



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Znalost práv a povinností pacientů při poskytování
ošetřovatelské péče v primární zdravotní péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Lenka Nováková

Vedoucí práce: doc. Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Znalost práv a povinností pacientů při poskytování ošetrovatelské péče v primární zdravotní péči* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2023

.....

Lenka Nováková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé bakalářské práce doc. Mgr. Lence Šedové Ph.D. za trpělivost a cenné rady v průběhu zpracování práce. Zároveň bych chtěla vyjádřit dík všem pracovníkům oslovených zdravotnických zařízení.

Znalost práv a povinností pacientů při poskytování ošetrovatelské péče v primární zdravotní péči

Abstrakt

Tato práce se zabývá právy pacientů při poskytování ošetrovatelské péče v primární zdravotní péči, a zejména jejich znalostí ze strany pacientů. Dříve běžný paternalistický vztah lékaře a pacienta je nyní nahrazen přístupem partnerským, kdy je pacient účastníkem rozhodovacího procesu v jeho léčbě. Z tohoto důvodu je nutné, aby pacient získal k rozhodnutí dostatek informací a aby věděl jaká jsou jeho práva. Vzhledem k tomu, že primární zdravotní péče bývá většinou místem prvního kontaktu pacienta se zdravotním systémem, je důležité, aby pacienti byli seznamováni se svými právy již na tomto stupni péče.

Tato práce má za cíl zjistit, jaký mají pacienti rozsah znalostí v oblasti práv pacientů, zda se znalost práv liší s věkem respondentů a jestli se znalost liší mezi muži a ženami. K naplnění cílů této bakalářské práce bylo užito kvantitativního výzkumu a k jeho realizaci byla použita metoda dotazování formou nestandardizovaného anonymního dotazníku, určeného pacientům. Výzkum byl proveden u registrujících poskytovatelů zdravotní péče pro dospělé, tedy v ordinacích všeobecných praktických lékařů na Tábořsku.

Hypotéza predikující rozdíl mezi muži a ženami ve znalosti patientských práv nebyla výzkumem podpořena, naopak hypotéza, která předpokládala odlišnost v povědomí o právech pacienta v různých věkových kategoriích, podpořena byla. Z výsledků empirického šetření vyplynulo zjištění, že znalost práv pacientů je na vcelku uspokojivé úrovni, ale pouze 12 % respondentů uvedlo, že primární péče byla místem, kde se s dokumentem Práva pacientů seznámili.

Považujeme za důležité, aby v této oblasti nastala změna a primární péče pacienta vybavila znalostmi o jeho právech dříve, než bude postupovat do vyšších stupňů systému zdravotní péče.

Klíčová slova: práva a povinnosti pacientů; poskytování; ošetrovatelská péče; primární zdravotní péče

Knowledge of patients' rights and responsibilities in the provision of nursing care in primary health care

Abstract

This thesis deals with patients' rights in the provision of nursing care in primary health care and in particular patients' knowledge of them. The previously regular paternalistic relationship between doctor and patient is now replaced by a partnership approach, where the patient is a participant in the decision-making process as regards of his/her treatment. For this reason, it is essential that sufficient information are given to patient in order to make decisions and also in order to know and understand their rights. As primary health care tends to be the first point of contact between the patient and the health system, it is important that patients are made aware of their rights at this level of care.

This paper aims to investigate the extent of patients' knowledge of patients' rights, whether familiarity with rights varies with the age of respondents and whether knowledge differs between men and women. A quantitative research design was used to meet the objectives of this thesis and a survey method in the form of a non-standardised anonymous questionnaire addressed to patients was used to carry out the research. The research was carried out in the registering health care providers for adults, i.e. in general practitioners' offices in the Tábör region.

The hypothesis predicting a difference between men and women in knowledge of patient rights was not supported by the research, while the hypothesis predicting a difference in awareness of patient rights in different age categories was supported. The results of the empirical investigation revealed that knowledge of patients' rights was at a fairly satisfactory level, but only 12 % of respondents reported that primary care was the place where they had been introduced to the Patients' Rights document.

We believe it is important that there is a change in this area and that primary care equips patients with knowledge of their rights before they progress to higher levels of the healthcare system.

Key words: rights and obligations of patients; provision; nursing care; primary health care

Obsah

1	Současný stav.....	8
1.1	Historie práv pacientů.....	9
1.1.1	Jak to bylo „před právy“	9
1.1.2	Listina základních práv a svobodl	10
1.1.3	Důvod vzniku práv pacientů	11
1.1.4	Historie vzniku etického kodex Práva pacientů v České republice	12
1.1.5	Přijetí Práv pacientů v České republice	13
1.1.6	Plné znění etického kodexu – Práva pacientů v České republice	14
1.1.7	Další dokumenty obsahující práva pacienta.....	15
1.2.1	Systémové formy zdravotní péče v České republice	16
1.2.2	Primární zdravotní péče	17
1.2.3	Všeobecné praktické lékařství.....	18
1.2.4	Činnost všeobecného praktického lékaře	18
1.2.5	Budoucnost primární péče.....	20
1.3.1	Ošetrovatelská péče.....	21
1.3.2	Kompetence a získání způsobilosti v ošetrovatelství.....	22
1.3.3	Ošetrovatelská péče v primární péči	24
1.3.3	Budoucnost ošetrovatelství v primární péči.....	25
2	Cíle práce, hypotézy	27
2.1	Cíle práce	27
2.2	Hypotézy	27
3	Metodika	28
3.1	Užité metody výzkumu	28
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	29
4	Výsledky	30
4.1	Grafické znázornění výsledků.....	30
4.2	Testování hypotéz	45
5	Diskuze	49
6	Závěr	54
7	Zdroje.....	56
8	Přílohy.....	61
9	Seznam zkratk	67

Úvod

Současnost, díky rozvoji lékařských technik, vyšetřovacích metod a pokrokům v medicíně obecně, přináší mnoho benefitů, mimo jiné zvyšování průměrné délky života. Pro zdravotní péči to ovšem nese větší požadavky na zdravotně – sociální stránku péče poskytovanou v zařízeních primární zdravotní péče. Primární péče je často místem prvního kontaktu pacienta se zdravotním systémem, ale též poskytuje dlouhodobou, průběžnou péči v podobě celého souboru činností souvisejících s prevencí, podporou zdraví, léčbou pacienta apod.

Přechod od paternalistického přístupu v léčbě, kdy lékař a zdravotnický personál byl plně tím, kdo rozhoduje o léčbě pacienta, je nahrazen přístupem partnerským. V této souvislosti je nutné, aby byl pacient lékaři a ošetrovatelskému personálu partnerem a aby to byl pacient, který, pokud má dostatek informací, mohl rozhodovat o následných krocích v jeho léčbě. K tomu je nutné, aby si byl pacient vědom svých práv a povinností, protože jen v tomto případě je možné, aby pacient neměl pocit, že o něm bylo rozhodnuto, ale že se na rozhodnutí podílel a že tak bylo učiněno s veškerým respektem k jeho bio-psycho-sociálně-spirituálním potřebám.

Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že většinu svého profesního života pracuji, jako všeobecná sestra, v ordinaci praktického lékaře, a tak je mi téma související s primární péčí blízké. Nemyslím si, že by práva pacientů nebyla na tomto stupni zdravotní péče dodržována, a to ani není předmětem této práce, ale myslím si, že pacienti jsou se svými právy aktivněji seznamováni při hospitalizaci a jsou si tak svých práv a povinností vědomi. Tato práce má za cíl zjistit, je-li tomu tak i v zařízeních primární zdravotní péče, a to zejména v některých zařízeních na Táborsku.

1 Současný stav

V současnosti je zdraví a vzájemný vztah lékařů s pacienty ovlivněn obecnými fenomény jako jsou zvyšování průměrného věku obyvatelstva, rychle rostoucí urbanizace a celosvětové rozšíření nezdravého stylu života. Zároveň je zde rychle rozvíjející se úroveň medicínské péče a léčebných možností jednotlivých onemocnění, a to i chronických i těch dříve neléčitelných. Tyto faktory kladou vysoké nároky na specializovanou a tím i vysoce nákladnou zdravotní péči. Rychle se zvyšující náklady nejsou pro většinu zemí dlouhodobě udržitelné, protože jen zdravotní systémy kladoucí důraz na kvalitní primární péči, budou moci poskytovat péči kvalitní a zaplatitelnou. Primární péči rozumíme komplex zdravotně – sociální péče poskytované praktickými lékaři, jejichž ordinace jsou většinou místem prvního setkání pacienta se zdravotním systémem (Ptáček, 2015).

Současným, i budoucím cílem zdravotnictví je zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatel a zlepšení účinných preventivních opatření. Tyto cíle jsou obsaženy ve vládou České republiky přijatém strategickém rámci Zdraví 2030, který částečně vychází z předchozího strategického rámce Zdraví 2020. Dalším specifickým cílem obsaženým v dokumentu Zdraví 2030, je reforma primární péče sledující zejména postupnou proměnu a posílení primární péče tak, aby na tomto stupni byla poskytována péče v maximální šíři, a přitom kvalitní, se snadnou dostupností pacientům. Cestou k tomuto cíli by mělo být zejména posílení postavení a rozšíření pravomocí registrujících praktických lékařů s důrazem na prevenci, dispenzarizaci a edukaci, hlavně v oblasti zlepšení životního stylu. Nutné bude též posílení kompetencí sester, které bude založeno na postgraduálním, popřípadě specializačním vzdělávání sester se zaměřením na primární péči (Zdraví 2030, 2020).

1.1 Historie práv pacientů

1.1.1 Jak to bylo „před právy“

Historicky byl v medicíně nejvyšší uznávanou hodnotou lidský život jako takový a lékaři se snažili, v případě nemoci jedince, dle dostupných možností o jeho navrácení, (Haškovcová, 2015 b).

V období „před právy“ v podstatě v této oblasti nebylo „nic“. Pacienti dlouhou dobu neměli práva žádná. Tato situace byla ovlivněna nemožností volby léčby nebo diagnostiky, protože možnosti byly velmi omezené. Dalším faktorem byl, v tu dobu, upřednostňovaný paternalistický vztah lékaře a pacienta, jenž byl založený na závislosti pacienta na lékařově rozhodování o léčbě (Ondriová, 2021). Změnu vztahu lékaře a pacienta přinesly hlavně nové možnosti v oblasti léčby nemocí. Dříve velmi omezené možnosti léčení, se zejména od poloviny 20. století, velmi rozšířily novými objevy v medicíně. Tyto změny přinášejí více variant výběru alternativ léčby a medicínských postupů, kdy každá z možností nabízí často jiný výsledek, s různými dopady na další život pacienta. V rozhodovacím procesu je proto nutné přijmout pacienta jako partnera, protože pouze pacient sám, s uvědoměním si všech výsledků i následků, je z etického hlediska tím, kdo je oprávněn zvolit si cestu i cíl léčby. V medicíně tedy nastává přechod od paternalismu k partnerství (Šimek, 2015).

Po konci druhé světové války, jako reakce na hrůzy, které válka přinesla, byly v mnoha zemích přijímány dokumenty, aby se nic podobného již nikdy nemohlo opakovat. V dokumentech byl kladen důraz na etické ctnosti, právo na svobodu a úctu k lidským právům a důstojnosti. Tento fenomén se jako celospolečenský jev musel nutně odrazit i na vztahu lékařů a pacientů (Haškovcová, 1996).

Tak jak přibývalo možností diagnostických i léčebných, což vedlo ke zvýšeným nárokům na znalosti i dovednosti lékařů, tak ubývalo přímého kontaktu pacientů a lékařů. Více pozornosti bylo věnováno výsledkům různých vyšetření, tedy většímu zaměření se na biologickou stránku člověka a vše ostatní ustoupilo do pozadí (Šimek, 2015). S rozvojem zdravotnických technologií je lékaři dána možnost, téměř jistě, určit některé diagnózy a navrhnout léčbu i bez účasti pacienta, čímž je zanedbána odvěká součást medicíny, jako

je uklidnění pacienta, rozhovor s ním a tím i péče o jeho psychiku a lidskou důstojnost. Tento jev nazýváme dehumanizací medicíny (Šimek, 2002).

Tento odklon od lidskosti v medicíně, kdy se pacient, jako člověk, cítí ztracen v množství vyšetření i osob zainteresovaných na jeho léčbě byl, jako volání po změně, hlavním impulsem ke vzniku práv pacientů (Haškovcová 1996).

1.1.2 Listina základních práv a svobod

Jedním z nejvýznamnějších dokumentů, který ovlivnil vznik a znění práv pacientů je nepochybně Listina základních práv a svobod. Medicínské právo je velmi rozsáhlé a je rozmělněno do velkého množství zákonů a vyhlášek, avšak tyto právní dokumenty se mohou částečně měnit, bez toho, aby to významným způsobem ovlivňovalo běžnou činnost lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků. Dle Macha (2010) jsou nejvýznamnější ty právní předpisy, stojící takzvaně „nad zákonem“, v tom smyslu, že jsou platné vždy, ačkoliv se dílčí zdravotnické vyhlášky či předpisy mohou měnit. Mezi ně patří určitá ustanovení Listiny základních práv a svobod. Tato listina je součástí ústavního pořádku České republiky a část z nich zasahuje i do medicínského práva, a to zejména těchto pět ustanovení.

Článek 6 obsahuje ustanovení práva každého jedince na ochranu života, a to i již před narozením, tedy i v prenatálním období. Toto právo je potřeba vyložit si jako právo na patřičnou zdravotní péči i v situaci ohrožení života závažnou nemocí. Článek 7 stanovuje zásadu osobní nedotknutelnosti. Tedy že až na výjimky stanovené zákonem, nelze bez souhlasu člověka, vykonávat na jeho těle žádné zdravotní výkony nebo zákroky. Článek 8 zaručuje osobní svobodu. Ústavní zdravotní péče poskytovaná bez pacientova souhlasu je možná pouze v zákonem jasně vymezených případech. Článek 10 určuje právo na ochranu osobních údajů. V případě zneužití těchto údajů, se tedy jedná o porušení ústavního práva. Článek 31 pak vytyčuje právo na ochranu zdraví a poskytování bezplatné zdravotní péče cestou veřejného zdravotního pojištění, dle podmínek daných zákonem (Mach, 2010).

1.1.3 Důvod vzniku práv pacientů

Do 60. až 70. let 20. století se zdálo, že problematika práv pacientů je vyřešena zajištěním univerzálního přístupu ke zdravotní péči a ochrana pacientů byla řešena hlavně tím, že byly vymezeny povinnosti lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků. Od 70. let nabírá na síle nutnost diskuze o uplatnění lidských práv a svobod i v momentě, kdy se člověk dostává do role pacienta (Křížová, 2002).

Stejně jako se vyvíjela medicína, rozvíjela se i společnost jako taková. Zvyšovala se vzdělanost i informovanost obyvatel díky tisku, rozhlasu a později i televizi. S příchodem demokratického uspořádání, které vychází od jednotlivce a jeho práv, přicházejí první pochybnosti o „nepartnerském“ vztahu lékaře a pacienta.

Dle Honzáka (1999) je nezbytné mít na mysli, že to, jak pacient vnímá své onemocnění a jak jej vnímá lékař, je často odlišný. V případě akutního onemocnění se pacient paternalistickému přístupu lékaře snáze přizpůsobí a přijme nabízené řešení. Jinak tomu může být v případě chronického onemocnění, které dlouhodobě ovlivňuje pacientův život, jelikož zasahuje do biologické sféry postiženého, ale i do sféry sociální a psychologické. *Pacient k nám přichází jako osobnost nikoliv jako „porouchaný stroj“, který je nutné opravit* (Honzák, 1999, s.14).

Pacienti začínají přemýšlet o tom, zda chtějí vkládat svůj osud bezvýhradně a mlčky do rukou lékaře (Šimek, 2015). Tyto pochybnosti jsou shrnuty v následujícím textu, který byl první vlaštvkou v oblasti práv pacientů.

Chci být léčen jako jedinec. Nejsem jen číslo, nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací, ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařen pocity, obavami a tužbami, ale i zábranami. Neznám vás dobře a odmítám vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud já a mně podobní pacienti mohou očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch (Haškovcová, 2015, s. 65). Toto je jedno z prvních znění práv pacientů, jehož autorem je farmakolog z Virginie, David Anderson. V pokračování textu je i pacientova prosba směrem k lékařům a lékárníkům: *Nenechej mě pouze se sáčkem pestrobarevných léků... Mluv se mnou!* (Haškovcová, 2015, s. 65). Tento text, jako kodex, byl poprvé prezentován v roce 1971 ve Spojených

státech amerických. Roku 1972 ho přijala Asociace amerických nemocnic jako svá Práva pacientů (Haškovcová, 2015 a).

Zavedení tohoto kodexu souviselo i s konkurenceschopností nemocnic, protože úspěch nemocnic je dán nejen odborností zdravotníků, ale též spokojeností jejich pacientů. Ve Spojených státech amerických i západní Evropě, již tento první kodex nastínil nejdůležitější body nespokojenosti pacientů, což ukázalo, jak je možné zvýšit atraktivitu jednotlivých nemocnic a často se i vyhnout soudním žalobám. Další silou, nemenšího významu, která stála na počátku vývoje patientských práv byli sami pacienti, kteří se o tato práva začali aktivně hlásit, což rozvířilo i veřejnou debatu, jako další sílu, která pomohla v procesu vývoje práv pacientů (Šimek, 2015).

1.1.4 Historie vzniku etického kodexu Práva pacientů v České republice

V České republice, stejně jako jinde ve světě, byl dříve vztah lékaře a pacienta vztahem paternalistickým, tedy vztahem podobným vztahu dítěte a rodiče. Nemocný, v roli dítěte, se na lékaře obracel ve stavu nouze a s naprostou důvěrou nechával všechny kroky od určení diagnózy po celý průběh léčby, na lékaři. Tento nerovný vztah, kdy lékař je vysokou autoritou, byl dán i tím, že většina obyvatel měla základní vzdělání, zatímco lékař měl, jako jeden z mála, vzdělání vysokoškolské. Samozřejmě, že vliv na tuto skutečnost mělo i to, že diagnostické i léčebné možnosti tehdejších lékařů byly velmi omezené, a tudíž zvolená léčba byla často jedinou možností, pokud vůbec nějaká byla (Haškovcová, 1996).

