním stavu pacienta, především:
 - zjištěné zdravotníkem při klinickém vyšetření (např. diagnóza, vady),
 - informace o léčebném postupu (např. léky, které pacient užívá),
 - informace o prevenci (např. očkování),
 - informace o samotném diagnostickém a vyšetřovacím postupu,
 - anamnestické údaje,
 - informace o zvyklostech pacienta (např. míra požívání alkoholu, vegetariánství).
- Údaje o rodinné, finanční a sociální situaci pacienta – informace, které se zdravotník dozví v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Údaje vypovídající o sexuálním životě pacienta (např. výslovné označení sexuální orientace, sexuální chování).
- Údaje o náboženském, filozofickém nebo politickém přesvědčení, údaje o členství v odborných organizacích. Údajem o politických postojích jsou politické názory vyjadřované ústně, písemně, hlasováním (ve volbách), v peticích.
- Údaje o rasovém, národnostním i etickém původu – cílem ochrany těchto údajů je prevence diskriminace pacienta pro jeho původ.
- Údaje o trestné činnosti – zejména údaje obsažené v opisech a výpisech z trestného rejstříku (Uherek, 2008).

5.3 Prolomení povinné mlčenlivosti

Důvodem stanovení výjimek je zachování demokratických principů společnosti a svobody jedince. Ustanovení Úmluvy o biomedicíně otevírá v čl. 26 prostor pro zákonné výjimky z povinné mlčenlivosti; *„žádná omezení nelze uplatnit na výkon práv a ochranných ustanovení obsažených v této Úmluvě, kromě těch, která stanoví zákon, a která jsou nezbytná v demokratické společnosti v zájmu bezpečnosti veřejnosti, předcházení trestné činnosti, ochrany veřejného zdraví nebo ochrany práv a svobod jiných“*⁶⁵.

⁶⁵ čl. 26 odst. 1 Úmluvy o biomedicíně č. 96/2001 Sb.m.s.

5.3.1 Zproštění mlčenlivosti pacientem

Pacient může sám rozhodnout, zda zdravotník (či jiný okruh osob nebo orgánů) může sdělit informace, na které se vztahuje povinná mlčenlivost. V takovém případě má souhlas podobu zvláštního právního aktu v písemné nebo ústní formě (zákonem není stanovena, ale je doporučována písemná podoba). Souhlas obsahuje osobu, které budou údaje poskytnuty i účel použitých informací (Prudil, 2006).

5.3.2 Osoby určené pacientem

Při sdělování informací osobám, které pacient sám určí (viz kapitola Osoby určené pacientem) dochází také k prolomení povinné mlčenlivosti.

Prudil uvádí, že by bylo nevhodné, aby jiní zdravotničtí pracovníci než lékaři (například střední zdravotnický personál) odmítali komunikovat s pacientovými příbuznými z důvodu možného porušení povinné mlčenlivosti. Uvádí, že je na místě, aby podali základní informace například o tom, jak se pacient cítí a jak se mu daří, podávání dalších informací by však měli ponechat lékařům (Prudil, 2006).

Uherek vyzývá k opatrnosti při sdělování stručných a velmi obecných skutečností třetím osobám. Uvádí, že výklad mlčenlivosti se v tomto směru ustálil na zásadě, že „...*pouhé sdělení skutečnosti, že pacient je ve zdravotnickém zařízení hospitalizován a charakteristika jeho zdravotního stavu pomocí obecných termínů (např. „pacient je stabilizovaný“)* případné informace o úmrtí pacienta, ještě není porušování povinné mlčenlivosti“ (Uherek, 2008, s. 35). Autor také připouští možnost sdělování těchto informací i telefonicky a zároveň nabádá ke zvýšené opatrnosti v případě hospitalizace ve specializovaných ZZ (například psychiatrická léčebna, plastická chirurgie), kde je třeba zvážit zvláštní povahu těchto ZZ. V takovém to případě lze brát za porušení mlčenlivosti pouhou okolnost (např. samotná hospitalizace pacienta, v některých případech i jména a specializace lékaře) (Uherek, 2008).

5.4 Oznamovací povinnost soudu

Zdravotnické zařízení je povinno oznámit soudu, v jehož obvodu má ZZ sídlo, přijetí do ústavní péče každého pacienta bez písemného souhlasu, a to do 24 hodin⁶⁶. Jsou to osoby, které na základě svého zdravotního stavu nejsou schopné vyjádřit se k souhlasu s hospitalizací nebo osoby, jejichž onemocnění vyžaduje převzetí do ústavní péče⁶⁷.

Pro tuto ohlašovací skutečnost neexistují žádné formuláře. Hlavní důraz je kladen na dodržení zákonem stanovené lhůty, proto je nutné provést zápis o ohlášení do ZD. Soud do 7 dnů předběžně rozhodne, zda samotné převzetí pacienta do ústavní péče bylo ze zákonných důvodů. Pacientův zdravotní stav nadále zkoumá, aby ve lhůtě do tří měsíců rozhodnul o přípustnosti či nepřípustnosti jeho převzetí do ústavní péče. Takové rozhodnutí je pak standardně účinné po dobu jednoho roku, nerozhodne-li soud jinak (Mach, 2008).

5.5 Další výjimky prolomení povinné mlčenlivosti na základě oznamovací povinnosti

Mlčenlivost je prolomena vždy, když zákon stanovuje oznamovací povinnost zdravotnického pracovníka. Jednotlivé právní předpisy uvádí celou řadu povinností, z nichž zde jsou uvedeny ty nejdůležitější. Povinná mlčenlivost nesmí být překážkou v ochraně veřejného zájmu.

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších právních předpisů, udává informační povinnost mezi ošetřujícími lékaři a ZZ vůči pojišťovně. „*ošetřující lékař nebo jiný odborný pracovník ve zdravotnictví informuje registrujícího lékaře o zjištěných skutečnostech a o průběhu a ukončení léčení, zejména o skutečnostech důležitých pro posouzení zdravotní způsobilosti k práci a o epidemiologické situaci*“⁶⁸. Totéž platí pro poskytování informací mezi registrujícím lékařem a lékařem závodní preventivní péče. Dále kontrolní povinnosti zdravotních pojišťoven na úhrady péče a úhrady regulačních poplatků (Prudil, 2006).

⁶⁶ § 24 zákona č. 20/1966 Sb.

⁶⁷ § 23 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb.

⁶⁸ § 21 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb.

- Zákon č. 66/1986 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, stanovuje povinnost ohlásit zákonnému zástupci umělé ukončení těhotenství u žen starších 16 let a mladších 18 let. U žen mladších 16 let je nutný souhlas s výkonem o umělém přerušení těhotenství zákonných zástupců⁶⁹.

- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, stanovuje ZZ ohlašovací povinnost hlásit příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví výskyt nemocniční nákaz, nosiče a infekčních onemocnění (i podezření na ně), mikrobiologické nálezy původců alimentárních onemocnění, markerů virových hepatitid a pozitivních sérologických vyšetření na infekční onemocnění. Na vyžádání také ZZ sdělí „...osobní údaje fyzických osob, které mají ve své evidenci, a to jméno, příjmení, rodné číslo a trvalý pobyt, dále druh a datum očkování, trvalou kontraindikaci či imunitu vůči nákaze“⁷⁰.

- Vyhláška č. 11/1988 Sb., o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky, ve znění pozdějších předpisů, zadává povinnost ZZ hlásit narození živého a mrtvého dítěte obecnímu úřadu pověřenému vedením matriky⁷¹.

- Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů, upravuje zásahy do povinné mlčenlivosti pro účel vyplacení pojistného plnění. U žijících osob se nejedná o prolomení mlčenlivosti, protože pojistitel je na základě souhlasu pojištěnce oprávněn (podle zákona o pojistné smlouvě) zjišťovat informace o zdravotním stavu pojištěného (Uherek, 2008), (Prudil, 2006).

- Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon), ve znění pozdějších předpisů, připouští možnost, že během transplantačního procesu může dojít k prolomení povinné mlčenlivosti, a to ve vztahu k etické komisi a osobám blízkým možného dárce⁷².

- Zákon č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, ve znění pozdějších předpisů

⁶⁹ § 6 zákona č. 66/1986 Sb.

⁷⁰ § 51 písm. b) zákona č. 258/2000 Sb.

⁷¹ § 5, 6, 7 vyhlášky č. 11/1988 Sb.

⁷² § 3 odst. 2 zákona č. 285/2002 Sb.

stanovuje, že ZZ je povinno sdělit výsledky odběrů biologického materiálu Policii ČR, obecní policii, Vojenské policii, Vězeňské službě ČR a to na základě jejich žádosti. Zákon nelze uplatnit, pokud vyšetření bylo provedeno pouze v souvislosti se zdravotní péčí pro diferenciální diagnostiku⁷³.

- Vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřbení, ve znění pozdějších předpisů upravuje prohlídky zemřelého a pitvy. Při úmrtí pacienta a provádění pitvy dochází ke komunikaci mezi lékařem, vedením matriky, policejním orgánem při podezření o trestné činnosti⁷⁴.

Prudil uvádí, že samotné sdělení úmrtí konkrétní osoby není prolomení povinné mlčenlivosti, protože se jedná o statkovou záležitost (samostatnou existenci a neexistenci konkrétního subjektu – fyzické osoby). Zdravotnický pracovník by tak neměl být sankcionován za informování kohokoli o úmrtí určité osoby (Prudil, 2006).

- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřbení, ve znění pozdějších předpisů, určují oznamovací povinnost lékaři při úmrtí (nebo jen podezření) na infekční a nakažlivé onemocnění. Prohlízející lékař své podezření ihned hlásí příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví. Účelem tohoto opatření je ochrana osob, se kterými byl zemřelý v kontaktu i v rámci ochrany celé populace^{75, 76}.

- Národní zdravotnický informační systém (dále jen NZIS) byl zřízen na základě ZoPZL za účelem „sběru a zpracování informací o zdravotním stavu obyvatelstva, o zdravotnických zařízeních, jejich činnosti a ekonomice za účelem usměrňování poskytování zdravotní péče, stanovení koncepce státní zdravotní politiky, k využití informací v rámci zdravotnického výzkumu, pro řízení zdravotnictví a pro státní statistiku“⁷⁷.

⁷³ § 16 odst. 7 zákona č. 379/2005 Sb.

⁷⁴ § 3 vyhlášky č. 19/1988 Sb.

⁷⁵ § 3 odst. 4 vyhlášky č. 19/1988 Sb.

⁷⁶ § 45 zákona č. 258/2000 Sb.

⁷⁷ § 67c odst. 1 písm. a) zákona č. 20/1966 Sb.

NZIS dále vede zdravotnické registry⁷⁸, ve kterých se shromažďují informace o pacientech s vybranými společensky závažnými nemocemi, vyhodnocují se diagnostické a léčebné péče, sleduje se vývoj, příčiny a důsledky těchto onemocnění a stavů a také dochází ke statistickému a vědeckému zpracování zdravotnického charakteru. V registrech, které jsou vedeny podle ZoPZL, dochází ke zpracování citlivých a jiných údajů (např. zaměstnání, vzdělání) o pacientovi. Osobní údaje se pro statistické a vědecké účely správce anonymizují a po určité době jsou zcela anonymizovány⁷⁹.

V příloze H jsou uvedeny zdravotnické registry, které jsou vedeny dle ZoPZL.

5.6 Speciální úprava - anonymní porody

Anonymní porody upravuje novelizovaný ZoPZL. Zajišťuje tak maximální ochranu rodičkám. Omezení však zůstává při úhradě zákroku, které je hrazeno prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. ZZ má povinnost vést i ZD o rodiče, včetně jejich identifikačních a citlivých osobních údajů. Jméno a příjmení ženy, datum narození a porodu je vedeno spolu s písemnou žádostí o utajovaný porod odděleně. Tyto údaje se do ZD doplní až po ukončení hospitalizace a zároveň se zapečetí. Otevření takto zabezpečené dokumentace je možné jedině na základě rozhodnutí soudu⁸⁰, (Prudil, 2006).

5.7 Povinnost zdravotnického pracovníka překazit a oznámit trestný čin

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákon (dále jen TrZ) rozlišuje trestné činy na přečiny a zločiny⁸¹. „*Přečiny jsou všechny nedbalostní trestné činy a ty úmyslné trestné činy, na něž trestní zákon stanoví trest odnětí svobody s horní hranicí trestní sazby do pěti*

⁷⁸ § 67c odst. 1 písm. b) zákona č. 20/1966 Sb.

⁷⁹ § 67d odst. 2, 3, 7 zákona č. 20/1966 Sb.

⁸⁰ § 67b odst. 20 zákona č. 60/1966 Sb.

⁸¹ § 14 odst. 1 zákona č. 40/2009 Sb.

let.“⁸². Ostatní trestné činy jsou zločiny. Zdravotnický pracovník má podle TrZ povinnost překazit vybrané trestné činy (připravované či již páchané, tj. již nedokonané) páchané jinou osobou, o kterém se dozví hodnověrným způsobem. Pokud spáchání nebo dokončení takového trestného činu nepřekazí (oznámením státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu⁸³), bude potrestán odnětím svobody až na tři léta. Jedná se například o těžké ublížení na zdraví, nedobrovolné přerušování těhotenství bez souhlasu těhotné ženy, neoprávněné nakládání s osobními údaji, znásilnění, pohlavní zneužití a další⁸⁴.

Zdravotnický pracovník má při poskytování zdravotní péče také oznamovací povinnost vybraných trestných činů již dokonaných, jinak mu hrozí odnětí svobody až na tři léta. Povinnost je naplněna bezodkladným oznámením státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu. Jedná se například o těžké ublížení na zdraví, týrání svěřené osoby nebo vraždu⁸⁵.

Splnění obou uvedených povinností neporušuje zákonem stanovenou povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků⁸⁶.

5.8 Prolomení povinné mlčenlivosti při soudním řízení

Povinnost poskytnout součinnost činným orgánům v soudním řízení a také vypovídat jako svědek (v soudním a správním řízení) má každý občan, tyto skutečnosti však samy o sobě povinnou mlčenlivost neprolamují.

Zdravotnický pracovník může být mlčenlivosti zproštěn samotným pacientem (nikoli pozůstalými pacienta v případě jeho smrti) nebo povinností překazit či oznámit trestný čin. ZoPZL dále zakotvuje: *„povinností mlčenlivosti není zdravotnický pracovník vázán v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi ním, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody*

⁸² § 14 odst. 2 zákona č. 40/2009 Sb.

⁸³ § 367 odst. 3 zákona č. 40/2009 Sb.

⁸⁴ § 367 odst. 1 zákona č. 40/2009 Sb.

⁸⁵ § 368 odst. 1 zákona č. 40/2009 Sb.

⁸⁶ § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb.

*nebo na ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče“*⁸⁷. Uvedené ustanovení se vztahuje i na zdravotnické pracovníky, kteří v současné době nevykonávají zdravotnické povolání⁸⁸. Povolení soudu je nutné v trestných věcech (Prošková, 2009).

5.9 Právní odpovědnost při porušení povinné mlčenlivosti

Právní odpovědnost je definována jako „*povinnost strpět sankce za protiprávní jednání*“ (Vondráček et al., 2006, s. 7). Tato odpovědnost je projevem vůle s účastí vědomí, je tedy zpravidla provedena zaviněně. Zdravotničtí pracovníci povinnou mlčenlivost porušují písemným úkonem a především verbálně, kdy ústně sdělí informaci, která je jí vázána. Zavinění může být ve formě úmyslné (úmysl přímý či nepřímý), nebo ve formě neúmyslné (nedbalost vědomá či nevědomá) (Uherek, 2008).

Porušení povinné mlčenlivosti může být v závažných případech kvalifikováno jako trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji, „*...bude potrestán, kdo, byť i z nedbalosti, poruší státem uloženou nebo uznanou povinnost mlčenlivosti tím, že neoprávněně zveřejní, sdělí nebo zpřístupní třetí osobě osobní údaje získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, a způsobí tím vážnou újmu na právech nebo oprávněných zájmech osoby, jíž se osobní údaje týkají*“⁸⁹.

Poškozený může porušení povinné mlčenlivosti vnímat také jako hrubý zásah do osobnostních práv, zejména zachování lidské důstojnosti a neoprávněné zasahování do soukromého a osobního života⁹⁰. V praxi může dojít ke vzniku občanskoprávní odpovědnosti za škodu z důvodu ochrany osobnosti, přestupku⁹¹ nebo správního deliktu⁹².

⁸⁷ § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb.

⁸⁸ § 55 odst. 3 zákona č. 20/1966 Sb.

⁸⁹ § 180 zákona č. 40/2009 Sb.

⁹⁰ § 10 zákona č. 101/2000 Sb.

⁹¹ § 44a zákona č. 101/2000 Sb.

⁹² § 45 zákona č. 101/2000 Sb.

6 ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE

Jak bylo uvedeno, zdravotnická dokumentace obsahuje osobní údaje pacienta. Je tedy nutné, aby ZZ dodržovalo požadavky, které stanovuje zákon ZOOU.

Jednotná definice zdravotnické dokumentace neexistuje, Policar ji označuje jako „*záznam obsahující osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy, stejně jako informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče*“ (Policar, 2010, s.17).

Správné vedení zdravotnické dokumentace zajišťuje kontinuální zdravotní péči pro pacienta a zároveň je dokladem péče, kterou zdravotničtí pracovníci poskytli. Může mít textovou, grafickou nebo audiovizuální formu na záznamových nosičích a to v listinné nebo elektronické formě⁹³. Za její kontrolu zodpovídá primář a vrchní sestra daného oddělení. Zpravidla se skládá ze tří částí:

- Dokumentace vedená lékaři – zachycuje a uchovává rozhodné skutečnosti, které se vztahují k poskytování zdravotní péče (např. ordinace léků).
- Ošetřovatelská dokumentace – zachycuje a uchovává konkrétní skutečnosti, které se týkají poskytování ošetřovatelské péče (např. ošetřovatelský plán).
- Provozní dokumentace - zachycuje a uchovává důležité skutečnosti, které dokládají fungování provozu, ve kterém je péče poskytována (např. kniha „Evidence návykových látek“), (Vondráček et al., 2008).

6.1 Zdravotnická dokumentace jako soubor osobních údajů

ZOOU stanovuje ZZ jako správce zdravotnické dokumentace (osobních údajů). „*Správce je každý subjekt, který určuje účel a prostředky zpracování osobních údajů, provádí zpracování a odpovídá za něj. Zpracováním osobních údajů může správce zmocnit nebo pověřit zpracovatele, pokud zvláštní zákon nestanoví jinak.*“⁹⁴. Správce je

⁹³ § 67b odst. 5 zákona č. 20/1966 Sb.

⁹⁴ § 4 písm. j) zákona č. 101/2000 Sb.

nabádán, aby ctil práva na ochranu soukromého a osobního života subjektu údajů tj. „fyzická osoba, k níž se osobní údaje vztahují“⁹⁵. Subjekt zároveň nesmí utrpět újmu na svých právech, především na zachování lidské důstojnosti (Polícar, 2010).

Správci ZD § 5 ZOOU ukládá například tyto povinnosti:

- stanovit účel, k němuž mají být osobní údaje zpracovány,
- stanovit prostředky a způsob zpracování osobních údajů,
- uchovávat osobní údaje pouze po dobu, která je nezbytná k účelu jejich zpracování,
- shromažďovat osobní údaje pouze otevřeně; je vyloučeno shromažďovat údaje pod záminkou jiného účelu nebo jiné činnosti,
- nesdružovat osobní údaje, které byly získány k rozdílným účelům,
- zajistit, aby systémy pro automatizovaná zpracování osobních údajů používaly oprávněné osoby, které mají přístup pouze k informacím odpovídajícím jejich oprávnění⁹⁶.

