

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

**Informování pacientů před zavedením centrálního venózního  
katétru**

Bakalářská práce

**Kateřina Míková**

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Fejfarová

Olomouc 2013

# **ANOTACE**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Název práce v ČJ:** Informování pacientů před plánovaným zavedením centrálního venózního katétru

**Název práce v AJ:** Informing of patients before planned insertion of central venous catheter

**Datum zadání práce:** 05. 06. 2013

**Datum odevzdání práce:** 15. 07. 2013

**Vysoká škola, fakulta a ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetřovatelství

**Autor práce:** Míková Kateřina

**Vedoucí práce:** Mgr. Markéta Fejfarová

**Oponent práce:**

**Abstrakt v ČJ:**

Tato přehledová bakalářská práce se věnuje tématům centrálního žilního katétru a informování pacientů jak samostatně, tak ve vzájemném vztahu. Poskytuje souhrnné poznatky o centrálním žilním katétru, informování pacientů z hlediska vývoje, legislativy a práv pacientů. Zároveň pohlíží na téma podávání informací před plánovanými zákroky, konkrétně před zavedením centrálního žilního katétru.

**Abstrakt v AJ:**

This survey bachelor thesis deals with the topic of central venous catheter and informing of patients both separately and in relation to each other. It provides summary findings about central venous catheter, information awareness of patients from the point of view of development, legislation and patient rights. It simultaneously looks into the topic of informing patients before planned intervention, specifically before insertion of central venous catheter.

**Klíčová slova v ČJ:** Informovanost, informování, centrální žilní katétr, práva pacientů, informovaný souhlas, edukace, zavedení CŽK

**Klíčová slova v AJ:** Information awareness, informing, central venous catheter, patient rights, informed consent, education, insertion of central venous catheter

**Rozsah:** 34 stran, 4 přílohy

**Místo uložení:** Ošetřovatelské informační a školící centrum, FZV UP v Olomouci – archiv

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Markéty Fejfarové a použila jen uvedené informační zdroje. Zároveň souhlasím s využitím práce ke studijním účelům.

Olomouc 12. 07. 2013

Kateřina Míková

**Poděkování:**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat především vedoucí práce Mgr. Markétě Fejfarové za její profesionální názory, za pomoc a cenné rady, rodině a přátelům za trpělivost a podporu.

# OBSAH

	ÚVOD .....	7
1	<b>CENTRÁLNÍ ŽILNÍ KATÉTR</b> .....	9
1.1	Indikace zavedení CŽK .....	9
1.2	Kontraindikace zavedení CŽK .....	10
1.3	Typy katétrů .....	10
1.4	Místa vhodná k zavedení CŽK .....	11
1.5	Postup zavedení CŽK .....	12
1.6	Kontrola správného zavedení katétru .....	13
1.7	Komplikace CŽK .....	13
1.8	Role sestry při zavádění CŽK.....	14
1.9	Péče o CŽK .....	14
2	<b>INFORMOVÁNÍ PACIENTŮ</b> .....	16
2.1	Vývoj informování pacientů .....	16
2.2	Vývoj informování pacientů v České republice .....	17
2.3	Vývoj vztahu lékaře a pacienta.....	18
2.4	Práva pacientů.....	19
2.5	Informovaný souhlas .....	20
2.5.1	Formy informovaného souhlasu .....	21
2.5.2	Písemný informovaný souhlas.....	21
2.5.3	Obsah informovaného souhlasu .....	21
2.5.4	Zpochybnění či odvolání informovaného souhlasu.....	22
2.6	Poskytování informací .....	22
3	Informování pacientů před plánovanými zákroky.....	24
3.1	Informování pacientů před zavedením CŽK .....	24
	DISKUZE .....	25
	ZÁVĚR .....	27
	ZDROJE .....	29
	INTERNETOVÉ ZDROJE.....	31
	SEZNAM ZKRATEK.....	33
	Příloha č. 1 – Práva pacientů ČR.....	35

# ÚVOD

Oblast informování pacientů je v dnešní době jedním z důležitých nástrojů pro zkvalitnění poskytované péče ve zdravotních službách. Každý má právo na informace o svém zdravotním stavu, diagnostických a terapeutických postupech i jejich následcích či komplikacích. Zdravotnictví od svých počátků udělalo velký pokrok nejen v oblasti techniky, diagnostiky a léčení, ale i co se týče vývoje vztahů mezi zdravotníky a pacienty. Pacient se z role objektu bez vlastních práv a možnosti ovlivnit své léčení stává informovaným a respektovaným jedincem. Tato bakalářská práce poskytuje informace nejen o samotném zákroku zavedení centrálního žilního katétru (dále jen CŽK), ale i celkovém vývoji informování pacientů obecně a zároveň před plánovanými zákroky, konkrétně před zavedením CŽK. V bakalářské práci byly položeny následující otázky: „Jaké byly publikovány poznatky o CŽK?“, „Jaké byly publikovány poznatky ohledně informování pacientů?“, „Jaké byly publikovány poznatky ohledně spokojenosti pacientů s informováním o plánovaných zákrocích?“

Pro účely přehledové bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

- 1) Předložit poznatky o centrálním žilním katétru, indikacích a kontraindikacích k jeho zavedení, způsobech a místech zavedení, komplikacích.
- 2) Předložit poznatky o informování pacientů.
- 3) Předložit poznatky o podávání informací pacientům před plánovaným zavedením centrálního žilního katétru.

Vyhledávací strategie k vypracování této bakalářské práce byla použita následující:

Do vyhledávacích serverů byla zadána klíčová slova, která byla stanovena pro tuto práci, a to jsou: informovanost, informování, centrální žilní katétr, práva pacientů, informovaný souhlas, edukace, zavedení CŽK.

Jako zdroje informací byly mimo jiné použity následující databáze a vyhledávače:

Bibliographia Medica Čechoslovaca na <http://www.nlk.cz>

Pubmed na <http://www.pubmed.gov>

Google scholar na <http://www.scholar.google.cz>

Vysokoškolské kvalifikační práce na <http://www.theses.cz>

Vyhledávací portál městské knihovny Koniáš, včetně internetového serveru

<http://www.mlp.cz>

Vyhledávač <http://www.google.com>

Z takto nalezených pramenů bylo ke zpracování této bakalářské práce po prostudování a zhodnocení publikovaných informací použito 14 publikací a 16 internetových zdrojů.



# 1 CENTRÁLNÍ ŽILNÍ KATÉTR

CŽK hraje důležitou roli při léčbě kriticky nemocných. Ačkoli má zejména terapeutický účinek, jeho zavedení je spojeno i s určitými komplikacemi. Jedná se o výkon, který je prováděn lékařem (*Kapounová 2007, str. 76*) za přísně aseptických podmínek na specializovaném pracovišti, většinou na jednotkách intenzivní péče (dále jen JIP) (*Cetkovský 2004, str. 17*) nebo anesteziologicko-resuscitačních odděleních (dále jen ARO).