V 19. a 20. století, díky novým vědeckým poznatkům, bylo možné porozumět původu a podstatě stále více onemocnění a tyto poznatky poskytly novinky i v oblastech diagnostiky a léčby. S tím rostla i autorita lékařů, a i nadále bylo rozhodováno bez domluvy s pacientem. V tomto směru nastala změna až ve druhé polovině 20. století a byla ovlivněna dvěma faktory. Prvním, je vlastní rozmach možností v medicíně, kdy se objevuje více možností léčby jednoho onemocnění. Někdy je rozdíl v možnostech malý, avšak v některých případech proti sobě stojí metoda účinná, ale spojená s rizikem, a na straně druhé metoda méně riskantní, ale s menší nadějí na uzdravu. A toto je moment, kdy je nutné brát v potaz osobnost a hodnotový systém konkrétního pacienta a respektovat jeho rozhodnutí,

kterou z nabídnutých variant si svobodně zvolí. Druhým faktorem je snaha o záchranu života „za každou cenu“ ačkoliv výsledek je pro pacienta nepřijatelný a s tímto postupem pacienti vyjadřují nesouhlas. Dle Šimka (2015) lze podstatu shrnout do dvou formulací: *Za tuto cenu si záchranu života nepřeji. Bylo by lepší zemřít než takto žít* (Šimek, 2015, s. 104). Současná medicína mimo plně uzdravených pacientů produkuje i pacienty, kteří jsou invalidizovaní, závislí na přístroji nebo museli tak radikálně změnit svůj životní styl, že jim již jejich život nedává smysl (Šimek, 2015). V souvislosti se všemi těmito aspekty, je nutné respektovat volbu pacienta a uznat mu jeho právo na rozhodnutí.

1.1.5 Přijetí Práv pacientů v České republice

Práva pacientů, jako vlastní dokument, v České republice nemají dlouhou historii. Z důvodu nedemokratického politického uspořádání, u nás dlouhou dobu převládal paternalistický přístup lékaře a pacienta, kdy lékař je jedinou autoritou rozhodující o léčbě pacienta, a to i v době kdy již vyspělé země reagovaly na změny ve zdravotnictví a respektovaly kodexy práv pacientů. Změny nastaly až s příchodem demokracie v naší zemi. V roce 1990 zahájila svou činnost Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Předseda této komise Jaroslav Šetka, spolu s Helenou Haškovcovou, byli hlavními iniciátory vzniku české verze Práv pacientů, s nutností vytvořit aktuální etické normy, které budou v souladu s normami evropskými. Vzorem k vytvoření tohoto dokumentu byla práva pacientů zveřejněná v roce 1985 Americkým svazem občanských svobod, s respektem k připomínkám české odborné veřejnosti a českým specifikům (Haškovcová, 2007). 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 dnem 25. února 1992 (Ondriová, 2021).

1.1.6 Plné znění etického kodexu – Práva pacientů v České republice

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 zúčastní.
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 věci 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 poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlád

nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo předem vědět, 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 (Ondriová, 2021).

1.1.7 Další dokumenty obsahující práva pacienta

Dalším dokumentem, kde jsou zakotvena práva pacienta je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, zkráceně Úmluva o lidských právech a biomedicíně nebo bioetická konvence. Tato úmluva byla přijata členskými státy Rady Evropy v Oviedu v roce 1997 a Česká republika se svou ratifikací zavázala k jejímu dodržování (Policar, 2010). Obsažená ustanovení, která je nutné zmínit, jsou zejména – rovnost v dostupnosti kvalitní zdravotní péče pro všechny občany s tím, že tato péče bude prováděna dle standardů a v souladu s profesními povinnostmi (Mach, 2010). Dále je to právo být o každém zákroku, jeho povaze i případných rizicích náležitě informován, aby tento zákrok byl proveden jen s poskytnutím svobodného informovaného souhlasu, s možností tento souhlas kdykoliv odvolat (Vondráček,

2005). V dokumentu je zakotvena též ochrana osob, které nejsou schopny dát souhlas a osob s duševní poruchou a to tak, že tento zákrok je možné provést pouze se souhlasem zákonného zástupce, popřípadě soudu. Výjimkou je řešení neodkladných stavů ve stavu nouze, je-li tento zákrok nutné provést okamžitě a ve prospěch této osoby. Obsahem úmluvy je dále stanoveno právo na ochranu soukromí, ve smyslu ochrany informací týkajících se shromažďovaných informací ohledně zdravotního stavu. Každý má právo znát informace týkající se jeho zdravotního stavu, avšak je nutné respektovat i předchozí přání pacienta nebýt v plné šíři informován. V dokumentu je dále ošetřena ochrana lidského genomu, určuje pravidla týkající se ochrany osob, které se účastní vědeckého výzkumu, dále je řešena problematika odběru tkání a orgánů žijících dárců a v neposlední řadě je v dokumentu obsaženo i právo osoby na náhradu škody, pokud mu byla zákrokem způsobena nějaká újma (Mach, 2010).

Dalšími etickými kodexy, které je v péči o pacienty nutné respektovat a promítají se do etického rozhodování ošetřovatelského personálu, jsou například deklarace práv duševně postižených osob, charta práv hospitalizovaných dětí, deklarace práv onkologických pacientů, Ženevská deklarace a další (Kutnohorská, 2007). Tento výčet je neúplný a zmiňuje jen velmi malou část z dokumentů, které se také dotýkají práv pacientů.

1.2.1 Systémové formy zdravotní péče v České republice

Instituce poskytovatelů zdravotní péče jsou rozčleněny dle poskytované péče do primární, sekundární, terciální péče. V systému zdravotní péče je velmi důležité, aby jednotlivé prvky na sebe vhodně navazovaly a navzájem se doplňovaly (Holčík, 2015).

Primární zdravotní péče je formou péče, jež je jednotlivci poskytována kontinuálně a dlouhodobě. Náplní primární péče je léčba, podpora zdraví, vyšetřování, ošetřování a rehabilitace s respektem k individualitě člověka (Jarošová, 2007). Primární péče je poskytována profesionálně kompetentními zdravotnickými pracovníky s přiměřeným technickým vybavením. Tito pracovníci úzce spolupracují s pacienty, rodinami či komunitami (Holčík, 2015). Tato forma péče

je základem péče o zdraví všech občanů a z tohoto důvodu je nutné, aby byla všem dostupná a poskytovaná kvalitně a odborně. Mezi poskytovatele primární péče v České republice se řadí praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, ambulantní gynekologové, stomatologové (Jarošová, 2007).

Sekundární zdravotní péče je specializovaná forma zdravotní péče poskytovaná cestou nemocničních zdravotnických zařízení, jako specializovaná ambulantní péče nebo mimo tato zařízení, poskytovaná cestou ambulantních specialistů, popřípadě péče poskytovaná v léčebnách apod. (Čeledová, Holčík, 2017).

Terciální zdravotní péči se rozumí péče vysoce specializovaná, komplexní zdravotní péče poskytovaná úzce specializovanými pracovišti. Forma této péče, je v rámci zdravotnického systému péči finančně nejnákladnější (Jarošová, 2007).

Následující kapitola je věnována pouze primární péči, protože je předmětem této práce, ostatní formy péče zde nejsou podrobněji rozpracovány a byly zmíněny jen pro úplnost.

1.2.2 Primární zdravotní péče

Primární zdravotní péče je v ČR přímo vymezena zákonem č. 372/2011. Primární zdravotní péče je tedy dle tohoto zákona formou ambulantní zdravotní péče, *jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli, tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel* (zákon č. 372/2011).

Primární zdravotní péče je komplexem zdravotně – sociální péče poskytované praktickými lékaři, kteří jsou většinou prvními osobami při setkání pacienta se zdravotním systémem. Hlavními úkoly primární péče jsou podpora zdraví, vyšetřování, prevence, léčba, rehabilitace a ošetřování s respektem k veškerým bio-psycho – sociálním i spirituálním potřebám, a to vše poskytuje co nejbližší sociálnímu prostředí pacienta (Ptáček, 2015). Dle zákona 372/2011 Sb. je primární péče poskytována cestou registrujícího poskytovatele, jímž se rozumí poskytovatel ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví (zákon č. 372/2011 Sb.). Vzhledem k vysoké dostupnosti a zaměření na prevenci je v primární péči skryt nejvyšší potenciál

k ovlivnění zdraví v celé populaci (Konceptce oboru všeobecné praktické lékařství 2018, 2018).

1.2.3 Všeobecné praktické lékařství

Všeobecné praktické lékařství (VPL), je bazálním medicínským oborem, jehož hlavním úkolem je léčebná a preventivní péče o registrované pacienty. Základní rysy tohoto oboru jsou dlouhodobá péče, se snahou ovlivnění životního stylu pacienta i celé rodiny, minimalizace rizik pacienta, součinnost s dalšími lékařskými obory, holistický přístup ke člověku a poskytování péče v pacientově přirozeném prostředí. Tento obor je místem stálého shromažďování veškerých informací o zdraví, sociálních i pracovních podmínkách pacienta, a tak může s citem určovat potřebu další péče, a to jak v případě akutních, tak i chronických stavů pacienta. Tímto se VPL stává oborem, který má výraznou odpovědnost za efektivitu a úroveň celého zdravotního systému. Velmi významnou rolí je i role výchovná, vedoucí k pacientově osobní odpovědnosti za jeho zdraví. Důležitou součástí je tedy činnost zdravotně výchovná i v součinnosti se sociálními službami a začlenění komunitní, tedy domácí péče, do systému zdravotní péče o pacienta (Čeledová, Holčík, 2017). V souhrnu jsou tedy hlavními úkoly tohoto medicínského oboru činnosti diagnostické, léčebné, preventivní, rehabilitační a posudkové (Konceptce oboru všeobecné praktické lékařství 2018, 2018).

1.2.4 Činnost všeobecného praktického lékaře

Rozsah činností všeobecného praktického lékaře je v podstatě dán systémem úhrad v rámci financování primární péče. V České republice je primární péče, stejně jako i ostatní formy péče, z největší části hrazena z veřejného zdravotního pojištění. V případě všeobecného praktického lékařství je forma úhrady péče tak zvaně kapitačně – výkonová. Je to taková forma úhrady, kdy část kapitační je vázána na registraci pacienta a výše platby je dána rozsahem ordinační doby a dalšími „bonusy“ pro pacienta, například možností se k vyšetření objednat. Měsíční částka kapitační platby za registrovaného pacienta je dána vyhláškou a je násobena koeficientem dle věku pacienta, v rozsahu 0,9- 4,1. Po výpočtu částky na každého pacienta, je tato výsledná částka poukázána příslušnému registrujícímu poskytovateli zdravotních služeb. Kapitační platba tedy nijak

neodráží četnost návštěv lékaře pacientem. V rámci kapitačních plateb je zahrnut určitý rozsah výkonů (Kapitační platba VZP – ČR, 2023). Nyní je to 19 výkonů (Ptáček, 2020) jako například cílené vyšetření, kontrolní vyšetření, ošetření menší rány, malé administrativní úkony a podobně (Kapitační platba VZP – ČR, 2023). Další výkony, které jsou nad rámec výkonů zahrnutých v kapitační platbě, jsou hrazeny tzv. výkonovou sazbou a je to například preventivní prohlídka, stanovení glykemie, elektrokardiografické vyšetření, stanovení sedimentace erytrocytů apod. Výkonová sazba je zpravidla stanovena tzv. úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví – plným názvem Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení a pro rok 2023 je to vyhláška 315/2022 Sb. (Kapitační platba VZP – ČR, 2023). Hodnota bodu je vždy pro následující rok zveřejněna do 31.10. stávajícího roku. Každý výkon má určenu bodovou hodnotu a ta vynásobením částky za bod dává výslednou sumu, která je proplacena lékaři, který má výkon nasmlouvan a který jej provedl a vykázal pojišťovně (Šupšáková, 2017).

Rozsah výkonů se u různých VPL liší, dle přístrojového vybavení ordinace a smluvní dohody se zdravotními pojišťovnami. Základní, minimální požadavky na technické a věcné vybavení ordinace VPL je definováno vyhláškou 92/2012. Mezi základní, a tedy ve všech ordinacích PL prováděná vyšetření, se řadí odběry krve, moči, výtěry a stěry k mikrobiologickému vyšetření a měření krevního tlaku. Další prováděná vyšetření se již liší dle vybavení ordinace, tedy především přístrojového, které je zcela na uvážení registrujícího poskytovatele zdravotních služeb. Může se jednat například o elektrokardiografy, spirometry a podobně. Po nasmlouvání příslušného výkonu může lékař, po jeho provedení, tento výkon vykazovat pojišťovně (Čeledová, 2018). Do budoucna je podle nové koncepce VPL žádoucí, aby všichni praktičtí lékaři tato další vyšetření prováděli přímo ve svých ordinacích a neodesílali pacienty na tato vyšetření do specializovaných ambulancí, což je cesta, která vede ke snížení nákladů na péči a vyšší efektivitě (Koncepce VPL 2018). V poslední řadě lékař provádí výkony, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a jsou hrazeny přímou platbou pacienta, dle ceníku, který musí být pacientům přístupný. Jedná se o výkony jako například nepovinné očkování, administrativní úkony potřebné pro soukromé účely atd. (Šebková, 2020).

Dle poslední koncepce oboru všeobecného praktického lékařství 2018, zveřejněné Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně, bude potřebné v blízké budoucnosti rozšířit kompetence VPL v mnoha oblastech např. v dispenzární péči

a edukaci u pacientů s chronickými onemocněními jako diabetes, hypertenze, chronická obstrukční plicní nemoc apod. Dále je žádoucí zvýšit možnosti VPL v oblasti diagnostické a screeningové (Koncepce oboru všeobecné praktické lékařství 2018, 2018). I nadále bude v primární péči kombinovaná forma hrazení péče, tudíž kapitáčně výkonová, což příznivě ovlivňuje vztah pacienta a lékaře tím, že je ve vazbě na registraci a dle Ptáčka (2020) tím brání v „honně za body“ a je i podporou prevence a též je posilujícím faktorem komunitní a sociální role VPL. Je však potřebné posílit úhrady ve výkonové složce, což povede k vyšší motivaci k lepší péči tak, že ohodnotí ordinace, které poskytují vyšší kvalitu péče (Ptáček, 2020).

1.2.5 Budoucnost primární péče

Primární péče je naší největší nadějí pro budoucnost. Rodinní/všeobecní praktičtí lékaři jsou vycházejícími hvězdami budoucnosti. Z popela vysoce specializované, lidskosti zbavené a komercializované zdravotní péče povstane rodinné/všeobecné praktické lékařství jako fénix, který vzlétne, vydáváje světlo s příslibem duhy. V tom spočívá starobylá historická dohoda mezi lékaři a pacienty, a právě tam se musí vrátit zdravotnické a lékařské povolání. Všechny vás podporuji v tom, abyste i nadále kultivovali lidskou stránku medicíny (Býma, 2015, s. 111). Toto je citace části vystoupení, nyní již bývalé, generální ředitelky Světové zdravotnické organizace Margaret Chanové na XX. Světové konferenci praktických lékařů v Praze v roce 2013 (Býma, 2015).

V České republice byl v roce 2019 vládou přijat strategický rámec Zdraví 2030, který částečně vychází z předchozího strategického rámce Zdraví 2020. V tomto dokumentu je kladen důraz na zvýšení zdravotní gramotnosti obyvatel a dále je cílem tohoto rámce zlepšení účinných preventivních opatření. Dalším specifickým cílem obsaženým v dokumentu Zdraví 2030 je reforma primární péče, sledující zejména postupnou proměnu a posílení primární péče tak, aby na tomto stupni byla poskytována péče v maximální šíři, a přitom kvalitní, se snadnou dostupností pacientům. Cestou k tomuto cíli by mělo být zejména posílení postavení a rozšíření pravomocí registrujících praktických lékařů s důrazem na prevenci, dispenzarizaci a edukaci, hlavně v oblasti zlepšení životního stylu (Zdraví 2030, 2020). Dle Býmy (2016), je k optimalizaci situace v systému zdravotní péče v České republice nutné například rozšíření kompetencí PL v preskripci léků. V současné době musí PL pacienta odeslat ke specialistovi pro předpis

léku, který by mohl předepsat sám, což vede k vyššímu ekonomickému zatížení systému i k vyšší zátěži pro pacienta. Ke snížení zátěže by vedl i princip, kdy je PL chápán jako koordinátor péče u jednotlivců, protože je tím, kdo má o pacientovi nejširší znalost o zdravotním stavu i jeho sociální situaci. Koordinovaná péče vede k nižšímu počtu opakovaných a tím často i zbytečných vyšetření a výskytu kontraindikací. Mimo tyto dva okruhy, které by vedly ke zlepšení situace v primární péči, Býma (2016) ještě uvádí další opatření, a to udržení sociální rovnosti v dostupnosti péče, podpora v rozvoji primární péče ze strany Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven v posílení kompetencí PL při včasném záchytu i dalším sledování chronických onemocnění jako například diabetes mellitus 2. typu, arteriální hypertenze, astma apod. V případě těchto onemocnění též, formou bonusů, ocenit aktivní a kvalitní přístup lékařů k pacientům v rámci včasného záchytu i léčby. Jako poslední z opatření vedoucích k nápravě systému zdravotní péče, je podle Býmy (2016), motivace pacientů k dodržování prevence a ochraně zdraví a racionálnímu využívání zdravotní péče, formou jejich zvýhodnění na zdravotním pojištění a plateb u lékařů (Býma, 2016). Dle Ellnera (2017) je v budoucnu nutné, aby se primární péče zaměřila na komplexní péči a znovu se zaměřila na péči o celého člověka (Ellner, 2017).

Dle dokumentu Zdraví 2030 bude též pro zlepšení situace v primární péči v následujících letech nutné posílení kompetencí sester v primární zdravotní péči, které bude založeno na postgraduálním, popřípadě specializačním vzdělávání sester, zaměřeném na primární péči (Zdraví 2030, 2020).

1.3.1 Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelství je profesí s nehumánnějším posláním, čímž je služba člověku a pečování o udržení a rozvoj zdraví, které je považováno za nejvýznamnější hodnotu života. Sestra a ostatní členové ošetrovatelského týmu jsou reprezentanty ošetrovatelské profese (Vytejková, 2011). Dle Farkašové (2006) jsou hlavní tyto role sestry – poskytovatelka ošetrovatelské péče, role charakterizovaná holistickým přístupem k jedincům a skupinám, manažerka ve smyslu řízení a organizace zdravotnických týmů na všech úrovních, ale i manažerka ošetrovatelského procesu u konkrétních pacientů a skupin, edukátorka jež vede jedince k chování v zájmu podpory a obnovy zdraví, advokátka jež hájí práva a zájmy pacienta, nositelka změn oboru ošetrovatelství, výzkumnice v oboru

ošetřovatelství jako významné vědecké disciplíně a mentorka, která zodpovídá za dohled nad praxí studentů oboru ošetřovatelství (Farkašová, 2006).

Ošetřovatelství je samostatnou multidisciplinární vědní disciplínou, která využívá poznatků jiných oborů a je i vědou interdisciplinární, využívající vazeb mezi různými obory. Ošetřovatelství v současnosti je založeno na samostatnosti sester a spolupráci v týmu s lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky i jinými odbornými pracovníky (koncepte ošetřovatelství, 2021). Ošetřovatelství je vědou založenou na filozofických principech humanismu, tedy zaměřením na člověka a lidská práva a je i vědou vycházející z holismu, tedy vnímání člověka jako celku se všemi jeho potřebami (Dingová Šliková, 2018).

Cílem ošetřovatelství je systematické všestranné uspokojování potřeb člověka, využitím vhodných metod. Hlavními úkoly je podpora, upevňování zdraví a podílení se na navrácení zdraví, zmírňování utrpení nemocného, zajištění klidného umírání a důstojné smrti. Dalšími cíli je poskytování profesionální péče člověku, jenž o sebe nemůže, nechce či neumí pečovat, podpora v sebepéči, edukace pacienta a jeho blízkých a poskytování aktivní, týmové, individuální, kvalitní a bezpečné péče poskytované na základě poznatků vědy, jež jsou podloženy ošetřovatelským výzkumem (koncepte ošetřovatelství, 2021). Ošetřovatelská péče je v českém právním systému zakotvena v zákoně O zdravotních službách č. 372/2011 Sb. v rozdělení druhů péče, dle účelu jejího poskytnutí a je jím doslovně definována jako *péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti* (Sbírka zákonů č. 372/2011 s. 4733). Nástroje a rozsah činností vedoucí k naplnění cílů ošetřovatelství je dán kompetencemi zdravotnických pracovníků.

1.3.2 Kompetence a získání způsobilosti v ošetřovatelství

Kompetence je, dle Slovníku cizích slov, definována jako *1. pravomoc, 2. rozsah působnosti* (Václavík, 2021, s. 264). V České republice jsou, v současné době,

kompetence zdravotnických pracovníků dány vyhláškou č. 55/2011 O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, včetně pozdějších předpisů. Ve jmenované vyhlášce je ošetrovatelská péče rozdělena na základní péči, která je poskytována pacientům, kteří jsou schopni běžných denních aktivit a u nichž je minimální riziko ohrožení základních životních funkcí. Dále je to specializovaná ošetrovatelská péče, která je poskytována pacientům, kterým zdravotní stav výrazně omezuje běžné aktivity, s reálným rizikem narušení nebo selhání základních životních funkcí, pacientům se změnami psychického stavu a též pacientům v terminálním stádiu onemocnění. Vyhláškou je dále definována vysoce specializovaná ošetrovatelská péče, a tou je péče poskytovaná pacientům, u kterých dochází nebo bezprostředně hrozí selhání životních funkcí (Vyhláška č. 55/2011).

V souvislosti s primární péčí je potřebné zmínit hlavně kompetence všeobecné sestry a praktické sestry. V současné době je, dle zákona č. 96/2004 Sb. Zákon O nelékařských povoláních novelizovaným zákonem č. 201/2017 Sb., možné povolání všeobecná sestra vykonávat po absolvování nejméně tříletého bakalářského akreditovaného studijního programu nebo absolvováním stejně dlouhého studia oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší odborné škole. Povolání mohou samozřejmě vykonávat i osoby, které získaly vzdělání v předchozí době, dle legislativy pro tu dobu platné (zákon č. 96/2004). Kompetence jsou obsaženy ve vyhlášce č. 55/2011 v paragrafu 4, a to bez odborného dohledu, v souladu s lékařem stanovenou diagnózou, cestou ošetrovatelského procesu, poskytování základní a specializované ošetrovatelské péče. Bez odborného dohledu a indikace může všeobecná sestra v rozsahu své odborné způsobilosti provádět poradenství a výchovu v oblasti podpory zdraví a prevence onemocnění. Vysoce specializovanou péčí může všeobecná sestra vykonávat pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru (Vyhláška č. 55/2011).

Praktická sestra je, dle nynějších podmínek, způsobilá k výkonu zdravotnického povolání po absolvování střední zdravotnické školy v oboru, absolvováním 3 ročníků na vyšší odborné škole v oboru diplomovaná všeobecná sestra nebo po ukončení 6 semestrů bakalářského studia pro všeobecné sestry. Způsobilý k výkonu povolání praktická sestra je i zdravotnický záchranář a porodní asistentka a osoby, které získaly vzdělání dříve, dle legislativy pro tu dobu platné (zákon č. 201/2017). Kompetence praktických sester jsou též zakotveny ve vyhlášce č. 55/2011, ve znění pozdějších předpisů a jsou to zejména

činnosti související se zajišťováním a poskytováním základní ošetrovatelské péče. Specializované činnosti pak může provádět pod odborným dohledem všeobecné sestry atd. (Vyhláška č. 55/2011).

Společně jsou pro všechny zdravotnické pracovníky touto vyhláškou, ve znění pozdějších předpisů, stanoveny tyto činnosti : poskytování péče v souladu s právními předpisy a standardy, dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, provádění zápisů do zdravotnické dokumentace dle platné legislativy a práce s informačním systémem, poskytování informací pacientovi dle odborné způsobilosti, edukace a motivace jednotlivců a skupin ke zdravému životnímu stylu a sebeděči, spoluúčast na zapracování nových pracovníků, spolupodílení se na tvorbě standardů, provádění opatření při řešení mimořádných událostí a podílení se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání (Vyhláška č. 55/2011).

1.3.3 Ošetrovatelská péče v primární péči

Podstata, charakteristika, cíle ošetrovatelství ani role sestry se v primární péči samozřejmě neliší od ošetrovatelství poskytovaného v sekundární nebo i terciální péči. Liší se druhem poskytovaných výkonů, ale činnosti sestry vedou k naplnění filozofie ošetrovatelství. Všechny prováděné činnosti musí být prováděny v souladu se získanou způsobilostí a v rozsahu zákonem určených kompetencí. Nyní v zákoně není ustanovena povinnost VPL zaměstnávat ošetrovatelský personál, je tedy možné zaměstnat například administrativního asistenta, ten se však nikterak nemůže podílet na zdravotní péči. Je tak možné, že lékař poskytuje veškerou zdravotní péči sám (Prošková, 2009). Dle vyhlášky č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, je požadavek na personální obsazení ordinace VPL samozřejmě praktický lékař, ale nelékařský zdravotnický pracovník jen v případě, že je poskytována ošetrovatelská péče. Změna nenastala ani s novou vyhláškou č. 357/2020 Sb., kterou se mění vyhláška č. 99/2012 Sb. Avšak Košta (2013) ve své knize uznává, že kvalitní primární péče není dána pouze osobností a dovednostmi všeobecného praktického lékaře, ale že měrou velkou a významnou se na kvalitě podílí i zdravotní sestra. Doslovně říká: „*Dobrá sestra je tou nejlepší vizitkou dobrého všeobecného lékaře a navíc platí, že bez erudovaných sester není špičková péče*“ (Košta, 2013, s. 96).

1.3.3 Budoucnost ošetrovatelství v primární péči

Světová zdravotnická organizace podporuje členské státy v rozvoji primární zdravotní péče z důvodu dosažení dostupné, kvalitní zdravotní péče pro co nejvyšší počet obyvatel. Základní zásady primární zdravotní péče byly poprvé navrženy v deklaraci z Alma-Aty v roce 1978 (Strategické dokumenty WHO). O čtyřicet let později, v roce 2018, se konala v kazašské Astaně celosvětová konference o primární péči, kde byla přijata nová deklarace, jejímž hlavním cílem je opětovné zaměření zdravotní péče na celém světě, na péči primární. V roce 2019 byl tento dokument předložen na zasedání Organizace spojených národů, kde se členské země zavázaly k podpoře primární péče jako základu zdravotní péče, jako komunitně zaměřeného, udržitelného prostředku k dosažení co nejvyšší možné úrovně zdraví lidem celého světa (Strategické dokumenty WHO). V roce 2021 na 71. zasedání Regionálního výboru WHO pro Evropu, byla nastíněna vize přeměny primární péče v evropském regionu, na základě zkušeností získaných během pandemie COVID-19. I tento dokument nadále cílí na podporu primární péče a implementaci závazků v Evropském pracovním programu 2020 - 2025 – United action for better health (WHO.int/europe/).

V roce 2021 nabyla platnosti nová koncepce ošetrovatelství, která nahradila původní koncepci vydanou Ministerstvem zdravotnictví v roce 2004. Koncepce ošetrovatelství se týká všech zdravotnických pracovníků, jejichž hlavní pracovní činností je poskytování ošetrovatelské péče, tedy všeobecných sester, praktických sester, dětských sester, ošetrovatelů a sanitářů. Tato koncepce je provázána se Strategickým rámcem rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 – zkráceně Zdraví 2030, který byl již zmíněn výše a souvisí úzce s určenými cíli této koncepce a to – ochrana a zlepšení zdravotního stavu populace a optimalizace zdravotního systému. Koncepce též navazuje na předchozí plán Zdraví 2020 a v něm obsažený cíl zvyšování kvality, dostupné a efektivní následné, dlouhodobé péče a návazné domácí péče (koncepce ošetrovatelství, 2021).

Dle nové koncepce VPL v ČR z roku 2018 se stává přežitkem tradicí daný model praxe, v podobě jeden lékař a jedna sestra. Požadavkem moderní praxe je kooperace lékaře / lékařů s více zdravotními sestrami a dalším nelékařským personálem, označované jako „skupinové praxe“. Část úkonů, které dosud většinou vykonával lékař, musí převzít zdravotní sestry, jako například vyšetření pro sociální potřeby, pro pracovní lékařské prohlídky či edukace pacientů, pro tyto činnosti je tedy nutné zavedení příslušných

výkonů. Uvedené změny povedou k vyšší kvalitě i efektivitě zdravotní péče (Koncepte oboru všeobecné praktické lékařství 2018, 2018).

Jak již bylo zmíněno, dle strategického rámce vydaného Ministerstvem zdravotnictví České republiky pod názvem Zdraví 2030, je do budoucna nutné posílení kompetencí sester poskytující ošetrovatelskou péči v primární zdravotní péči, které bude založeno na postgraduálním, popř. specializačním vzdělání sester se zaměřením na primární péči (Zdraví 2030, 2020). Nyní je již, dle Věstníku MZ č.5/2020, obsahem specializačního vzdělávání všeobecné sestry v oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech jedním z témat teoretické výuky i primární péče, kdy obsahem učiva jsou preventivní prohlídky, dispenzarizace, poskytování diagnostické, preventivní, léčebné a posudkové péče, návaznost a spolupráce primární péče a poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb a dále role sestry v posilování a podpoře zdraví obyvatel (věstník č.5 MZ ČR, 2020).

Nová koncepce ošetrovatelství zohledňuje změny, které jsou připravovány v primární péči k naplnění cílů strategického rámce Zdraví 2030. Posílení kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků, a tedy především sester, jejich zapojením do prevence, monitorování pacientů a řešení komorbidit, by za předpokladu úspěšné realizace, uvolnilo kapacity praktických lékařů, čímž by došlo k pozitivnímu ovlivnění časové dostupnosti a zlepšilo by celkovou efektivitu primární péče (koncepte ošetrovatelství, 2021).

Pokud by došlo k realizaci výše zmíněných navrhovaných změn v rámci primární zdravotní péče, které by nesly větší rozsah péče a vyšší kompetence, znamenalo by to též vyšší nároky na komunikaci a informovanost pacientů a tím i větší důraz na dodržování jejich práv.

2 Cíle práce, hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: zjistit, jaké je povědomí o právech a povinnostech pacientů při poskytování primární zdravotní péče.

Cíl 2: zjistit, jak se povědomí o právech a povinnostech pacientů v primární zdravotní péči liší mezi muži a ženami.

Cíl 3: zjistit, jak se povědomí o právech a povinnostech pacientů v primární zdravotní péči liší s věkem respondentů.

2.2 Hypotézy

H 1: znalost práv pacientů se bude lišit mezi muži a ženami

H 2: znalost práv pacientů se bude lišit s věkem respondentů

3 Metodika

3.1 Užití metody výzkumu

K naplnění cílů této bakalářské práce bylo užito kvantitativního výzkumu a k jeho realizaci byla použita metoda dotazování formou nestandardizovaného anonymního dotazníku, určeného pacientům. Výzkum byl proveden u registrujících poskytovatelů zdravotní péče pro dospělé, tedy v ordinacích všeobecných praktických lékařů na Táborsku. Dotazníky byly umístěny v čekárnách ordinací VPL, kde je pacienti měli možnost vyplnit. Dotazník byl distribuován do 5 ordinací poskytovatelů primární zdravotní péče, v celkovém počtu 125 kusů dotazníků. Výzkum probíhal v březnu roku 2023.

První část dotazníku je věnována obecným anonymním informacím sloužícím k identifikaci výzkumného vzorku. Další část dotazníku obsahuje otázky týkající se informovanosti pacientů o dokumentu Práva pacientů a místem kde se pacienti s dokumentem seznámili. Poslední část je věnována několika konkrétním právům, zejména těm, které se vztahují k primární péči a znalostí těchto práv ze strany pacienta. Dotazník byl na konci opatřen zalepenou obálkou, v níž byl vložen letáček s plným zněním Práv pacienta, kterou si pacient mohl odnést, jako poděkování za účast na výzkumu. Tento postup byl zvolen jako jedna z cest ke zvýšení povědomí pacientů o jejich právech.

Dotazník (příloha 1) se skládal z 12 otázek, z čehož bylo 11 uzavřených a 1 polouzavřená.

Z celkového množství 125 dotazníků bylo vráceno 111 dotazníků, čímž bylo dosaženo návratnosti 89 %. Po kontrole vyplnění, bylo vyřazeno 6 dotazníků, z důvodu neúplného zpracování a tím bylo dosaženo konečného počtu 105 dotazníků ke zpracování výzkumu. Zjištěná data byla po rozřídění zpracována do grafů dle uvedených odpovědí. Odpovědi týkající se jednotlivých konkrétních práv pacientů byly rozděleny dle věkových kategorií a dle pohlaví. Testování hypotéz proběhlo chí kvadrát testem, dle zpracované kontingenční tabulky. Zpracování získaných dat, včetně zpracování grafů bylo provedeno v programu Microsoft Excel a další analýzy, i testování hypotéz bylo vypracováno pomocí statistického programu Jamovi.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Z informací uvedených v celkovém počtu 105 (100 %) dotazníků vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo 58 žen (55 %) a 47 mužů (45 %) (graf 2).

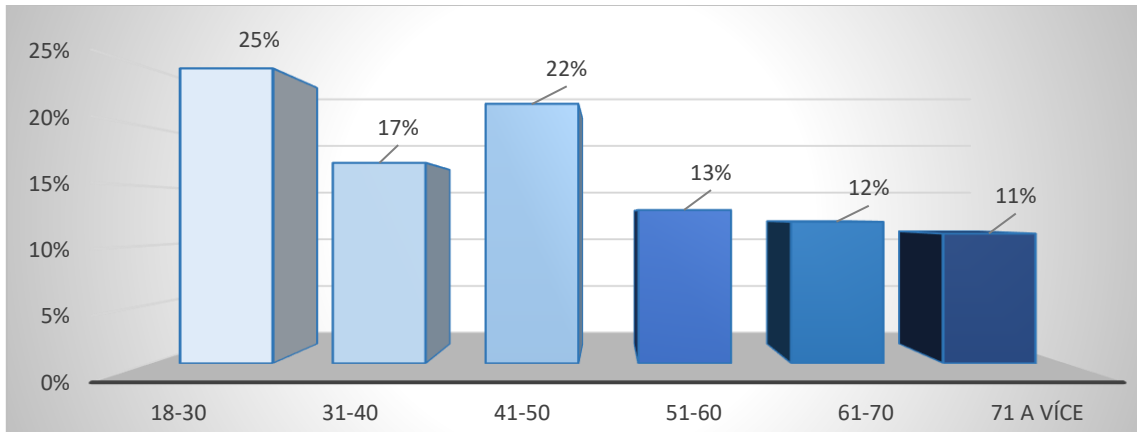
Rozložení dle věkových kategorií bylo následovné – ve věkové kategorii 18-30 let se zúčastnilo celkem 26 respondentů (25 %), z toho 11 žen (10,5 %) a 15 mužů (14,3 %). Ve věkové kategorii 31-40 let se zúčastnilo celkem 18 respondentů (17,1 %), z toho 11 žen (10,5 %) a 7 mužů (6,7 %). Ve věkové kategorii 41-50 let se zúčastnilo celkem 22 respondentů (21,9 %), z toho 12 žen (11,4 %) a 10 mužů (9,5 %). Ve věkové kategorii 51-60 let se zúčastnilo celkem 15 respondentů (14,3 %), z toho 11 žen (10,5 %) a 4 muži (3,8 %). Ve věkové kategorii 61-70 let se zúčastnilo celkem 13 respondentů (12,4 %), z toho 7 žen (6,7 %) a 6 mužů (5,7 %). Ve věkové kategorii 70 a více let se zúčastnilo celkem 11 respondentů (10,5 %), z toho 6 žen (5,7 %) a 5 mužů (4,8 %) (graf 1).

Dle vzdělání bylo rozložení výzkumného vzorku respondentů následovné – z celkového počtu 105 dotazovaných se výzkumu zúčastnilo 6 respondentů (6 %) se vzděláním základním, 26 respondentů (25 %) se vzděláním středním odborným, 36 respondentů (34 %) dosáhlo vzdělání střední s maturitou a 37 respondentů (35 %) bylo se vzděláním vysokoškolským (graf 3).

4 Výsledky

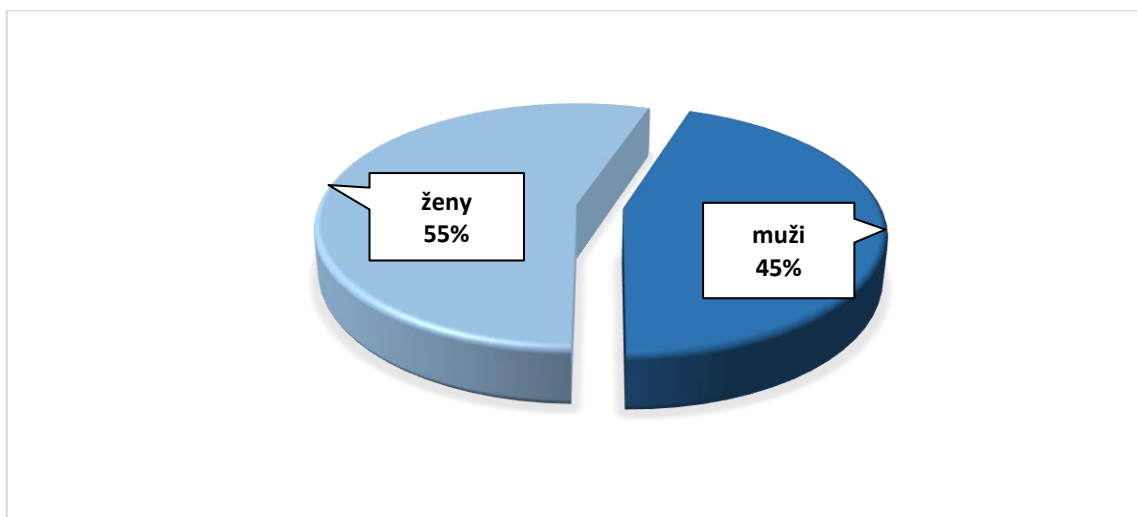
4.1 Grafické znázornění výsledků

Graf 1 Věk respondentů



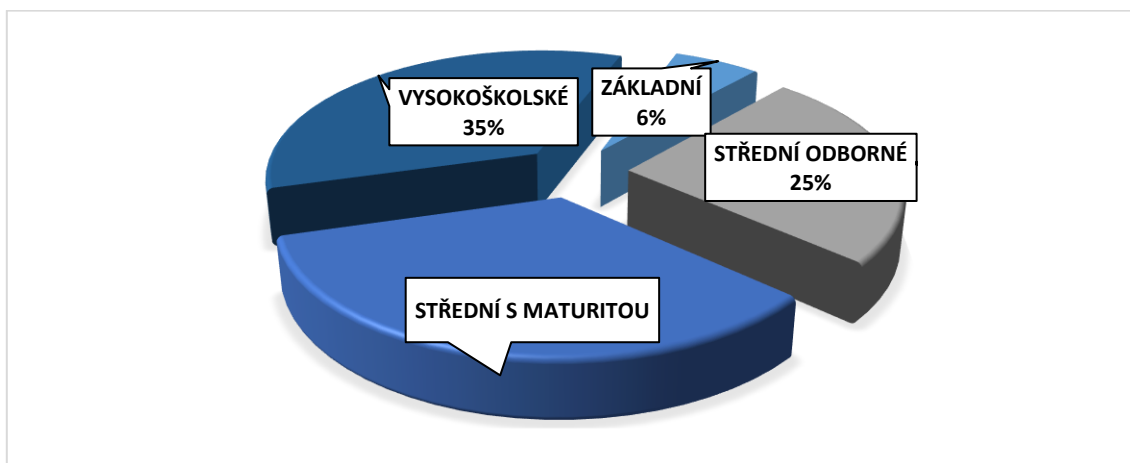
Výzkumu se zúčastnilo celkem 105 respondentů (100 %). Ve věkové kategorii **18-30 let** bylo 26 respondentů (25 %). Další věková kategorie **31-40 let** byla zastoupena 18 respondenty (17 %), třetí věková kategorie **41-50 let** pak byla zastoupena 23 respondenty (22 %). Věkovou kategorií **51-60 let** byla tvořeno 14 respondentů (13 %), věková kategorie **61-70 let** pak byla zastoupena 13 respondenty (12 %) a kategorií poslední **71 a více let** tvoří 11 respondentů (11 %).

Graf 2 Pohlaví respondentů



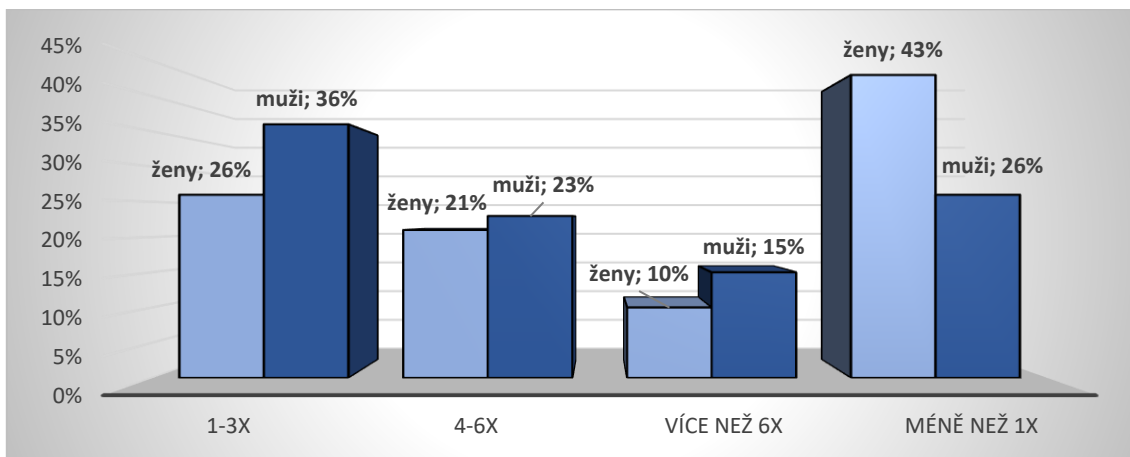
Z celkového počtu 105 respondentů (100 %) bylo 58 **žen** (55 %) a 47 **mužů** (45%).

Graf 3 Dosažené vzdělání



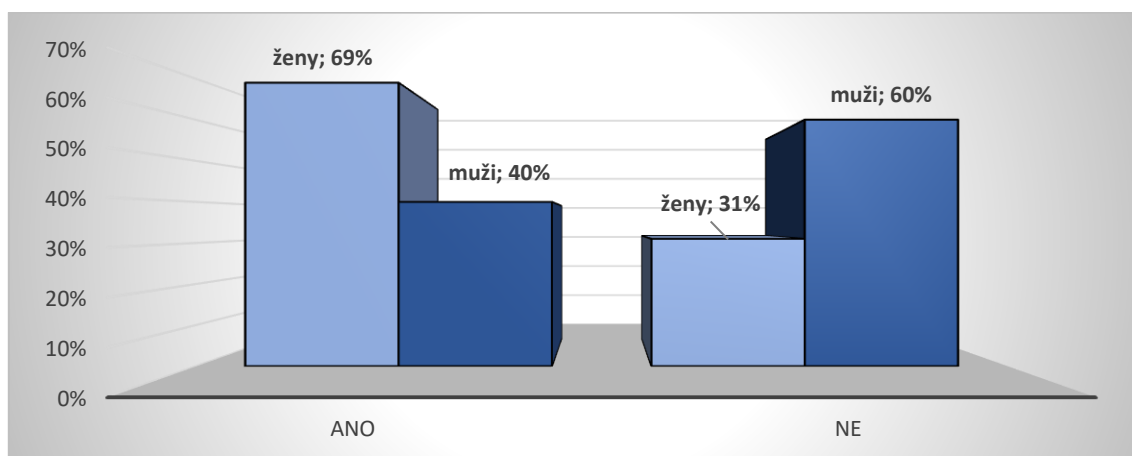
Jak je z grafu 3 patrné uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání 7 respondentů (6 %) vzdělání **základní**, 26 respondentů (25 %) **střední odborné vzdělání**, 36 respondentů (34 %) uvedlo vzdělání **střední s maturitou** a 37 respondentů (35 %) pak vzdělání **vysokoškolské**.

Graf 4 Četnost návštěv u všeobecného praktického lékaře za rok



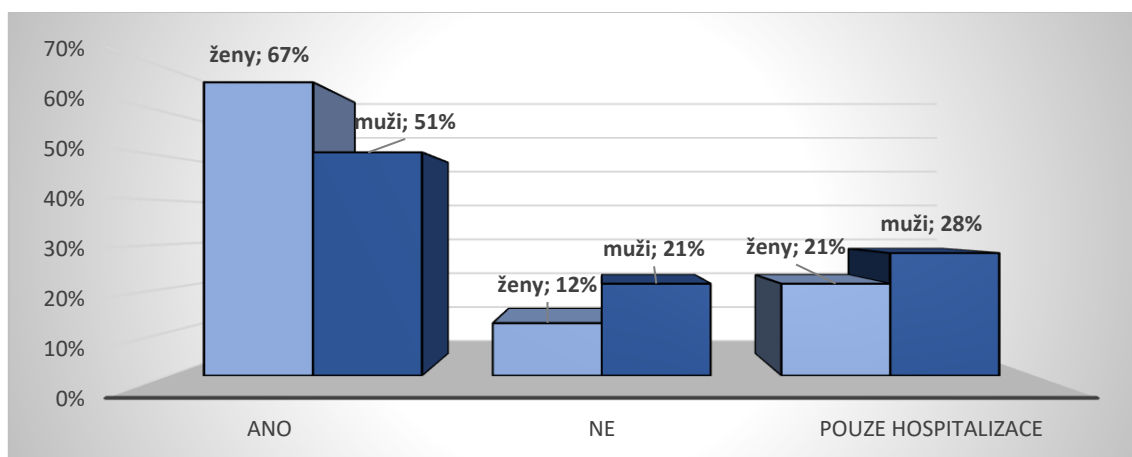
Z celkového počtu respondentů uvedlo četnost návštěv u všeobecného praktického lékaře **1- 3x** za rok 32 respondentů z toho 15 žen (26 %) a 17 mužů (36 %). V další kategorii s četností návštěv **4- 6x** za rok bylo 23 dotazovaných a z toho 12 žen (21 %) a 11 mužů (23 %), návštěvu **více než 6x** ročně uvedlo 13 respondentů, z toho 6 žen (10 %) a 7 mužů (15 %). Návštěvnost **méně, než 1x** za rok uvádí 37 respondentů a z toho 25 žen (43 %) a 12 mužů (26 %).

Graf 5 Znalost dokumentu Práva pacienta



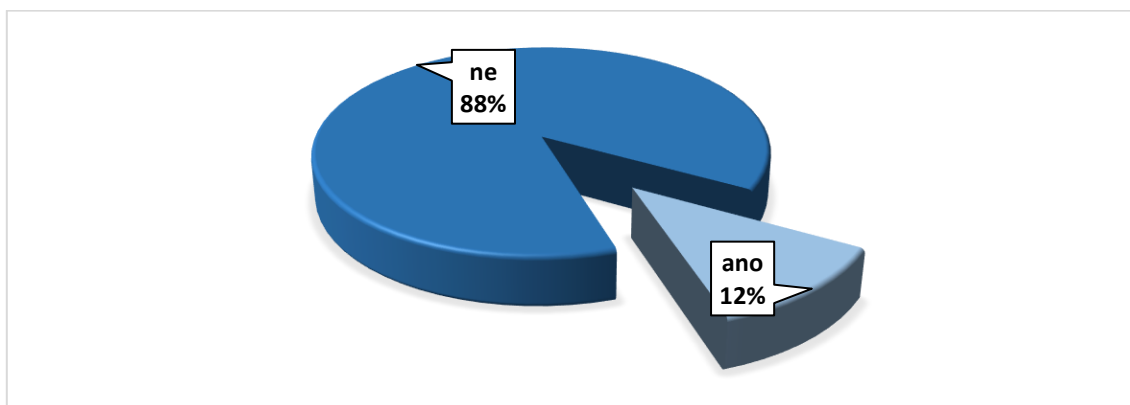
Na otázku, zda respondenti znají dokument Práva a povinnosti pacienta odpovědělo **ano** 40 žen (69 %) a 19 mužů (40 %). Odpověď **ne** pak uvedlo 18 žen (31 %) a 28 mužů (60 %).

Graf 6 Platnost práv pacientů ve všech zdravotnických zařízeních



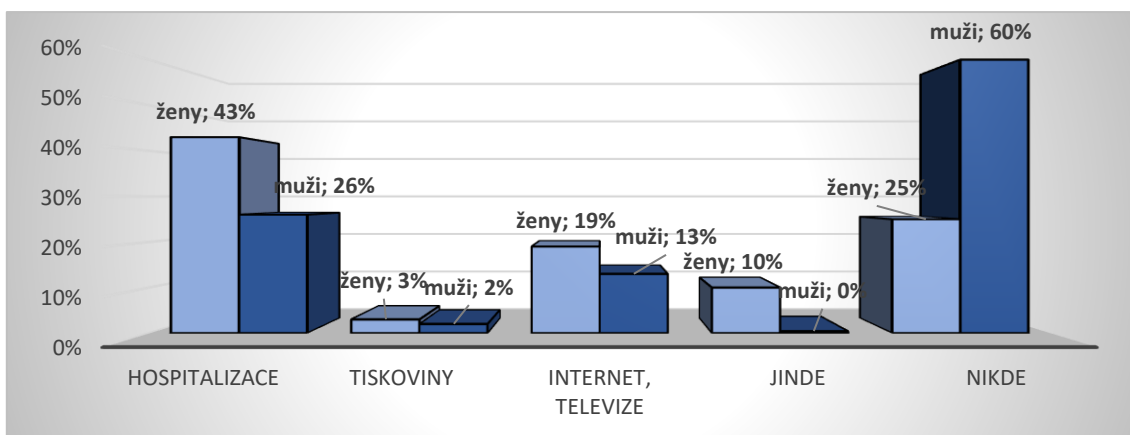
Na otázku, zda si respondenti myslí, že práva pacientů se vztahují na všechna zdravotnická zařízení odpovědělo **ano** 63 respondentů z toho 39 žen (67 %) a 24 mužů (51 %). Odpověď **ne** uvedlo 17 dotazovaných z toho 7 žen (12 %) a 10 mužů (21 %). Že Práva pacientů **souvisí pouze s hospitalizací** si myslí celkem 25 respondentů z toho 12 žen (21 %) a 13 mužů (28 %).

Graf 7 Seznámení s dokumentem Práva pacienta v ordinaci praktického lékaře



Z celkového počtu 105 respondentů na otázku, zda byli s dokumentem Práva pacienta seznámeni v ordinaci praktického lékaře uvedlo odpověď **ano** 13 respondentů (12 %) a odpověď **ne** 92 respondentů (88 %).

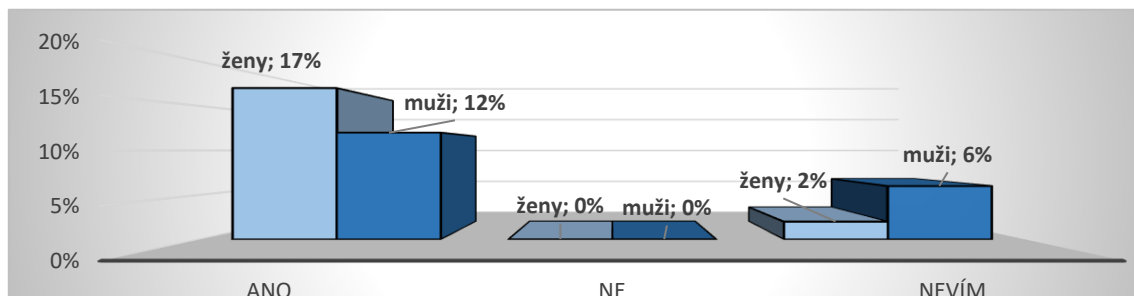
Graf 8 Seznámení s dokumentem Práva pacienta na jiném místě



Graf 8 znázorňuje odpovědi na otázku, zda se respondenti seznámili s dokumentem Práva pacientů na jiném místě, než v ordinaci PL. Seznámení se s dokumentem **při hospitalizaci** uvedlo 37 respondentů z toho 25 žen (43 %) a 12 mužů (26 %), odpověď, že se s dokumentem seznámili **v tiskovinách** napsali 3 dotazovaní, z toho 2 ženy (3 %) a 1 muž (2 %). Jako zdroj informací **internet a televizi** uvádí 17 respondentů z toho 11 žen (19 %) a 6 mužů (13 %). Odpověď **jinde** uvedlo 6 žen (10 %) a žádný muž. Ženy jako místo seznámení se s dokumentem uvedly ve 2 případech čekárnu praktického lékaře, 1 respondentka uvedla čekárnu v nemocnici, 1 dotazovaná odpověděla, že se s dokumentem seznámila v rodině a 2 ženy uvedly, že pracují ve zdravotnictví. Odpověď **nikde** napsalo 14 žen (25 %) a 28 mužů (60 %).