K vedení ZD není potřeba souhlasu pacienta, neboť ZZ mají ze zákona uloženou povinnost ji vést⁹⁷. Účely, pro které je vedena, jsou přesně upraveny. Správci jsou také povinni přijmout patření, aby zabránili jakémukoli neoprávněnému přístupu k osobním údajům, včetně jejich změny, zničení, ztrátě či přenosům a jejich jinému neoprávněnému zpracování⁹⁸.

6.2 Zdravotnická dokumentace jako zdroj informací

Novelizací ZoPZL byl jasně vymezen okruh osob, které mohou do ZD nahlížet a uplatňovat související práva (viz kapitola Osoby zákonem taxativně vymezené, příloha C).

⁹⁵ § 4 písm. d) zákona č. 101/2000 Sb.

⁹⁶ § 5 odst. 1 zákona č. 101/2000 Sb.

⁹⁷ § 67a zákona č. 20/1966 Sb.

⁹⁸ § 13 odst. 1 zákona 101/2000 Sb.

Mervanová (2009) doporučuje, aby pacienti, kteří se zamýšlí nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat výpisy, opisy či kopie, nejdříve písemně obrátili na vedení ZZ se svou žádostí o realizaci těchto práv.

Polícar (2010) zdůrazňuje, že se pacient ze sdělených informací nesmí dozvědět o třetích osobách. Zároveň tuto třetí osobu definuje kohokoli, kdo je odlišný od pacienta a zdravotnického zařízení poskytující pacientovi zdravotní péči.

Pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů vztahujících se k zdravotnímu stavu pacienta zajišťuje ZZ ve lhůtě do 10 dnů (od obdržení žádosti), pokud není stanoveno jinak. Ostatní případy mají lhůtu 30 dní. ZZ je zároveň oprávněné požadovat úhradu za tyto úkony, nesmí však přesáhnout náklady spojené s jejich pořízením⁹⁹.

Při sdělování informací tvoří výjimku autorizované psychologické metody a léčba psychoterapeutickými prostředky. V tomto případě mají dané osoby právo pouze na informace o příznacích onemocnění, diagnóze, popis terapeutického postupu a interpretaci výsledků testů¹⁰⁰.

Vždy je třeba udělat řádný záznam do ZD o nahlížení, pořízení výpisů, opisů či kopií ZD. Tento záznam musí obsahovat rozsah, účel, datum a podpis zdravotnického pracovníka i oprávněné osoby¹⁰¹.

6.2.1 Předávání zdravotnické dokumentace

ZoPZL zakotvuje návaznost poskytování zdravotní péče tím, že dává ošetřujícímu lékaři povinnost předat informace o pacientovi nově zvolenému lékaři¹⁰². Tento zákon ovšem neuvádí povinnost předání zdravotnické dokumentace mezi nelékařskými zdravotnickými pracovníky.

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, uděluje povinnost nestátním ZZ spolupracovat s ostatními ZZ, pokud to poskytování zdravotní péče vyžaduje¹⁰³.

⁹⁹ § 67 bb odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb.

¹⁰⁰ § 67b odst. 12 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb.

¹⁰¹ § 67bb odst. 5 zákona č. 20/1966 Sb.

¹⁰² § 67b odst. 13 zákona č. 60/1966 Sb.

¹⁰³ § 5 odst. 2 písm. b) zákona č. 160/1992 Sb.

VoZD ukládá obsah ZD písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta, doporučení a návrhy na poskytnutí další zdravotní péče, které si předávají zdravotnická zařízení v rámci zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta, včetně ošetřovatelské překladové zprávy¹⁰⁴.

Další řešení této problematiky nabízí Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR. Zde je uvedeno, že „*ošetřující lékař je sám povinen poskytnout, vyžádat, navrhnout či předepsat další péči, kterou indikoval. Ošetřující lékař zodpovídá za účelnost jím indikované další péče, za úplnost a správnost údajů jím vyplňovaných v dokladech a je povinen zaznamenat ve zdravotní dokumentaci přesný rozsah a objem ordinované péče (eventuálně uschovat v dokumentaci kopii požadavku)*“ (VZP ČR, 2009).

Předávání ZD mezi sestrami (na jednom oddělení) lze dovodit z Koncepce ošetřovatelství, kterou obsahuje Věstník MZ ČR z roku 2004. Ošetřovatelská péče je zde rozdělena na:

- systém skupinové péče - skupinová sestra během směny pečuje o určenou skupinu nemocných, odpovídá za zajištění ošetřovatelského procesu a vedení příslušné ZD. Každého nemocného osobně předá příslušné skupinové sestře z další směny;
- systém primárních sester - po přijetí je nemocnému přidělena primární sestra, která odpovídá za zajištění ošetřovatelského procesu po celou dobu jeho hospitalizace a za vedení příslušné ZD. Plán péče zajišťuje za pomoci dalších ošetřovatelských pracovníků¹⁰⁵.

Toto rozdělení dle koncepce vyžaduje „*pravidelnou a kvalitní výměnu informací o nemocných, která se provádí formou krátkých porad ošetřovatelského týmu a předáváním služby za přítomnosti nemocného*“¹⁰⁶. Sestry do ošetřovatelské dokumentace zaznamenávají informace „*...o stavu a vývoji individuálních potřeb a ošetřovatelských problémů pacienta, rodiny, či jeho blízkých nebo komunity*“¹⁰⁷.

¹⁰⁴ § 2 písm. b) vyhlášky č. 385/2006 Sb.

¹⁰⁵ str. 5, částka 9 Věstníku MZČR, 2004

¹⁰⁶ str. 6, částka 9 Věstníku MZČR, 2004

¹⁰⁷ str. 6, částka 9 Věstníku MZČR, 2004

Předání zdravotnické dokumentace po zániku nestátního ZZ

Provozovatel nestátního ZZ má povinnost oznámit zrušení registrace správnímu úřadu do 15 dnů (ode dne zrušení registrace) a zároveň má povinnost zajistit ZD tak, aby zamezil přístupu neoprávněných osob či její ztrátě. Pokud došlo k úmrtí zdravotnického pracovníka, který poskytoval zdravotní péči vlastním jménem, má uvedenou povinnost ten, kdo s osobou poskytující zdravotní péči vlastním jménem žil ve společné domácnosti případně osoba, která přišla se ZD jako první do styku¹⁰⁸.

Výše uvedené osoby nejsou oprávněné nahlížet do ZD a jsou povinné zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, které se dozvěděli v souvislosti se zajištěním ZD a poskytováním zdravotní péče¹⁰⁹.

6.3 Vlastnictví zdravotnické dokumentace

Prudil (2010) uvádí, že ZD není podle českých právních předpisů předmětem vlastnického práva, na rozdíl od jejich nosičů (listy papíru, pevné disky počítačů apod.). Jejich vlastníkem je ten, kdo tyto nosiče nabyl do svého vlastnictví, tedy zdravotnické zařízení. Dokumentaci nestátního ZZ při zrušení své registrace převezme registrující správní úřad a předá ji ZZ, které si pacient sám zvolil (Policar, 2010).

Podstatová (2007) udává stejný názor - státní ZZ je vlastníkem ZD, kterou vedlo a pořídilo. V případě nestátního ZZ je majitelem provozovatel.

6.4 Další náležitosti zdravotnické dokumentace

Vzhledem k tématu této práce se dále zaměřím na souhlas s hospitalizací, souhlas s poskytováním informací. Písemný informovaný souhlas a negativní revers byl uveden v kapitole Písemný informovaný souhlas.

Souhlas s hospitalizací

Součástí souhlasu s hospitalizací může být souhlas s poskytováním rodného čísla osobám blízkým a osobám určených pacientem pro poskytování informací, souhlas

¹⁰⁸ § 67b odst. 14 zákona č. 60/1966 Sb.

¹⁰⁹ § 67b odst. 15 zákona č. 60/1966 Sb.

s nahlížením do ZD v rámci výuky středních a vysokých odborných škol i souhlas s poskytováním informací. Vzhledem k tomu, že souhlas se netýká konkrétního výkonu, může vnitřní předpis jeho zajištěním pověřit sestru (Policar, 2010).

Souhlas s poskytováním informací

VoZD přímo určuje, jak by měl formulář souhlasu s poskytováním informací vypadat. Formulář obsahuje určení osoby, které lze podávat informace o zdravotním stavu pacienta, včetně určení rozsahu těchto informací. Dalším údajem je místo, datum, podpis pacienta (zákonného zástupce) a podpis zdravotnického pracovníka, který se na vytvoření souhlasu podílel. V případě, kdy pacient nemůže formulář podepsat a je schopen projevit svou vůli, souhlas vyplní dle přání pacienta zdravotnický pracovník. Na formulář se zároveň podepíše svědek¹¹⁰. Souhlas může být opět zajištěn i sestrou (Policar, 2010).

6.5 Ochrana rodného čísla ve zdravotnické dokumentaci

Rodné číslo je chápáno jako osobní údaj, který umožňuje přímou identifikaci osoby¹¹¹. V českých právních předpisech je mu poskytnuta náležitá ochrana. Podle ZoPZL je možné rodné číslo vést pouze ve ZD (což dále upravuje zákon č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel, ve znění pozdějších předpisů) a v NZIS, pokud se sběr informací týká konkrétního pacienta za podmínek, které uvádí stejný zákon¹¹².

Rodné číslo může být ve ZZ poskytnuto pouze osobám blízkým a těm osobám, které určí sám pacient (v rámci poskytování informací o jeho zdravotním stavu). V takovém případě ZZ uvede na formulář souhlas s poskytováním informací zároveň větu, že pacient souhlasí s poskytnutím rodného čísla uvedené osobě¹¹³.

Neoprávněné nakládání s rodným číslem je chápáno jako správní delikt, proto nelze uvedené postupy nijak obejít (Policar, 2010).

¹¹⁰ příl. 1 odst. 7 vyhlášky č. 385/2006 Sb.

¹¹¹ § 4 písm. a) zákona č. 101/2000 Sb.

¹¹² § 67a odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb.

¹¹³ § 67bb odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb.

Trendem současné nemocniční péče jsou identifikační náramky, umístěné na zápěstí pacienta. Náramky slouží k identifikaci v rámci hospitalizace. Takovýto náramek však v žádném případě nesmí obsahovat identifikační štítek pacienta, na kterém je uvedeno i rodné číslo.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 CÍLE A HYPOTÉZY

7.1 Hlavní cíl kvantitativního šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké informace sestry ve zdravotnickém zařízení pacientům poskytují, s jakými informacemi se při výkonu svého povolání setkávají a zda je rozsah jimi poskytovaných informací v souladu s právní úpravou, tj. zda nedochází ani k nedostatečnému podání informací, ani k excesům do pravomoci lékaře.

Na základě hlavního cíle byla stanovena hlavní hypotéza: **Problematika poskytování informací v ošetrovatelské praxi není sestřím zcela jasná.**

7.2 Dílčí cíle a hypotézy kvantitativního šetření

Hlavní hypotézu dále upřesňují dílčí hypotézy (hypotéza č. 1 – 11). Při jejich stanovování jsem vycházela z vlastních zkušeností, získaných při poskytování ošetrovatelské péče během své praxe všeobecné sestry.

Dílčí cíl č. 1

Zmapovat, jaké informace pacienti dostávají a jakým způsobem jsou nejčastěji při poskytování ošetrovatelské péče informováni.

Hypotéza č. 1

Sestry pacientům minimálně v 70 % poskytují informace, které jsou v jejich kompetenci. Ve zbylých případech zasahují do pravomoci lékaře.

Hypotéze č. 1 odpovídá v dotazníku otázka č. 9 a 10.

Hypotéza č. 2

Sestry pacientovi nejčastěji poskytují informace ústně, minimálně pak v 90 % případů.

Hypotéze č. 2 odpovídá v dotazníku otázka č. 11.

Dílčí cíl č. 2

Zmapovat proces získávání písemného informovaného souhlasu v praxi.

Hypotéza č. 3

Sestry překračují své kompetence a písemný informovaný souhlas zajišťují minimálně ve 30 % případů.

Hypotéza č. 3 odpovídá v dotazníku otázka č. 12.

Hypotéza č. 4

Pacient si formulář písemného informovaného souhlasu sám přečte minimálně v 60 % případů a má možnost zeptat se na doplňující otázky k výkonu, pro který je třeba písemný informovaný souhlas minimálně v 90 % případů.

Hypotéza č. 4 odpovídá v dotazníku otázka č. 13.

Dílčí cíl č. 3

Zjistit, zda je u předávání služby (hlášení) sester přítomný samotný pacient, případně další osoby.

Hypotéza č. 5

Na oddělení ARO (kde je poskytována vysoce specializovaná ošetrovatelská péče) je častěji při předávání hlášení sester přítomen pacient, než na ostatních odděleních (kde je poskytována základní a specializovaná ošetrovatelská péče). Přítomnost pacienta u předávání služby sester je závislá na charakteru poskytované péče.

Hypotéza č. 5 odpovídá v dotazníku otázka č. 14.

Hypotéza č. 6

Hypotéza č. 6 - Při předávání služby (hlášení) sester může v malé míře docházet k úniku informací prostřednictvím osob, které nesouvisí s poskytováním zdravotní péče. Tyto osoby jsou předávání přítomny maximálně v 15 % případů.

Hypotéza č. 6 odpovídá v dotazníku otázka č. 15.

Dílčí cíl č. 4

Zmapovat teoretické znalosti sester z oblasti právní problematiky a předpisů týkajících se jejich povolání.

Hypotéza č. 7

Vrchní a staniční sestry mají více teoretických znalostí právní problematiky a předpisů týkajících se jejich povolání než směnové sestry.

Hypotéza č. 7 odpovídají v dotazníku otázky číslo – 16, 17, 18.

Dílčí cíl č. 5

Zjistit, jak se sestry orientují v pravidlech povinné mlčenlivosti a zda si uvědomují možnost sankce za porušení povinné mlčenlivosti.

Hypotéza č. 8

Sestry si jsou minimálně v 80 % vědomy svých práv, povinností a sankcí týkající se povinné mlčenlivosti.

Hypotéze č. 8 odpovídají v dotazníku otázky č. 19, 20, 21.

Dílčí cíl č. 6

Zjistit, jak je problematika poskytování informací pro sestry aktuální.

Hypotéza č. 9

Většina sester by uvítala nějaký pokyn (například školení, tiskopis) o tom, jaké informace mohou ve své praxi pacientovi poskytovat tak, aby nedošlo k překročení jejich kompetencí.

Hypotéze č. 9 odpovídají v dotazníku otázky č. 22 a 23.

Dílčí cíl č. 7

Zjistit obecné souvislosti při poskytování informací ve zdravotnickém zařízení.

Hypotéza č. 10

Sestry se minimálně v 90 % případů domnívají, že kvalitně informovaný pacient je podmínkou pro lepší výsledek ošetrovatelské i léčebně-preventivní péče.

Hypotéze č. 10 odpovídá v dotazníku otázka č. 25 a 26.

Hypotéza č. 11

Sestry se domnívají, že lékař o zdravotním stavu pacienta nejčastěji informuje osoby, které jsou uvedeny na formuláři Souhlas s hospitalizací a poskytováním informací.

Hypotéze č. 11 odpovídá v dotazníku otázka č. 27.

7.3 Hlavní cíle kvalitativního šetření

1. Zjistit, jakým způsobem je Etický kodex práva pacientů zveřejněn na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení.
2. Zjistit, kde je uložena zdravotnická dokumentace, jakým způsobem je zabezpečena, a jak často vrchní sestry ošetrovatelkou dokumentaci kontrolují.
3. Zjistit zkušenosti vrchních sester s nahlížením do ZD (včetně dalších práv).

8 METODIKA PRÁCE

Pro zpracování praktické části bakalářské práce jsem ve větší míře použila metodu kvantitativního výzkumu se sběrem dat pomocí dotazníkového šetření, která byla doplněna metodou kvalitativního výzkumu se sběrem dat pomocí rozhovoru.

8.1 Metodika a technika vlastního kvantitativního výzkumu

Na základě prostudované literatury (Bártlová et al, 2008; Farkašová, 2006; Kutnohorská, 2009) byla pro sběr dat kvantitativního výzkumu použita metoda dotazníkového šetření. Dotazník (uveden v příloze J) obsahoval 27 otázek, byl vypracován pouze pro účely této práce a byl zcela anonymní. Otázky dotazníku byly uzavřené (dichotomické i polytomické), polouzavřené a otevřené. Dotazník byl určen všeobecným sestřám, které pracují na lůžkovém oddělení (bez zaměření na jeho specializaci) pro pacienty starší 18 let (výzkum se netýkal dětských oddělení vzhledem k zaměření této práce). Dotazník záměrně nerozděluje pohlaví respondentů, neboť toto kritérium není pro vyhodnocení hypotéz důležité.

Předvýzkumná fáze zahrnovala pilotní studii (prověřuje projekt po stránce věcné) a pretest (prověřuje projekt po formální stránce). Předvýzkumná fáze proběhla během mé praxe v různých zdravotnických zařízeních, kdy bylo požádáno o vyplnění pilotního dotazníku 8 všeobecných sester bez rozdílu pracovní pozice. Na základě připomínek získaných od jednotlivých sester a průběžných konzultací s vedoucí bakalářské práce byl dotazník upraven do konečné podoby.

Pro vlastní výzkumné šetření byla vybrána jedna z fakultních nemocnic v Praze, jejíž název zde nebude uveden z důvodu zachování anonymity. Na základě informací získaných z internetových stránek této nemocnice bylo vytipováno 13 lůžkových oddělení, která splňovala kritéria pro vlastní šetření, a byl také předběžně odhadnut možný počet respondentů. Před vlastním výzkumným šetřením bylo zapotřebí kontaktovat vedení nemocnice a požádat o udělení souhlasu s prováděním výzkumu. Vedení nemocnice jsem oslovila prostřednictvím náměstkyně ředitele pro nelékařská zdravotnická povolání. Během rozhovoru byl ke schválení předložen vypracovaný dotazník spolu s okruhy otázek pro rozhovor s vrchními sestrami. Výzkumné šetření bylo schváleno a jako doklad souhlasu vedení nemocnice mi byla potvrzena Žádost

o umožnění dotazníkového šetření v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací (dále je Žádost).

Vlastní výzkumné šetření probíhalo během měsíců únor a březen 2010. Nejdříve bylo nutné oslovit vrchní sestru každého oddělení, krátce jí vysvětlit průběh dotazníkového šetření a požádat o souhlas s provedením výzkumu na daném oddělení. V rámci tohoto oslovení jsem předkládala schválenou Žádost od vedení nemocnice a stručně charakterizovala cíl šetření. Dále následovala otázka, zda vrchní sestra souhlasí se sběrem dat na daném oddělení (jak pro kvantitativní, tak pro kvalitativní výzkum). V případě schválení žádosti jsem v některých případech odpovídala na podrobné dotazy týkající se dotazníku. Pokud vrchní sestra z časových důvodů souhlasila, přistoupila jsem během této úvodní schůzky i k rozhovoru, jako prostředku pro sběr dat pro kvalitativní část výzkumu. Pokud nebylo možné realizovat rozhovor při této schůzce, domluvila jsem se na náhradním termínu.