## 1.1 Indikace zavedení CŽK

Kanylace centrálního žilního řečiště je indikována v celé řadě případů, např. z důvodu potřeby převážně dlouhodobého podávání léků nebo tekutin, včetně hypertonických roztoků a krevních derivátů. Nejčastěji se tato indikace vyskytuje v případě potřeby dlouhodobého podávání léků iritujících periferní žilní stěny (chemoterapie, koncentrované roztoky např. parenterální výživa, antibiotika, vazomotorické léky, atp.), v případě potřeby velkoobjemového podávání tekutinových náhrad a krevních derivátů (např. u šokových stavů). (*Cetkovský 2004, str. 15; Ševčík et al. 2003, str. 14; Rozsypalová 2010, str. 131*)

Dalším důvodem pro zavedení CŽK je nutnost provádění častých odběrů krve u nemocných s insuficientním periferním žilním řečištěm (například v případech časté flebitidy atp.). Odběry krve u pacientů s nedostatečným periferním žilním řečištěm bývají velice problematické (*Drábková 2001, str. 3*), proto bývá tato indikace pokládána za další přínos možnosti zavedení CŽK. U intenzivních pacientů se však pro opakované odběry krve používá spíše arteriální kanyla (*Cetkovský 2004, str. 15*), a to nejen pro potřeby analýzy krevních plynů a acidobazické rovnováhy, ale také pro minimalizaci zkreslení výsledků. (*Cetkovský 2004, str. 15; Ševčík et al. 2003, str. 14; Rozsypalová 2010, str. 131*)

Častou indikací je i potřeba provádění invazivní monitorace či speciálních výkonů. Do oblasti invazivní monitorace patří například měření centrálního žilního

tlaku (dále jen CVP), tlaku v arteria pulmonalis a tlaku v zaklínění, díky kterému jsou posuzovány přítomnost, stupeň a typ plicní hypertenze (Kolář 2003, str. 78), atd. Mezi speciální výkony potom řadíme dočasnou kardiostimulaci či mimotělní eliminační metody jako jsou např. hemodialýza, plazmaferéza, hemofiltrace, hemodiafiltrace. (Cetkovský 2004, str. 15; Rozsypalová 2010, str. 131; Kolář 2003, str. 108)

## 1.2 Kontraindikace zavedení CŽK

Mezi kontraindikacemi jsou uváděny "syndrom horní duté žíly, obstrukce vena subclavia na straně plánované punkce, předchozí radiace" (Kapounová 2007, str. 75), neznalost techniky kanylace, nemožnost řešit akutní komplikace vzniklé právě kanylací (například v nevhodném prostředí atp.), "závažná koagulopatie s klinickými projevy hemorhagické diatézy, nedrénovaný pneumotorax na protilehlé straně" (Zazula 2007, str. 13). V případě, že se v místě předpokládaného vpichu nachází infekční ložisko nebo poranění bránící v provedení zákroku, není doporučeno do tohoto místa CŽK zavádět. V neposlední řadě sem pak patří nespolutracující pacient nebo jeho nesouhlas s výkonem. (Kapounová 2007, str. 75; Lejsek 2013, [online]; Zazula 2007, str. 13). Lejsek (2013, [online]) jako kontraindikaci dále uvádí neschopnost dodržet hygienicko-epidemiologický režim při zákroku a následném ošetřování CŽK či nemožnost splnění technických podmínek.

## 1.3 Typy katétrů

Katétry jsou rozdělovány z hlediska:

- času:                      krátkodobé (1 - 3 týdny)  
   střednědobé (7 dnů – 12 týdnů) - např. PICC je katétr zavedený do horní duté žíly z periferní žíly horní končetiny  
   dlouhodobé (měsíce až roky) – např. Hickmanův či Broviakův tunelizovaný katétr, dále podkožní port  
*(Fricová, Strítěský, Chovanec, 2013, str. 2, [online])*

- materiálu - teflonové, polyurethanové, atp. (*Fricová, Stříteský, Chovanec 2013, str. 2, [online]*), některé katétry "jsou opatřeny povrchem s antibakteriálním působením" (*Lejsek 2013, [online]*), například potažené stříbrem. (*Češka 2010, [online]*)
- počtu lumen (1-5) – více lumeny je umožněno podávání vzájemně inkompatibilních léků, zároveň jsou vyloučeny komplikace vznikající při bolusovém podání léků (např. katecholaminů). (*Lejsek 2013, [online]*)
- účelu použití - např. provedení pravostranné srdeční katetrizace (*Kolář 2003, str. 77*) Swan-Ganzovým katétre, (*Kolář 2003, str. 106; Cetkovský 2004, str. 35*), zavedení kardiostimulační elektrody. (*Kolář 2003, str. 130*)

#### **1.4 Místa vhodná k zavedení CŽK**

Obecně jsou uváděny tři nejběžnější přístupy vhodné k punkci centrální žíly, a to jsou vena subclavia, vena jugularis interna a vena femoralis. Při výběru místa vstupu je třeba zohlednit stav pacienta, jeho nemoci, lokální anatomii (tvar krku, předchozí chirurgický zákrok, zlomenina klíčku), stav kůže v místě plánované punkce. "Kanylace v. jugularis interna mívá méně vážných technických komplikací (v porovnání s vena subclavia); lze použít např. u pacientů s vysokým rizikem krvácivých komplikací." (*Cetkovský 2004, str. 15*) Výběr pravostranných žil snižuje počet komplikací v porovnání s punkcí žil na levé straně. Vena subclavia je oproti tomu preferována pro lepší možnost ošetřování a vyšší komfort pacienta (oproti vena jugularis interna či vena femoralis) (*Cetkovský 2004, str. 15-16*). Z periferní žíly lze centrální katétr zavést v případě, kdy lze očekávat komplikace z punkce centrální žíly (např. u závažných koagulopatií). K zavedení jsou vhodné vena basilica, vena cephalica, vena axilaris atd. (*Lejsek 2013, [online]*)