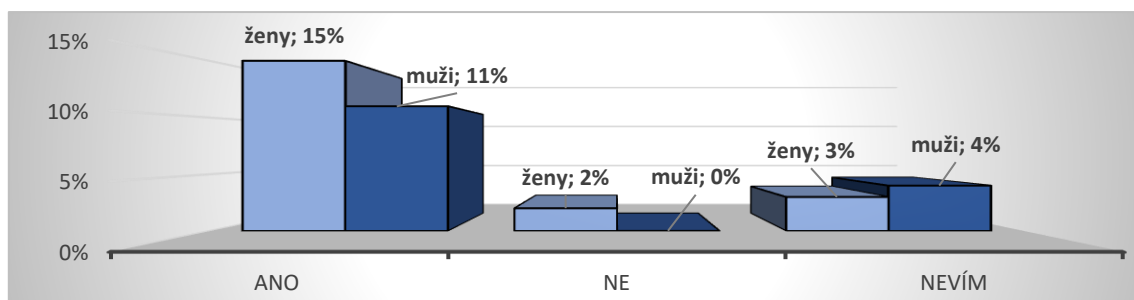
Grafy č. 9 A-F znázorňují odpovědi na otázku, zda si respondenti myslí, že mají **právo odmítnout navrhovanou léčbu, užívání léku nebo léčebný postup v ordinaci praktického lékaře**. Odpovědi jsou rozděleny do skupin dle věkových kategorií.

Graf 9 A Právo na odmítnutí navrhované léčby u PL – věková kategorie 18-30 let



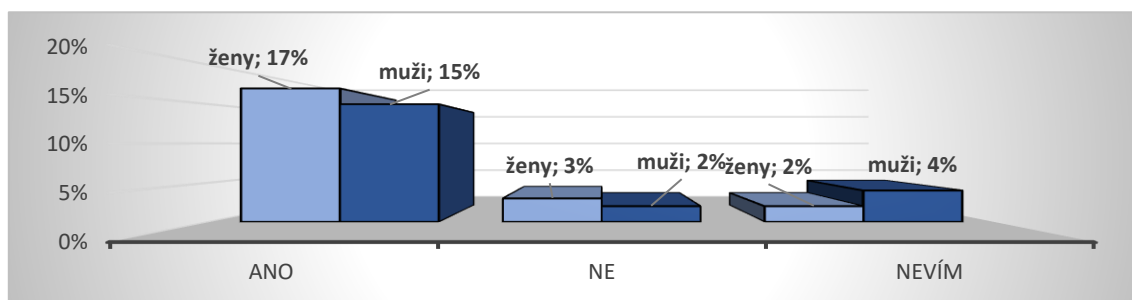
Ve věkové kategorii 18-30 let (graf 9 A) odpovídalo 11 respondentek, z toho odpovědělo správně **ano** 10 žen (17 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 15 mužů, z toho odpovědělo správně **ano** 12 mužů (26 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 9 B Právo na odmítnutí navrhované léčby u PL– věková kategorie 31-40 let



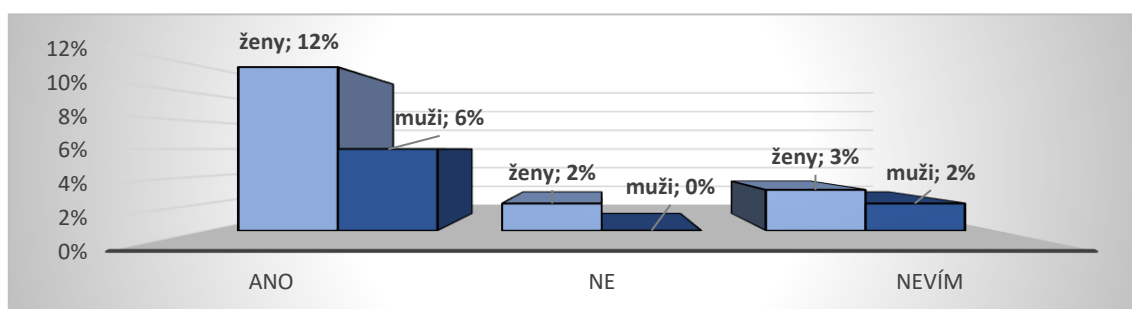
Ve věkové kategorii 31-40 let (graf 9 B) odpovídalo 11 respondentek, z toho odpovědělo správně **ano** 8 žen (15 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 7 mužů z toho odpovědělo správně **ano** 5 mužů (11 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 9 C Právo na odmítnutí navrhované léčby u PL– věková kategorie 41-50 let



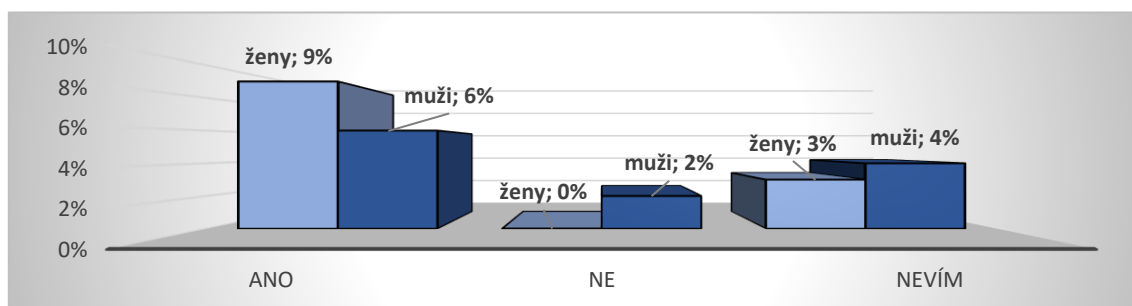
Ve věkové kategorii 41-50 let (graf 9 C) odpovídalo 12 respondentek, z toho odpovědělo správně **ano** 10 žen (17 %) z celkem 58 účastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 10 mužů, z toho odpovědělo správně **ano** 7 mužů (15 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 9 D Právo na odmítnutí navrhované léčby u PL– věková kategorie 51–60 let



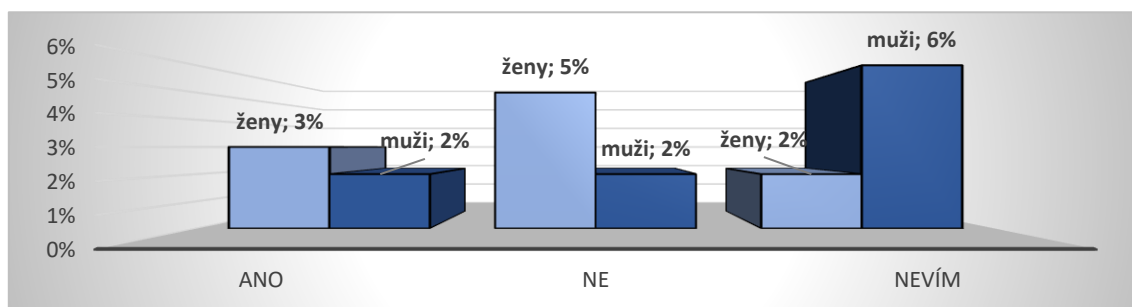
Ve věkové kategorii 51-60 let (graf 9 D) odpovídalo 11 respondentek, z toho odpovědělo správně **ano** 7 žen (12 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídali celkem 4 respondenti z toho odpověděli správně **ano** 3 muži (6 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 9 E Právo na odmítnutí navrhované léčby u PL– věková kategorie 61-70 let



Ve věkové kategorii 61-70 let (graf 9 E) odpovídalo 7 respondentek, z toho odpovědělo správně **ano** 5 žen (9 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 6 mužů, z toho odpovědělo správně **ano** 3 muži (6 %) z celkem 47 zúčastněných.

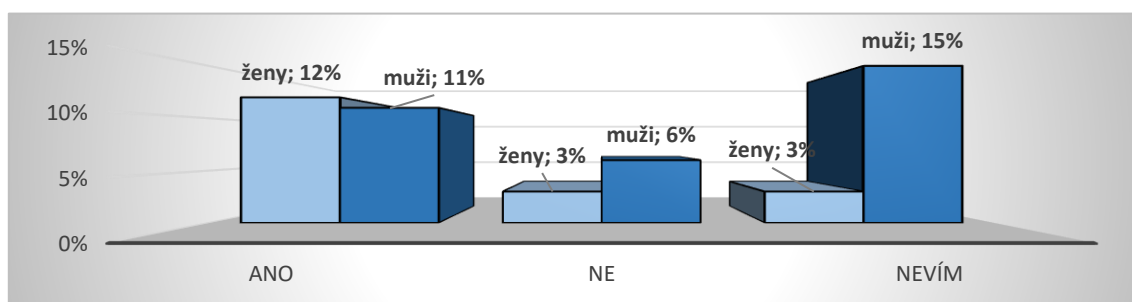
Graf 9 F Právo na odmítnutí navrhované léčby u PL– věková kategorie 71 a více let



Ve věkové kategorii 71 a více (graf 9 F) odpovídalo 6 respondentek, z toho odpověděly správně **ano** 2 ženy (3 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 5 mužů, z toho odpověděl správně **ano** 1 muž (2 %) z celkem 47 zúčastněných.

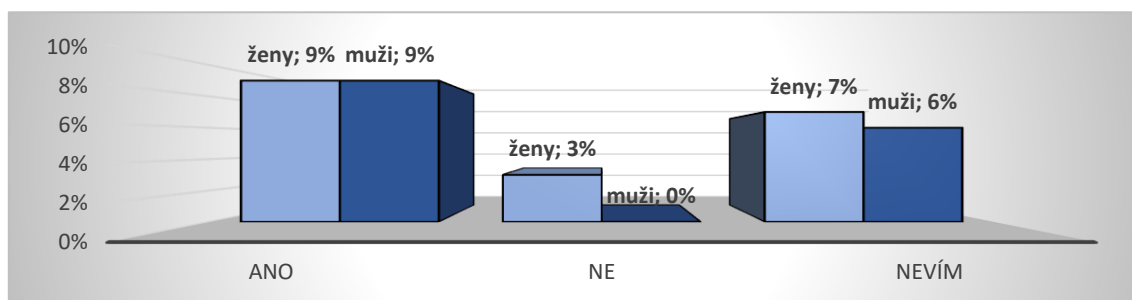
Grafy č. 10 A-F znázorňují odpovědi na otázku, zda si respondenti myslí, že mají **právo odmítnout přítomnost některých osob v ordinaci** praktického lékaře. Odpovědi jsou rozděleny do skupin dle věkových kategorií.

Graf 10 A Právo na odmítnutí přítomnosti osob v ordinaci – věková kat. 18-30 let



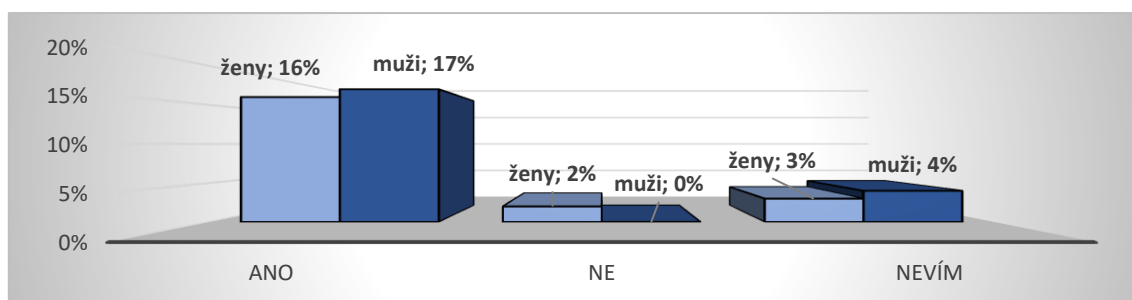
Ve věkové kategorii 18-30 let (graf 10 A) odpovídalo 11 respondentek, z toho odpovědělo správně **ano** 7 žen (12 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 15 mužů, z toho odpovědělo správně **ano** 5 mužů (11 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 10 B Právo na odmítnutí přítomnosti osob v ordinaci – věková kat. 31-40 let



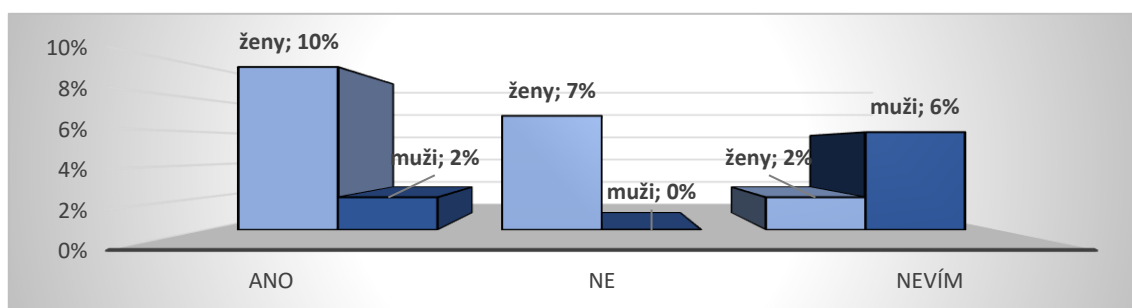
Ve věkové kategorii 31-40 let (graf 10 B) odpovídalo 11 respondentek, z toho odpovědělo správně **ano** 5 žen (9 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 7 mužů, z toho odpověděli správně **ano** 4 muži (9 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 10 C Právo na odmítnutí přítomnosti osob v ordinaci – věková kat. 41-50 let



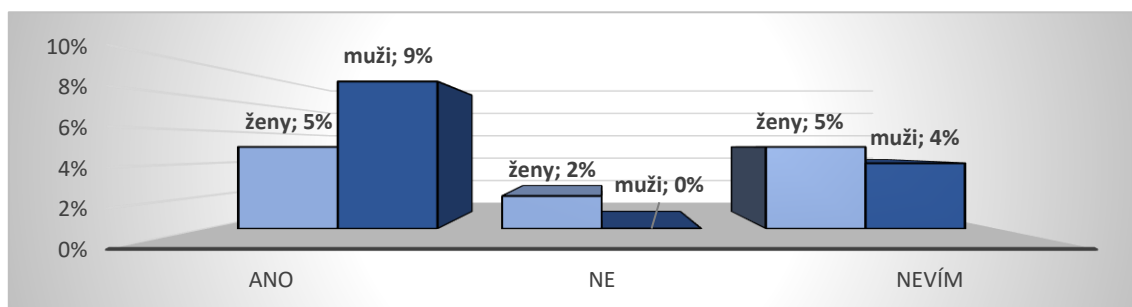
Ve věkové kategorii 41-50 let (graf 10 C) odpovídalo 12 respondentek, z toho odpovědělo správně **ano** 9 žen (16 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 10 mužů, z toho odpovědělo správně **ano** 8 mužů (17 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 10 D Právo na odmítnutí přítomnosti osob v ordinaci – věková kat. 51-60 let



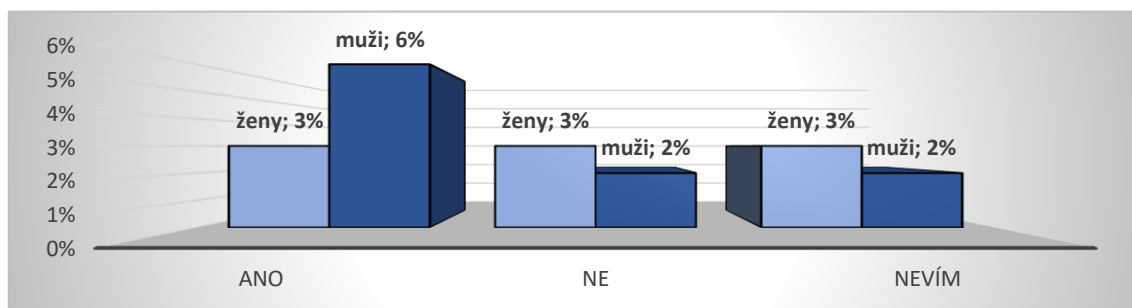
Ve věkové kategorii 51-60 let (graf 10 D) odpovídalo 11 respondentek, z toho odpovědělo správně **ano** 6 žen (10 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídali celkem 4 muži, z toho odpověděl správně **ano** 1 muž (2 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 10 E Právo na odmítnutí přítomnosti osob v ordinaci – věková kat. 61-70 let



Ve věkové kategorii 61-70 let (graf 10 E) odpovídalo 7 respondentek, z toho odpověděly správně **ano** 3 ženy (5 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 6 mužů, z toho odpověděli správně **ano** 4 muži (9 %) z celkem 47 zúčastněných.

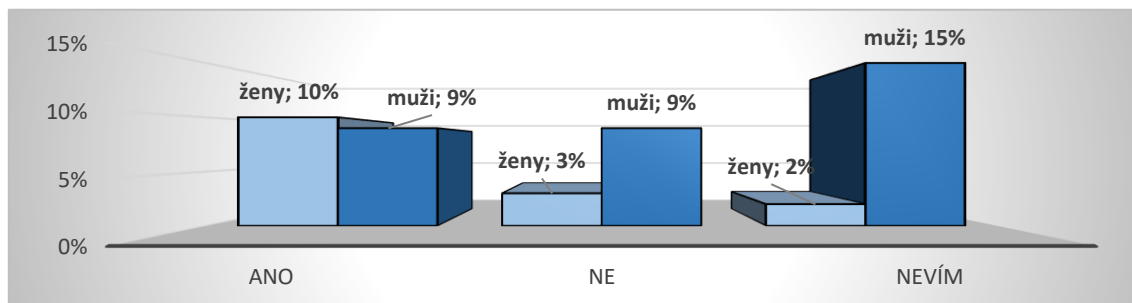
Graf 10 F Právo na odmítnutí přítomnosti osob v ordinaci – věková kat. 70 a více let



Ve věkové kategorii 71 a více (graf 10 F) odpovídalo 6 respondentek, z toho odpověděly správně **ano** 2 ženy (3 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 5 mužů, z toho odpověděli správně **ano** 3 muž (6 %) z celkem 47 zúčastněných.

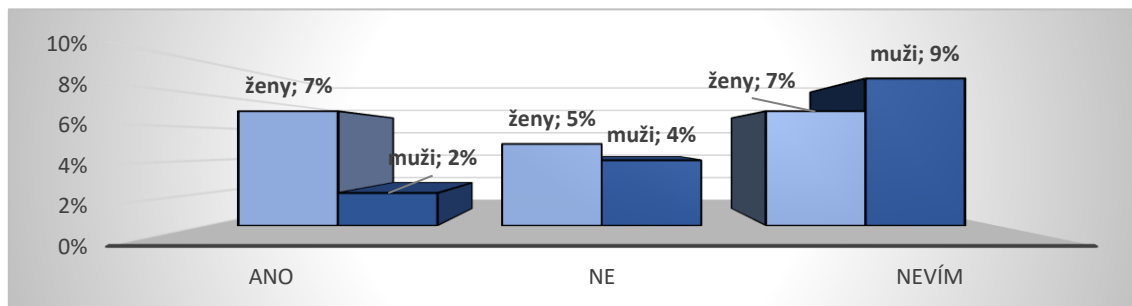
Grafy č. 11 A-F znázorňují odpovědi na otázku, zda si respondenti myslí, že mají **právo odmítnout být plně informován o zdravotním stavu**. Odpovědi jsou rozděleny do skupin dle věkových kategorií.

Graf 11 A Právo na odmítnutí být plně informován – věková kategorie 18-30 let



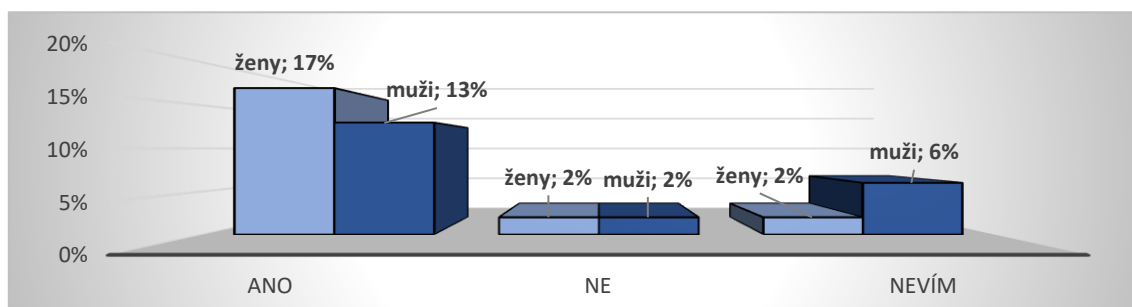
Ve věkové kategorii 18-30 let (graf 11 A) odpovídalo 11 respondentek, z toho odpovědělo správně **ano** 6 žen (10 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 15 mužů, z toho odpověděli správně **ano** 4 muži (9 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 11 B Právo na odmítnutí být plně informován – věková kategorie 31-40 let



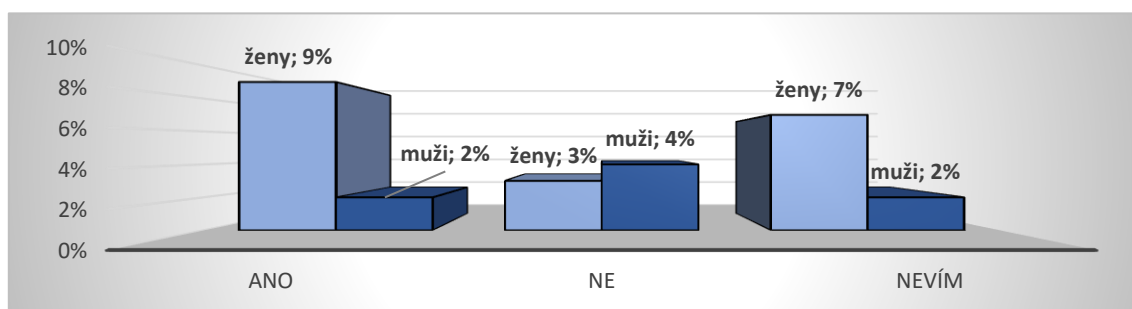
Ve věkové kategorii 31-40 let (graf 11 B) odpovídalo 11 respondentek, z toho odpověděly správně **ano** 4 ženy (7 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 7 mužů, z toho odpověděl správně **ano** 1 muž (2 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 11 C Právo na odmítnutí být plně informován – věková kategorie 41-50 let



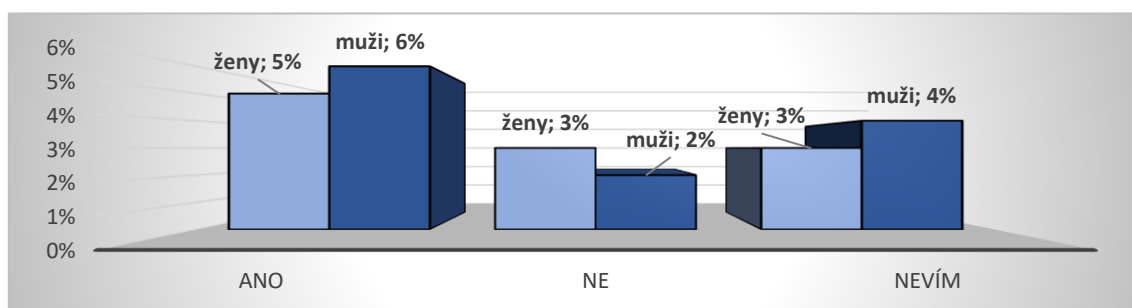
Ve věkové kategorii 41-50 let (graf 11 C) odpovídalo 12 respondentek, z toho odpovědělo správně **ano** 10 žen (17 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 10 mužů, z toho odpovědělo správně **ano** 6 mužů (13 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 11 D Právo na odmítnutí být plně informován – věková kategorie 51-60 let



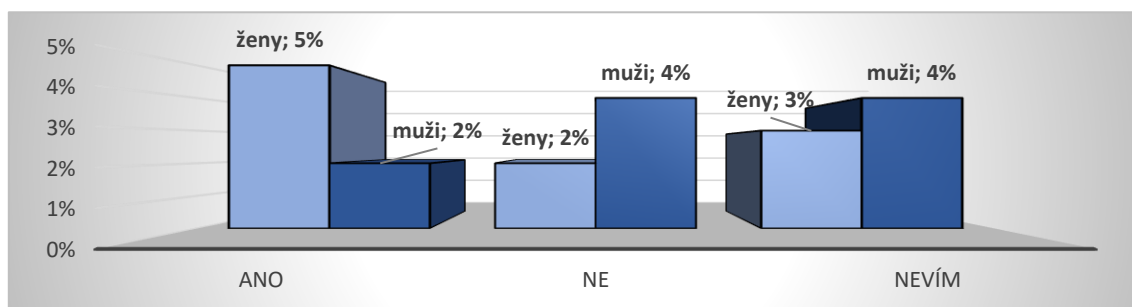
Ve věkové kategorii 51-60 let (graf 11 D) odpovídalo 10 respondentek, z toho odpovědělo správně **ano** 5 žen (9 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídali celkem 4 muži, z toho odpověděl správně **ano** 1 muž (2 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 11 E Právo na odmítnutí být plně informován – věková kategorie 61-70 let



Ve věkové kategorii 61–70 let (graf 11 E) odpovídalo 7 respondentek, z toho odpověděly správně **ano** 3 ženy (5 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 6 mužů, z toho odpověděli správně **ano** 3 muži (6 %) z celkem 47 zúčastněných.

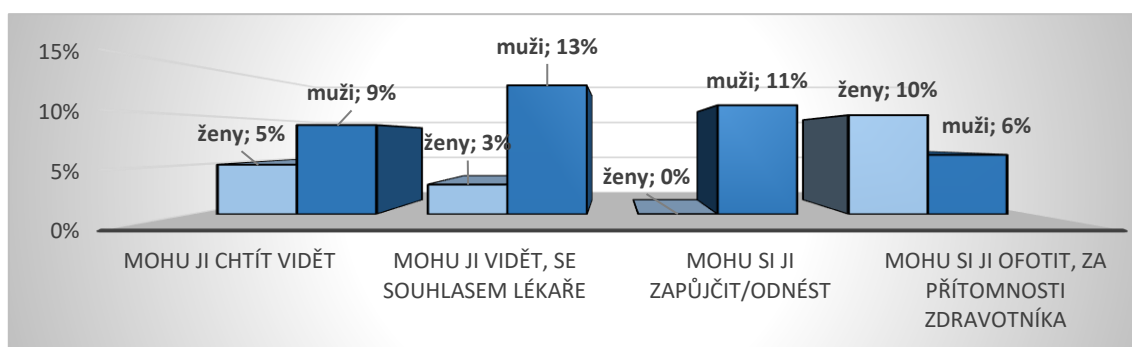
Graf 11 F Právo na odmítnutí být plně informován – věková kategorie 70 a více let



Ve věkové kategorii 71 a více (graf 11 F) odpovídalo 6 respondentek, z toho odpověděly správně **ano** 3 ženy (5 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 5 mužů, z toho odpověděl správně **ano** 1 muž (2 %) z celkem 47 zúčastněných.

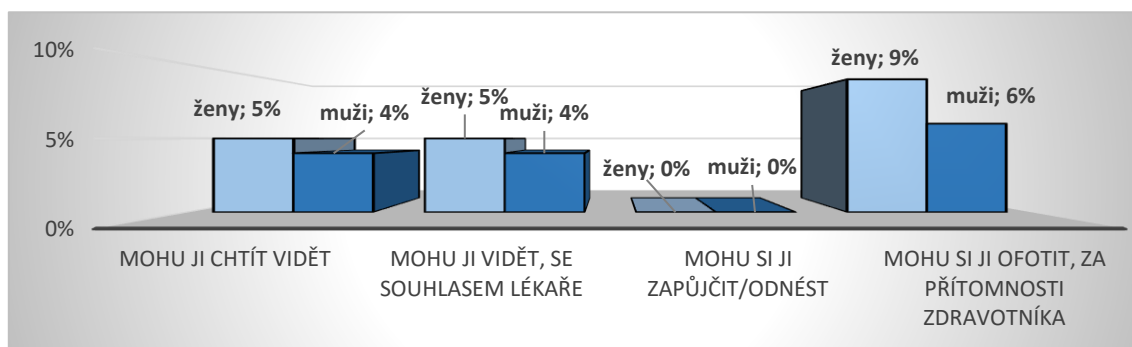
Grafy č. 12 A-F znázorňují odpovědi na otázku, která vyzývá respondenty k označení **správného tvrzení ohledně jejich zdravotnické dokumentace**. Odpovědi jsou rozděleny do skupin dle věkových kategorií.

Graf 12 A Správné tvrzení o zdravotní dokumentaci – věková kategorie 18-30 let



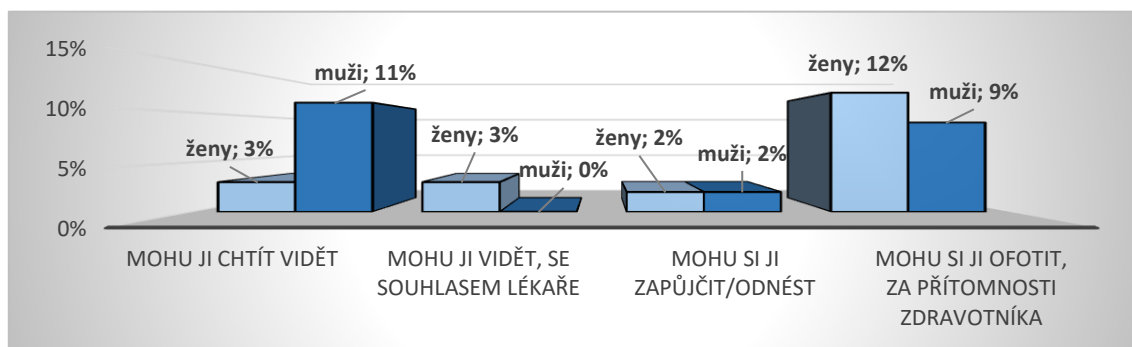
Ve věkové kategorii 18-30 let (graf 12 A) odpovídalo 11 respondentek, z toho odpovědělo správně, **mohu si ji ofotit za přítomnosti zdravotníka** odpovědělo 6 žen (10 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 15 mužů, z toho správně, **mohu si ji chtít vidět** odpověděli 4 muži (9 %) a **mohu si ji ofotit za přítomnosti zdravotníka** odpověděli 3 muži (6 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 12 B Správné tvrzení o zdravotní dokumentaci – věková kategorie 31-40 let



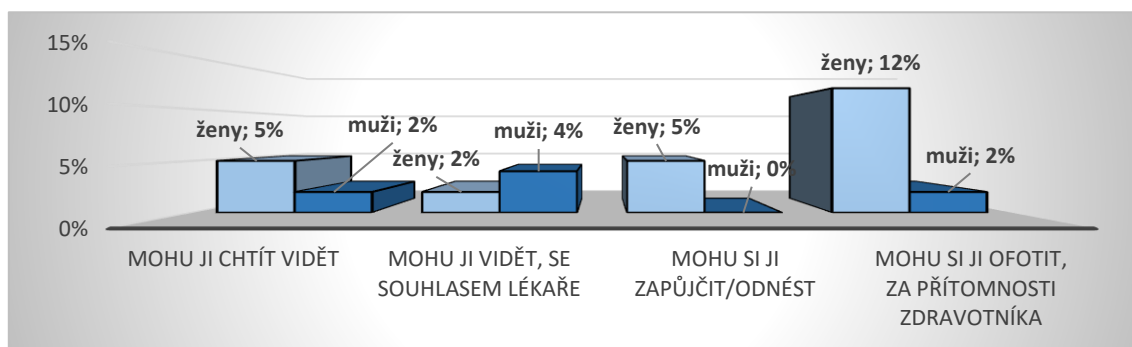
Ve věkové kategorii 31-40 let (graf 12 B) odpovídalo 11 respondentek, z toho správně, **mohu ji chtít vidět** odpověděly 3 ženy (5 %) a **mohu si ji ofotit za přítomnosti zdravotníka** odpovědělo 5 žen (9 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 7 mužů z toho správně, **mohu ji chtít vidět** odpověděli 2 muži (4 %) a **mohu si ji ofotit za přítomnosti zdravotníka** odpověděli 3 muži (6 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 12 C Správné tvrzení o zdravotní dokumentaci – věková kategorie 41-50 let



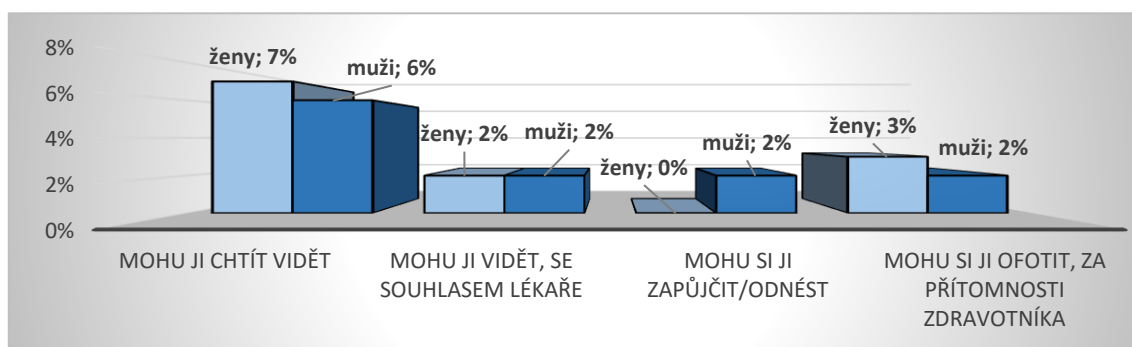
Ve věkové kategorii 41-50 let (graf 12 C) odpovídalo 13 respondentek, z toho správně, **mohu ji chtít vidět** odpověděly 2 ženy (3 %) a **mohu si ji ofotit za přítomnosti zdravotníka** odpovědělo 7 žen (12 %) a správně označila obě odpovědi 1 žena (2 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 10 mužů z toho odpovědělo z toho odpovědělo správně, **mohu ji chtít vidět** odpovědělo 5 mužů (11 %) a **mohu si ji ofotit za přítomnosti zdravotníka** odpověděli 4 muži (9 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 12 D Správné tvrzení o zdravotní dokumentaci – věková kategorie 51-60 let



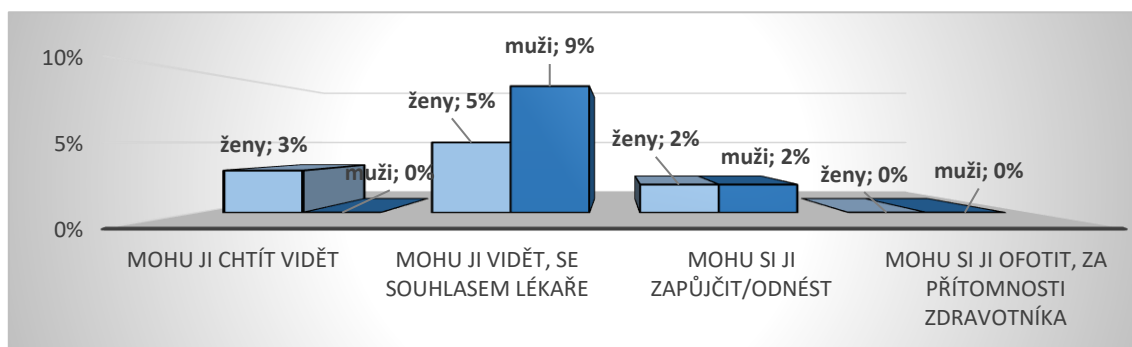
Ve věkové kategorii 51-60 let (graf 12 D) odpovídalo 10 respondentek, z toho správně, **mohu ji chtít vidět** odpověděly 3 ženy (5 %) a **mohu si ji ofotit za přítomnosti zdravotníka** odpovědělo 7 žen (12 %) a správně označily obě odpovědi 3 ženy (5 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídali celkem 4 muži, z toho správně, **mohu ji chtít vidět** odpověděl 1 muž (2 %) a **mohu si ji ofotit za přítomnosti zdravotníka** odpověděl 1 muž (2 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 12 E Správné tvrzení o zdravotní dokumentaci – věková kategorie 61-70 let



Ve věkové kategorii 61-70 let (graf 12 E) odpovídalo 7 respondentek, z toho správně, **mohu ji chtít vidět** odpovědělo 5 žen (7 %) a **mohu si ji ofotit za přítomnosti zdravotníka** odpovědělo 2 ženy (3 %) a správně označily obě odpovědi 2 žena (3 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 6 mužů, z toho správně, **mohu ji chtít vidět** odpověděli 3 muži (6 %) a **mohu si ji ofotit za přítomnosti zdravotníka** odpověděl 1 muž (2 %) z celkem 47 zúčastněných.

Graf 12 F Správné tvrzení o zdravotní dokumentaci – věková kategorie 70 a více let



Ve věkové kategorii 71 a více (graf 12 F) odpovídalo 6 respondentek, z toho správně, **mohu ji chtít vidět** odpověděly 2 ženy (3 %) z celkem 58 zúčastněných. Ve stejné věkové kategorii odpovídalo celkem 5 mužů, z toho neodpověděl správně žádný muž (0 %) z celkem 47 zúčastněných.

4.2 Testování hypotéz

Testování hypotéz bylo aplikováno pouze na otázky týkající se jednotlivých konkrétních práv pacientů. Při testování byly odpovědi zpracovány do kontingenčních tabulek s tím, že odpovědi nevím byly dekodovány jako nesprávné.

Testování hypotéz proběhlo, dle zpracované kontingenční tabulky, chí kvadrát testem s hladinou významnosti / statistické signifikance α 0,05 tedy 5 %.

H 1: znalost práv pacientů se liší mezi muži a ženami

H 0: znalost práv pacientů se neliší mezi muži a ženami

Otázka č.9 Myslíte si, že máte právo, u praktického lékaře, odmítnout navrhovanou léčbu /užívání léku/ nebo léčebný postup ?

Otázka č.9 A kontingenční tabulka

Pohlaví	ano	ne	celkem
Žena	42	16	58
Muž	31	16	47
Celkem	73	32	105

Byla dosažena hladina významnosti / statistické signifikance $p=0,48$, což je nesignifikantní výsledek a **hypotéza tím nebyla podpořena.**

Otázka č.10 Myslíte si, že máte právo na odmítnutí přítomnosti některých osob v ordinaci?

Otázka č.10 A kontingenční tabulka

Pohlaví	ano	ne	celkem
Žena	32	26	58
Muž	25	22	47
Celkem	57	48	105

Byla dosažena hladina významnosti / statistické signifikance $p=0,84$, což je nesignifikantní výsledek a **hypotéza tím nebyla podpořena.**

Otázka č.11 Myslíte si, že můžete odmítnout být plně informován o vašem zdravotním stavu?

Otázka č.11 A kontingenční tabulka

Pohlaví	ano	ne	celkem
Žena	29	29	58
Muž	18	29	47
Celkem	47	58	105

Byla dosažena hladina významnosti / statistické signifikance $p=0,23$, což je nesignifikantní výsledek a **hypotéza tím nebyla podpořena.**

Otázka č.12 Které z následujících tvrzení, ohledně vaší zdravotní dokumentace, si myslíte, že je správné?

Otázka č.12 A kontingenční tabulka

Pohlaví	ano	ne	celkem
Žena	41	17	58
Muž	28	19	47
Celkem	69	36	105

Byla dosažena hladina významnosti / statistické signifikance $p=0,24$, což je nesignifikantní výsledek a **hypotéza tím nebyla podpořena.**

H 2: znalost práv pacientů se liší s věkem respondentů

H 0: znalost práv pacientů se neliší s věkem respondentů

Otázka č.9 Myslíte si, že máte právo, u praktického lékaře, odmítnout navrhovanou léčbu /užívání léku/ nebo léčebný postup ?

Otázka č.9 B kontingenční tabulka

věková kategorie	ano	ne	celkem
18-30 let	22	4	26
31-40 let	13	5	18
41-50 let	17	5	22
51-60 let	10	5	15
61-70 let	8	5	13
70 a více let	3	3	11
celkem	73	32	105

Byla dosažena hladina významnosti / statistické signifikance $p=0,02$, což je signifikantní výsledek a **hypotéza tím byla podpořena.**

Otázka č.10 Myslíte si, že máte právo na odmítnutí přítomnosti některých osob v ordinaci?

Otázka č.10 B kontingenční tabulka

věková kategorie	ano	ne	celkem
18-30 let	12	14	26
31-40 let	9	9	18
41-50 let	17	5	22
51-60 let	7	8	15
61-70 let	7	6	13
70 a více let	5	6	11
celkem	57	43	105

Byla dosažena hladina významnosti / statistické signifikance $p=0,29$, což je nesignifikantní výsledek a **hypotéza tím nebyla podpořena.**

Otázka č.11 Myslíte si, že můžete odmítnout být plně informován o vašem zdravotním stavu?

Otázka č.11 B kontingenční tabulka

věková kategorie	ano	ne	celkem
18-30 let	12	14	26
31-40 let	5	13	18
41-50 let	16	6	22
51-60 let	6	9	15
61-70 let	6	7	13
70 a více let	2	9	11
celkem	47	58	105

Byla dosažena hladina významnosti / statistické signifikance $p=0,03$, což je signifikantní výsledek a hypotéza tím **byla podpořena**.

Otázka č.12 Které z následujících tvrzení, ohledně vaší zdravotní dokumentace, si myslíte, že je správné?

Otázka č.12 B kontingenční tabulka

věková kategorie	ano	Ne	celkem
18-30 let	17	9	26
31-40 let	13	5	18
41-50 let	19	3	22
51-60 let	9	6	15
61-70 let	9	4	13
70 a více let	2	9	11
celkem	47	58	105

Byla dosažena hladina významnosti / statistické signifikance $p=0,003$, což je signifikantní výsledek a hypotéza tím **byla podpořena**.

5 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké je povědomí o právech a povinnostech pacientů při poskytování primární zdravotní péče ze strany pacientů a dále též zjistit, jestli se povědomí pacientů o jejich právech liší mezi ženami a muži a zda se liší znalosti s věkem pacientů. K realizaci bylo užito kvantitativního výzkumu formou dotazování za použití nestandardizovaného anonymního dotazníku, určeného pacientům.

Z výzkumu této práce vyplynulo, že dokument Práva pacientů není mezi pacienty úplně neznámým pojmem. Většina žen (69 %) udala, že dokument zná a méně než polovina mužů (40 %) uvedla v dotazníku též kladnou odpověď na otázku, zda je jim dokument znám. Nerovnováha v informovanosti mezi ženami a muži pro nás nebyla překvapivým zjištěním. I Stefan (2015) ve svém článku, ve kterém popisuje výsledky studie, uvádí, že ženy jsou mnohem aktivnější v zájmu o zdraví a vyhledávání a zjišťování informací týkajících se zdraví. Negativním zjištěním z výsledků šetření bylo, že zásluhy na seznamování pacientů s dokumentem Práva pacientů má primární péče jen velmi malé. Analýza dotazníkového šetření nastínila, že ordinace praktických lékařů jsou místem kde se respondenti s dokumentem seznámili, jen ve 12,4 %. Během výzkumného šetření 40 % dotazovaných uvedlo, že s dokumentem nebyli seznámeni nikde, což může souviset s tím, že ještě nebyli hospitalizováni a ani je žádná situace nenutila k vyhledání si dokumentu na jiném místě. Téměř stejné procento účastníků šetření zaškrtnulo na dotazníku odpověď, že místem, kde se s tímto dokumentem seznámili, byla nemocniční zařízení během hospitalizace. Tento výsledek nebyl, dle našeho názoru, překvapivý, protože seznamování pacientů s právy ukládají zdravotníkům standardy a Práva pacientů a edukace jsou jednou z částí Akreditačních standardů a jedním z hodnotících požadavků tohoto standardu je i nemocnicí stanovený postup seznámení pacienta s jeho právy, odpovědnost osob za jeho seznámení s nimi a ukládá povinnost o tomto procesu provést záznam do zdravotnické dokumentace (SAK, 2013). Dalším z informačních zdrojů se ukázal být internet a televize, což v době rozvinutých informačních technologií též není překvapivý výsledek. I ve vyhledávání informací na internetu, jak vyplývá z výzkumu, jsou ženy aktivnější než muži v poměru 19 %: 12,8 %. I tento výsledek byl námi očekávaný, protože i Bidmon (2015) uvedla v analýze empirického online průzkumu, že ženy více využívají internet při vyhledávání informací týkajících se zdraví. Další příčku na žebříčku v místech seznámení se s právy zaujímá možnost – jinde a v tom případě

dotazovaní uváděli rodinu, dva respondenti uvedli, že jsou pracovníky ve zdravotnictví a dále byla třemi respondenty uvedena čekárna u lékaře. Již v roce 2002 Kurzová uvedla, že Práva pacientů by měla být umístěna na viditelných místech ve všech zdravotnických zařízeních a v tu dobu hodnotila, že se tomu tak děje jen velmi málo. Po tomto zjištění bylo námi provedeno malé šetření, při kterém jsme navštívily deset čekáren praktických lékařů na Tábořsku a bylo zjištěno, že dokument Práva pacientů mají v čekárně vyvěšeny jen čtyři registrující poskytovatelé zdravotní péče. Což nás vede ke konstatování, že situace je podobná i po 20 letech a vede nás to k souhlasu s Kurzovou, že i dnes jsou viditelně umístěná Práva pacientů jen na velmi málo místech, tedy alespoň co se týká primární péče. Z nejmenší části byl místem seznámení se s dokumentem dotazovanými uváděn tisk.

Jedním z hodnotících kritérií v naší práci byla roční četnost návštěv u všeobecného praktického lékaře. Z celkového počtu respondentů uvedlo četnost návštěv u všeobecného praktického lékaře 1-3x za rok 32 respondentů. V kategorii s četností návštěv 4-6x za rok bylo 23 dotazovaných a návštěvu více než 6x ročně uvedlo 13 respondentů. Návštěvnost méně, než 1x za rok uvádí 37 respondentů. Provedli jsme porovnání, zdali se četnost návštěv odráží na seznamování s dokumentem Práva pacienta, protože by bylo možné říci, že je k tomu více příležitostí. Pro hrubé srovnání jsme vybraly skupinu pacientů uvádějících četnost návštěv 4-6x za rok a skupinu s návštěvností více než 6x ročně. Součtem účastníků výzkumu, kteří uváděli tyto četnosti návštěv jsme došli k počtu 36 což je 34,3 % z celkového počtu účastníků šetření. Z tohoto počtu dotázaných byla téměř polovina ve věkových kategoriích 61-70 let a 71 a více let. Tento výsledek je pochopitelný, vzhledem k vyšší pravděpodobnosti výskytu chronických onemocnění v těchto věkových skupinách. Tento fakt samozřejmě zvyšuje četnost návštěv PL, hlavně z důvodu potřeby předpisu pravidelné medikace u chronicky nemocných. Dalším, v pořadí důvodů, proč pacienti tohoto věku zavítají k PL je prevence a zhoršení stavu (Pokorná, 2015) (Kersnik, 2009). Srovnáním skupin je výsledek takový, že pouze 3 dotazovaní v souhrnné věkové kategorii 61 a více let uvádějí, že byli s dokumentem seznámeni praktickým lékařem. Z naší analýzy je tak patrné, že vyšší četnost návštěv u praktika nijak nekoreluje s počtem pacientů, kteří byli se svými právy seznámeni v ordinaci PL.

Z dotazníkového šetření dále vyplynulo, pro nás velmi překvapivé zjištění, že 38,1 % z dotázaných se nedomnívá, že práva pacienta se vztahují na všechna zdravotnická

zařízení nebo si myslí, že se vztahují pouze na hospitalizaci. Připouštíme možnost, že je to dáno, již výše zmíněnou, vyšší aktivitou zdravotníků v nemocnicích v seznamování pacientů s jejich právy. Na druhou stranu je třeba zvážit, bylo-li by tomu tak i kdyby to nebylo jejich povinností a neukládaly jim tuto činnost zavedené standardy.

Cílem práce bylo dále zjistit, zda pacienti znají konkrétně některá vybraná práva. Jeden z bodů výzkumu se týkal možnosti odmítnutí léčby. Téměř třem čtvrtinám je známo, že mají možnost, i u praktického lékaře, odmítnout navrhovanou léčbu, užívání léku nebo léčebný postup. V této oblasti výzkum neprokázal významný rozdíl mezi ženami a muži, ale ukázal, že zejména ve věkové kategorii nad sedmdesát let většina respondentů uvedla, že navrhovanou léčbu nebo léčebný postup odmítnout nemohou. Domníváme se, že důvodem může být, mimo jiné, přetrvávající a zakořeněný názor, že lékaři se neodporuje, jako pozůstatek dřívějšího paternalistického vztahu lékaře a pacienta. Kessels (2003) poukazuje na jev, který se vyskytuje u starších jedinců a tím je to, že lékařské / a nejen ty / informace, které potvrzují informace již dříve získané, jsou snáze zapamatovatelné a ty informace, které jsou s dřívějším poznáním v rozporu, bývají zapomenuty nebo jsou chybně interpretovány. Toto může být důvod, proč je pro některé, zejména starší, pacienty obtížné zvyknout si na nyní upřednostňovaný partnerský vztah lékaře a pacienta. Na druhou stranu je možné, že některým pacientům paternalistický přístup vyhovuje a nečiní jim žádné obtíže být pasivním příjemcem péče a léčby (Vácha, 2015). Je ale také možné, že dalším aspektem, který ovlivňuje rozhodnutí vyjádřit nesouhlas s léčbou nebo léčebným postupem je, že pacienti nechtějí zdravotnický personál zatěžovat dalšími otázkami a někdy je jim bohužel i naznačeno, že na další otázky není dostatek času. Potom jedná-li lékař v časové tísní a nedá pacientovi dostatek prostoru na vyjádření nebo mu dostatečně nenaslouchá, odrazí se to na dalším průběhu léčby (Honzák, 1999). Pacient tak často své dilema vyřeší po svém, v ordinaci se vším souhlasí a teprve následně si informace dále dohledává na internetu nebo jinde a k doporučenému vyšetření se neobjedná nebo nedostaví, lék nevyzvedne v lékárně nebo vyzvedne /pokud má povědomí o existenci lékového záznamu a jeho přístupnosti lékařům a lékárníkům/, ale neužívá, což Bencko (2015) označuje jako primární nespolupráci pacienta s lékařem a obecně i s ošetřujícím personálem. Toto řešení samozřejmě není pro pacienta optimální, protože pokud by se rozhodl sdělit lékaři, že s navrženým postupem nesouhlasí a vysvětlil své pohnutky, které ho k rozhodnutí vedly, byla by možnost hledat další, pro pacienta přijatelné řešení jeho problému.

Další otázkou, na kterou respondenti během dotazníkového šetření odpovídali, byl dotaz na možnost odmítnout přítomnost některých osob v ordinaci. Ženy odpověděly správně „ano“ v 55,2 % a muži v 53,2 %. Jak je zjevné, má povědomí o tomto právu více než polovina účastníků dotazníkového šetření, a to téměř bez rozdílu mezi muži a ženami. Usuzujeme, i z osobních zkušeností, že je pravděpodobné, že pacienti ve spojení s primární péčí nejsou příliš zvyklí na přítomnost mediků a studentů či jiných osob, které se bezprostředně neúčastní na léčbě, v ordinaci praktického lékaře. Mnohem častěji se s těmito osobami setkávají v nemocničních zařízeních, a tak je možné, že pokud by otázka mířila na přítomnost těchto osob při hospitalizaci a složitějších zákrocích a vyšetřeních byl by výsledek pravděpodobně ještě vyšší. Právo na odmítnutí přítomnosti osob není možné pacientům upřít, na druhou stranu je vhodné pacienta upozornit, že souhlasem poskytuje studentům možnost získání cenných zkušeností (NZIP, 2023).

Dalším z práv, kterého se týkala jedna z otázek, byla možnost odmítnout být plně informován o svém zdravotním stavu. Z výsledků průzkumu vyplynulo, že 50 % žen a 38 % mužů o tomto právu informace má. Nejvyšší znalost vzhledem k věku vykazovala věková kategorie 41-50 let následována skupinou 18-30 let. V ostatních věkových kategoriích s menším či větším rozdílem převládal názor, že pacient nemůže odmítnout být plně informován. I když Loučka (2016) uvádí, že míra stresu a ani kvalita života nejsou rozdílné, pokud pacient získal či nezískal veškeré informace o svém zdravotním stavu v souvislosti se závažným onemocněním, tak dostat veškeré informace je pacientovo právo, a ne povinnost. Během dotazníkového šetření se někteří pacienti, po vyplnění dotazníku, dotazovali právě na tento bod dokumentu, s tím, že se v dokumentu Práva pacientů nenachází. A toto je úkol nás, zdravotníků abychom pacienta poučili, edukovali, v tomto případě o tom, že právo být informován není povinností a mohou tak chtít „vědět“, ale i „nevědět“. Fakt, že si pacienti dokument přečetli, ještě neznamená, že mu plně porozuměli, vždyť i podle Juřeníkové (2010) je edukace spíše činností výchovnou, která vede k porozumění informací než pouhé předání informací.

Na otázku týkající se zdravotnické dokumentace, byli respondenti vyzváni, aby označili správné tvrzení o jejich dokumentaci. Ani v této otázce nebyl zaznamenán výrazný rozdíl ve správných odpovědích mezi muži a ženami. Přibližně 35 % mužů i žen odsouhlasilo možnost nahlížení do vlastní zdravotnické dokumentace, stejné procento žen a 25, 5 % mužů v průzkumu udalo, že si za přítomnosti zdravotníka mohou pořizovat kopie své zdravotnické dokumentace. Pouze 4 ženy souhlasily zároveň s oběma tvrzeními. Jak dále

naznačuje průzkum, téměř 35 % respondentů se mylně domnívá, že k tomu, aby mohli nahlížet do své zdravotnické dokumentace je potřebný souhlas lékaře a skoro 10 % dotazovaných je přesvědčeno, že si svou dokumentaci mohou odnést. Jeden z respondentů, zřejmě v úmyslu vysvětlit co ho vede k jeho odpovědi, do dotazníku připsal „zdravotnická dokumentace je přece moje“! Z vlastní zkušenosti vím, že tenhle omyl je mezi pacienty poměrně rozšířený. I Haškovcová (1996) mluví o nedorozuměních ohledně dokumentace a pacientově vyžadování jejího vydání při přechodu k jinému registrujícímu lékaři. Zde dochází k nepochopení ze strany pacienta, že zdravotnická dokumentace není „jeho“, ale je „o něm“ a je majetkem zdravotnického zařízení, které dokumentaci vede. Právo nahlížet do zdravotnické dokumentace není součástí dokumentu Práva pacienta, ale souvisí s právem číslo 6, které je určeno ochraně pacientových dat a právu pacienta očekávat, že veškeré zprávy a záznamy o jeho léčbě jsou považovány za důvěrné a toto právo též odkazuje na dodržování povinné mlčenlivosti zdravotníků (Haškovcová, 1996). Okruh osob, které mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace je jasně vymezen zákonem č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ale domníváme se, že ten mnoho pacientů nezná a informace si v něm vyhledává „až když na to přijde“.

Souhrnným zjištěním našeho výzkumu, je poznání, že pacienti svá práva částečně znají, ale s dokumentem Práva pacienta se seznamují na různých místech, tak, jak různě vstupují do různých zařízení na různých úrovních zdravotního systému. Negativním zjištěním získaným analýzou dat bylo, že místem, kde se pacienti seznamují se svými právy v téměř 90 % není ordinace praktického lékaře. Myslíme si, že místem prvního obeznámení se s dokumentem Práva pacientů by mělo být místo nejčastějšího prvního kontaktu pacienta se zdravotním systémem, a to je právě primární péče. Domníváme se, že znalost a vymezení práv a povinností na obou stranách je základ pro budování dobrého vztahu mezi zdravotníky a pacienty, založeném na vzájemné důvěře, úctě a respektu.

6 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké je povědomí o právech a povinnostech pacientů při poskytování primární zdravotní péče ze strany pacientů a dále též zjistit, jestli se povědomí pacientů o jejich právech liší mezi ženami a muži a zda se liší úroveň znalostí s věkem pacientů. K naplnění cílů této bakalářské práce bylo užito kvantitativního výzkumu a k jeho realizaci byla použita metoda dotazování formou nestandardizovaného anonymního dotazníku, určeného pacientům.

Z výsledků empirického šetření vyplynulo zjištění, že znalost práv pacientů je na vcelku uspokojivé úrovni, a ačkoliv se v odpovědích respondentů opakovala odpověď, že jim dokument Práva pacientů není znám, tak při odpovědích týkajících se jednotlivých konkrétních práv, jistou znalost prokazovali. Pozitivním zjištěním bylo, že se znalosti patientských práv nijak významně neliší mezi muži a ženami. Dalším výsledkem výzkumného šetření byla zjištěná rozdílnost, v povědomí o právech pacientů, v různých věkových kategoriích.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že znalost práv pacientů je na celkem uspokojivé úrovni, ale povědomí o dokumentu Práva pacientů jako takovém, bohužel není zásluha primární zdravotní péče. Odpověď na otázku v dotazníku, zda byli pacienti s dokumentem seznámeni v ordinaci praktického lékaře, zněla v téměř 90 % ne, což považujeme za výsledek až tristní. Dle našeho názoru má v tomto směru lékařský i nelékařský personál primární péče co napravovat. Považujeme za důležité, aby primární péče, která je nejčastějším místem prvního kontaktu se zdravotním systémem, pacienta vybavila znalostmi o jeho právech dříve, než bude postupovat do vyšších stupňů systému zdravotní péče. Za tímto účelem byl, jako výstup tohoto výzkumného šetření, navržen edukační leták s plným zněním dokumentu Práva pacientů. Leták byl vyhotoven ve dvou verzích, v jedné verzi jsou na konci textu kodexu připojené informace o ordinační době lékaře a telefonní číslo (příloha 3) a ve druhé verzi je připojena objednávací karta (příloha 4). Letáky byly připraveny se záměrem, že by mohly být předávány již při registraci pacienta, či například při periodické preventivní prohlídce, čímž by byly informacemi saturovány všechny věkové kategorie pacientů. Z důvodu, že na letácích jsou uvedeny informace, které pacient potřebuje opakovaně, je předpoklad, že si jej uschová a s dokumentem se i seznámí. Letáky v elektronické verzi/ pro možnost upravit potřebné údaje/ je zamýšleno

nabídnout praktickým lékařům k využití. Snahou této práce, bylo nejen zjistit, jaké je povědomí pacientů o jejich právech, ale též snaha o zvýšení povědomí o právech pacientů, o což jsme se pokusily již v průběhu šetření tím, že součástí dotazníku, byla obálka s plným zněním dokumentu Práva pacientů, který si respondenti, jako poděkování za spolupráci na výzkumu, mohli, po vyplnění dotazníku, odnést (příloha 2). Velmi pozitivním zjištěním bylo, že obálka zůstala přiložená pouze na sedmi vrácených dotaznících, tudíž můžeme předpokládat, že se s přiloženým dokumentem 93 % respondentů seznámilo, což hodnotíme jako drobný přínos naší práce na zvýšení povědomí o patientských právech.

Výsledkem naší práce je poznání, že je potřebné pacienty s jejich právy seznamovat intenzivněji a zajistit edukaci v této oblasti. Je jisté, že vyšší úroveň informovanosti, vede k poskytování lepší a kvalitnější péče o pacienta, a to, zda se úroveň znalostí o právech pacientů bude zvyšovat, je na zdravotnících, na nás.

7 Zdroje

1. BENCKO V., 2015. Motivace pacienta k léčbě a preventivním opatřením. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P. et al., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně*. Praha: Grada Publishing, s. 129-140. ISBN 978-80-247-5788-9.
2. BIDMON, S. at al., 2015. Gender Differences in Searching for Health Information on the Internet and the Virtual Patient-Physician Relationship in Germany: Exploratory Results on How Men and Women Differ and Why. *Journal of Medical Internet Research* [online]. 17(6) [cit. 2023-04-18], doi:10.2196/jmir.4127.
3. BÝMA, S., 2015. Vztah lékaře a pacienta v primární péči. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P. et al., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně*. Praha: Grada Publishing, s. 111-115. ISBN 978-80-247-5788-9.
4. BÝMA, S., 2016. Kontroverzní témata současné medicíny z pohledu primární péče. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P. et al., 2016. *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta a.s. ISBN 978-80-204-4360-1
5. ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J. et al., 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Plzeň: Karolinum, ISBN 978-80-246-3809-6.
6. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M. et al., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0717-9
7. ELLNER, Andrew L. at al., 2017. The Coming Primary Care Revolution. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 32(4), 380-386 [cit. 2023-04-16]. ISSN 0884-8734. Dostupné z: doi:10.1007/s11606-016-3944-3
8. FARKAŠOVÁ, D. et al., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-227-8.
9. HAŠKOVCOVÁ, H., 1996. *Práva pacientů*. Komentované vydání. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové. ISBN 80-902163-0-7.
10. HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Informovaný souhlas Proč a jak?* 1. vydání v elektronické verzi. Praha: Galén, ISBN 978-80-7262-735-6 (PDF).

11. HAŠKOVCOVÁ, H., 2015 a. Vztah lékaře a pacienta v proměnách času. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P. et al., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně*. Praha: Grada Publishing, s. 23-30. ISBN 978-80-247-5788-9.
12. HAŠKOVCOVÁ, H., 2015 b. *Lékařská etika*. 4.aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-204-6.
13. HOLČÍK, J. et al., 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. Brno: NCO NZO. ISBN 978-80-7013-575-4.
14. HONZÁK, R., 1999. *Komunikační pasti v medicíně*. 2.vydání. Praha: Galén. ISBN 80-7262-032-0.
15. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2150-7.
16. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2171-2.
17. Kapitální platba VZP-ČR, 2023. [online], [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/kapitacni-platba
18. KERSNIK, J. et al.,2009. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* [online]. 19(3), 174-177 [cit. 2023-04-19]. doi:10.1080/028134301316982405
19. KESSELS, R.P.C., 2003. Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine* [online]. 96(5), s. 219-222. [cit. 2023-04-19]. doi:10.1258/jrsm.96.5.219
20. Koncepce oboru všeobecné praktické lékařství 2018 [online], [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: www.svl.cz/o-nas/koncepce-oboru-vseobecne-prakticke-lekarstvi-2018/
21. Koncepce ošetrovatelství, 2021. In: *Věstník MZ ČR*. [online]. Částka 6, [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: www.mzcr.cz/koncepce-osetrovatelstvi/
22. KOŠTA, O., 2013. *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-7835-8. (EPUB)

23. KRÍŽOVÁ, E., 2002. Práva pacientů jako prubířský kámen demokracie – pohled sociologie na formulaci a interpretaci práv pacientů. In: ŠIMEK, J. et al., 2002. *Vůdčí principy transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Nakladatelství Karolinum, s. 124-144. ISBN 80-246-0507-4.
24. KURZOVÁ, H., et al., 2002. *Psychiatrie v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-0532-5.
25. KUTNOHORKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-274-6568-6 (PDF).
26. LOUČKA M., 2016. Kontroverze v péči o umírající. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P. et al., 2016. *Kontroverze současné medicíny*. Praha: Mladá fronta a.s., s. 283-290. ISBN 978-80-204-4360-1
27. MACH, J., 2010. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3683-9.
28. Národní zdravotnický informační portál [online], 2023. *Svobodný a informovaný souhlas*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [cit. 18.04.2023]. Dostupné z: www.nzip.cz. ISSN 2695-0340.
29. ONDRIOVÁ, I., 2021. *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské praxi*. Překlad Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1696-6.
30. POKORNÁ, A. et al., 2015. *Role praktického lékaře a spokojenost s péčí z pohledu seniorů*. Praktický lékař. 95(5), 199-204 [cit. 19.4.2023].
31. POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2358-7.
32. PROŠKOVÁ, E., 2009. *Sestra v primární péči*. Florence 5/2009 [online], [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2009/5/sestra-v-primarni-peci/>
33. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P. et al., 2014. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5471-0.

34. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P. et al., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5788-9.
35. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P. et al., 2020. *Naděje v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-4069-5 (ePub).
36. SAK, 2013. *Akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vydání. Praha: SAK, o. p. s. a TIGIS. ISBN 978-80-87323-04-05
37. STEFAN E.K., 2015. Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. *Health Promotion International* [online]. 30(3), 736-745 [cit. 2023-04-18], doi:10.1093/heapro/dat063.
38. Strategické dokumenty WHO [online], [cit. 2023-04-18]. Dostupné z: www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1
39. ŠEBKOVÁ, A. et al., 2020. *Praktické dětské lékařství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1200-5.
40. ŠIMEK, J. et al., 2002. *Vůdčí principy transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-0507-4
41. ŠIMEK, J., 2015. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5306-5.
42. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9673-9 (ePub).
43. VÁCHA, M., 2015. Etické souvislosti vztahu lékaře a pacienta. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK P. et al., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně*. Praha: Grada Publishing, s. 53–60. ISBN 978-80-247-5788-9.
44. VÁCLAVÍK, K., et al., 2021. *Slovník cizích slov do kapsy*. Nakladatelství XYZ. ISBN 978-80-7597-926-1.
45. Věstník č.5 MZ ČR, částka 5, 2020. *Vzdělávací program specializačního oboru Všeobecná sestra – ošetrovatelská péče v interních oborech* [online]. s. 66-114, [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/19099/41057/Vestnik%20MZ_5-2020.pdf

46. VONDRÁČEK, L., 2005. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1198-2.
47. Vyhláška 55/2011 *O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online], [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
48. Vyhláška 99/2012 *O požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb* [online], [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>
49. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3419-4.
50. Zákon č. 372/2011 Sb. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online], [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
51. Zákon č. 96/2004 Sb. *Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)* [online], [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
52. Zdraví 2030, 2020. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030* [online], [cit. 2023-02-28]. Dostupné z <https://zdravi2030.mzcr.cz/>

8 Přílohy

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Náhled dotazníku s obálkou s plným zněním Práv pacientů

Příloha 3: Edukační leták s ordinační dobou

Příloha 4: Edukační leták s objednací kartou

Příloha 1: Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Lenka Nováková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. V rukou máte dotazník, který byl vytvořen pro účely výzkumu k mé bakalářské práci na téma „Znalost práv a povinností pacientů v primární zdravotní péči.“ Předem Vám děkuji za jeho vyplnění.

DOTAZNÍK

ZNALOST PRÁV A POVINNOSTÍ PACIENTŮ V PRIMÁRNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI

ODPOVĚĎ OZNAČTE KŘÍŽKEM 

1. VĚK

- 18–30 let 31-40 let 41-50 let
 51-60 let 61-70 let 71 a více let

2. POHLAVÍ

- žena muž

3. DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ

- základní úplné střední odborné střední s maturitou vysokoškolské

4. KOLIKRÁT ROČNĚ NAVŠTÍVÍTE SVÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘE?

- 1-3x 4-6x více než 6x méně než 1x

5. ZNÁTE DOKUMENT „PRÁVA A POVINNOSTI PACIENTA“?

- ano ne

6. MYSLÍTE SI, ŽE PRÁVA PACIENTŮ SE VZTAHUJÍ NA VŠECHNA ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ ?

- ano ne souvisí pouze s hospitalizací

7. BYL JSTE S DOKUMENTEM „PRÁVA PACIENTA“ SEZNÁMEN V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE?

- ano ne

8. SEZNÁMIL JSTE SE S TÍMTO DOKUMENTEM NA JINÉM MÍSTĚ?

- při hospitalizaci tiskoviny internet, televize
 jinde / napište kde/ nikde

9. MYSLÍTE SI, ŽE MÁTE PRÁVO, U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE, ODMÍTNOUT NAVRHOVANOU LÉČBU /UŽÍVÁNÍ LÉKU/ NEBO LÉČEBNÝ POSTUP ?

ano

ne

nevím

10. MYSLÍTE SI, ŽE MÁTE PRÁVO NA ODMÍTNUTÍ PŘÍTOMNOSTI NĚKTERÝCH OSOB V ORDINACI?

ano

ne

nevím

11. MYSLÍTE SI, ŽE MŮŽETE ODMÍTNOUT BÝT PLNĚ INFORMOVÁN O VAŠEM ZDRAVOTNÍM STAVU?

ano

ne

nevím

12. KTERÉ Z NÁSLEDUJÍCÍCH TVRZENÍ, OHLEDNĚ VAŠÍ ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE, SI MYSLÍTE, ŽE JE SPRÁVNÉ?

mohu ji chtít vidět

mohu ji vidět, pokud lékař souhlasí

mohu si ji zapůjčit/odnést

mohu si ji ofotit, za přítomnosti zdravotníka

Jako poděkování, za vyplnění dotazníku, si nyní můžete odnést tuto obálku s plným zněním dokumentu Práva pacientů.



Zdroj: vlastní

Příloha 2: Náhled dotazníku s obálkou s plným zněním Práv pacientů

9. MYSLÍTE SI, ŽE MÁTE PRÁVO, U PRAKTICKÉHO LÉKAŘE, ODMÍTNOUT NAVRHOVANOU LÉČBU /UŽÍVÁNÍ LÉKU/ NEBO LÉČEBNÝ POSTUP ?

ano ne

10. MYSLÍTE SI, ŽE MÁTE PRÁVO NA ODMÍTNUTÍ PŘÍTOMNOSTI NĚKTERÝCH OSOB V ORDINACI?

ano ne

11. MYSLÍTE SI, ŽE MŮŽETE ODMÍTNOUT BÝT PLNĚ INFORMOVÁN O VAŠEM ZDRAVOTNÍM STAVU?

ano ne

12. KTERÉ Z NÁSLEDUJÍCÍCH TVRZENÍ, OHLEDNĚ VAŠÍ ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE, SI MYSLÍTE, ŽE JE SPRÁVNÉ?

mohu ji chtít vidět mohu ji vidět, pokud lékař souhlasí

mohu si ji zapůjčit/odnést mohu si ji ofotit, za přítomnosti zdravotníka

Jako pod... nentu

Práva pacientů

1. Pacient má
kvalifikovaný
2. Pacient má
Má právo žá
stýkat se s
návštěv v m
3. Pacient
každého d
s ním so
rizicích
postupu
s ním
4. Pa
5. ind

Zdroj: vlastní

Příloha 3: Edukační leták s ordinační dobou

Práva pacientů v 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 zúčastní.
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 věci 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 poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlád nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo předem vědět, 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.

MUDr. Xxx

TELEFONNÍ ČÍSLO: XXX

ORDINAČNÍ DOBA

DEN	OD	DO	OD	DO	POZNÁMKA
PONDĚLÍ	8:00	11:00	11:30	16:00	
ÚTERÝ	8:00	11:00	11:30	16:00	
STŘEDA	8:00	11:00	11:30	16:00	
ČTVRTEK	8:00	11:00	11:30	16:00	
PÁTEK	8:00	11:00			

Zdroj: vlastní

Příloha 4: Edukační leták s objednáací kartou

Práva pacientů v 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 zúčastní.
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 věci 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 poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlád nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo předem vědět, jací lékaři, v jakých ordináčnických 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.

MUDr. Xxx , tel.: xxx

OBJEDNÁNÍ		
DATUM	ČAS	POZNÁMKA

OBJEDNÁNÍ		
DATUM	ČAS	POZNÁMKA

Zdroj: vlastní

9 Seznam zkratek

č. číslo

ČR Česká republika

MZ Ministerstvo zdravotnictví

NZIP Národní zdravotnický informační portál

PL praktický lékař

SAK Spojená akreditační komise

Sb. sbírka

VPL všeobecné praktické lékařství

VZP Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO Světová zdravotnická organizace