Počet dotazníků, které byly rozdány na určitém oddělení, zvolila sama vrchní sestra tohoto oddělení na základě pracovního vytížení sester a předpokládané ochoty dotazník vyplnit. Tento počet však nekorespondoval s celkovým počtem sester na daném oddělení, a to především z důvodu zachování důvěry k anonymitě. Také tímto způsobem nemohla vzniknout povinnost pro každou sestru dotazník vyplnit. Dále jsem zvolený počet dotazníků vložila do desek, na kterých bylo uvedeno, komu je dotazník určen, kolik času je nutné mu věnovat, datum jeho sběru a také poděkování za účast sester při sběru dat.

Dotazníky (celkem 212 kusů) jsem na jednotlivá oddělení rozdala během 17. a 18.2.2010. Realizace této části výzkumu byla náročná především pro vhodné načasování jednotlivých schůzek s vrchními sestrami. Vzhledem k množství povinností, které vyplývá z jejich pracovní pozice, je velké zaneprázdnění pochopitelné.

Na každém dotazníku bylo také uvedeno místo mého vlastního pracoviště sestry. Tento údaj jsem poskytla na základě domněnky, že tak budou sestry k vyplnění dotazníku přístupnější. Z vlastní praxe vím, že sestry obecně lépe vyhovují kolegyním, než studentkám.

Další fází výzkumu bylo převedení získaných dat z dotazníků do elektronické podoby (program Microsoft Office Excel). Data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel. Hodnoty byly zaokrouhleny na celá čísla. Navrácené dotazníky byly

zejména pro vyhodnocení některých otázek rozděleny do skupin, kritériem pro toto rozdělení tvořil druh oddělení a pracovní pozice.

8.2 Metodika a technika vlastního kvalitativního výzkumu

Pro kvalitativní část výzkumu jsem zvolila metodu osobního dotazování, při kterém dochází k přímé komunikaci i zpětné vazbě s respondenty. Jak již bylo zmíněno, respondenty pro kvalitativní výzkum byly vrchní sestry nejmenované fakultní nemocnice v Praze. Ke sběru dat jsem použila nestandardizovaný rozhovor.

Okruhy otázek jsem stanovila tak, aby se kvantitativní složka doplňovala s kvalitativní. Zaměřila jsem se na práva pacientů a jejich aplikaci v praxi, dále na zkušenosti vrchních sester s nahlížením do ZD (včetně práv, které s nahlížením souvisí) a zabezpečení ZD na oddělení.

Vlastnímu rozhovoru vždy předcházely informace, které se týkaly celého výzkumu. Úvodní rozhovor měl vytvořit vhodné podmínky pro vlastní rozhovor tak, aby sestry své názory a zkušenosti vyjadřovaly s důvěrou. Během rozhovoru jsem si dělala poznámky do připraveného formuláře. Rozhovor trval přibližně 10-15 minut a byl uskutečněn s 8 vrchními sestrami.

8.3 Charakteristika výzkumného souboru kvantitativního šetření

Výzkumný vzorek tvoří sestry z fakultní nemocnice v Praze. Sběr dat byl realizován od 17.2. do 5.3.2010. Účast ve výzkumném šetření byla zcela dobrovolná a anonymní.

Prostřednictvím vrchních sester bylo osloveno 13 oddělení. Jedna vrchní sestra zcela odmítla výzkumné šetření z důvodu velké pracovní zátěže sester. Další oddělení bylo vyřazeno z důvodu odevzdání neplatných dotazníků ve všech případech. Další dvě oddělení byla sloučena pro stejný charakter poskytované péče. Jednu skupinu dotazníků pak tvoří dotazníky vyplněné vrchními a staničními sestrami. Tato skupina není více dělena z důvodu zachování anonymity. Celkem je vyhodnocení provedeno pro 11 skupin.

Dotazníky byly rozdány prostřednictvím vrchních sester v celkovém počtu 212 kusů. Navráceno bylo 187 exemplářů. Patnáct dotazníků muselo být dále z různých důvodů vyřazeno. Ve čtyřech případech na dotazník odpověděl jiný zdravotnický

pracovník než všeobecná sestra (sanitář, zdravotnický asistent, dvě porodní asistentky), ve čtyřech případech nebyla vyplněna celá poslední strana dotazníku a v sedmi případech chyběly odpovědi na některé z otázek (nejčastěji na otázku číslo 11 a 21).

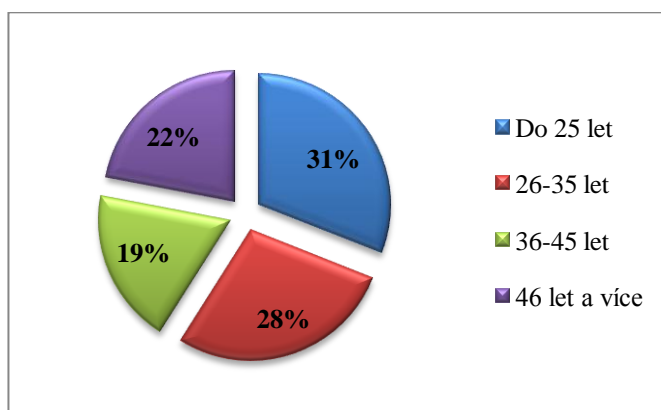
K vyhodnocení bylo použito 174 dotazníků, což představuje 82 % oslovených respondentů. Výsledný výzkumný soubor této práce je tedy tvořen 174 respondenty (při zpracování je označován jako 100 %). Následující tabulka č. 1 přehledně zobrazuje výše uvedené informace.

Tabulka č. 1: Přehled počtu dotazníků

Dotazníky	Počet dotazníků
rozdané	212
navracené	189
vyřazené	15
platné	174
Návratnost	89%
Návratnost platných	82%

Věk respondentů

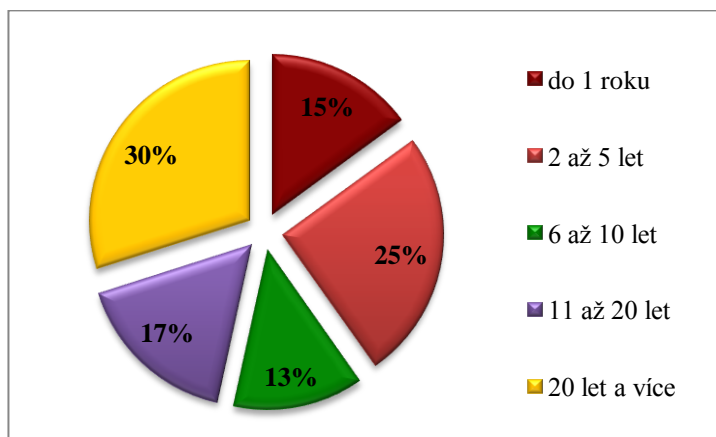
Graf č. 1: Zastoupení jednotlivých věkových kategorií



Na otázku „Kolik je Vám let?“ odpovědělo 54 (30 %) dotazovaných, že náleží do skupiny do 25 let, 48 (28%) dotazovaných sester do skupiny 26-30 let, 34 (20 %) respondentů do skupiny 36-45 let a 38 (22 %) dotazovaných sester je ve věku 46 let a více.

Délka praxe respondentů

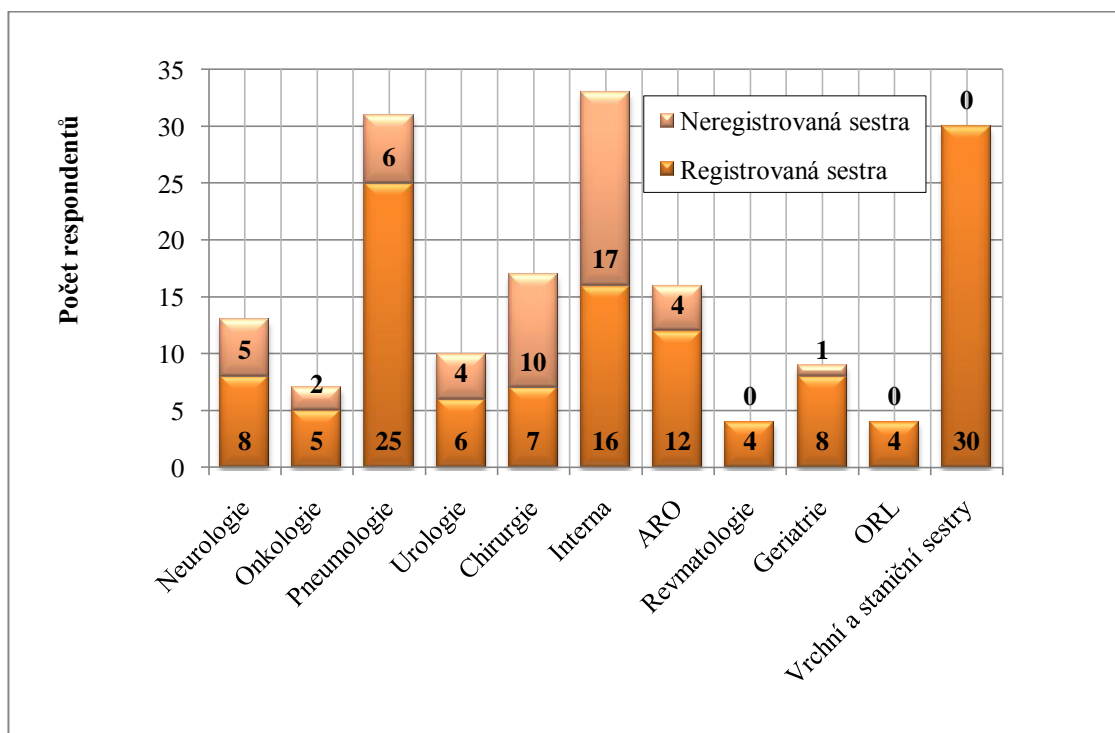
Graf č. 2: Délka praxe respondentů



Při dotazu na délku praxe, 26 (15 %) respondentů odpovědělo, že vykonává povolání zdravotní sestry do 1 roku, 44 (25 %) dotazovaných sester 2 až 5 let, 23 (13 %) respondentů vykonává své povolání 6 až 10 let, 29 (17 %) dotazovaných 11 až 20 let a 52 (30 %) respondentů má praxi 20 let a více.

Zastoupení registrovaných a neregistrovaných sester v jednotlivých skupinách

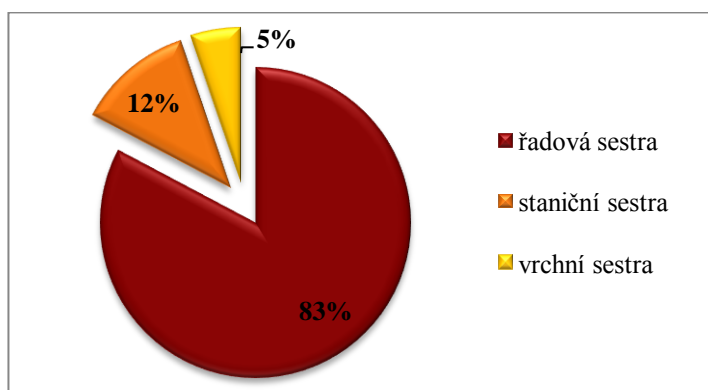
Graf č. 3: Zastoupení registrovaných a neregistrovaných sester



Nejvíce registrovaných sester (a zároveň také plný počet) se vyskytuje ve skupině vrchní a staniční sestry, kde je registrováno 30 sester. Nejvíce neregistrovaných sester (17) je ve skupině interna. Počet registrovaných a neregistrovaných respondentů nekoreluje s celkovým počtem sester na oddělení.

Pracovní pozice respondentů

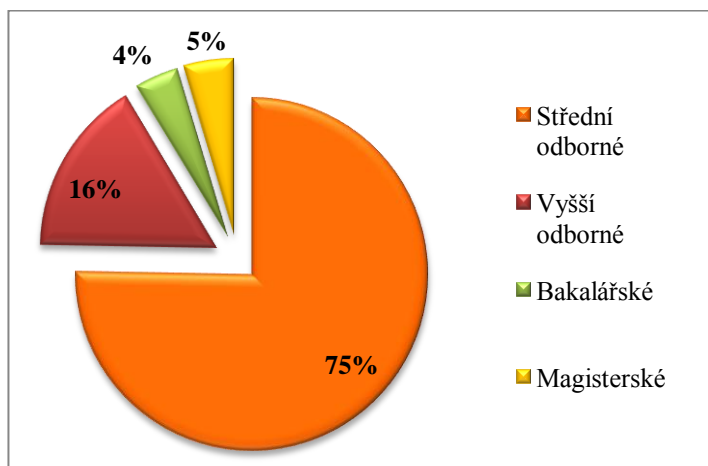
Graf č. 4: Pracovní pozice respondentů



Výzkumný soubor 174 respondentů (100 %) sestává ze 144 (83 %) řadových sester, 21 (12 %) staničních sester a 9 (5 %) vrchních sester.

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Graf č. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Nejvyšší dosažené vzdělání je u 131 (75 %) respondentů střední odborné, u 28 (16 %) respondentů vyšší odborné, 7 sester (4 %) dosáhlo bakalářského vzdělání a 8 (5 %) sester magisterského vzdělání.

Tabulka č. 2: Absolvované specializační obory a aktuální studium respondentů

Počet absolventů	Název oboru absolvovaného	Počet sester, které absolvovaly obor	Zastoupení oboru [%]
studujících	studovaného v současné době	studují obor	
49 (28%)	Pomaturitní specializační studium	27	52
	Specializační obor (ARIP)	18	35
	Certifikovaný kurz	3	6
	Zdravotnický záchranář	1	2
	Management ve zdravotnictví	3	6
50 (29%)	Bakalářské studium pro všeobecné sestry	19	37
	Management ve zdravotnictví	4	8
	Specializační obor (ARIP)	7	14
	Vyšší odborné studium pro všeobecné sestry	3	6
	Pomaturitní specializační studium	9	18
	Zdravotnický záchranář	3	6
	Obory nezdravotnické	6	12

Celkem 49 (28 %) respondentů absolvovalo specializační obor. Nejvíce sester (27, 52 %) absolvovalo pomaturitní specializační studium. Tři sestry absolvovaly dva specializační obory.

V současné době studuje 50 (29 %) respondentů. Nejvíce sester (19, 37 %) studuje některé z bakalářských oborů pro všeobecné sestry. Dvě sestry v současné době studují dva obory zároveň.

9 ANALÝZA VÝSLEDKŮ

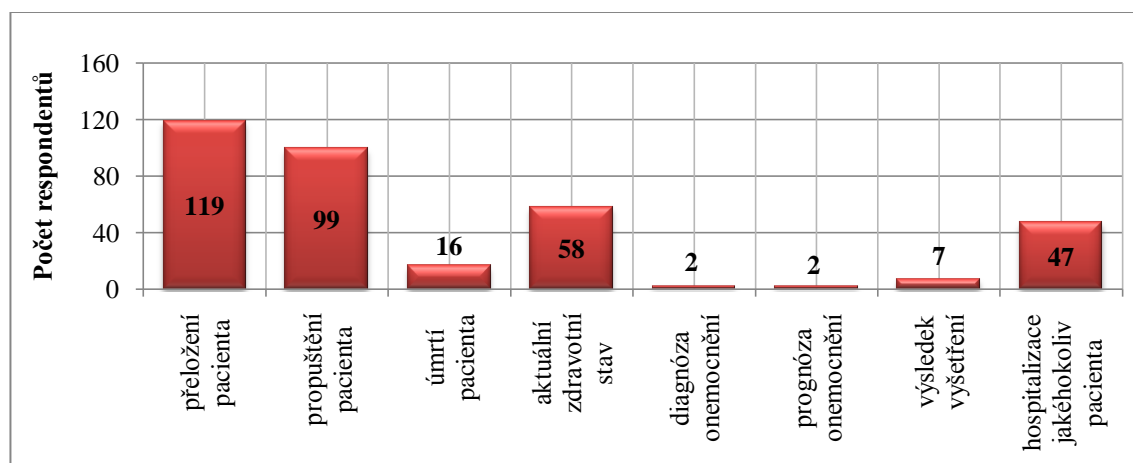
V této kapitole jsou popsány výsledky kvantitativního i kvalitativního výzkumu.

9.1 Analýza výsledků kvantitativního výzkumného šetření

Podrobné vyhodnocení otázek, až na některé výjimky bez rozdělení na skupiny, následuje dále v této kapitole. Otázky č. 9, 10, 11, 12, 13, 14 a 15 neobsahují odpovědi skupiny vrchních a staničních sester, z důvodu rozdílné pracovní náplně. Otázku č. 8 (Na jakém oddělení pracujete?) není třeba vyhodnocovat. Z důvodu rozsahu práce byla z podrobného vyhodnocení vyjmuta otázka číslo 24 (bude vyhodnocena jako otázka doplňující).

Zmapovat, jaké informace pacienti dostávají a jakým způsobem jsou nejčastěji při poskytování ošetrovatelské péče informováni.

Graf č. 6: Informace poskytované telefonicky (otázka č. 10)



Pro vyhodnocení nebyla použita skupina vrchních a staničních sester. 100 % zde tvoří 144 respondentů. Nejvíce respondentů (119, 83 %) již někdy během své praxe poskytovalo telefonicky informaci o přeložení pacienta, 99 (67 %) respondentů informaci o propuštění pacienta, 16 (11 %) o úmrtí pacienta, 58 (40 %) sester někdy sdělilo telefonicky aktuální zdravotní stav pacienta, 2 (1 %) sestry sdělovaly diagnózu onemocnění, 2 (1 %) sestry prognózu onemocnění, 7 (5 %) sester výsledek vyšetření a 47 (33 %) respondentů někdy telefonicky sdělovalo informaci o hospitalizaci jakéhokoliv pacienta.

Tabulka č. 3: Poskytovatel a příjemce informací (otázka č. 9 v dotazníku)

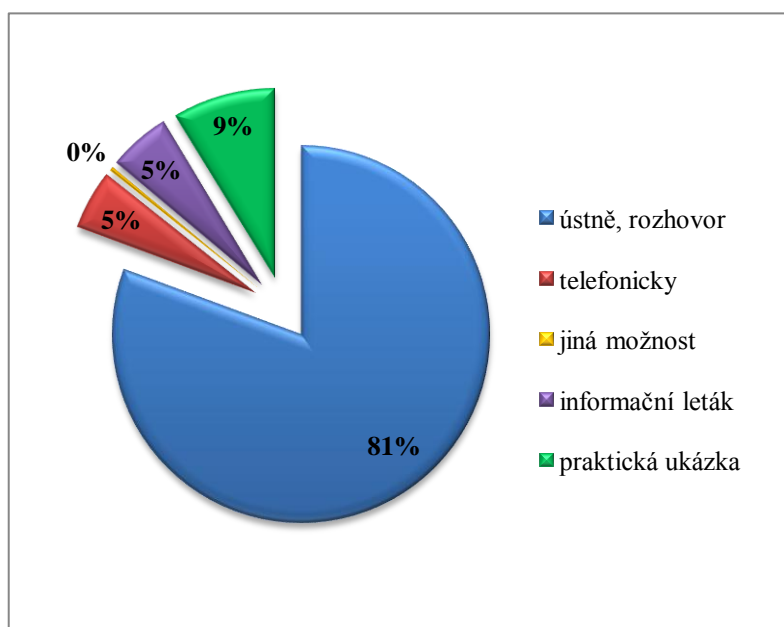
Druh informací	Poskytovatel informací					
	Sestra			Lékař		
	Komu jsou informace poskytovány					
	Rodině	Pacientovi		Pacientovi i rodině		
1.Práva pacienta	46	32%	130	90%	35	24%
2.Prognóza onemocnění	2	1%	3	2%	134	93%
3. Účinek léku (v rozsahu informačního letáku)	31	22%	108	75%	94	65%
4.Hodnota glykemie, fyziologických funkcí	13	9%	123	85%	73	51%
5.Výsledek vyšetření	2	1%	7	5%	137	95%
6.Lékařská diagnóza	0	0%	0	0%	137	95%
7.Příprava před vyšetřením	27	19%	130	90%	71	49%
8.Komplikace ošetrovatelského výkonu	9	6%	62	43%	100	69%
9.Edukace o používání pomůcek	61	42%	122	85%	35	24%
10.Domácí řád oddělení	57	40%	137	95%	8	6%
11.Informace o vyšetření (jak probíhá...)	16	11%	107	74%	110	76%
12.Poskytnutí všeobecných informací týkající se hospitalizace (domácí řád...)	67	47%	136	94%	13	9%
13.Informace o zdravotním stavu pacienta na vedlejším lůžku	0	0%	11	8%	24	17%
14.Konkrétní důvod podání léku	4	3%	54	38%	131	91%
15.Ošetrovatelská diagnóza	22	15%	119	83%	21	15%
16.Edukace při propouštění pacienta	59	41%	132	92%	74	51%
17.Základní informace o zdravotním stavu („je stabilizovaný“)	35	24%	52	36%	107	74%
18.Seznámení s ošetrovatelským plánem	33	23%	133	92%	23	16%
19.Informace o ošetrovatelském výkonu	31	22%	109	76%	59	41%
20.Informování o podpisu reversu	1	1%	21	15%	136	94%

Pro vyhodnocení nebyla použita skupina vrchních a staničních sester. 100 % zde tvoří 144 respondentů. Nejčastější informací poskytovanou sestrou rodině pacienta jsou všeobecné informace týkající se hospitalizace (67 respondentů, 47 %). Vůbec sestry rodinám nesdělují lékařskou diagnózu a informace o zdravotním stavu pacienta na vedlejším lůžku (0 respondentů, 0 %). Pacientovi sestra nejčastěji sděluje domácí řád

oddělení (137 respondentů, 95 %) a nejméně pak lékařskou diagnózu (0 respondentů, 0 %).