## 1.5 Postup zavedení CŽK

"Zavedení CŽK se provádí dle standardu za přísně aseptických podmínek" (Fendrychová 2005, str. 278). Při zavádění CŽK je nutné vždy striktně dodržovat pravidla asepse. Zákrok je prováděn lékařem nejčastěji na odděleních JIP a ARO. Pacienta je vždy třeba nejdříve poučit o zákroku a nechat ho podepsat informovaný souhlas. Poté je lékařem vybráno nejvhodnější místo punkce, provedena jeho dezinfekce a zarouškování. Aplikuje se lokální anestezie, pacient se uloží do 15stupňové Trendelenburgovy pozice s hlavou lehce níže než trup, což minimalizuje riziko vzduchové embolie a zajistí lepší náplň žíly. (Cetkovský 2004, str. 17). Někteří lékaři více než Trendelenburgerovu polohu preferují podložení lopatek nemocného a otočení hlavy směrem od lékaře. (Cetkovský 2004, str. 18). Následuje samotné zavedení CŽK – za stálého nasávání se pomalu zavede jehla. "Po aspirování krve posuneme jehlu ještě o 1-2 mm ve směru punkce, odstraníme stříkačku, zavedeme zaváděč a po šetrné dilataci posléze i CŽK (Seldingerova technika)." (Cetkovský 2004, str. 17). V případě správného zavedení je možné bez problémů propláchnout všechny vstupy a aspirovat jimi krev (Cetkovský 2004, str. 17-18; Češka 2010, [online]). Před konečnou fixací několika stehy ke kůži je vítanou možností k ověření polohy CŽK snímání intravaskulárního EKG, které pomocí identifikace širokých vln P v pravé síni může pomoci ke správnému finálnímu umístění katétru povytažením až do ideální polohy. (Cetkovský 2004, str. 17-18; Larsen 2004, str. 668; Kolář 2003, str. 81) "Další metoda dle Dessilet Hofmana využívá speciálního zaváděcího setu obsahujícího vodič, dilatátor a zaváděcí pochvu. Vlastní katétr je zaváděn kanálem pochvy." (Lejsek 2013, [online]) Tato metoda je méně obvyklá, používá se převážně tam, kde musíme vyloučit jakýkoliv kontakt katétru s infikovaným okolím (např. u popálenin). (Lejsek 2013, [online])

## 1.6 Kontrola správného zavedení katétru

Polohu zavedeného katétru je možné kontrolovat několika způsoby. První z nich je podle délky zavedení. Tato metoda je nejjednodušší, ale neodhalí případné komplikace. Používá se jako primární kontrola před zhotovením rentgenového snímku hrudníku. Dalším způsobem kontroly je snímání EKG na konci katétru. Podle tvaru EKG křivky lékař pozná jeho umístění. Poslední metodou kontroly správného zavedení CŽK je rentgenový snímek hrudníku. Ten, díky tomu, že je CŽK rentgenově kontrastní, odhalí správnou polohu katétru. Především ale odhalí i případný pneumotorax či hemotorax. (*Drábková 2001, str. 9; Kapounová 2007, str. 75-76*)

## 1.7 Komplikace CŽK

Komplikace CŽK jsou rozdělovány z časového hlediska, a to na časné - komplikace punkce (např. alergie na dezinfekční prostředek nebo anestetikum, pneumotorax, hemotorax, punkce arterie, krvácení z místa vpichu) a pozdní - komplikace zavedeného katétru (infekce místní či celková, trombóza katétru, embolie vzduchu, tuku či trombu, porušení stěny cévy nebo pravé síně). (*Kapounová 2007, str. 76; Lejsek 2013, [online]*) Bývají odvislé mimo jiné od zkušeností lékaře, který zákrok provádí. Obecně platí, že čím zkušenější lékař, tím menší četnost výskytu časných komplikací. "Za erudovaného (a tedy schopného samostatných výkonů) lze obvykle považovat lékaře, který za supervize provedl nejméně 50 úspěšných zavedení CŽK." (*Cetkovský 2004, str. 17*) Pozdní komplikace jsou naopak více závislé na následné péči než na provedení samotného zákroku.

## 1.8 Role sestry při zavádění CŽK

Sestra má v průběhu výkonu několik důležitých úkolů. Nejdříve musí na základě kontroly dokumentace provést identifikaci pacienta a následně ho na zákrok připravit. Součástí této přípravy je informování a poučení pacienta o plánovaném výkonu a případných komplikacích. Dále je třeba ověřit alergickou anamnézu a připravit k podepsání informovaný souhlas. Neméně důležitá je však i fyzická příprava. Je to především oholení místa vpichu dle potřeby, zajištění monitorace, uložení pacienta do správné polohy před započítím výkonu. Dalším úkolem sestry je příprava instrumentaria na sterilní stolek či příprava dalších pomůcek potřebných k punkci CŽK. Po celou dobu musí lékaři provádějícímu punkci asistovat a po jejím provedení je opět na sestře, aby řádně ošetřila místo vpichu a zajistila RTG snímek plic a polohy katétru. V průběhu celého zákroku sestra neustále sleduje stav pacienta a jeho křivku EKG a následně vše řádně zaznamená do ošetrovatelské dokumentace. Nakonec zajistí likvidaci či dekontaminaci a uložení použitých pomůcek. *(Kapounová 2007, str. 75-76; Chocholová, Šindelářová 2013, str. 6-7, [online])*

## 1.9 Péče o CŽK

Veškeré ošetřování CŽK provádí sestra a musí vždy probíhat asepticky. Místo vstupu katétru je nutné sterilně krýt, označit datem a pravidelně převazovat. Nejdříve je používáno textilní krytí, které je třeba vyměnit minimálně jednou za 24 hodin spolu s provedením inspekce místa vpichu katétru. V případě, že je místo vpichu a oblast kolem stehů klidné, je možné vyměnit textilní krytí za krytí semipermeabilní (neboli polopropustnou) samolepicí průhlednou folií, které se převazuje po 48-72 hodinách. Pokud je ovšem místo znečištěné či v případech prosakování krve nebo uvolnění obvazu je nutné převaz provést okamžitě. Při převazu se vždy kontrolují krvácivé projevy v okolí katétru, zarudnutí, zatvrdnutí atd. *(Mikšová a kol. 2006, str. 180; Fendrychová 2005, str. 278; Kapounová 2007, str. 76; Češka 2010, [online]; Chocholová, Šindelářová 2013, str. 6-7, [online]). Bystřická (Florence 2006, str. 64)*

ve svém výzkumu uvádí, že časté výměny fólií mohou zvýšit riziko infekce tím, že přispívají k poškození kůže, čímž se zvyšuje možnost uchycení a průniku bakterií.

## 2 INFORMOVÁNÍ PACIENTŮ

### 2.1 Vývoj informování pacientů

Po staletí byli pacienti zcela závislí na rozhodnutí lékaře, neměli žádná práva. Nejstarším a nejznámějším etickým kodexem je Hippokratova přísaha. Byla napsána pravděpodobně v pátém století před naším letopočtem žáky slavného lékaře. (*Haškovcová 1996, str. 7*) Pojednává však jen o povinnostech lékaře, o právech a povinnostech samotných pacientů se z ní nedozvíme. Byl to první známý psaný dokument, který se touto problematikou vůbec začal zabývat i když pouze z hlediska povinností lékařů.

V minulosti byl obvyklý takzvaný paternalistický (otcovský) přístup lékaře k pacientovi. Úroveň tehdejší medicíny připouštěla většinou jen jednu možnost léčby a dilematické situace, jak je známe dnes, prakticky neexistovaly. Lékař se většinou omezoval na praktické rady a traumatizujících zpráv byl pacient ušetřen. Nemocní byli s touto strategií obeznámeni a svému lékaři věřili. Pacienti se v případě nemoci obraceli na lékaře, jakožto odborníka. Věřili, že jim poskytne potřebnou péči, bude postupovat ohleduplně, a že je ušetří případných traumatizujících a negativních zpráv. Nutno podotknout, že o této „strategii“ byli pacienti obeznámeni a tento nerovný vztah plně vyhovoval jak jim, tak lékařům. Zároveň bylo obvyklé, aby o zdravotním stavu nemocného byla informována jeho rodina. (*Haškovcová 2007, str. 12; Doseděl, Dosedělová 2009, [online]*)

Po 2. světové válce došlo k rozvoji diagnostických a léčebných metod což mělo za následek více vyléčených pacientů. Část z nich ovšem přešla do stadia chronicity svého onemocnění. Chronicky nemocní pacienti se tím pádem ocitli v nové situaci. Stala se pro ně složitější orientace v systému zdravotnictví. Z důvodu nutnosti specializované péče došlo mimo jiné k rozvolnění vztahů mezi lékařem a pacientem. Přispěla k tomu i zdravotnická osvěta a dostupnost informací, které vedly k vyšší vzdělanosti pacientů. Lékař už od té chvíle nebyl jediný, kdo měl odborné znalosti. V tomto stadiu byl již paternalistický systém neudržitelný. Výsledkem toho bylo postupné přijetí partnerského modelu, v němž je mnohem více kladen důraz na



pacientovu autonomii a na jeho práva. (*Haškovcová 2007, str. 12- 13; Doseděl, Dosedělová 2009, [online]*)

První souhlas s léčbou (tehdy nazývaný revers) je doložen z roku 1914. První etický kodex Práva pacientů zveřejnil v roce 1971 lékárník David Anderson. Zde je již jasně vyjádřena potřeba osobního přístupu ke každému pacientovi. Poté začaly vznikat i kodexy týkající se určité skupiny nemocných (Práva imobilních osob, Práva umírajících, atd.) a zároveň skupin neoznačovaných jako nemocní (Práva těhotné ženy a nenarozeného dítěte.) (*Haškovcová 2007, str. 16- 17; Doseděl, Dosedělová 2009, [online]*)

## **2.2 Vývoj informování pacientů v České republice**

V zákoně 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu byla ustanovena povinnost lékaře přiměřeně poučit pacienta a vyžádat si souhlas s léčbou. Při odmítnutí léčby si lékař podle zákona měl vyžádat písemné prohlášení (revers). V praxi však pacient dostal pouze takové informace, které ho motivovaly ke spolupráci. Naopak rodina byla informována plně, nezdědka včetně zaměstnavatele. Paternalistický vztah lékaře k pacientovi u nás přetrvával i v době, kdy vyspělé země již měnily systém zdravotnictví směrem k partnerství mezi lékařem a pacientem.

V roce 1990 začala za předsednictví Jaroslava Šetky pracovat Centrální etická komise při radě Ministerstva zdravotnictví ČR (CEK MZ ČR). Předseda této komise spolu s Helenou Haškovcovou iniciovali vznik české verze Práv pacientů (viz příloha 1). Tento dokument navazuje na listinu základních práv a svobod. „Definitivní českou verzi Práv pacientů formulovala a vyhlásila CEK MZ ČR dne 25. 12. 1992.“ Kodex práv pacientů není právně vymahatelný. Je to v podstatě stručné shrnutí závazných ustanovení, která byla již v minulosti uzákoněna. (*Haškovcová 2007, str. 13, 17-18; Doseděl, Dosedělová 2009, [online]*)

Až v roce 1997 (konkrétně dne 04. 04. 1997) byla ve Španělském Oviedu k podpisu otevřena listina s názvem Úmluva o biomedicině. V tomto dokumentu došlo ke sjednocení práv pacientů, je legislativně vymahatelný a vznikl na základě různých předpisů, ze kterých vychází – jako např.: Všeobecná deklarace lidských práv, Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod, Úmluva o právech dítěte a další. Také

zde byly brány na zřetel obecně známé, ale nestandardizované informace v oblastech stále se vyvíjející vědy a medicíny. Česká republika tuto listinu podepsala dne 24. 06. 1998, ale Úmluva sama vstoupila v platnost na základě svého článku 33 odst. 3 až dne 01. 12. 1999. Ratifikační listina České republiky byla uložena u tajemníka Rady Evropy, deponitáře Úmluvy, dne 22. 06. 2001. Pro Českou republiku vstoupila v platnost dne 01. 10. 2001. (*Úmluva o lidských právech a biomedicíně in Okresní sdružení ČLK, 2005, [online]*)

### **2.3 Vývoj vztahu lékaře a pacienta**

Vztah mezi lékařem a pacientem se vyvíjí už dlouhá léta a dosud není tento vývoj ukončen. Transformace paternalistického vztahu lékaře k pacientovi v partnerský vztah je od počátku velmi obtížná. V cestě obvykle stojí především neschopnost či neochota některých lékařů (především těch s delší praxí) přizpůsobit se novým podmínkám, odmítání odpovědnosti za vlastní zdraví ze strany pacientů (spíše u starších lidí) či nedostatečné povědomí laické veřejnosti ohledně možností podávání informací pacientům. Mezi další překážky této už tak obtížné transformace patří i fakt, že dosud nejsou ustáleny postupy a způsoby informování pacientů. (*Haškovcová 2007, str. 22; Haškovcová 2001, str. 23*)

Tento aspekt ztěžuje práci lékařům, a zároveň podporuje již zavedené postupy při informování pacientů, které nejsou vždy v souladu s potřebami nemocných. Jejich možnost získat úplné informace v okamžiku, kdy by je uvítali a zároveň pro ně byly potřebné, se tak snižuje. Důležitým problémem v tomto případě zůstává to, že poskytnutí těchto informací by mělo být samozřejmostí, nikoli výsadou. Kost'ová (2007, *Sestra, [online]*) uvádí: "Úcta k autonomii jednotlivce je jednou z nejdůležitějších hodnot civilizovaného způsobu života. Každý člověk je zainteresovaný v přijímání rozhodnutí, která ovlivňují jeho život."

Vztah pacienta a lékaře však není jediný, který se stále vyvíjí "Vztah sestry a pacienta (stejně jako vztah lékaře a pacienta) nebude nikdy rovnoprávný. Proto je důležité věnovat pozornost tomu, jak posílit pozici pacienta. K tomu, aby sestra mohla v tomto ohledu pacientovi pomoci, musí sama mít dostatek autonomie a autority." (*Heřmanová a kol 2012, str. 41*)

## 2.4 Práva pacientů

"Práva pacientů definují v Českém právním systému především tyto zákony:

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci" (*Euroclinicum 2012, [online]*)

Předmětem této práce není informovat o právech pacientů jako takových, ty byly popsány již mnohokrát v jiných pramenech. Pro tuto publikaci jsou důležité body, které ustanovují práva pacientů na informace.

Právo č. 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, které se na nich zúčastní (*Odbor 22, 2005, [online]; Haškovcová 1996, str. 61*)

Právo č. 4: " Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí." (*Odbor 22, 2005, [online]; Haškovcová 1996, str. 83*)

## 2.5 Informovaný souhlas

Každý lékařský zákrok je nutné provádět se souhlasem pacienta až na výjimky, které nastávají v případech krajní nouze (oběti autonehody v bezvědomí, atp.). V těchto život zachraňujících situacích je automaticky souhlas pacienta předpokládán a lékař musí jednat dle svého nejlepšího svědomí. V takových případech je vždy nutná řádná dokumentace a následné nahlášení příslušnému soudu. V okamžiku, kdy je pacient při vědomí je nutné ho informovat o předchozí léčbě a získat souhlas s léčbou následující. Informovaný souhlas musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný – tyto tři náležitosti jsou základem každého souhlasu. Pacient jím dává svolení k zásahu do svého těla, a to právě na základě informací, které mu byly podány v poučení (*Férová nemocnice, 2012, [online]; Haškovcová 2007, str. 25; Úmluva o lidských právech a biomedicíně in Okresní sdružení ČLK, 2005[online]*)

Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (*Zákon o zdravotních službách*) v § 28, odst. 1 uvádí, že: "Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak." V paragrafu 31 se potom dále uvádí povinnosti poskytovatele zdravotních služeb, jako např.: "zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách (dále jen „informace o zdravotním stavu“),” nebo "umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny." (*Zákon č. 372/2011 Sb.*) V dalších částech tohoto zákona jsou dále uvedeny nejen náležitosti a četnost podávaných informací o zdravotním stavu, možnostech, přínosech a rizicích léčby, ale například i další možnosti pacienta – jako jsou vzdát se podání informace o zdravotním stavu nebo určit osoby či vyslovit zákaz o podávání informací o zdravotním stavu. atp. (*ČESKO 2011, [online]*)

Vyhláška o zdravotnické dokumentaci ze dne 22. 03. 2012 udává, že pokud byl podepsán informovaný souhlas, stává se součástí zdravotní dokumentace. (*Heger 2012, [online]*)

### 2.5.1 Formy informovaného souhlasu

Informovaný souhlas může být projevěn třemi způsoby: ústně, konkludentně a písemně. Konkludentní formou je míněna situace, kdy lze souhlas předpokládat z okolností. Příklad z praxe: Pacient po náležitém poučení na výzvu při vyšetření otevře pusou či nastaví ruku k odběru krve. Konkludentní a ústní forma je tedy využívána především při rutinních výkonech kde by písemný souhlas neúměrně administrativně zatěžoval. Písemná forma se užívá při všech složitějších výkonech (operace, invazivní či jinak riziková vyšetření, atp.). Problém spočívá v tom, že pacient může konkludentní i ústní souhlas zpětně odvolat například z důvodu nedostatečného poučení. Proto již někteří lékaři vyžadují souhlas i u výkonů, u kterých dříve nebyl vyžadován. (*Haškovcová 2007, str. 27; Vondráček, Ludvík 2005, str. 35; Ústav veřejného zdravotnictví a práva, Informovaný souhlas, [online]*)

### 2.5.2 Písemný informovaný souhlas

Písemná forma souhlasu je vždy psána odborným jazykem a slouží jako důkaz pro případ soudního jednání. Podpisu by mělo vždy předcházet dostatečné slovní poučení. Písemný souhlas povinně obsahuje klauzuli, ve které je uvedeno "že pacient rozuměl poskytnutým informacím a měl možnost zeptat se lékaře na všechno, čemu nerozuměl a co ho zajímá v souvislosti s navrhovaným postupem." (*Haškovcová 2007, str. 28; Vondráček, Ludvík 2005, str. 35*)

V případě, že je pacient cizinec, musí být informován v jazyce, který je pro něj srozumitelný, popř. je třeba využít služeb tlumočnicka. V případech, kdy je informovaný souhlas vyžadován v písemné formě, musí být také v rodném jazyce pacienta nebo v jazyce, který ovládá. (*Haškovcová 2007, str. 28*)

### 2.5.3 Obsah informovaného souhlasu

Mezi základní náležitosti informovaného souhlasu patří svoboda pacienta (fakt, že pacient při podepisování nebyl pod jakýmkoli nátlakem), srozumitelnost podaných informací (při samotném poučení i zodpovězení případných otázek), informovanost (na základě předcházejícího poučení) a kvalifikovanost souhlasu (splněna pokud

informaci o stavu podává zdravotnický pracovník způsobilý vzhledem k typu podávané informace. (*Ústav veřejného zdravotnictví a práva, Informovaný souhlas, [online]*)

Haškovcová (2007, str. 29) k tomuto tématu uvádí: "Informovaný souhlas nesmí být v rozporu s jeho smyslem, což znamená, že musí poučit nemocného; umožnit potřebnou léčbu a péči; poskytnout právní ochranu lékařů při případných forezních (soudních) dopadech."

#### **2.5.4 Zpochybnění či odvolání informovaného souhlasu**

"I dobře vypracovaný informovaný souhlas může být následně zpochybněn a prohlášen za neplatný." Důvody mohou být například zbytečná časová tíseň pacienta, nedostatečné poučení pacienta ústní formou, donucení pacienta k podpisu, podepsání po podání premedikace či pod vlivem alkoholu nebo drog. (*Haškovcová 2007, str. 46*)

Pacient se kdykoli (kromě okamžiků, kdy by například přerušení probíhajícího zákroku ohrozilo jeho život) může bez udání důvodu rozhodnout odvolat již podepsaný souhlas. To se ovšem netýká zákroků již provedených. Pacient musí být ale plně seznámen s následky svého rozhodnutí z důvodu vzniku možných nežádoucích komplikací a důsledků. Každá takováto změna musí být řádně zaznamenána ve zdravotní dokumentaci. . (*Úmluva o lidských právech a biomedicině in Okresní sdružení ČLK, 2005[online]; Haškovcová 2007, str. 47*)

## **2.6 Poskytování informací**

Problematice informovanosti pacientů se věnuje Úmluva o lidských právech a biomedicině. Zde je v kapitole III uvedeno: „Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat.“ (*Úmluva o lidských právech a biomedicině in Okresní sdružení ČLK, 2005[online]*). Způsob a rozsah informování v minulosti záležel vždy na lékaři, v dnešní době je rozhodnutí výhradně na pacientovi. (*Haškovcová 2007, str. 23*)

Ne všechny nepříznivé následky lékařských zákroků vznikají pochybením zdravotnického personálu. Jejich častým důvodem bývá nedostatečná komunikace s pacienty a tudíž nedostatečné podávání informací. "Nesprávná komunikace je porušováním práv pacienta" (*Kost'ová (2007, Sestra, [online])*)

Zde se nabízí otázka, kdo má vlastně pacienta poučit? Je to sestra nebo lékař? Úmluva o lidských právech a biomedicině se tímto problémem nezabývá a Zákon o zdraví lidu udává, že informovat pacienta či jeho rodinu má lékař. Dokument Informovaný souhlas na stránkách Karlovy univerzity proti tomu uvádí, že "informaci o zdravotním stavu pacienta podává ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká. Ošetřující zdravotnický pracovník také provede záznam do zdravotnické dokumentace o tom, že byla informace podána." (*Ústav veřejného zdravotnictví a práva, Informovaný souhlas, [online]*) V tom samém smyslu se vyjadřuje i Vondráček (2005, str. 32). Další, kdo může podávat určité informace pacientovi, bývá sestra. Ta je oprávněna, a zároveň "povinna poučit pacienta o postupu při konkrétním zdravotnickém výkonu, který sama v rámci své působnosti provádí." (*Vondráček, Ludvík 2005, str. 32*) Sestra však nemůže pacienta poučit o operaci, o jejích komplikacích či podrobněji poučovat pacienta a rodinné příslušníky o zdravotním stavu. Dále není v její kompetenci doporučovat určitou léčbu. (*Vondráček, Ludvík 2005, str. 32*) Může však svým jednáním a podáváním informací pomáhat pacientovi vytvářet si důvěru k lékaři či jinému zdravotnickému personálu, a to proto, že se často stává jejich prostředníkem. Informace však sestra nesmí pacientovi vnucovat, pouze mu jejich podáním může pomoci přezkoumat dostupné možnosti, porovnat jejich výhody a nevýhody a případně dojít ke konečnému rozhodnutí. (*Kost'ová 2007, Sestra, [online]*)

Ať už tedy pacienta poučuje lékař, sestra či jiný zdravotnický pracovník, vždy by to měla být jedna osoba, která podává informace o jedné skutečnosti. Toto pravidlo by mělo platit hlavně proto, aby nedocházelo k situacím, kdy je pacient o jedné skutečnosti informován několika osobami rozdílným způsobem, což může vést k narušení důvěry. Poučení pacienta musí být vždy individuální s ohledem na správnou formu podání informací z hlediska srozumitelnosti, přiměřeného obsahu a rozsahu informací, aby rozhodnutí pacienta mohlo být považováno za kvalifikované. To je totiž základní předpoklad pro provedení všech zákroků. (*Kost'ová 2007, Sestra, [online]*)

Od poučení je třeba odlišit podávání informací." (*Vondráček, Ludvík 2005, str. 33*)

Správná komunikace a poskytování informací by měly sloužit především k naplnění základních cílů, jako jsou například zajištění dostatku informací, usnadnění rozhodování pacienta, minimalizace strachu pacienta i rodiny, edukace pacienta a rodiny, předcházení nedorozuměním a vzájemným nepochopením. (*Vokurka 2013, Sestra, [online]*)

### 3 Informování pacientů před plánovanými zákroky

Před plánovanými zákroky platí stejná pravidla ohledně podávání informací pacientům, jako platí obecně. Jen je v těchto případech více možností pro plné informování v dostatečném čase před samotnou potřebou provedení lékařského výkonu.

"Dobrá informovanost pacienta a jeho rodiny je často klíčová pro zajištění úspěšného průběhu léčby, obzvláště pak ve velmi vážných situacích, jako jsou např. transplantace krvetvorných buněk, orgánů, intenzivní chemoterapie akutních leukemií, polytraumata, rozsáhlé operační výkony a jiné." (*Vokurka 2013, Sestra, [online]*)

#### 3.1 Informování pacientů před zavedením CŽK

Tématu informování pacientů konkrétně před zavedením CŽK se nevěnuje žádný z dohledaných zdrojů, kromě následujícího. Z výzkumu publikovaného v bakalářské práci Miroslavy Kovářové (*2011, str. 55, 59, [online]*) vyplývá, že pacienti byli před zavedením CŽK dostatečně informováni o zákroku lékařem. Zároveň byli pacienti odpovídajícím způsobem edukováni ohledně přístupu ke katétru a péči ze strany sester. Žádné další porovnávané a studované zdroje se k tomuto tématu přímo nevyjadřují.



## DISKUZE

Pracuji na resuscitačním oddělení jako všeobecná sestra. Na tomto oddělení jsou, mimo jiné, jako plánované výkony zaváděny centrální žilní katétry, a to u pacientů, kteří jsou k nám odesíláni z jiných oddělení. Většinou tito pacienti přijíždějí na naše oddělení s tím, že prakticky neví, co je na našem oddělení čeká. Dle mého názoru proces informování pacientů není vyhovující potřebám nejen zdravotnického personálu, ale i samotných pacientů. Ve chvíli, kdy pacient není správně informován dříve, než bezprostředně před tímto plánovaným zákrokem, vzniká mu časová tíseň z hlediska možnosti odmítnutí zákroku, a to z důvodu nedostatečného prostoru pro zhodnocení a rozmyšlení všech aspektů tohoto zákroku. Tím mohou vzniknout těžko řešitelné situace vyvolané právě nedostatkem podaných informací.

Na základě těchto zkušeností jsem se rozhodla svou prací poskytnout přehledné informace o CŽK a informování pacientů nejen před tímto rutinním výkonem - zavedením centrálního žilního katétru.

V této bakalářské práci byly zodpovězeny otázky, které byly položeny v úvodu této práce.

K první z nich („Jaké byly publikovány poznatky o CŽK?“) bylo zjištěno, že na toto téma publikovalo mnoho autorů (Kapounová, Cetkovský, Ševčík, Rozsypalová, Kolář, Drábková, atd.), kteří se shodují téměř ve všech bodech vyhledávaných pro účely této práce. Rozdíly jsou pouze v rozsahu publikovaných informací, ale v základu jsou všechny tyto poznatky uváděny ve stejném znění.

Při dohledávání informací ke druhé otázce této práce („Jaké byly publikovány poznatky ohledně informování pacientů?“) bylo zjištěno, že žádný oficiální dokument či zákon přesně nestanoví, kdo konkrétně má informace pacientům podávat. V této zkoumané oblasti se již mnozí autoři v publikovaných poznacích rozcházejí. Zákon o zdraví lidu striktně tvrdí, že je to lékař, kdo má informace podávat, ovšem jiné zdroje, (například Karlova univerzita či Vondráček) ve svých textech uvádí, že informace ohledně zákroků může provádět i jiný zdravotnický personál, který je ovšem kompetentní k samotnému výkonu zákroku. Dle Vondráčka a Ludvíka by ovšem určité typy informací měly být podávány pacientům čistě ze strany sester. Díky tomuto nejasnému rozdělení kompetencí v oblasti podávání informací v praxi dochází k situacím, kdy je pacient o jednom zákroku informován od různých lidí různými způsoby, což může vést k tomu, že jsou pro něj v souhrnu podané informace

nesrozumitelné. Dle mého názoru je největším problémem právě neucelenost stanovených kompetencí v této oblasti. Pokud by bylo jasně vymezeno, kdo má jakým způsobem pacienta informovat, ideálně formou centrálního dokumentu platného pro všechny zdravotní instituce v ČR, nedocházelo by k těmto sporným situacím a nejen pro pacienty, ale i pro samotný zdravotnický personál by možná bylo jasné stanovení pravidel ulehčením.

Z hlediska třetí položené otázky („Jaké byly publikovány poznatky ohledně spokojenosti pacientů s informováním o plánovaných zákrocích?“) byly porovnány zdroje a práce zabývající se informováním pacientů z různých hledisek, čili nejen práce zkoumající zákroky plánované. Z tohoto srovnávání vyplývá, že záleží vždy na konkrétním zdravotnickém zařízení, ve kterém je výzkum prováděn a jaké standardy jsou zde používány. Od toho se odvíjí míra informovanosti pacientů i jejich spokojenost se získanými informacemi.

## ZÁVĚR

Cíle, které byly pro účely této přehledové bakalářské práce stanoveny, byly splněny v následujícím rozsahu:

Cíl č. 1) Předložit poznatky o centrálním žilním katétru, indikacích a kontraindikacích k jeho zavedení, způsobech a místech zavedení, komplikacích.

V kapitole č. 1 této přehledové práce byly předloženy poznatky o CŽK v plném plánovaném rozsahu. K tomuto tématu existuje dostatek převážně odborné literatury, ze které bylo možné čerpat. Dostatek informací v dané oblasti vedl ke splnění tohoto cíle v plném rozsahu.

Cíl č. 2) Předložit poznatky o informování pacientů.

Poznatky o informování pacientů byly v práci předloženy v kapitole č. 2. v plném plánovaném rozsahu a to od jeho vývoje, až po rozdělení kompetencí v oblasti podávání informací v konkrétních případech. Tento cíl byl také dle předpokladů naplněn.

Cíl č. 3) Předložit poznatky o podávání informací pacientům před plánovaným zavedením centrálního žilního katétru.

Takto specifickým případem podávání informací se žádný z dohledaných zdrojů nezabývá. Pro podávání informací před plánovaným zavedením CŽK platí obecně stejná pravidla, jako pro informování pacientů před jakýmkoli jiným vyšetřením či zákrokem. Ke splnění tohoto cíle nebylo nalezeno dostatečné množství relevantních pramenů, ze kterých by bylo možné potřebné informace čerpat. V práci je uvedena pouze jedna bakalářská práce, která se daným tématem zabývá, ovšem jen okrajově a výzkum je proveden na velmi malém vzorku dotazovaných. Díky této skutečnosti nemohlo být uspokojivým způsobem srovnáno více publikovaných informací vztahujících se k tomuto tématu, cíle proto nebylo uspokojivě dosaženo.

Závěrem této práce bych ráda shrnula zjištění, která z ní plynou. Prvním problémem, na který by dle mého názoru bylo třeba do budoucna poukázat je neustálenost pravidel v oblasti podávání informací pacientům, jak je blíže uvedeno v diskuzi. Dalším spíše překvapivým zjištěním než přímo problémem, se ukázal fakt, že bylo publikováno tak málo informací o CŽK právě ve spojení s poskytováním informací v daných oblastech. Určitě by bylo zajímavé provést výzkum v oblasti informování pacientů právě před plánovaným zavedením CŽK. A to ať už z hlediska spokojenosti pacientů, srozumitelnosti podaných informací či personálního členění

těch, kdo dané informace pacientům v reálném prostředí poskytují. Věřím, že tato práce může být přínosem pro případné návrhy na změny v této oblasti nebo jen námětem či inspirací pro možné výzkumy prováděné v budoucnu.

## ZDROJE

BYSTRICKÁ, E., VOKURKA, S. a kol. Výměna okluzního krytí. *Florenc. 2006, roč. 2, č. 2, str. 52. ISSN 1801-464x.*

CETKOVSKÝ, P et al. *Intenzivní péče v hematologii.* 1. vyd. Galén, 2004. 572 s., ISBN 80-7262-255-2.

DRÁBKOVÁ, J. *Centrální žilní katétry, funkce, základy zavádění a ošetřování.* 1. vyd. Příbram: MSM, 2001. 40 s., ISBN 80-902583-3-6.

FENDRYCHOVÁ, J, KLIMKOVIČ, M. a kol. *Péče o kriticky nemocné dítě.* 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2005. 414 s., ISBN 80-7013-427-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas proč a jak.* 1. vyd. Galén 2007. 104 s., ISBN 978-80-7262-497-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů.* Komentované vydání Nakladatelství Aleny Krtilové 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.

HEŘMANOVÁ, J. a kol. *Etika v ošetrovatelské praxi.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

IVANOVÁ, K. a JURÍČKOVÁ, L. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením.* 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 99 s. ISBN 80-244-0992-5.

KOLÁŘ, J a kol. *Kardiologie pro sestry intenzivní péče a studenty medicíny I. a II. díl.* 3. vyd. Praha: Akcenta, 2003. 415 s., ISBN 808623206-9.

LARSEN, R. *Anestezie.* 7. vyd. Praha: Grada, 2004. 1392 s., ISBN 80-247-0476-5.

MIKŠOVÁ, Z., FROŇKOVÁ, M., HERNOVÁ, R., ZAJÍČKOVÁ, M. *Kapitoly z ošetrovatelské péče I.* 1. aktualizované a rozšířené vyd. Praha: Grada, 2006. 248 s., ISBN 80-247-1442-6.

ROZSYPALOVÁ, M A KOLEKTIV. *Ošetrovatelství II*. 2. vyd. Praha: Informatorium, 2010. 252 s., ISBN 978-80-7333-076-7.

ŠEVČÍK, P., ČERNÝ, V., VÍTOVEC, J. et al. *Intenzivní medicína*. 2. rozšířené vyd. Galén, 2003. 422 s., ISBN 807262203X.

VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M. *České ošetrovatelství 12: Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I*. Brno: NCONZO, 2005. Praktické příručky pro sestry. 74 s., ISBN 80-7013-376-7.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131. Účinnost 1. dubna 2012 [cit 17. 04. 2013]. Dostupné na <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>.

ČEŠKA, R. a kol. *Interna*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. 578 s., ISBN 978-80-7387-629-6. [online]. Dostupné na [http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term\\_detail&categoryId=33&letter=C&termId=3470&name=Centr%C3%A1ln%C3%AD+%C5%BEiln%C3%AD+kat%C3%A9tr&h=empty#jump](http://www.medicabaze.cz/index.php?sec=term_detail&categoryId=33&letter=C&termId=3470&name=Centr%C3%A1ln%C3%AD+%C5%BEiln%C3%AD+kat%C3%A9tr&h=empty#jump), aktualizováno 8. července 2013 16:49:40 [cit 25. 06. 2013].

DOSEDĚL, J., DOSEDĚLOVÁ, M. *Informovaný souhlas*. [online]. Praha: NMSKB. Dostupné na <http://www.projekt-endoskopie.cz/>. ©2009 [cit 06. 06. 2013].

EUROCLINICUM GROUP. *Práva pacientů*. [online]. Dostupné na <http://www.euroclinicum.cz/prava-pacientu>. ©2012 [cit 10. 07. 2013].

FÉROVÁ NEMOCNICE. *Souhlas pacienta se zákrokem – často kladené otázky*. [online]. Dostupné na [www.ferovanemocnice.cz/souhlas-se-zakrokem-32/souhlas-pacienta-se-zakrokem-75.html](http://www.ferovanemocnice.cz/souhlas-se-zakrokem-32/souhlas-pacienta-se-zakrokem-75.html). 30.03.2012 [cit 17.04.2013].

FRICOVÁ, J., STRÍTESKÝ, M., CHOVANEC, V. *Rozdělení žilních vstupů*. [online]. Dostupné na [http://www.csir.cz/files/lectures/pracovni\\_symposium\\_2012/fricova-rozdeleni\\_zilnich\\_pristupu.pdf](http://www.csir.cz/files/lectures/pracovni_symposium_2012/fricova-rozdeleni_zilnich_pristupu.pdf). [cit 05. 07. 2013].

HEGER, L. *Vyhláška o zdravotnické dokumentaci ze dne 22. 03. 2012*. [online]. Dostupné na <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-22-brezna-2012-o-zdravotnicke-dokumentaci-18856.html>. 22. 03. 2012 [cit 17. 04. 2013].

CHOCHOLOVÁ, M. a ŠINDELÁŘOVÁ, M. *Standardy péče SP\_603 rev.00: Asistence při zavádění CŽK, péče o CŽK*. [online]. FNKV 2013, Úsek pro

ošetřovatelskou péčí. Dostupné na intranet FNKV. 01. 05. 2013 [cit 19. 04. 2013]. (příloha č. 3)

KOSTŮVÁ, T. 2007. Obhajoba práv - sestra ochránkyně práv pacientů. *Sestra*. [online]. 2007, roč. 17, č. 5. Dostupné na <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/obhajoba-prav-sestra-ochrankyne-prav-pacientu-305660>. uvedeno 10. 05. 2007 [cit. 28. 06. 2013]

KOVÁŘOVÁ, M. Problematika centrálního žilního katétru z pohledu sestry a pacienta: bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2011. 67 s. Vedoucí bakalářské práce František Dolák. [online]. Dostupné na [http://theses.cz/id/8tdvdl/Miroslava\\_Kovov\\_\\_Problematika\\_centrlneho\\_il\\_nho\\_katru\\_z\\_p.pdf](http://theses.cz/id/8tdvdl/Miroslava_Kovov__Problematika_centrlneho_il_nho_katru_z_p.pdf)

LEJSEK, J. *Monitorace hemodynamiky a vstupy do cévního řečiště*. [online]. Dostupné na <http://www.lf2.cuni.cz/Projekty/mua/3y2.htm>. Aktualizováno 19. 03. 2013 [cit 9. 07. 2013].

ODBOR 22 MPSV ČR. *Práva pacientů ČR*. [online]. Dostupné na <http://www.mpsv.cz/cs/840>. aktualizováno 27. 04. 2005 [cit 16. 04. 2013].

OKRESNÍ SDRUŽENÍ ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY V DĚČÍNĚ. *Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001 Sb. Mezinárodních smluv*. [online]. Dostupné na [http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/Uml096-2001\\_EtikaBiomed.html](http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/Uml096-2001_EtikaBiomed.html). 2005 [cit 17. 04. 2013].

ÚSTAV VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ A PRÁVA. *Informovaný souhlas*. [online]. Dostupné na <http://usm.lf1.cuni.cz/download/Informovany.souhlas.pdf> [cit 3. 07. 2013].

VOKURKA, S. 2013. Komunikace s pacienty a jejich rodinami. *Sestra* [online]. 2003, č. 7-8 . Dostupné na <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-s-pacienty-a-jejich-rodinami-471135> uvedeno 8.7.2013 [cit 11. 07. 2013].

CREATIVE COMMONS. Informační výchova na UTB ve Zlíně. [online]. Dostupné na [http://iva.k.utb.cz/?page\\_id=5043](http://iva.k.utb.cz/?page_id=5043) [cit 11. 07. 2013].



## **SEZNAM ZKRATEK**

atd. – a tak dále

atp. – a tak podobně

CEK MZ ČR - Centrální etická komise při radě Ministerstva zdravotnictví ČR

CŽK - centrální žilní katétr

FNKV – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

FZV UP – Fakulta zdravotnických věd Univerzita Palackého

MPSV ČR - Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

např. - například

NLZP – Nelékařský zdravotnický personál

RES – resuscitační oddělení

v. – vena neboli žíla

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 - Práva pacientů česká verze

Příloha č. 2 - Žádost

Příloha č. 3 – Standard péče SP\_603 rev.00

Příloha č. 4 – Souhlas se zavedením CŽK

## Příloha č. 1 – Práva pacientů ČR

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
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. kontinuálních) 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 či 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 i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které 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 musí být provedena 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 zprávy 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 po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instrukce, která 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, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích 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. Písemný vědomý

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 důsledcích 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. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

*Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.*

*Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992*

**Autor:** Odbor 22 MPSV ČR

**Poslední aktualizace:** 27. 04. 2005