

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Veřejné zdravotnictví B 5347

Pavel Růžička

Studijní obor: Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví 5346R007

**INFORMOVANOST PACIENTŮ O SVÝCH
PRÁVECH VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH
V ČESKÉ REPUBLICCE A VE FRANCII**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Květuše Zikmundová, CSc.

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 20. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji vedoucí své práce, paní MUDr. Květuši Zikmundové, Csc., za vedení, cenné rady a podporu při uskutečňování výzkumu. Dále děkuji spolupracovníkům z nemocnice Charles-Foix, díky kterým mohla proběhnout francouzská část výzkumu.

ANOTACE

Příjmení a jméno: **Růžička Pavel**

Katedra: **Katedra záchranářství a technických oborů**

Název práce: **Informovanost pacientů o svých právech ve zdravotnických zařízeních v České republice a ve Francii**

Vedoucí práce : **MUDr. Květuše Zikmundová, CSc.**

Počet stran : číslované **66**, nečíslované (tabulky, grafy) **15**

Počet příloh: **5**

Počet titulů použité literatury: **32**

Klíčová slova: **práva pacientů, etika, výzkum, francouzská zdravotnická legislativa, česká zdravotnická legislativa**

Souhrn:

Práce se v teoretické části zabývá historickým vývojem práv pacientů se zvláštním zaměřením na Evropu. Podrobně je popsána zejména současná situace v České republice a Francii, kde probíhal výzkum zaměřený na zjištění znalosti práv pacientů mezi oslovenými respondenty. Výzkum prokázal, že respondenti mladší 50 let znají svá práva lépe než respondenti starší. To platí ale pouze v České republice. Ve Francii vztah mezi věkem a znalostí práv pacientů nebylo možné spolehlivě potvrdit. Naproti tomu výzkum prokázal, že u francouzských respondentů existuje vztah mezi znalostí práv a vzděláním. Respondenti se základním vzděláním znali svá práva méně než ti se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. V České republice vzdělání tento vliv nemělo. Dalším faktorem, který výzkum zkoumal, byl vliv opakované hospitalizace na znalost práv pacientů. V České republice výzkum prokázal, že respondenti, kteří byli jednou a více hospitalizováni, znají svá práva lépe než ti, kteří nebyli nikdy hospitalizováni. Ve Francii tento vztah nebyl prokázán.

Výzkum je podrobně popsán ve výzkumné části.

ANNOTATION

Surname and name: **Růžička Pavel**

Department: **Department of rescue and technical subjects**

Title of thesis: **Patients' awareness about their rights in health care facilities in the Czech Republic and in France.**

Consultant: **MUDr. Květuše Zikmundová, CSc.**

Number of pages: numbered **66**, not numbered (charts, graphs) **15**

Number of appendices: **5**

Number of literature items used: **32**

Key words: **patients' rights, ethics, survey, French health legislation, Czech health legislation**

Summary:

The work's theoretical section deals with the historical background of patients' rights with focus on Europe. Special attention is paid to the current situation in France and the Czech Republic, where a survey regarding patients' rights was carried out. The survey has proven that respondents younger than age 50 know their rights better than the older ones. This result applies to the Czech group only. It was not possible to confirm a relation between age and the awareness of patients' rights in France. On the other hand, the survey has proven that in case of the French respondents there is a relation between the awareness of patients' rights and achieved education level. Respondents with elementary education knew their rights worse than those with secondary or university education. In the Czech Republic, such a relation between the awareness of patients' rights and education has not been affirmed. The influence of repeated hospitalisation on respondents' awareness of patients' rights was another factor explored. The survey has proven that in case of the Czech Republic, respondents hospitalised once and more than once know their rights better than those who have never been hospitalised. This was not confirmed in case of France.

The survey is described in detail in the research section.

OBSAH

ÚVOD	10
------------	----

TEORETICKÁ ČÁST

1	VÝVOJ PRÁV PACIENTŮ	12
1.1	Vývoj na mezinárodní scéně	13
1.1.1	Ochrana lidských práv a základ pro práva pacientů.....	13
1.1.2	První patientské kodexy.....	14
1.1.3	Mezinárodní úmluvy	15
1.1.4	Specializované kodexy	16
1.2	Vývoj v Evropě	16
2	PRÁVA PACIENTŮ V ČESKÉ REPUBLICE	20
2.1	Vývoj na poli legislativy	20
2.1.1	Pacientsko právní zákony.....	21
2.2	Etické kodexy.....	22
2.3	Přístup pacientů ke svým právům	23
2.3.1	Informovanost ve zdravotnických zařízeních.....	23
2.3.2	Jakými způsoby se mohou pacienti domáhat svých práv	24
2.3.3	Neziskové organizace pro pacienty.....	25
3	PRÁVA PACIENTŮ VE FRANCII	27
3.1	Vývoj na poli legislativy	27
3.1.1	Kouchnerův zákon.....	28
3.1.2	Leonettiho zákon.....	30
3.2	Informovanost pacientů ve zdravotnických zařízeních.....	31
3.3	Jakými způsoby se mohou pacienti domáhat svých práv	32
3.3.1	Pacientské organizace.....	32
3.3.2	CRUQPC.....	33
3.3.3	Mediace	33

VÝZKUMNÁ ČÁST

4	FORMULACE PROBLÉMU.....	36
4.1	Hlavní problém.....	36
4.2	Dílčí problémy.....	36

5	CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	37
6	METODIKA.....	37
6.1	Dotazník	38
6.2	Vlastní sběr dat.....	38
6.2.1	Česká republika	39
6.2.2	Francie	39
7	HYPOTÉZY	40
8	VZOREK RESPONDENTŮ	41
9	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ.....	43
9.1	Výsledky znalostní části dotazníku	43
9.2	Výsledky doplňkových otázek	46
9.3	Hypotéza 1	50
9.4	Hypotéza 2	55
9.5	Hypotéza 3	59
10	DISKUZE.....	63
	ZÁVĚR.....	66
	SEZNAM ZDROJŮ	
	SEZNAM TABULEK	
	SEZNAM GRAFŮ	
	SEZNAM PŘÍLOH	

ÚVOD

Moderní doba přinesla za posledních několik desetiletí mnoho převratných změn, ať již společenského či technického rázu, které se dotkly všech oblastí lidského života, lékařské vědy a zdraví člověka obecně nevyjímaje. Možnosti lékařské vědy ovlivňovat zdraví se oproti dřívějším dobám mnohonásobně rozšířily. Zároveň s tím se ovšem prodlužuje průměrný věk dožití. Přibývá lidí dlouhodobě nemocných, kteří opět zpětně stimulují lékařskou vědu k dalšímu vývoji. S rozšiřujícími se možnostmi diagnostickými i terapeutickými roste počet situací, při kterých člověk přichází do styku s lékařskou vědou, zdravotnictvím. Obecně se dá říci, že celkově narůstá počet pacientů i objem spotřebované zdravotní péče. Užití tohoto ekonomického termínu je zde zcela na místě. Ze zdravotnictví se také pomalu stává ekonomicky orientované odvětví, byť se svými specifiky vyplývajícími ze zvláštnosti hlavního obchodního artiklu – lidského zdraví. Lékaři čím dál více ztrácejí historicky danou aureolu až jakési posvátnosti a vztah lékař - pacient se pomalu ale jistě proměňuje na vztah obchodník - klient. A s tím roste i snaha pečovat o klienty, tedy pacienty. Jedním z projevů této péče je i zvětšující se důraz na práva pacientů. Zde již ale opustíme ekonomický slovník. Zdravotnictví je totiž opravdu specifickou oblastí, která nebude nikdy fungovat úplně přesně podle ekonomických modelů. Vždyť se dotýká toho nejcennějšího, co člověk má. Stejně tak se nedá říci, že by se vývoj práv pacientů vždy odehrával v duchu vztahu obchodník - klient. Zajisté i historická aureola zdravotnictví měla svůj podíl na tom, že se práva pacientů vyvíjela (a stále vyvíjí) dlouho a ne zcela bez překážek. Mnoho pacientů má i dnes pocit, že vstupem do nemocnice či ordinace vstupují do jiného světa a podřizují se zcela rozhodnutí lékařů. Vztah lékař - pacient může být ale naplněn pouze v případě, že bude rovnocenný, partnerský, založený na vzájemném respektu a sdílené odpovědnosti. Jednou možností pro pacienty, jak ze své strany tento vztah narovnat a učinit příjemnějším pro obě strany může být i znalost vlastních práv, tedy práv pacientů. Proto si tato práce klade za cíl stručně shrnout vývoj práv pacientů a jejich pramenů v mezinárodním kontextu a kontextu České republiky a Francie, ale především ověřit znalost vybraných práv mezi pacienty v obou zmiňovaných zemích.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJ PRÁV PACIENTŮ

První náznaky práv pacientů v historii je možné si spíše domýšlet. Vždyť již v okamžiku, kdy se jedna osoba v roli nemocného svěřila do péče druhé osoby s přáním být uzdravena, můžeme mluvit o počátcích vztahu lékař – pacient. Tento vztah byl po většinu lidských dějin vztahem nerovnoměrným, protože lékařská profese a znalosti se předávaly z jednoho lékaře (léčitele) na druhého a v širokém okolí zpravidla neexistoval nikdo, kdo by mohl být lékařem srovnatelným partnerem, neboť ostatní občané byli velmi málo vzdělání.¹ Pozice lékaře byla tedy výjimečná a jedinečná a tato jedinečnost určovala i postavení lékaře vůči pacientovi. Pacienti přistupovali k lékařům s naprostou důvěrou a odevzdávali svůj osud plně do jejich rukou, protože to byla jediná možná cesta k uzdravení. Takto nastavený vztah dával lékařům v podstatě neomezenou moc nad pacientem a tím i široký prostor pro případné zneužití. Snahou o regulaci a přesnější vymezení této výjimečné pozice lékaře byla již v 5. st. př. n. l. Hippokratova přísaha, která položila základy moderní lékařské etiky. Přestože se v ní mluví o povinnostech, které má zachovávat lékař vůči pacientovi a nejedná se tedy o práva pacientů tak, jak jim rozumíme dnes, představuje vzácný zdroj sloužící k jejich, byť nepřímé, ochraně.² Tato disproporce ve vztahu lékař – pacient trvala až do nástupu moderní doby, kdy se spolu s výraznými společenskými změnami začal měnit i pohled na tuto problematiku. Na počátku 19. století existují názory, že pacient by měl možnost jednat se svým lékařem jako s přítelem, což je možné jedinečně pokud se lékařovo chování vyznačuje vlídností a soucitem.³ Tato postupná změna přístupu se ještě více zrychlila po II. světové válce s rozvojem lidských práv a dostupností vzdělání.

1.1 Vývoj na mezinárodní scéně

¹ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů (komentované vydání)*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996, s. 7. ISBN 80-902163-0-7.

² MERAKOU, Koula et al. *Satisfying patients' rights: a hospital patient survey*. *Nursing ethics*, 2001, **8**(6), 499-509.

³ GISBORNE, Thomas. *An inquiry into the duties of men* [online]. London, 1813, s. 155 [cit. 24.3.2013].

Dostupné z:

<http://books.google.cz/books?id=UFAUAQAAMAAJ&ots=wi03g22czP&dq=thomas%20gisborne%20the%20duties%20of%20men&hl=cs&pg=PR3#v=onepage&q&f=false>

II. světová válka stimulovala mezinárodní společenství ke snaze o vytvoření bezpečnějšího světa s posílenou vzájemnou kontrolou, který by zaručoval základní práva všem obyvatelům Země. Tyto snahy vyústily v založení Organizace spojených národů roku 1945 v San Franciscu, Světové lékařské asociace (World medical association) v Londýně roku 1947 a Světové zdravotnické organizace (World health organization) v Ženevě roku 1948. Jejich cílem se stalo vytvoření podmínek pro udržení trvalého míru a bezpečnosti, stejně jako jejich základního předpokladu - lidského zdraví. Následující text má za cíl blíže přiblížit hlavní dokumenty, které sloužily v mezinárodním právu jako zdroje autority práva na zdravotní péči i autonomie pacientů.

1.1.1 Ochrana lidských práv a základ pro práva pacientů

Vědomí válečných zločinů páchaných nacistickými lékaři akcelerovalo debatu nejen o lidských právech obecně, ale i o lékařské etice a hodnotách, které by lékaři měli vyznávat a zachovávat.⁴ Plodem těchto debat byla Všeobecná deklarace lidských práv vyhlášená Organizací spojených národů v roce 1948 s vědomím, že zneuznání lidských práv a pohrdání jimi vedlo k barbarickým činům, urážejícím svědomí lidstva, a že vybudování světa, ve kterém lidé, zbavení strachu a nouze, se budou těšit svobodě projevu a přesvědčení, je nutností a zároveň naším závazkem pro příští generace.⁵ Tytéž pohnutky vedly ve stejném roce Světovou lékařskou asociaci k přijetí Ženevské deklarace, která byla modernizovanou verzí Hippokratovy přísahy a která dodnes slouží jako základ pro profesní sliby lékařů po celém světě. Po vzoru Hippokratovy přísahy ovšem tento dokument upravuje vztah lékař - pacient pouze jednostranně, tzn. pouze ze strany lékaře, kterého zavazuje k respektu ke svým pacientům, jejichž zdraví musí být jeho nejpřednějším zájmem.⁶ Chybí zde však zatím pohled ze strany pacienta, jaké jsou jeho potřeby a práva, která by mu měla být druhou stranou, tedy lékaři i ostatním zdravotnickým personálem, zajištěna.

⁴ FREWER, Andreas. *Human rights from the Nuremberg Doctors Trial to the Geneva Declaration. Persons and institutions in medical ethics and history.* Medicine, health care and philosophy, 2010, **13**(3), 259-268.

⁵ OSN. *The Universal Declaration of Human Rights: 1948-1998.* New York: United Nations, 1998.

⁶ WMA [World medical association]. *Declaration of Geneva* [online]. Ženeva, 1948 [cit. 24.3.2013]. Dostupné z: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/>

Po vzoru Všeobecné deklarace lidských práv byla i v Evropě přijata Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod. Byla taktéž reakcí na události II. světové války, ale zároveň i odpovědí na vzrůstající se komunismu ve východní Evropě. Odpovědí, která se snažila definovat hodnoty a principy, které jsou nezbytné pro demokratickou společnost. Obecně lze říci, že v této poválečné době byla spíše snaha definovat a právně zakotvit ochranu lidských práv v širší rovině jako odpověď na politickou situaci. Ale právě tento obecný základ garantující základní lidská práva byl důležitým odrazovým můstkem pro formulování konkrétních patientských práv.

1.1.2 První patientské kodexy

Na první kodex, který se postavil na stranu pacientů bylo potřeba počkat až do roku 1971, kdy jej formuloval jako kodex Práv pacientů David Anderson, lékárník z Virginie (USA). Fakt, že šlo o opravdu průlomový text, je možné ilustrovat na textu preambule, kde stojí: „Já, pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem 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, obdařený pocity, obavami, tužbami, ale i zábrany. 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“.⁷ O dva roky později se s vlastním kodexem přidala i Americká asociace nemocnic. V této době začaly zejména ve vyspělých zemích vznikat národní kodexy práv pacientů a následně též kodexy specializované, které se týkaly určité skupiny nemocných a rozvíjely problematiku spojenou s jejich konkrétní nemocí.⁸ V Evropě můžeme najít první zmínku o patientských právech v ujednání francouzského Národního shromáždění z roku 1973, které zaručovalo každému pacientovi právo na vlastní postel, následované francouzskou Chartou práv a povinností pacienta z 20. září

⁷ ANDERSON, R.D. *The patient's Bill of Right*. Florida: American Society of Hospital Pharmacist, 1971. In: HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů (komentované vydání)*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7.

⁸ HAŠKOVCOVÁ, pozn. 1., s. 17.

1974, která zaručovala pacientům právo na informace, komunikaci a zachování osobní důstojnosti.⁹

1.1.3 Mezinárodní úmluvy

Národní snahy o podporu práv pacientů si začaly čím dále více říkat o nadnárodní uznání a zakotvení, které by zároveň poskytlo jejich sjednocení a šíření do dalších zemí. Tyto snahy začaly být naplňovány v roce 1977, kdy Světové zdravotnické shromáždění přijalo společný programový cíl, který byl nazván Zdraví pro všechny (Health for All, HFA) a který měl do roku 2000 umožnit všem lidem nacházet se v takovém zdravotním stavu, který by jim umožnil vést sociálně a ekonomicky aktivní život. V září 1978 se poté členové Světové zdravotnické organizace sešli na první mezinárodní konferenci o primární lékařské péči v Alma-Atě v tehdejší Sovětské svazu. Zde přijatá deklarace vyjádřila potřebu bezodkladné akce ze strany všech vlád, zdravotnických profesionálů a světového společenství vedoucí k ochraně a zlepšení zdraví všech lidí.¹⁰ Její závěry byly velmi obecné a nezavazovaly tak vlády ke konkrétním krokům. Vytvořila přesto základ pro další zkonkretizování požadavků, které měly větší šanci naplnit předsevzaté cíle. Zatímco Světová zdravotnická organizace zaměřovala své snahy ke zlepšení dostupnosti a kvalitě zdravotní péče pro co největší počet lidí a formulování obecných tezí, které by se mohly stát základem pro další rozvoj, další mezinárodní zdravotnické organizace dále konkretizovaly podobu práv pacientů. V roce 1981 přijala Světová lékařská asociace na 34. Světovém lékařském shromáždění v Lisabonu deklaraci, kde jsou již zmíněna práva na svobodu volby lékaře, svobodu volby léčby, a tedy i její odmítnutí a právo na plnou informaci o zdravotním stavu. Tato práva tvoří dodnes základ patientských práv. Tato deklarace je především apelací na samotné lékaře, které vyzývá k dodržování zmíněných práv, dokonce i navzdory tlakům místních vlád. V případě, že by legislativa,

⁹ MERAČOU, pozn. 2, s. 500.

¹⁰ WHO [World health organization]. *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, U.S.S.R., 6-12 September, 1978*. Geneva: W.H.O, 1978.

zásahy vlády, administrativy či jiných institucí tato práva popíraly, měl by lékař vhodně zasáhnout, aby tato práva zajistil nebo je obnovil.¹¹

1.1.4 Specializované kodexy

V souvislosti se vznikem prvních obecných kodexů a úmluv je potřeba též zmínit první kodexy, které řešily práva konkrétní skupiny nemocných či pacientů s určitým typem diagnózy. Bez ohledu na zemi původu lze jmenovat názvy kodexů, které již byly přijaty a formulovány. Mezi jinými jsou to Práva těhotné ženy a nenarozeného dítěte, Práva handicapovaného dítěte, Práva imobilních osob, Práva starých nemocných, Práva dialyzovaných a transplantovaných, jakož i Práva umírajících. Mimořádná pozornost je věnována Právům psychicky (mentálně) nemocných lidí.¹² Všechny tyto kodexy na národní úrovni mají vždy svůj základ v mezinárodně přijatých úmluvách týkajících se konkrétní skupiny či nemoci. Základem pro kodexy týkající se dětí mají tak svůj prapůvod v Chartě práv hospitalizovaných dětí schválené na 1. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech.¹³ Pro pacienty umírající na onkologické nemoci byly poté vytvořeny dva základní dokumenty. Jsou to doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“ a Pařížská charta proti rakovině přijatá roku 2002 v rámci prvního Světového summitu proti rakovině (den podpisu charty, 4. února, je vyhlášen celosvětovým Dnem proti rakovině).¹⁴ Bližší seznámení s těmito texty však přesahuje rámec této práce, která má za cíl věnovat se zejména právům obecným, které platí pro všechny nemocné bez ohledu na jejich nemoc či stav.

1.2 Vývoj v Evropě

Stejně jako v celosvětovém měřítku, spočíval i v Evropě základ pro ustavení práv pacientů v definování základních práv člověka. Prvním přijatým dokumentem byla výše

¹¹ WMA [World medical association]. *Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient* [online]. Lisabon, 1981 [cit. 24.3.2013]. Dostupné z: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/14/index.html>

¹² HAŠKOVCOVÁ, pozn. 1, s. 17.

¹³ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002, s. 102. ISBN 80-7262-132-7.