Lékař (podle údajů od respondentů) pacientovi i rodině pacienta nejčastěji sděluje lékařskou diagnózu a výsledek vyšetření (v obou případech 137 respondentů, 95 %) a nejméně domácí řád oddělení (8 respondentů, 6%).

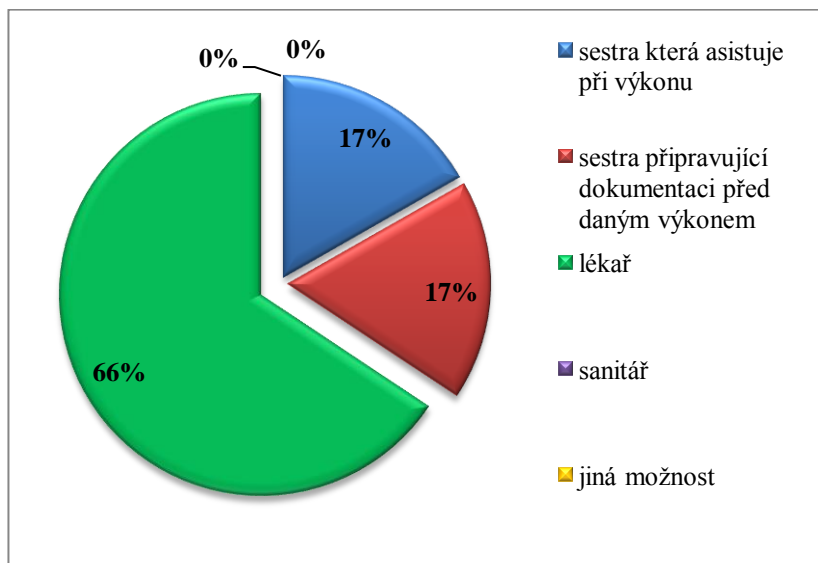
Graf č. 7: Způsob poskytování informací pacientovi (otázka č. 11)



Pro vyhodnocení nebyla použita skupina vrchních a staničních sester. 100 % zde tvoří 144 respondentů. Respondenti nejčastěji poskytují informace pacientovi ústně (81 %), v 9 % případů používají také praktickou ukázku, v 5 % případů informační leták, telefonicky sdělují 5 % informací a nejméně sestry využívají jinou možnost. Tato jiná možnost (kóma – nelze informovat) byla využita pouze v 0,3 % případů.

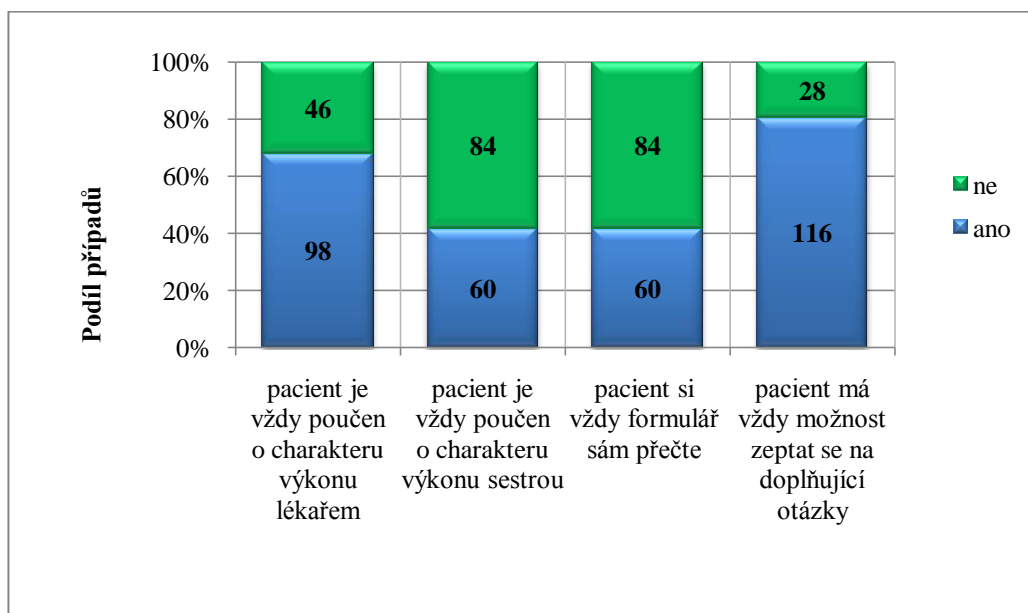
Zmapovat proces získávání písemného informovaného souhlasu v praxi

Graf č. 8: Osoba zajišťující podpis písemného informovaného souhlasu (otázka č. 12)



Pro vyhodnocení nebyla použita skupina vrchních a staničních sester. 100 % zde tvoří 144 respondentů. Podpis písemného informovaného souhlasu je ze 66 % (zajišťován lékařem, ze 17 % sestrou připravující dokumentaci před daným výkonem a ze 17 % sestrou asistující při výkonu. Sanitář podpis písemného informovaného souhlasu dle odpovědí respondentů nikdy nezajišťuje (0 %).

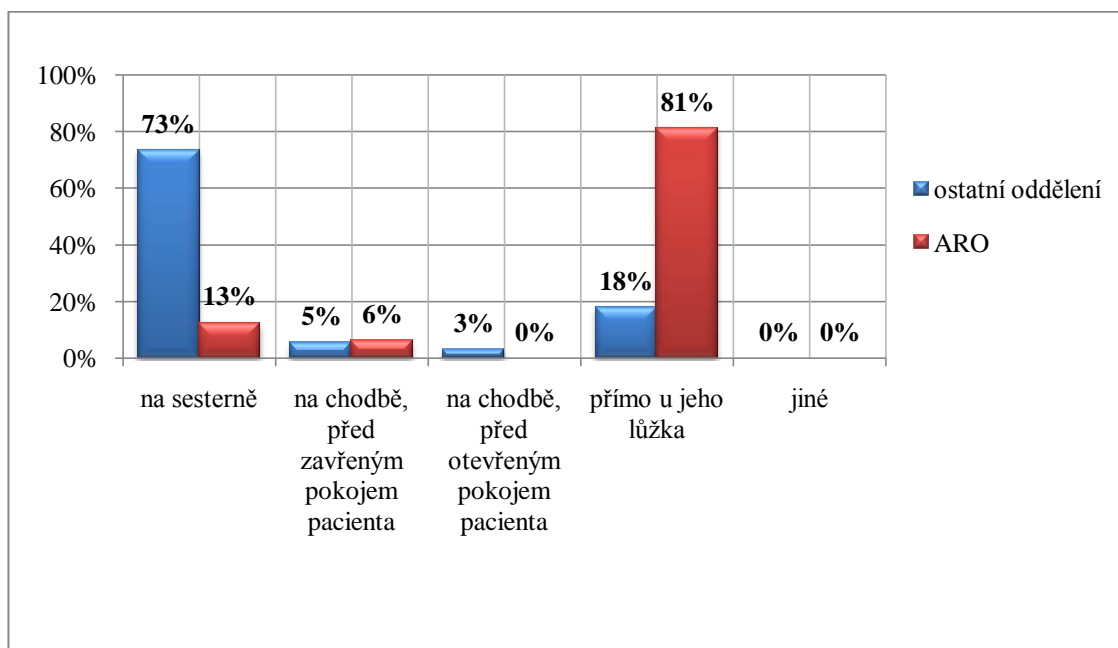
Graf č. 9: Pacient a písemný informovaný souhlas (otázka č. 13 dotazníku)



Pro vyhodnocení nebyla použita skupina vrchních a staničních sester. 100 % zde tvoří 144 respondentů. Pacient je v 68 % případů (98 odpovědí respondentů) získávání písemného informovaného souhlasu vždy poučen o charakteru výkonu lékařem, ve 42 % je vždy poučen i sestrou (60 odpovědí). Formulář si pacient vždy přečte ve 42 % případů (60 odpovědí respondentů) a v 81 % případů (116 odpovědí) má možnost zeptat se na doplňující otázky.

Zjistit, zda je u předávání služby (hlášení) sester přítomný samotný pacient, případně další osoby.

Graf č. 10: Místo předávání hlášení sester (otázka č. 14)



Pro vyhodnocení nebyla použita skupina vrchních a staničních sester. 100 % zde tvoří 144 respondentů. Nejčastějším místem předávání hlášení sester na všech odděleních (mimo ARO, průměr) je u 94 (73 %) respondentů sesterna (inspekce). Přímo u pacientova lůžka je hlášení předáváno nejvíce na oddělení ARO, a to ve 13 případech (81 %).

Tabulka č. 4: Osoba přítomná při předávání hlášení sester alespoň jednou týdně (otázka č. 15)

Osoba přítomná při předávání hlášení sester	Skupina respondentů										Počet odpovědí celkem	Zastoupení [%]	Vrchní a staniční sestry	Zastoupení [%]
	Neurologie	Onkologie	Pneumologie	Urologie	Chirurgie	Interna	ARO	Revmatologie	Geriatric	ORL				
Ošetřovatelka	8	0	16	0	4	17	2	3	8	0	58	40	13	43
Sanitář	7	0	13	1	4	12	3	4	4	0	48	33	9	30
Jiný pacient	2	1	1	2	2	10	2	0	0	0	20	14	5	17
Uveďte další	Lékař	0	3	5	1	0	0	2	1	1	13	9	3	10
	Vrchní sestra	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	7
	Staniční sestra	0	0	8	0	7	1	0	2	1	19	13	1	3
	Žáci a učitel střední zdravotnické školy	0	0	0	2	4	4	0	0	0	10	7	1	3
	Fyzioterapeut	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	2	2
Návštěva pacienta	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
Uklízečka	0	0	1	2	0	3	5	0	0	0	11	8	0	0
Opravář	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Osoba nejčastěji přítomná při předávání hlášení sester je ošetřovatelka (32 %, zmíněná v případě 71 respondentů), nejméně přítomná je pak návštěva pacienta a opravář (po zaokrouhlení na celá procenta 0 %, jeden respondent).

Zmapovat teoretické znalosti sester z oblasti právní problematiky a předpisů týkajících se jejich povolání.

Tabulka 5: Znalost dokumentů a jejich důležitost pro profesi zdravotní sestry (otázka č. 16)

Dokumenty	Řadové sestry				Vrchní a staniční sestry			
	Z		D		Z		D	
Pracovní náplň	139	97%	133	92%	29	97%	26	87%
Standardy nemocnice	135	94%	133	92%	29	97%	27	90%
Úmluva o lidských právech a biomedicině	62	43%	74	51%	21	70%	21	70%
Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu	84	58%	96	67%	21	70%	23	77%
Vyhláška č. 424/2004 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků	76	53%	94	65%	24	80%	28	93%
Vnitřní předpisy nemocnice	104	72%	108	75%	24	80%	26	87%
Listina základních práv a svobod	95	66%	95	66%	23	77%	25	83%
Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních	98	68%	129	90%	26	87%	28	93%
Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů	107	74%	116	81%	27	90%	28	93%
Vyhláška MZ č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci	117	81%	131	91%	29	97%	28	93%
Dokumenty ve Věstnicích MZ	43	30%	39	27%	12	40%	13	43%
Etický kodex nelékařských zdravotnických pracovníků	122	85%	114	79%	28	93%	24	80%

Vysvětlivky: Z = Znáám přibližné znění tohoto dokumentu, D = Dokument je/není pro mnou profesi důležitý

Z tabulky 5 vyplývá, že řadové sestry jsou z uvedených dokumentů nejvíce seznámeny se svou pracovní náplní (97 % respondentů) a nejméně s dokumenty ve věstnicích MZ (30 %). Za nejdůležitější považují řadové sestry svou pracovní náplň a standardy nemocnice (v obou případech 92 %), za nejméně důležité pak považují (ve 27 % případů) dokumenty ve věstnicích MZ. Skupina vrchních a staničních sester je nejvíce (z 97 %) seznámena se třemi dokumenty - se svojí pracovní náplní, se standardy nemocnice a s vyhláškou o zdravotnické dokumentaci. Nejméně je pak seznámena

s dokumenty ve věstnících MZ (40 % respondentů). Za nejdůležitější považují vrchní a staniční sestry dokonce čtyři dokumenty - vyhlášku o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků, zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, zákon o ochraně osobních údajů a vyhlášku o zdravotnické dokumentaci (93 % respondentů).

Tabulka č. 6: Právo pacienta na informace (otázka č. 17)

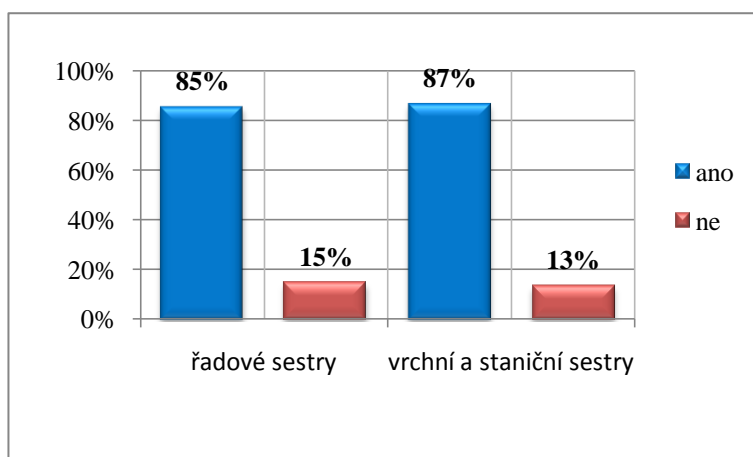
Druh informací	Řadové sestry				Vrchní a staniční sestry			
	Má pacient právo na uvedené informace?							
	A		N		A		N	
1. Veškeré informace, které jsou o pacientovi zaznamenány *	126	88%	18	13%	29	97%	1	3%
2. Nahlížení do zdravotnické dokumentace za přítomnosti zdravotnického pracovníka *	123	85%	21	15%	27	90%	3	10%
3. Pořízení výpisů, opisů nebo kopií ze zdravotnické dokumentace *	127	88%	17	12%	29	97%	1	3%
4. Určení osoby, která do dokumentace může nahlížet	114	79%	30	21%	27	90%	3	10%
5. Zákaz podávání informací jiným osobám	135	94%	9	6%	29	97%	1	3%
6. Zákaz informování pacienta samotného o zdravotním stavu	94	65%	50	35%	24	80%	6	20%

*Vysvětlivky: A = ano, N = ne, * = popis příznaků onemocnění, diagnóza, popis terapeutického postupu a interpretace výsledků vyšetření, bez uvedení třetí osoby*

Nejvíce řadových sester (135 respondentů, 94 %) se domnívá, že pacient má právo na zákaz poskytování informací jiným osobám a nejméně respondentů (94, 65 %) si myslí, že pacient má právo zakázat informování jeho samotného o zdravotním stavu.

Nejvíce vrchních a staničních sester (29 respondentů, 97 %) se domnívá, že pacient má právo na veškeré informace, které jsou o pacientovi zaznamenány, pořízení výpisů, opisů nebo kopií ze zdravotnické dokumentace a na zákaz poskytování informací jiným osobám. Nejméně sester z této skupiny (24, 80 %) si myslí, že pacient má právo zakázat informování jeho samotného o zdravotním stavu.

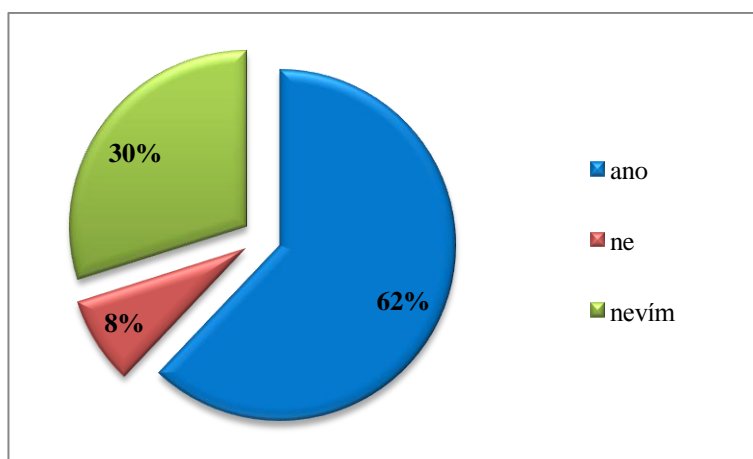
Graf č. 11: Pravdivost tvrzení „neznalost zákona neomlouvá“ (otázka č. 18)



Na otázku zda je tvrzení „Neznalost zákona neomlouvá“ pravdivé odpovědělo „ano“ 123 (85 %) řadových sester a 26 (87 %) respondentů ze skupiny vrchních a staničních sester. „Ne“ odpovědělo 21 (15 %) řadových sester a 4 (13 %) respondentů ze skupiny vrchních a staničních sester.

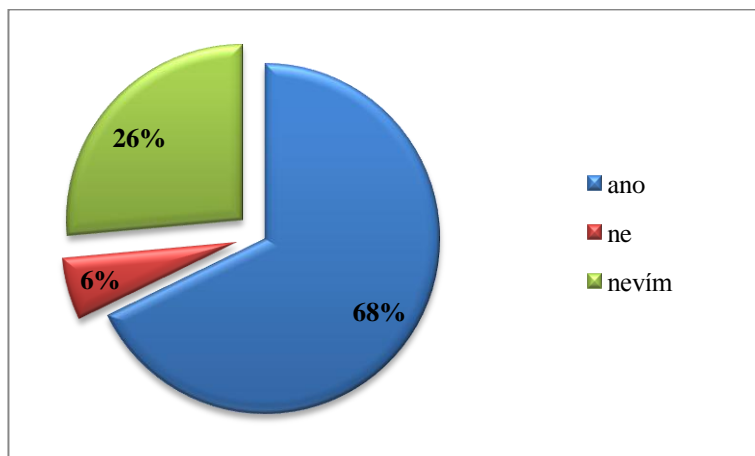
Zjistit, jak se sestry orientují v pravidlech povinné mlčenlivosti a zda si uvědomují možnost sankce za porušení povinné mlčenlivosti.

Graf č. 12: Povolení soudu k prolomení povinné mlčenlivosti (otázka č. 19)



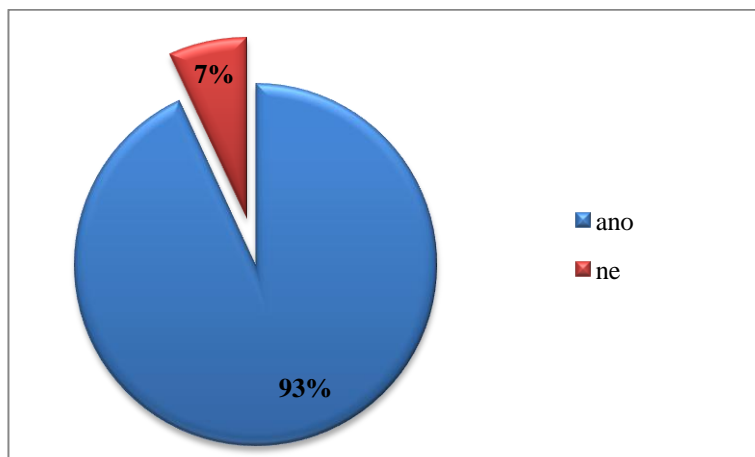
108 respondentů (62 %) zastává názor, že je třeba povolení soudu k prolomení povinné mlčenlivosti, pokud je respondent předvolán k soudnímu řízení jako svědek trestného činu, o kterém získal informace při výkonu povolání. 14 respondentů (8 %) zastává názor, že povolení soudu třeba není a 52 respondentů (30 %) odpověď nezná.

Graf č. 13: Prolomení povinné mlčenlivosti při trestní oznámení pro ublížení na zdraví z nedbalosti (otázka č. 20)



Pro situaci, kdy pacient na zdravotní sestru podá trestní oznámení pro ublížení na zdraví z nedbalosti, zastává 118 sester (68 %) názor, že je tímto aktem prolomena povinná mlčenlivost (v rozsahu nezbytém pro obhajobu). 46 sester (26 %) odpověď nezná a 10 sester (6 %) si myslí, že tímto aktem povinná mlčenlivost prolomena není.

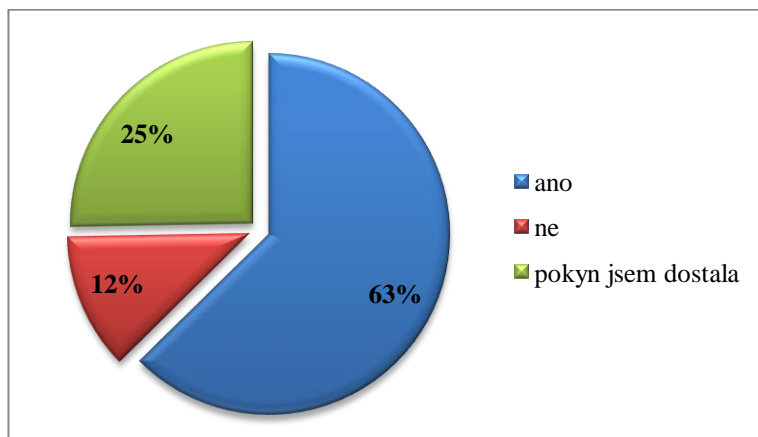
Graf č. 14: Sankce za poskytnutí nesprávných informací (otázka č. 21)



162 sester (93 %) se domnívá, že existují sankce za poskytnutí informací, které nespádají do kompetencí zdravotní sestry, 12 sester (7 %) si myslí, že takovéto sankce neexistují.

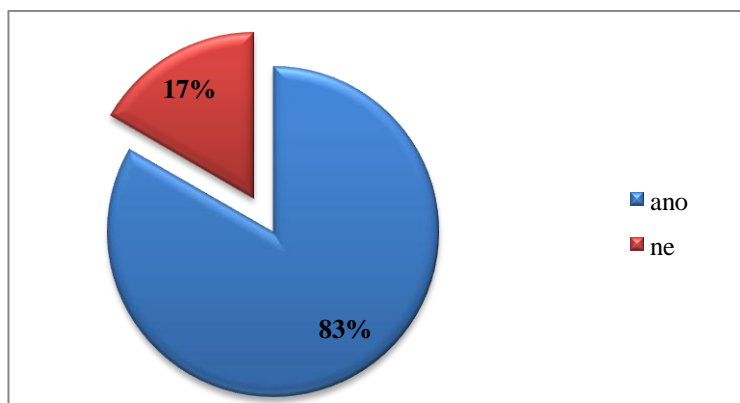
Zjistit, jak je problematika poskytování informací pro sestry aktuální

Graf č. 15: Uvítaly by sestry nějaký pokyn, jaké informace mohou na základě svých kompetencí poskytovat? (otázka č. 22)



Sestry by ve 109 případech (63%) uvítaly pokyn, jaké informace a jak mohou poskytovat. Ve 44 případech (25 %) sestry takovýto pokyn dostaly a ve 21 případech (12 %) o něj zájem nemají.

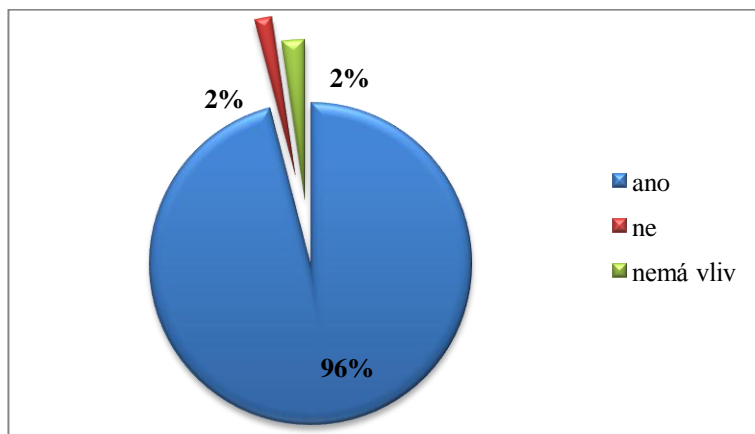
Graf č. 16: Zabývaly se sestry během své praxe otázkou, jaké informace mohou poskytovat? (otázka č. 23)



Otázku, jaké informace o pacientovi lze na základě kompetencí zdravotní sestry poskytovat, řešilo během své praxe 145 (83 %) sester a neřešilo 29 (17 %) sester.

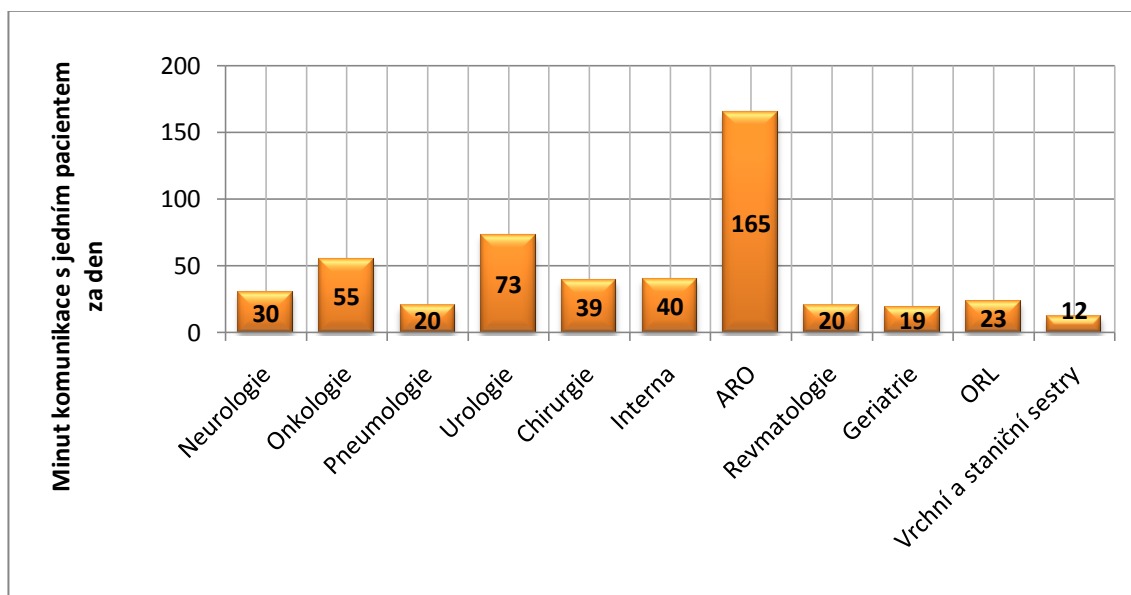
Zjistit obecné souvislosti při poskytování informací ve zdravotnickém zařízení

Graf č. 17: Vliv kvalitní informovanosti pacienta na ošetrovatelskou a léčebnou péči (otázka č. 25)



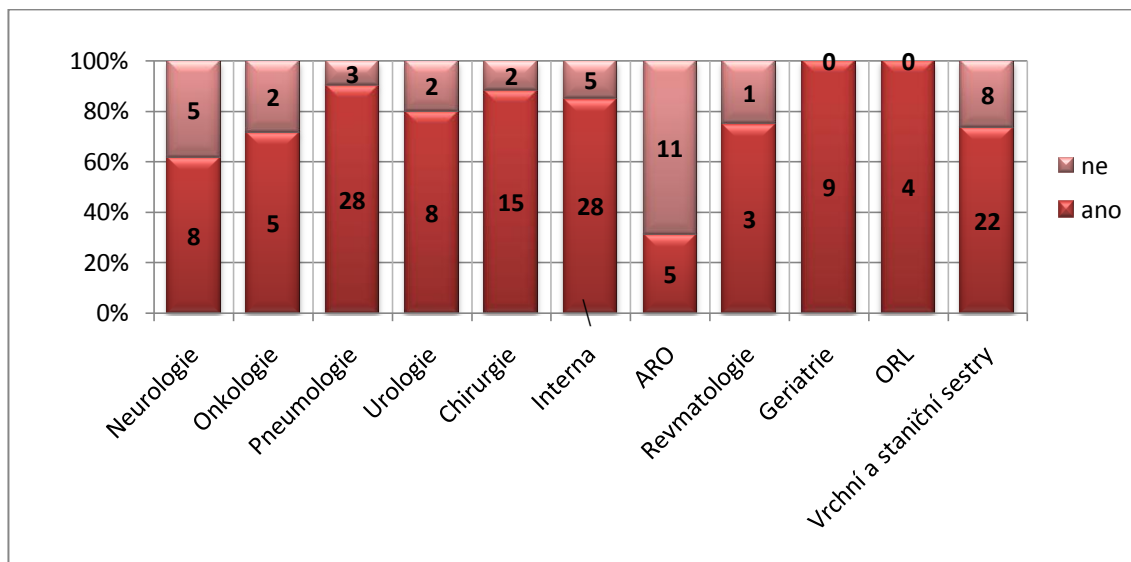
Kvalitní informování pacienta může zlepšit výsledky ošetrovatelské a léčebné péče podle 167 (96 %) respondentů. Informování tyto výsledky neovlivní dle 4 (2 %) respondentů a nezlepší podle 3 (2 %) respondentů.

Graf č. 18: Kolik času denně sestry věnují komunikaci s jedním pacientem (otázka č. 26)



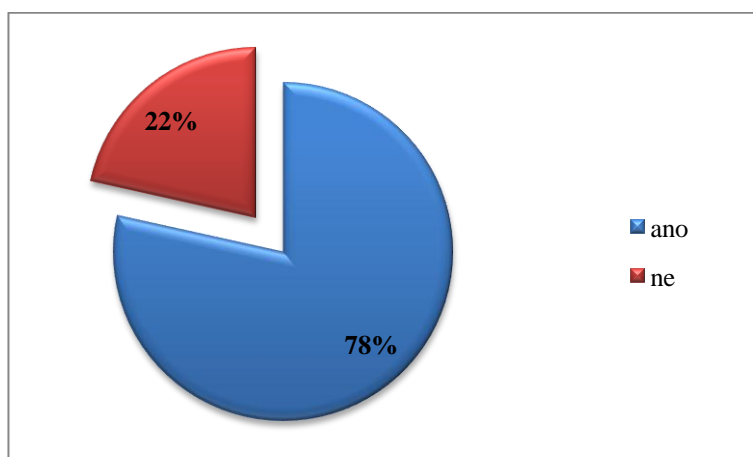
Nejvíce komunikují s pacienty sestry ze skupiny ARO (průměrně 165 minut komunikace s jedním pacientem denně) a na urologickém oddělení (73 minut). Nejméně času komunikaci věnují vrchní a staniční sestry (průměrně 12 minut za den).

Graf č. 19: Myslí si sestry, že věnovaný čas pro komunikaci s pacientem je dostatečný (otázka č. 26)



V případě, že by měly ve službě více času, komunikovaly by s pacienty více především sestry ze skupin geriatrie (9 respondentů, 100 %) a ORL (4 respondenti, 100 %). Nejméně by tuto možnost využily sestry ze skupiny ARO (11 respondentů, 69 %).

Graf č. 20 Komunikovaly by sestry s pacientem více, kdyby měly více času? (otázka č. 26)



Graf znázorňuje sumarizaci výsledků předchozího grafu, zda by sestry s pacienty komunikovaly více, kdyby měly více času. 113 (78 %) respondentů uvedlo, že by s pacienty více komunikovalo a 31 (22 %) respondentům se zdá čas dostatečný.

Tabulka č. 7: Osoby, kterým lékař poskytuje informace o zdravotním stavu pacienta (otázka č. 27)

Komu je informace poskytována		Ano	Ne
Osobě, která je uvedena na formuláři *		174	0
Jiným osobám, které nejsou uvedeny na formuláři *	Manželce / manželovi	147	27
	Partnerovi (neformální vztah)	32	142
	Partnerovi (registrovanému)	146	28
	Kamarádovi	0	174
	Rodičům pacienta	109	65
	Sourozencům	73	101
	Potomkům	94	80

Vysvětlivky: * = jedná se o formulář Souhlas s hospitalizací a poskytováním informací

Ve 174 (100 %) případech lékař (dle odpovědí sester) informace o zdravotním stavu pacienta poskytuje osobě uvedené na formuláři Souhlas s hospitalizací a poskytováním informací. Ve 174 případech (100 %) není lékařem informace o zdravotním stavu pacienta poskytována kamarádovi pacienta.

9.2 Analýza výsledků kvalitativního výzkumného šetření

Rozhovor je pro větší přehlednost zaznamenám do textových polí, která jsou rozdělena podle jednotlivých okruhů zaměření rozhovoru. Pro vyhodnocení byla vybrána taková část rozhovoru, která odpovídá zadaným otázkám. Odpovědi respondentů jsou uvedeny kurzívou, v závorce je uveden počet stejných odpovědí.

Máte nějaké zkušenosti s nahlížením pacientů do jejich zdravotnické dokumentace?

Ne. Zatím o to nikdo nežádal. (6x)

Ano, vždy jsou odkázáni na právní oddělení, které je pověřené nahlížení zajistit. (1x)

Ano, je to ale jen výjimečné. Věc vyřizuje sekretářka oddělení. (1x)

Kde jsou na Vašem oddělení zveřejněna práva pacientů?

Práva pacientů máme zveřejněna na každém pokoji, jsou neustále přístupná pacientům i jejich návštěvám. (7x)

Práva pacientů byla na každém pokoji. V současné době pracuji na jejich znovuvydání, jelikož se z některých pokojů ztratila. K vidění jsou však také na chodbě oddělení. (1x)

Jakým způsobem jsou Vaši pacienti seznamováni s právy pacientů?

Sestra pacientům ukáže, kde jsou práva zveřejněna na pokoji. Kdo není „chodící“ a nemůže se s nimi seznámit, tomu je přečte sama. (5x)

Sestra ukáže, kde jsou práva pacientů na pokoji. Pro pacienty, kteří nejsou „chodící“, a nemohou si je sami přečíst, je máme zatavená ve fólii. Pokud pacient nezvládne čtení, seznámí ho s nimi sama sestra. (3x)

Kde je na Vašem oddělení uložena zdravotnická dokumentace?

Zdravotnickou dokumentaci máme stále na vyhrazeném místě na sesterně, kde je k dispozici jak našim lékařům, tak sestřičkám, které se starají o pacienty. (6x)

Dokumentace je na inspekci, kde má své místo ve skříňce. (2x)

Je nějakým způsobem zabezpečena, aby k ní neměly přístup cizí osoby?

Dokumentace je uložena ve skříňce, která není uzamykatelná. Když však sestra odejde ze sesterny, uzavře za sebou dveře, které nelze otevřít bez klíče. (6x)

Máme pro dokumentaci uzamykatelnou skříňku. Navíc pokud sestra odejde z oddělení a zavře dveře, je místnost cizím osobám nepřístupná. (2x)

Jak často kontrolujete zdravotnickou dokumentaci?

Kontroluji ji pravidelně, minimálně jednou týdně. Nejčastěji je to při ošetřovatelské vizitě. (5x)

Dávám přednost namátkové kontrole, frekvenci nemohu odhadnout. (2x)

S ošetřovatelskou dokumentací pracuji sama denně a kontroluji ji neustále. (1x)

10 DISKUZE

V této kapitole jsou zhodnoceny stanovené cíle a hypotézy.

10.1 Kvantitativní výzkum

Dílčí cíl č. 1 - Zmapovat, jaké informace pacienti dostávají a jakým způsobem jsou nejčastěji při poskytování ošetrovatelské péče informováni.

Hypotéza č. 1 - sestry pacientům minimálně v 70 % případů poskytují informace, které jsou v jejich kompetenci. Ve zbylých případech zasahují do pravomoci lékaře.

Hypotéze č. 1 v dotazníku odpovídá otázka č. 9 a 10. Vyhodnocení těchto otázek proběhlo na základě studia kompetencí sestry z VoČ. Jak již bylo uvedeno, zdravotnický pracovník může poskytovat pouze informace o skutečnostech, které spadají do jeho profesně stanovených odborných kompetencí.

Jednotlivé možnosti odpovědí byly rozděleny do tří skupin, podle míry pochybností při způsobilosti sestry k daným úkonům. První skupinu tvoří body č. 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 18 a 19, k nimž je způsobilost sestry bez pochybností odvoditelná z VoČ. Druhá skupina zahrnuje body č. 11, 14 a 17, které nebyly blíže specifikovány a z tohoto důvodu je nelze zcela jednoznačně zařadit do kompetencí sestry. Třetí skupina obsahuje body č. 2, 5, 6 a 20, které jsou pouze v kompetenci lékaře. Informování o bodě č. 13 (informace o zdravotním stavu pacienta na vedlejším lůžku) zasahuje do povinné mlčenlivosti a tedy by nemělo být sdělováno nikým a nikomu. 11 respondentů (8 %) přesto uvedlo, že pacientovi sdělilo právě tuto informaci.

Tabulka č. 3 uvádí, že 130 respondentů (90 %) seznamuje pacienty s Etickým kodexem práv pacienta, 137 (95 %) respondentů s domácím řádem oddělení a 133 (92 %) respondentů pacienta seznamuje s ošetrovatelským plánem. Nejméně respondentů (62, 43 %) informuje o komplikacích ošetrovatelského výkonu.