¹⁴ HAŠKOVCOVÁ, pozn. 13., s. 147-154.

zmiňovaná Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod. Aby bylo zajištěno dodržování této Úmluvy, byl zřízen Evropský soud pro lidská práva, který zároveň bdí nad její aplikací v jednotlivých zemích. Na evropské úrovni byl tento dokument dále doplněn Evropskou sociální chartou z roku 1961 (která se zaměřovala zejména na sociální práva jako zaměstnání, vzdělání a volný pohyb osob), ustanovením Evropské komise proti rasismu a intoleranci v roce 1993 a Komisaře pro lidská práva v roce 1999. Posledním zatím přijatým dokumentem je Charta základních práv Evropské unie, která je součástí Lisabonské smlouvy a je tedy právně závazná pro všechny členské státy. Tato Charta v článku 35 zaručuje právo na přístup k preventivní lékařské péči a právo na lékařské ošetření za podmínek národních legislativ. Tento článek dále specifikuje, že Evropská unie má garantovat vysoký stupeň ochrany lidského zdraví. Tato charta se tak stala základem dalších dokumentů, například dále zmiňované Charty práv pacientů z roku 2002.¹⁵ Stejně tak se i ostatní zde uvedené úmluvy a instituce v kontextu Evropy staly širším rámcem pro vytváření konkrétnějších dokumentů týkajících se práv pacientů.

Pokud pomineme národní snahy o podporu práv pacientů, které se od sedmdesátých let dvacátého století objevovaly téměř ve všech demokratických zemích Evropy a zaměříme se na snahy, které měly za cíl zasáhnout větší část kontinentu, zjistíme, že Evropa plně reflektovala celosvětové snahy o větší uznání práv pacientů. Prvním dokladem je Charta nemocničního pacienta (Charter of the Hospital patient), kterou přijal v roce 1979 Nemocniční výbor Evropského hospodářského společenství. Pacientům hospitalizovaným v nemocnicích přiznává právo na informace o léčbě, respektu k jejich náboženskému vyznání, zachování důstojnosti a soukromí a některá další. Zároveň je ale doplněna určitou podmínkou, která dodává, že uvedená práva jdou ruku v ruce s povinnostmi, které musí dodržovat sám pacient. Tyto povinnosti zahrnují například respekt k právům jeho spolupacientů a slušné chování či spolupráci s nemocničním personálem.¹⁶ Tato dvojstrannost práv pacientů je důležitým faktorem. Připomíná totiž, že tato práva nemají být v rukou pacientů zbrání proti lékařům, ale že

¹⁵ EUROPEAN PATIENT'S FORUM. *Patients' rights in the European Union* [online]. [cit. 24.3.2013]. Dostupné z :

http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/Valueplus/Patients_Rights.pdf

¹⁶ EEC [European Economic Community]. *Charter of the Hospital patient* [online]. Luxembourg, 9.5.1979 [cit. 24.3.2013]. Dostupné z:

http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/07_charter/07_charterpatients_1979.pdf

jejich naplňování má vést ke zlepšení spolupráce a dosažení spokojenosti na obou stranách.

Pod záštitou Evropské regionální kanceláře Světové zdravotnické organizace byla v roce 1994 v Amsterdamu přijata Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, jež měla za cíl definovat principy a strategie pro prosazování práv pacientů v kontextu probíhajících reforem zdravotnictví ve většině zemích Evropy. V rámci této deklarace byly schváleny „*Principy práv pacientů v Evropě*“, které položily základní rámec pro rozvoj práv pacientů. Tyto principy zahrnují mimo jiné pacientovu autonomii, zejména ochranu integrity a důstojnosti osobnosti a podporu respektu k pacientovi jakožto osobě.¹⁷ Nejedná se o práva nově vynalezená, můžeme je již nalézt v dokumentech dříve přijímaných. Je ale důležité si uvědomit, že se k nim v této deklaraci přiznala oficiálně i Evropa, jakkoliv se zatím jednalo o právně nezávazný dokument. Stejný trend, tedy snahu o posílení postavení pacienta ve zdravotnictví, odrážela i Lublaňská charta o reformě zdravotní péče z roku 1996. Ta vznikla taktéž pod záštitou Evropské regionální kanceláře Světové zdravotnické organizace. Charta opět zdůrazňuje některé základní principy jako lidskou důstojnost, rovnost, solidaritu a profesní etiku.¹⁸ Dalším výrazným dokumentem v evropském kontextu je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině (dále „Úmluva“) přijatá Radou ministrů Rady Evropy v roce 1997. Název Úmluvy by mohl být zavádějící co se týče jejích cílů. Úmluva se samozřejmě zabývá tématy souvisejícími s výzkumem, přístupem k lidskému genomu a darováním orgánů. Není to ale její jediný záměr. Úmluva má za cíl též poskytnout obecný rámec pro ochranu lidských práv a důstojnosti ve vyvíjejících se oblastech, které se týkají užití biologie a medicíny. Zároveň pokrývá též oblast užití biologických a lékařských postupů v souvislosti s lidskými bytostmi, včetně prevence, diagnostiky, léčby a výzkumu.¹⁹ V tomto smyslu se jedná opravdu o úmluvu patientskou.

Posledním dokumentem, jenž je v této kapitole představen, je Evropská charta práv pacientů přijata v Římě roku 2002. Právně se opírá a vychází z výše citovaného článku

¹⁷ WHO [World health organization]. *Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě*. Praha: MZČR, 1994. ISBN 80-85047-18-7.

¹⁸ EXTER, André Pieter den. *Health Care Law-making in central and Eastern Europe Review of a Legal-Theoretical Model*. Antwerp-Oxford-New York: Intersentia, 2002. ISBN 90-5095-253-4.

¹⁹ COUNCIL OF EUROPE. *Biomedicine and Human Rights: The Oviedo Convention and Its Additional Protocols*. Council of Europe Publishing, 2009. ISBN 978-92-871-6662-3.

35 Charty základních práv Evropské unie a na jejím základě definuje čtrnáct základních práv pacienta (viz. příloha č. 1). Na tomto dokumentu je zajímavé především to, že nevzešel od politické reprezentace, ale byl vytvořen organizací Active Citizenship Network ve spolupráci s dvanácti národními občanskými a patientskými organizacemi z různých zemí Evropské unie. Přestože se nejedná o právně závazný dokument, záměr Charty je takový, že veškerá v ní definovaná práva jsou přímo ztělesněním základních práv citovaných v právně závazné Chartě základních práv Evropské unie, a jako taková musejí být dodržována.²⁰ Otázkou samozřejmě zůstává, nakolik je toto přáním patientských organizací a nakolik jsou tato práva skutečně dodržována. Na tomto dokumentu však může být představen ještě jeden důležitý moment posledního dvacetiletí 20. století. Je to občanská aktivita formující se v občanských společnostech a organizacích, jež zespoda pomáhá formovat a formulovat (nejen) patientská práva napříč Evropou a často tak předbíhá oficiální struktury. Občanské organizace tak spolu s mezinárodními snahami představenými v předchozím textu utvářely solidní rámec, z něhož mohly vycházet jednotlivé národní reprezentace při vlastní úpravě práv pacientů.

²⁰ ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK. *European Charter of Patient's Rights* [online]. Rome, 2002 [cit. 24.3.2013]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf

2 PRÁVA PACIENTŮ V ČESKÉ REPUBLICE

Pokud si promítáme dobu vzniku prvních dokumentů týkajících se lidských práv do historických souvislostí tehdejší Československé republiky, musíme si připustit, že naše republika stála v té době mimo světové dění. Stejně tak první patientské kodexy vznikaly ve světě v době, kdy u nás byla stále hluboká totalita. Proto následovala po revolučních změnách snaha dohnat ztracený čas a byly přijímány první právní normy (za všechny jmenujme Listinu základních práv a svobod) a tvořeny první etické kodexy práv pacientů. Tyto z počátku morální normy se dočkaly v roce 2011 právního zakotvení, jak bude dále uvedeno.

Debata o právech pacientů nebyla ani u odborné veřejnosti jednoduchá. Určitá její část byla dokonce přesvědčena, že pacienti nemají mít žádná práva, a naopak žádala rozpracování a kodifikaci práv lékařů.²¹ Dodejme, že lékaři mohli být (dosti možná právem) postrašeni americkým způsobem řešení zdravotnických kauz u soudů s častým potrestáním lékařů. Mezi těmito dvěma póly - úplnou mocí lékaře a úplnou mocí pacienta – bylo potřeba hledat zlatou střední vyváženou cestu. Jak uvádí Helena Haškovcová, práva pacientů, jakkoliv kodifikovaná, se totiž v žádném případě nemohou a nesmí stát právem proti někomu (myšleno lékařům), ale musí být vždy pouze a výhradně právem pro někoho, tedy pro pacienta.²² Debata na stejné téma se otevřela i po přijetí zatím posledního zákona upravujícího práva pacientů z roku 2011. Hodnocení přiměřenosti a správnosti v něm uváděných práv však nespadá do cílů této práce.

2.1 Vývoj na poli legislativy

Základním zdrojem práv pacientů jsou vždy obecná lidská práva (právo na život, důstojnost), která bývají zakotvena již v ústavním právu. Proto i v České republice (potažmo Československé) můžeme první zmínky datovat do dvacátých let 20. století, kdy v první Ústavní listině z roku 1920 stojí psáno: „Všichni obyvatelé republiky Československé požívají v stejných mezích jako státní občané této republiky na jejím území plné a naprosté ochrany svého života i své svobody nehledíc k tomu, jakého jsou původu, státní příslušnosti, jazyka, rasy nebo náboženství.“ Stejně tak Ústava z roku

²¹ HAŠKOVCOVÁ, pozn. 1, s. 22.

²² HAŠKOVCOVÁ, pozn 1, s. 19.

1948 v článku 29 zaručuje každému právo na ochranu zdraví a všem občanům právo na léčebnou péči a na zaopatření jak ve stáří, tak i při nezpůsobilosti k práci a při nemožnosti obživy. Ústava z roku 1960 zakotvila právo na ochranu zdraví v článku 23: „Všichni pracující mají právo na ochranu zdraví a léčebnou péči, jakož i právo na hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci.“ Tento článek psaný budovatelským slovníkem byl zrušen v roce 1991 a celá ústava z roku 1960 poté zrušena a nahrazena ústavním zákonem č.1/1993, Ústavou České republiky.²³ Spolu s touto Ústavou se součástí právního pořádku České republiky stala Listina základních práv a svobod, která uvozuje celý kodex občanských práv a svobod, které musí být respektovány ve všech dalších právních normách. Dalším důležitým ustanovením této novodobé ústavy je článek 10, který uvádí, že mezinárodní smlouvy ratifikované a vyhlášené v České republice jsou součástí právního řádu a jsou v případě neshody nadřazené národním zákonům. Z pohledu práv pacientů se jedná zejména o Úmluvu o ochraně lidských práv a svobod, Úmluvu o právech dítěte a Úmluvu o lidských právech a biomedicíně.²⁴

2.1.1 Pacientsko-právní zákony

Po několik desetiletí byl hlavním zákonem, který upravoval podmínky zdravotní péče zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Tento zákon byl v průběhu let mnohokrát novelizován, ale práva pacientů v něm obsažena byla neúplná, zařazovaná postupně a dosti fragmentovaně. Zákon definuje dvě hlavní práva – právo na informaci a informovaný souhlas. Otázkou ale je, jaký byl skutečný rozsah informací, ke kterým měli pacienti přístup. Stejně tak zákon obsahuje povinnost lékaře zachovávat mlčenlivost o všech faktech získaných při výkonu své profese. Toto právo pacientů na zachování soukromí bylo ještě posíleno zákonem o ochraně osobních dat (zákon č. 101/2005 Sb.).²⁵

Neúplnost legislativně ukotvených práv pacientů vedla nakonec k přijetí zákona, který zcela nahradil zákon z roku 1966. Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a

²³ ŘÍČKOVÁ, Hana. *Práva pacientů v České republice* [online]. Brno, 2003[cit. 24.3.2013]. Atestační práce. Dostupné z: <http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=191>

²⁴ KOLÁŘOVÁ, Klára. *Soukromoprávní odpovědnost lékaře*. Brno, 2006. Diplomová práce. Masarykova universita. Právnická fakulta. Katedra občanského práva. Vedoucí práce Jan HURDÍK.

²⁵ EXTER, pozn. 18, s. 182.

podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) mimo stanovení obecného rámce poskytování zdravotních služeb obsahuje ve své čtvrté části Hlavu I., která se výslovně nazývá „Práva a povinnosti pacienta a jiných osob“.²⁶ Je ale potřeba zmínit, že zákon č. 372/2011 Sb. nevyvolal pouze kladné reakce. Zejména odborná lékařská veřejnost přijala tento zákon s obavami, protože se jí zdálo, že náhlé posílení práv pacientů může vést k jejich snadnému zneužití na úkor zdravotnických pracovníků. Zkušenost s tímto zákonem platícím od 1. dubna 2012 je zatím příliš krátká a není tedy možné hodnotit jeho pozitivní či negativní dopady. Je ale možné doufat, že se splní přání Heleny Haškovcové z poloviny 90. let 20. století, že většina nemocných jsou slušní lidé: „...může přejít až v aroganci vůči zdravotníkům, kteří tu jsou podle některých nemocných nejen proto, aby nežádali spoluúčast, námahu a spoluodpovědnost. Někteří lékaři se obávají, že by práva pacientů mohla ještě posílit pozice těchto nezodpovědných a nesamostatných, jakož i kverulujících pacientů. Počet kverulantů je do značné míry konstantní a práva pacientů jej výrazně neovlivní. Nelze vyloučit, že jich někteří zneužijí. Jsem přesvědčena o tom, že drtivá většina nemocných jsou slušní lidé, kteří práva pacientů potřebují a dokáží s nimi vhodně zacházet“.²⁷

2.2 Etické kodexy

Již několikrát bylo v tomto textu zmíněno jméno Heleny Haškovcové. A výjimkou nebude ani tato zmínka o etických kodexech práv pacientů. Citujme z její vlastní knihy. „Na podzim 1990 začala za předsednictví známého pražského lékaře, internisty Jaroslava Šetky, pracovat Centrální (nyní Národní) etická komise při Ministerstvu zdravotnictví. Tehdy podala Helena Haškovcová návrh, aby byl i u nás vypracován, přijat a zveřejněn etický kodex práv pacientů.“²⁸ Text tohoto dokumentu, který Haškovcová společně s doktorem Šetkou vypracovala, měl základ ve vzorových právech nemocných, která zveřejnil v roce 1985 Americký svaz občanských svobod. Bylo přihlédnuto i k dalším kodexům a respektována jak některá naše specifika, tak i připomínky vznesené v rámci diskuze zdravotnické veřejnosti. Definitivní verze práv pacientů formulovala a vyhlásila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví 25.

²⁶ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

²⁷ HAŠKOVCOVÁ, pozn. 1, s. 22.

²⁸ HAŠKOVCOVÁ, pozn. 1, s. 23.

února 1992.²⁹ Až do vydání zákona o zdravotních službách byl tento kodex hlavním, byť ne právně závazným, zdrojem práv pacientů. Mimo tento kodex vznikaly i další, zejména kodex České lékařské komory, jenž byl přijat 1. ledna 1996. Stejně jako lékaři mají své kodexy i sestry, nezdravotničtí pracovníci ve zdravotnictví, zubaři i farmaceuti. Přestože jsou všechny tyto dokumenty závazné pouze morálně, pomáhají udržovat obecné povědomí o právech pacientů mezi těmi, jichž se týkají.

2.3 Přístup pacientů ke svým právům

Z dosavadního textu vyplývá, že snahy o posílení práv pacientů na poli legislativně závazném i nezávazném byly a jsou zřejmé. Neznamená to automaticky, že jsou vytvořeny dostatečné podmínky pro to, aby se informace o všech novinkách dostaly rovnou k pacientům, kterých se především týkají. Jedná se jednak o obecnou znalost práv, na které mají pacienti nárok a také o znalost možností, jak se těchto práv domáhat. Obecnou informovanost by měla zprostředkovávat média, ale hlavní část osvěty leží přímo na zdravotnických pracovnících. Ti mohou nejlépe postihnout a vysvětlit pacientovi konkrétní téma, které se týká jeho případu. Zde je ale potřeba vzájemně důvěry mezi zdravotníky a pacienty, aby obě strany vnímaly, že práva pacientů jsou určena pro zlepšení situace obou stran.

2.3.1 Informovanost ve zdravotnických zařízeních

Zdravotnická zařízení, či obecně poskytovatelé zdravotních služeb³⁰ mají ze zákona informovat pacienta jak o jeho právech, tak o jeho zdravotním stavu. Povinnost informovat pacienta o jeho právech je uvedena v § 46 zákona č. 372/2011 Sb.³¹ Zákon již nespecifikuje bližším způsobem, jak má být toto informování provedeno. Většinou je vyřešeno vyvěšením práv zpracovaných dle zákona v pokojích pacientů a na veřejně přístupných místech zdravotnického zařízení. Záleží poté již na pacientovi, zda-li si je

²⁹ HAŠKOVCOVÁ, pozn. 1, s. 25.

³⁰ „Poskytovatelem zdravotních služeb se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb...“ § 2 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.

³¹ „Poskytovatel je povinen zajistit, aby byl pacient seznámen se svými právy a povinnostmi při poskytování zdravotních služeb a vnitřním řádem; vnitřní řád nesmí zasahovat do práv pacienta nad míru, která je nezbytně nutná zejména pro řádný chod zdravotnického zařízení a respektování práv ostatních pacientů.“

přečte či nikoliv. Mnohem větší důraz je v tomto ohledu věnován informování o zdravotním stavu. Zde zákon výslovně říká, že je poskytovatel povinen zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu.³² Informaci v tomto případě podává ošetřující zdravotnický pracovník.³³ V praxi je ovšem někdy obtížné požadavkům zákona vyhovět. Lékaři jsou často příliš zaměstnáni související agendou a nezbývá jim dostatek času na rozhovory s pacienty. Nižší zdravotnický personál zase nemá dostatečné informace, které by pacientům mohl poskytnout, ani kompetence pro tuto komunikaci. Pacienti tak často zůstávají bez konkrétních informací o svém zdravotním stavu. Jedinou informací jim tak často je pouze propouštěcí zpráva, která je pro většinu laiků nesrozumitelná.³⁴ Obecně lze ale říci, že se situace v informovanosti pacientů zlepšuje. Vyžaduje však velkou aktivitu ze strany pacienta, který si musí dokázat říci o požadované informace. Doufejme ale, že vše postupně směřuje ke stavu, kdy bude systém nastaven tak, aby měli lékaři dostatek času pacienty zevrubně informovat a zodpovědět všechny jejich dotazy.

2.3.2 Jakými způsoby se mohou pacienti domáhat svých práv

Pokud pomineme klasickou soudní cestu, mají pacienti (a jejich blízcí) ze zákona možnost podání stížnosti přímo k poskytovateli zdravotnických služeb. Podat ji může pacient, jeho zákonný zástupce, osoba blízká nebo jakákoliv osoba zmocněná pacientem. Poskytovatel má povinnost stížnost vyřídit do 30 dnů (popř. do 60, je-li takové prodloužení odůvodněné). V případě, že pacient nebude spokojen s vyřízením stížnosti, může podat stížnost příslušnému správnímu orgánu, který tomuto poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb, což může být např. krajský úřad.³⁵

Nespokojený pacient se ale většinou snaží nejdříve svůj problém řešit přímo s personálem. Stížnost k vedení, resp. k příslušnému správnímu orgánu, je až dalším krokem. Je ale potřeba zmínit, že mimo zákonem stanovené právo na podání stížnosti existují ještě alternativní možnosti. V několika českých nemocnicích funguje tzv.

³² § 31 zákona č.372/2011

³³ tamtéž

³⁴ Autor zde čerpá ze zkušeností několika lékařů a pacientů ze svého okolí.

³⁵ § 93 zákona č.372/2011 Sb.

nemocniční ombudsman. Jeho postavení a činnost nejsou ve všech nemocnicích stejné, záleží na tom, čím jej konkrétní nemocnice pověřila. Obvykle je úkolem ombudsmana chránit práva pacientů a jejich rodinných příslušníků, zodpovídat jejich dotazy a pomáhat řešit stížnosti.³⁶ Ombudsmany, tedy ochránce práv, mají zřízené například ve Fakultní nemocnici v Ostravě, Plzni nebo Fakultní Thomayerově nemocnici. Dalšími orgány či organizacemi, na které se pacient může obrátit, jsou profesní komory (Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora, Česká lékárnická komora), zdravotní pojišťovny či veřejný ochránce práv.³⁷

2.3.3 Neziskové organizace pro pacienty

Z výčtu možností, kterých mohou pacienti využít, je zřejmé, že pro laika může toto vše působit nepřehledným dojmem. Proto existují neziskové organizace, které mají za cíl pomáhat pacientům při řešení jejich problémů a při orientaci v současném systému zdravotnictví i v příslušné legislativě. Patří mezi ně Svaz pacientů, jenž je největším patientským sdružením, které se vyjadřuje i k návrhům právních předpisů. Mimo provozování on-line poradny pro pacienty se zapojuje i do politické diskuze týkající se zdravotnictví a je tedy částečně organizací politizovanou. Další organizací je Liga lidských práv, která má ochranu práv pacienta jako jeden ze svých cílů. Soustředí se zejména na práva žen v těhotenství a během porodu, otázku očkování aj. Spravuje také webové stránky www.ferovanemocnice.cz, což je informační portál o právech pacientů, jehož součástí je i on-line poradna. Poslední organizace, kterou zmíníme, je síť Občanských poraden, které poskytují poradenství v řadě právních oblastí. V komplikovanějších případech je ovšem lepší obrátit se na organizace, které se na medicínské právo specializují.³⁸

Nejen legislativa týkající se práv pacientů, ale i způsob, jakým je možné se jich domoci, i organizace zaměřující se na pacienty se za poslední dvě desetiletí v České republice rozvíjely pozitivním směrem. Přesto však možnosti řešení konfliktů mezi pacientem a lékařem, potažmo poskytovatelem zdravotnických služeb, nejsou zdaleka

³⁶CANDIGLIOTA, Zuzana et al. *Ochrana práv pacientů*, Liga lidských práv, 2010, s. 11. ISBN 978-80-87414-03-3.

³⁷CANDIGLIOTA, pozn. 36, s. 14-21.

³⁸CANDIGLIOTA, pozn. 36, s. 24.

tak rozpracovány, jako je tomu v některých zemích západní Evropy. Pro srovnání může sloužit následující část práce popisující situaci ve Francii.

3 PRÁVA PACIENTŮ VE FRANCII

Francie má k otázkám lidsko-právním tradičně velmi blízko. Vždyť ne nadarmo je Velká francouzská revoluce pokládána za počátek hnutí za lidská práva. Na poli práv pacientů ale vývoj ve Francii probíhal podobně jako v ostatních zemích moderního demokratického světa, tedy od konce II. světové války. Přesto je možné vidět oproti systému v České republice významný posun, alespoň co se týče prosazování odpovídající legislativy a nejnovějších principů řešení nespokojenosti pacientů přímo na úrovni zdravotnického zařízení.³⁹

Odlišný přístup se odráží i ve specifickém názvosloví. V literatuře i v praxi se běžně používá termín „usagers“, což se do češtiny dá přeložit jako „uživatel“. Tento termín zahrnuje nejenom samotné pacienty, ale i jejich blízké i návštěvy, tedy v podstatě všechny, kteří nějakým způsobem přicházejí do kontaktu se zdravotnickým zařízením v souvislosti s hospitalizací.

3.1 Vývoj na poli legislativy

První moderní zákon na poli zdravotnické legislativy byl zákon z 21. prosince 1941. Tento zákon znamenal hlubokou transformaci toho, jak byly v té době chápány nemocnice. Jejich hlavní úkol přestal být chápán především jako služba chudým, ale jako služba nemocným. Na základě tohoto zákona tak došlo ke zvýšení dostupnosti zdravotní, zejména nemocniční, péče.⁴⁰ Všeobecné právo na zdraví (a tedy i zdravotní péči) bylo zakotveno v preambuli ústavy z roku 1946 a znovu potvrzeno v ústavě z roku 1958. V roce 1974 byla přijata již výše zmiňovaná Charta práv a povinností pacienta, která mimo již zmiňovaná základní práva ukládala pacientům i povinnosti, a to konkrétně respekt k osobní svobodě a k důstojnosti ostatních pacientů i personálu.⁴¹ Jakýmsi předstupněm pro legislativní změny uskutečněné na počátku třetího tisíciletí (o kterých je pojednáno dále) byla První charta hospitalizovaného pacienta z roku 1995. Je v ní již zakotveno právo na informovaný souhlas, pacient má právo podílet se na

³⁹ Těmito principy je míněna zejména mediace a zákonná povinnost ustanovit v každé nemocnici tzv. CRUQPC. O obou termínech je pojednáno v dalším textu.

⁴⁰ VICHARD, Phillipe. *La loi hospitalière du 21 décembre 1941 : origines, conséquences*. Histoire des sciences médicales Organe officiel de la société française d'histoire de la médecine, 2007, 41(1), 61-70.

⁴¹ MERAKOU, pozn. 2, s. 500.

rozhodování o terapii, dále může opustit kdykoliv zdravotnické zařízení (mimo výjimky uvedené zákonem). Pacient má i právo nahlížet do své zdravotnické dokumentace (v podobě této charty zatím pouze prostřednictvím praktického lékaře).⁴² Tato Charta byla aktualizovaná v roce 2006 v souvislosti s novou legislativou, zmíněnou v dalším textu. Vedle ní potom byly postupně přijímány charty specializované, například Charta hospitalizovaných dětí (1998) a Charta uživatelů v psychiatrii (2000).

3.1.1 Kouchnerův zákon

Tento zákon z 2. března 2002 byl sepsán panem Kouchnerem, a proto je běžně nazýván Kouchnerův zákon (ostatně velké množství zákonů se ve Francii pojmenovává po svých tvůrcích). Důležitostí odpovídá našemu zákonu č. 372/2011 Sb. Bývá proto také nazýván „patientský zákon“, protože mimo ustavení pravidel řízení kvality ve zdravotnictví, celoživotního vzdělávání lékařů a celkového směřování zdravotnické politiky jsou v tomto zákoně také ustanovena některá z práv týkajících se pacientů. Jsou jimi základní principy, na kterých celé zdravotnictví stojí, ale i konkrétnější práva týkající se zejména práva na informovanost a obecně přístupu k informacím.

Přístup ke zdravotní péči pro každého, na základě principu nediskriminace, zejména podle genetických odlišností. To vše je shrnuto v základním právu na ochranu zdraví pro všechny osoby.

Pravidla důvěrnosti a lékařské tajemství. Pacient má právo na respektování svého soukromého života a na utajení informací, které se ho týkají. Tyto informace mohou být poskytovány pouze dalším zdravotnickým pracovníkům za účelem zachování kontinuity péče. Informace je samozřejmě možné podávat rodině, ale pouze v případě, že to pacient nezakázal. Přísně jsou nastavená i pravidla pro poskytování informací o zemřelém, kdy na ně mají nárok pouze právoplatní dědicové a to pouze pro jasně definované účely.⁴³

⁴² Charta hospitalizovaného pacienta byla přílohou ministerského oběžníku č.95-22 z 6. května 1995

⁴³ Zjištění příčiny smrti, obrana památky zesnulého a uplatňování dědických práv

V **právu na péči** je specifikováno, že všechny osoby mají právo obdržet péči co nejvíce odpovídající jejich zdravotnímu stavu. Tato péče musí podle posledních lékařských znalostí vyvažovat rizika spojená s léčbou v protikladu s výhodami, které pacient léčbou získá. Všichni mají také právo na léčbu bolesti, což je oblast, které se věnuje péče zejména v geriatrii a při léčbě nádorových onemocnění.

Pacient má dle Kouchnerova zákona **právo na informaci o svém zdravotním stavu**. Toto právo je silným závazkem pro lékaře. Informace o zdravotním stavu, léčbě a dalších faktech souvisejících s léčbou mají být pacientovi podány během osobního setkání s lékařem, které bude zasvěceno právě tomuto účelu. Informace má být podána tak, aby byla úplná a pro příjemce srozumitelná. Pro případ následné soudní pře je povinností zdravotnického pracovníka či zařízení doložit důkaz o podání informace. V praxi to poté vede (zejména u problémových pacientů) k zaznamenávání detailů veškeré konverzace s pacientem do jeho zdravotní dokumentace. V rámci tohoto práva je také ustanovena možnost jmenovat tzv. „personne de confiance“. Toto slovní spojení je možné do češtiny přeložit jako důvěrná osoba, důvěrník. Tuto osobu jmenuje pacient a dává jí tím právo doprovázet ho během všech vyšetření, během setkání s lékařem, a to za účelem pomoci v jeho rozhodnutích. Tato osoba nemá právo přímo rozhodovat o pacientovi, ale může být zdravotníky konzultována, pokud by se pacient nacházel ve stavu, kdy by nebyl schopen sdělit svůj názor.

Informovaný souhlas a právo svobodné volby. Český ekvivalent „Informovaný souhlas“ odpovídá svým účelem francouzskému protějšku, ale přesnější překlad francouzského „consentement libre et éclairé“ by zněl „svobodný a osvětlený (informovaný) souhlas“. Význam je ale prostý. Žádný lékařský úkon, žádná léčba se nesmí uskutečnit bez pacientova souhlasu (svobodného a informovaného). Tento souhlas může být kdykoliv odřeknut. V případě, že pacient není ve stavu, kdy by byl schopen tento souhlas vyslovit, je konzultován „důvěrník“ popř. rodina nebo někdo z blízkých. V případě, že by pacient odmítl nabízenou léčbu, má lékař povinnost jeho volbu respektovat. Pokud by pacient svým rozhodnutím vystavil svůj život riziku, musí lékař učinit vše pro to, aby ho přesvědčil, ale nemůže jednat přes jeho odmítnutí.

Přístup ke zdravotnické dokumentaci, je zaručen každému pacientovi bez nutnosti dalšího prostředníka, jako tomu bylo například ještě podle již zmíněné Charty hospitalizovaného pacienta z roku 1995. Pacient může ale samozřejmě využít sebou určeného lékaře nebo jinou osobu jako poradce, což se doporučuje zejména při onemocněních s vážnou prognózou. Do zdravotnické dokumentace je možné nahlédnout přímo ve zdravotnickém zařízení, popř. si ji nechat zaslat poštou. Posledním důležitým bodem týkajícím se práv pacientů v Kouchnerově zákoně je ustanovení povinnosti zřídit ve zdravotnickém zařízení komisi pro styk s uživateli (CRUQPC), o které je blíže pojednáno v kapitole 3.3.2.⁴⁴

3.1.2 Leonettiho zákon

Celý název tohoto zákona zní „Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie“, tedy Zákon č.2005-370 z 22. dubna 2005 o právech nemocných na konci života. Tento zákon bývá často nesprávně nazýván „zákonem o eutanazii“, což může vyvolávat dojem, že se jedná o zákon eutanazii povolující. Ve skutečnosti je to ale právě naopak. Jeho cílem je vyhnout se praktikám eutanazie a posílit práva pacientů v posledních fázích jejich života. Soustředí se především na svobodu pacienta rozhodnout o tom, jakým způsobem s ním bude nakládáno v terminálním stádiu jeho života. Na druhou stranu je řečeno, že lékař má povinnost respektovat právo pacienta v případě, že odmítne léčbu. Lékař se má v takovém případě snažit o zachování důstojnosti umírajícího a zajistit mu pomocí paliativní péče důstojné umírání. Lékaři jsou zproštěni povinnosti snažit se zachovat život do poslední chvíle. Zůstává ale na jejich volbě, zda-li použijí všechny léčebné postupy s cílem uměle udržet pacienta při životě. Při svém rozhodování musí lékař brát ohled na přání pacienta. Může se samozřejmě stát, že ve chvíli, kdy se bude o ukončení či pokračování léčby rozhodovat, nebude již pacient schopen svoji vůli vyjádřit. Pro tento případ existují dvě možnosti jak se na tuto situaci připravit.

Předně jsou to tzv. „directives anticipées“, což je obdoba českého „dříve vysloveného přání“. Jedná se o dokument sepsaný a podepsaný pacientem, ve kterém může vyjádřit své přání pro případ, kdy by se ocitl v situaci, kdy by trpěl vážnou a

⁴⁴ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

nevyléčitelnou nemocí či byl uměle udržovat při životě. Tato přání umožní lékaři poznat, zda by si pacient přál v takových vážných případech v léčbě pokračovat či ji omezit popř. zcela zastavit. Druhou možností, jak může pacient dát svá přání najevo, je ustanovení důvěrníka, tedy výše zmiňované „personne de confiance“. Názor této osoby bude, v případech neschopnosti pacienta vyjádřit svoji vůli, upřednostněn před všemi ostatními nelékařskými názory (rodina, ostatní přátelé), vyjma dříve vysloveného přání.⁴⁵ Leonettiho zákon tak posiluje princip, který se táhne i výše zmíněným Kouchenrovým zákonem, a totiž že pacient nemá být pouhým pasivním příjemcem zdravotní péče, ale aktivním účastníkem, který má právo na vlastní rozhodnutí a také za ně nese odpovědnost.

3.2 Informovanost pacientů ve zdravotnických zařízeních

Největší změna v právech pacientů přišla se schválením Kouchnerova a Leonettiho zákona. Je tedy možné říci, že již od roku 2002 se mohla zdravotnická zařízení přizpůsobovat nové legislativě. Část této práce týkající se Francie se opírá o výzkum konaný v roce 2012 v Pařížské nemocnici Charles Foix, tedy 10 let po zavedení prvního ze zmiňovaných zákonů. Tato nemocnice je součástí AP-HP (Assistance Publique Hôpitaux de Paris), což je organizace sdružující všechny pařížské státní nemocnice. Tato organizace vydává i většinu dokumentů centrálně, proto je možné ze stavu v jedné nemocnici posuzovat stav v širším okruhu nemocnic. Bylo zde evidentní, že dostupnost informací je velkou prioritou. Jsou vypracovány přehledné a srozumitelné letáky, které se týkají výše zmíněných práv, případně ještě obsahují potřebný formulář. Například leták seznamující pacienty se způsoby, kterými mohou získat přístup ke své zdravotnické dokumentaci, obsahuje rovnou formulář se žádostí. Ten stačí vyplnit, odstříhnout a doručit do příslušného zdravotnického zařízení. Všechny tyto letáky je možné najít na každém oddělení, kde jsou dostupné jak pacientům, tak návštěvám. Navíc každý pacient obdrží po příchodu publikaci formou časopisu, kde je mimo základní informace o nemocnici, personálu a denním režimu, vysvětlena i většina zmiňovaných práv. Snaha o dostupnost informací je tedy, bráno z českého pohledu, velká. Otázkou ale zůstává, nakolik je tato snaha efektivní. Letáky a brožury jsou na první pohled graficky pěkně zpracované, přehledné a v rámci nemocnice dostupné.

⁴⁵ Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Zdaleka ne všichni pacienti ale mají dostatek času popř. trpělivosti na jejich pročitání. Navíc jakýkoliv dokument nemůže nikdy nahradit ústní vysvětlení. Proto se ve francouzských nemocnicích snaží zaměřit na osobní kontakt zdravotníků s pacientem a na zvýšení této přímé informovanosti.

3.3 Jakými způsoby se mohou pacienti domáhat svých práv

Mimo tradiční řešení nespokojenosti či problémů při poskytování zdravotní péče (podání stížnosti, řešení soudní cestou) nabízí francouzský systém i alternativní možnosti. Převažuje snaha vyřešit vše rovnou na půdě daného zdravotnického zařízení a to ke spokojenosti obou stran. Francie je také známá vysokou občanskou aktivitou, která se projevuje nejen nechvalně známými stávkami, ale i v ostatních sektorech. Velkou roli hrají i nejrůznější dobrovolné organizace, které fungují jak celonárodně, tak v rámci jednotlivých zařízení. Je běžné, že v jedné nemocnici funguje několik dobrovolných spolků.

3.3.1 Pacientské organizace

Organizace tvoří důležitou součást péče o pacienty, zejména v nezdravotnických oblastech jako je kultura, sociální činnost, právní poradenství, morální podpora. Jsou nejčastěji vytvářeny a tvořeny pacienty, vyléčenými pacienty či příbuznými, kteří mají nebo měli v konkrétním zařízení svého blízkého. Tito lidé, na základě své zkušenosti (ať již dobré či špatné) věnují svůj čas zlepšení situace nemocných. Nejedná se přitom o činnost, která by byla vedením nemocnice a personálem trpěna z dobré vůle. Je naopak velmi vítána a je jí poskytován dostatečný prostor. Zástupci dobrovolnických organizací spolupracují s oddělením kvality a vztahů s uživateli, se kterými probírají a řeší i některé stížnosti. Mimo tuto spolupráci s vedením však slouží dobrovolníci především pacientům na jednotlivých odděleních, podle toho, na jakou činnost se ta která organizace zaměřuje. Z mnoha desítek dobrovolnických organizací můžeme jmenovat Anonymní alkoholiky, Asociaci pro boj s AIDS, Asociaci rodin pro neurologické

poruchy u starých osob, Asociaci hluchých žen, Ligu proti rakovině nebo Organizace Ohr hanna, která poskytuje podporu pacientům židovského vyznání.⁴⁶

3.3.2 CRUQPC

Celé znění této již několikrát zmiňované zkratky zní „Comission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge“, což lze do češtiny přeložit jako „Komise pro vztahy s uživateli a kvalitu péče“. Každé zdravotnické zařízení má povinnost zřídit tuto komisi, jejímž cílem je bdít nad respektováním práv uživatelů a zlepšením kvality péče. Snaží se zejména zajistit, aby byla pacientům zachována možnost vyjádřit své stížnosti. Tato komise je tvořena dvěma zástupci pacientů (nejčastěji se jedná o členy dobrovolnických organizací), lékařským a nelékařským „mediátorem“ (viz. kapitola Mediacce), právním zástupcem zařízení a osobou odpovědnou za kvalitu péče a komunikaci s uživateli. Tato komise se pravidelně třikrát do roka schází a projednává otázky kvality péče i aktuální stížnosti, které se ve zdravotnickém zařízení vyskytly.⁴⁷ Informace o existenci komise i s kontakty na její jednotlivé členy se vyskytují ve všech materiálech, které se týkají práv pacientů. Přesto je povědomí o existenci této komise (a tedy i možnosti se na ní obrátit) mezi pacienty velmi nízké.⁴⁸

3.3.3 Mediacce

Mediacce je jeden z možných způsobů řešení sporů. V západní Evropě je tento model využíván např. v Belgii, Itálii a Francii. Při tomto řešení sporů je využita neutrální strana – mediátor – který má napomoci hledání společného výsledku, který by byl přijatelný pro obě strany. Tím se také mediacce odlišuje od vyjednávání, s nímž má jinak mnoho společného. Úkolem mediátora je pomoci odhalit skutečné zájmy stran, jinými slovy pokládá stranám takové otázky, aby vyšlo najevo, co by uspokojilo jejich potřeby.⁴⁹ Mediátor je tedy prostředníkem mezi vedením nemocnice (nejčastěji

⁴⁶ Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière. *Livret des associations*. Direction de la communication, 2010.

⁴⁷ Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

⁴⁸ Autor vychází z výsledků výzkumu prováděného v červenci 2012 během pracovní stáže Erasmus v nemocnici Charles-Foix určeného pro interní potřebu nemocnice

⁴⁹ CANDIGLIOTA, pozn. 36, s. 26-29.

oddělením, které má na starosti vyřizování stížností) a podavatelem stížnosti. Mediátor je většinou jedním z lékařů daného zdravotnického zařízení. Přesto je jeho úkolem stížnost nestranně posoudit a zejména poskytnout nezávislé a odborné vysvětlení. To může, ale nemusí potvrdit vysvětlení, kterého se stěžovateli dostalo na příslušném oddělení. K mediaci se totiž sahá až v případech, kdy selže snaha o vyřešení problému přímo na konkrétním oddělení. Pacientům dává pocit, že jejich stížnosti je věnovaná dostatečná a především odborná pozornost. Mediace má navíc vylepšovat vztah lékař-pacient. Pacienti totiž stále častěji ke vztahu lékař-pacient přistupují jako spotřebitelé a jako takoví očekávají řádné služby. Oproti tomu pak stojí lékař, který žije ve strachu ze soudních žalob, ke kterým pacienti přistupují stále častěji. Tento neutěšený vztah může pomoci řešit právě mediace. Jejím cílem není vydání soudního rozhodnutí, ale urovnání a zlepšení vztahu mezi lékařem a pacientem. Z toho důvodu je povinností mediátora nejen vést mediační řízení. Má také pobízet pacienta k tomu, aby kontaktoval lékaře, a snažit se tak mezi pacientem a lékařem obnovit komunikaci.⁵⁰

⁵⁰CANDIGLIOTA, pozn. 36, s. 26-29.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Jak bylo popisováno v teoretické části této práce, práva pacientů jsou především záležitostmi posledních několika desetiletí, která znamenala velký posun ve způsobu, jakým se nahlíží na vztah lékař-pacient. Dlouhou dobu přijímaný model, kdy pacient byl pasivním příjemcem péče, která byla zcela v rukou lékařů, se začal postupně měnit na partnerský vztah, kdy za konečné rozhodnutí nese určitou část odpovědnosti jak lékař, tak i pacient. Tato změna v pohledu části odborné veřejnosti (a též pohledu legislativy) však proběhla rychleji, než se jí stačili přizpůsobit lékaři i pacienti. Přestože tedy dnešní legislativa dává pacientům velká práva, zdaleka to neznámá, že si jich jsou pacienti vědomi či že je aktivně sami znají. Znalost vlastních práv je ale základním předpokladem k tomu, aby pacienti mohli být lékařům opravdovými partnery a napomáhali tak ke zlidštění celého zdravotnictví.

4.1 Hlavní problém

Hlavním problémem, ze kterého vychází tento výzkum je celková znalost práv pacientů, která se uplatňují zejména ve zdravotnických zařízeních, mezi populací v České republice a ve Francii. Problém tedy může být formulován jako deskriptivní (popisný) výzkumný problém, tedy problém, který obvykle hledí odpověď na otázku „jaké to je?“. Deskriptivní výzkumný problém zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt určitého jevu⁵¹, v našem případě tedy znalost práv pacientů. Hlavní problém je tedy definován takto:

Jaká je znalost práv pacientů ve zdravotnických zařízeních mezi běžnou populací?

4.2 Dílčí problémy

Stanovené dílčí problémy se dají rozdělit do dvou kategorií. První z nich je vliv určitých faktorů (jako například věk, vzdělání) na znalosti práv pacientů. Tedy jestli příslušnost k určité skupině ovlivňuje znalost práv pacientů či nikoliv. Druhou kategorií

⁵¹ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, s. 24. ISBN 80-85931-79-6.

je poté širší pohled respondentů, přístup k informacím, které se práv pacientů týkají, zejména jak je vnímána kvalita informovanosti ze stran lékařů, ale i sdělovacích prostředků.

5 CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem a úkolem průzkumu je odpovědět na otázky položené při definování výzkumného problému a samozřejmě také potvrdit či vyvrátit hypotézy, které z výzkumného problému vyplývají a které jsou uvedeny dále. Tento průzkum má tedy za cíl zhodnotit, pomocí dále uvedených metod, do jaké míry znají pacienti svá práva a do jaké míry je tato znalost ovlivněna dalšími faktory. Je potřeba také uvést, že výzkum byl prováděn ve dvou zemích – v České republice a ve Francii. Cíle průzkumu v obou dvou zemích byly stanoveny stejně. Původně zamýšlený cíl porovnat znalost práv u českých a francouzských pacientů byl nakonec vyřazen, protože národní specifika obou zemí neumožňovala vytvořit zcela shodný dotazník a z výzkumného hlediska jsou tedy data neporovnatelná.

6 METODIKA

Pro dosažení cíle průzkumu byl zvolen kvantitativní výzkum formou dotazníku. Hlavními důvody pro zvolení kvantitativního výzkumu byla jeho nestrannost s možností precizního a jednoznačného vyjádření výzkumných údajů, které vychází z faktu, že kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji. Tyto údaje se dají matematicky dále zpracovat. Mohou se sčítat, vypočítat jejich průměr, vyjádřit je v procentech, popřípadě na ně aplikovat složitější statistické postupy.⁵² Při hodnocení znalosti obecně není potřeba hlubší poznání zkoumaných osob a jejich názorů, ale spíše přesné kvantifikování jejich znalostí. Se zřetelem k tomuto faktu byl sestaven i dotazník. Metodika výzkumu byla zvolena stejně pro Českou republiku i Francii s tím, že použitý dotazník byl lehce upraven pro každou zemi, aby odpovídal legislativním odlišnostem.

⁵² GAVORA, pozn. 51, s. 31.

6.1 Dotazník

Dotazník použitý pro výzkum byl anonymní a skládal se celkem z 23 otázek, které byly všechny uzavřené. Respondent měl tedy na výběr více možných odpovědí, ze kterých však vybíral pouze jednu. Prvních pět otázek bylo faktografických a zjišťovaly věk, pohlaví, vzdělání, zda-li byl respondent již hospitalizován a pokud ano, kolikrát. Následujících 13 otázek mělo za úkol otestovat respondentovu znalost vybraných práv pacientů. Otázky byly kladeny testovou formou. Ke každé otázce byly vždy nabídnuty tři odpovědi, z nichž pouze jedna byla správná. Otázky byly hodnoceny 0 v případě, že odpověď nebyla správná, či 1 v opačném případě. V této části se česká a francouzská verze liší ve čtyřech otázkách. Ve Francii bylo potřeba položit otázky na práva, která se v České republice nevyskytují. Jednalo se konkrétně o výše zmiňovanou „personne de confiance“ a tzv. „référant familial“, což je osoba, která má být informována v případě změny stavu hospitalizovaného. Přestože „référant familial“ je z hlediska práv pacientů nepodstatná věc, je jeho funkce často zaměňována s „personne de confiance“. Proto bylo ve francouzském prostředí potřeba zjistit, zda-li je rozdíl mezi těmito dvěma osobami dostatečně zřetelný. Další rozdíl vyplývá z odlišnosti přístupu k náboženství. Ve Francii v roce 1905 proběhla odluka církve od státu a od té doby je snaha chovat se ke všem náboženským projevům co nejvíce neutrálně, zejména na půdě státních institucí, tedy i zdravotnických zařízení. Zaměstnanci ve zdravotnictví mají proto zakázáno jakkoliv ovlivňovat nebo zasahovat do náboženského smýšlení pacientů, na což směřovala další odlišná otázka. Posledních pět otázek již bylo opět stejných pro obě národní verze a týkaly se informovanosti o patientských právech obecně. Jednalo se o otázky škálovací na které respondenti odpovídali souhlasím až nesouhlasím na škále s celkem pěti možnostmi. Český i francouzský dotazník jsou uvedeny v příloze 2, resp. 3 této práce.

6.2 Vlastní sběr dat

Během výzkumu byly použity dvě metody distribuce dotazníku. První bylo rozdáni tištěných dotazníků respondentům a druhou jejich vyvěšení na internetové servery, které umožňují on-line vyplnění.

6.2.1 Česká republika

Průzkum probíhal ve dvou etapách. Nejdříve byla na přelomu října a listopadu 2012 na internetový portál www.vyplnto.cz vyvěšena on-line verze dotazníku. Sběr dat byl ukončen 18.11.2012. Vyplnění on-line verze se zúčastnilo celkem 38 respondentů. Druhá etapa probíhala v prosinci 2012, kdy byly rozdány dotazníky k vyplnění posluchačům Univerzity třetího věku pořádané Lékařskou fakultou v Plzni Univerzity Karlovy v Praze v rámci přednášek konaných ve velké posluchárně Šafránkova pavilonu. Dále studentům Západočeské univerzity, Univerzity Karlovy a přátelům a rodinným příslušníkům autora. Bylo rozdáno 110 dotazníků a vyplněno bylo celkem 65, návratnost tedy činila 59 %.

6.2.2 Francie

Francouzská část výzkumu se uskutečnila v rámci pracovní stáže Erasmus v nemocnici Charles-Foix na okraji Paříže. Stáž probíhala od 14. června 2012 do 14. září 2012 na oddělení kvality, vnějších vztahů a řízení rizik, pod jehož záštitou proběhla i jedna etapa samotného výzkumu. Tato etapa výzkumu probíhala přímo mezi pacienty nemocnice. Je zde potřeba zmínit, že se jednalo o nemocnici čistě geriatrickou, což ovlivnilo i výslednou podobu sběru dat. S ohledem na věk respondentů bylo nejdříve potřeba vybrat pacienty schopné se průzkumu účastnit. Z celkového počtu cca 400 lůžek bylo po konzultaci s ošetřujícím personálem vybráno 32 pacientů, kteří se následně účastnili výzkumu. Ti dostali na výběr, zda-li si přejí dotazník vyplnit sami či s pomocí. Z celkového počtu 32 respondentů si možnost vyplnit dotazník o samotě vybrali pouze dva. Ostatní dotazník vyplňovali s pomocí, která spočívala v hlasitém předčítání otázek a odpovědí a následném vyplnění dotazníku dle poskytnutých informací.

Druhá fáze výzkumu spočívala ve zveřejnění on-line verze dotazníku. Bylo využito služby Google Dokumenty, která umožňuje vytvoření dotazníku a jeho následné zveřejnění pro vyplnění. Této fáze výzkumu se zúčastnilo celkem 25 francouzských občanů. Sami pracovníci nemocnice se výzkumu neúčastnili, aby nedošlo ke zkreslení údajů. Podrobnosti o tomto souboru, stejně jako o českém souboru jsou obsaženy v kapitole 8.

7 HYPOTÉZY

Hypotéza 1

Respondenti mladší 50-ti let jsou o právech pacientů lépe informováni než respondenti starší 50-ti let.

Hypotéza 2

Vzdělání má vliv na informovanost respondentů o právech pacientů.

Hypotéza 3

Respondenti hospitalizovaní jednou a více znají práva pacientů lépe, než respondenti, kteří nikdy hospitalizovaní nebyli.

8 VZOREK RESPONDENTŮ

Česká republika

Výzkumný soubor sestával ze 103 respondentů: Respondenti byli získáni z posluchačů Univerzity třetího věku Lékařské fakulty v Plzni, studentů Západočeské univerzity, Karlovy univerzity a přátel a rodinných příslušníků autora. Kritériem pro účast na výzkumu byl věk nad 16 let a schopnost pochopit otázky kladené v dotazníku. Účastníci byli seznámeni s cílem výzkumu a byli informováni o dobrovolnosti jejich účasti. Převážnou část respondentů tvořily ženy (92,24 %). Největší skupinu co do věkového rozložení tvořili respondenti mezi 16 - 29 rokem (49,52 %). Většina (71,85 %) měla středoškolské vzdělání a nebyla nikdy dříve hospitalizována (84,47 %).

Tab.1 Demografické údaje pro český soubor

Proměnná	Počet (n=103)	Procenta (%)
Věk		
16 - 29 let	51	49,52
30 - 49 let	17	16,50
50 - 64 let	5	4,86
65 a více let	30	29,12
Pohlaví		
Muž	8	7,76
Žena	95	92,24
Vzdělání		
Základní	2	1,94
Středoškolské	74	71,85
Vysokoškolské	27	26,21
Předchozí hospitalizace		
Ano	16	15,53
Ne	87	84,47
	(n=16)	(%)
Počet předchozích hospitalizací		
Jednou	7	43,75
2-5 krát	8	50
Více jak 5 krát	1	6,25

Francie

Výzkumný soubor sestával z 57 respondentů: Respondenti byli získáni z pacientů nemocnice Charles-Foix a francouzských kontaktů autora, kterým byl zaslán on-line dotazník k vyplnění. Kritériem pro účast na výzkumu byl věk nad 16 let a schopnost pochopit otázky kladené v dotazníku. Účastníci byli taktéž seznámeni s cílem výzkumu a informováni o dobrovolnosti jejich účasti. Převážnou část respondentů tvořily ženy (82,46 %). Největší skupinu co do věkového rozložení tvořili respondenti starší 65 let (57,90 %). Úroveň vzdělání byla téměř rovnoměrná rozložena (Tab.2) s mírnou převahou vysokoškolsky vzdělaných respondentů (38,60 %). Většina respondentů nebyla nikdy dříve hospitalizována (70,18 %).

Tab.2 Demografické údaje pro francouzský soubor

Proměnná	Počet (n=57)	Procenta (%)
Věk		
16 - 29 let	7	12,28
30 - 49 let	12	21,05
50 - 64 let	5	8,77
65 a více let	33	57,90
Pohlaví		
Muž	10	17,54
Žena	47	82,46
Vzdělání		
Základní	21	36,84
Středoškolské	14	24,56
Vysokoškolské	22	38,60
Předchozí hospitalizace		
Ano	17	29,82
Ne	40	70,18
	(n=16)	(%)
Počet předchozích hospitalizací		
Jednou	5	31,25
2-5 krát	5	31,25
Více jak 5 krát	6	37,50

9 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

9.1 Výsledky znalostní části dotazníku

Česká republika

Cílem výzkumu bylo zhodnotit znalost práv pacientů mezi respondenty. Pro získání potřebných dat byla použita první část dotazníku (příloha č.2), která sestávala ze 13 testových otázek, které se týkaly 13 vybraných práv pacientů (Tab.3). Hodnocen byl počet bodů za správné odpovědi (1 bod za správnou odpověď). Ukazatelem znalosti byl celkový počet získaných bodů. Konečné výsledky pro 13 vybraných práv pacientů ukazuje tabulka 3. Číslo **n** znamená celkový počet respondentů, kteří na danou otázku odpověděli. U každého práva je poté uveden počet respondentů, kteří na otázku, která se daného práva týkala, odpověděli správně. V pravém sloupci je toto číslo vyjádřeno v procentech z celkového počtu odpovídajících. Přesné rozdělení odpovědí mezi jednotlivé odpovědi na testové otázky je uvedeno v tabulce v příloze č.4.

Tab.3 Výsledky znalostí jednotlivých práv pacientů v českém souboru

Č.	Právo	Počet (n=103)	Procenta (%)
1	Právo odmítnout přítomnost studentů zdravotnických oborů během pobytu ve zdravotnickém zařízení	61	59,22
2	Právo opustit zdravotnické zařízení	88	85,43
3	Právo nahlížet do vlastní zdravotnické dokumentace	75	72,81
4	Právo určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu	85	82,52
5	Právo vyjádřit dopředu svůj souhlas či nesouhlas s léčbou (tzv.dříve vyslovené přání)	63	61,16
6	Právo být informován o svém zdravotním stavu	89	86,40

Č.	Právo	Počet (n=103)	Procenta (%)
7	Právo vyžádat si konzultační služby od jiného zdravotnického pracovníka	99	96,11
8	Právo přijímat duchovní péči a podporu	101	98,05
9	Právo znát jména a příjmení pracovníků, kteří se podílejí na léčbě	71	68,93
10	Právo být hospitalizován pouze na základě svobodného, informovaného a ústně vyjádřeného souhlasu	71	68,93
11	Právo odmítnout léčbu	84	81,55
12	Právo vzdát se informace o svém zdravotním stavu	26	25,24
13	Právo lékaře rozhodnout v případech aktuálního ohrožení života bez předchozího souhlasu pacienta	74	71,84

Jak vyplývá z uvedených dat (Tab.3), u většiny práv pacientů byl počet správných odpovědí vyšší než 60%. Nejméně správných odpovědí měla otázka týkající se práva na vzdání se informace o zdravotním stavu, kterou zodpovědělo správně pouze 25,24 % respondentů. Druhý nejhorší výsledek měla otázka týkající se přítomnosti studentů zdravotnických oborů v průběhu léčby. Správně odpovědělo 59,22 % respondentů. Práva pacientů, která respondenti znali nejlépe bylo právo přijímat ve zdravotnickém zařízení duchovní péči (98,05 % respondentů) a právo vyžádat si konzultační služby od jiného lékaře (96,11 %). U druhého zmiňovaného práva jde o překvapivý výsledek, protože je to nová možnost, která se pacientům nabízí teprve krátce (právo je součástí zákona č. 372/2011 Sb.)

Francie

Dotazník použitý ve Francii (příloha č.3) byl graficky identický s českým a obsahoval též 13 testových otázek, které se týkaly 13 vybraných práv pacientů (Tab.4). Lišil se ale ve 4 vybraných právech, která byla vybrána tak, aby odpovídala francouzské realitě (viz. výše). Hodnocen byl počet bodů za správné odpovědi (1 bod za správnou odpověď). Konečné výsledky pro 13 vybraných práv pacientů ukazuje tabulka 4.

Hodnocení probíhalo stejně jako u českého souboru. Přesné rozdělení odpovědí mezi jednotlivé odpovědi na testové otázky je uvedeno v tabulce v příloze č.4.

Tab. 4 Výsledky znalostí jednotlivých práv pacientů ve francouzském souboru

Č.	Právo	Počet (n=57)	Procenta (%)
1	Právo odmítnout přítomnost studentů zdravotnických oborů během pobytu ve zdravotnickém zařízení	20	35,08
2	Právo opustit zdravotnické zařízení	34	59,64
3	Právo nahlížet do vlastní zdravotnické dokumentace	35	61,40
4	Právo určit osoby, které mohou být informovány o mém zdravotním stavu	41	71,92
5	Právo vyjádřit dopředu svůj souhlas či nesouhlas s léčbou (tzv.directives anticipées)	16	28,07
6	Právo být informován o svém zdravotním stavu	47	82,45
7	Právo zvolit si osobu pro doprovázení během vyšetření (tzv.personne de confiance)	32	56,14
8	Právo přijímat duchovní péči a podporu	48	84,21
9	Právo jmenovat osobu, která bude informována při náhlé změně mého stavu	14	24,56
10	Právo přinést si do nemocnice osobní věci	56	98,24
11	Právo odmítnout léčbu	36	63,15
12	Povinnost zdravotnických pracovníků zachovávat vůči pacientům náboženskou neutralitu	35	61,40
13	Právo lékaře rozhodnout v případech akutního ohrožení života bez předchozího souhlasu pacienta	33	57,89

Právo s nejmenším počtem správných odpovědí (28,07) byly tzv. „directives anticipées“, tedy možnost vyjádřit svá přání ohledně péče v terminálních fázích života. Takto nízký výsledek je překvapivý, protože toto právo má ve Francii velkou mediální propagaci a platí již od roku 2002. Druhý nejnižší výsledek mělo právo odmítnout

přítomnost studentů zdravotnických oborů. Nejvíce správných odpovědí (98,24 % respondentů) obdržela otázka týkající se práva přinést si do nemocnice osobní věci. Druhý nejvyšší počet mělo právo přijímat ve zdravotnickém zařízení duchovní péči (84,21 %).

V rámci tohoto výzkumu nebudou výsledky českého a francouzského souboru přímo srovnávány. Přesto je možné poukázat na určité podobnosti mezi jejich výsledky. Jednou z nich je nízká znalost možnosti odmítnout přítomnost studentů popřípadě jejich účast na léčbě. Tento výsledek vypovídá o tom, že pacienti stále vnímají zdravotnická zařízení jako místo, kde je třeba přijímat vše tak, jak to přichází. Přítomnost dalších cizí lidí během vyšetření nemusí být spouště lidí příjemná. Přesto jsou ochotni ji akceptovat. Druhou podobností mezi výsledky českého a francouzského souboru je velmi dobrá znalost práva přijímat ve zdravotnických zařízeních duchovní péči. O západní společnosti se mluví čím dál více jako o společnosti sekularizované či ateistické. Tento výsledek může být odrazem toho, že lidé stále vnímají duchovní rozměr svého života, který mohou pocítit nejsilněji právě během nemoci.

9.2 Výsledky doplňujících otázek

Hlavním cílem výzkumu bylo zhodnotit znalost práv pacientů, k čemuž sloužila první část dotazníku. Jeho druhá část měla zjistit názor pacientů na jejich přístup k informacím o právech pacientů. Pro snazší rozlišení výsledků jsou výsledky hodnoceny jako souhlasím (součet odpovědí pro souhlasím a spíše souhlasím), nevím a nesouhlasím (součet odpovědí nesouhlasím a spíše nesouhlasím). Výsledky jsou uvedeny v procentech z celkového počtu odpovídajících respondentů. Výsledky pro český a francouzský soubor ukazují Tab.5 resp. Tab.6.

Česká republika

Tab.5 Výsledky doplňujících otázek v českém souboru

14 Myslíte si, že jste dobře informován/a o Vašich právech pacienta?					
	souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
Počet (n=103)	10	44	29	19	1
Procenta (%)	9,71	42,72	28,15	18,45	0,97
15 Informují sdělovací prostředky dostatečně o právech pacientů?					
	souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
Počet (n=103)	5	13	31	41	13
Procenta (%)	4,85	12,62	30,09	39,80	12,64
16 Informují Vás Vaši lékaři dostatečně o Vašem zdravotním stavu a způsobech léčby?					
	souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
Počet (n=103)	39	35	8	18	3
Procenta (%)	37,86	33,98	7,77	17,48	2,91
17 Práva pacientů se za posledních deset let zlepšila					
	souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
Počet (n=103)	23	48	16	10	6
Procenta (%)	22,33	46,60	15,53	9,71	5,83
18 Je pro Vás důležité znát svá patientská práva?					
	souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
Počet (n=103)	71	26	5	1	0
Procenta (%)	68,94	25,24	4,85	0,97	0

Více jak polovina respondentů je přesvědčena, že je o svých právech dobře informována (52,43 %), což je odpovídající údaj vzhledem k výsledkům znalostní části výzkumu. Média podle většiny respondentů o právech pacientů neinformují dostatečně (52,44 %). Naproti tomu informace, které získávají od lékařů považuje za dostatečné velká většina dotazovaných (71,84 %). Tento výsledek je jakýmsi pomyslným dobrým vysvědčením ošetřujícím lékařům. Nadpoloviční většina (68,93 %) dotazovaných se domnívá, že se práva pacientů za posledních deset let zlepšila. Vzhledem k legislativním změnám popisovaným v teoretické části této práce je možné jim dát za pravdu. Pro naprostou většinu respondentů (94,18 %) je důležité znát svá patientská práva. Tento velký hlad po informacích smutně naráží na fakt, že většina respondentů je přesvědčena, že média neinformují dostatečně. To ale na druhou stranu nabízí velký prostor pro zlepšení.

Francie

Tab.6 Výsledky doplňujících otázek ve francouzském souboru

14 Myslíte si, že jste dobře informován/a o Vašich právech pacienta?					
	souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
Počet (n=57)	15	26	4	12	0
Procenta (%)	26,32	45,61	7,02	21,05	0

15 Informují sdělovací prostředky dostatečně o právech pacientů?					
	souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
Počet (n=57)	11	11	9	23	3
Procenta (%)	19,30	19,30	15,79	40,35	5,26

16 Informují Vás Vaši lékaři dostatečně o Vašem zdravotním stavu a způsobech léčby?					
	souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
Počet (n=57)	20	21	11	5	0
Procenta (%)	35,09	36,84	19,30	8,77	0
17 Práva pacientů se za posledních deset let zlepšila					
	souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
Počet n=57	16	21	17	3	0
Procenta (%)	28,07	36,84	29,83	5,26	0
18 Je pro Vás důležité znát svá patientská práva?					
	souhlasím	spíše souhlasím	nevím	spíše nesouhlasím	nesouhlasím
Počet (n=57)	49	4	4	0	0
Procenta (%)	85,96	7,02	7,02	0	0

Většina respondentů (71,93 %) se domnívá, že je o svých právech dobře informována. To příliš nekorresponduje s výsledky znalostního testu, které byly slabší v porovnání s českým. Stejně jako v českém souboru se respondenti domnívají, že média o právech pacientů neinformují dostatečně (45,61 %). O poznání lépe dopadli lékaři, kteří o právech pacientů informují dobře podle 72,93 % respondentů. Změny v přístupu k právům pacientů se v posledních deseti letech projeví i ve Francii. Většina respondentů (64,91 %) toto zaregistrovala, což se projevilo v odpovědích na předposlední otázku. Stejně jako v českém souboru je pro naprostou většinu (92,98 %) důležité znát svá práva.

Je možné říci, že výsledky těchto doplňujících otázek v českém a francouzském souboru nesou určité znaky podobnosti. Zejména v otázce vnímání informovanosti ze strany lékařů, vnímání zlepšení v posledních deseti letech, nedostatečné role médií a vnímání toho, že je důležitá znát jakožto pacient svá práva.

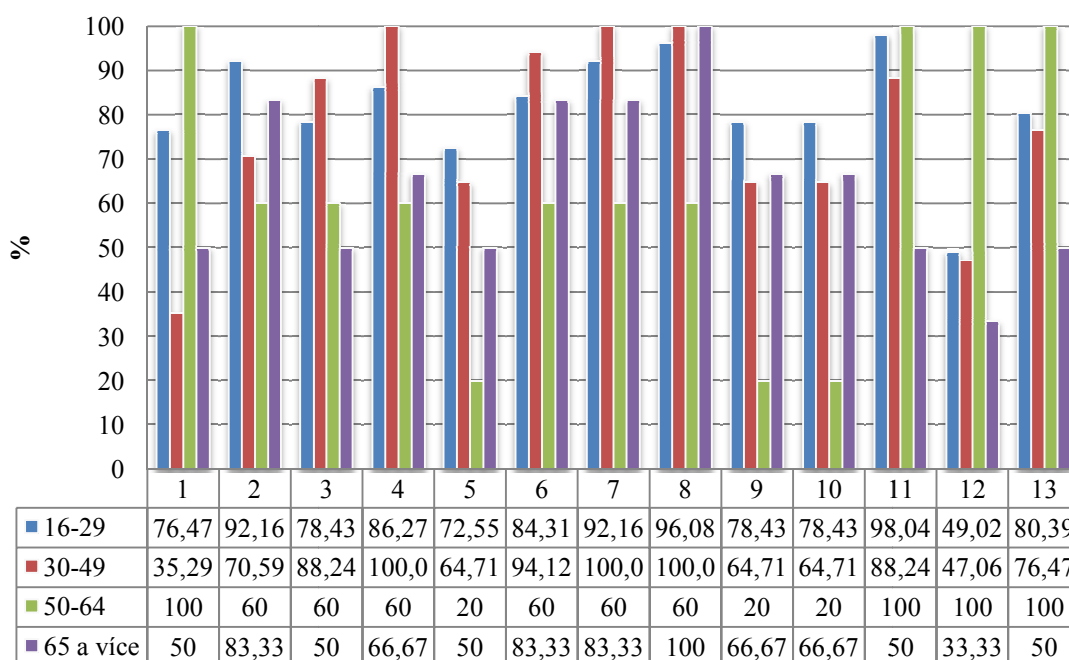
9.3 Hypotéza 1

Respondenti mladší 50-ti let jsou o právech pacientů lépe informováni než respondenti starší 50-ti let.

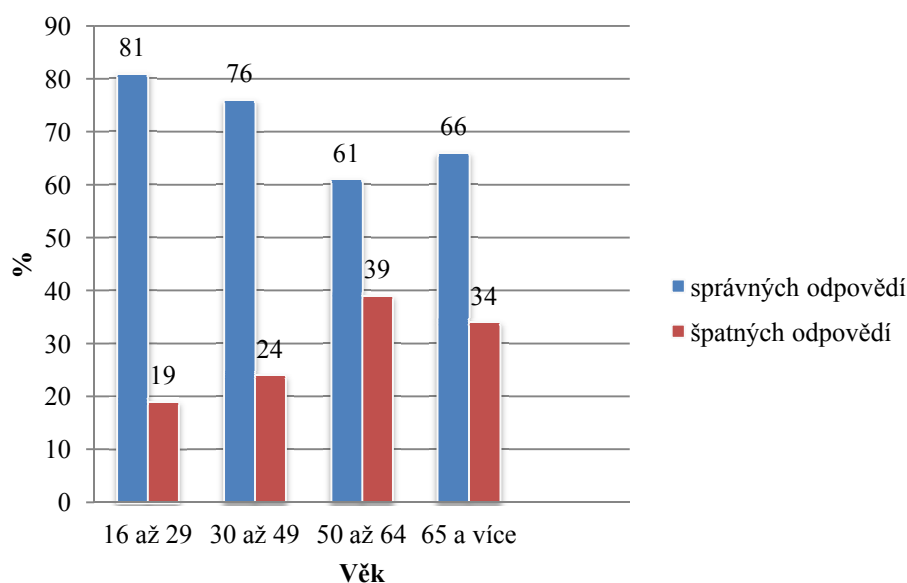
Tato hypotéza měla za cíl dokázat vztah mezi věkem respondentů a jejich znalostí práv pacientů. Pro vyhodnocení byla selektovány odpovědi podle jednotlivých věkových kategorií, tak jak byly uvedeny v dotazníku. Nejdříve byly zpracovány výsledky pro jednotlivá práva (graf 1 a 3). Ty ukázaly, s jakými otázkami měly jednotlivé věkové skupiny problémy, a které byly naopak dobře zodpovězeny. V grafu je pod každým právem (jsou označena od 1 do 13 podle Tab.3, resp. Tab.4) uvedeno, kolik procent respondentů v jednotlivých kategoriích zodpovědělo otázku týkající se daného práva správně. Celkový počet respondentů pro český vzorek byl **n=103**, resp. **n=57**. Následovalo zprůměrování všech odpovědí, což vytvořilo souhrn ukazující na celkovou úspěšnost jednotlivých věkových kategorií v testové části výzkumu (graf 2 a 4).

Česká republika

Graf 1 Znalosti práv pacientů v závislosti na věku, český soubor (jednotlivá práva)



Graf 2 Znalosti práv pacientů v závislosti na věku, český soubor (souhrn)



Ve věkových kategoriích 16 až 29 let a 30 až 49 let odpověděli respondenti správně na 81%, resp. 76% otázek. Respondenti ve věkových kategoriích 50 až 64 let a 65 let a více zvolili správné varianty pouze v 61%, resp. 66%. Z tohoto výsledků lze usuzovat, že respondenti mladší 50-ti let jsou o právech pacientů lépe informováni než pacienti starší 50 let. Hypotéza č.1 se tedy v českém souboru **potvrdila**.

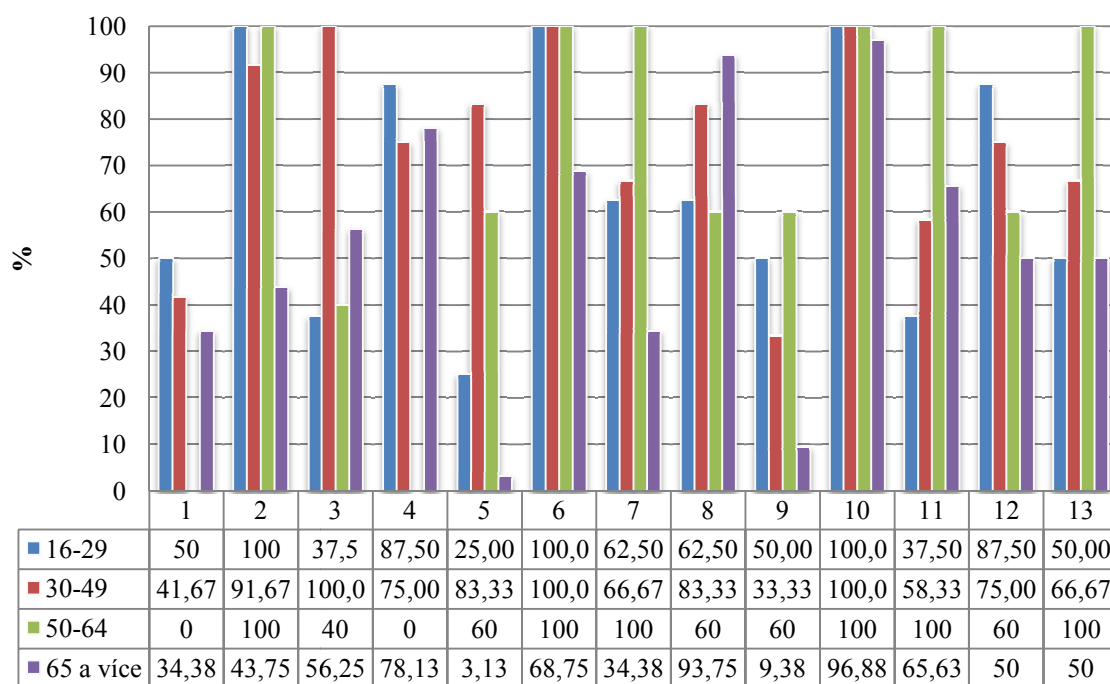
Ve výsledcích jednotlivých práv mělo hned u tří kategorií (16-29 let, 30-49 let a 65 let a více) nejnižší počet správných odpovědí právo vzdát se informace o zdravotním stavu. To koresponduje s celkovými výsledky, kdy se toto právo ukázalo jako nejméně známé ze všech (Tab.3). Výsledky věková kategorie 50-64 let není možné brát jako relevantní pro nízký počet respondentů (Tab.1).

Potvrzení této hypotézy může vycházet ze dvou základních předpokladů. Za prvé, že přístup jednotlivých generací ke zdravotnictví se liší. Starší lidé vyrůstali a žili většinu svého života v době, kdy byla zdravotní péče brána jednostranně. Pacient byl příjemcem služeb bez možnosti cokoliv ovlivnit. Ti mohou svůj celoživotní přístup měnit velmi těžko. Mladší generace dokáže lépe vstřebávat změny, které zdravotní péči provázejí. Více si uvědomuje své postavení a ví, že aktivní podílení se na léčbě je pozitivní skutečností jak pro pacienta, tak pro zdravotníky. Druhým faktorem je zajisté přístup k informacím obecně. Mladší generace má obecně širší možnosti přístupu k potřebným informacím. Mají také kladnější vztah k moderním technologiím, které se v dnešní době

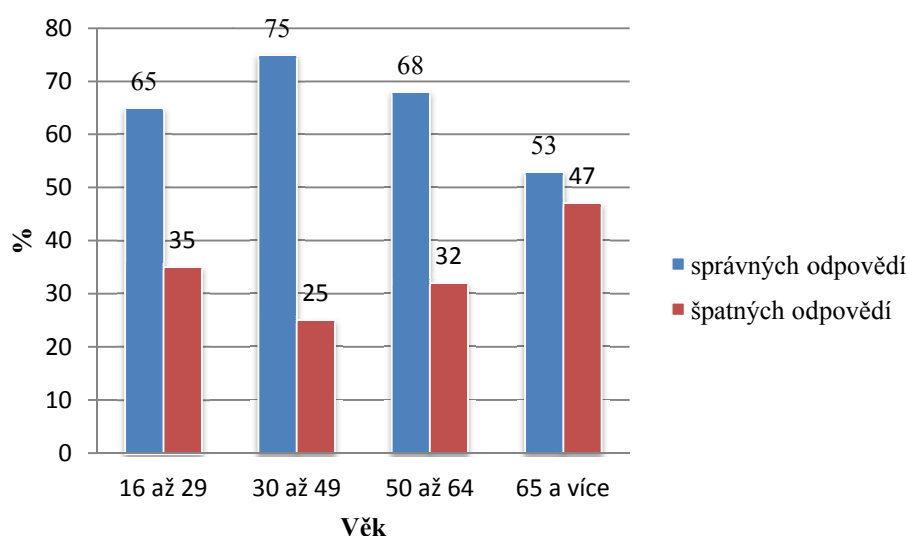
stávají hlavními nosiči informací. Starší generace je méně zručná v zacházení s počítači. Jsou ale i senioři, kteří se v rámci celoživotního vzdělávání snaží o počítačovou gramotnost. Je to právě díky univerzitám třetího věku a dalším podobným aktivitám.

Francie

Graf 3 Znalosti práv pacientů v závislosti na věku, francouzský soubor (jednotlivá práva)



Graf 4 Znalosti práv pacientů v závislosti na věku, francouzský soubor (souhrn)



Ve věkových kategoriích 16 až 29 let a 30 až 49 let odpověděli respondenti správně na 65% resp. 75% otázek. Respondenti ve věkových kategoriích 50 až 64 let a 65 let a více odpověděli správně na 68% resp. 53% testových otázek. Respondenti v kategorii 30 až 49 let znají svá práva lépe než dvě nejstarší věkové kategorie. Naopak respondenti mezi 16 až 29 lety nedosáhli výsledků kategorie 50 až 64 let. Relevanost tohoto výsledku naráží na malý počet respondentů ve věkové skupině 16 až 29 let (7 respondentů, viz.Tab.2) a 50 až 64 let (5 respondentů, viz.Tab3). Hypotézu 1 ve francouzském souboru tudíž **není možné spolehlivě potvrdit ani vyvrátit**.

Při hodnocení výsledků jednotlivých otázek je třeba za nedostatečně relevantní data, stejně jako v předchozím odstavci, označit výsledky věkových skupin 16 až 29 let a 50 až 64 let. Respondenti ve věkové kategorii 65 let a více měly při bližším srovnání nejvíce potíží s otázkami týkajícími se práva odmítnout přítomnost studentů zdravotnických studentů, tzv. „directives anticipées“ a možnosti ustanovení a funkce tzv. „réferant familial“ (graf 3).

Příčinu nižší informovanosti mladých ve francouzském souboru není možné přesně stanovit. Možným důvodem je předpokladatelný nižší kontakt mladých se zdravotnictvím. To by mohlo stát za jejich neinformovaností v této oblasti. Přes možnost přístupu ke všem potřebným informacím mladí nemusí otázky týkající se práv pacientů považovat vzhledem k jejich zdravotnímu stavu za aktuálně potřebné znalosti. Znepokojujícím výsledkem u nejstarší generace (65 let a více) je neznalost tzv.

„directives anticipées“. Toto právo je totiž určeno především pro staré lidi, kterým by mělo napomoci participovat na rozhodnutích, která se týkají posledních chvil jejich života. Jeho neznalost může svědčit o nedostatečné práci médií a zdravotnických profesionálů při informování starých pacientů. Může ale také svědčit o nechuti lidí (starých, ale i mladých) myslet na smrt a věci s ní spojené, což je jev, který se v západní společnosti v poslední době objevuje čím dál častěji.

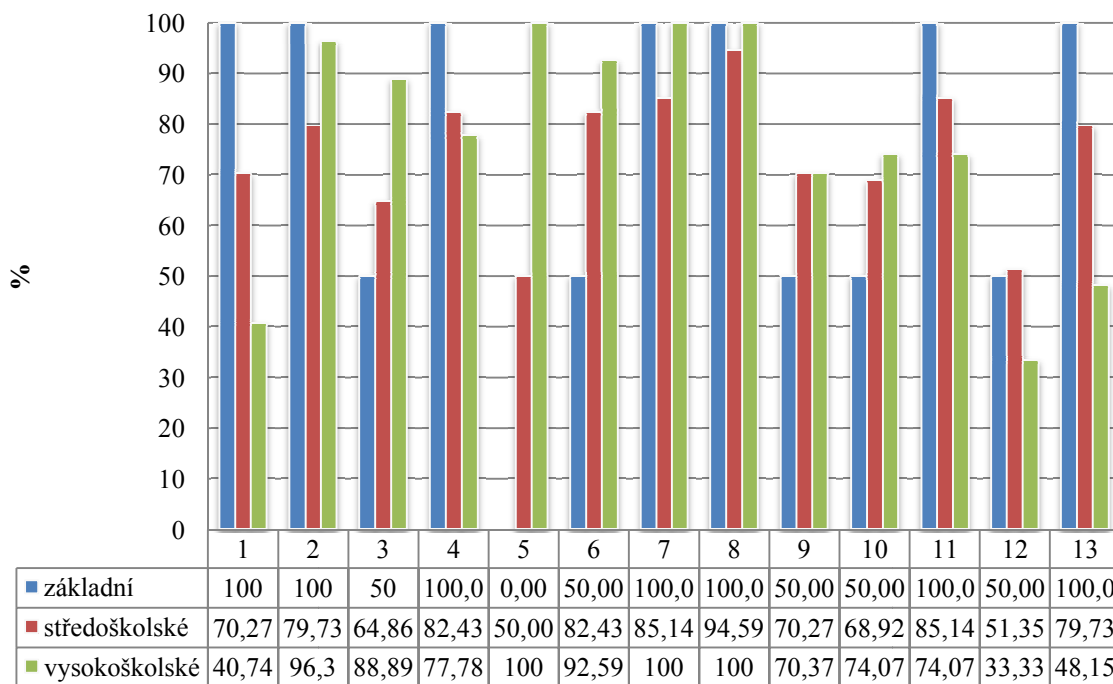
9.4 Hypotéza 2

Vzdělání má vliv na informovanost respondentů o právech pacientů.

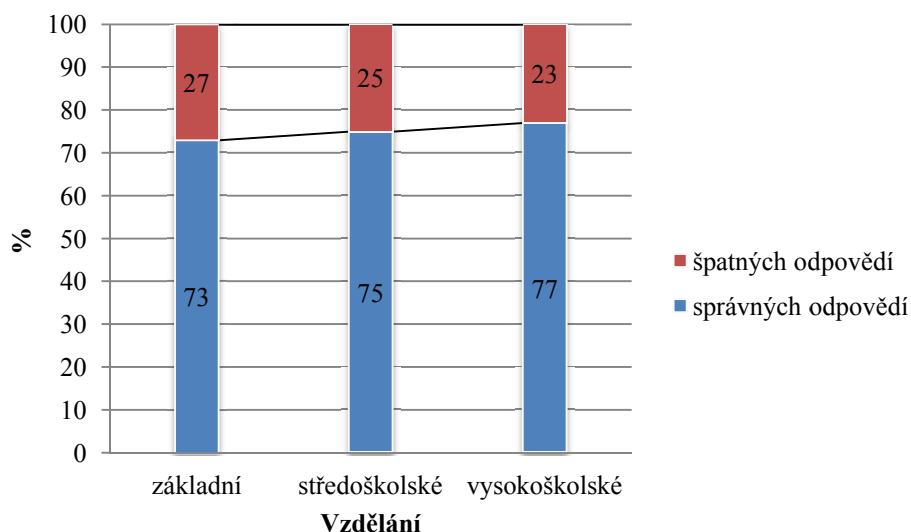
Hypotéza 2 zkoumala existenci závislosti vzdělání respondentů na znalosti práv pacientů. Byly zvoleny tři kategorie, do kterých se měly respondenti zařadit. Základní vzdělání, středoškolské vzdělání (bez rozlišení vyučení a maturity) a vysokoškolské vzdělání. Nejdříve byly zpracovány výsledky pro jednotlivá práva (graf 5 a 7). Získaná data zobrazila míru znalostí jednotlivých práv u každé skupiny respondentů. V grafu je pod každým právem (jsou označena od 1 do 13 podle Tab.3, resp. Tab.4) uvedeno, kolik procent respondentů v jednotlivých kategoriích zodpovědělo otázku týkající se daného práva správně. Celkový počet respondentů pro český a francouzský vzorek byl **n=103**, resp **n=57**. Grafy 6 a 8 zobrazují souhrn celkové úspěšnosti jednotlivých kategorií dle dosaženého vzdělání.

Česká republika

Graf 5 Znalosti práv pacientů v závislosti na vzdělání, český soubor (jednotlivá práva)



Graf 6 Znalosti práv pacientů v závislosti na vzdělání, český soubor (souhrn)



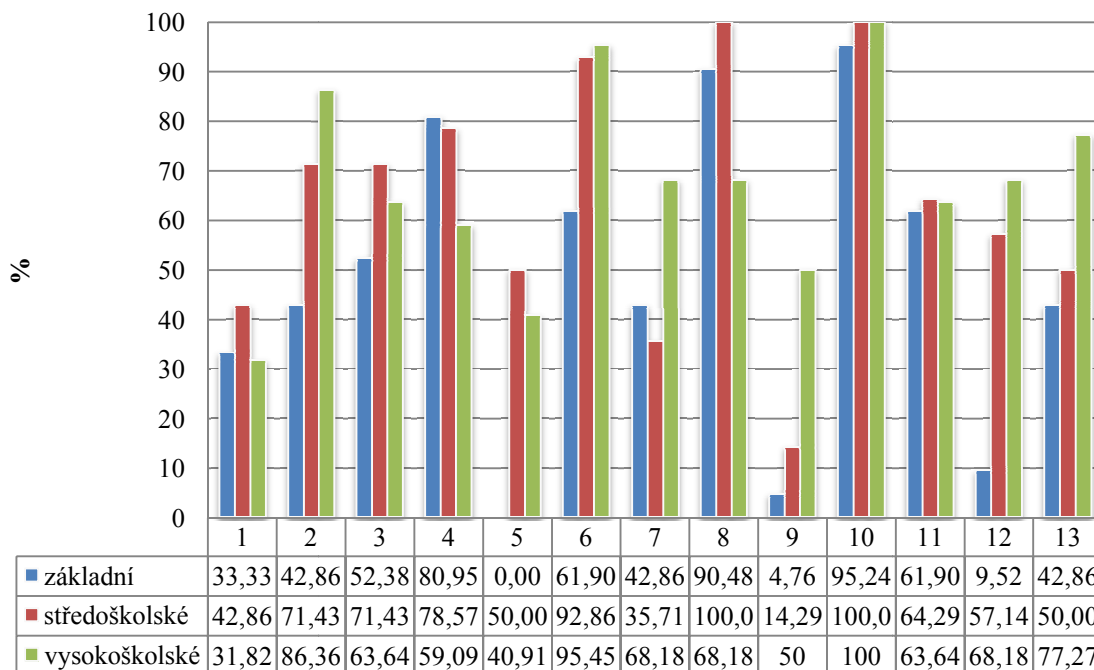
Respondenti s nejvyšším dosaženým základním vzděláním odpověděli správně na 73% otázek. Respondenti se středoškolským vzděláním na 75% otázek a s vysokoškolským na 77% otázek (graf 6). Takto vyrovnané výsledky nepoukazují na existenci závislosti mezi dosaženým vzděláním a znalostí práv pacientů. Dalším faktorem snižujícím relevanci uvedených výsledků je nízký počet respondentů v kategorii „základní vzdělání“. Hypotézu 2 **nebylo možné** v českém souboru **spolehlivě potvrdit ani vyvrátit**.

Všechny tři skupiny respondentů prokázaly dobrou znalost práva opustit zdravotnické zařízení, práva určit osoby, které mohou být informovány o jejich zdravotním stavu, práva vyžádat si konzultační služby od jiného lékaře a práva přijímat ve zdravotnickém zařízení duchovní péči (graf 5). Zajímavým výsledkem je relativní neznalost (40,74 % respondentů odpovědělo správně) možnosti odmítnout přítomnost studentů zdravotnických oborů mezi vysokoškolsky vzdělanými respondenty. U stejné skupiny respondentů byla překvapením i nízká znalost práva vzdání se informace o svém zdravotním stavu a práva lékaře rozhodnout v akutních případech bez souhlasu pacienta (33,33 %, resp. 48,15 %). Ve většině ostatních otázek již vysokoškolsky

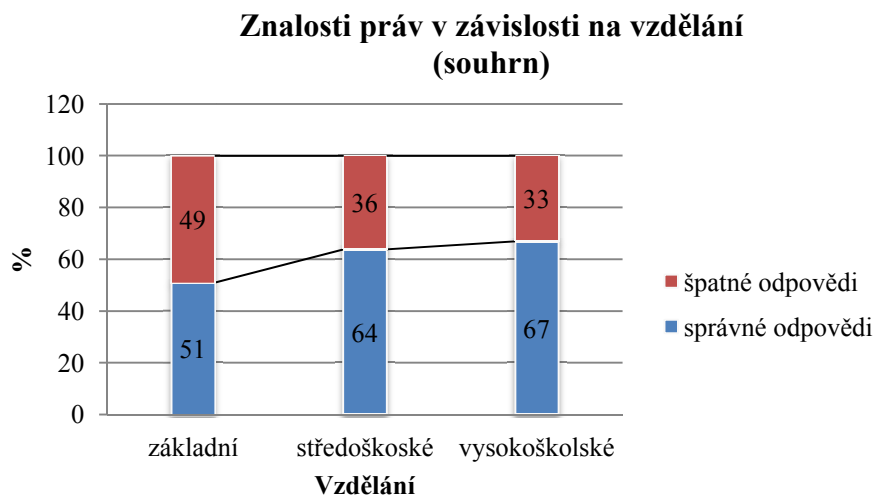
vzdělání respondenti odpovídali nadprůměrně. Přesto se jejich očekávaná vyšší informovanost nepotvrdila.

Francie

Graf 7 Znalosti práv pacientů v závislosti na vzdělání, francouzský soubor (jednotlivá práva)



Graf 8 Znalosti práv pacientů v závislosti na vzdělání, francouzský soubor (souhrn)



Ve francouzském souboru odpověděli respondenti se základním vzděláním správně na 49% otázek. Naopak středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaní odpověděli správně na 64%, resp. 67% testových otázek (graf 8). Hypotéza 2 se tedy ve francouzském souboru **potvrdila**.

Respondenti ve všech třech kategoriích dle vzdělání znali dobře právo přinést si osobní věci do nemocnice a právo přijímat duchovní péči a podporu. Naproti tomu počet správných odpovědí u práva odmítnout přítomnost studentů nepřesáhla u žádné z kategorií 43 % (graf 7). Vysokoškolsky vzdělaní respondenti znali nejméně právo odmítnou studenty (31,82 %) a právo sepsat tzv. „directives anticipées“ (40,91 %). Středoškolsky vzdělaní měli nejnižší počet správných odpovědí u práva určit tzv. „personne de confiance“ a tzv. „réferant familial“ (35,71 %, resp. 14,29 %). To poukazuje na nedostatečné rozlišování rozdílné funkce těchto dvou institutů blízké osoby. Znalost tzv. „personne de confiance“ byla nízká i u respondentů se základním vzděláním (4,76 %). V otázce tzv. „directives anticipées“ neodpověděl správně dokonce žádný respondent se základním vzděláním (graf 7). Tento výsledek koresponduje s výsledkem hypotézy 1, kdy pouze 3,13 % respondentů starších 65 let odpovědělo na tuto otázku správně (graf 3). Skupina starších 65 let a těch se základním vzděláním je ve francouzském souboru téměř identická. Jedná se o pacienty (a zejména pacientky) nemocnice Charles-Foix, kteří své mládí prožili v době, kdy bylo běžné končit vzdělání základní školou. A to zvláště pro ženy.

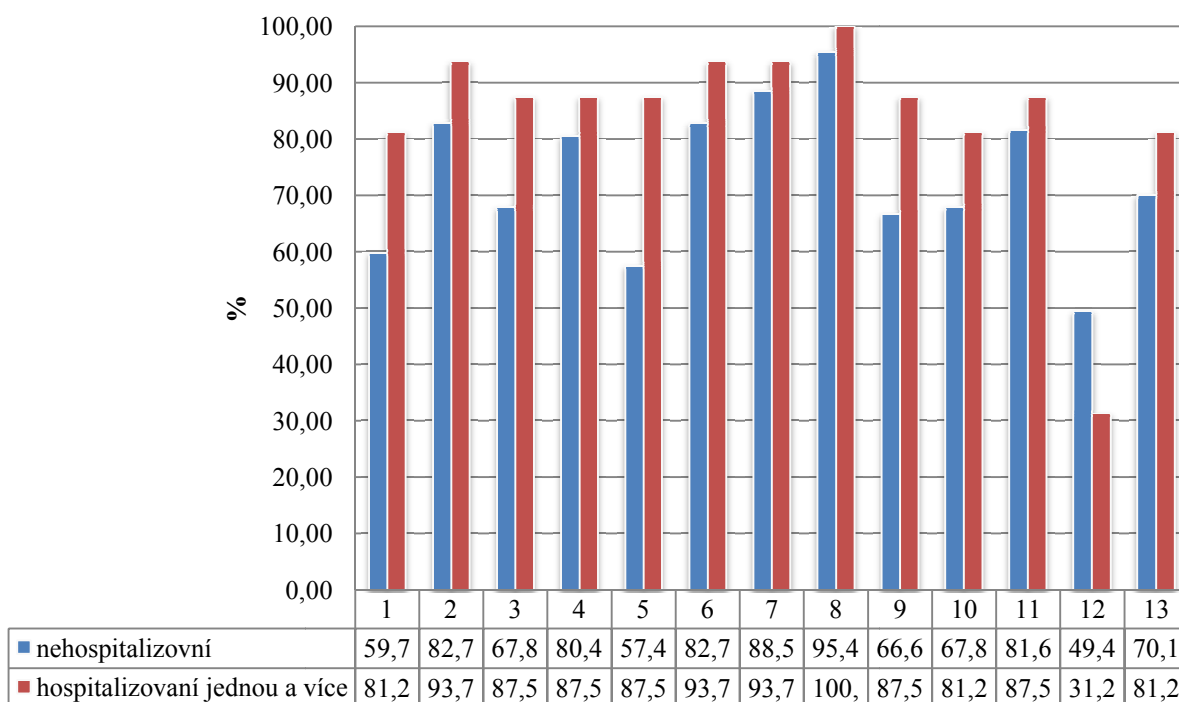
9.5 Hypotéza 3

Respondenti hospitalizovaní jednou a více znají práva pacientů lépe, než respondenti, kteří nikdy hospitalizovaní nebyli.

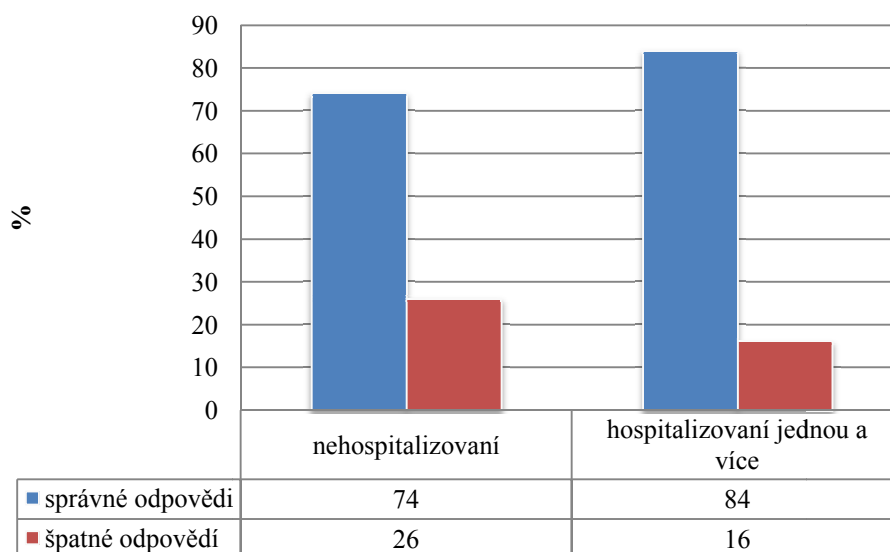
Jak již bylo v průběhu této práce několikrát zmíněno, nejlepším způsobem, jakým mohou pacienti získat povědomí o svých právech je přímá komunikace s lékaři či ostatními zdravotnickými pracovníky. Příležitostí pro takovou komunikaci je především pobyt ve zdravotnickém zařízení. Hypotéza 3 měla prokázat, zda-li předchozí hospitalizace u respondentů ovlivňuje jejich znalost práv pacientů. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin. První byli ti, kteří nikdy hospitalizovaní nebyli, druzí ti, kteří byli hospitalizovaní jednou a více krát. Stejně jako u předchozích hypotéz byly zpracovány výsledky pro jednotlivá práva (graf 9 a 11) a následně souhrn celkové úspěšnosti jednotlivých kategorií dle počtu hospitalizací (graf 10 a 12). Celkový počet respondentů pro český a francouzský vzorek byl **n=103**, resp **n=57**.

Česká republika

Graf 9 Znalosti práv pacientů v závislosti na předchozí hospitalizaci, český soubor (jednotlivá práva)



Graf 10 Znalosti práv pacientů v závislosti na předchozí hospitalizaci, český soubor
(souhrn)



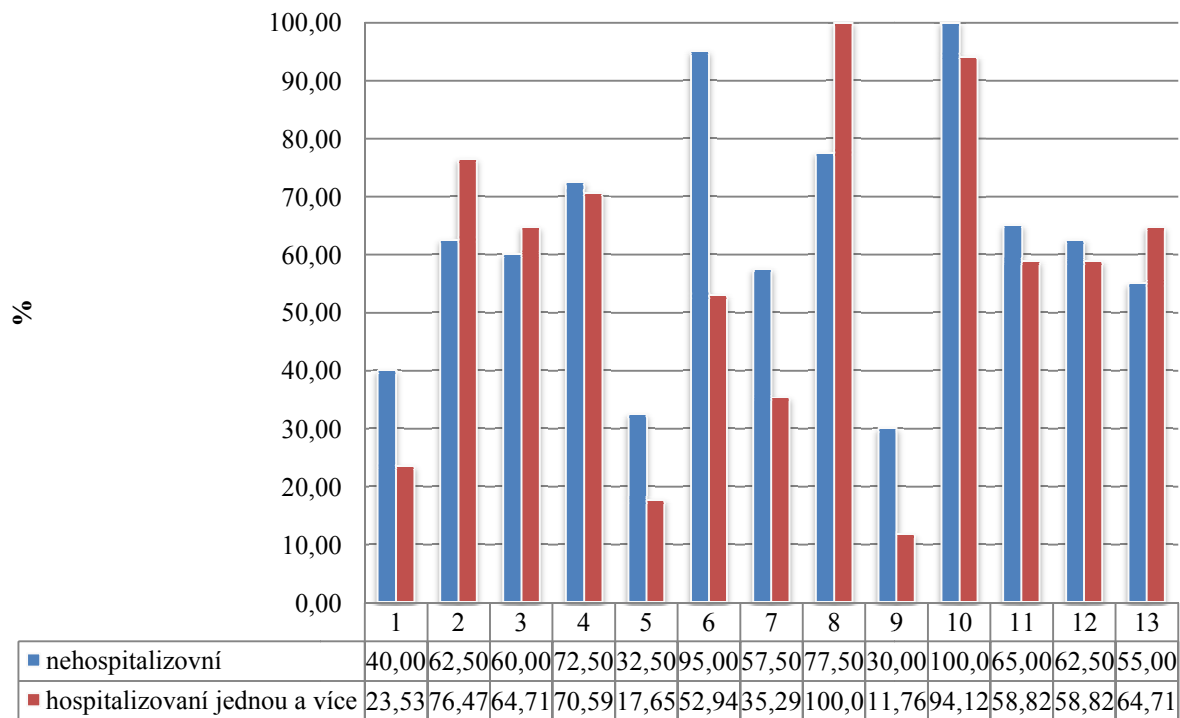
Respondenti, kteří nebyli nikdy hospitalizováni odpověděli správně na 74 % otázek, respondenti hospitalizovaní jednou a více na 84 % otázek. Z těchto dat lze udělat závěr, že respondenti hospitalizovaní jednou a více prokázali lepší znalost práv pacientů, než nehospitalizovaní respondenti. Hypotéza 3 byla v českém souboru **potvrzena**.

Stejně jako v celkovém souhrnu měly hospitalizovaní i nehospitalizovaní nejnižší počet správných odpovědí u otázky týkající se práva vzdát se informace o svém zdravotním stavu. Na většinu ostatních otázek odpověděli respondenti správně ve více jak 60 %. Výjimku tvořily otázky týkající se práva odmítnout přítomnost studentů zdravotnických oborů během pobytu ve zdravotnickém zařízení a práva na sepsání „dříve vysloveného přání“. Nižší skóre u těchto odpovědí měli pacienti, kteří nebyli nikdy dříve hospitalizovaní (59,7 %, resp. 57,4 %).

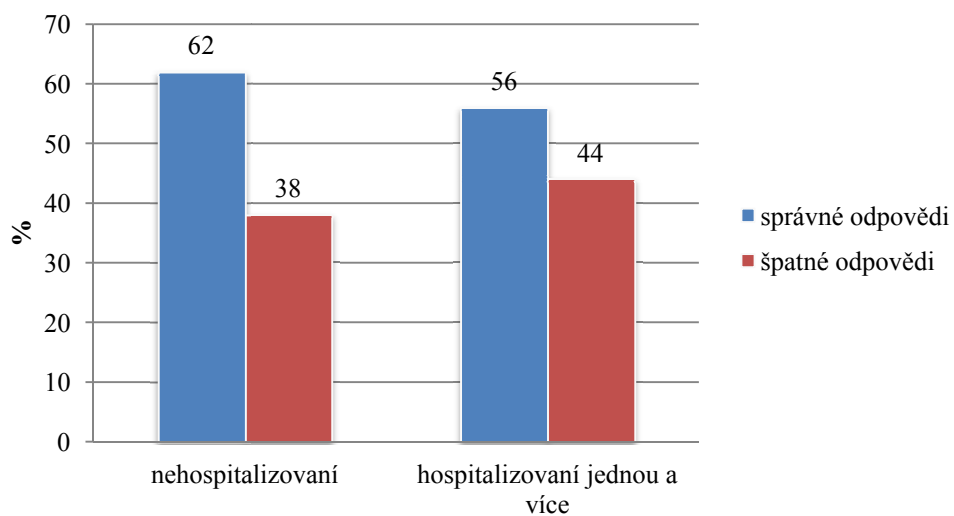
Vyšší informovanost dříve hospitalizovaných respondentů svědčí o zlepšujícím se přístupu pacientů ve zdravotnických zařízeních k informacím o právech pacientů. Ať již jsou pacienti informováni přímo od lékařů, ostatních zdravotnických pracovníků či z informačních letáků, jedná se o dobrou cestu postupujícího vývoje deklarování a dodržování lidských práv a svobod.

Francie

Graf 11 Znalosti práv pacientů v závislosti na předchozí hospitalizaci, francouzský soubor (jednotlivá práva)



Graf 12 Znalosti práv pacientů v závislosti na předchozí hospitalizaci, francouzský soubor (souhrn)



Dříve nehospitalizovaní respondenti zodpověděli správně 62% otázek.. Jednou a více hospitalizovaní respondenti odpověděli správně na 56% otázek (graf 12). Nehospitalizovaní respondenti prokázali mírně vyšší znalost práv pacientů, než respondenti již dříve hospitalizovaní. Hypotéza 3 ve francouzském souboru tedy **nebyla potvrzena**.

Ve shodě s celkovými výsledky znali jak hospitalizovaní tak nehospitalizovaní své právo na přinesení osobních věcí do zdravotnického zařízení. Hospitalizovaní jednou a více prokázali stoprocentní znalost práva přijímat duchovní péči a podporu (graf 11). Přestože se Francie snaží o co nejdůslednější sekularizaci, poukazuje tento výsledek na to, že francouzští pacienti si velmi dobře uvědomují svá náboženská práva, a to bez ohledu na vyznání.

Tento výsledek byl v rámci výzkumu překvapením. Z osobní zkušenosti autora je snaha o zpřístupnění informací ve francouzských zdravotnických zařízeních velmi dobrá. Může to poukazovat na to, že dostatek letáků a propagačních materiálů dostupných na všech odděleních nemusí být dostatečně efektivní, jak by se dalo očekávat. Nejlepším způsobem informování pacientů se zdá osobní rozhovor s lékařem (či jiným zdravotnickým pracovníkem).

10 DISKUZE

Práva pacientů se v posledních desetiletích dostala do centra zájmu jak v celosvětovém měřítku, tak v rámci jednotlivých zemí. Tato práce pojednává zejména o evropské kulturní oblasti, ale podobné výzkumy byly uskutečněny i zemích s velmi odlišným sociálním i kulturním zázemím. Tyto výzkumy dokazují, že práva pacientů patří mezi základní společenské normy platné napříč kulturami. Habib Farida při výzkumu v Saudské Arábii taktéž zjišťoval znalost práva odmítnout léčbu, práva podílet se na rozhodování o léčbě a práva vyžádat si konzultační služby od jiného zdravotnického pracovníka.⁵³ Znalost práva pacienta na informace byla zjišťována ve výzkumu, který probíhal v Řecku⁵⁴, v Lotyšsku⁵⁵ i dalším výzkumu z Saudské Arábie.⁵⁶

Zajímavé údaje v kontextu této práce, zejména její francouzské části, obsahuje výzkum, který zjišťoval souvislost mezi stoupajícím počtem stížností pacientů ve francouzské fakultní nemocnici a vývoj na poli práv pacientů.⁵⁷ Výzkumníci v rámci tohoto výzkumu, který zkoumal nárůst počtu stížností pacientů a podrobně jednotlivé stížnosti zkoumali. Snažili se objektivizovat případný vliv nově zavedené legislativy týkající se práv pacientů na nárůst počtu těchto stížností. Hodnoceny byly stížnosti z let 1998 až 2004, což obsáhlo i období po přijetí Kouchnerova zákona (viz. kapitola 3.1.1) v roce 2002. Závěry výzkumu ukazují, že přijetí tohoto patientského zákona mohlo přispět ke zvýšení počtu stížností tím, že změnilo přístup pacientů k otázce stížností ve zdravotnickém prostředí.

Co se týče celkové znalosti práv pacientů v českém a francouzském souboru, je možné uvést, že byla, v porovnání s ostatními výzkumy, na dobré úrovni. Průměr správných odpovědí na všechny otázky činil v českém souboru 74,83 % a ve francouzském souboru 60,5 %. Naproti tomu, výsledky ostatních výzkumů se často

⁵³ HABIB, Farida et al. *Assessment of awareness and source of information of patients' rights: a cross-sectional survey in Riyadh Saudi Arabia*. American Journal of Research Communication, 2013, 1(2), 1-9. ISSN: 2325-4076.

⁵⁴ MERAKOU, pozn. 2, s. 502

⁵⁵ DUCINSKIENE, Danute et al., *Awareness and practice of patient's rights law in Lithuania*. BMC International Health and Human Rights, 2006, 6 (10).

⁵⁶ ALMOAJEL, M. Alyah. *Hospitalized Patients Awareness of Their Rights in Saudi Governmental Hospital*. Middle-East Journal of Scientific Research, 2012, 11(3), 329-335.

⁵⁷ GIUGLIANI, Camila et al. *Evolution of Patients' complaints in a French university hospital: is there a contribution of a law regarding patients' rights?* BMC Health Services Research, 2009, 9, 141.

pohybují pod 50 % hranicí. Již zmiňovaný řecký výzkum uvádí, že 60 % respondentů nemělo žádné povědomí o právech pacientů.⁵⁸ Jiný výzkum provedený v Turecku došel k závěru, že pouze 23 % respondentů bylo schopno rozpoznat svá práva.⁵⁹ Studie provedená Mariannou Fotaki došla ke stejným závěrům, kdy mnozí z respondentů měli velmi malé či žádné informace o právech pacientů.⁶⁰

Závislost mezi věkem a znalostí práv pacientů ve francouzském souboru nebylo možné spolehlivě vyvrátit ani potvrdit. V českém souboru byla však tato závislost potvrzena. Negativní závislost mezi věkem a znalostí práv pacientů ukazují i výsledky výzkumu Habiba Farida⁶¹. I zde byl vzestup věku spojen s poklesem informovanosti respondentů. Stejně tak bylo toto zjištění potvrzeno v USA.⁶² V průběhu této práce bylo několikrát zmiňováno, že starší generace obecně přistupují ke zdravotnické péči jinak než generace mladší. Jedním z možných důvodů tohoto odlišného přístupu může být to, že pozitivní pokrok v patientských právech měl celosvětově největší progresi v posledních několika málo desetiletích. Lidé, kteří prožili většinu svého života ještě za starých podmínek, tak měli mnohem horší výchozí situaci pro přizpůsobení se novému řádu v oblasti práv pacientů. Jak ukazují výsledky uvedených výzkumů, tento předpoklad se zdá jako velmi pravděpodobný.

Hypotézu 2 nebylo v českém souboru možné potvrdit ani vyvrátit. Ve francouzském souboru byla však tato hypotéza potvrzena – vzdělání zde mělo vliv na znalosti týkající se práv pacientů. Stejný výsledek poskytl i výzkum Kouly Merakou, který prokázal statisticky významný rozdíl znalosti práv v závislosti na vzdělání.⁶³ Ke stejnému zjištění došel i jeden ze Saudsko-arabských výzkumů, který prokázal významnou pozitivní korelaci mezi znalostí práv pacientů a vzděláním.⁶⁴ Čím vyšší je tedy dosažená úroveň vzdělání, tím více stoupá míra znalosti práv pacientů.

⁵⁸ MERAkou, pozn. 2, s. 505.

⁵⁹ ZU˘LFİKAR, F. et al. *Are patients aware of their rights? A Turkish study*. *Nursing ethics*, 2001, **8**, 487-498.

⁶⁰ FOTAKI, Marianna. *Users' perceptions of health relevant care reforms: Quality of care and patient rights in four regions in the Russian Federation*. *Social Science & Medicine*, 2006, **63**, 1637-1647.

⁶¹ HABIB, pozn. 53, s. 5.

⁶² DALEY, J. *Through the patient's eyes*. Jossey – Bass Publisher. San Francisco; 1993.

⁶³ MERAkou, pozn. 2, s. 502.

⁶⁴ HABIB, pozn. 53, s. 5.

Posledním vztahem, který tato práce zkoumala byla závislost znalostí práv pacientů na předchozí hospitalizaci. V českém souboru bylo potvrzeno, že míra znalostí je vyšší u pacientů, kteří byla dříve alespoň jednou hospitalizováni. Ve francouzském souboru toto prokázáno nebylo. V žádném z dostupných výzkumů s tematikou práv pacientů nebyla zkoumána korelace mezi počtem hospitalizací a znalostí práv pacientů. Tento údaj (počet hospitalizací) byl sice zjišťován, např. ve výzkumu Alyaha Almoajela⁶⁵, ale nebyl poté již dále statisticky zpracován. Z tohoto důvodu nebylo možné výsledky této práce porovnat.

Při porovnávání této práce s ostatními výzkumy vystupoval do popředí především jeden nedostatek, a totiž nedostatečně velký a reprezentativní soubor respondentů. U uvedených zahraničních výzkumů byl minimální počet respondentů 250⁶⁶. Nedostatečná velikost souboru se projevila zejména při vyhodnocování jednotlivých hypotéz. Nízký počet respondentů v jednotlivých srovnávaných kategoriích neumožnil potvrdit či vyvrátit francouzskou část u hypotézy 1 a českou část hypotézy 2. Nízký počet respondentů také neumožnil statistické zpracování dat, které by zajisté přineslo relevantnější výsledky. Přesto tento výzkum navázal na podobné snahy výzkumů se stejným cílem, totiž zhodnotit znalost práv pacientů mezi respondenty. V českém a francouzském prostředí se navíc podařilo prokázat fenomény dokumentované i v ostatních výzkumech. Jedná se především o závislost znalostí práv pacientů na věku a vzdělání, což je fakt, který se prolíná všemi zahraničními výzkumy.

⁶⁵ ALMOAJEL, pozn. 56, s. 331.

⁶⁶ ALMOAJEL, pozn. 56, s. 330.

ZÁVĚR

Změny v přístupu ke zdravotní péči probíhají v západním světě teprve několik desetiletí, jak se snažila nastínit teoretická část této práce. Přesto je na výsledcích výzkumu provedeného v České republice a Francii možno ukázat, že znalost práv pacientů je mezi respondenty na dobré úrovni. Svědčí to o dobré práci sdělovacích prostředků, ale i zdravotnického personálu, který je, co se týče komunikace s pacienty, v první linii. Svědčí to také o tom, že vztah lékař-pacient se začíná narovnávat a přibližovat se ideálu, kdy pacient bude lékařem partnerem a zároveň nebude svých práv zneužívat. Jak také vyplynulo z výzkumu, existují skupiny respondentů, u nichž je znalost jejich práv nižší, a kterým bude potřeba se v budoucnu věnovat při plánování osvěty. Jedná se zejména o skupiny obyvatel starších padesáti let a s nižším vzděláním. Je proto potřeba soustavně o právech pacientů informovat a to co nejsrozumitelnějším způsobem. Pro tento účel byl také v rámci této práce vytvořen informační leták (příloha č.5) shrnující základní práva pacientů, která by pacienti měli znát. Inspirací pro tento leták byl způsob, jakým je o právech pacientů informováno ve zdravotnických zařízeních ve Francii. Přesto si autor uvědomuje, jak bylo již uvedeno, že informovanost pomocí tištěných materiálů není tím nejlepším způsobem. Nejlepším způsobem, jak se pacienti mohou o svých právech dovědět, je především vlastní komunikace mezi lékaři, potažmo zdravotnickými pracovníky a samotnými pacienty. Nejde ale pouze o to informovat pacienty o jejich právech, ale o rozvíjení vzájemného vztahu důvěry, která může být základem pro zdravotnictví nového věku, které se, doufejme, nestane dalším komerčním odvětvím, ale zachová si vstřícnost a lidskost, která k péči o lidské zdraví patří. Doufejme, že i tato práce mohla být malým příspěvkem v tomto budování.

SEZNAM ZDROJŮ

1. ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK. *European Charter of Patient's Rights* [online]. Rome, 2002 [cit. 24.10.2012]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf
2. ALMOAJEL, M. Alyah. *Hospitalized Patients Awareness of Their Rights in Saudi Governmental Hospital*. Middle-East Journal of Scientific Research, 2012, **11**(3), 329-335.
3. ANDERSON, R.D. *The patient's Bill of Right*. Florida: American Society of Hospital Pharmacist, 1971. In: HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů (komentované vydání)*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7.
4. CANDIGLIOTA, Zuzana et al. *Ochrana práv pacientů*, Liga lidských práv, 2010. ISBN 978-80-87414-03-3.
5. CANDIGLIOTA, Zuzana et al. *Jak být pacientem v České republice a zachovat si důstojnost*. Liga lidských práv, Brno 2009. ISBN 978-80-87414-04-0
6. COUNCIL OF EUROPE. *Biomedicine and Human Rights: The Oviedo Convention and Its Additional Protocols*. Council of Europe Publishing, 2009. ISBN 978-92-871-6662-3.
7. DALEY, J: *Through the patient's eyes*. Jossey – Bass Publisher. San Francisco; 1993.
8. DUCINSKIENE, Danute et al., *Awareness and practice of patient's rights law in Lithuania*. BMC International Health and Human Rights, 2006, **6** (10).
9. EEC [European Economic Community]. *Charter of the Hospital patient* [online]. Luxembourg, 9.5.1979 [cit. 24.10.2012]. Dostupné z: http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/07_charter/07_charterpatients_1979.pdf
10. EUROPEAN PATIENT'S FORUM. *Patients' rights in the European Union* [online]. [cit. 24.10.2012]. Dostupné z : http://www.eu-patient.eu/Documents/Projects/Valueplus/Patients_Rights.pdf
11. EXTER, André Pieter den. *Health Care Law-making in central and Eastern Europe Review of a Legal-Theoretical Model*. Antwerp-Oxford-New York: Intersentia, 2002. ISBN 90-5095-253-4.
12. FOTAKI, Marianna. *Users' perceptions of health relevant care reforms: Quality of care and patient rights in four, regions in the Russian Federation*. Social Science & Medicine, 2006, **63**, 1637-1647.

13. FREWER, Andreas. Human rights from the Nuremberg Doctors Trial to the Geneva Declaration. Persons and institutions in medical ethics and history. *Medicine, health care and philosophy*, 2010, **13**(3), 259-268.
14. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
15. GIUGLIANI, Camila et al. *Evolution of Patients' complaints in a French university hospital: is there a contribution of a law regarding patients' rights?* BMC Health Services Research, 2009, **9**, 141.
16. GISBORNE, Thomas. *An inquiry into the duties of men* [online]. London, 1813 [cit. 24.10.2012]. Dostupné z: <http://books.google.cz/books?id=UFAUAQAAMAAJ&ots=wi03g22czP&dq=thomas%20gisborne%20the%20duties%20of%20men&hl=cs&pg=PR3#v=onepage&q&f=false>
17. HABIB, Farida et al. *Assessment of awareness and source of information of patients' rights: a cross-sectional survey in Riyadh Saudi Arabia*. American Journal of Research Communication, 2013, 1(2), 1-9. ISSN: 2325-4076
18. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů (komentované vydání)*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7.
19. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
20. KOLÁŘOVÁ, Klára. *Soukromoprávní odpovědnost lékaře*. Brno, 2006. Diplomová práce. Masarykova universita. Právnická fakulta. Katedra občanského práva. Vedoucí práce Jan HURDÍK.
21. MERAKOU, Koula et al. *Satisfying patients' rights: a hospital patient survey*. Nursing ethics, 2001, **8**(6), 499-509.
22. OSN. *The Universal Declaration of Human Rights: 1948-1998*. New York: United Nations, 1998.
23. *Universal Declaration of Human Rights* [online]. Paříž, 10.12.1948 [cit. 24.10.2012]. Dostupné z: <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>
24. ŘÍČKOVÁ, Hana. *Práva pacientů v České republice* [online]. Brno, 2003 [cit. 24.3.2013]. Atestační práce. Dostupné z: <http://www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=191>
25. VICHARD, Phillipe. La loi hospitalière du 21 décembre 1941 : origines, conséquences. *Histoire des sciences médicales Organe officiel de la société française d'histoire de la médecine*, 2007, **41**(1), 61-70.

26. VONDRÁČEK, Lubomír a KURZOVÁ, Hana. *Zdravotnické právo Pro praxi a posluchače lékařských fakult.* Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, Praha 2002. ISBN 80-246-0531-7
27. WMA [World medical association]. *Declaration of Geneva* [online]. Ženeva, 1948 [cit. 24.10.2012]. Dostupné z: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html>
28. WMA [World medical association]. *Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient* [online]. Lisabon, 1981 [cit. 24.10.2012]. Dostupné z: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/index.html>
29. WHO [World health organization]. *Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě.* Praha: MZČR, 1994. ISBN 80-85047-18-7.
30. WHO [World health organization]. *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, U.S.S.R., 6-12 September, 1978.* Geneva: W.H.O, 1978.
31. Zákon č. 371/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
32. ZU'LFIKAR, F. et al. *Are patients aware of their rights? A Turkish study.* Nursing ethics, 2001, **8**, 487-498.

SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Demografické údaje pro český soubor	Str.40
Tab. 2	Demografické údaje pro francouzský soubor	Str.41
Tab. 3	Výsledky znalostí jednotlivých práv pacientů v českém souboru	Str.42
Tab. 4	Výsledky znalostí jednotlivých práv pacientů ve francouzském souboru	Str.44
Tab. 5	Výsledky doplňujících otázek v českém souboru	Str.46
Tab. 6	Výsledky doplňujících otázek ve francouzském souboru	Str.47

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Znalosti práv pacientů v závislosti na věku, český soubor (jednotlivá práva)	Str.49
Graf 2	Znalosti práv pacientů v závislosti na věku, český soubor (souhrn)	Str.50
Graf 3	Znalosti práv pacientů v závislosti na věku, francouzský soubor (jednotlivá práva)	Str.51
Graf 4	Znalosti práv pacientů v závislosti na věku, francouzský soubor (souhrn)	Str.52
Graf 5	Znalosti práv pacientů v závislosti na vzdělání, český soubor (jednotlivá práva)	Str.54
Graf 6	Znalosti práv pacientů v závislosti na vzdělání, český soubor (souhrn)	Str.55
Graf 7	Znalosti práv pacientů v závislosti na vzdělání, francouzský soubor (jednotlivá práva)	Str.56
Graf 8	Znalosti práv pacientů v závislosti na vzdělání, francouzský soubor (souhrn)	Str.56
Graf 9	Znalosti práv pacientů v závislosti na předchozí hospitalizaci, český soubor (jednotlivá práva)	Str.58
Graf 10	Znalosti práv pacientů v závislosti na předchozí hospitalizaci, český soubor (souhrn)	Str.59
Graf 11	Znalosti práv pacientů v závislosti na předchozí hospitalizaci, francouzský soubor (jednotlivá práva)	Str.60
Graf 12	Znalosti práv pacientů v závislosti na předchozí hospitalizaci, francouzský soubor (souhrn)	Str.60

SEZNÁM PŘÍLOH

Příloha č.1: Evropská charta práv pacientů

Evropská charta práv pacientů

Graphic Design: Evžen Čížek, Foto: Shutterstock



**European
Charter of
Patients' Rights**

- 1 Právo na prevenci**
Každý jedinec má právo na poskytování přiměřených služeb na prevenci onemocnění.
- 2 Právo na dostupnost péče**
Každý jedinec má právo na dostupnost péče odpovídající jeho zdravotnímu stavu. Přístup ke zdravotnickým službám musí být zaručen každému, bez diskriminace na základě finančních možností, místa bydliště, typu onemocnění nebo doby, po kterou je zdravotní péče poskytována.
- 3 Právo na informace**
Každý jedinec má právo na přístup ke všem informacím souvisejícím s jeho zdravotním stavem, s využitím zdravotnických služeb a všech možností na základě vědeckého výzkumu a technologických inovací.
- 4 Právo na vyjádření souhlasu**
Každý jedinec má právo na přístup k veškerým informacím, které mohou umožnit jeho aktivní spoluúčast při rozhodování o svém zdraví. Tyto informace jsou nezbytnou podmínkou k zahájení léčebného postupu včetně možnosti zařazení do vědeckého výzkumu.
- 5 Právo na svobodný výběr**
Každý jedinec má právo svobodného výběru mezi různými způsoby léčby a jejich poskytovateli na základě odpovídajících informací.
- 6 Právo na soukromí a ochranu údajů**
Každý jedinec má právo na ochranu osobních údajů včetně informací týkajících se jeho zdravotního stavu, možných diagnostických nebo léčebných metod, stejně jako na ochranu soukromí během výkonu diagnostických vyšetření, návštěvy u odborného lékaře, lékařského ošetření a chirurgického zákroku všeobecně.
- 7 Právo na respektování pacientova času**
Každý jedinec má právo být ošetřen v krátkém a předem určeném čase. Toto právo se vztahuje na všechny fáze léčby.
- 8 Právo na dodržování úrovně kvality**
Každý jedinec má právo na dostupnost vysoce kvalitních zdravotnických služeb na základě dodržování přesně stanovených norem.
- 9 Právo na bezpečnost pacienta**
Každý jedinec má právo neutrpět škodu zaviněnou nedostatečným fungováním zdravotnických služeb, pochybením a zanedbáním lékařské péče a má právo na dostupnost zdravotnických služeb a léčebných metod splňujících přísné bezpečnostní normy.
- 10 Právo na přístup k inovacím**
Každý jedinec má právo na přístup k inovovaným metodám, včetně diagnostiky, na základě mezinárodních standardů, nezávisle na ekonomických nebo finančních okolnostech.
- 11 Právo na předcházení zbytečnému utrpení nebo bolesti**
Každý jedinec má právo v nejvyšší možné míře se vyhnout utrpení a bolesti v každé fázi svého onemocnění.
- 12 Právo na léčbu zohledňující osobní potřeby**
Každý jedinec má právo na diagnostické a léčebné programy co nejvíce přizpůsobené jeho osobním potřebám.
- 13 Právo na podání stížnosti**
Každý jedinec má právo na podání stížnosti vždy, když utrpí újmu a má právo obdržet odpověď nebo jinou formu zpětné vazby.
- 14 Právo na náhradu škody**
Každý jedinec má právo na dostatečnou náhradu škody v přiměřeně krátkém čase vždy, když utrpí fyzickou, morální nebo psychickou újmu způsobenou ošetřováním nebo léčbou při poskytování zdravotnické služby.

**CML
diagnóza**



ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK

PRÁVA PACIENTŮ PLATÍ PRO CELOU EVROPU

zdroj: <http://diagnoza-cml.cz/o-sdruzeni/evropska-charta-prav-pacientu/>

Příloha č.2: Výzkumný dotazník, verze pro Českou republiku

Práva pacientů



Srovnávací studie

Úvod

Vážená paní, vážený pane,

Dovoluji si Vás pozvat k vyplnění dotazníku, který je součástí srovnávací studie, jejímž cílem je porovnat znalost práv pacientů v České republice a ve Francii a předem Vám za toto vyplnění děkuji.

Základní otázky

Věk : | Pohlaví : muž žena

Vzdělání : základní středoškolské vysokoškolské

Byl/a jste v posledních pěti letech hospitalizován/a? ano ne

Pokud ano, kolikrát? jednou 2 - 5 krát více jak pětkrát

Vaše práva v nemocnici

*Zaškrtněte pouze **jednu odpověď** ☒*

1 Studenti medicíny a nelékařských zdravotnických oborů se mohou podílet na poskytování péče a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace

- pouze se svolením pacienta
- pouze se svolením primáře
- vždy, jedná-li se o fakultní nemocnici

2 Pacient může opustit zdravotnické zařízení

- pouze se souhlasem primáře
- po podepsání písemného prohlášení (reversu) o nesouhlasu s pokračováním léčby
- kdykoliv bez dalších podmínek

3 Do své zdravotnické dokumentace může pacient nahlížet, popř. si pořizovat její výpisy nebo kopie

- pouze prostřednictvím svého praktického lékaře
- v přítomnosti pověřeného pracovníka zdravotnického zařízení po předchozí žádosti
- poté, co mu k tomu dá svolení právní oddělení nemocnice

4 Lékař může poskytovat informace o zdravotním stavu pacienta jeho blízkým

- i přes jeho zákaz za všech okolností
- pokud pacient při přijetí do péče uvedl, že tyto osoby mohou být informovány
- pouze pokud pacient není schopen určit sám osoby, kterým může být informace poskytnuta

5	Co je dříve vyslovené přání ?
	<input type="checkbox"/> je to dokument v písemné formě, ve kterém může pacient vyjádřit přání týkající se zdravotní péče během hospitalizace
	<input type="checkbox"/> je to dokument v písemné formě, ve kterém může pacient předem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s léčbou pro případ, kdy jej nebude schopen vyjádřit
	<input type="checkbox"/> přání vyslovené během setkání s lékařem, při kterém může pacient vyjádřit svá přání ohledně poskytované péče
6	Ošetřující zdravotnický pracovník musí pacienta informovat o jeho zdravotním stavu
	<input type="checkbox"/> vždy, a to srozumitelným způsobem
	<input type="checkbox"/> pouze pokud o to požádá
	<input type="checkbox"/> zdravotnický personál nemá povinnost pacienty informovat
7	Možnost vyžádat si konzultační služby od jiného zdravotnického pracovníka, než který se podílí na léčbě pacienta
	<input type="checkbox"/> existuje pouze v soukromých zdravotnických zařízeních
	<input type="checkbox"/> existuje pouze v život ohrožujících případech
	<input type="checkbox"/> existuje ve všech zdravotnických zařízeních
8	Ve zdravotnickém zařízení mohou pacienti přijímat duchovní péči nebo podporu
	<input type="checkbox"/> pouze pokud se jedná o zařízení církevní
	<input type="checkbox"/> pouze v případě ohrožení života pacienta
	<input type="checkbox"/> ve všech zařízeních v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neobtěžuje ostatní pacienty
9	Pacient má právo znát jména a příjmení
	<input type="checkbox"/> veškerých zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na jeho léčbě
	<input type="checkbox"/> pouze ošetřujícího lékaře a vrchní sestry
	<input type="checkbox"/> veškerých zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na jeho léčbě, pokud to je povoleno vnitřním řádem nemocnice
10	Souhlas pacienta s hospitalizací musí být
	<input type="checkbox"/> svobodný, informovaný a vyjádřený ústně
	<input type="checkbox"/> svobodný, informovaný a vyjádřený ústně za přítomnosti lékaře
	<input type="checkbox"/> svobodný, informovaný a vyjádřený písemně
11	Léčbu je možné odmítnout
	<input type="checkbox"/> za jakékoliv situace a lékař se nesmí snažit pacienta přesvědčit
	<input type="checkbox"/> pouze pokud by odmítnutí neohrozilo zdraví pacienta
	<input type="checkbox"/> kdykoliv (mimo situace dané zákonem) a lékař má povinnost pacienta opakovaně informovat o možných následcích
12	Pacient se může vzdát informace o svém zdravotním stavu
	<input type="checkbox"/> kdykoliv a toto přání musí být respektováno za všech okolností
	<input type="checkbox"/> kdykoliv, toto přání nemusí být respektováno pokud pacient trpí nemocí ohrožující zdraví jiných osob
	<input type="checkbox"/> v české úpravě zákona tato možnost neexistuje
13	Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s léčbou
	<input type="checkbox"/> nemůže lékař pokračovat v léčbě bez souhlasu osoby určené pacientem či některého z jeho blízkých
	<input type="checkbox"/> může lékař rozhodnout v případech akutního ohrožení života
	<input type="checkbox"/> má lékař plnou pravomoc rozhodnout o léčbě a to za všech okolností

Přístup k informacím

14 Myslíte si, že jste dobře informován/a o Vašich právech pacienta?

souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím nesouhlasím

15 Informují sdělovací prostředky dostatečně o právech pacientů?

souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím nesouhlasím

16 Informují Vás Vaši lékaři dostatečně o Vašem zdravotním stavu a způsobech léčby?

souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím nesouhlasím

17 Práva pacientů se za posledních deset let zlepšila:

souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím nesouhlasím

18 Je pro Vás důležité znát svá patientská práva?

souhlasím spíše souhlasím nevím spíše nesouhlasím nesouhlasím

Poděkování

Vážená paní, vážený pane,

děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku a přeji Vám pěkný den.

Příloha č.3: Výzkumný dotazník, verze pro Francii

Droits des patients

Aidez-nous à améliorer nos services



Introduction

Madame, Monsieur

Nous organisons une enquête sur les droits des malades à l'Hôpital Charles Foix et en République tchèque. Je vous invite à participer à cette enquête et vous remercie de bien vouloir remplir ce questionnaire.

Les résultats de cette enquête permettront de cibler les actions d'amélioration de la façon dans laquelle on informe les patients.

Questions générales

Age : | Sex : homme femme

Niveau d'études : Elémentaire Secondaire Universitaire

Avez-vous été hospitalisé dans les 5 dernières années ? oui non

Si oui, combien de fois ? 1 fois 2 - 5 fois plus que 5 fois

Vos droits à l'hôpital

*Cochez seulement **une question** ☒*

D'après vous, la présence d'étudiants en médecine et autres étudiants médicaux et paramédicaux lors de votre examen clinique ou prise en charge

- n'est possible qu'avec votre consentement préalable
- est possible par décision du chef de service
- ne peut pas être évitée dans un hôpital public

Vous pouvez quitter l'établissement de santé

- exclusivement avec autorisation du médecin responsable du service
- à tous moment après avoir signé une décharge
- à tout moment sans condition

Pensez-vous pouvoir accéder à votre dossier médical

- par l'intermédiaire du médecin traitant
- par vous-même sur simple demande écrite auprès du médecin
- par l'intermédiaire d'un de vos proches

Le médecin peut divulguer des informations médicales sur votre état de santé à une autre personne que vous

- si c'est un membre de votre famille, même si vous vous y opposez
- si vous avez autorisé cette information
- si c'est un membre de votre famille ou un proche en cas de diagnostic ou pronostic grave

En cas de nécessité de votre transfert vers un autre établissement
<input type="checkbox"/> vous pouvez être transférée dans un établissement soit public soit privé indifféremment
<input type="checkbox"/> votre avis et votre consentement sont nécessaires
<input type="checkbox"/> le médecin peut décider de vous transférer vers un établissement de santé privé même si vous y opposez
Que sont pour vous les directives anticipées
<input type="checkbox"/> un document qui vous permet de faire connaître vos souhaits concernant les soins durant votre séjour à l'hôpital
<input type="checkbox"/> un document qui vous permet de faire connaître vos souhaits quant à la prise en charge de fin de vie
<input type="checkbox"/> un entretien avec le médecin pendant lequel vous pouvez exposer vos souhaits quant à la prise en charge de fin de vie
Les médecins et le personnel paramédical doivent vous informer et expliquer les modalités de votre prise en charge
<input type="checkbox"/> même si vous n'en faites pas la demande
<input type="checkbox"/> uniquement si vous en faites la demande
<input type="checkbox"/> ils ne sont pas tenus de vous informer
Selon vous qu'est-ce qu'une personne de confiance ?
<input type="checkbox"/> c'est une personne que vous pouvez nommer et qui peut-être consultée pour exprimer vos avis et vous accompagner pendant les entretiens médicaux
<input type="checkbox"/> c'est une personne de votre famille que le médecin doit prévenir en cas d'urgence
<input type="checkbox"/> c'est une personne que vous choisissez obligatoirement et qui peut décider à votre place
A l'hôpital public, vous pouvez pratiquer vos croyances
<input type="checkbox"/> uniquement s'il s'agit d'un établissement religieux
<input type="checkbox"/> dans tous les établissements, si l'expression de vos croyances ne porte pas atteinte au fonctionnement du service
<input type="checkbox"/> dans tous les établissements selon votre bon vouloir
Pour vous qui est-ce qu'un référent familial ?
<input type="checkbox"/> une personne qui peut vous accompagner pendant les entretiens médicaux
<input type="checkbox"/> une personne qui peut-être consultée par le médecin pour exprimer votre avis
<input type="checkbox"/> c'est une personne que l'on peut prévenir en cas d'urgence
Vous pouvez apporter vos effets personnels à l'hôpital
<input type="checkbox"/> sans condition
<input type="checkbox"/> s'il ne s'agit pas des objets religieux
<input type="checkbox"/> dans la limite du respect des autres patients et de l'espace de sa chambre
Vous pouvez refuser tout acte diagnostique ou tout traitement ou en demander l'interruption à tout moment
<input type="checkbox"/> Quelque soit la situation et il est interdit aux médecins d'essayer de vous convaincre du contraire
<input type="checkbox"/> seulement si votre refus ne met pas votre vie en danger
<input type="checkbox"/> Quelque soit la situation mais les médecins doivent tout mettre en oeuvre pour vous convaincre
Selon vous, le personnel hospitalier peut vous aider dans l'expression de vos croyances
<input type="checkbox"/> s'il estime, que vous en avez besoin
<input type="checkbox"/> s'il pratique la même religion que vous
<input type="checkbox"/> en appelant un aumônier à votre demande

D'après vous, un prélèvement d'organe d'une personne décédé

est possible sans aucun consentement

est possible avec le consentement de la famille, même si la personne s'y est opposée de son vivant

ne peut être mis en œuvre si la personne de son vivant exprimait son refus

Si vous étiez hors d'état d'exprimer votre volonté

le médecin ne peut réaliser aucune investigation ni traitement sans avoir consulté au préalable votre personne de confiance, la famille ou un de vos proches

en situation d'urgence ou d'impossibilité ou de joindre un proche, le médecin peut prendre la décision

le médecin est complètement responsable de prendre les décisions relatives à votre prise en charge dans tous les cas

Accès aux informations

Pensez-vous être bien informé/e sur vos droits en tant que patient ?

Tout à fait Pas du tout

Pensez-vous avoir suffisamment d'informations sur vos droits dans les médias?

Tout à fait Pas du tout

Pensez-vous avoir suffisamment d'informations sur vos soins de la part des médecins?

Tout à fait Pas du tout

Les droits des patients se sont développés dans les dernières dix années

Tout à fait Pas du tout

Est-ce que c'est important pour vous de connaître vos droits en tant que patient?

Tout à fait Pas du tout

Remerciements

Madame, Monsieur

Je vous remercie d'avoir rempli ce questionnaire et je vous souhaite une bonne journée.

Příloha č.4: Podrobné výsledky testových otázek

Č.	Otázka	ČR	FR
1	Studenti medicíny a nelékařských zdravotnických oborů se mohou podílet na poskytování péče a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace		
	<input checked="" type="checkbox"/> pouze se svolením pacienta	63%	35%
	<input type="checkbox"/> pouze se svolením primáře	5%	42%
	<input type="checkbox"/> vždy, jedná-li se o fakultní nemocnici	32%	23%
2	Pacient může opustit zdravotnické zařízení		
	<input type="checkbox"/> pouze se souhlasem primáře	7%	24%
	<input checked="" type="checkbox"/> po podepsání písemného prohlášení (reversu) o nesouhlasu s pokračováním léčby	86%	60%
	<input type="checkbox"/> kdykoliv bez dalších podmínek	7%	16%
3	Do své zdravotnické dokumentace může pacient nahlížet, popř. si pořizovat její výpisy nebo kopie		
	<input type="checkbox"/> pouze prostřednictvím svého praktického lékaře	23%	32%
	<input checked="" type="checkbox"/> v přítomnosti pověřeného pracovníka zdravotnického zařízení po předchozí žádosti	73%	61%
	<input type="checkbox"/> poté, co mu k tomu dá svolení právní oddělení nemocnice	4%	7%
4	Lékař může poskytovat informace o zdravotním stavu pacienta jeho blízkým		
	<input type="checkbox"/> i přes jeho zákaz za všech okolností	6%	5%
	<input checked="" type="checkbox"/> pokud pacient při přijetí do péče uvedl, že tyto osoby mohou být informovány	83%	72%
	<input type="checkbox"/> pouze pokud pacient není schopen určit sám osoby, kterým může být informace poskytnuta	11%	23%
5	Co je dříve vyslovené přání ?		
	<input type="checkbox"/> je to dokument v písemné formě, ve kterém může pacient vyjádřit přání týkající se zdravotní péče během hospitalizace	14%	39%
	<input checked="" type="checkbox"/> je to dokument v písemné formě, ve kterém může pacient předem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s léčbou pro případ, kdy jej nebude schopen vyjádřit	61%	28%
	<input type="checkbox"/> přání vyslovené během setkání s lékařem, při kterém může pacient vyjádřit svá přání ohledně poskytované péče	25%	33%
6	Ošetřující zdravotnický pracovník musí pacienta informovat o jeho zdravotním stavu		
	<input checked="" type="checkbox"/> vždy, a to srozumitelným způsobem	86%	82%
	<input type="checkbox"/> pouze pokud o to požádá	3%	11%
	<input type="checkbox"/> zdravotnický personál nemá povinnost pacienty informovat	11%	7%
7ČR	Možnost vyžádat si konzultační služby od jiného zdravotnického pracovníka, než který se podílí na léčbě pacienta		
	<input type="checkbox"/> existuje pouze v soukromých zdravotnických zařízeních	2%	
	<input type="checkbox"/> existuje pouze v život ohrožujících případech	2%	
	<input checked="" type="checkbox"/> existuje ve všech zdravotnických zařízeních	96%	

7FR	Co je podle Vás „personne de confiance“?		
	<input checked="" type="checkbox"/> osoba, kterou můžete jmenovat a která může lékaři zprostředkovat Váš názor (týkající se léčby) a může Vás doprovázet při vyšetřeních		57%
	<input type="checkbox"/> osoba z Vaší rodiny, kterou musí lékař uvědomit v urgentním případě		35%
	<input type="checkbox"/> osoba, kterou si musíte povinně zvolit a která může rozhodovat místo Vás		8%
8	Ve zdravotnickém zařízení mohou pacienti přijímat duchovní péči nebo podporu		
	<input type="checkbox"/> pouze pokud se jedná o zařízení církevní	2%	12%
	<input type="checkbox"/> pouze v případě ohrožení života pacienta	0%	4%
	<input checked="" type="checkbox"/> ve všech zařízeních v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neobtěžuje ostatní pacienty	98%	84%
9ČR	Pacient má právo znát jména a příjmení		
	<input checked="" type="checkbox"/> veškerých zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na jeho léčbě	69%	
	<input type="checkbox"/> pouze ošetřujícího lékaře a vrchní sestry	7%	
	<input type="checkbox"/> veškerých zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na jeho léčbě, pokud to je povoleno vnitřním řádem nemocnice	24%	
9FR	Kdo je podle Vás „réferant familial“?		
	<input type="checkbox"/> osoba, která Vás může doprovázet během vyšetření		53%
	<input type="checkbox"/> osoba, která může lékaři zprostředkovat Váš názor (týkající se léčby)		23%
	<input checked="" type="checkbox"/> osoba, která je informována v případě zhoršení Vašeho stavu či jiných nenadálých stavů		24%
10ČR	Souhlas pacienta s hospitalizací musí být		
	<input type="checkbox"/> svobodný, informovaný a vyjádřený ústně	6%	
	<input type="checkbox"/> svobodný, informovaný a vyjádřený ústně za přítomnosti lékaře	25%	
	<input checked="" type="checkbox"/> svobodný, informovaný a vyjádřený písemně	69%	
10FR	Do nemocnice si můžete přinést osobní věci		
	<input type="checkbox"/> bez podmínek		2%
	<input type="checkbox"/> pokud se nejedná o náboženské předměty		0%
	<input checked="" type="checkbox"/> pokud tím nenarušíte soukromí ostatních pacientů a uspořádání Vašeho pokoje		98%
11	Léčbu je možné odmítnout		
	<input type="checkbox"/> za jakékoliv situace a lékař se nesmí snažit pacienta přesvědčit	2%	11%
	<input type="checkbox"/> pouze pokud by odmítnutí neohrozilo zdraví pacienta	16%	26%
	<input checked="" type="checkbox"/> kdykoliv (mimo situace dané zákonem) a lékař má povinnost pacienta opakovaně informovat o možných následcích	82%	63%

12ČR	Pacient se může vzdát informace o svém zdravotním stavu		
	<input type="checkbox"/> kdykoliv a toto přání musí být respektováno za všech okolností	31%	
	<input checked="" type="checkbox"/> kdykoliv, toto přání nemusí být respektováno pokud pacient trpí nemocí ohrožující zdraví jiných osob	25%	
	<input type="checkbox"/> v české úpravě zákona tato možnost neexistuje	44%	
12FR	Zdravotničtí pracovníci Vás mohou duchovně podpořit		
	<input type="checkbox"/> pokud uznají, že to potřebujete		7%
	<input type="checkbox"/> pokud vyznávají stejné náboženství jako vy		32%
	<input checked="" type="checkbox"/> pouze tím, že na Vaši žádost zavolají pověřenou osobu (duchovního)		61%
13	Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s léčbou		
	<input type="checkbox"/> nemůže lékař pokračovat v léčbě bez souhlasu osoby určené pacientem či některého z jeho blízkých	16%	9%
	<input checked="" type="checkbox"/> může lékař rozhodnout v případech akutního ohrožení života	72%	58%
	<input type="checkbox"/> má lékař plnou pravomoc rozhodnout o léčbě a to za všech okolností	12%	33%

Práva pacientů

Základní principy



Studenti medicíny a nelékařských zdravotnických oborů se mohou podílet na poskytování péče a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace **pouze se svolením pacienta**



Souhlas pacienta s hospitalizací **musí být svobodný, informovaný a vyjádřený ústně za přítomnosti lékaře**



Možnost vyžádat si konzultační služby od jiného zdravotnického pracovníka, než který se podílí na léčbě pacienta **existuje ve všech zdravotnických zařízeních**



Léčbu je možné odmítnout **kdykoliv (mimo situace dané zákonem) a lékař má povinnost pacienta opakovaně informovat o možných následcích**



Ve zdravotnickém zařízení mohou pacienti přijímat duchovní péči nebo podporu **ve všech zařízeních v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neobtěžuje ostatní pacienty**



Pacient má právo znát jména a příjmení **veškerých zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na jeho léčbě**



Pacient může opustit zdravotnické zařízení **po podepsání písemného prohlášení (reversu) o nesouhlasu s pokračováním léčby**



Dříve vyslovené přání je dokument v písemné formě, **ve kterém může pacient předem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s léčbou pro případ, kdy jej nebude schopen vyjádřit**



Ošetřující zdravotnický pracovník musí pacienta informovat o jeho zdravotním stavu **vždy, a to srozumitelným způsobem**



Do své zdravotnické dokumentace může pacient nahlížet, popř. si pořizovat její výpisy nebo kopie **v přítomnosti pověřeného pracovníka zdravotnického zařízení po předchozí žádosti**



Lékař může poskytovat informace o zdravotním stavu pacienta jeho blízkým **pokud pacient při přijetí do péče uvedl, že tyto osoby mohou být informovány**