Respondenti porušují své kompetence, čímž zasahují do pravomocí lékaře, při informování o předmětu negativního reversu (21 respondentů, 15 %), výsledku vyšetření (7 respondentů, 5 %) a prognóze onemocnění (3 respondenti, 2 %).

Vyhodnocení bodu č. 11 (informace o vyšetření, jak probíhá...) není zcela jednoznačné, neboť vyšetření nebylo blíže specifikováno. Otázka měla poskytnout

pouze orientační náhled o poskytování informací o všech vyšetřeních, které se ve zdravotnickém zařízení provádějí. 107 (74 % respondentů) odpovědělo, že dané informace poskytuje pacientovi. Opět platí pravidlo, že informace poskytuje ten, kdo vyšetření provádí. Sestra je oprávněná informovat o průběhu vyšetření, která jsou uvedena ve VoČ. Opatrnosti je třeba u výkonů, které provádí lékař. Sestra by v žádném případě neměla interpretovat důvod, výsledky či možné komplikace takového vyšetření.

Bod č. 14 (konkrétní podání léku, v rozsahu informačního letáku) také není snadno vyhodnotitelný. Sestra by neměla vystupovat za lékaře a poskytovat diagnostické a terapeutické úvahy. Sděluje jen takové informace, které si pacient může sám přečíst v informačním letáku. Výjimkou by zde mohly tvořit léky s psychoterapeutickými účinky, kde by sestra měla postupovat na základě konzultace s lékařem. Tuto informaci pacientům poskytovalo 54 (38 %) sester. Z výsledků je patrné, že respondenti si myslí, že tato informace patří spíše do kompetencí lékaře (131, 91 % respondentů).

Vyhodnocení bodu č. 17 je také sporné. Literární prameny uvádí, že sestra může uvést, zda je pacientův stav stabilizovaný, prameny práva (včetně VoČ) však nikoliv. Současný stav je tedy neuspokojivý. Otázkou také zůstává, na základě seestra takto zdravotní stav seestra vyhodnotí. 52 (36 %) respondentů poskytuje tuto informaci pacientům, 35 (24 %) respondentů ji poskytuje rodině a největší počet respondentů (107, 74 %) uvedl, že ji poskytuje lékař (pacientovi i rodině).

Výsledky naznačují nejistotu sester u otázek, jejichž vyhodnocení bylo označeno jako sporné, naopak 83 % respondentů (průměrná hodnota bodů, které jsou v kompetenci sester) poskytuje všechny uvedené informace z první skupiny. V nejmenší míře jsou poskytovány takové informace, které jsou v kompetenci lékaře (průměrná hodnota těchto bodů je 7 %).

Problematiku telefonického poskytování informací přibližuje graf č. 6. 119 (83 %) respondentů označilo, že telefonicky již někdy sdělilo informaci o přeložení pacienta, 99 (69 %) respondentů sdělilo informaci o propuštění pacienta, 58 (40 %) respondentů poskytlo informace o aktuálním zdravotním stavu a 47 (33 %) během své praxe oznámilo hospitalizaci jakéhokoli pacienta.

Správné vyhodnocení otázky č. 10 je velice složité, jelikož právní předpisy neobsahují pravidla pro telefonickou komunikaci. V současné době je však

upřednostňován názor, že telefonické sdělení zdravotnických pracovníků by mělo být omezené pouze na sdělení aktuálního zdravotního stavu a poskytnutí základních informací o hospitalizaci se zvýšenou opatrností při hospitalizaci ve specializovaných zdravotnických zařízeních. Poskytnuté informace však mohou zasahovat do povinné mlčenlivosti.

Pokud už dochází ke sdělení informací telefonicky (za předpokladu, že pacient zcela nezakázal poskytování informací o svém zdravotním stavu jiné osobě), bylo by nanejvýš vhodné, aby sestry požádaly volající osobu o sdělení rodného čísla pacienta. Znalost rodného čísla se dá považovat za formu identifikace volající osoby.

Na základě procentuálního vyhodnocení odpovědí je možné hypotézu považovat za potvrzenou.

Hypotéza č. 1 byla potvrzena.

Hypotéza č. 2 - Sestry pacientovi nejčastěji poskytují informace ústně, minimálně pak v 90 % případů.

Hypotéze č. 2 odpovídá v dotazníku otázka č. 11. Hodnota (90 %) byla stanovena na základě zkušeností z vlastní praxe. Z grafu č. 7 vyplývá, že sestry opravdu nejčastěji pacienty informují ústně, ale pouze v 81 % případů. Mezi další metody poskytování informací patří telefonický rozhovor (5 %), informační leták (5 %) a praktická ukázka (9 %). Sestry uvedly jako další možnost komunikace s pacientem případy, kdy komunikovat nelze, jelikož pacient není při vědomí (0,3 %). Zajímavé je, že sestry nevedly ani v jednom případě komunikaci s handicapovaným pacientem (neslyšící), kteří vyžadují individuální přístup a zvláštní komunikační metody.

Hypotéza č. 2 nebyla potvrzena.

Dílčí cíl č. 2 - Zmapovat proces získávání písemného informovaného souhlasu v praxi.

Hypotéza č. 3 - Sestry překračují své kompetence a písemný informovaný souhlas zajišťují minimálně ve 30 % případů.

Hypotéze č. 3 odpovídá v dotazníku otázka č. 12. Respondenti uvedli (graf č. 8), že lékař zajišťuje písemný informovaný souhlas pouze v 66 % případů. Dále je souhlas zajišťován sestrou, která připravuje dokumentaci před daným výkonem (17 % případů) a také sestrou, která asistuje při výkonu (17 % případů). V teoretické části práce bylo

uvedeno, že sestry mohou zajišťovat pouze souhlas s hospitalizací a poskytováním informací. Potvrzení hypotézy také částečně vyplývá z povinnosti sester vést zdravotnickou dokumentaci a určitým způsobem ji také kontrolovat. Je tedy patrné, že sestry si jsou vědomy nutnosti podpis zajistit a často berou tuto povinnost na sebe. O platnosti takto získaného informovaného souhlasu se však objevují polemiky.

Hypotéza č. 3 byla potvrzena.

Hypotéza č. 4 - Pacient si formulář písemného informovaného souhlasu sám přečte minimálně v 60 % případů a má možnost zeptat se na doplňující otázky k výkonu, pro který je třeba písemný informovaný souhlas minimálně v 90 % případů.

Hypotéze č. 4 odpovídá v dotazníku otázka č. 13. V grafu č. 9 respondenti uvedli, že pacient si formulář sám přečte pouze ve 42 % případů a pouze v 81 % případů má možnost zeptat se na doplňující otázky.

Hypotéza č. 4 nebyla potvrzena ani z jedné části.

Dílčí cíl č. 3 - Zjistit, zda je u předávání služby (hlášení) sester přítomný samotný pacient, případně další osoby.

Hypotéza č. 5 - Na oddělení ARO (kde je poskytována vysoce specializovaná ošetrovatelská péče) je častěji při předávání hlášení sester přítomen pacient, než na ostatních odděleních (kde je poskytována základní a specializovaná ošetrovatelská péče). Přítomnost pacienta u předání služby sester je závislá na charakteru poskytované péče.

Hypotéze č. 5 odpovídá v dotazníku otázka č. 14. Pro vyhodnocení nebyla použita skupina vrchních a staničních sester. 100 % tedy tvoří 144 respondentů. Graf č. 10 ukazuje, kde je realizováno předávání hlášení sester. Nejčastějším místem předávání hlášení sester na (všech odděleních mimo ARO, průměr) je u 73 % respondentů sesterna (inspekce). Přimo u pacientova lůžka je hlášení předáváno nejvíce na oddělení ARO, a to v 81 % případů. Jediné doporučení týkající se předávání hlášení sester pramení z Koncepce ošetrovatelství z roku 2004, kde je uvedeno, že předávání by mělo probíhat za přítomnosti pacienta. Vnitřní předpisy nemocnice, ve které výzkum probíhal, tuto problematiku neupravují vůbec.

Hypotéza č. 5 byla potvrzena.

Hypotéza č. 6 - Při předávání služby (hlášení) sester může v malé míře docházet k úniku informací prostřednictvím osob, které nesouvisí s poskytováním zdravotní péče. Tyto osoby jsou předávání přítomny maximálně do 15 % případů.

Hypotéza č. 6 odpovídá v dotazníku otázka č. 15. Tabulka č. 4 obsahuje získané údaje od respondentů, kteří uvedli, že předávání hlášení se účastní uklízečka (odpovědělo 11 respondentů, 8 %) a opravář (odpověděl 1 respondent, 1 %). Ač se jedná se o pracovníky ve zdravotnictví, nikoliv o zdravotnické pracovníky, jsou na základě stanov ZoPZL povinni dodržovat povinnou mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděli při výkonu svého povolání. Prostřednictvím těchto osob by nemělo docházet k úniku informací.

20 respondentů (14 %) uvedlo, že při předávání hlášení sester je přítomen také jiný pacient a 1 respondent (1 %) uvedl přítomnost návštěvy pacienta. Tyto skutečnosti však samy o sobě nepotvrzují, že by docházelo k úniku informací, které jsou předmětem povinné mlčenlivosti.

Koncepce ošetřovatelství doporučuje předávání hlášení sester za přítomnosti konkrétního pacienta. Dokud však nebudou ve zdravotnických zařízeních pouze jednolůžkové pokoje, je vhodné doporučit zvýšenou opatrnost při sdělování informací tak, aby nebyly poskytnuty cizím osobám.

Hypotéza č. 6 byla potvrzena.

Dílčí cíl č. 4 - Zmapovat teoretické znalosti sester z oblasti právní problematiky a předpisů týkajících se jejich povolání.

Hypotéza č. 7 - Vrchní a staniční sestry mají více teoretických znalostí právní problematiky a předpisů týkajících se jejich povolání než směnové sestry.

Hypotéza č. 7 odpovídají v dotazníku otázky č. 16, 17 a 18. Tabulka č. 5 ukazuje znalosti dokumentů, které se týkají jejich povolání. Skupina řadových sester uvedla v největším počtu znalost své pracovní náplně (139, 97 % respondentů), standardů nemocnice (135, 94 % respondentů) a Etického kodexu nelékařských zdravotnických pracovníků (122, 85 % respondentů). Skupina vrchní a staniční sestry také uvedla v největším počtu znalosti své pracovní náplně (29, 97 % respondentů), standardů nemocnice (29, 97 % respondentů) a vyhlášky o zdravotnické dokumentaci (29, 97 % respondentů).

Tabulka č. 6 nabízí možnosti, které označují práva pacienta v souvislosti poskytováním informací o jeho zdravotním stavu. Pacient má právo na všechny možnosti, které jsou v této tabulce uvedeny. Vrchní a staniční sestry vždy prokázaly větší znalosti pacientových práv z uvedených možností.

Graf č. 11 ukazuje, že vrchní a staniční sestry si uvědomují, že neznalost zákona neomlouvá v 87 % případů (26 respondentů), což je více než 85 % případů (123 respondentů) řadových sester.

Hypotéza č. 7 byla potvrzena.

Dílčí cíl č. 5 - Zjistit, jak se sestry orientují v pravidlech povinné mlčenlivosti a zda si uvědomují možnost sankce za porušení povinné mlčenlivosti.

Hypotéza č. 8 - Sestry si jsou minimálně v 80 % vědomy svých práv, povinností a sankcí týkající se povinné mlčenlivosti.

Hypotéze č. 8 odpovídají v dotazníku otázky č. 19, 20, 21. Graf č. 12 uvádí, že pouze 108 sester (62 %) si je vědomo nutnosti povolení soudu k prolomení povinné mlčenlivosti u trestného činu, o kterém získaly informace při výkonu svého povolání. Zároveň 52 (30 %) respondentů uvedlo, že neví, zdali takové povolení potřebuje. Skutečnosti uvedené v zadání otázky však vyžadují povolení soudu, aby mlčenlivost mohla být prolomena.

Graf č. 13 popisuje, zda si respondenti myslí, že je prolomena jejich povinná mlčenlivost (v rozsahu nezbytném pro jejich obhajobu), pokud pacient na jejich osobu podá trestní oznámení pro ublížení na zdraví z nedbalosti. 118 (68 %) respondentů uvedlo, že mlčenlivost je prolomena a 46 (26 %) respondentů odpověď neví. Tyto skutečnosti však opravdu umožňují prolomení mlčenlivosti bez povolení soudu.

Graf č. 14 dokumentuje, zda si respondenti jsou vědomi sankcí, za poskytnutí informací, které nespádají do jejich kompetencí. 162 (93 %) respondentů si je vědomo, že takové sankce existují.

Hypotéza byla potvrzena pouze v případě uvědomění si sankcí, nikoliv ve znalostech svých práv a povinností.

Dílčí cíl č. 6 - Zjistit, jak je problematika poskytování informací pro sestry aktuální.

Hypotéza č. 9 - Většina sester by uvítala nějaký pokyn (například školení, tiskopis) o tom, jaké informace mohou ve své praxi pacientovi poskytovat tak, aby nedošlo k překročení jejich kompetencí.

Hypotéze č. 9 odpovídají v dotazníku otázky č. 22 a 23. Z grafu č. 15 opravdu vyplývá, že většina sester (109, 63 %) by uvítala nějaké školení či tiskopis o tom, jaké informace mohou poskytovat. Graf č. 16 uvádí skutečnost, že 145 (83 %) respondentů se někdy během své praxe zabývalo otázkou, jaké informace mohou na základě svých kompetencí poskytovat.

Hypotéza č. 9 byla potvrzena.

Dílčí cíl č. 7 - Zjistit obecné souvislosti při poskytování informací ve zdravotnickém zařízení

Hypotéza č. 10 - Sestry se minimálně v 90 % případů domnívají, že kvalitně informovaný pacient je podmínkou pro lepší výsledek ošetrovatelské i léčebně - preventivní péče.

Hypotéze č. 10 odpovídá v dotazníku otázka č. 25 a 26. Graf č. 17 znázorňuje, že 167 (96 %) respondentů si myslí, že kvalitní informování pacienta může zlepšit výsledky ošetrovatelské a léčebné péče.

Graf č. 18 ukazuje, kolik času respondenti stráví komunikací se svými pacienty. Nejvíce s pacienty komunikují sestry ze skupiny ARO (průměrně 165 minut komunikace s pacientem za směnu) a dále z urologie (průměrně 73 minut). Nejméně s jedním pacientem komunikuje skupina vrchních a staničních sester (průměrně 12 minut denně) a skupina geriatric (19 minut). Délka komunikace koreluje s pracovní náplní sester.

Graf č. 19 znázorňuje, jak jsou sestry spokojené s časem, který komunikaci věnují. Výsledky dokresluje předchozí graf, neboť z oddělení, na kterém je komunikaci věnováno nejméně času, sestry uvádí, že by ho pro komunikaci využily více (geriatric 100% respondentů). Graf č. 20 uvádí, že 113 respondentů (78 %) by s pacientem rádo komunikovalo více.

Hypotéza č. 10 byla potvrzena.

Hypotéza č. 11 - Sestry se domnívají, že lékař o zdravotním stavu pacienta nejčastěji informuje osoby, které jsou uvedeny na formuláři Souhlas s hospitalizací a poskytováním informací.

Hypotéze č. 11 odpovídá v dotazníku otázka č. 27. Tyto odpovědi jsou hodnoceny orientačně, neboť informace jsou pouze zprostředkované a vyjadřují názor sester. Tabulka č. 7 uvádí, že lékař nejčastěji poskytuje informace osobám, které jsou uvedeny na formuláři Souhlas s hospitalizací a poskytováním informací, a to ve 174 (100 %) případech. Jako další osoby, které jsou informovány a nejsou zmíněny na formuláři, respondenti uvedli nejčastěji manžela/manželku (147 případů) a registrovaného partnera/partnerku (146 případů). Neregistrovaný partner je informován pouze ve 32 případech.

Hypotéza č. 11 byla potvrzena.

Hlavní hypotéza - Problematika poskytování informací v ošetrovatelské praxi není sestram zcela jasná.

Na základě výše uvedených výsledků šetření metodou kvantitativního výzkumu lze hlavní hypotézu považovat za potvrzenou.

10.2 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum se soustředil na menší skupinu respondentů, 8 vrchních sester. Jeho cílem bylo zjistit, jak jsou pacienti ve skutečnosti seznamováni s Etickým kodexem práv pacientů, který shrnuje přehled těch nejdůležitějších práv. Dalším cílem bylo zjistit, jak je zabezpečena zdravotnická dokumentace na daném oddělení a jaké jsou zkušenosti s nahlížením do dokumentace (včetně pořizování výpisů a kopií).

Vrchní sestry potvrdily, že většina pracovišť má tento Kodex zveřejněný na každém pokoji, je tedy všem dostupný. Pouze v jednom případě práva takto zveřejněná nejsou, neboť je někdo odcizil, ale v současné době se pracuje na jejich obnovení. Na 3 odděleních jsou práva pacienta k dispozici i zatavená ve fólii pro samostatné přečtení na lůžku.

Zdravotnická dokumentace je ve všech 8 případech uložena na sesterně (inspekci) a hlavním opatřením proti zamezení úniku informací z dokumentace je uzavření dveří sestrami při odchodu z místnosti (dveře nelze otevřít bez klíče, čímž se zabrání přístupu

cizích osob). Pouze dvě oddělení mají uzamykatelnou skříňku vyhrazenou pro dokumentaci. 7 vrchních sester kontroluje zdravotnickou dokumentaci minimálně jednou týdně, jedna respondentka frekvenci kontrol nesdělila.

Pouze dvě vrchní sestry uvedly zkušenost s nahlížením do dokumentace, tento požadavek je uskutečňován pouze výjimečně a na jejich oddělení zajišťuje právní oddělení nebo sekretariát.

11 ZÁVĚR

Teoretická část práce představuje souhrn ucelených informací o právech pacienta na poskytnutí informací o jeho zdravotním stavu a o tom, kdo tyto informace poskytuje. Dále základní úpravu informovaného souhlasu (jako základního projevu pacientovi vůle), povinné mlčenlivosti a informací týkajících se zdravotnické dokumentace, (jakožto souboru osobních údajů). Tyto informace najdou uplatnění v praxi všeobecné sestry především tak, aby se mohla stát dobrým rádcem pro pacienta a zároveň byla sama dobře seznámena s těmito tématy. Jejich prostřednictvím je možné uspokojit jednu ze základních psychosociálních potřeb, a to potřebu mít dostatek informací.

Hlavní hypotéza byla postavena na základě zkušeností z praxe: Problematika poskytování informací v ošetrovatelské praxi sestrám není zcela jasná. Pro potvrzení či vyvrácení této hypotézy byla použita kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Kvalitativní část byla realizovaná pomocí rozhovoru s vrchními sestrami (8 respondentů) a kvantitativní část pomocí dotazníkového šetření (174 respondentů) ve fakultní nemocnici v Praze.

Vzhledem k uvedenému cíli této práce bylo stanoveno 7 dílčích cílů, které měly pomoci problematiku objasnit více. Cíle jsou zaměřeny na ošetrovatelskou péči a zároveň na péči léčebně preventivní poskytovanou na lůžkových odděleních zdravotnického zařízení. Zastávám názor, že vzdělaná sestra musí mít celkový přehled o tom, jaká jsou práva a povinnosti nejen její, ale také pacienta a zároveň každého člena zdravotnického týmu. Jen v případě takovýchto ucelených znalostí se mohou zdravotničtí pracovníci při své práci vzájemně doplňovat a pacientovi tak poskytovat péči na nejvyšší možné úrovni.

Jedním z dílčích cílů bylo zjistit, jaké konkrétní informace sestry poskytují. Vybrány byly běžné informace z praxe, se kterými se setkává každá sestra z jakéhokoli oboru. Dle výsledků je zřejmé, že v malé míře dochází k excesům do lékařských pravomocí, neboť sestry uvedly, že sdělily také lékařskou diagnózu (3, 2 % respondentů), informovaly pacienta o negativním reversu (21, 15 %), sdělily výsledek vyšetření (předpokládá se lékařské vyšetření, 7, 5 % respondentů) a nejčastěji poskytovaly informace o průběhu vyšetření (107, 74 % respondentů). Z výzkumu dále vyplývá, že dochází k poskytování informací o zdravotním stavu pacienta a o podrobnostech jeho hospitalizace také pomocí telefonu. 119 (83 %) respondentů již

někdy telefonicky sdělilo informace o přeložení pacienta, 99 (69 %) respondentů informovalo o propuštění pacienta, 58 (40 %) respondentů sdělilo aktuální zdravotní stav. Správný výklad této problematiky se v současné době ustálil na pouhé sdělení aktuálního zdravotního stavu a obecných informací týkající se hospitalizace (pacient je hospitalizovaný). Při poskytování telefonických informací je třeba zvýšené opatrnosti. Bylo by vhodné, aby si sestry ověřily identitu volající osoby žádostí o sdělení rodného čísla pacienta, neboť podání těchto informací neoprávněné osobě by mohlo být chápáno jako porušení povinné mlčenlivosti.

Výzkum také ukázal, že získávání písemného informovaného souhlasu je často zajišťován za spoluúčasti sester, respondenti uvedli, že ho běžně zajišťují ve 34 % případů. Pokud se jedná o souhlas s lékařským výkonem nebo vyšetřením, měla by mít každá sestra mít v povědomí, že jeho zajištění je v kompetenci lékaře. Neměla by ho tedy dát pacientovi k podpisu, obzvláště ne v případě, kdy lékař s pacientem vůbec nekomunikoval.

Předávání hlášení sester probíhá nejčastěji (94, 73 % případů) na sesterně (inspekci). Pacient je při předávání hlášení v hojně míře přítomen pouze na ARO. Z výzkumu vyplývá, že přítomnost pacienta je závislá na charakteru poskytované péče, při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče je pacient více přítomen než při poskytování základní a specializovaná ošetrovatelská péče. Koncepce ošetrovatelství uvádí, že je vhodná výměna informací za účasti pacienta, avšak tato podmínka není dále uvedena v jiných právních předpisech, ba dokonce ani ve vnitřních předpisech nemocnice, kde šetření probíhalo. Je nutné zdůraznit, že pokud je na pokoji více pacientů, může jejich prostřednictvím unikat informace o zdravotním stavu pacienta.

Při sumarizaci výsledků bylo potvrzeno, že skupina vrchní a staniční sestry má větší znalosti z oblasti právní problematiky a předpisů týkajících se jejich povolání. Znalost natolik zásadního dokumentu pro výkon povolání sestry, jako je vyhláška č. 424/2004 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků, uvedlo pouze 76 (53 %) respondentů ze skupiny řadových sester a 24 (80 %) respondentů ze skupiny vrchní a staniční sestry. Nízký počet respondentů je o to více překvapující, neboť tato vyhláška je jako jediná uvedená v jejich pracovní náplni, jejíž znalost uvedli téměř všichni respondenti. Největší znalost dokumentů uvedly sestry u své pracovní náplně (97% respondentů) a vnitřních předpisů (96% respondentů), nejmenší pak u Věstníků MZČR (31 % všech respondentů).

Respondenti (162, 93 % případů) si uvědomují, že existují sankce za poskytnutí informací, které nespádají do jejich kompetencí. Méně z nich (118, 68 % respondentů) si je vědomo, že jejich povinná mlčenlivost je prolomena, pokud pacient na jejich osobu podá trestní oznámení pro ublížení na zdraví z nedbalosti (v rozsahu nezbytném pro jejich obhajobu) a ještě o něco méně respondentů (108, 62 %) si je vědoma nutnosti povolení soudu k prolomení povinné mlčenlivosti u trestného činu, o kterém respondenti získali informace při výkonu svého povolání.

Téměř všichni respondenti (167, 96 %) zastávají názor, že kvalitní informování pacienta může zlepšit výsledky ošetrovatelské a léčebné péče. Zároveň většina z nich uvedla, že pociťují nedostatek času pro komunikaci s pacienty. Většina sester také uvedla, že by s pacientem ráda komunikovala více (113, 78 % respondentů).

Všechny výše uvedené skutečnosti potvrzují hlavní hypotézu kvantitativního výzkumu, neboť je zřejmé, že sestry si uvědomují sankce, ale zároveň sami poskytují takové informace, které nenáleží do jejich kompetencí, nebo nemají znalosti o tom, jaké informace poskytovat mohou. Sestry samy uvedly (109, 63 % respondentů), že by uvítaly nějaké školení či tiskopis, aby si své znalosti a kompetence mohly rozšířit či upřesnit. Pravděpodobně se jedná o dlouhodobý jev, neboť většina (145, 83 %) respondentů se někdy během své praxe zamyslela, zda danou informaci může poskytnout či nikoliv.

Kvalitativní výzkum prokázal, že Etický kodex práv pacientů je nemocným dobře dostupný. To zaručuje neustálý základní přehled pacienta a jeho rodiny o základních právech. V sedmi případech z osmi dotazovaných je kodex k dispozici přímo na pokoji, v jednom případě je zveřejněn na chodbě nemocničního zařízení. Pouze 3 respondenti uvedli, že na jejich oddělení je kodex navíc k dispozici i zatavený ve fólii, a tedy dostupný pacientům, kteří nemohou chodit, ale míra jejich soběstačnosti jim dovoluje si ho samostatně přečíst. Zabezpečení zdravotnické dokumentace lze považovat za dostatečné. Dokumentace je nejčastěji umístěna na sesterně, kam nemají přístup cizí osoby. Pouze dva respondenti uvedli zkušenosti s nahlížením do zdravotnické dokumentace (včetně pořizování opisů, výpisů a kopií). Pokud pacient chce uplatnit takováto práva, je odkázán na právní oddělení či sekretariát oddělení, které má danou věc na starosti.

Mimo vlastní šetření jsem na různých odděleních, nezávisle na nemocnici, kde tento výzkum probíhal, orientačně zjišťovala, kolik pacientů opravdu Etický kodex práv

pacientů četla. Nutno dodat, že všichni pacienti měli daná práva vyvěšená na pokoji. Z náhodně dotazovaných 32 pacientů (3 zdravotnická zařízení, 4 různá lůžková oddělení a vždy se jednalo o zcela soběstačné pacienty) pouze 8 potvrdilo, že práva sami četli.

Bylo by vhodné více sledovat problematiku zajišťování písemného informovaného souhlasu. Souhlas získaný prostřednictvím sestry nemusí být uznán jako platný a sestry tak „z dobré vůle“ mohou pacienta ochuzovat o informace, které by mu měly být poskytnuty. Sestry samy potvrdily, že by uvítaly nějaké školení či tiskopis, aby mohly rozšířit své znalosti a více se orientovaly ve svých kompetencích, což by mohlo být podnětem pro management nemocnice.

Výsledky výzkumného šetření budou poskytnuty zdravotnickému zařízení, kde proběhl jejich sběr.

12 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
Listina	Listina základních práv a svobod, Ústavní zákon č. 2/1993 Sb.
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
Sestra	Všeobecná sestra. Zdravotnický pracovník, který získal odbornou způsobilost dle zákona 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů
Úmluva o biomedicině	Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině, v ČR č. 96/2001 Sb.m.s.
VoČ	Vyhláška č. 424/2004 Sb., činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů
VoZD	Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů
WMA	Světová lékařská asociace
ZD	Zdravotnická dokumentace
ZOOU	Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů
ZoPZL	Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších právních předpisů
ZZ	Zdravotnické zařízení

Žádost Žádost o umožnění dotazníkového šetření v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací

Ostatní zkratky v textu mají obvyklý význam.

13 LITERATURA A PRAMENY

Seznam publikací

BÁRTLOVÁ, S., SAÍLEK, P. a TÓTHOVÁ, V. 2008. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno : NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.

BURIÁNEK, J. 2005. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. 1. vydání. Praha : Linde Praha, a.s., 2005. 204 s. ISBN 80-7201-544-3.

CENTRÁLNÍ ETICKÁ KOMISE MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR.

1992. *Etický kodex Práva pacientů*. Platnost od 25. února 1992.

DOLEŽAL, T. a DOLEŽAL, A. 2007. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha : Linde Praha, a.s., 2007. 140 s. ISBN 978-80-7201-684-6.

FARKAŠOVÁ, D. 2006. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. čes. Vydání. Martin : Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Informovaný souhlas : Proč a jak?*. 1. vydání. Praha : Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. 1996. *Práva pacientů (komentované vydání)*. Havířov : Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. 178 s. ISBN 80-902163-0-7.

KULHAVÁ, M. 2009, pers. comm., 10. listopad.

KUTNOHORSKÁ, J. 2007. *Etika ošetrovatelství*. 1. vydání. Havlíčkův Brod : Grada Publishing a.s., 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

KUTNOHORSKÁ, J. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MACH, J. 2006. *Medicína a právo*. 1. vydání. Praha : C. H. Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.

MERVANOVÁ, M. 2009. *Právo pacienta na informace a nahlížení do zdravotnické dokumentace. Zdravotnictví a právo*. Praha : Vydal JUDr. Karel Havlíček, 2009. ročník XIII. ISSN 1211-6432.

NCONZO. 2006. *České ošetrovatelství 2 - Etický kodex sester, Charty práv pacientů*. 1. vydání. Brno : NCONZO, 2006. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.

PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E. a ŘEHOŘOVÁ, J. 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení : 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2007. 144 s. ISBN 978-80-247-1997-9.

POLICAR, R. 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.

PROŠKOVÁ, E. 2009, pers. comm., 12. listopad.

PRUDIL, L. 2006. *Vybrané kapitoly práva pro zdravotnický management*. 1. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. 81 s. ISBN 80-244-1304-3.

TUZA, T. 2009. *Právo pacienta na informace a ochrana těchto informací. Pacientské listy*. Praha : Mladá fronta a.s., 2009. Ročník 58.

UHEREK, P. 2008. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. 1. vydání. Praha : Grada publishing, a.s., 2008. 182 s. ISBN 978-80-247-2658-8.

VOKURKA, M., HUGO, J. 2004. *Velký lékařský slovník*. 4. vydání. Praha : Maxdorf s.r.o., 2004. 925 s. ISBN 80-7345-037-2.

VONDRÁČEK, L., VONDRÁČEK, J. 2006. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vydání. Praha : Galén, 2006. ISBN 80-7262-392-3.

VONDRÁČEK, L. a WIRTHOVÁ, V. 2009. *Právní minimum pro sestry*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 95 s. ISBN 978-80-247-3132-2.

Seznam internetových zdrojů

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory, Etický kodex České lékařské komory [online]. 22.června 2007 [2010-3-19]. Dostupné z <http://www.lkcr.cz/document3.php?param=dokumenty_file,DOKUMENTY_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=81921>.

MACH, J. Zdravotní péče a hospitalizace bez souhlasu pacienta [online]. Česká lékařská komora, 1. červen 2008 [cit. 2010-28-3]. Dostupné z <[http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=258&do\[load\]=1&filterCategory.id=9](http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=258&do[load]=1&filterCategory.id=9)>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky 2004, částka 9 [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1. září 2004 [cit. 2010-10-4]. Dostupné z <<http://legislativa.mzcr.cz/Pages/142-vestnik-92004.html>>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky 2008, částka 6 [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1. září 2008 [cit. 2010-10-4]. Dostupné z <<http://legislativa.mzcr.cz/Pages/142-vestnik-62008.html>>.

republiky, 26. listopad 2008 [cit. 2010-11-4]. Dostupné z <<http://legislativa.mzcr.cz/Pages/103-vestnik-62008.html>>.

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE ČR. 2009. Národní akreditační standardy pro nemocnice : manuál a metodika plnění : účinné od 1.9.2009. Tigris, Praha, 115 s. ISBN: 978-80-903750-6-2 dostupný také z www: <<http://www.sakcr.cz/files/SAK-standardy-Nemocnice-dotisk-Errata-2010.pdf>>.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR verze 6.29 [online]. Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, 1. září 2009 [cit. 2010-27-3]. Dostupné z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/metodika/MDRakt/MET_v629.pdf>.

Právní předpisy České republiky a metodické pokyny:

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších právních předpisů.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších právních předpisů.

Zákon č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství, ve znění pozdějších právních předpisů.

Vyhláška č. 11/1988 Sb., o hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky, ve znění pozdějších právních předpisů.

Vyhláška č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřebnictví, ve znění pozdějších právních předpisů.

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších právních předpisů.

Zákon č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších právních předpisů.

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších právních předpisů.

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších právních předpisů.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. V ČR č. 96/2001 Sb.m.s.

Zákon č. 285/2002 Sb., transplantační zákon, ve znění pozdějších předpisů.

Věstník MZ ČR, částka 7, ročník 2004. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. ZN.: 13469/04/VVO

Věstník MZ ČR, částka 9, ročník 2004. Metodické opatření, Koncepce ošetřovatelství. ZN.: 21581/04/VVO.

Vyhláška č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 424/2004 Sb., činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 379/2005 Sb., k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem, návykovými látkami, ve znění pozdějších právních předpisů.

Zákon č. 115/2006 Sb., o registrovaném partnerství a o změně některých souvis. Zákonů, ve znění pozdějších právních předpisů.

Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 378/2007 Sb., zákon o léčivech, ve znění pozdějších předpisů.

Věstník MZ ČR, částka 6, ročník 2008. Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších právních předpisů.

14 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Etický kodex Práv pacientů (úplný text).....	93
Příloha B: Edukační záznam.....	95
Příloha C: Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (výňatek – osoby, které mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace).....	96
Příloha D: Vyhláška č. 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (výňatek).....	99
Příloha E: Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci (výňatek), minimální obsah písemného informovaného souhlasu.	103
Příloha F: Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci (výňatek), minimální obsah odmítnutí zdravotního výkonu	104
Příloha G: Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci (výňatek), minimální obsah dokumentace ošetřovatelské péče	105
Příloha H: Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (výňatek – Zdravotnické registry)	106
Příloha CH: Dotazník	107
Příloha I: Graf č. 21 - Jste jako sestra povinná vést ZD?	113

Příloha A: Etický kodex Práv pacientů (úplný text)

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou kvalifikovanými pracovníky s porozuměním.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuální) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musejí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré správy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, co mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách. Zdravotní zařízení, které má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, v němž bude jeho lékař pokračovat, a dostane informace o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Vědomý písemný souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí tzv. nemocničním řádem. Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

ZDROJ: Centrální etická komise MZČR, 1992.

Příloha B: Edukační záznam



EDUKAČNÍ ZÁZNAM

FN MOTOL, V ÚVALU 84, PRAHA 5

List č.:

Identifikační štítek

Datum/čas:	Datum/čas:	Datum/čas:	Datum/čas:
<input type="checkbox"/> rodinný příslušník <input type="checkbox"/> pacient	<input type="checkbox"/> rodinný příslušník <input type="checkbox"/> pacient	<input type="checkbox"/> rodinný příslušník <input type="checkbox"/> pacient	<input type="checkbox"/> rodinný příslušník <input type="checkbox"/> pacient
Téma edukace: <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Medicace <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu	Téma edukace: <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Medicace <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu	Téma edukace: <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Medicace <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu	Téma edukace: <input type="checkbox"/> Inkontinence <input type="checkbox"/> Stomie <input type="checkbox"/> Pohybový režim <input type="checkbox"/> Polohování <input type="checkbox"/> Užívání pomůcek <input type="checkbox"/> Léčebný postup <input type="checkbox"/> Medicace <input type="checkbox"/> Výživa <input type="checkbox"/> Respirační terapie <input type="checkbox"/> Příprava před výkonem <input type="checkbox"/> Péče po výkonu <input type="checkbox"/> Péče o žilní vstup <input type="checkbox"/> Péče o ránu
Poznámky:	Poznámky:	Poznámky:	Poznámky:
Použitá metoda: <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	Použitá metoda: <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	Použitá metoda: <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video	Použitá metoda: <input type="checkbox"/> ústní <input type="checkbox"/> písemná <input type="checkbox"/> praktický nácvik <input type="checkbox"/> audio, video
Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost	Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost	Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost	Reakce edukované osoby: <input type="checkbox"/> odmítá edukaci <input type="checkbox"/> nezájem o edukaci <input type="checkbox"/> nepochopil/a <input type="checkbox"/> prokazuje dovednost
Podpis edukujícího:	Podpis edukujícího:	Podpis edukujícího:	Podpis edukujícího:
Podpis edukované osoby:	Podpis edukované osoby:	Podpis edukované osoby:	Podpis edukované osoby:

ZDROJ: Fakultní nemocnice v Motole.

Příloha C: Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (výňatek – osoby, které mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace)

(10) Do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet, a to v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence

a) zdravotničtí pracovníci a jiní odborní pracovníci^{11m)} v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,

b) pověřeni členové příslušné komory¹⁰⁾ při šetření případů podléhajících disciplinární pravomoci příslušné komory,

c) revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,^{11e)}

d) soudní znalci v oboru zdravotnictví v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku zadaného orgány činnými v trestním řízení nebo soudy,

e) lékaři správních úřadů ve zdravotnictví pověřeni vyřizováním konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývajícím ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve správním řízení,

f) lékaři pověřeni ministerstvem zdravotnictví nebo krajem k vypracování odborného stanoviska k vyřizování konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to v rozsahu vyplývajícím ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve správním řízení,

g) lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,^{11f)}

h) členové znaleckých komisí,

i) pověřeni zdravotničtí pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví,

j) lékaři orgánů sociálního zabezpečení při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pro účely dávek a služeb sociálního zabezpečení, důchodového pojištění, státní sociální podpory, lékaři úřadů práce pro účely zaměstnanosti, lékaři odvodních a přezkumných komisí pro účely odvodního a přezkumného řízení a lékaři určení obecním úřadem obce s rozšířenou působností pro účely civilní služby; povinnosti zdravotnických zařízení vůči orgánům sociálního zabezpečení ve věcech zdravotnické dokumentace stanoví zvláštní právní předpis,^{11h)}

k) zaměstnanci státu ve zdravotnických zařízeních, zaměstnanci příspěvkových organizací, které jsou zdravotnickými zařízeními, a zaměstnanci provozovatelů dalších

zdravotnických zařízení zabezpečující pro tato zařízení zpracování osobních údajů^{11b)} při vedení a nakládání se zdravotnickou dokumentací nebo sledování a vyhodnocování kvality poskytované zdravotní péče,

l) zaměstnanci státu v organizační složce státu (§ 67c odst. 3), která zajišťuje plnění úkolů NZIS, kteří zabezpečují zpracování osobních údajů^{11b)} a informací o zdravotním stavu obyvatelstva, a zaměstnanci pověřeného (§ 67c odst. 3) nebo stanoveného zpracovatele, kteří zabezpečují zpracování osobních údajů^{11b)} a informací o zdravotním stavu obyvatelstva,

m) pověřené zdravotnické zařízení v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem,^{10b)}

n) Veřejný ochránce práv v souvislosti s šetřením podle zvláštního zákona tak, aby byla zajištěna ochrana citlivých údajů třetích osob,

o) inspektoři Ústavu pro odborné zjišťování příčin leteckých nehod v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem^{11g)},

p) zaměstnanci Státního ústavu pro kontrolu léčiv a další fyzické osoby pověřené Státním ústavem pro kontrolu léčiv, kteří se podílejí na kontrolní činnosti, hodnocení a odborných činnostech v rámci své působnosti podle zvláštních právních předpisů^{5b)},
^{5c)}, ^{5e)}.

Osoby, které mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace, mají též právo na pořízení jejích výpisů, opisů nebo kopií v rozsahu nezbytně nutném pro potřeby splnění konkrétního úkolu.

5b) Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 71/2000 Sb.

5c) Zákon č. 79/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

5e) Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách).

10) Zákon ČNR č. 220/1991 Sb.

10b) § 43 a 50 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů (zákon o pojistné smlouvě).

11b) Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 227/2000 Sb.

11d) Zákon č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech a o změně některých zákonů (zákon o evidenci obyvatel), ve znění pozdějších předpisů.

11e) § 1 zákona č. 133/2000 Sb., ve znění zákona č. 53/2004 Sb.

11f) § 13b zákona č. 133/2000 Sb., ve znění zákona č. 53/2004 Sb.

11g) Zákon č. 49/1997 Sb., o civilním letectví a o změně a doplnění zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání (živnostenský zákon), ve znění pozdějších předpisů, ve znění pozdějších předpisů.

11h) § 16 odst. 1 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

11i) Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů.

11j) Zákon č. 97/1974 Sb., o archivnictví, ve znění pozdějších předpisů.

11m) Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění zákona č. 125/2005 Sb.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb.

ZDROJ: § 67b odstavec 10 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů – výňatek.

**Příloha D: Vyhláška č. 424/2004 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků
a jiných odborných pracovníků (výňatek)**

§ 3 (výňatek)

Činnosti zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí

(1) Zdravotnický pracovník uvedený v § 4 až 20 bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,
- b) dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu se zvláštními právními předpisy⁸⁾,
- c) vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající ze zvláštních právních předpisů⁹⁾, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,
- d) poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,
- e) podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,
- f) podílí se na přípravě standardů.

(2) Zdravotnický pracovník uvedený v § 21 až 26 do doby získání specializované způsobilosti nebo prokázání výkonu praxe podle zvláštního právního předpisu¹⁰⁾ v rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti uvedené v odstavci 1 pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v příslušném oboru.

(3) Zdravotnický pracovník uvedený v § 27 až 40 po získání odborné způsobilosti¹¹⁾ pod odborným dohledem zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu v rozsahu své odborné způsobilosti

- a) poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,

b) pracuje se zdravotnickou dokumentací a s informačním systémem zdravotnického zařízení.

(4) Pokud zdravotnický pracovník vykonává činnosti zvláště důležité z hlediska radiační ochrany, musí splňovat zvláštní požadavky stanovené zvláštním právním předpisem¹²⁾.

8) Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.

9) Například zákon č. 18/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, vyhláška č. 307/2002 Sb., o radiační ochraně.

10) § 24 zákona č. 96/2004 Sb.

11) § 29 až 42 zákona č. 96/2004 Sb.

12) Zákon č. 18/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

§ 4

Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména

- a) vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozoruje, hodnotí a zaznamenává stav pacienta,
- d) zajišťuje herní aktivity dětí,
- e) zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),

- f) provádí odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost,
- g) hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřuje stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádí ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetřování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z imobility,
- i) provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukuje pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravuje pro ně informační materiály,
- k) orientačně hodnotí sociální situaci pacienta, identifikuje potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkuje pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,
- l) zajišťuje činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů,
- m) provádí psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,
- n) zajišťuje přejímání, kontrolu, uložení léčivých přípravků, včetně návykových látek¹³⁾, (dále jen "léčivé přípravky") a manipulaci s nimi a dále zajišťuje jejich dostatečnou zásobu,
- o) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků¹⁴⁾ a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra se podílí pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, případně zaměření, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče. Přitom zejména vykonává činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i).

(3) Všeobecná sestra se podílí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména

- a) podává léčivé přípravky¹³⁾ s výjimkou nitrožilních injekcí nebo zavádění infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,
- b) zavádí a udržuje kyslíkovou terapii,
- c) provádí screeningová a depistážní vyšetření, odebírá biologický materiál a orientačně hodnotí, zda jsou výsledky fyziologické,
- d) provádí ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,
- e) provádí katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečuje o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,
- f) provádí výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádí nazogastrické a jejunální sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečuje o ně a aplikuje výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,
- g) provádí výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře

- a) aplikuje nitrožilně krevní deriváty¹⁵⁾,
- b) spolupracuje při zahájení aplikace transfuzních přípravků¹⁶⁾ a dále bez odborného dohledu na základě indikace lékaře ošetřuje pacienta v průběhu aplikace a ukončuje ji.

13) Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

14) Zákon č. 123/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Nářízení vlády č. 25/2004 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na zdravotnické prostředky.

Nářízení vlády č. 191/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky, ve znění pozdějších předpisů.

Nářízení vlády č. 286/2001 Sb., kterým se stanoví technické požadavky na diagnostické zdravotnické prostředky in vitro.

15) § 2 odst. 13 zákona č. 79/1997 Sb., ve znění zákona č. 129/2003 Sb.

16) § 2 odst. 14 zákona č. 79/1997 Sb., ve znění zákona č. 129/2003 Sb.

ZDROJ: § 3 a § 4 vyhlášky č. 424/2004 Sb., činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů – výňatek.

**Příloha F: Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci (výňatek),
minimální obsah písemného informovaného souhlasu.**

PÍSEMNÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

A. Písemný souhlas obsahuje:

1. údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotního výkonu,
2. poučení o tom, zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a pacient má možnost zvolit si jednu z alternativ, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují,
3. údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,
4. údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů,
5. zápis vyjádření pacienta, že údaje a poučení podle bodů 1 až 4 mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
6. datum a podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který pacientovi údaje a poučení poskytl; nemůže-li se pacient podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen projevu souhlasu, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nemohl podepsat, a dále se uvede, jakým způsobem pacient svou vůli projevil.

B. Jde-li o nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, musí z písemného souhlasu vyplývat, že příslušné údaje byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi; zákonný zástupce v takovém případě podepíše písemný souhlas. Odmítá-li zákonný zástupce písemný souhlas podepsat, opatří se jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen odmítnutí, a uvedou se důvody, pro něž se zákonný zástupce nepodepsal.

C. Pro odvolání písemného souhlasu se použijí části A a B této přílohy přiměřeně.

ZDROJ: Příloha 1, vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci.

**Příloha G: Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci (výňatek),
minimální obsah odmítnutí zdravotního výkonu**

PROHLÁŠENÍ O ODMÍTNUTÍ ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

A. Prohlášení, popřípadě záznam podle § 1 odst. 1 písm. i), obsahuje:

1. údaj o zdravotním stavu pacienta a potřebném zdravotním výkonu,
2. údaj o možných následcích odmítnutí potřebného zdravotního výkonu pro zdraví pacienta,
3. záznam vyjádření pacienta, že údaje podle bodů 1 a 2 mu byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, že jim porozuměl a že měl možnost klást doplňující otázky, které mu byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny,
4. písemné prohlášení pacienta, popřípadě záznam o tomto prohlášení, že i přes poskytnuté vysvětlení potřebný zdravotní výkon odmítá,
5. místo, datum, hodina a podpis pacienta,
6. podpis zdravotnického pracovníka, který pacientovi informace poskytl,
7. nemůže-li se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat nebo odmítá-li záznam o prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl projevu odmítnutí přítomen, a uvedou se důvody, pro něž se pacient nepodepsal, a dále se uvede, jakým způsobem projevil svou vůli.

B. Jde-li o nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, musí z prohlášení o odmítnutí zdravotního výkonu vyplývat, že příslušné informace byly poskytnuty pacientovu zákonnému zástupci a v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi; zákonný zástupce v takovém případě podepíše prohlášení, popřípadě záznam o odmítnutí zdravotního výkonu. Odmítá-li zákonný zástupce prohlášení, popřípadě záznam podepsat, opatří se jménem, popřípadě jmény, příjmením a podpisem svědka, který byl přítomen odmítnutí, a uvedou se důvody, pro něž se zákonný zástupce nepodepsal.

ZDROJ: Příloha 1, vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

**Příloha CH: Vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci (výňatek),
minimální obsah dokumentace ošetrovatelské péče**

DOKUMENTACE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Záznam o ošetrovatelské péči obsahuje:

- a) ošetrovatelskou anamnézu pacienta, a zhodnocení zdravotního stavu pacienta a posouzení jeho potřeb pro stanovení postupů ošetrovatelské péče a ošetrovatelského plánu,
- b) ošetrovatelský plán, v němž se zejména uvedou
 1. popis ošetrovatelského problému a stanovení ošetrovatelské diagnózy pacienta,
 2. postupy poskytování ošetrovatelské péče a podle povahy postupů datum a časový údaj o poskytnutí ošetrovatelské péče nebo četnost poskytnutí jednotlivých ošetření nebo jiných postupů ošetrovatelské péče, včetně poučení pacienta,
 3. hodnocení poskytnuté ošetrovatelské péče,
 4. změny v ošetrovatelském plánu,
- c) ošetrovatelskou propouštěcí zprávu nebo doporučení k dalšímu ošetrovatelskému postupu v případě předání pacienta do další ošetrovatelské péče, v níž se zejména uvede
 1. shrnutí ošetrovatelské anamnézy,
 2. aktuální údaje o poskytnuté ošetrovatelské péči včetně časových údajů o poslední poskytnuté péči, posledním podání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a použití zdravotnických prostředků,
 3. aktuální údaje o zdravotním stavu pacienta,
 4. záznam o rozsahu podané informace v rámci ošetrovatelské péče při propuštění z ústavní péče.

Ošetrovatelská propouštěcí zpráva se nevypracovává, je-li o propuštění pacienta z ústavní péče vypracována propouštěcí zpráva podle bodu 4 této přílohy.

ZDROJ: Příloha 1, vyhlášky č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů.

Příloha I: Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (výňatek – Zdravotnické registry)

1. Národní onkologický registr
2. Národní registr hospitalizovaných
3. Národní registr rodiček
4. Národní registr novorozenců
5. Národní registr vrozených vad
6. Registr lékařů, zubních lékařů a farmaceutů
7. Národní registr potratů
8. Národní registr cévní chirurgie
9. Národní kardiochirurgický registr
10. Národní registr kloubních náhrad
11. Národní registr nemocí z povolání
12. Národní registr kardiiovaskulárních intervencí
13. Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek
14. Národní registr asistované reprodukce

ZDROJ: Příloha zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Příloha J: Dotazník

Milé kolegyně,

ráda bych Vás požádala o spolupráci při výzkumném šetření, prostřednictvím toho dotazníku. Jeho cílem je zjistit, jak se zachází s informacemi během ošetrovatelské péče na lůžkovém oddělení (pro pacienty nad 18 let). Údaje budou dále zpracovány v mé bakalářské práci s názvem Informování pacienta při poskytování ošetrovatelské péče.

Dotazník je **anonymní** a zabere Vám přibližně 15 minut. K vyjádření odpovědi použijte zaškrtnutí kolečka. Pokud je možné označit více odpovědí než jednu, dozvíte se to ze zadání otázky.

Děkuji za spolupráci a čas, který tomuto dotazníku věnujete

Pavla Dufková

1. Lékařská fakulta UK, obor ošetrovatelství, 3. ročník
Všeobecná sestra, JIP

1. Kolik je Vám let?

- Do 25 let
- 26 – 35
- 36 – 45
- 46 a více let

2. Jak dlouho pracujete jako zdravotní sestra?

- Do 1 roku
- 2 - 5 let
- 6 - 10 let
- 11 – 20 let
- 20 let a více

3. Jste registrovaná všeobecná zdravotní sestra?

- Ano
- Ne

4. Na jaké pozici pracujete?

- Řadová (směnová sestra)
- Staniční sestra
- Vrchní sestra

5. Na jakém oddělení pracujete? (např. interní standardní odd., Interní JIP). Dopište prosím.....

10. Jaké informace jste již poskytovala telefonicky? (Je možné zaškrtnout více odpovědí.)

- Přeložení pacienta
- Propuštění pacienta
- Úmrtí pacienta
- Aktuální zdravotní stav – „je stabilizovaný“
- Diagnóza onemocnění
- Prognóza onemocnění
- Výsledek vyšetření
- Hospitalizace jakéhokoli pacienta

11. Jakým způsobem nejčastěji poskytuje pacientovi informace? V procentech uveďte, jak často uvedenou metodu používáte.

- Ústně, rozhovor.....%
- Informační leták.....%
- Telefonicky.....%
- Praktická ukázka.....%
- Jiná možnost – uveďte prosím jaká.....

12. Kdo na Vašem oddělení zajišťuje podpis formuláře písemného souhlasu? (například formulář informovaného souhlasu s transfuzí, gastroskopií, zavedením centrálního žilního katétru apod.).

Doplňte v procentech, jak často je podpis uvedenou osobou zajišťován:

- Sestra, která asistuje při výkonu.....%
- Sestra, která připravuje dokumentaci před daným výkonem.....%
- Lékař.....%
- Sanitář.....%
- Jiná možnost - uveďte prosím jaká.....%

13. Pacient a písemný souhlas na Vašem oddělení – vyberte z následujících možností - hodící se zaškrtněte křížkem (☒).

Pacient	Ano	Ne
je vždy poučen o charakteru výkonu lékařem		
je vždy poučen o charakteru výkonu sestrou		
si formulář vždy sám přečte		
vždy má možnost se zeptat na doplňující otázky		

14. Kde na Vašem oddělení **nejčastěji** probíhá předávání hlášení sester? (Bez ohledu na nařízení zaměstnavatele).

- Na sesterně
- Na chodbě, před zavřeným pokojem pacienta
- Na chodbě, před otevřeným pokojem pacienta
- Přímo u jeho lůžka
- Jiná možnost, doplňte prosím.....

15. Jaká další osoba bývá přítomna při předávání hlášení sester na Vašem oddělení?

I nepravidelně, alespoň 1x za týden. (Je možné zaškrtnout více odpovědí).

- Ošetřovatelka
- Sanitář
- Jiný pacient
- Uved'te další.....
- Návštěva pacienta
- Uklízečka
- Opravář

16. Podle následujících možností označte dokument křížky (☒), v každém řádku tak budou dva:

DOKUMENT	Znám přibližné znění tohoto dokumentu	Neznám tento dokument	Dokument je pro mnou profesi důležitý	Dokument není pro mou profesi důležitý
Vaše pracovní náplň				
Standardy Vaší nemocnice				
Vnitřní předpisy Vaší nemocnice				
Úmluva o lidských právech a biomedicíně				
Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu				
Vyhláška č. 424/2004 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků				
Listina základních práv a svobod				
Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdr.povoláních				
Zákon č 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů				
Vyhláška MZ č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci				
Dokumenty ve Věstnicích MZ				
Etický kodex nelékařských zdravotnických pracovníků				

17. Označte křížkem (☒) na jaké informace má pacient právo. Otázky se netýkají autorizovaných psychologických metod. Je možné označit více odpovědí.

Druh informací	Má pacient právo na uvedené informace?	
	ANO	NE
Veškeré informace, které jsou o něm zaznamenány? *		
Nahlížení do zdravotnické dokumentace za přítomnosti zdravotnického pracovníka? *		
Pořízení výpisů, opisů nebo kopií ze zdravotnické dokumentace? *		
Určení osoby, která do jeho dokumentace může nahlížet		
Zákaz podávání informací jiným osobám		
Zákaz informování jeho samotného o zdravotním stavu		

* popis příznaků onemocnění, diagnóza, popis terapeutického postupu a interpretace výsledků vyšetření, bez uvedení třetí osoby

18. Myslíte si, že tvrzení – „Neznalost zákona neomlouvá“ je pravdivé?

- Ano Ne

19. Situace - jste předvolána k soudnímu řízení jako svědek trestného činu, o kterém jste získala informace při výkonu Vašeho povolání. Potřebujete povolení soudu k prolomení povinné mlčenlivosti?

- Ano
 Ne
 Nevím

20. Pacient na Vás, zdravotní sestru, podá trestní oznámení pro ublížení na zdraví z nedbalosti. Je tímto aktem prolomena Vaše povinná mlčenlivost (v rozsahu nezbytném pro Vaši obhajobu)?

- Ano
 Ne
 Nevím

21. Myslíte si, že existují sankce za poskytnutí informací, které nespadají do Vašich kompetencí?

- Ano Ne

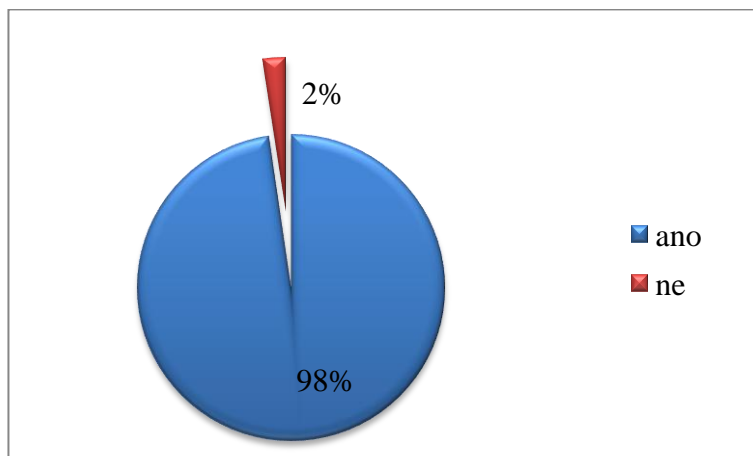
22. Uvítala byste od zaměstnavatele nějaký pokyn (školení, tiskopis,...), jaké informace a jak je můžete poskytovat?
- Ano Ne
- Absolvovala jsem školení, dostala jsem tiskopis...
23. Řešila jste někdy během své praxe otázku, jaké informace o pacientovi můžete na základě svých kompetencí poskytovat?
- Ano Ne
24. Jste jako zdravotní sestra povinná vést ošetrovatelskou dokumentaci?
- Ano Ne
- Nevím
25. Myslíte si, že kvalitní informování pacienta může zlepšit výsledky ošetrovatelské a léčebné péče?
- Ano
- Ne
- Nemá vliv
26. Kolik času denně věnujete komunikaci s jedním pacientem?.....min. Kdybyste měla ve službě více času, komunikovala byste s pacientem více?
- Ano Ne, čas mi přijde plně dostačující
27. Jakým osobám lékař na Vašem oddělení zpravidla poskytuje informace o zdravotním stavu pacienta? Hodící se zaškrtněte křížkem (☒).

Komu je informace poskytována		ANO	NE
Pouze osobě, která je uvedena na formuláři *			
Jiným osobám, které nejsou uvedeny na formuláři *	Manželce / manželovi		
	Partnerovi (neformální vztah)		
	Registrovanému partnerovi		
	Kamarádovi		
	Rodičům pacienta		
	Sourozencům		
	Potomkům		

* jedná se o formulář Souhlas s hospitalizací a poskytováním informací

ZDROJ: Vlastní.

Příloha K: Graf č. 21 - Jste jako sestra povinná vést zdravotnickou dokumentaci?



Na otázku, zdali jsou sestry povinny vést zdravotnickou dokumentaci odpovědělo 170 respondentů (98 %) že ano, 4 respondenti (2 %) uvedli, že nejsou povinni vést zdravotnickou dokumentaci.

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis