

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta



**ZDRAVOTNICKÁ DOKUMENTACE A ELEKTRONICKÉ
ZDRAVOTNÍ KNÍŽKY**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

JUDr. Věra Pražmová

2009

Bc. Jiřina Janochová

Zdravotnická dokumentace a elektronické zdravotní knížky

Lékařské záznamy se v současnosti přizpůsobují výrazně funkčnímu chápání chorobného stavu jako poruchy rovnovážného stavu organismu. To změnilo i názory na formu lékařské dokumentace, určování vyšetření a léčby. Pokrok v medicíně spolu s narůstající potřebou konkrétních zdravotních informací si vynutily hledat nové cesty k zajištění dostupnosti zdravotních informací. Jednou z cest je elektronizace zdravotnictví. Hlavním představitelem tohoto přístupu je elektronická zdravotní knížka.

Cílem mé práce bylo zjistit využívání elektronických zdravotních knížek, názor lékařů na využívání elektronické zdravotní dokumentace, přístup pacientů ke zdravotnické dokumentaci a ochotu lékařů zapojit se do projektu elektronických zdravotních knížek IZIP. Pro účely diplomové práce byly ověřovány dvě stanovené hypotézy. Hypotéza číslo 1 - *Zdravotničtí pracovníci si slibují od projektu elektronických zdravotních knížek zrychlení poskytování informací o zdravotním stavu pacientů.* Hypotéza číslo 2 - *Zdravotnická zařízení jsou ochotna vést elektronickou zdravotní dokumentaci pouze při finanční kompenzaci zvýšené administrativní činnosti.*

K ověření hypotéz byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Sběr dat probíhal pomocí dotazníku. Výzkum se uskutečnil v období – leden až březen 2009. Výzkumný soubor tvořila zdravotnická zařízení v Jihočeském kraji, zastoupená soukromými lékaři. Bylo vytištěno 200 kusů dotazníků. Pro výzkum plně použitelných bylo 152 dotazníků.

Hypotéza č. 1 se potvrdila, neboť 58 % respondentů souhlasilo s tvrzením, že projekt elektronických zdravotních knížek poskytuje zrychlení předávání informací o zdravotním stavu pacientů. Hypotéza č. 2 se nepotvrdila.

Jako problém využívání systému IZIP se jeví jednak nezájem ze strany pacientů, jednak nedůvěra lékařů. Potřebné informace se tedy v IZIP pokaždé nenajdou, protože část zdravotnických zařízení se systémem vůbec nepracuje. Lékaři by museli být donuceni nebo dostatečně motivováni k přechodu na elektronickou formu zdravotnické dokumentace a museli by změnit svůj negativní přístup k moderním technologiím.

Tato práce by mohla nabídnout rozšíření informovanosti o zdravotnické dokumentaci a elektronických zdravotních knížkách mezi zdravotnickými pracovníky a širší veřejností a poskytnout zpětnou vazbu pracovníkům zdravotnických zařízení.

Medical documentation and personal electronic health card

Medical records are being adjusted to match the practical way of understanding an illness as a disorder in the balanced state of the organism. This approach has also modified opinions regarding the form of medical documentation, the determination of necessary examinations and treatment. The progress in medicine along with the growing need for specific medical information made it necessary to look for new ways of making medical information available. One of these ways is to make the system of health care documentation electronic. The main tool of this system is an electronic health card.

The objective of my work was to find out the following: the extent of utilization of electronic health cards; doctors' opinions regarding the use of electronic medical documentation; the attitude of patients to medical documentation and the willingness of doctors to join the IZIP project of electronic health cards. Two hypotheses were checked for the purpose of the graduation work. Hypothesis no. 1 – *Medical personnel expect that the project of electronic health cards will speed up the process of providing information about patients' state of health.* Hypothesis no. 2 – *Health care facilities are willing to keep electronic documentation only if they receive compensation for increased administrative activities.*

To check the hypotheses, the author used the method of quantitative research. Data was collected by means of a questionnaire. The research was carried out between January and March 2009. The research was performed in health care facilities in South Bohemia represented by private doctors. 200 questionnaires were printed out. 152 of these could be fully used for the research. Hypothesis no. 1 was confirmed since 58% of the people who filled out the questionnaire agreed with the statement that the project of electronic health cards would accelerate the process of sharing information about patients' state of health. Hypothesis no. 2 was not confirmed.

There are two main problems preventing the use of IZIP; one of them is that patients are not interested and the other that doctors do not trust the system. That is why the necessary information is not always found in the IZIP since some health care facilities do not work with the system. Doctors would have to be forced or sufficiently

motivated to transfer to the use of electronic medical documentation and they would have to change their negative attitude to modern technologies.

This work could extend the information about medical documentation and electronic health cards among health care providers and the broader public and give feedback to people working in health care facilities.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Zdravotnická dokumentace a elektronické zdravotní knížky* vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 25.5.2009

.....

Poděkování

Zvláštní poděkování bych chtěla věnovat JUDr. Věře Pražmové za odborné vedení a cenné rady při psaní mé diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	9
1. Současný stav problematiky	10
1.1 Historie a současnost zdravotní dokumentace	10
1.2 Zdravotnická dokumentace.....	11
1.2.1 Obsah zdravotnické dokumentace	13
1.2.2 Účel zdravotnické dokumentace.....	16
1.2.3 Formy zdravotnické dokumentace.....	17
1.2.4 Vlastnictví zdravotnické dokumentace.....	18
1.2.5 Manipulace se zdravotnickou dokumentací.....	19
1.2.6 Archivace a skartace zdravotnické dokumentace	20
1.3 Ochrana osobních údajů ve zdravotnictví.....	21
1.3.1 Práva pacienta v souvislosti se zdravotnickou dokumentací.....	21
1.3.2 Právo nahlížet do zdravotnické dokumentace	23
1.3.3 Předávání informací v procesu zdravotní péče a práva zdravotních pojišťoven	24
1.3.4 Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků.....	26
1.3.5 Informovaný souhlas – pozitivní revers.....	29
1.3.6 Důsledky porušení právních povinností – právní odpovědnost.....	31
1.4 Elektronické zdravotnictví.....	32
1.4.1 Elektronická zdravotní dokumentace.....	32
1.4.2 Elektronická zdravotní dokumentace v ČR	34
1.4.3 Elektronická zdravotní dokumentace v USA a Evropě	35
1.4.4 Elektronický zdravotní záznam	35
1.4.5 Elektronická zdravotní karta.....	36
1.4.6 Elektronický podpis	37
1.4.7 Etické, právní a odborné aspekty vedení elektronické zdravotní dokumentace	37
1.4.8 Informační systémy ve zdravotnictví.....	38
1.4.9 Ochrana dat a bezpečnost informačních systémů ve zdravotnictví	38

1.5	Společnost IZIP	39
1.5.1	Historie systému IZIP	39
1.5.2	Registrace v systému IZIP	41
1.5.3	Bezpečnost informací	42
2.	Cíle práce a hypotézy	43
2.1	Cíle práce	43
2.2	Hypotézy	43
3.	Metodika práce	44
3.1	Metoda a technika sběru dat	44
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru	44
4.	Výsledky výzkumu	45
5.	Diskuse	83
6.	Závěr	90
7.	Seznam použité literatury	92
8.	Klíčová slova	99
9.	Přílohy	100

Úvod

Zdravotní péče je vysoce komplikovaný fenomén dotýkající se většiny lidí. Je ve středu pozornosti, protože je ve hře zdraví, život a lidská důstojnost. Dobrá znalost a respektování práv a povinností občanů i zdravotnických pracovníků je důležitou podmínkou pro zkvalitnění zdravotní péče a předpokladem jejich dobrého vztahu.

Zákonem č.111/2007 Sb. se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Mění se přístup k právu občanů na informace o zdravotním stavu. Stanovuje se právo pacienta na plný přístup ke zdravotnické dokumentaci, právo na získání kopie dokumentace a právo pacienta rozhodnout o tom, kdo má přístup k údajům o zdravotním stavu.

Ochrana osobních údajů vystupuje do popředí zejména v souvislosti s rozšiřováním a zdokonalováním technologií. Trendem je větší důraz na právo pacienta na údaje o svém zdravotním stavu.

Každému občanovi České republiky je vedena zdravotní dokumentace. Zdravotnické zařízení má stanovenou povinnost jejího vedení s přesnými podmínkami pro elektronickou a papírovou formu. Současný způsob zpracování, uchovávání a sdílení zdravotních informací pacienta spočívá v rámci ČR především v jednotlivých nemocničních systémech. Možnost předávání informací i mimo tato zařízení není obvyklá. Limitujícím faktorem je zde legislativa. Právě výměna zdravotních informací pacienta mezi zdravotnickými pracovníky je jedním z hlavních předpokladů zlepšení zdravotní péče. Lékaři získají objektivní, aktuální a nezkreslené informace ve správný čas na správném místě. Řešením, které představuje určité sdílení dat, je elektronická zdravotní knížka, která umožňuje zdravotnickým pracovníkům ukládat lékařské zprávy v právním prostředí.

Vydávání zdravotních knížek a systém IZIP jsou velmi diskutovaným tématem. Je potřeba vytvořit fungující systém zdravotní péče s bezpečným elektronickým systémem. Systém IZIP byl vypracován tak, aby práce v něm byla snadná i pro ty, kteří mají malé zkušenosti s prací na počítači a s Internetem, a všechny provedené zápisy jsou ukládány ve zdravotní knížce klienta.

1. Současný stav problematiky

1.1 *Historie a současnost zdravotní dokumentace*

Základní formou zdravotní dokumentace je lékařský chorobopis, který má dlouhou historii. Lékaři v minulosti vedli rozličné záznamy o nemocných. Osobní záznam lékaře se pomalu měnil podle dané úrovně poznání. Z pouhé pomůcky pro jeho paměť se vytváří forma umožňující uvádět nové myšlenky a metody v diagnostice a léčení nemocných. Lékařství vymanila z náboženských obřadů až řecká civilizace. Lékaři nemocné pozorovali, vedli záznamy o nemocech, které pak porovnávali. Zde se poprvé ukazuje význam lékařských záznamů pro výuku a pro rozvoj prognózy onemocnění. Dodnes jsou platné popisy jednotlivých nemocí, které obsahují Hippokratovy Aforismy. Stanovení prognózy na základě lékařských záznamů se stalo součástí povinností lékaře. Údaje o léčebných zákrocích jsou detailnějšími záznamy a jsou součástí tzv. komplexního léčebného programu (59).

V současnosti se lékařské záznamy přizpůsobují výrazně funkčnímu chápání chorobného stavu jako poruchy rovnovážného stavu organismu. To změnilo i názory na formu lékařské dokumentace, určování vyšetření a léčby. K novému pojetí přispěl také rozvoj statistických metod umožňující analýzu záznamu jednotlivců i skupin nemocných. Tyto možnosti usnadňují sledování stavu nemocného, jeho léčení a uzdravení. Přispívají rovněž k návrhům pro preventivní opatření (11,59).

Výpočetní technika je v současnosti neoddělitelnou součástí zdravotnických pracovišť. Na trhu je řada softwarových řešení, která podporují standardní i většinu specializovaných agend. Moderní diagnostická zařízení umožňují vyhodnocování a archivaci dat. Vlivem legislativy a zároveň vlivem nedostatečné informovanosti v oblasti informačních technologií je stále část informací uchovávána v listinné podobě. Zásadním problémem je roztržitost informačních zdrojů, která znemožňuje získání komplexního přehledu o vývoji zdravotního stavu, léčebné historii nebo nákladech (4).

V České republice existuje pouze projekt elektronické zdravotní knížky pacienta na Internetu umožňující uživatelům sdílení zdravotních informací v závazné jednotné struktuře. Tento systém umožňuje pacientovi přístup k jeho zdravotním informacím (4).

Podíl samostatných ordinací lékařů, kteří využívají osobní počítač pro vedení zdravotnické dokumentace, činil v roce 2006 téměř 70 %, on-line aplikaci s využitím Internetu využívalo 11 %. Většina poskytovatelů zdravotních služeb ale současně s elektronickou vede dokumentaci papírovou. Se vzrůstajícími požadavky na dostupnost zdravotnických informací stoupá nutnost systematického utřídění zdravotnických informací, které musí být rychlé a bezpečně dostupné v místě potřeby (2,4,5).

V současné době zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, umožňuje vedení zdravotnické dokumentace na paměťovém médiu výpočetní techniky pouze za zákonem stanovených podmínek. Vyhláška č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci, upravuje minimální obsah zdravotnické dokumentace a jejích jednotlivých částí. Práva a povinnosti při zpracování osobních údajů, které souvisejí se zajišťováním zdravotních služeb, se řídí zákonem č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů (4,5).

Rozsah zdravotní péče a produktivitu mohou zvýšit digitální technologie. Tohoto potenciálu však není dostatečně využíváno. Z celkových výdajů na zdravotnictví je pouze jedno procento věnováno na informační technologie. Evropská unie podporuje výzkum a vývoj v těchto oblastech různými projekty. Jedním z dílčích cílů jsou elektronické karty pro přístup ke zdravotnickým službám. Je nutné, aby Evropa postupovala společně. Evropská komise v dubnu roku 2000 zorganizovala jednání o elektronických kartách. Zajištění kvality zdravotnických služeb pro všechny občany je jeden z nejobtížnějších úkolů, před kterým evropské vlády stojí. Jde o zvýšení kvality a dostupnosti péče pro všechny občany EU a zároveň snížení výdajů. Toto není možné splnit bez plně integrovaných, spolupracujících a modernizovaných informačních systémů ve zdravotnictví (59).

1.2 Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace je souborný dokument existující pro každého obyvatele České republiky, je to soubor informací zdravotnické i nezdravotnické povahy, které jsou získané o konkrétní osobě v souvislosti s posuzováním fyzického nebo duševního stavu této osoby ze zdravotnického hlediska. Významným znakem

zdravotnické dokumentace je, že existuje v různých formách na řadě míst v podobě různého počtu samostatných částí (1,29).

Všechny důležité a citlivé údaje související s poskytováním péče pacientovi, které jsou chráněny lékařským tajemstvím, jsou zaznamenávány do zdravotnické dokumentace. Proto problematika zdravotnické mlčenlivosti velmi úzce souvisí s pravidly pro správu zdravotnické dokumentace. Dlouhou dobu se náš právní řád problematikou zdravotnické dokumentace nezabýval. Bylo to něco zcela samozřejmého, něco, co není třeba vysvětlovat a co je automatické. Po roce 1989 se tento pohled mění spolu s ochranou jednotlivce a zárukou respektování osobnostních práv. Objevuje se uvědomění, že zdravotnická dokumentace je souborem velmi důvěrných informací. A tyto informace mohou být z nevědomosti nebo důsledkem nedostatečně a nepřesně vymezených pravidel použity způsobem, který poškodí pacienta. V tomto případě jde o víc než jen o ochranu soukromí nebo dobré pověsti. Údaje, které obsahuje zdravotnická dokumentace, jsou podkladem pro rozhodnutí o sociálních nárocích, posuzování odpovědnosti za škodu na zdraví, pro rozhodování o způsobilosti k právním úkonům nebo při posuzování příčetnosti při spáchání trestného činu. Ukazuje se potřeba přesnější a určitější definice obsahu a formy zdravotnické dokumentace. První závazná pravidla, která stanovuje zákon, se týkají všech souborů nebo systémů, na kterých jsou ukládány informace o jednotlivých osobách. Každá zdravotnická dokumentace je především informačním systémem, který obsahuje citlivé osobní údaje shromážděné v souvislosti se zdravotní péčí (1,33).

Zdravotnická dokumentace může být jednorázová nebo komplexní. Jednorázová dokumentace zachycuje průběh léčby konkrétního onemocnění a komplexní podrobně zachycuje změny zdravotního stavu pacienta v průběhu jeho života. Tuto podobu má dokumentace, kterou spravuje praktický lékař, u kterého je pacient zaregistrován. Zdravotnická dokumentace však není jen karta u registrujícího praktického lékaře, ale každý záznam z vyšetření nebo lékařská zpráva je samostatnou zdravotnickou dokumentací a to až do doby, než je založena do hlavní patientské karty. Existují však i informativní zdravotnické zprávy, které nesouvisí s léčbou a nejsou zdravotnickou dokumentací v pravém smyslu a které jsou zákonem určeny pro výslovně oprávněné

subjekty, např. pro orgány sociální správy. Pracovníci úřadů, kteří s nimi nakládají, jsou také vázáni mlčenlivostí, ale podle jiných předpisů než zdravotničtí pracovníci (1,6).

1.2.1 Obsah zdravotnické dokumentace

Zdravotnická zařízení mají povinnost vést zdravotnickou dokumentaci. Popis a způsob vedení zdravotnické dokumentace nevychází pouze ze zákona 20/1966 Sb. v platném znění, ale také z požadavků, které na zdravotníky a zdravotnická zařízení klade každodenní praxe (1,37).

Údaje v dokumentaci jsou rozděleny na údaje identifikační a ostatní. Lze použít i rozdělení na údaje zdravotnického charakteru týkající se zdravotního stavu a léčby a dále na údaje nezdravotnické, to znamená administrativní a identifikační (1).

Zdravotnická dokumentace obsahuje údaje potřebné pro identifikaci nemocného jako jedince, včetně jeho postavení ve společnosti, tj. jméno, datum narození, bydliště, zaměstnání, sociální postavení, pojištění atd. Dále obsahuje údaje o biologickém původu nemocného (rodinná anamnéza), údaje o rodičích, sourozencích, o etnické příslušnosti, údaje o vlastní rodině (partner, děti). Zde je kladen zvláštní důraz na proběhlá závažná onemocnění, operace, alergie, očkování. Následují údaje o biologickém vývoji nemocného (osobní anamnéza) od porodu přes všechny události týkající se zdravotního stavu do doby nynějšího aktuálního onemocnění. Jsou zde uvedeny nynější obtíže, údaje o prvních obtížích, jejich druhu, intenzitě, status praesens, tj. objektivní údaje o výsledcích fyzikálního vyšetření s předběžnou diagnózou. Výsledky laboratorních testů včetně instrumentálních vyšetření (rentgenové, endoskopické, elektrokardiografické). Lékařský dekurz obsahuje záznamy o denních změnách základních parametrů (tělesná teplota, krevní tlak, puls, dýchání atd.). Dále o denně poskytovaném léčení (medikamentózní, fyzikální, operační apod.) s uvedením okamžitého nálezu a výsledku. Následuje lékařský závěr – konečná diagnóza spolu s diagnózami vedlejšími, návrhy léčby, prognóza vývoje a další sociální nebo pracovní opatření. Zdravotnická dokumentace obsahuje také informace o dalších významných

okolnostech, které souvisejí se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče (37,55).

Každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta v rozsahu, který je nezbytný pro jeho identifikaci, a také označení zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo. Tento zápis musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně. Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být průběžně doplňován a musí být opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby provádějící zápis (37).

Zdravotnické údaje, které jsou uváděné ve zdravotnické dokumentaci, jsou obsažené především v základním průběžném zápisu tzv. dekurzu a také v přílohách, které jsou podkladem pro skutečnosti v dekurzu. Do dokumentace je nutné zaznamenávat všechny skutečnosti, které mají souvislost se zdravotním stavem a mohou mít význam pro zdravotní péči. V dekurzu musí být uvedena všechna vyšetření a všechna terapeutická opatření. Všeobecně se uplatňuje zásada, že co není zaznamenáno v dokumentaci, jako by nebylo provedeno. Zde platí presumpce úplnosti záznamů. Pokud bylo potřeba v danou chvíli provést neodkladný výkon, který nebyl následně v dokumentaci zapsán, mohou být vyvozeny významné právně odpovědnostní důsledky (1).

Základ dokumentace tvoří záznam jednotlivých kontaktů zdravotníka s pacientem. Jejich spojením vzniká komplexnější záznam. Vedle záznamů lékařských obsahuje dokumentace i záznamy ošetrovatelské. Obsahuje i vložené přílohy. Jsou to záznamy o odborných vyšetřeních v písemné i grafické podobě, propouštěcí zprávy atd. Měly by být zaznamenány i podstatné otázky, které se týkají komunikace a spolupráce lékaře s pacientem. Při přijetí pacienta do péče zaznamená lékař charakteristiku zdravotního stavu, tedy jakýsi základní zdravotní profil pacienta. Zdrojem těchto informací mohou být přímá klinická vyšetření pacienta, výpověď pacienta o zdravotním stavu svém i rodinných příslušníků, předložené zdravotní zprávy nebo záznamy a výsledky specializovaných vyšetření. Zdravotní záznam je při každé další návštěvě nebo významné změně doplňován. Zápis musí být datován a podepsán osobou, která jej provedla. Záznam o návštěvě pacienta musí obsahovat diagnostické údaje a údaje o terapii, odborná vyšetření, sdělení a opatření. Je potřeba, aby bylo možné na základě

záznamu vysledovat zdravotní vývoj pacienta. Záznamy musí být úplné, bez opomenutí a musí z nich vyplývat důvod pro rozhodnutí o terapii. Zápisy musí být čitelné a dokumentace musí být přehledně uspořádána (1).

Pro vedení dokumentace pacientů hospitalizovaných v lůžkových zařízeních platí specifická pravidla. Tato dokumentace je nazývána chorobopisem. U akutních stavů je uváděn kromě data také přesný čas jednotlivých záznamů. Při nutnosti provést neodkladný zákrok se uvádí i momentální personální obsazení na oddělení. Je to z toho důvodu, aby bylo zřejmé, s kým mohl lékař své rozhodnutí konzultovat, a zda je oddělení v daný moment kvalifikovaně personálně vybaveno. Zvláštní součástí zdravotnické dokumentace je pacientem podepsané potvrzení o jeho informovanosti o skutečnostech souvisejících s jeho zdravotním stavem. Jedná se o informovaný souhlas neboli revers. Tomu bude věnována samostatná kapitola (1,54).

Nezdravotnickými údaji ve zdravotnické dokumentaci jsou identifikační údaje, které jednotlivé zdravotnické informace řadí k jednotlivým pacientům. Jsou to obvykle: jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo, bydliště, zdravotní pojišťovna a případné další údaje. Také je potřebné identifikovat zdravotnické zařízení, které konkrétní část dokumentace vyhotovilo. Z toho vyplývá odpovědnost příslušného zdravotnického zařízení za zdravotnickou dokumentaci. Součástí zdravotnické dokumentace bývají i různé záznamy a výkazy administrativní povahy. Jejich vyhotovování je uloženo právními předpisy nebo zvyklostmi. Sem řadíme kopie různých žádanek a doporučení k vyšetření, poukazy na zdravotní pomůcky, lázeňské návrhy, kopie výpisů pro účely sociálních nároků. Dále sem patří potvrzení o pracovní neschopnosti, potvrzení o zdravotním stavu a potvrzení o způsobilosti k výkonu určitých činností. Do zdravotnické dokumentace se zakládají jako doklad, který potvrzuje skutečnost zapsanou v dokumentaci. Jejich primárním účelem není informace o léčbě. Do dokumentace jsou zakládány i některé další doklady, které nemají vliv na diagnózu a léčbu, ale slouží k ochraně práv pacienta a lékaře. V této souvislosti se uvádí a podpisem potvrzuje při příjmu pacienta k hospitalizaci, které osoby mají právo být informovány o zdravotním stavu pacienta (viz příloha č. 4). Toto prohlášení je zakládáno do dokumentace. Dalším z příkladů nezdravotnického záznamu ve

zdravotnické dokumentaci může být prohlášení podle transplantačního zákona (zákon č. 285/2002 Sb.). Toto prohlášení se týká toho, že pacient nesouhlasí s poskytnutím jeho orgánů a tkání po smrti k transplantaci. Pokud se pacient takto záporně nevyjádřil, má se za to, že s poskytnutím orgánů a tkání k transplantaci souhlasí. Toto nemá vliv na léčbu, a proto takové prohlášení není zdravotnickou informací. Naopak souhlas příjemce transplantovaného orgánu již za zdravotnickou informaci považujeme, protože je zde uváděn zdravotní stav, rizika a důvody (1).

Zdravotní záznamy obsahují informace související nejen s fyzickým či duševním zdravím pacientů, ale i informace, které se vztahují k poskytování zdravotní péče ze strany zdravotníků nebo zdravotnických zařízení. Osobní zdravotní informace poskytované pacientem mohou doplnit jeho příbuzní, sociální pracovníci či jiné osoby. Poskytování zdravotní péče je zaznamenáváno do odborných záznamů obsahujících pozorování a názory lékařů a dalšího zdravotnického personálu. Data do zdravotního záznamu nevkládají pouze zdravotníci starající se o pacienta, ale i jiní odborníci, kteří poskytují další služby (farmaceuti, rentgenologové, patologové), nezdravotnický personál (sekretářky) a sami pacienti. Tato rozmanitost v ukládání dat ve zdravotním záznamu přináší problémy se zabezpečením jak v papírové listinné, tak i elektronické podobě (53,59).

1.2.2 Účel zdravotnické dokumentace

Účel zdravotnické dokumentace je především zdravotnický, kontrolní, důkazní, ale také pro vědeckou výuku a statistiku (1).

Hlavním při vedení dokumentace je účel zdravotnický, protože záznamy o zdravotním stavu a jeho změnách jsou podkladem pro rozhodování o léčbě a prostředkem pro vzájemné informování a koordinaci všech zúčastněných na léčbě. Pokud není zdravotnická dokumentace vedena dostatečně pečlivě, může to mít pro pacienta fatální důsledky. Řádné vedení dokumentace je součástí a podmínkou péče *lege artis* (1).

Kontrolní účel, který je dalším účelem vedení zdravotnické dokumentace, má dvě podoby. Je to kontrola kvality, odbornosti péče a dodržování předpisů a druhou

podobou je kontrola účelnosti využívání prostředků ze zdravotního pojištění čili odůvodněnost výkonů. Na odbornost dohlížejí dle zákona profesní komory a státní úřady (hygienické stanice a krajské úřady). K tomuto posouzení mohou být stanoveny znalecké komise nebo stálé kontrolní sbory. Kontrolu účelnosti využívání prostředků ze zdravotního pojištění provádějí zdravotní pojišťovny prostřednictvím svých revizních lékařů (1).

Dalším účelem vedení zdravotnické dokumentace je účel důkazní, který znamená, že informace, které jsou v dokumentaci zaznamenané, potvrzují skutečnosti v daném okamžiku. Na jejich základě je možné zpětně ukázat zdravotní stav a jeho vývoj. To může být důkazem v soudních řízeních. Dokumentace proto musí být vedena tak, aby nebylo možné dodatečně zápisy měnit. Text v dokumentaci musí plynule navazovat, tím je vyloučeno dodatečné vpisování. Opravy je možné provádět pouze novým zápisem s uvedením dne opravy a podpisem osoby, která zápis provedla. Zároveň musí původní zápis zůstat čitelný (1).

Dalšími možnostmi k využití zdravotnické dokumentace mohou být i vědecký a výukový účel. Zdravotnická dokumentace je v tomto případě využívána jako podklad pro vzdělávání, vědu a výzkum. Neméně důležitý je účel statistický, kdy se sumarizací údajů o pacientech získají poznatky o zdravotním stavu populace. V tomto případě se pracuje s údaji anonymními, vygenerovanými podle určitých kritérií. Jedná se o vedlejší využití údajů ze zdravotnické dokumentace (1).

1.2.3 *Formy zdravotnické dokumentace*

Forma lékařské dokumentace se vyvíjela dlouhá léta. Slouží potřebám stanovení diagnózy, terapie i prognózy. Není možné si představit, že by si lékař při opakované návštěvě nemocného neudělal několik poznámek do dokumentace o stavu nemocného a o opatřeních, která učinil. S rozšířením možnosti počítačové techniky vyvstává otázka způsobu vedení zdravotnické dokumentace (1,59).

Údaje, které jsou obsažené ve zdravotnické dokumentaci, jsou v současné době vedeny v listinné formě nebo ve formě elektronické. Z listinné do elektronické formy je možné přepsat údaje ze zdravotnické dokumentace pouze za podmínky, že bude zároveň

uchována listinná forma. Zdravotnická dokumentace může být vedena na záznamovém nosiči v několika formách - textové, grafické nebo audiovizuální. Zápis zdravotnické dokumentace na paměťové médium, který neobsahuje zaručený elektronický podpis, se vytiskne, opatří se datem a podpisem osoby provádějící zápis. Zařadí se do zdravotnické dokumentace pacienta a jsou považovány za samostatné části zdravotnické dokumentace. Pokud se zdravotnická dokumentace vede jen na paměťových médiích, může být zápis zdravotnické dokumentace prováděn jen za podmínek, že všechny samostatné části zdravotnické dokumentace obsahují zaručený elektronický podpis osoby, která zápis provedla, a to podle zvláštního právního předpisu. Nejméně jednou za pracovní den jsou prováděny bezpečnostní kopie těchto datových souborů. Po uplynutí doby životnosti zápisu je zajištěn opis archivních kopií a jejich uložení. To je prováděno nejméně jedenkrát za rok způsobem, který znemožňuje do nich provádět dodatečné zásahy. Při uchovávání archivních kopií dat na paměťových médiích musí být zajištěna čitelnost a přístup k datům nejméně po dobu předepsanou pro archivaci zdravotnické dokumentace. Bude uvedeno v samostatné kapitole (37).

Pokud je ve zdravotnickém zařízení vedena listinná dokumentace, je nutné ji uchovávat i v případě jejího přepisu do elektronické formy. Výhody vedení elektronické dokumentace jsou zřejmé, a lze tedy předpokládat, že se do budoucna stane samozřejmostí a dokumentace v listinné formě zanikne (1).

1.2.4 Vlastnictví zdravotnické dokumentace

Vlastnictví zdravotnické dokumentace není u nás zatím zcela vyřešeno v žádném právním předpise a existují na něj různé názory. To způsobuje v některých případech nejasnosti a dohady. Jedním z názorů na to, kdo je vlastníkem zdravotnické dokumentace, je, že vlastníkem je zdravotnické zařízení, které ji spravuje a zaznamenává údaje o pacientovi. Zdravotnická zařízení mají právo dokumentaci držet a užívat ji, ale nemohou s ní volně disponovat. Zákonem je striktně dáno, jakým způsobem lze s dokumentací nakládat, komu ji poskytnout a kdy jsou povinna ji odevzdat. Zdravotnické zařízení je ve skutečnosti pouze správcem zdravotnické dokumentace. Objevuje se i druhý názor na vlastnictví zdravotnické dokumentace, který

říká, že vlastníkem je sám pacient. Kdyby nebylo vůle pacienta, tato dokumentace by sice nevznikla (pokud nejde o povinné léčení bez souhlasu pacienta), ale pacient si pouze volí zdravotnické zařízení a tím rozhoduje o tom, kdo bude správcem dokumentace. Pravým vlastníkem zdravotnické dokumentace je stát, který je na základě mezinárodních úmluv o ochraně lidských práv povinen zajistit ochranu života a zdraví svých občanů. Je zákonem stanovena povinnost zdravotnických zařízení vést zdravotnickou dokumentaci, a zdravotnická zařízení tak plní veřejnoprávní úkol, který na ně delegoval stát při jejich registraci. K plnění tohoto úkolu pak stát zdravotnickým zařízením poskytuje prostředky z fondů zdravotního pojištění spravovaných pojišťovnami. O skutečnosti, že dokumentace je vlastnictvím státu a zdravotnická zařízení ji mají pouze zapůjčenou, svědčí i ustanovení zákona č. 20/1966 Sb., ve znění zákona č. 285/2002 Sb., kde je stanoveno, jak se má naložit se zdravotnickou dokumentací v případě, že zdravotnické zařízení ukončuje činnost a nemůže nadále dokumentaci uchovávat. V takovém případě dokumentaci převezme správní úřad rozhodující o registraci zdravotnického zařízení. Stát si tak jen přebírá svoji dokumentaci do té doby, než ji odevzdá do držení jinému lékaři, který bude pověřen její správou a péčí o pacienty (1).

Jelikož vlastníkem zdravotnické dokumentace je stát, nelze ji prodávat, dědit, využívat za účelem zisku ani pronajímat k vědeckým účelům. Toto může vykonávat pouze stát, pokud by mu v tom nebránily zákony. Informace, které jsou obsažené v zdravotnické dokumentaci, mají nevyčíslitelnou cenu, protože mohou zachránit lidský život (1).

1.2.5 Manipulace se zdravotnickou dokumentací

Zdravotnické zařízení a rovněž všichni jeho zaměstnanci jsou povinni zabránit zneužití, zničení a ztrátě zdravotnické dokumentace. Povinná mlčenlivost o osobních údajích, které jsou uvedeny ve zdravotnické dokumentaci, se podle zákona týká všech zaměstnanců zdravotnického zařízení. Mlčenlivost je nutno zachovávat nejen o osobních údajích pacientů, ale i o všech bezpečnostních opatřeních, která brání zneužití osobních údajů (48,49).

Obecná pravidla přístupu ke zdravotnické dokumentaci, souhlas pacienta a určení osoby, která má právo na informace o jeho zdravotním stavu, vymezuje zákon č. 111/2007 Sb. upravující zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Zde je určena možnost pacienta na určení osoby, která bude mít právo na poskytování informací o zdravotním stavu pacienta (48).

1.2.6 Archivace a skartace zdravotnické dokumentace

Archivace a skartace zdravotnické dokumentace se řídí zvláštním právním předpisem. Náležitosti a obsah zdravotnické dokumentace, vzory jejích součástí, tiskopisů, povinných hlášení a podrobnosti o způsobu vedení, zpracování a zacházení se zdravotnickou dokumentací v písemné a elektronické formě, skartační řád a plán, jsou stanoveny vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 385/2006 Sb. (37).

Ve vyhlášce o zdravotnické dokumentaci je nejpodstatnější zavedení skartačního řádu. Po několika letech jsou opět pevně stanoveny lhůty pro skartaci jednotlivých typů dokumentů. Ty se u různých dokumentů liší délkou, například žádanky se uchovávají 1 rok, pitevní protokol 150 let. Liší se i způsobem výpočtu té které lhůty dle typu dokumentu. Je třeba zajistit, aby skartační řízení, které je přesně popsáno ve vyhlášce, mohlo proběhnout i v případě, že dokumentace je vedena elektronicky. Z toho vyplývají základní okruhy problémů, jak zajistit požadavek zákona na uchování a čitelnost dokumentů s dlouhou skartační lhůtou a také jak zajistit výběrovou likvidaci dat v informačních systémech u těch dokumentů, které podléhají skartaci (41).

Skartační řád upravuje postup zdravotnických zařízení při vyřazování zdravotnické dokumentace, která je nepotřebná k poskytování zdravotní péče. Vyřazování se provádí ve skartačním řízení prováděném jedenkrát za rok komplexně za celé zdravotnické zařízení. Předmětem skartačního řízení je všechna zdravotnická dokumentace, u které uplynula skartační lhůta. Odborný dohled nad provedením skartace ve zdravotnických zařízeních provádí skartační komise. Jejími členy jsou zdravotničtí pracovníci (56).

Vyřazování zdravotnické dokumentace ve skartačním řízení zajišťuje zdravotnické zařízení, které ji vede, v souladu se skartačním řádem. Zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu 5 let a označuje se skartačním znakem „S“, pokud není zvláštním právním předpisem stanoveno jinak. Např. záznamy o primární zdravotní péči (S) se uchovávají 10 let od změny lékaře primární péče a předání písemné informace v rozsahu potřebném k zajištění návaznosti zdravotní péče o pacienta nově zvolenému lékaři primární péče, nebo 10 let od úmrtí pacienta. Záznamy o specializované ambulantní zdravotní péči a zvláštní ambulantní péči (S) se uchovávají 5 let po posledním vyšetření pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta, pokud není stanoveno jinak. Dokumentace v dispenzární péči (V) se uchovává 10 let od vyřazení pacienta z péče nebo 10 let od úmrtí pacienta. Zdravotnická dokumentace vyřazená ve skupině „S“ musí být zničena. Zničením zdravotnické dokumentace se rozumí znehodnocení takovým způsobem, aby nebyla možná její rekonstrukce a identifikace jejího obsahu (56).

1.3 Ochrana osobních údajů ve zdravotnictví

1.3.1 Práva pacienta v souvislosti ze zdravotnickou dokumentací

Pacient má právo být informován o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Tyto informace pacientovi poskytuje lékař nebo podle povahy výkonu jiný odborně způsobilý zdravotnický pracovník (58).

Pacient má právo na poskytnutí všech informací, které jsou shromážděné ve zdravotnické dokumentaci o jeho osobě a v zápisech vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, ale nesmí se z nich dozvědět informace o třetí osobě. Za osoby mladší 18 let nebo za osoby zbavené způsobilosti k právním úkonům mají právo na informace jejich zákonní zástupci (37).

V případě psychologických metod a popisu léčby psychoterapeutickými prostředky má pacient nárok na informace, jejichž obsahem je popis příznaků onemocnění, diagnóza, popis terapeutického přístupu a také interpretace výsledků testů. Právem pacienta je nahlížet v přítomnosti zdravotnického pracovníka do zdravotnické

dokumentace, pořízení výpisů, opisů nebo kopií dokumentů. Pacient má také právo na určení osoby, která může být informována o jeho zdravotním stavu (viz příloha č. 4), nebo může vyslovit zákaz podávání těchto informací jakékoliv osobě a toto vyslovení může kdykoliv odvolat. Osobou blízkou pacientu v souvislosti s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu je příbuzný v řadě přímé (rodiče, prarodiče, děti, vnoučata), sourozenec, manžel nebo manželka a partner (podle zákona o registrovaném partnerství) (57).

Pokud pacient vyslovil zákaz podávání informací o své osobě, mají osoby blízké pacientu právo na informace o jeho zdravotním stavu pouze v případě, je-li to v zájmu ochrany jejich zdraví nebo ochrany zdraví dalších osob (viz příloha č. 7). Osoba určená pacientem v souvislosti s poskytováním informací o jeho zdravotním stavu má pouze taková práva, která určil sám pacient (25,58).

Určení osoby nebo zákaz podávání informací a případné odvolání určení osoby nebo zákazu podávání informací se zaznamenává do zdravotnické dokumentace a opatří se podpisem ošetřujícího lékaře a pacienta. Pokud pacient nemůže záznam podepsat, ale je schopen projevit svou vůli, podepisuje záznam ošetřující lékař a jeden svědek. V záznamu se pak uvádí, jak pacient svou vůli projevil, a zdravotní důvody, které brání podpisu pacienta (57).

Právo na informace o zdravotním stavu pacienta, který zemřel, o příčinách jeho úmrtí a výsledku pitvy, pokud byla provedena, a právo v přítomnosti zdravotnického pracovníka nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo do dalších zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pacienta, na pořízení výpisů, opisů nebo kopií těchto dokumentů, mají osoby blízké zemřelému pacientu, pokud pacient neurčil za svého života jinak. V případě pochybností o totožnosti nebo o vztahu k pacientovi má zdravotnický pracovník právo požadovat prokázání totožnosti této osoby. Zdravotnické zařízení má rovněž povinnost zajistit, aby osoba, která může nahlížet do zdravotnické dokumentace, nezjistila osobní údaje třetích osob (57).

Pořízení výpisů, opisů nebo kopií zdravotnické dokumentace pro osoby, které do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet pro splnění konkrétního úkolu v rámci své kompetence, zajišťuje zdravotnické zařízení ve lhůtě do 10 dnů ode dne obdržení

žádosti. Zvláštním právním předpisem však může být stanovena nebo dohodnuta jiná lhůta. V případě žádosti pacienta nebo jiné oprávněné osoby je lhůta 30 dnů od obdržení žádosti. Tato lhůta však neplatí, pokud jde o kopie zhotovené za účelem zajištění návaznosti zdravotní péče. Za pořízení výpisů, opisů nebo kopií může zdravotnické zařízení požadovat úhradu nákladů spojených s jejich pořízením (57).

Každé nahlédnutí do zdravotnické dokumentace, pořízení výpisů, opisů nebo kopií se do zdravotnické dokumentace zaznamená. Uvádí se jména, příjmení a data narození osob, které do dokumentace nahlížely, nebo na jejichž žádost byl pořízen výpis nebo kopie. Uvádí se rovněž rozsah, účel a datum nahlížení. Záznam podepíše oprávněná osoba a zdravotnický pracovník, který byl přítomen nahlížení nebo který pořídil výpis, opis nebo kopii. Při převzetí zdravotnické dokumentace správním úřadem nebo zřizovatelem státního zdravotnického zařízení se postupuje obdobně (57).

1.3.2 Právo nahlížet do zdravotnické dokumentace

Práva a povinnosti týkající se zpracování osobních údajů, které souvisí se zajišťováním zdravotní péče, se řídí zvláštním zákonem. Do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet v rozsahu, který je nezbytně nutný pro splnění konkrétního úkolu a v rozsahu své kompetence, lékaři, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, lékárníci, kliničtí psychologové a kliničtí logopedové v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Dále pověření členové příslušné komory při šetření případů, které podléhají disciplinární pravomoci příslušné komory, revizní lékaři zdravotních pojišťoven v rozsahu, který stanovuje zvláštní právní předpis. Nahlížet do zdravotnické dokumentace mohou také soudní znalci v oboru zdravotnictví v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku, který je vyžádaný orgány činnými v trestním řízení nebo soudy. Rovněž lékaři správních úřadů ve zdravotnictví, kteří jsou pověřeni vyřizováním konkrétních stížností, návrhů na přezkoumání a podnětů ve správním řízení, a to pouze v rozsahu, který vyplývá ze stížnosti, návrhu na přezkoumání nebo podnětu ve správním řízení (30,35).

Do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet lékaři pověřeni krajem k vypracování odborného stanoviska k vyřizování konkrétních stížností, návrhů na

přezkoumání a podnětů ve správním řízení, dále lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost v rozsahu stanoveném zvláštním právním předpisem, členové znaleckých komisí. Nahlížet mohou pověřeni zdravotničtí pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví, při posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti také lékaři orgánů sociálního zabezpečení pro účely dávek a služeb sociálního zabezpečení, důchodového pojištění, státní sociální podpory, lékaři úřadů práce pro účely zaměstnanosti. Do zdravotnické dokumentace mohou nahlížet v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu své kompetence rovněž zaměstnanci státu ve zdravotnických zařízeních, kteří zabezpečují pro tato zařízení zpracování osobních údajů nebo sledování a vyhodnocování kvality poskytované zdravotní péče (37,51).

Osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace jen v nezbytně nutném rozsahu a u pacientů, které stanoví pověřený zdravotnický pracovník. K nahlížení do zdravotnické dokumentace je v tomto případě potřeba písemný souhlas pacienta nebo souhlas jejich zákonného zástupce (viz příloha č. 6). Souhlas pacienta není potřeba pouze v případě, že není možné jej získat vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Osoby získávající způsobilost jsou povinny zachovávat mlčenlivost (37,52).

Při zrušení registrace zdravotnického zařízení nebo jeho zániku je povinnost oznámit tuto skutečnost do 15 dnů a zajistit zdravotnickou dokumentaci tak, aby byla chráněna před nahlížením nebo jiným nakládáním neoprávněnými osobami a ztrátou. Povinnost tuto skutečnost oznámit má i osoba, která přišla se zdravotnickou dokumentací jako první do styku (37).

1.3.3 Předávání informací v procesu zdravotní péče a práva zdravotních pojišťoven

Lékařská věda je v současnosti rozdělena na mnoho specializovaných oborů a péče o pacienta se vyznačuje úzkou spoluprací mezi různými lékaři, zdravotníky a zdravotnickými zařízeními. Proto je předpokladem vzájemná informovanost o zdravotním stavu pacienta. To je spojeno i s předáváním úkolů v péči o pacienta a

průvodních informací, obvykle písemně. Toto sdělení tak tvoří vždy novou část zdravotnické dokumentace. K založení dokumentace dochází bezprostředně po přijetí pacienta do péče zdravotnického zařízení, po narození nebo v případě změny ošetřujícího lékaře. Je vyplněn registrační list (1).

Nově zvolený lékař si vyžádá od dosavadního pacientova lékaře všechny informace potřebné pro zajištění návaznosti poskytované zdravotní péče. Vyhotovení výpisu ze zdravotnické dokumentace je lékaři považováno za administrativně zatěžující, a proto často předávají kompletní dokumentaci. Tento způsob však s sebou nese určitá rizika nejen v případě revize ze strany zdravotní pojišťovny, ale i při lékařských pochybeních. Dokumentace v tomto případě může sloužit jako alibi pro lékaře. Pokud je předávána celá dokumentace, doporučuje se zhotovení kopie alespoň hlavního záznamu. Také se doporučuje odeslání dokumentace doporučeně poštou, to zajistí nejen její předání novému lékaři, ale i zpětnou vazbu, v tomto případě oba lékaři budou znát svou adresu pro případná další sdělení, pokud by vyšly najevo nějaké další skutečnosti (1,37).

Přístup zdravotních pojišťoven ke zdravotnickým údajům o pacientech začíná uzavřením smluv o úhradě péče se zdravotnickým zařízením. Zdravotní pojišťovna má pak povinnost hradit provedené výkony, kontrolovat zda byly provedeny odůvodněně, v náležité kvalitě a zda byly správně vyúčtovány. Revizní lékaři posuzují léčebný proces, jeho průběh, předepisování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky. Kontrolují, zda poskytnutá péče odpovídá vyúčtované péči a zda rozsah péče odpovídá zdravotnímu stavu pacienta. Ve zdravotnické dokumentaci je přehled všech provedených výkonů, předepsaných léčivých prostředků a techniky. Je možné zde vyčíst důvody vedoucí k ordinaci a s nimi spojené výdaje z prostředků zdravotního pojištění. Je tedy také určitým druhem účetního dokladu. Kontrolní pravomoc zdravotních pojišťoven proto umožňuje nahlížet do dokumentace prostřednictvím revizních lékařů. Výkon jejich činnosti nesmí narušit běžný provoz zdravotnického zařízení, péči ani léčebný výkon. Kontrolu zdravotních výkonů je možné provádět až pět let zpětně. Zdravotní pojišťovny nemají zákonem určené žádné konkrétní sankční prostředky pro případy neposkytnutí součinnosti při revizi, ale účinnou hrozbou je možnost neuhrazení nezrevidovaných, a proto neuznaných zdravotních výkonů (1).

1.3.4 Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků

Zdravotní stav je velmi citlivá záležitost pro každého člověka. Pacient se lékaři svěřuje s důvěrou, že lékař zachová naprostou diskrétnost a spoléhá se na zachování lékařského tajemství, přesněji povinnou mlčenlivost zdravotnických pracovníků. Ta je jedním z nástrojů, jak zajistit ochranu osobních údajů, ochranu soukromí a ochranu nedotknutelnosti fyzické osoby (1,48).

Dodržování povinné mlčenlivosti bezprostředně navazuje na principy právního státu, kde jsou lidská práva nejen formálně zakotvena, ale také respektována. K ústavněprávnímu hledisku se v případě povinné mlčenlivosti zdravotnického pracovníka připojuje významný etický, morální a soukromoprávní rozměr. Od počátku historie medicíny je povinná mlčenlivost součástí etických povinností, které jsou spojené s výkonem lékařského a zdravotnického povolání. Povinná mlčenlivost je zakotvena i v Hippokratově přísaze. V historickém kontextu je vnímána spíše jako lékařské tajemství až do doby, kdy se objevuje požadavek zakotvení povinné mlčenlivosti v obecně závazné právní normě. Mlčenlivost zdravotnických pracovníků je tedy přirozenou povinností pramenící ze vzájemného vztahu mezi zdravotníkem a pacientem (14,47,48).

Až do nedávné doby považovala česká právní úprava povinnou mlčenlivost ve zdravotnictví spíše za morální aspekt. Tento stav se změnil až novelizací trestního zákona, kde je jako trestný čin uvedeno i neoprávněné nakládání s osobními údaji, a tedy i porušení povinné mlčenlivosti zdravotnického pracovníka (48).

Právní řád České republiky uznává následující druhy povinné mlčenlivosti – státem uznaná povinnost mlčenlivosti (obchodní, zpovědní tajemství), zákonem stanovená – uložená povinnost mlčenlivosti (povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků) a povinná mlčenlivost uložená na základě mezinárodních smluv (Úmluva Rady Evropy č. 108 na ochranu osob se zřetelem na automatizované zpracování osobních dat) (36,48).

Obecně lze povinnou mlčenlivost vymezit jako zákonem uloženou nebo státem uznanou povinnost nesdělovat nepovolané osobě určité skutečnosti a současně povinnost nést právní důsledky v případě porušení této povinnosti. Přitom platí

povinnost mlčenlivosti i po skončení pracovního nebo služebního poměru nebo jiných činností, s výkonem kterých tato povinnost souvisí. A je zachovávána i po smrti pacienta (1,48).

Mlčenlivost se vztahuje na všechny skutečnosti, ať jsou povahy zdravotnické nebo nezdravotnické, o kterých se zdravotník dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání. Této povinnosti však může být pracovník zproštěn, zpravidla se souhlasem osoby, které se to týká. Sdělení údajů o zdravotním stavu neoprávněné osobě je považováno za závažné porušení etických i právních norem, které se týkají výkonu zdravotnického povolání, a právní předpisy za ně stanovují přísné sankce (1,39,48).

Hlavním účelem povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků je především nastolení vzájemné důvěry ve vztahu mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem. Dalším účelem je ochrana před neoprávněným zasahováním do pacientova soukromí, ochrana nedotknutelnosti osoby pacienta, ochrana jeho lidské důstojnosti, osobní cti, dobré pověsti a jména. Dalším cílem je zabránění diskriminaci pacienta pro jeho národnostní, etnický nebo sociální původ nebo pro jeho politické či náboženské vyznání, sexuální orientaci nebo zdravotní stav (17,48).

Mlčenlivost je z pohledu zdravotnického pracovníka vymezena jak pozitivně, tak negativně. Negativním vymezením je soubor informací, které zdravotnický pracovník nesmí sdělovat třetím osobám. Problém vzniká už při definici údajů, které spadají pod povinnou mlčenlivost. Zdrojem problémů je mimo širokého spektra informací také široký okruh výjimek, které jsou principiálně upraveny ve zdravotnické legislativě. Mezi ně patří výjimky vznikající na základě vůle pacienta (souhlas s poskytnutím údajů v konkrétním případě nebo určení osoby, která má nárok na informace o zdravotním stavu pacienta) (22,28,48).

Sdělování údajů krytých povinnou mlčenlivostí orgánům veřejné moci je další kapitolou. Jedná se o orgány sociálního zabezpečení, orgány na úseku ochrany veřejného zdraví nebo v případě sociálněprávní ochrany dětí. V případě sdělování informací soudům a orgánům činným v trestním řízení je nutné předložit souhlas pacienta nebo souhlas soudce. A je potřeba jej v písemné formě založit do dokumentace (44,48).

Existují však možnosti prolomení zdravotnické mlčenlivosti. První možností je již zmíněné sdělování informací se souhlasem ošetřované osoby a další je povinnost oznamovat určité skutečnosti uložené zdravotnickým pracovníkům zvláštním právním předpisem (§ 49 odst. 2 zákona č. 123/2000 Sb.) (1,12).

Prolomení mlčenlivosti je umožněno také v souvislosti s trestním řízením, řízením před soudem nebo jiným orgánem, pokud je předmětem spor mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem nebo osobou, která uplatňuje právo na náhradu škody nebo ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče (57).

Výjimky, někdy označované jako průlomky do povinné mlčenlivosti, vyplývají z principu vyvážených základních zájmů společnosti a z principu svobodného jednání jednotlivce. Povinnou mlčenlivost však nemůže zdravotnický pracovník zachovávat proti vůli pacienta. Právní úprava proto předpokládá možnost souhlasu pacienta se sdělením údajů krytých mlčenlivostí. Souhlas je v podobě zvláštního právního aktu, kde pacient specifikuje osobu, rozsah a účel, pro který jsou informace poskytovány. Pacient má právo určit osobu, která může být informována, nebo pacient může vyslovit zákaz podávání informací jakékoli osobě. Může tak učinit při přijetí nebo kdykoli po něm (48).

Z hlediska právní jistoty zdravotnického pracovníka je nutná písemná forma souhlasu, která je buď v podobě záznamu ve zdravotnické dokumentaci nebo v podobě zvláštního formuláře vloženého do dokumentace (viz příloha č. 5). V souhlasu je důležité uvést jméno a příjmení zdravotnického pracovníka, který může mlčenlivost na základě souhlasu pacienta prolomit. Tento souhlas je platný až do odvolání pacientem. Odvolání je možné provést kdykoliv. Tento souhlas musí být učiněn svobodně, vážně, srozumitelně a nesmí odporovat zákonu nebo jej obcházet a je nutné, aby jej učinila osoba způsobilá. U nezletilých pacientů tento souhlas udělují zákonní zástupci (rodiče, poručník, opatrovník). Pokud se jedná o pacienta se soudem omezenou způsobilostí k právním úkonům, je nutné o souhlas s nakládáním s údaji o zdravotním stavu žádat soudem určeného opatrovníka (27,45,48).

Etické normy týkající se ochrany osobních údajů ve zdravotnictví také upravuje řada stavovských předpisů. Jedním z nich je Etický kodex České lékařské komory, který

stanovuje povinnost důsledně zachovávat lékařské tajemství. Podobná ustanovení obsahují i další etické a právní normy pro poskytování zdravotní péče. Je to např. Kodex pro zdravotní sestry, Kodex práv pacienta, Hippokratova přísaha nebo Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. Je v nich stanovena důvěrnost informací o pacientovi (10,15,19).

1.3.5 Informovaný souhlas – pozitivní revers

Již na konci devatenáctého století bývalo zvykem, že lékař před chirurgickým zákrokem žádal pacienta o souhlas. Do zákonných předpisů byl však tento postup zaveden ve století dvacátém. První zmínka je z roku 1914, kdy u Nejvyššího soudu v New Yorku bylo podle soudce Benjamin Cardova uvedeno, že každá dospělá lidská bytost se zdravou myslí má právo rozhodnout, co bude děláno s jejím tělem (32).

Informovaný souhlas se proto stal důležitým nástrojem pro poskytování informací. Má mimořádný právní význam, bez informovaného souhlasu není možné pacienta léčit (viz příloha č. 2). Informovaný souhlas je právním úkonem, ve kterém je svobodně, vážně, určitě a srozumitelně projevena vůle pacienta (13,19,21).

V některých situacích zákon informovaný souhlas výslovně vyžaduje. Můžeme rozlišit revers negativní, to znamená výslovné odmítnutí, a revers pozitivní, to znamená souhlas pacienta s provedením určitého zdravotnického postupu či zákroku. Udělením takového informovaného souhlasu musí předcházet podrobné poučení pacienta o možných rizicích, následcích při provedení nebo naopak při neprovedení zdravotnického výkonu. Obsah takového poučení se uvádí v listině, kterou pacient podepisuje a která musí být založena do dokumentace (viz příloha č. 3). Tyto reversy jsou důležitou součástí zdravotnické dokumentace, protože stejně jako výsledky vyšetření mají bezprostřední vliv na další lékařský postup. Účelem reversu je také preventivní právní ochrana lékaře (1,24,50).

Souhlas musí splňovat tři základní náležitosti. Musí být poučený, kvalifikovaný a svobodný. Základní formou informovaného souhlasu je souhlas ústní. Druhou formou je souhlas konkludentní, to znamená, že vyplynul ze situace, je udělen mlčky, ale s významně souhlasným gestem. Tyto dvě formy však nejsou prokazatelné a pacient je

může kdykoli zpochybnit. Proto zdravotničtí pracovníci ve vlastním zájmu vyžadují písemný informovaný souhlas i v případech, kde by postačoval souhlas ústní nebo konkludentní. Informovanému souhlasu v písemné formě vždy musí předcházet ústně prezentované informace a poučení musí být vždy v jazyce, kterému pacient rozumí. Obsah informovaného souhlasu musí respektovat jeho smysl, musí poučit nemocného, umožnit potřebnou léčbu a péči a zároveň poskytnout právní ochranu zdravotnickému pracovníkovi. Informovaný souhlas je nutné obnovovat, pokud se pacient dlouhodobě léčí pro stejnou chorobu a mění se indikace pro léčbu a diagnostiku. Pacient může kdykoli informovaný souhlas odvolat a nemusí uvádět žádné důvody. Odvolání nemá zpětnou účinnost (19,20,50).

Zdravotnický pracovník, který je způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání, informuje pacienta nebo členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech. Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo je-li možné tento souhlas předpokládat. Pokud nemocný odmítne přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers). Pokud je neodkladné provedení vyšetřovacího nebo léčebného výkonu nezbytné k záchraně života nebo zdraví dítěte nebo osoby, která je zbavená způsobilosti k právním úkonům, a pokud odpírají rodiče nebo opatrovník souhlas, je ošetřující lékař oprávněn rozhodnout o provedení výkonu. Toto ustanovení se týká dětí, které nemohou posoudit nezbytnost takového výkonu (37,46).

Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony a, pokud to je podle povahy onemocnění potřeba, převzít nemocného i do ústavní péče, jedná-li se o nemoci, které stanovuje zvláštní předpis a u kterých je možné uložit povinné léčení. Také pokud osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí, a jestliže není možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví, je možné výkon provádět bez souhlasu nemocného (57).

Pokud pacient odmítá navrhovanou léčbu, i když s ní byl seznámen a získal informace, že nesouhlasem se vystavuje vážným zdravotním rizikům, používá se tzv. negativní revers. Sepsání negativního reversu musí splňovat náležitosti dané platnou

vyhláškou. Obsahuje údaje o zdravotním stavu, údaj o možných zdravotních následcích odmítnutí, písemné vyjádření pacienta o tom, že mu bylo vše vysvětleno, písemné prohlášení o odmítnutí, místo, datum, čas a podpis pacienta a zdravotnického pracovníka, který informace poskytl. V případě nezletilého pacienta je nutný podpis poučeného zákonného zástupce. Záznamy o informovaných souhlasech musí obsahovat i zdravotnická dokumentace (10,13,51).

1.3.6 Důsledky porušení právních povinností – právní odpovědnost

Závazná pravidla pro nakládání se zdravotnickými údaji a zdravotnickou dokumentací by neměla smysl, pokud by nebylo možné vymáhat jejich dodržování. Hlavním účelem je ochrana zdraví a soukromí pacienta. Proto existuje celý systém právních mechanismů, který má dodržování těchto pravidel zajistit. Druh odpovědnosti se určuje podle toho, jaká práva a povinnosti byly porušeny, kdo porušení zavinil a míru a závažnost porušení (1,3,26).

Trestní odpovědnost je odpovědnost, kterou má pachatel trestného činu podle trestního zákona. Pokud je podezření ze spáchání trestného činu, je úřední povinností policie věc prověřit a státní zástupce podává k soudu žalobu, pokud vedou výsledky vyšetřování k závěru, že byl spáchán trestný čin. K trestnímu oznámení může dojít, pokud se pacienti nebo jejich příbuzní cítí poškozeni na zdraví nebo se domnívají, že lékařským výkonem došlo k újmě na zdraví či k úmrtí v souvislosti s nedbalostí při zdravotní péči. Trestní odpovědnost má pouze osoba fyzická (44).

Občanskoprávní odpovědnost je především odpovědnost za škodu, zde většinou za škodu na zdraví. Pokud ji způsobil zaměstnanec, odpovídá vždy zaměstnavatel. Nejčastěji jde o obecnou odpovědnost za škodu způsobenou porušením právní povinnosti, způsobenou okolnostmi a za škodu na vnesených a odložených věcech (44).

Správní odpovědnost je odpovědnost fyzických i právnických osob vůči orgánům státní správy. Jde o odpovědnost za dodržování platných norem v oblasti správního práva. Odpovědný může být občan jako jednotlivec, zdravotnický pracovník, ale i právnická osoba, např. nemocnice. Do této kategorie zařazujeme odpovědnost za přešůpek podle zákona o přešůpcích, právní odpovědnost fyzické nebo právnické

osoby za porušování jakýchkoli norem správního práva, např. na úseku hygienické služby (44).

Pracovněprávní odpovědnost je odpovědnost zaměstnance vůči zaměstnavateli podle Zákoníku práce. Zaměstnanec je odpovědný za porušování kázně, neuspokojivé pracovní výsledky a také za škodu, kterou svému zaměstnavateli způsobil. Jedná se i o případ škody způsobené zdravotnickým pracovníkem jako zaměstnancem pacientovi (44).

Disciplinární odpovědnost vůči komorám, je odpovědnost lékaře vůči stavovské organizaci. Podle zákona má značnou pravomoc. Komora řeší případy, kdy dojde k porušení právních předpisů, chybám v odborném postupu při léčení nebo porušení zásad lékařské etiky, které upravuje Etický kodex. Jako sankce může být uložena důtka, pokuta, podmíněné vyloučení a vyloučení z komory (10,44).

Existují některé další důsledky porušení povinností. Především jde o odpovědnost za závazky převzaté smlouvou, nejčastěji jde o smlouvu mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou. Ze smlouvy mohou vyplývat možné sankce za nesplnění závazku. Může se jednat o předčasné rozvázání smlouvy, neproplacení výkonů, vrácení platby nebo neobnovení smlouvy (44).

1.4 Elektronické zdravotnictví

1.4.1 Elektronická zdravotní dokumentace

V průběhu posledních let ovlivnily sociální, politické a ekonomické změny v řadě zemí Evropy vývoj tradičních modelů zdravotní a sociální péče. Velmi důležité při poskytování zdravotní a sociální péče je sdílení, vyměňování a ukládání dat a dalších informací. O pacienta se stará celá řada zdravotnických pracovníků, kteří se vzájemně doplňují a potřebují vzájemně sdílet informace tak, aby byli schopni spolupracovat při péči. Zdravotnictví je na výměnu informací oblast velmi náročná. Bez ohledu na rychlý rozvoj technologií je papírová forma zdravotnické dokumentace základní a nejrozšířenější. V současnosti jsou záznamy o pacientovi ukládány jak v papírové, tak v elektronické formě. Fragmentace dat je velkou překážkou pro zabezpečení kontinuity

zdravotnické péče, ručně psané poznámky o pacientově zdravotním stavu ztěžují využití takto zaznamenané informace pro biomedicínský výzkum, rozhodování a hodnocení kvality léčebné péče. Jsou tak zřejmé výhody jednoznačného, strukturovaného zaznamenávání informací. Současně využívané systémy neumožňují lékařům zadávání strukturovaného záznamu. Většina systémů se omezuje pouze na určitou oblast informací, ale hlavně je časově náročná pro zadávání dat. Důležitým prvkem pro vytváření informační společnosti je výzkum a vývoj orientovaný na rozvoj elektronické zdravotní dokumentace a její standardizace. Předpokládáný je rozvoj multimediálního zdravotního záznamu, který bude uživatelským rozhraním pro distribuovaný svět informací (7,59).

Elektronické zdravotnictví (eHealth) je název pro řadu nástrojů založených na komunikačních a informačních technologiích, které podporují a zlepšují prevenci, diagnostiku, léčbu, zdraví a životní styl. To zahrnuje interakci mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče a předávání údajů mezi nimi (9).

První zkušenosti s elektronickým zdravotním záznamem v zemích EU potvrzují dobré perspektivy elektronické zdravotnické dokumentace. Do budoucna je možné očekávat, že nové informační technologie umožní přenášet jednodušeji a bezpečně elektronickou zdravotní dokumentaci mezi různými systémy. Elektronická dokumentace pomůže lépe vyhodnotit výsledky, pomůže při zabezpečení kvality léčebné péče, bude splňovat legislativní a bezpečnostní požadavky a bude také integrovat poskytovatele zdravotní péče na všech úrovních. Ještě je však potřeba vyjasnit řadu otázek (31,59).

Při zavádění elektronické zdravotní dokumentace do praxe je nutné brát v úvahu hodnotu a přijatelnost z hlediska uživatele. Řada lékařů může těžko objektivně posoudit výhody elektronického zdravotního záznamu, protože neměla možnost se s ním v praxi setkat. Dalším hlediskem je integrace záznamu, podpora rozhodování. Struktura záznamu by měla být zdrojově, časově a problémově orientovaná. Důležitá je i architektura záznamu, systém musí umět pracovat s multimediální informací, s grafickým či rtg zobrazením. Velmi důležité jsou bezpečnostní aspekty. Je třeba zabránit neautorizovanému přístupu k informacím v elektronické zdravotní

dokumentaci, musí být zjistitelný původ dat, kdo data poslal a přijal. Mělo by být možné připojit k datům elektronický podpis (viz kapitola 1.4.6) (59).

1.4.2 Elektronická zdravotní dokumentace v ČR

Internetové spojení se ve zdravotnictví užívá většinou pro posílání elektronické pošty, pro přenos informací, při poskytování zdravotní péče pacientovi a pro informace z odborných zdravotnických databází. Národní zdravotnický informační systém (NZIS) je hlavním prostředkem zdravotnické informatiky, jeho organizováním je pověřen Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). Přenos zdravotnických dat nejčastěji probíhá mezi lékařem a komplementárními pracovišti (laboratořemi). Datové přenosy v mnohem menší míře probíhají mezi lékaři s rozdílnou specializací a mezi nemocnicemi. Významný je přenos dat mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotnickými institucemi (MZ ČR, ÚZIS ČR, Státním zdravotním ústavem). Pro přenos dat mezi těmito zdravotnickými zařízeními je navržen datový protokol MZ ČR. Rychle se také vyvíjejí standardy zdravotnické informatiky např. národní číselník laboratorních položek určený pro přenos dat z vyšetření. Mezi zdravotnickými zařízeními, která využívají internetovou technologii, vznikají datové sítě. Tímto způsobem jsou v České republice provozovány dva významné zdravotní registry - registr transplantací orgánů a registr kardiovaskulárních intervencí. Postupně se rozvíjí i další (59).

V České republice existují také různé projekty týkající se elektronické zdravotní dokumentace. Je to např. projekt elektronického identifikátoru – elektronické karty zdravotního pojištění, který je projektem Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, a projekt internetového přístupu ke zdravotním informacím pacienta – IZIP. Jedná se o pacientem řízený přístup k jeho zdravotním informacím (viz kapitola 1.5) (8).

1.4.3 Elektronická zdravotní dokumentace v USA a Evropě

V roce 1991 Ústav medicíny Národní akademie věd v USA zveřejnil zprávu shrnující přednosti a slabá místa zdravotní dokumentace vedené v papírové formě v porovnání s formou elektronickou. Výsledkem studie bylo doporučení k tomu, aby se elektronický zdravotní záznam stal primární formou vedení zdravotnické dokumentace, a je očekávána jeho široká implementace v americkém zdravotnictví (59).

Také v Evropě je elektronická forma zdravotnické dokumentace předmětem zájmu. V Evropské unii jsou rutinně využívány administrativní a klinické informační systémy v malém počtu nemocnic. Mezi praktickými lékaři se zdravotní dokumentace v elektronické formě využívá nejméně v Řecku a Španělsku, okolo 50 % ve Francii, Itálii, v Belgii a v Nizozemsku. V Dánsku, Švédsku a Velké Británii je využití elektronické zdravotní dokumentace více než 80 %. Evropská unie podporuje výzkum a vývoj v oblasti zdravotní dokumentace celou řadou projektů (11,59).

1.4.4 Elektronický zdravotní záznam

Zdravotní záznam pacienta je základní článek zdravotnické dokumentace. Záznamy o pacientech lze rozdělit do několika kategorií. První kategorií je automatizovaný zdravotní záznam. Papírová dokumentace zůstává nezměněna a automatizovaný zdravotní záznam je pořízen souběžně. Počítačem jsou zpracovány pouze některé informace o pacientovi, výsledky jsou vytištěny a poté založeny do papírové dokumentace. Druhou kategorií je počítačový zdravotní záznam, který se získává pomocí indexování a skenování celé papírové dokumentace pacienta. Je to pouhé převedení do elektronické podoby a chybí zde možnost dalšího počítačového zpracování informací. Třetí kategorií je elektronický zdravotní záznam. Je to souhrn informací o zdravotním stavu pacienta a informací o jeho identifikaci. Může mít stejnou strukturu jako záznam papírový, ale může být jinak uspořádaný. Liší se však pohledy na obsah a rozsah elektronického zdravotního záznamu, který by měl mít další nové vlastnosti, například strukturované uložení informací, nástroje pro jejich vyhodnocení,

možnost rozšiřování nebo možnost pracovat v různých jazycích. Je velmi důležitá standardizace terminologie (59).

Elektronický zdravotní záznam je možností, jak formalizovat klasický zdravotní záznam. To přináší výhody přehlednějšího záznamu zdravotnických postupů, jednoznačnou identifikaci autora každého záznamu, okamžitý přístup k údajům o pacientovi a možnost prohlížet předchozí případy s možností je studovat, kontrolovat a zkoumat. Aby bylo možné toho dosáhnout, je nutná shodná terminologie, definice a struktura zdravotního záznamu. Jsou potřebná jasná pravidla pro uchovávání zdravotnických záznamů. Je nutný přenos tohoto procesu na mezinárodní úroveň (59).

1.4.5 Elektronická zdravotní karta

Rozvoj informačních technologií umožňuje převádění informací o zdravotním nebo sociálním stavu občana do elektronické podoby. Z hlediska použitých technologií (magnetické, mikroprocesorové, optické, laserové) dělíme elektronické zdravotní karty na magnetické, čipové a optické. Elektronické karty mají nezastupitelné využití v mnoha oblastech. Ve zdravotnictví jsou nejrozšířenější a nejvíce používané karty pojištěnců. Nejjednodušší karta pro stálou archivaci dat je paměťová karta, ale neexistuje u ní žádné zabezpečení dat. Dalším druhem karet jsou karty přístupové, s omezeným množstvím funkcí zadaných do čipu již při výrobě. Mají omezenou činnost i životnost. Jako ochrana před zneužitím je zde PIN (Personal Identification Number) mechanismus. Lze využít složitější a pružnější funkčnost např. pro elektronické podpisy. Využít lze i superinteligentní karty s integrovanou klávesnicí a displejem. Držitel karty vkládá svůj PIN přímo do karty, a nemusí proto procházet čtecím zařízením, které nemusí být bezpečné. Velkou výhodou čipových karet je snadná přenositelnost, k jejich provozu není nutná složitá infrastruktura. Příznivé jsou i provozní náklady, protože není nutné platit žádné komunikační poplatky (59).

1.4.6 Elektronický podpis

Elektronický podpis je stejně jako podpis vlastnoruční výsledek nějakého procesu, který vyplývá z rozhodnutí podepisující osoby a stvrzuje její vůli. Je výsledkem technologického procesu, je to podpis proměnný a nelze jej vytvořit bez znalosti soukromého klíče. Možnost zneužití elektronického podpisu není větší než u vlastnoručního podpisu, ale možnost ověření pravosti podpisu elektronického je vyšší. Existují dva stupně elektronického podpisu – obyčejný a zaručený. Obyčejným podpisem se rozumí údaje v elektronické podobě připojené k datové zprávě. Zaručený elektronický podpis je údaj připojený k obsahu elektronického dokumentu a je vytvořen zvláštním postupem s využitím kryptografických principů (18,38).

Bezpečnost elektronických podpisů je závislá na chování podepisující osoby, na její schopnosti uchovat v tajnosti svá data pro vytváření elektronického podpisu. Podle českých zákonů je zaručený elektronický podpis rovnocenný podpisu na papíře. Zaručený elektronický podpis se zároveň uplatňuje při uchovávání lékařské dokumentace v elektronické podobě a nezbytným se stává také při vystavování elektronických receptů (40,42).

1.4.7 Etické, právní a odborné aspekty vedení elektronické zdravotní dokumentace

Údaje ve zdravotnické dokumentaci jsou v porovnání s jinými obory velmi citlivé. Úzce se dotýkají každého člověka, a proto jsou nutné speciální zákony, které zabezpečují závazné postupy při ochraně soukromí. Zdravotničtí pracovníci přicházející do styku s osobními daty jsou osobně zodpovědní za zabezpečení pacientova soukromí. Je potřeba zajistit spolehlivou identifikaci těchto pracovníků ještě před udělením možnosti přístupu k citlivým údajům. Používání nezabezpečených systémů ve zdravotnictví má dalekosáhlé důsledky. Nejenže může být pacient uveden do rozpaků nebo sociálně izolován kvůli odhalení citlivých informací, ale lékařská péče může být narušována nepřesnými nebo chybějícími údaji. Vzniká tak nebezpečí poranění nebo smrti v případě, že chyby nebyly odhaleny. Proto musí být zdravotnický záznam veden a provozován tak, aby možnost pacientovi ublížit byla co nejmenší. Záznamy

v elektronické podobě tak nabízí možnost vyhovět více etickým nárokům a respektovat právo jedince na soukromí a neomezit přístup k informacím, které zdravotničtí pracovníci potřebují při poskytování péče (59).

Novela zákona č. 20/1966Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění (zákon 260/2001 Sb.) odstraňuje kolizní legislativní situace, které souvisí s působností zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů při vedení elektronické zdravotní dokumentace a provozu Národních zdravotních registrů (oznamovací povinnost, souhlas pacienta, archivace, skartace). Především jde o definování legálních způsobů provádění, zřizování, zveřejnění, správcovství, odbornou garanci a provoz registrů díky koordinaci (59).

1.4.8 Informační systémy ve zdravotnictví

Informační systémy pro zdravotnická zařízení jsou rozčleněné do několika kategorií. Ambulantní informační systémy pro ambulance praktických lékařů, praktických lékařů pro děti a dorost a odborných lékařů. Jde o produkty, které mohou být provozovány v samostatných ambulancích nebo v rámci poliklinik. Dále se člení na nemocniční klinické informační systémy, které řeší provoz klinických oddělení nemocnic a to včetně výkaznictví, ambulancí, lůžek a administrativy oddělení. Na ně navazují samostatné laboratorní informační systémy a lékárenské informační systémy pro nemocniční i komerční lékárny. Další kategorií jsou manažerské a ekonomické informační systémy, které podporují řízení zdravotnických zařízení a systémů. A také systémy na zpracování obrazové dokumentace, informační systémy pro stravovací provoz a jiné speciální systémy (41).

1.4.9 Ochrana dat a bezpečnost informačních systémů ve zdravotnictví

Od pracovníků ve zdravotnictví nemůžeme očekávat osvojení praktických znalostí zabezpečení informačních systémů, protože je to technická a velmi komplexní záležitost. Je však nezbytně nutné, aby zdravotničtí pracovníci rozuměli důležitosti udržení bezpečného prostředí pro elektronické záznamy. Tyto záznamy obsahují

informace, které souvisí s fyzickým i duševním zdravím pacientů, a také informace o poskytování péče ze strany zdravotníků a zdravotnických zařízení. Do systému tato data nevkládají pouze zdravotníci, ale i další nezdravotnický personál. Tato rozmanitost v ukládání dat ve zdravotním záznamu přináší problémy se zabezpečením. Proto je nutné vytvoření odpovídajícího právního prostředí, které musí předcházet zavedení elektronického zdravotního záznamu do praxe. Do informačních systémů je možné zavést překážky kontrolující přístup a zabezpečit údaje před zneužitím. Tato nevyhnutelná omezení však musí být v rovnováze s nutností přístupu k informacím pro ty, kteří mají potřebu a nárok je znát (59).

Důležitá je i otázka archivace elektronických zdravotních záznamů. Existuje minimální období, kdy je požadována archivace dat. V evropských zemích je to v některých případech až třicet let. Záznamy se však časem ničí a ani jejich převod do jiného formátu není bez problémů. Při rychlém vývoji informačních technologií není možné zaručit plnou kompatibilitu systémů za třicet let. Ke kódovaným systémům bude potřeba uchovávat klíč, jinak budou nerozluštitelné. Je navrhováno, aby klíče k údajům zůstávaly uchovány v rámci veřejné organizace. Tvůrci informačních systémů ve zdravotnictví musí podléhat přísné kontrole a systémy musí vyhovovat normě zajišťující bezpečné prostředí pro citlivé zdravotní údaje. Důležité je také zabezpečení ze strany uživatelů, protože se o systémy dostatečně nestarají a používají nevyhovující postupy (59).

1.5 Společnost IZIP

1.5.1 Historie systému IZIP

System IZIP (Internetový přístup ke zdravotním informacím pacienta) představuje souhrn zdravotních informací pacienta, který je zpracovaný ve formě elektronické zdravotní knížky a je přístupný prostřednictvím Internetu. System slouží k rychlému předávání informací mezi zdravotní pojišťovnou a pacientem, lékařem a pacientem, či lékaři navzájem za předpokladu, že jim to pacient umožní. Elektronickou

zdravotní knížku IZIP hradí svým pojištěncům Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a Česká národní zdravotní pojišťovna (38,43).

Na počátku vzniku systému IZIP stáli tři lékaři z praxe - otorhinolaryngolog Pavel Hronek, pediatr Milan Cabrnach a rehabilitační lékař Miroslav Ouzký. Po více jak roce práce, kdy byli obklopeni týmem spolupracovníků z oboru informatiky a komunikace, přesvědčili ke spolupráci VZP, IBM, Komerční banku, Český Telecom a Eurotel. Počátkem roku 2002 byla zahájena úvodní fáze projektu IZIP ve čtyřech vybraných okresech České republiky: v Benešově, Berouně, Jičíně a Rokycanech. Jejím cílem bylo ověřit fungování zdravotní knížky v praxi, získat zkušenosti s přístupem veřejnosti a začít vyhodnocovat vliv IZIP na zlepšení kvality a efektivity péče a shromáždit podněty pro další zlepšení. Se zdravotní knížkou na Internetu se v úvodní fázi seznámilo 300 lékařů, ze kterých čtvrtina začala tento systém využívat. Systém IZIP se od té doby rozšířil na celé území České republiky a registrují se do něj nejen lékaři, ale i ostatní pracovníci ve zdravotnictví a také velké ústavy (Homolka, Masarykův onkologický ústav a další). Vznikají další specializované projekty např. ve spolupráci s Českou diabetologickou společností nebo Českým olympijským výborem (43).

Do budoucnosti chystá společnost IZIP levnější propojení mezi zdravotnickými pracovníky, klienty a společnostmi, které se podílejí na komunikaci mezi těmito subjekty. Zdravotní knížky budou dále rozvíjeny tak, aby byly dostupnější a obsahově hodnotnější. Ke dni 6. 2. 2009 je aktuální stav registrovaných uživatelů systému IZIP 1.007.420 přihlášených uživatelů. V současnosti je již zaregistrováno 9.113 zdravotnických pracovníků oprávněných zapisovat do elektronických zdravotních knížek svých pacientů, kteří jsou registrováni v systému IZIP. Zdravotní knížky obsahují k tomuto datu již přes 9.428.730 zápisů (43).

IZIP dosáhl ocenění jak doma, tak i ve světě. V roce 2002 získal Ocenění Institutu ekonomických studií FSV UK - Nejlepší sociálně - ekonomický projekt a v témže roce Cenu generálního ředitele MEFA. V roce 2005 získal cenu ministryně informatiky - INVEX za významný přínos k rozvoji informační společnosti. Také získal titul IT projekt roku 2005. Ve světě v roce 2004 dostal Diplom eEurope Awards for eHealth,

byl vybrán Evropskou komisí mezi 12 nejlepších projektů EIPA a v roce 2005 obdržel cenu za Nejlepší e-Content projekt v kategorii e-Health na světě za rok 2005 (43).

1.5.2 Registrace v systému IZIP

Ve zdravotní knížce na Internetu mohou být obsaženy všechny informace o zdravotním stavu pacienta. Přístup k ní je možný z kteréhokoliv počítače připojeného na Internet. Číst v ní může pouze pacient a lékaři, kterým je to pacientem umožněno. Zapisovat zdravotní záznamy mohou jen zdravotničtí pracovníci, kteří jsou v systému IZIP registrovaní. Registrace může proběhnout po vyplnění elektronické přihlášky klienta a následným zřízením elektronické zdravotní knížky. V systému IZIP je následně vygenerováno aktivační číslo a přístupové heslo pro aktivaci a vstup do elektronické zdravotní knížky, které je zasíláno v doporučeném dopise do vlastních rukou. Je také možnost vyplnit formulář přihlášky klienta v elektronické podobě přímo na počítači, na kterém má klient možnost použít svůj zaručený elektronický podpis. Elektronickou zdravotní knížku je možné zřídit také osobě mladší 18 let nebo osobě částečně či zcela zbavené způsobilosti k právním úkonům. Přihlášku podává a podepisuje jeho zákonný zástupce nebo stanovený opatrovník (43).

Zřízení elektronické zdravotní knížky je dobrovolné a knížka je zřízena pouze na základě písemné žádosti pacienta, který může kdykoli rozhodnout o jejím zrušení. Klient může také rozhodnout o vyjmutí informací z elektronické zdravotní knížky. Po dohodě s lékařem či jiným zdravotnickým pracovníkem je možné zpřístupnit zdravotní knížku k nahlížení. Lékař tak má k dispozici kompletní zdravotní záznam, který může doplňovat o aktuální zdravotní záznamy. Pacient má možnost být informován o zdravotní péči, má přehled o výsledcích vyšetření i léčbě, může předejít opakování některých vyšetření. Mělo by dojít ke zrychlení stanovení diagnózy a zahájení léčby a ke zlepšení komunikace mezi lékaři, k objektivizaci a zpřesnění informací o zdravotním stavu pacienta. Také lékař nemusí provádět duplicitní nebo nadbytečná vyšetření či předepisovat léky, které byly předepsány jiným lékařem. Systém IZIP podporuje využívání informačních technologií ve zdravotnictví (43).

1.5.3 Bezpečnost informací

Pro bezpečnost informací využívá společnost IZIP nejmodernější prostředky při ochraně citlivých zdravotních záznamů před ztrátou či zneužitím. Všechny informace jsou umístěny na dobře zabezpečených serverech, které jsou pod neustálým dohledem. S vlastní databází pracují pouze administrátoři pracující v odděleném patře s elektronicky zajištěným vstupem. Jde o oprávněné a speciálně vyškolené osoby. Se souhlasem pacienta je jako identifikační číslo využíváno rodné číslo klienta. Přístupový kód je generován náhodně a žádný z pracovníků společnosti IZIP nemá možnost kód zjistit. Kód je, podobně jako PIN u bankovních karet, zasílán klientovi doporučeně do vlastních rukou. Klient má možnost požádat o změnu kódu. Kromě přístupového kódu si klient sám vytváří také osobní heslo. Bez kódu a hesla není možné dostat se ke zdravotním informacím klienta. Po třech neúspěšných pokusech o přihlášení dochází k zablokování přístupu do systému. Jsou rovněž umožněny i další způsoby zabezpečení vstupu do systému, např. pomocí SMS hesla. Společnost IZIP, a. s., získala souhlas Úřadu pro ochranu osobních údajů a je v souladu s platnými zákony České republiky, především se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (38,43).

Systém IZIP byl vypracován tak, aby práce v něm byla snadná i pro ty, kteří mají malé zkušenosti s prací na počítači a s Internetem. Všechny provedené zápisy jsou uloženy ve zdravotní knížce klienta. V položce základní informace jsou uvedeny základní údaje o klientovi a systém také umožňuje vytvořit si nové osobní heslo. V případě, že je některé z čísel nebo hesel zdravotnického pracovníka nebo klienta zadáno chybně třikrát po sobě, dochází k zablokování přístupu do systému na dobu 24 hodin. Po šesti chybných přístupech je v systému IZIP zablokován vstup do profilu zdravotnického pracovníka nebo do zdravotní knížky klienta a je vygenerováno nové identifikační a aktivační číslo a přístupové heslo. Také veškerá statistická zpracování dat jsou anonymní (38).

Společnost IZIP začala v září 2007 lékařům v České republice rozdávat a v ordinacích zdarma instalovat zaručený elektronický podpis (ZEP). Tato digitální technologie se ve zdravotnictví stává fenoménem a je budoucností nejen v ČR, ale i v dalších zemích Evropské unie (viz kapitola 1.4.6) (38).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem práce je zmapování problematiky vedení zdravotní dokumentace a elektronických zdravotních knížek, zjištění ochoty zdravotnických zařízení k zapojení do projektu a přístupu pacientů k předávání jejich dat do systému.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1

Zdravotničtí pracovníci si slibují od projektu elektronických zdravotních knížek zrychlení poskytování informací o zdravotním stavu pacientů.

Hypotéza č. 2

Zdravotnická zařízení jsou ochotna vést elektronickou zdravotní dokumentaci pouze při finanční kompenzaci zvýšené administrativní činnosti.

3. Metodika práce

3.1 *Metoda a technika sběru dat*

Ke zmapování problematiky vedení zdravotní dokumentace a elektronických zdravotních knížek byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Pro sběr potřebných dat byla využita metoda dotazování technikou dotazníku (dotazník viz příloha č. 1). Bylo vytištěno 200 kusů dotazníků. Dotazník byl sestaven co nejpřehledněji a nejdůležitěji, obsahoval 24 otázek a byl rozdělen do dvou částí.

V úvodu dotazníku je napsán název výzkumné práce, popsáno kdo a proč výzkum provádí a zároveň ujištění respondenta o anonymitě a poděkování za spolupráci. V první části jsou otázky týkající se věku, pohlaví, odbornosti a sídla zdravotnického zařízení. Další část je věnována zdravotnické dokumentaci, formám, ve kterých je vedena, využívání elektronické zdravotní dokumentace a systému IZIP. Výzkum probíhal v období - leden až březen 2009. Výsledky byly poté zpracovány a graficky znázorněny.

3.2 *Charakteristika zkoumaného souboru*

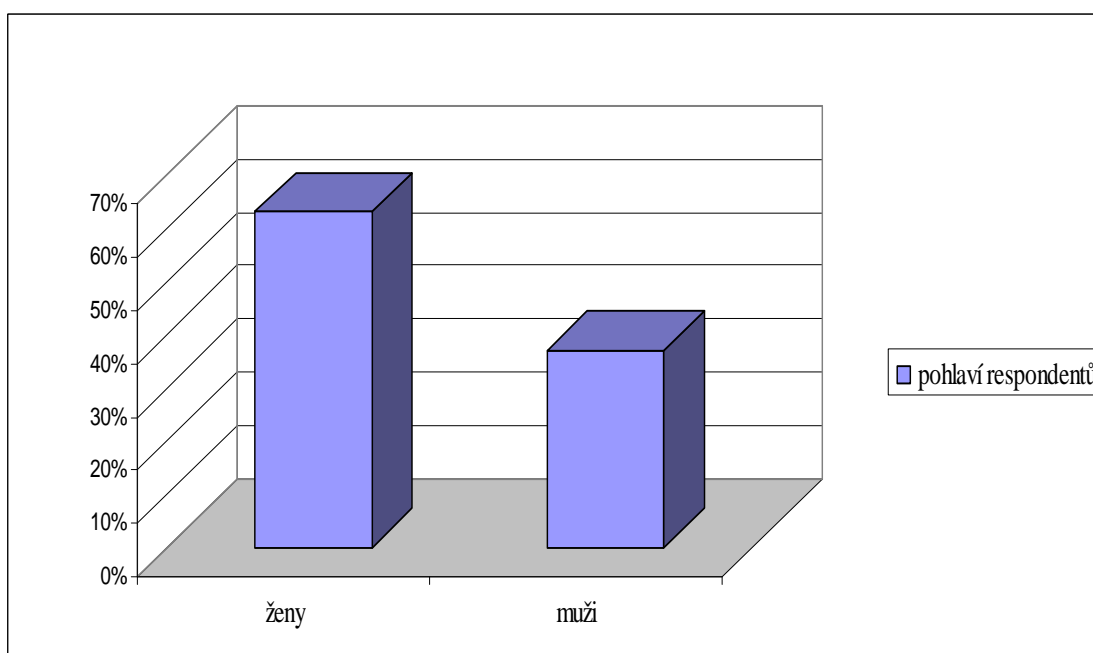
Jako zkoumaný soubor byla zvolena zdravotnická zařízení v Jihočeském kraji. Jednalo se o lékaře provozující soukromou praxi v Jihočeském kraji. Distribuce dotazníků proběhla několika způsoby. Z celkového počtu 200 kusů dotazníků bylo 50 kusů rozesláno poštou spolu s odpovědní obálkou na adresy vyhledané v internetové databázi Sdružení ambulantních lékařů. Další část byla rozdávána přímo ve zdravotnických zařízeních, která jsem po předchozí telefonické domluvě osobně navštívila. Zbývající část byla rozdávána na seminářích pro lékaře. Vrátilo se 174 dotazníků, z nichž však 22 nebylo zcela vyplněných. Pro výzkum plně použitelných bylo 152 dotazníků. Pro prováděný výzkum bylo nutné rozdělit respondenty podle toho, zda využívají elektronické zdravotní knížky či ne. Ve skupině, která využívá elektronické zdravotní knížky, se jednalo o 57 respondentů. Ve skupině respondentů nevyužívajících elektronické zdravotní knížky se jednalo o 95 respondentů.

4. Výsledky výzkumu

Na kvantitativním výzkumu metodou dotazování – technikou dotazníků (viz příloha č. 1) se podílelo 152 respondentů. Z toho bylo 96 (63 %) žen a 56 (37 %) mužů (viz graf 1 a tabulka 1).

Graf 1: Pohlaví respondentů

(Otázka č. 1)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 1:

respondenti	ženy		muži	
	procenta	počet	procenta	počet
počet	63 %	96	37 %	56

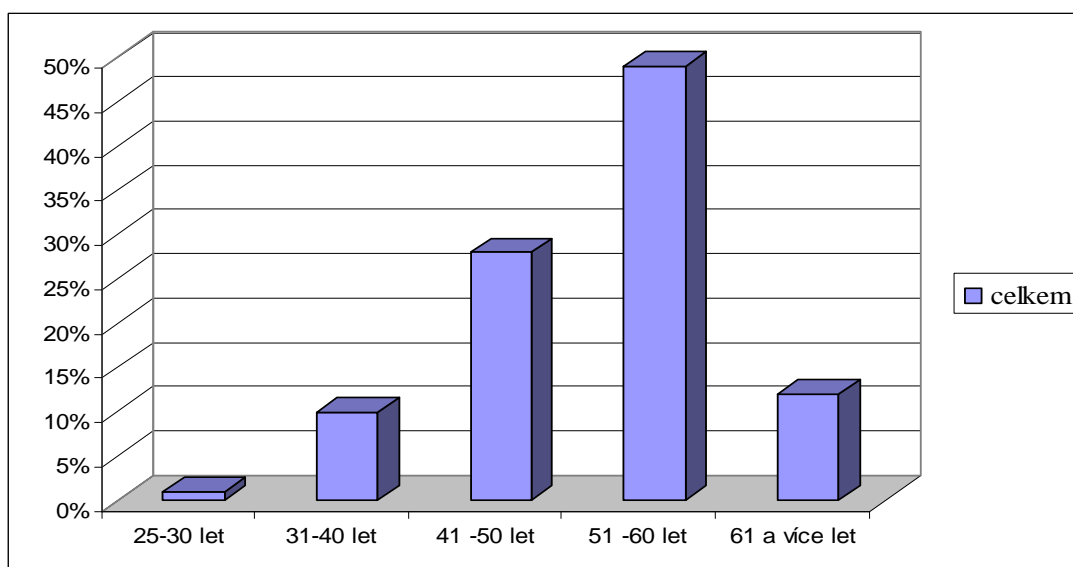
celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Z hlediska věku jsou respondenti rozděleni do několika kategorií, z nichž nejpočetnější skupinou je věková kategorie 51-56 let a to v počtu 75 respondentů (49 %). Dále bylo 1 % respondentů (1) ve věku 25-30 let, 10 % (15) ve věku 31-40 let, ve věku 41-50 let bylo 28 % (42 respondentů) a ve věku 61 a více let 12 % (19) respondentů (viz graf 2 a tabulka 2).

Graf 2: Rozdělení respondentů podle věku

(Otázka č. 2)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 2:

věk	celkem	
	procenta	počet
25-30 let	1 %	1
31-40 let	10 %	15
41-50 let	28 %	42
51-60 let	49 %	75
61 a více let	12 %	19

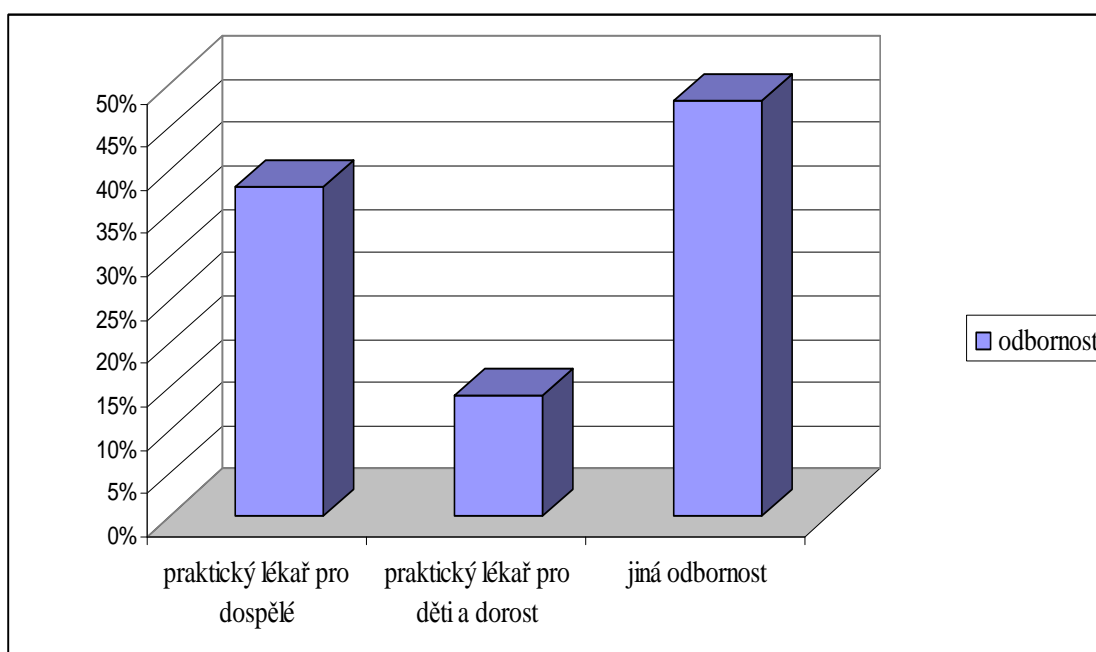
celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Další rozdělení proběhlo podle odborností lékařů. Z celkového počtu 152 respondentů jich 48 % (73) uvádělo jinou odbornost (viz graf 3C). Dále bylo 38 % (58) praktických lékařů pro dospělé, 14 % (21) praktických lékařů pro děti a 48 % (73) (viz graf 3A a tabulka 3A).

Graf 3A: Odbornost respondentů

(Otázka č. 3)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 3A:

odbornost	počet	procenta
praktický lékař pro dospělé	58	38 %
praktický lékař pro děti a dorost	21	14 %
jiná	73	48 %

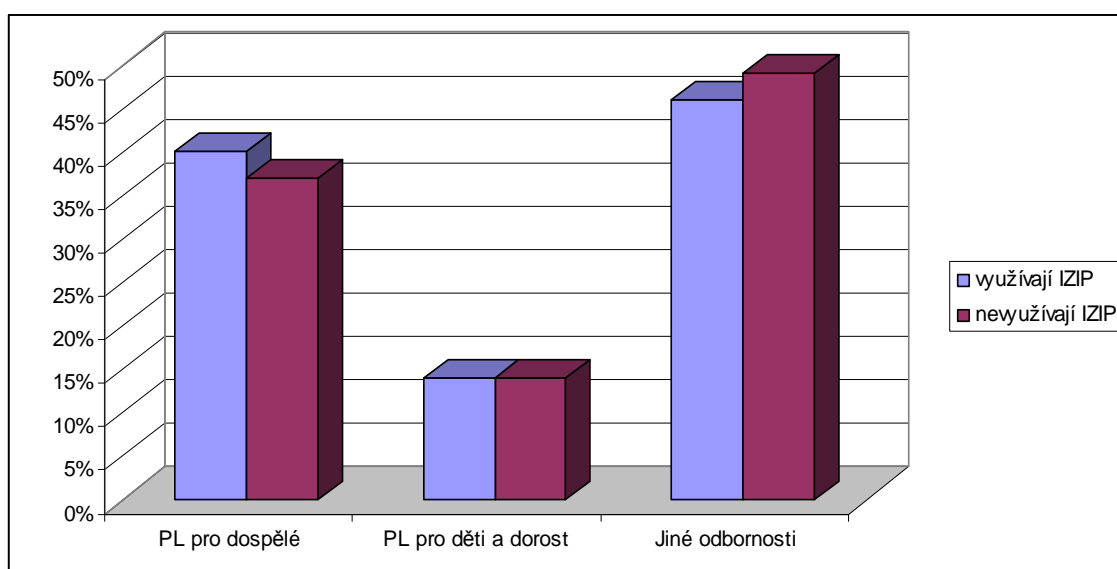
celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Důležité bylo i rozdělení podle využívání IZIP, kdy z celkového počtu 152 respondentů bylo 57 respondentů využívajících IZIP a 95 respondentů nevyužívajících IZIP. Z počtu 57 respondentů využívajících IZIP bylo více praktických lékařů pro dospělé, shodné byly hodnoty (14 %) u praktických lékařů pro děti. V případě jiné odbornosti je více lékařů, kteří nevyužívají IZIP (viz graf 4B a tabulka 3B). Podrobné rozdělení respondentů v kategorii jiné odbornosti znázorňuje graf 3C.

Graf 3B: Odbornost respondentů

podle využívání IZIP



(zdroj: vlastní výzkum)

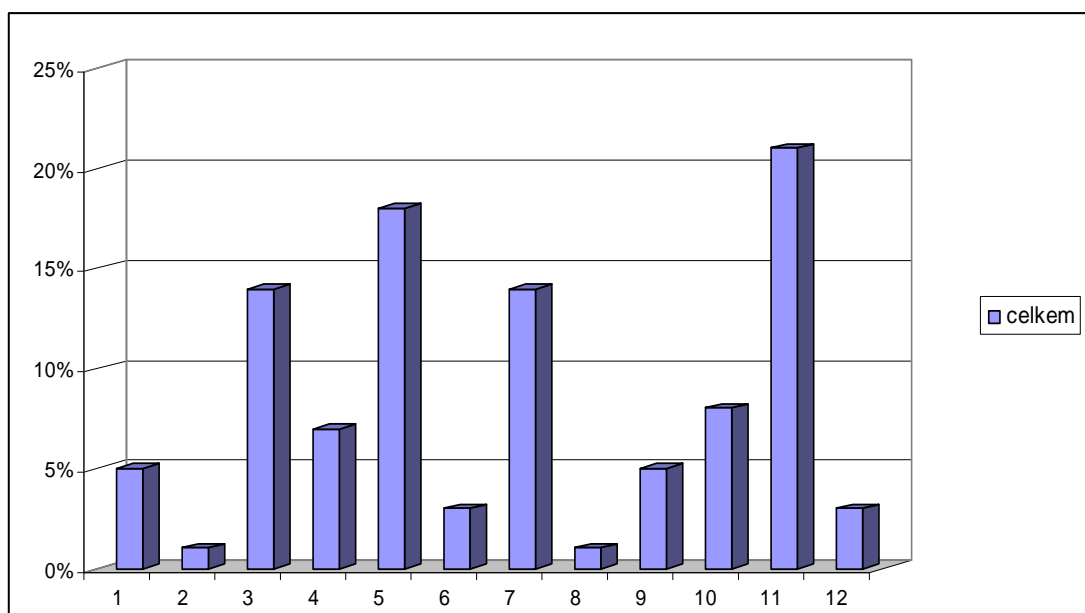
Tabulka 3B:

respondenti	počet	praktický lékař pro dospělé		praktický lékař pro děti		jiná odbornost	
		%	počet	%	počet	%	počet
využívající IZIP	57	40 %	23	14 %	8	46 %	26
nevyužívající IZIP	95	37 %	35	14 %	13	49 %	47

celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 3C: Jiná odbornost respondentů



celkem 73 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

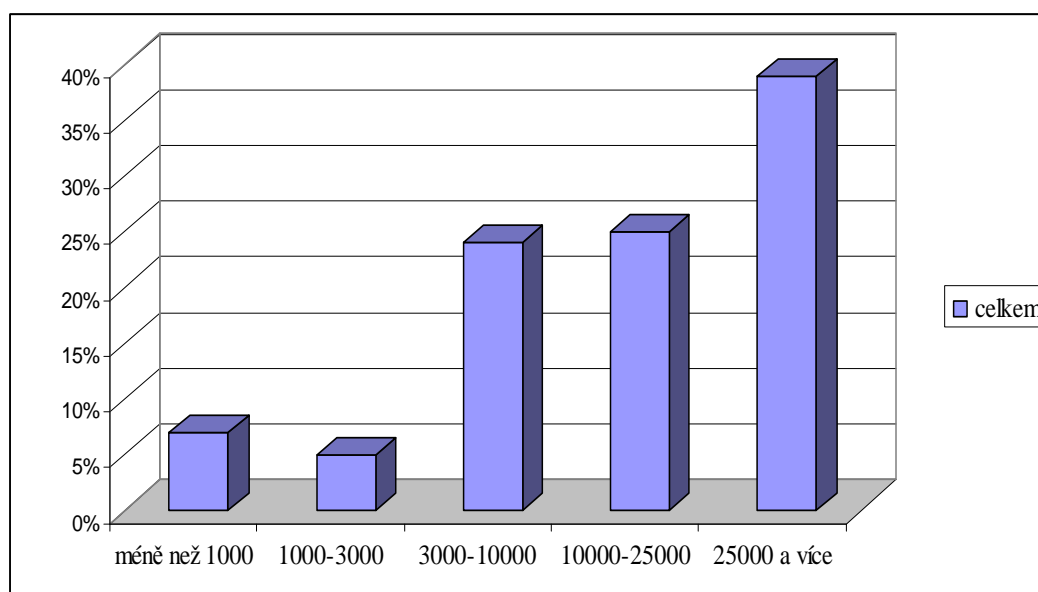
1. Dermatologie 5 % (4)
2. Dorostové lékařství 1 % (1)
3. Gynekologie 14 % (10)
4. Chirurgie 7 % (5)
5. Interní lékařství 18 % (13)
6. Neurologie 3 % (2)
7. Oftalmologie 14 % (10)
8. Onkologie 1 % (1)
9. Otorhinolaryngologie 5 % (4)
10. Ortopedie 8 % (6)
11. Stomatologie 21 % (15)
12. Urologie 3 % (2)

Na otázku č. 4 - *Sídlo Vašeho zdravotnického zařízení se nachází v obci/městě?* týkající se počtu obyvatel sídla zdravotnického zařízení uvedlo 39 % (58) respondentů město nad 25000 obyvatel. Velmi malý rozdíl byl v sídle zdravotnického zařízení v místě s 3000-10000 obyvateli 24 % (37) a 10000-25000 obyvateli, kde byla uvedena hodnota 25 % (38). Obec s méně než 1000 obyvateli uvádělo 7 % (11) respondentů a 5 % (8) uvádělo obec s 1000-3000 obyvateli (viz graf 4A).

Graf 4B a tabulka 4 ukazují porovnání používání IZIP podle sídla zdravotnického zařízení, v místech s počtem obyvatel vyšším než 3000, ale nižším než 25000 převažuje používání IZIP.

Graf 4A: Sídlo zdravotnického zařízení v obci/městě s počtem obyvatel

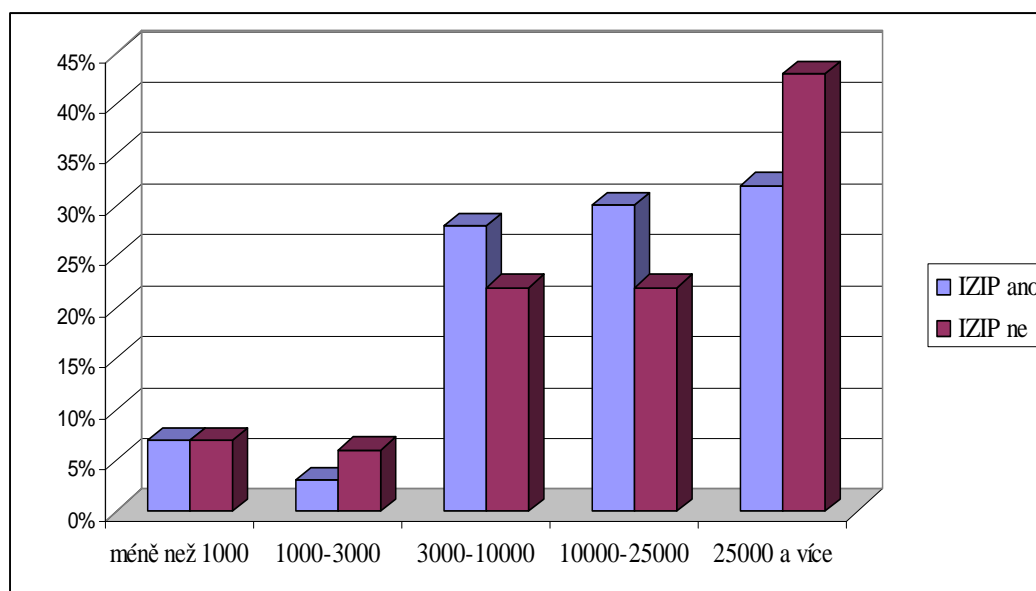
(Otázka č. 4)



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 4B: Sídlo zdravotnického zařízení v obci/městě s počtem obyvatel

dělení podle užívání IZIP



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 4:

sídlo zdravotnického zařízení podle počtu obyvatel	používají IZIP		nepoužívají IZIP		celkem	
	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet
méně než 1000	7 %	4	7 %	7	7 %	11
1000-3000	3 %	2	6 %	6	5 %	8
3000-10000	28 %	16	22 %	21	24 %	37
10000-25000	30 %	17	22 %	21	25 %	38
25000 a více	32 %	18	43 %	40	39 %	58

celkem 152 respondenti, z toho 57 využívajících IZIP a 95 nevyužívajících IZIP

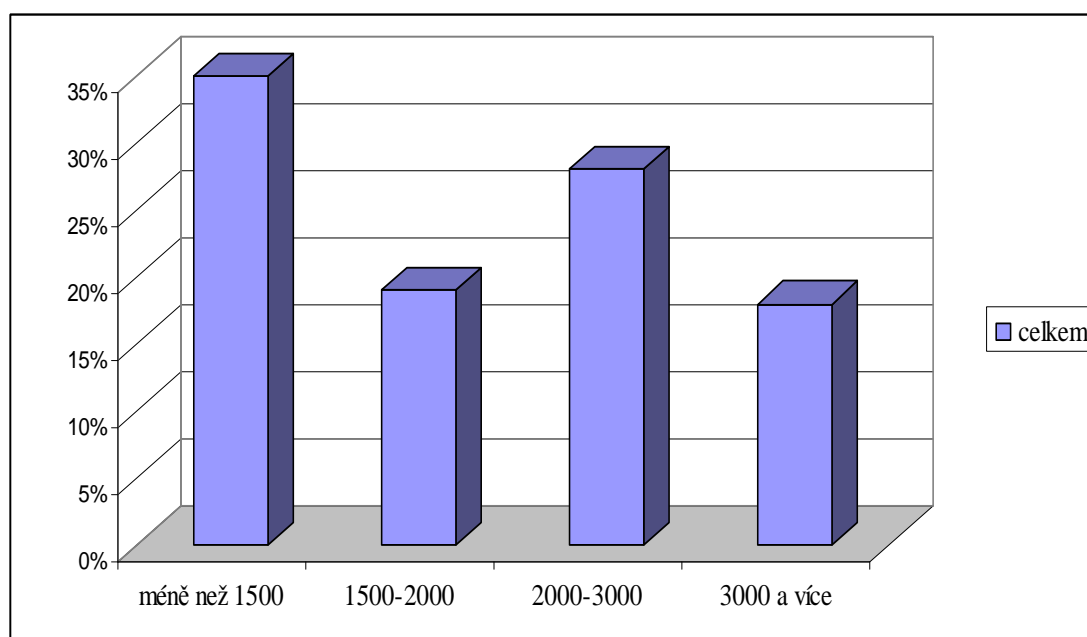
(zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka se zabývala počtem zaregistrovaných pacientů ve zdravotnickém zařízení. Zdravotnických zařízení s menším počtem zaregistrovaných pacientů než 1500 bylo uváděno 35 % (54), s počtem 1500-2000 bylo 19 % (28) zdravotnických zařízení, s počtem 2000-3000 to bylo 28 % (43) a u zařízení s počtem zaregistrovaných pacientů vyšším než 3000 bylo uváděno 18 % (27) zdravotnických zařízení.

Graf 5B a tabulka 5 ukazují porovnání používání IZIP podle počtu pacientů zaregistrovaných ve zdravotnickém zařízení. Používání IZIP převažuje ve zdravotnických zařízeních s počtem 2000-3000 zaregistrovaných pacientů.

Graf 5A: Počet pacientů zaregistrovaných ve zdravotnickém zařízení

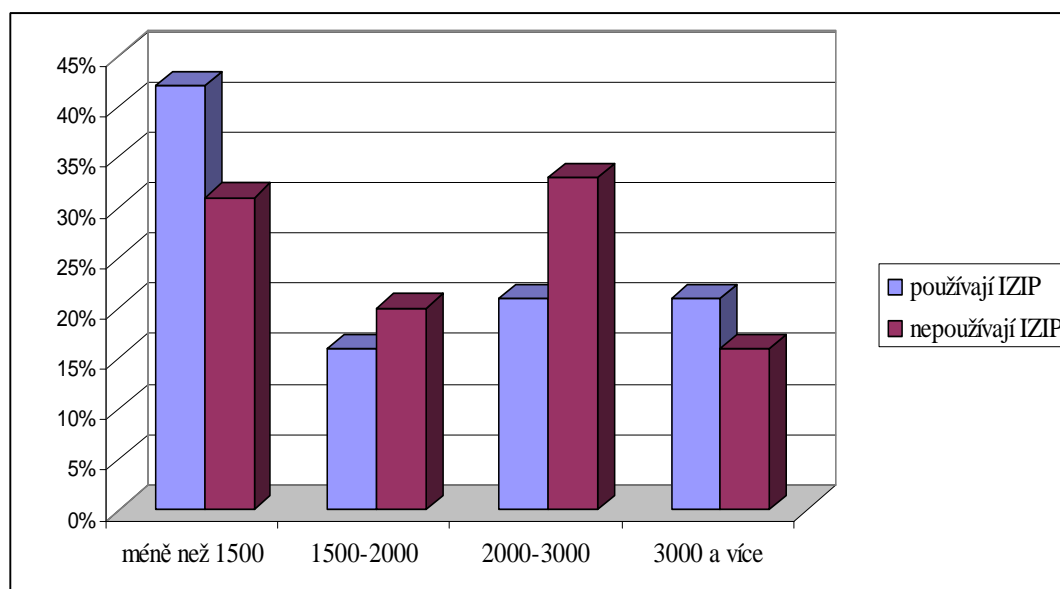
(Otázka č. 5)



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 5B: Počet pacientů zaregistrovaných ve zdravotnickém zařízení

dělení podle používání IZIP



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 5:

počet pacientů	používají IZIP		nepoužívají IZIP		celkem	
	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet
méně než 1500	42 %	24	31 %	30	35 %	54
1500-2000	16 %	9	20 %	19	19 %	28
2000-3000	21 %	12	33 %	31	28 %	43
3000 a více	21 %	12	16 %	15	18 %	27

celkem 152 respondenti, z toho 57 využívajících IZIP a 95 nevyužívajících IZIP

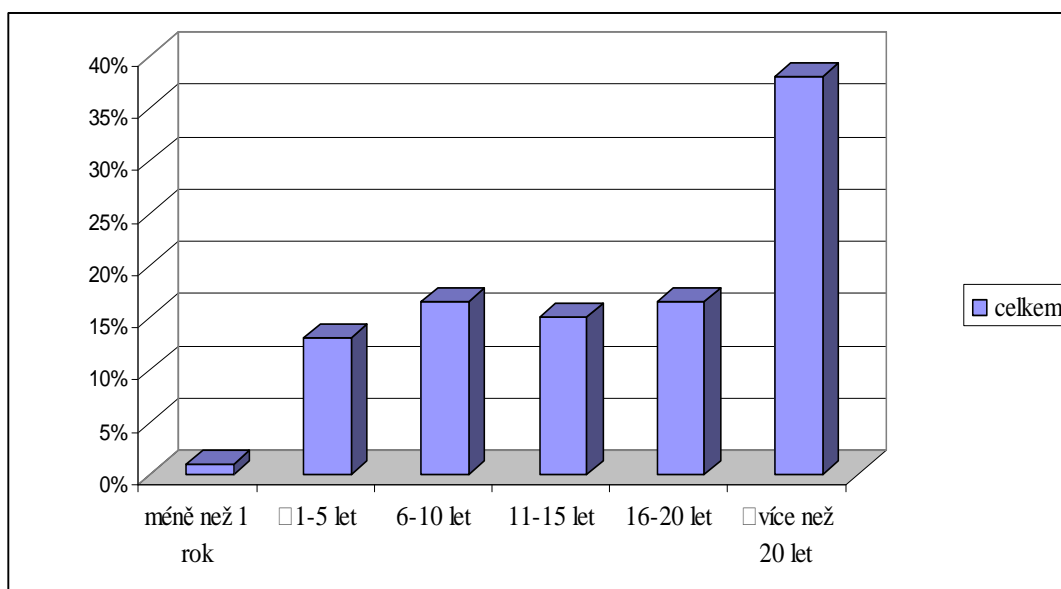
(zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 6 se zabývá porovnáním délky působení lékaře ve zdravotnickém zařízení. Graf 6A ukazuje nejvyšší hodnoty 38 % (57 lékařů) v kategorii více než 20 let. Ostatní kategorie jsou téměř vyrovnané, s výjimkou kategorie méně než 1 rok.

Graf 6B a tabulka 6 ukazuje porovnání používání IZIP v jednotlivých kategoriích, kdy v kategoriích 6-10 a 16-20 let převažuje jeho využívání.

Graf 6A: Jak dlouho pracujete ve Vašem zdravotnickém zařízení

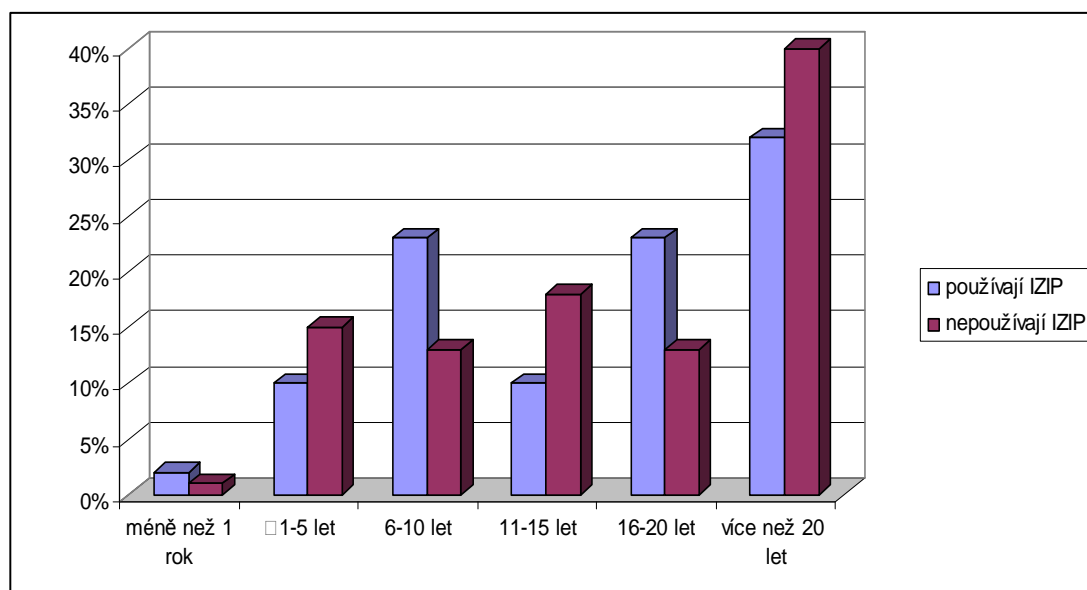
(Otázka č. 6)



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 6B: Jak dlouho pracujete ve Vašem zdravotnickém zařízení

dělení podle používání IZIP



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 6:

délka zaměstnání	používají IZIP		nepoužívají IZIP		celkem	
	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet
méně než 1 rok	2 %	1	1 %	1	1 %	2
1-5 let	10 %	6	15 %	14	13 %	20
6-10 let	23 %	13	13 %	12	16,5 %	25
11-15 let	10 %	6	18 %	17	15 %	23
16-20 let	23 %	13	13 %	12	16,5 %	25
více než 20 let	32 %	18	40 %	39	38 %	57

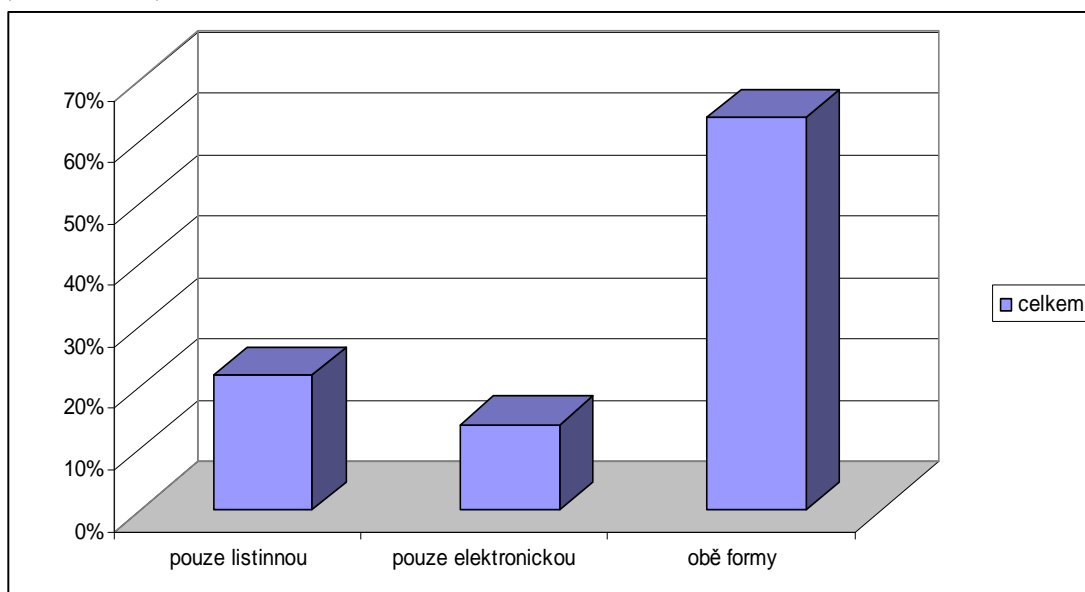
celkem 152 respondenti, z toho 57 využívajících IZIP a 95 nevyužívajících IZIP

(zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 7 se zabývá formami zdravotnické dokumentace, kde v odpovědích převažuje možnost používání obou forem u 64 % (97) respondentů (viz graf 7A a tabulka 7) Uživatelé IZIP převažují, jak mezi uživateli pouze elektronické formy dokumentace, tak i mírně v kategorii uvádějící jako možnost obě formy (viz graf 7B a tabulka 7).

Graf 7A: Formy zdravotnické dokumentace

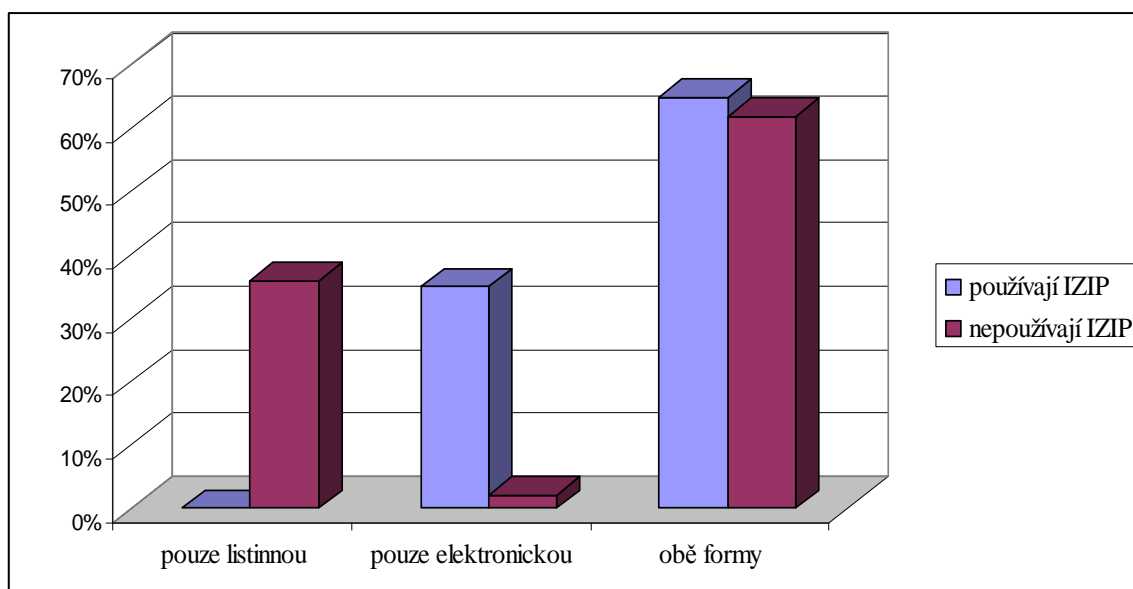
(Otázka č. 7)



(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 7B: Formy zdravotnické dokumentace

dělení podle používání IZIP



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 7:

formy zdravotnické dokumentace	používají IZIP		nepoužívají IZIP		celkem	
	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet
pouze listinnou	0 %	0	36 %	34	22 %	34
pouze elektronickou	35 %	20	2 %	2	14 %	21
obě formy	65 %	37	62 %	59	64 %	97

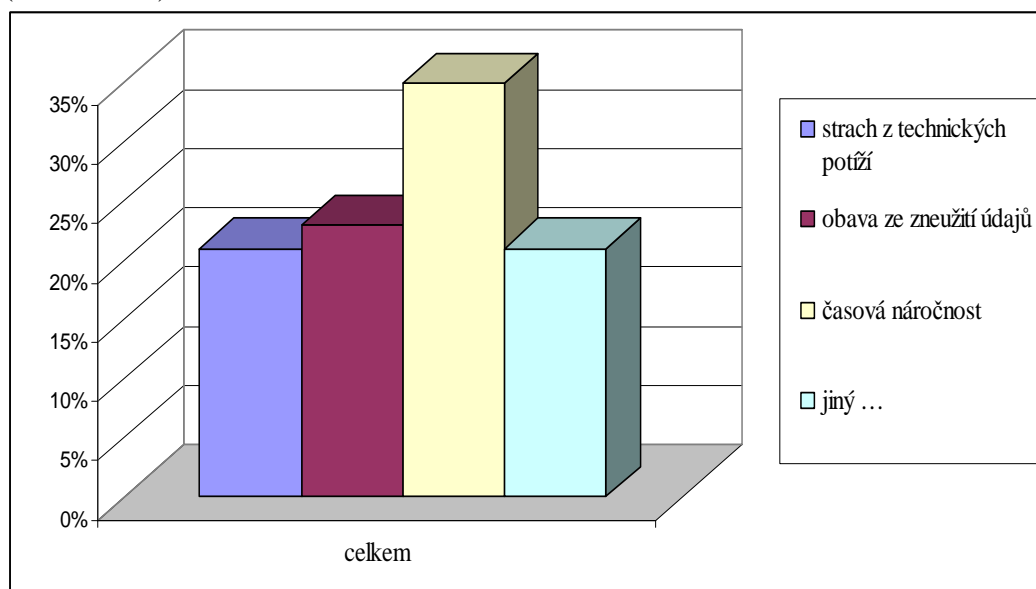
celkem 152 respondenti, z toho 57 využívajících IZIP a 95 nevyžívajících IZIP

(zdroj: vlastní výzkum)

Pro další výzkum jsou zajímavé odpovědi na otázku č. 8 - Pokud nevyžíváte elektronickou zdravotnickou dokumentaci, uveďte důvod? Na tuto otázku odpovídalo 34 respondentů (22 % z celkového počtu respondentů), kteří nevyužívají ve své ambulanci elektronickou formu zdravotnické dokumentace. Nejvíce odpovědí 35 % (12) uvádí jako důvod časovou náročnost. Kategorie technické potíže, obava ze zneužití údajů a jiný důvod jsou téměř vyrovnané (viz graf 8A a tabulka 8A). Kategorie jiné důvody je podrobně ukázána v grafu 8B a tabulce 8B.

Graf 8A: Důvod nevyžívání elektronické zdravotnické dokumentace

(Otázka č. 8)



(zdroj: vlastní výzkum)

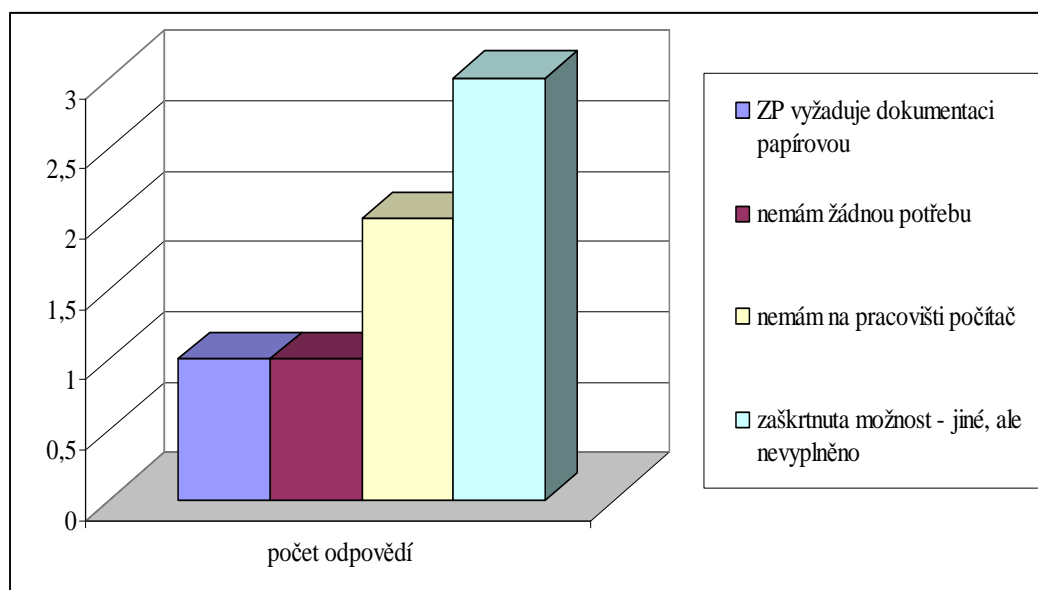
Tabulka 8A:

důvod nevyžívání elektronické zdravotnické dokumentace	celkem	
	procenta	počet
strach z technických potíží	21 %	7
obava ze zneužití údajů	23 %	8
časová náročnost	35 %	12
jiný	21 %	7

celkem 34 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 8B: Jiný důvod nevyužívání elektronické zdravotnické dokumentace



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 8B:

jiný důvod	počet respondentů
ZP vyžaduje dokumentaci papírovou	1
nemám žádnou potřebu	1
nemám na pracovišti počítač	2
zaškrtnuta možnost - jiné, ale nevyplněno	3

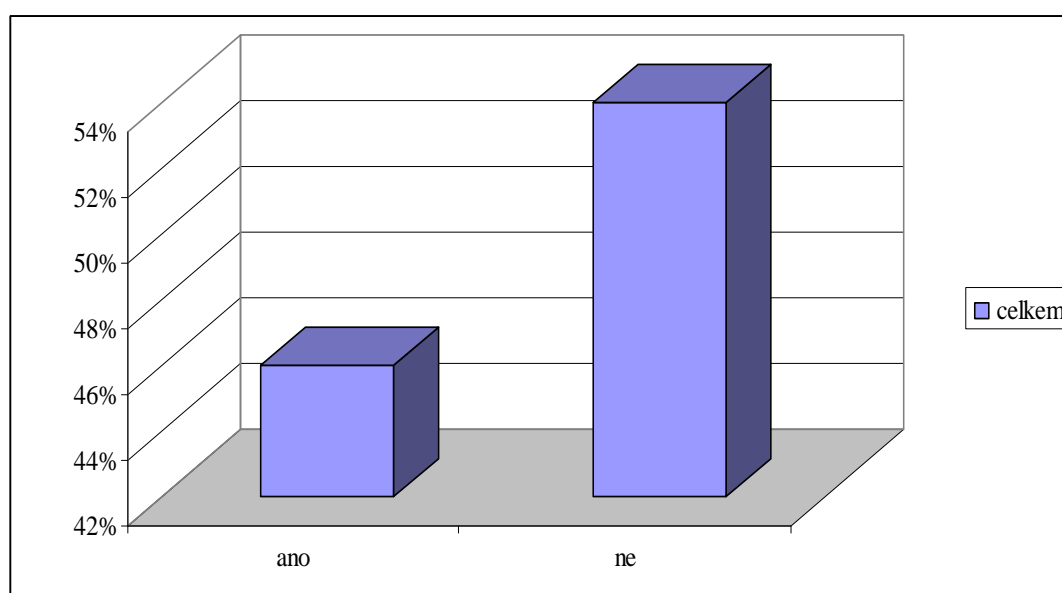
celkem 7 respondentů

(zdroj: vlastní výzkum)

Stěžejní je otázka č. 9 registrace v IZIP (viz graf 9 a tabulka 9) a otázka č. 10 jeho využívání (viz graf 10 a tabulka 10). Registrováno v IZIP je 46 % (70) respondentů. Prakticky ho však využívá pouze 37 % (57) respondentů. Porovnání uvádí graf 11.

Graf 9: Registrace v IZIP

(Otázka č. 9)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 9:

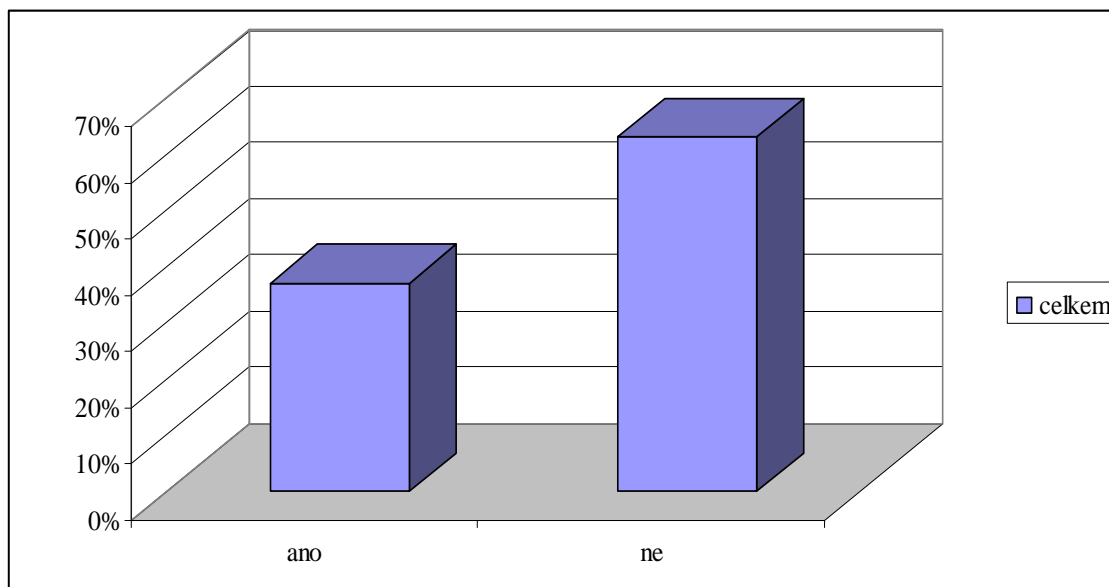
registrace v systému IZIP	ano	ne
procenta	46 %	54 %
počet	70	82

celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 10: Využívání elektronické zdravotní knížky IZIP

(Otázka č. 10)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 10:

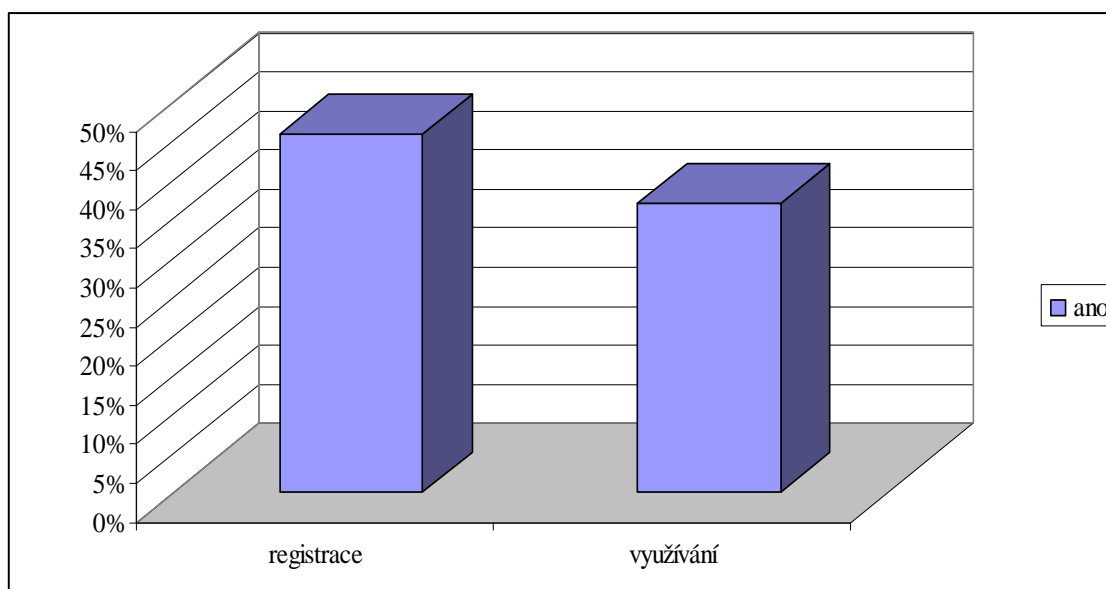
využívání IZIP	ano	ne
procenta	37 %	63 %
počet	57	95

celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 11: Registrace v systému IZIP a využívání systému IZIP

(graf zobrazuje porovnání otázky č. 9 a č. 10)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 11:

system IZIP	procenta	počet
zaregistrováno	46 %	70
využívá	37 %	57

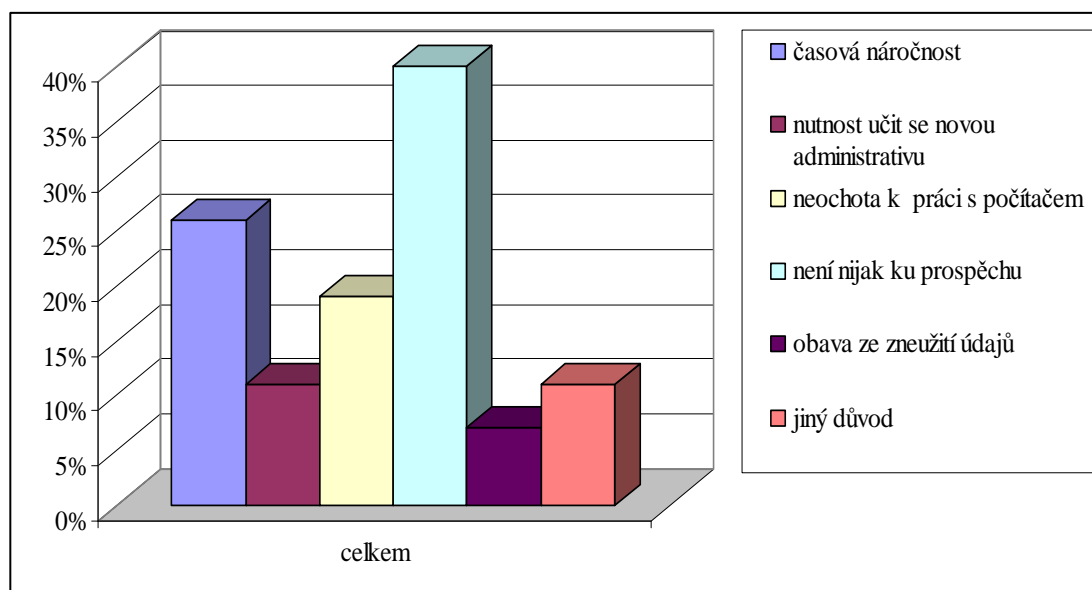
(zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 11 - Proč nevyužíváte elektronické zdravotní knížky? Otázka byla určena pouze pro respondenty nevyužívající IZIP. Nejvíce respondentů uvádělo možnost není nijak ku prospěchu 40 % (38), jako další důvod časovou náročnost 26 % (25) a neochotu k práci s počítačem 19 % (18) (viz graf 12A a tabulka 12A).

Graf 12B a tabulka 12B podrobněji ukazují jiné důvody nevyužívání elektronické zdravotní knížky IZIP uváděné samotnými respondenty. Zde převažuje odpověď – pokud by data zadávali všichni.

Graf 12A: Důvody nevyužívání elektronické zdravotní knížky IZIP

(Otázka č. 11)



(zdroj: vlastní výzkum)

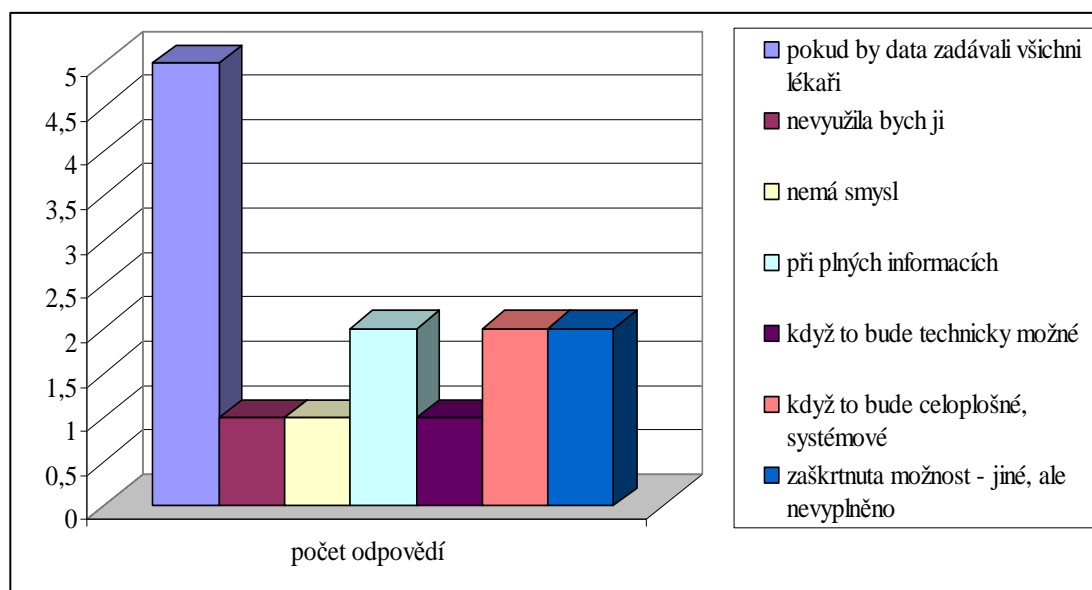
Tabulka 12A:

důvod nevyužívání elektronické zdravotní knížky IZIP	celkem	
	procenta	počet
časová náročnost	26 %	25
nutnost učit se novou administrativu	11 %	10
neochota k práci s počítačem	19 %	18
není nijak ku prospěchu	40 %	38
obava ze zneužití údajů	7 %	7
jiný	11 %	10

95 respondentů, kteří neužívají IZIP

(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 12B: Jiné důvody nevyužívání elektronické zdravotní knížky IZIP



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 12 B:

jiný důvod	počet respondentů
pokud by data zadávali všichni lékaři	5
pacienti je nevyžadují, nezájem pacientů	2
složitost, nákladnost, nelze rozšiřovat	1
v stomatologické praxi to není zvykem	1
porucha komunikace, nelze se tam dostat	1

celkem 10 respondentů uvádějících jiný důvod

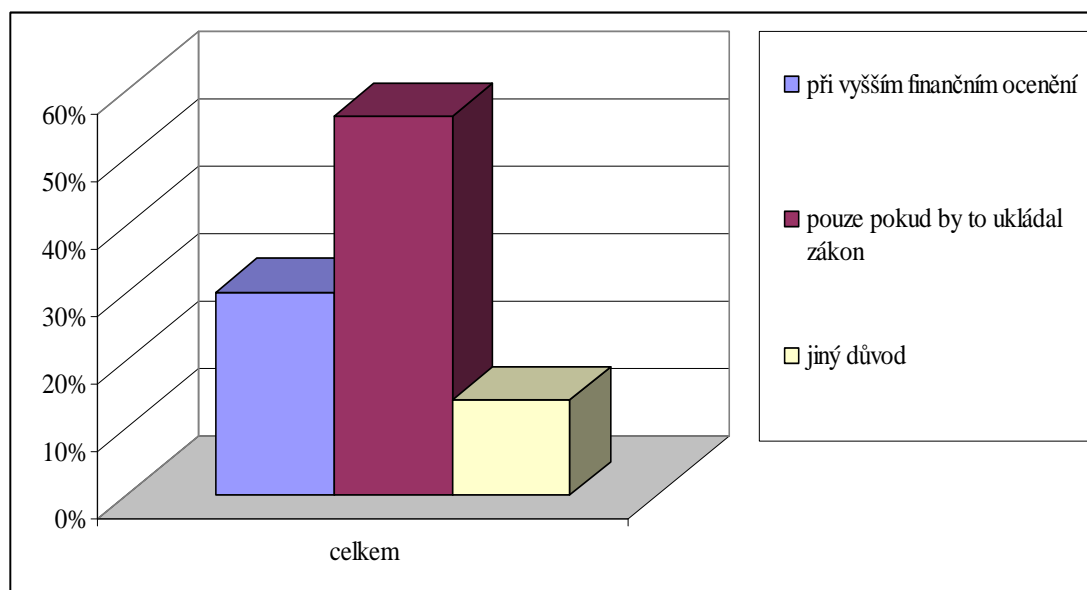
(zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 12 - *Za jakých okolností byste elektronické zdravotní knížky využívali?* byla určena respondentům, kteří nejsou registrováni v systému IZIP. Nejvíce respondentů 56 % (53) uvádí možnost, pouze pokud by to ukládal zákon, 30 % (28)

respondentů uvádí vyšší finanční ohodnocení. Jiný důvod uvádí 14 % (14) respondentů a podrobně je ukazuje graf 13B a tabulka 13B. Převažuje zde u 5 respondentů shodná odpověď – pokud by data zadávali všichni lékaři, další je celoplošnost a plné informace.

Graf 13A: Za jakých okolností byste elektronické zdravotní knížky využívali

(Otázka č. 12)



(zdroj: vlastní výzkum)

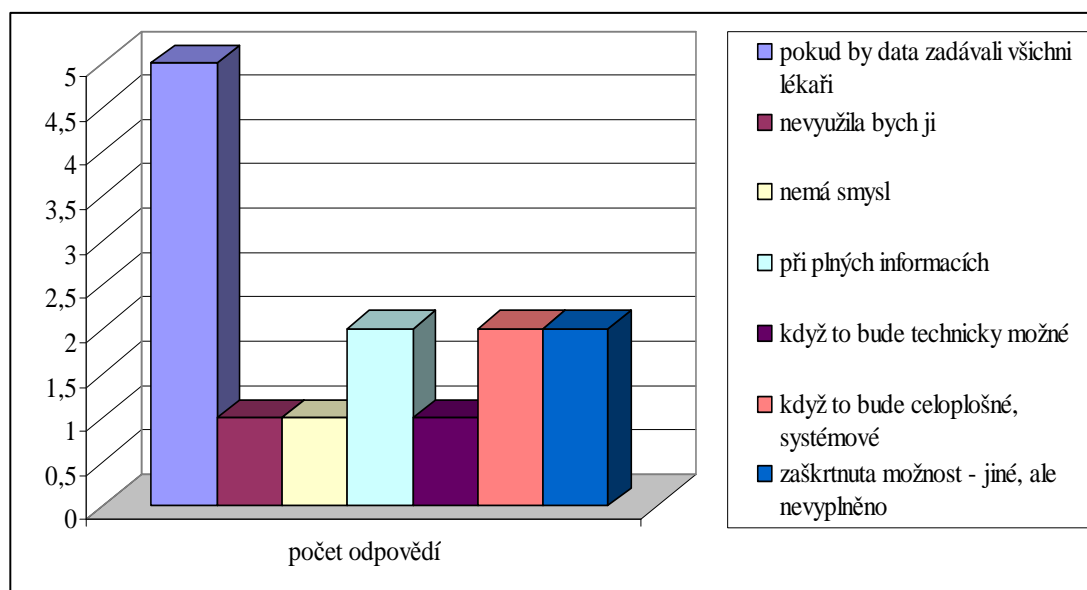
Tabulka 13A:

za jakých okolností byste využívali elektronické zdravotní knížky	celkem	
	procenta	počet
při vyšším finančním ocenění	30 %	28
pouze pokud by to ukládal zákon	56 %	53
jiný důvod	14 %	14

celkem 95 respondentů

(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 13B: Jiný důvod, kdybyste elektronické zdravotní knížky využívali



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 13B:

jiný důvod	počet respondentů
pokud by data zadávali všichni lékaři	5
nevyužila bych ji	1
nemá smysl	1
při plných informacích	2
když to bude technicky možné	1
když to bude celoplošné, systémové	2
zaškrtnuta možnost jiné, ale nevyplněno	2

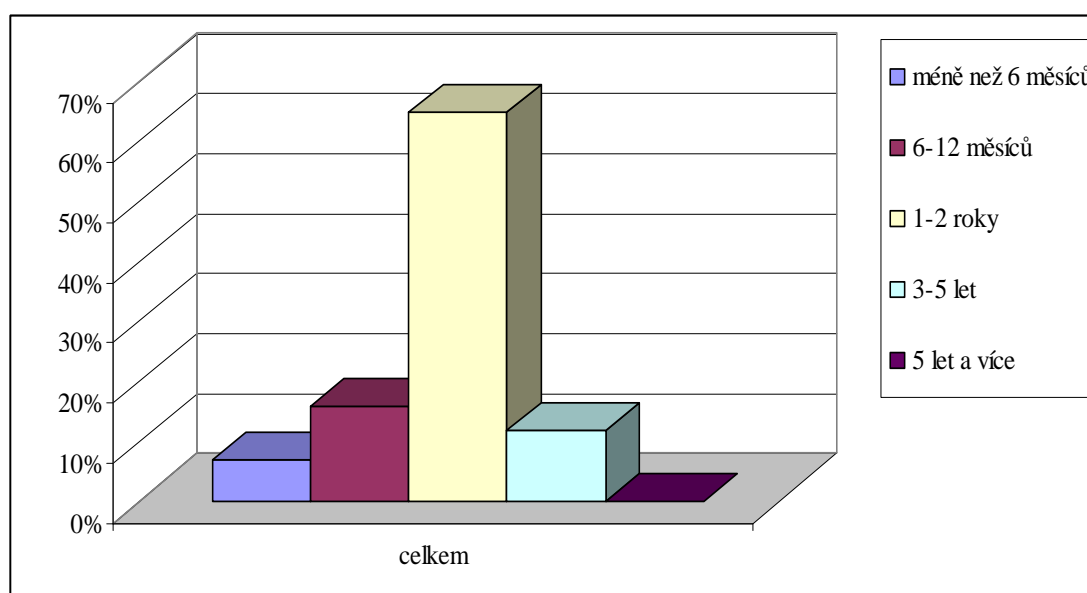
celkem 14 respondentů

(zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 13 - *Jak dlouho využíváte elektronické zdravotní knížky?* byla určena respondentům, kteří jsou registrováni v systému IZIP. Zde převažuje odpověď 1-2 roky, kterou uvádí 65 % (37) respondentů (viz graf 14 a tabulka 14).

Graf 14: Délka využívání elektronické zdravotní knížky IZIP

(Otázka č. 13)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 14:

délka využívání EZK	méně než 6 měsíců	6 -12 měsíců	1 – 2 roky	3 -5 let	5 let a více
procenta	7 %	16 %	65 %	12 %	0 %
počet	4	9	37	7	0

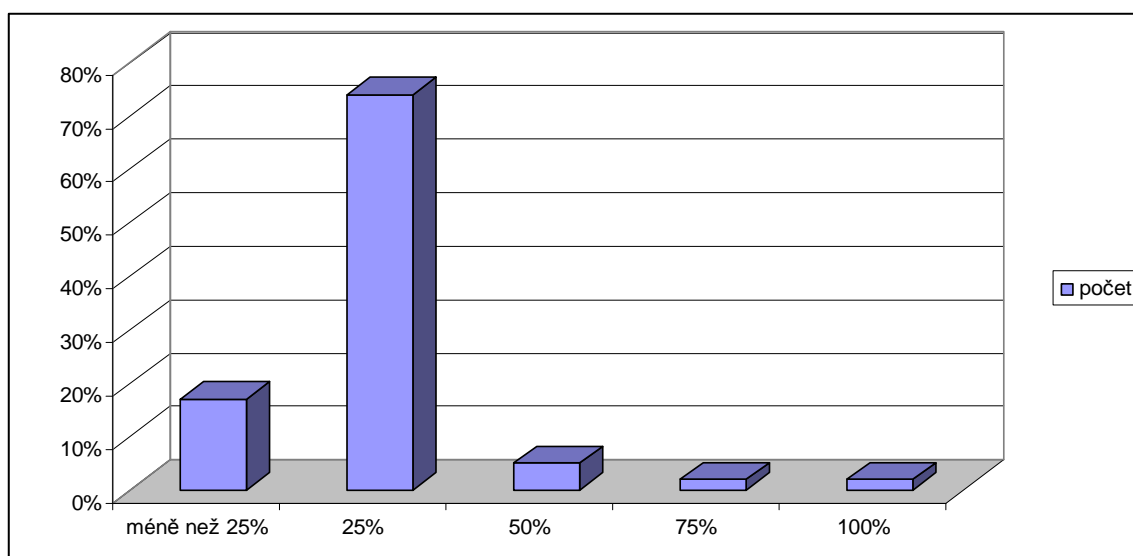
celkem 57 respondentů využívajících IZIP

(zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 14 - Kolik procent pacientů ve Vaší péči přibližně využívá elektronické zdravotní knížky? Tato otázka byla určena pro zdravotnická zařízení, která využívají IZIP. Zde převažuje s hodnotou 74 % (42) kategorie uvádějící 25 % pacientů registrovaných v IZIP a 17 % (10) respondentů uvádí hodnotu méně než 25 % pacientů registrovaných v IZIP (viz graf 15 a tabulka 15).

Graf 15: Počet pacientů využívajících elektronické zdravotní knížky, kteří jsou v péči dotazovaných zdravotnických zařízení

(Otázka č. 14)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 15:

kolik % pacientů využívá EZR	méně než 25 %	25 %	50 %	75 %	100 %
procenta	17 %	74 %	5 %	2 %	2 %
počet	10	42	3	1	1

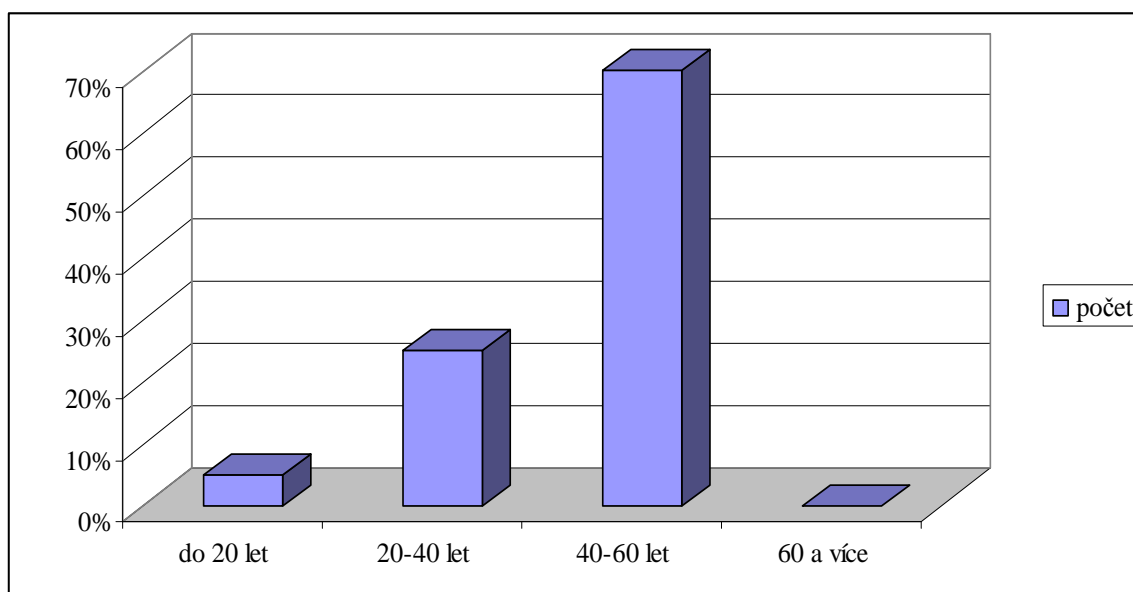
celkem 57 respondentů využívajících IZIP

(zdroj: vlastní výzkum)

Další otázka se týkala věku pacientů registrovaných v systému IZIP. Nejpočetnější byla kategorie 40-60 let, kterou uvádělo 70 % (40) respondentů a 25 % (14) v kategorii 20-40 let. Málo zastoupená byla kategorie do 20 let a 0 % uvádí kategorie nad 60 let (viz graf 16 a tabulka 16).

Graf 16: Věk pacientů nejčastěji využívajících elektronické zdravotní knížky

(Otázka č. 15)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 16:

věk pacientů využívajících EZK	do 20 let	20-40 let	40-60 let	60 a více let
procenta	5 %	25 %	70 %	0 %
počet	3	14	40	0

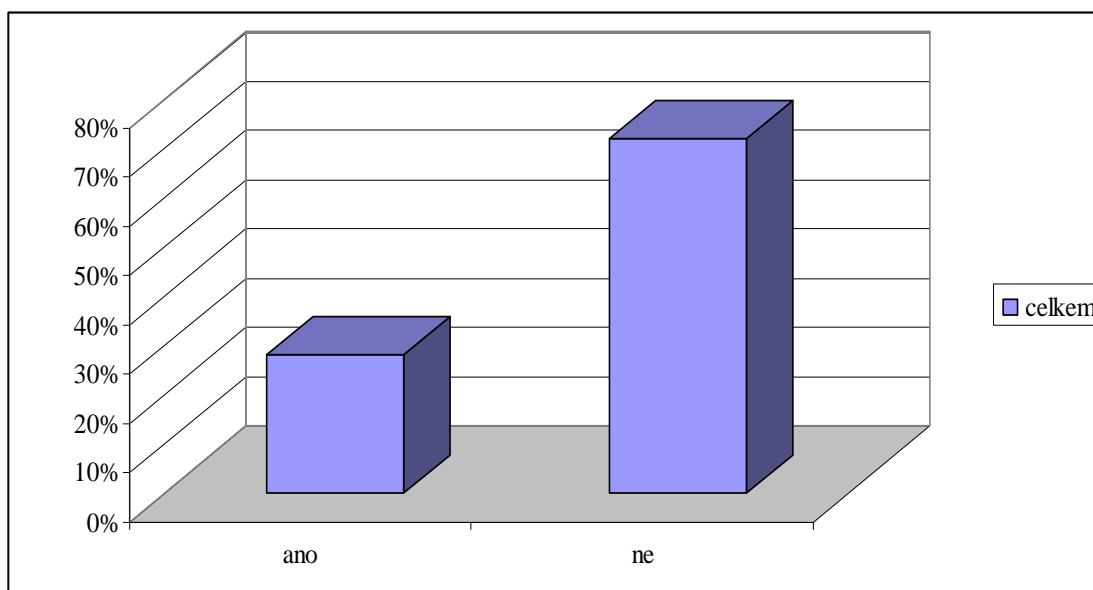
celkem 57 respondentů využívajících IZIP

(zdroj: vlastní výzkum)

Možnosti nahlížet do zdravotních knížek IZIP svých pacientů využívá podle odpovědí na otázku č. 16 - *Využíváte možnost nahlížet do elektronických zdravotních knížek pacientů/klientů?* pouze 28 % (43) respondentů.

Graf 17: Využití možnosti nahlížet do elektronických zdravotních knížek

(Otázka č. 16)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 17:

nahlížení do EZK	ano	ne
procenta	28 %	72 %
počet	43	109

celkem 152 respondenti

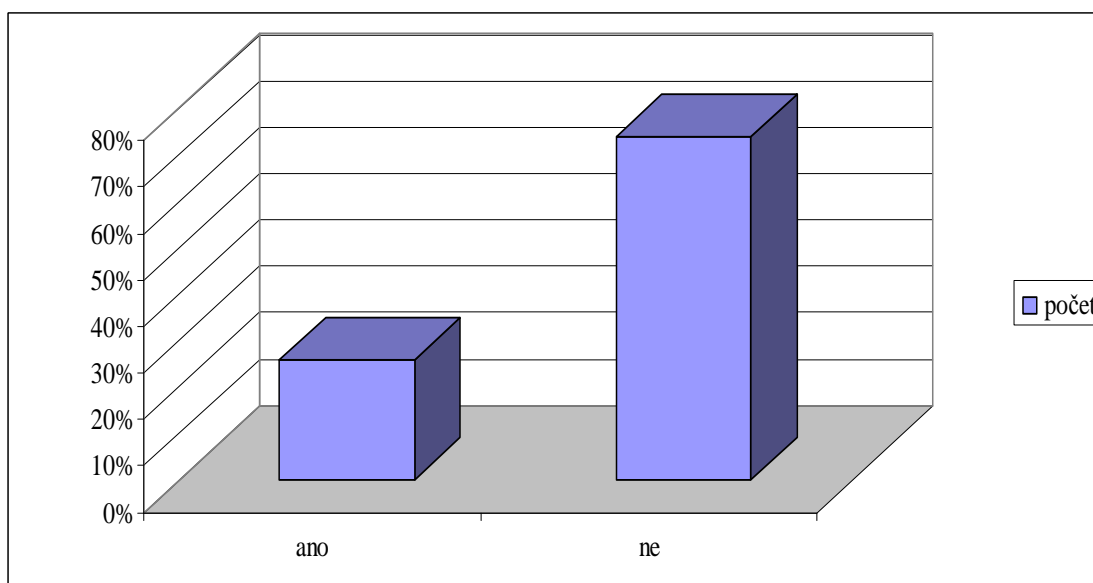
(zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 17 byla zaměřena na přínos elektronické zdravotní knížky. Na tuto otázku 113 respondentů (74 %) odpovědělo, že pro ně není zřízení elektronické zdravotní knížky přínosem a 39 respondentů (26 %) uvedlo, že je pro ně zřízení elektronické zdravotní knížky přínosem (viz graf 18A a tabulka 18A).

Graf 18B a tabulka 18B porovnávají rozdílné názory na přínos elektronické zdravotní knížky mezi uživateli IZIP a respondenty neužívajícími IZIP. Zde je u uživatelů přínos systému IZIP uveden u 65 % (37) a u neuživatelů IZIP 2 % (2).

Graf 18A: Je pro Vás elektronická zdravotní knížka přínosná

(Otázka č. 17)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 18A:

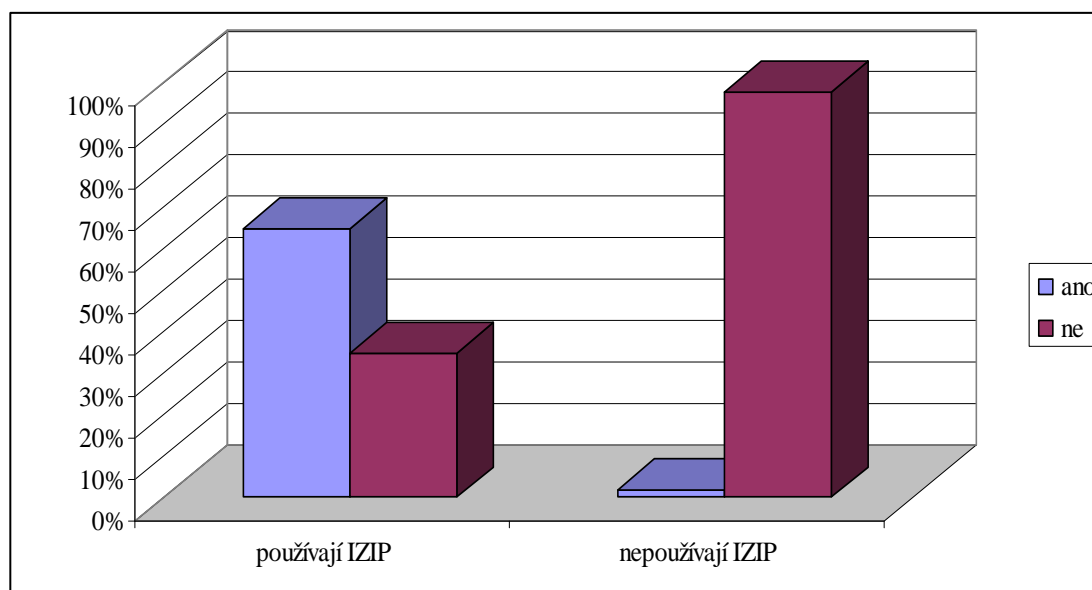
přínos EZK	ano	ne
procenta	26 %	74 %
počet	39	113

celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 18B: Je pro Vás elektronická zdravotní knížka přínosná

porovnání podle používání IZIP



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 18B:

přínos EZK	využívají IZIP		nevyužívají IZIP	
	procenta	počet	procenta	počet
ano	65 %	37	2 %	2
ne	35 %	20	98 %	93

celkem 152 respondenti, z toho 57 využívajících IZIP a 95 nevyužívajících IZIP

(zdroj: vlastní výzkum)

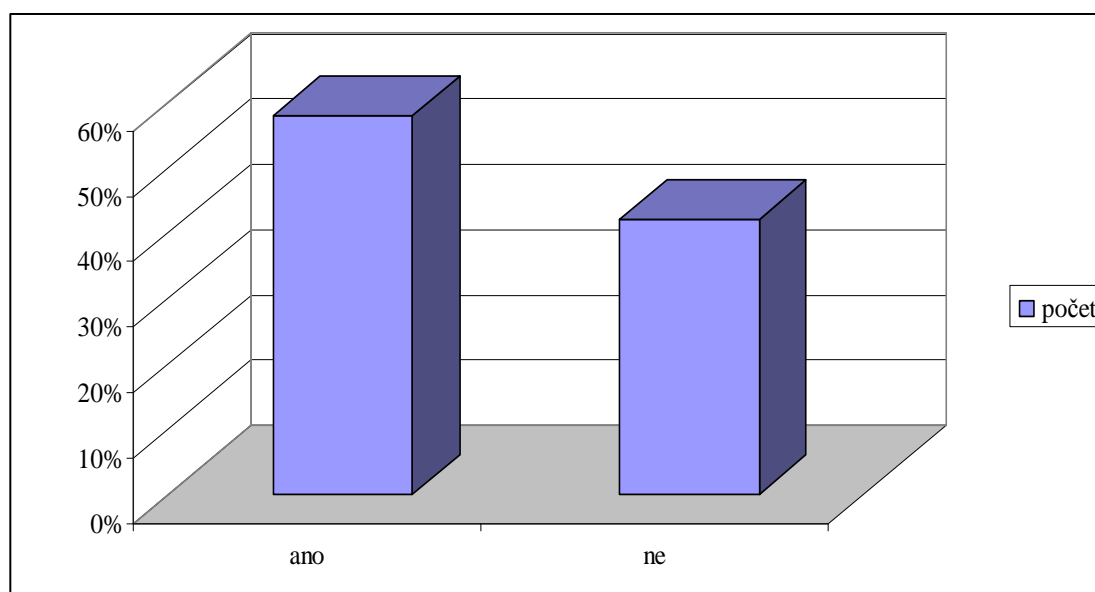
Odpoověď na otázku č. 18 - *Souhlasíte s následujícím tvrzením - projekt elektronických zdravotních knížek poskytuje zrychlení předávání informací o zdravotním stavu pacientů?* znázorňuje graf 19A a tabulka 19A. Projekt elektronických zdravotních knížek je zde hodnocen 58 % (88) respondentů jako zrychlení.

Graf a tabulka 19B se zabývají porovnáním hodnocení tohoto tvrzení mezi uživateli a neuživateli IZIP. IZIP jako zrychlení předávání informací je kladně hodnocen oběma skupinami. Ve skupině uživatelů IZIP souhlasí s tímto tvrzením 70 % (40) z 57 respondentů a ve skupině respondentů neužívající IZIP 51 % (48) z 95 respondentů.

Graf 19C a tabulka 19C ukazují porovnání podle odborností. Zde je u kladné odpovědi nejvyšší hodnota 66 % (48) v kategorii jiné odbornosti.

Graf 19A: Tvrzení - projekt elektronických zdravotních knížek poskytuje zrychlení předávání informací o zdravotním stavu pacientů

(Otázka č. 18)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 19A:

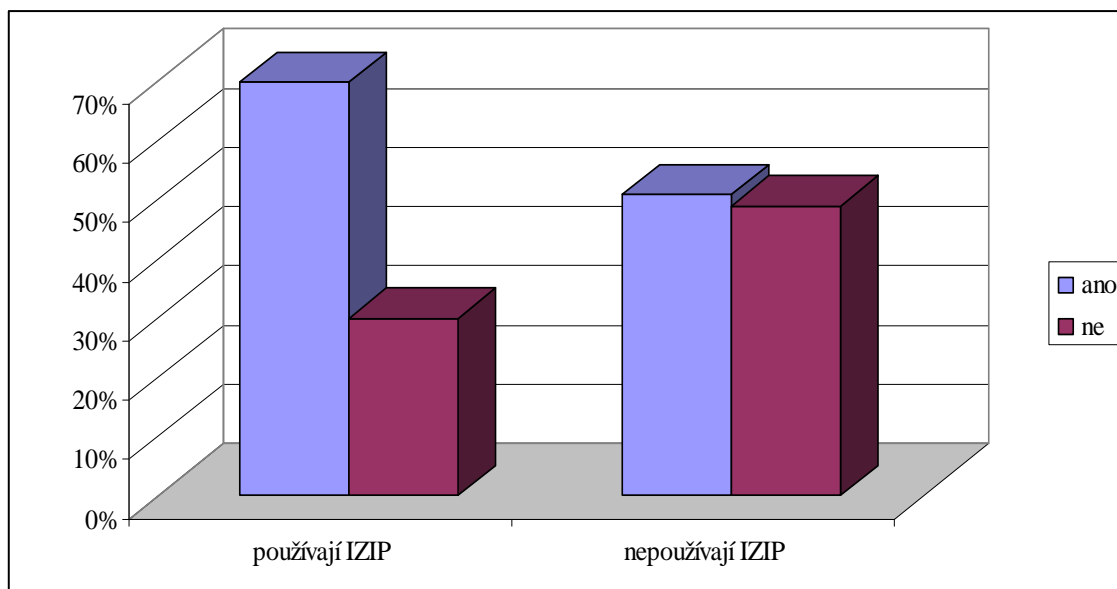
zrychlení předávání informací	ano	ne
procenta	58 %	42 %
počet	88	64

celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 19B: Tvrzení - projekt elektronických zdravotních knížek poskytuje zrychlení předávání informací o zdravotním stavu pacientů

(porovnání podle používání IZIP)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 19B:

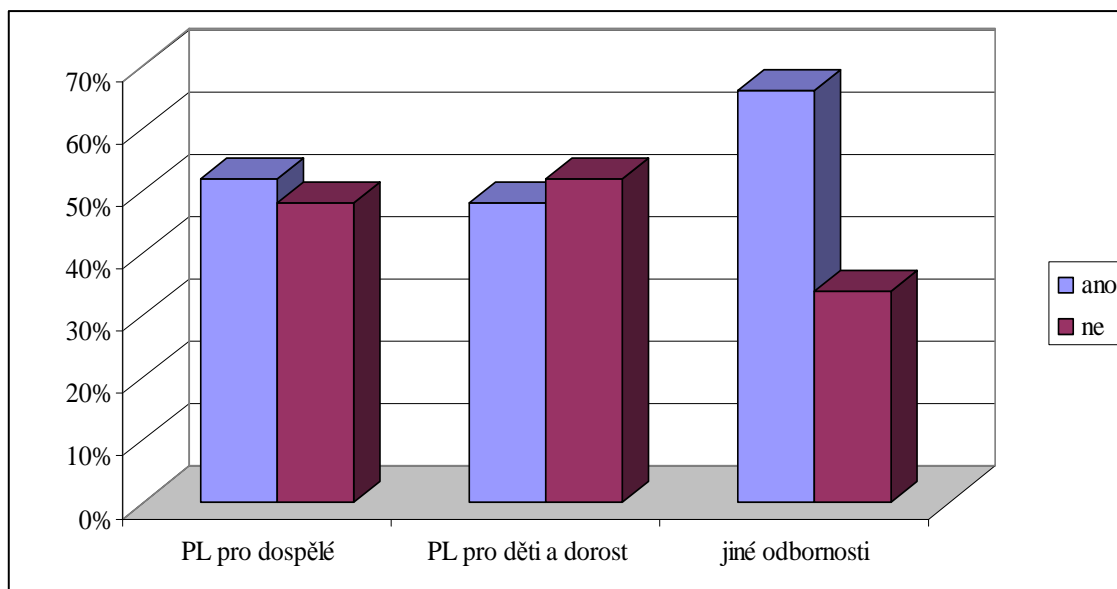
zrychlení	využívají IZIP		nevyužívají IZIP	
	procenta	počet	procenta	počet
ano	70 %	40	51 %	48
ne	30 %	17	49 %	47

celkem 152 respondenti, z toho 57 využívajících IZIP a 95 nevyužívajících IZIP

(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 19C: Tvrzení - projekt elektronických zdravotních knížek poskytuje zrychlení předávání informací o zdravotním stavu pacientů

(porovnání podle odborností)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 19C:

zrychlení	praktický lékař pro dospělé		praktický lékař pro děti a dorost		jiná odbornost	
	procenta	počet	procenta	počet	procenta	počet
ano	52 %	30	48 %	10	66 %	48
ne	48 %	28	52 %	11	34 %	25

celkem 152 respondenti, z toho 58 praktických lékařů pro dospělé, 21 praktický lékař pro děti a dorost a 73 lékaři jiné odbornosti

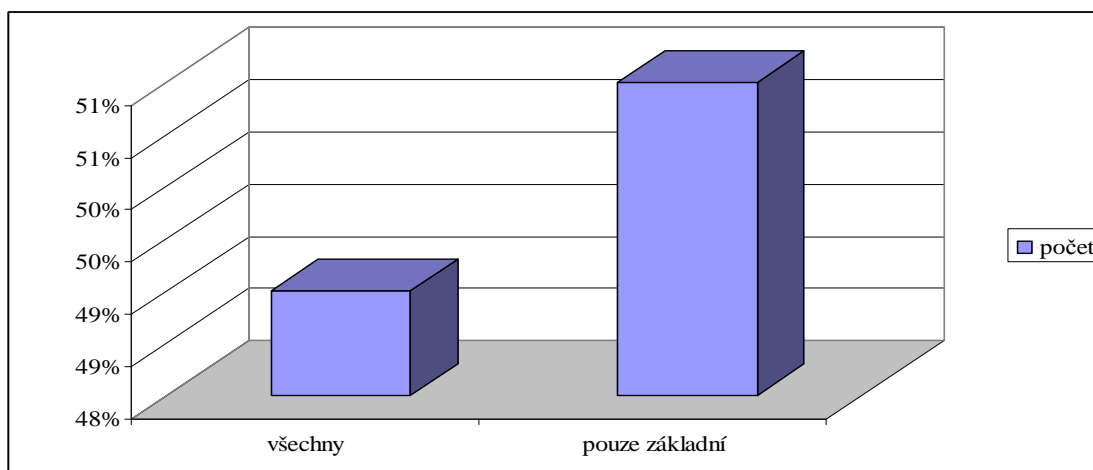
(zdroj: vlastní výzkum)

Na předchozí otázku navazuje graf 20A zobrazující odpověď na otázku č. 19. - *V elektronických zdravotních knížkách mají být?* Uvedeny jsou možnosti - pouze základní informace a všechny informace o zdravotním stavu pacienta. Mírně převažuje možnost uvádění pouze základních informací pro rychlejší orientaci - 51 % (77).

Rozdíl v odpovědích na tuto otázku podle respondentů užívajících IZIP a neužívajících IZIP ukazuje graf 20B a tabulka 20B. Pouze základní informace mají být uvedeny podle 72 % (41) uživatelů systému IZIP a u neuživatelů je tato odpověď jen u 38 % (36) respondentů.

Graf 20A: Informace v elektronických zdravotních knížkách

(Otázka č. 19)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 20A:

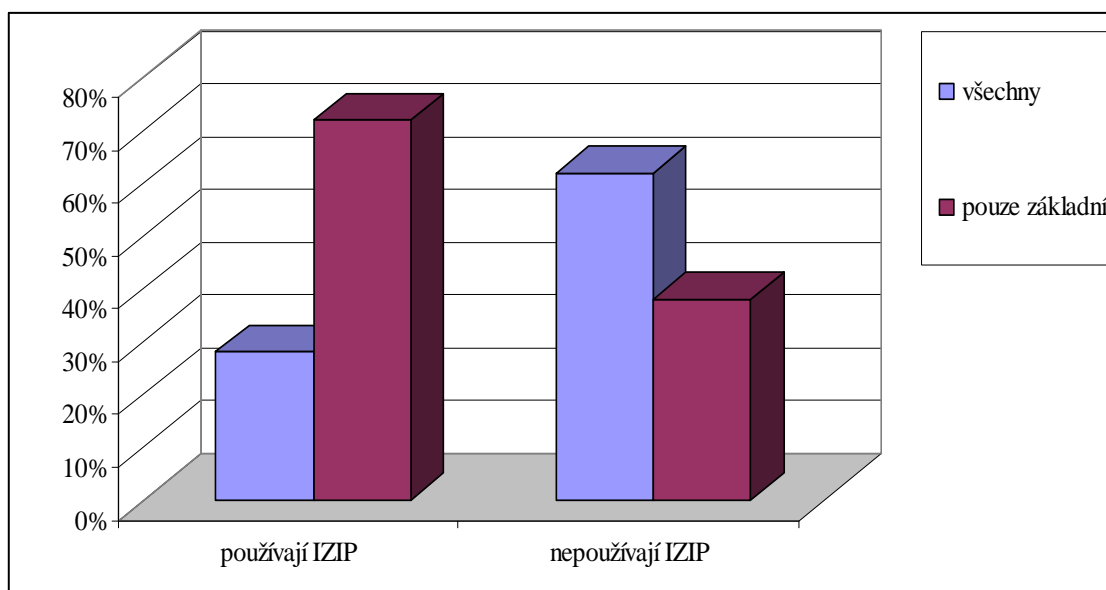
informace	všechny		pouze základní	
	procenta	počet	procenta	počet
celkem	49 %	75	51 %	77

celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 20B: Informace v elektronických zdravotních knížkách

(porovnání podle používání IZIP)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 20B:

informace	využívají IZIP		nevyužívají IZIP	
	procenta	počet	procenta	počet
všechny	28 %	16	62 %	59
pouze základní	72 %	41	38 %	36

celkem 152 respondenti, z toho 57 využívajících IZIP ,95 nevyužívajících IZIP

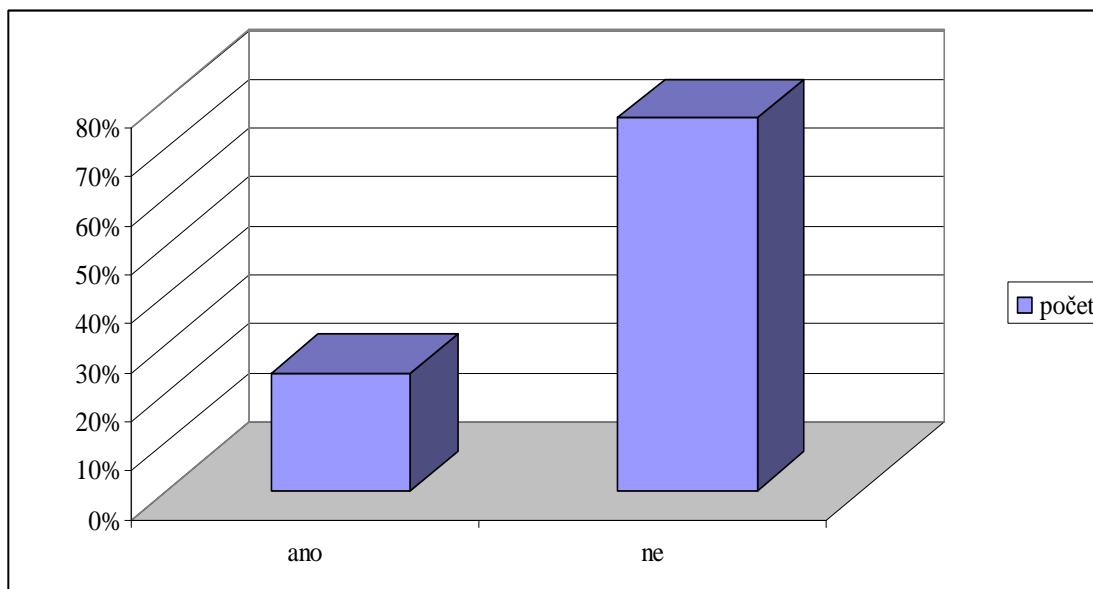
(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 21 a tabulka 21 znázorňují odpověď na otázku č. 20 – *Nabízíte možnost využití elektronické zdravotní knížky pacientům?* Záporně odpovídá 76 % (115) respondentů.

Na to navazuje další otázka č. 21 - *Vyžadují pacienti sami registraci pro využití elektronických zdravotních knížek?* Zde rovněž převažuje záporná odpověď 92 % (140) respondentů.

Otázku č. 22 - *Větší zájem o elektronické zdravotní knížky mají?* zobrazuje graf 23 a tabulka 23. Zde 60 % (91) respondentů uvedlo možnost nevím, podle 28 % (42) převažují muži, 12 % (19) uvedlo ženy.

Graf 21: Nabídka možnosti využití elektronické zdravotní knížky pacientům
(Otázka č. 20)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 21:

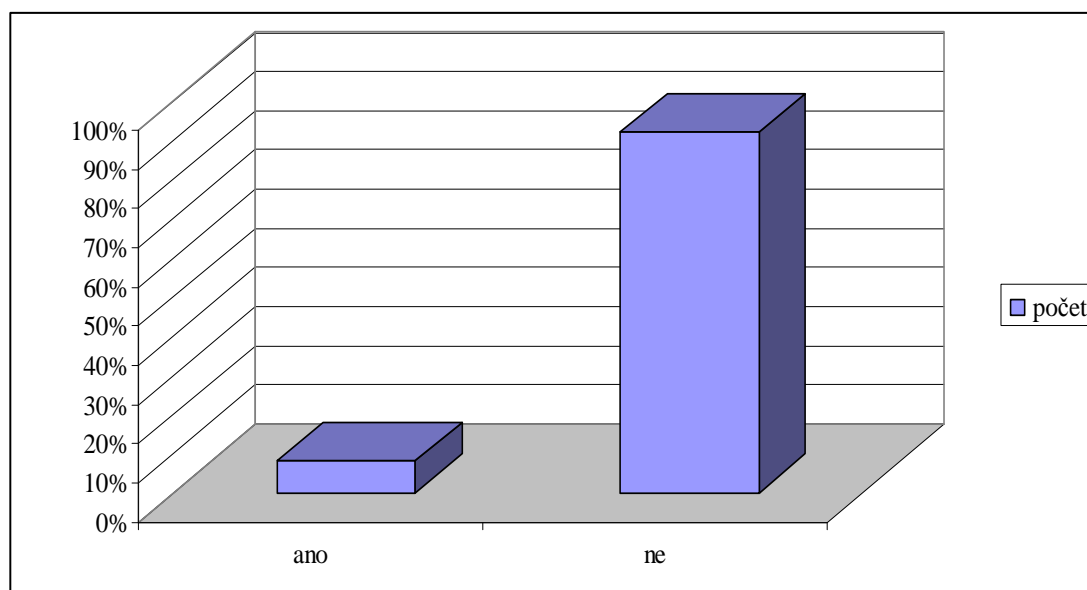
nabízíte využití IZIP	procenta	počet
ano	24 %	37
ne	76 %	115

celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 22: Vyžadují pacienti registraci pro využití elektronických zdravotních knížek

(Otázka č. 21)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 22:

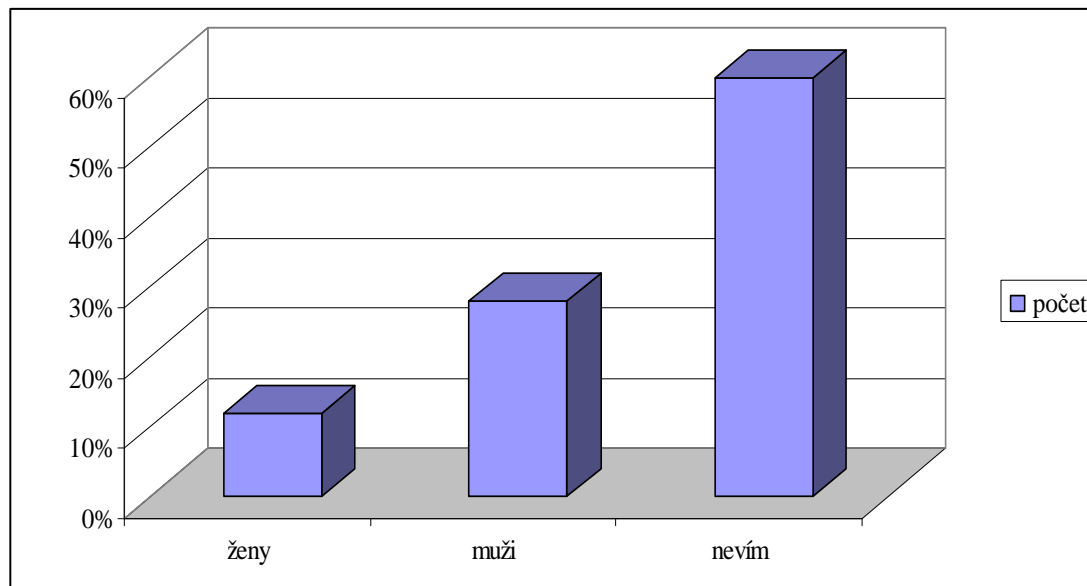
vyžadují pacienti registraci pro využití EZK	procenta	počet
ano	8 %	12
ne	92 %	140

celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 23: Zájem o elektronické zdravotní knížky u pacientů

(Otázka č. 22)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 23:

větší zájem o EZK	procenta	počet
ženy	12 %	19
muži	28 %	42
nevím	60 %	91

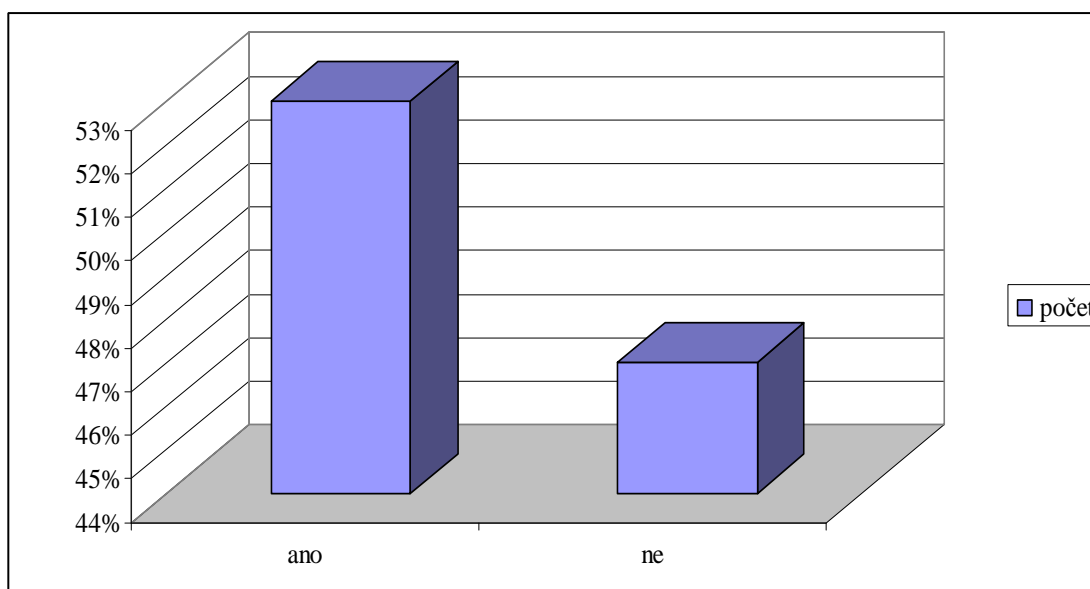
celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Graf 24 a tabulka 24 zobrazují odpověď na otázku č. 23 - *Uvítal/a byste elektronický identifikátor ve formě čipové karty - projekt elektronické karty zdravotního pojištění?* 53 % (81) respondentů odpovědělo kladně. Oslovení lékaři si od projektu slibují zrychlení předávání informací o zdravotním stavu pacientů a lepší přehlednost údajů.

Graf 24: Elektronický identifikátor ve formě čipové karty - projekt elektronické karty zdravotního pojištění

(Otázka č. 23)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 24:

elektronický identifikátor – čipová karta	procenta	počet
ano	53 %	81
ne	47 %	71

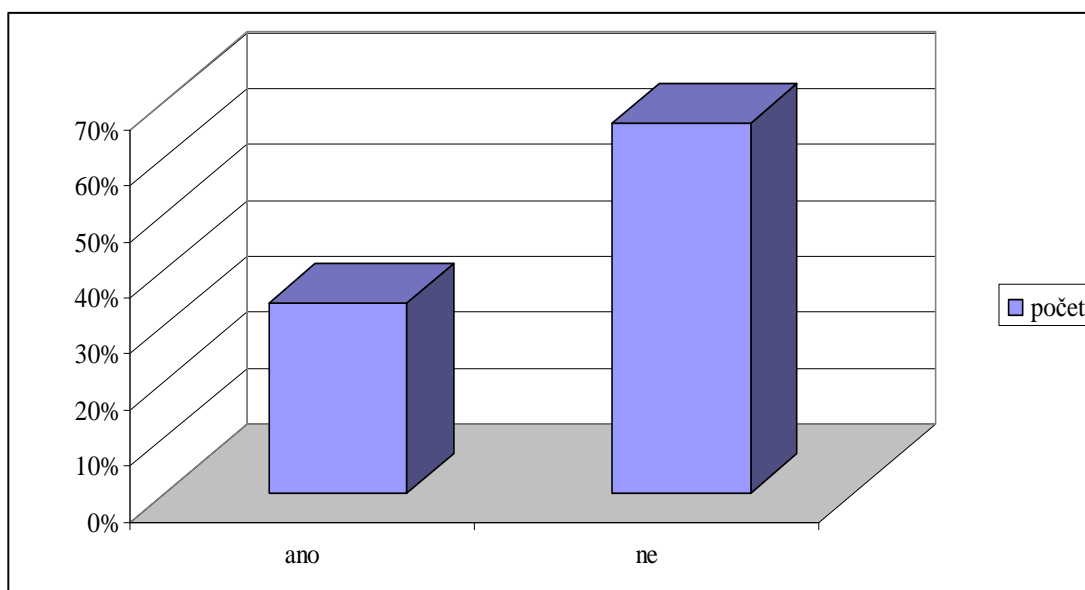
celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 24 - *Využíváte zaručený elektronický podpis?* je úzce spojena s využíváním systému IZIP a s využíváním elektronické formy zdravotnické dokumentace. Zaručený elektronický podpis využívá 34 % (52) respondentů (viz graf 25 a tabulka 25).

Graf 25: Využívání zaručeného elektronického podpisu

(Otázka č. 24)



(zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka 25:

zaručený elektronický podpis	procenta	počet
ano	34 %	52
ne	66 %	100

celkem 152 respondenti

(zdroj: vlastní výzkum)

5. Diskuse

Ve výzkumu jsem se snažila pomocí dotazníku (viz příloha č. 1) zjistit názory a postoje zdravotnické veřejnosti ke zdravotnické dokumentaci a k elektronickým zdravotním knížkám IZIP. Výzkum byl zaměřen na soukromá zdravotnická zařízení v Jihočeském kraji. Cílem práce bylo zjistit využívání elektronických zdravotních knížek IZIP, názor lékařů na využívání elektronické zdravotní dokumentace, přístup pacientů ke zdravotnické dokumentaci a ochotu lékařů zapojit se do projektu elektronických zdravotních knížek IZIP.

Celkem se výzkumu zúčastnilo 152 respondentů, z toho bylo 63 % žen lékařek a 37 % mužů lékařů (viz graf 1 a tabulka 1). V rozložení respondentů převažují ženy, podle ÚZIS ČR bylo v Registru lékařů v České republice k 31. 12. 2007 evidováno celkem 38 171 lékařů. Z celkového počtu lékařů bylo žen - lékařek 20 661 a jejich podíl na celkovém počtu lékařů mírně převyšoval polovinu (54 %) (23).

Z hlediska věku jsou respondenti rozděleni do několika kategorií, z nichž nejpočetnější skupinou je věková kategorie 51-56 let a to 49 % respondentů. Dále bylo 1 % respondentů ve věku 25-30 let, 10 % ve věku 31-40 let, ve věku 41-50 let to bylo 28 % a ve věku 61 a více let 12% respondentů (viz graf 2 a tabulka 2). To plně koresponduje s údaji zveřejněnými ÚZIS ČR z roku 2007 o tom, že nejvíce lékařů je ve věkové skupině 50-54 let, v tomto věku je 5 939 lékařů a 1 949 zubních lékařů České republiky (23).

Další rozdělení proběhlo podle odborností lékařů. Z celkového počtu 152 respondentů jich 48 % uvádělo jinou odbornost (viz graf 3C). Dále bylo 38 % praktických lékařů pro dospělé, 14 % praktických lékařů pro děti (viz graf 3A a tabulka 3A). Podle údajů uváděných ÚZIS ČR se pořadí oborů činnosti, ve kterých pracuje nejvíce lékařů, oproti minulým rokům výrazně nemění. Stále je nejvíce lékařů pro obor praktický lékař pro dospělé, dále pak pro vnitřní lékařství, gynekologii a porodnictví, praktický lékař pro děti a dorost a pro obor chirurgie (23). To je zřejmé i ze skupiny respondentů hodnocené v této diplomové práci.

Důležité bylo i rozdělení podle využívání IZIP, kdy z celkového počtu 152 respondentů bylo 37 % respondentů využívajících IZIP a 63 % respondentů, kteří systém IZIP nevyužívají. Ze skupiny respondentů využívajících IZIP bylo více praktických lékařů pro dospělé, shodné hodnoty (14 %) byly v obou skupinách u praktických lékařů pro děti. V případě jiné odbornosti je více lékařů, kteří IZIP nevyužívají (viz graf 4B a tabulka 3B).

Na otázku č. 4 o počtu obyvatel sídla zdravotnického zařízení uvedlo 39 % respondentů město nad 25000 obyvatel. Velmi malý rozdíl byl v sídle zdravotnického zařízení v místě s 3000-10000 obyvateli 24 % a 10000-25000 obyvateli, kde byla uvedena hodnota 25 %. Obec s méně než 1000 obyvateli uvádělo 7 % respondentů a 5 % uvádělo obec s 1000-3000 obyvateli (viz graf 4A). Zde je patrná skutečnost, že více zdravotnických zařízení je v městech s větším počtem obyvatel. Podle sídla zdravotnického zařízení převažuje používání IZIP v místech s počtem obyvatel vyšším než 3000, ale nižším než 25000 (viz graf 4B a tabulka 4).

Další otázka se zabývala počtem zaregistrovaných pacientů ve zdravotnickém zařízení. Zdravotnických zařízení s menším počtem zaregistrovaných pacientů než 1500 bylo uváděno 35 %, s počtem 1500-2000 to bylo 19 % zdravotnických zařízení, s počtem 2000-3000 to bylo 28 % a u zařízení s počtem zaregistrovaných pacientů vyšším než 3000 bylo uváděno 18 %. V porovnání používání IZIP podle počtu pacientů zaregistrovaných ve zdravotnickém zařízení převažuje používání IZIP ve zdravotnických zařízeních s počtem 2000-3000 zaregistrovaných pacientů (viz graf 5B a tabulka 5).

Otázka č. 6 se zabývá porovnáním délky působení lékaře ve zdravotnickém zařízení. Graf 6A ukazuje hodnoty 38 % lékařů v kategorii působení více než 20 let. Ostatní kategorie jsou téměř vyrovnané, s výjimkou kategorie méně než 1 rok.

Formami zdravotnické dokumentace se zabývá otázka č. 7, kde v odpovědích převažuje možnost používání obou forem u 64 % respondentů (viz graf 7A a tabulka 7). Uživatelé IZIP převažují jak mezi uživateli pouze elektronické formy dokumentace, tak i mírně v kategorii uvádějící jako možnost obě formy (viz graf 7B a tabulka 7).

Podle studie z USA při užívání papírové zdravotnické dokumentace zhruba ve třetině případů lékaři chybí při návštěvě pacienta odpovídající informace. V případě, že dojde k akutnímu ohrožení života, nejsou potřebné informace k dispozici téměř nikdy. Tato fakta přiměla zdravotnickou organizaci v USA k masivním investicím do elektronizace zdravotních záznamů (38).

V systému IZIP existují zdravotní knížky bez záznamu a také knížky s poměrně vysokým počtem zápisů. V současné době je fungování systému IZIP pro lékaře jednodušší a rychlejší než v roce 2002. Některé elektronické zdravotní knížky jsou prázdné i přesto, že pacient navštěvuje lékaře, kteří jsou do systému IZIP zapojeni. Příčinou může být například situace, že ošetřující lékař je registrován v IZIP, ale jeho počítač neodesílá automaticky informace do zdravotních knížek. Také se může stát, že se lékař pacienta nezeptá, jestli má zřízenou zdravotní knížku, a data do ní tedy neodešle. Příčinou může také být, že lékař neodešle informace záměrně, protože se mu nechce zadat údaje ručně (16).

Pro další výzkum jsou zajímavé odpovědi na otázku č. 8 - Pokud nevyužíváte elektronickou zdravotnickou dokumentaci, uveďte důvod? Na tuto otázku odpovídalo 34 respondentů (22 % z celkového počtu), kteří nevyužívají ve své ambulanci elektronickou formu zdravotnické dokumentace. 35 % odpovědí uvádí jako důvod časovou náročnost. Kategorie technické potíže, obava ze zneužití údajů a jiný důvod jsou téměř vyrovnané (viz graf 8A a tabulka 8A). V kategorii jiné důvody se objevila i odpověď - nemám počítač. Několik respondentů opravdu ve své ordinaci počítač nemělo, jako důvod udávali, že nemají počítače rádi. Setkala jsem se i s názorem lékařů, že během pracovní doby nelze data do počítače zadávat kromě časových důvodů také proto, že by se při psaní do počítače nemohli plně soustředit na pacienta a věnovat se hodnocení jeho zdravotního stavu.

IZIP se snaží, aby se do systému zapojilo co nejvíce lékařů a zdravotnických zařízení. To, že není systém dosud celoplošný, je způsobeno hlavně nepříliš vstřícným postojem státu, vlády a ministerstva zdravotnictví. Registrace do systému je nadále věcí dobrovolnou, a to jak na straně pacienta, tak i na straně lékaře (43).

Při rozhovorech s lékaři ještě před rozdáváním dotazníku jsem se setkala se skutečností, že někteří jsou v IZIP zaregistrováni, ale vůbec ho nevyužívají. Proto jsem do dotazníku zařadila i tyto dvě otázky – registrace a využívání IZIP. Registrováno v IZIP je 46 % respondentů. Prakticky ho však využívá pouze 37 % respondentů. Porovnání uvádí graf 11. Na to navazuje další otázka (č. 11) - Proč nevyužíváte elektronické zdravotní knížky IZIP? Nejvíce respondentů uvádělo možnost, není nijak ku prospěchu, a to ve 40 %, jako další důvod časovou náročnost ve 26 % a neochotu k práci s počítačem u 19 % respondentů. Také se objevuje možnost využívání, pokud by data zadávali všichni (viz graf 12A a 12B). Zde respondenti poukazují nejen na fakt, že IZIP není plošný, nevyužívají ho všichni a data v něm tedy nelze najít, ale také poukazovali na skutečnost, že pacient nemusí do systému zadat všechny potřebné informace. V odpovědích byla také zmíněna otázka ochrany osobních údajů. A tak není zanedbatelná odpověď 7 % respondentů, kteří se obávají zneužití údajů. I když společnost IZIP uvádí, že pro bezpečnost informací využívá nejmodernější prostředky při ochraně citlivých zdravotních záznamů před ztrátou či zneužitím a všechny informace jsou umístěny na dobře zabezpečených serverech, které jsou pod neustálým dohledem, tuto část respondentů společnost IZIP nepřesvědčila (38).

Následující otázka č. 12 - Za jakých okolností byste elektronické zdravotní knížky využívali? měla potvrdit nebo vyvrátit hypotézu č. 2 - Zdravotnická zařízení jsou ochotna vést elektronickou zdravotní dokumentaci pouze při finanční kompenzaci zvýšené administrativní činnosti. Tato hypotéza se nepotvrdila. 56 % respondentů uvádí možnost, pouze pokud by to ukládal zákon, 30 % respondentů uvádí vyšší finanční ohodnocení. Jiný důvod uvádí 14 % respondentů a znovu se opakují stejné připomínky a sice - pokud by data zadávali všichni lékaři, celoplošnost a plné informace od všech zúčastněných.

Ve zdravotní dokumentaci jsou důležité zejména údaje, zda se pacient léčí s nějakou chorobou, trpí-li alergií, jaké léky užívá, případně kde a s čím byl naposledy léčen. Nejen lékaři záchranné služby jsou tak při vážných úrazech, poruše vědomí a v podobně závažných situacích nuceni zasahovat jen na základě vlastního klinického vyšetření bez podrobnějších informací o zdravotním stavu pacienta (38). Do dotazníku

jsem proto rovněž zařadila otázku, jaké informace mají být v elektronické zdravotní knížce. Buď všechny informace o zdravotním stavu pacienta, anebo základní, jako jsou např. onemocnění, užívané léky, alergie, aktuální výsledky vyšetření. Setkala jsem se totiž s názorem, že všechny informace jsou nepřehledné, a není možné se v nich orientovat. V odpovědích na otázku, zda respondenti preferují uvádění všech nebo pouze základních informací, je v 51 % uváděna možnost pouze základních informací pro rychlejší orientaci. Objevil se však rozdíl v odpovědích na tuto otázku podle respondentů užívajících IZIP a neužívajících IZIP. Pouze základní informace mají být uvedeny podle 72 % (41) uživatelů systému IZIP a u neuživatelů je tato odpověď jen u 38 % respondentů (graf 20B a tabulka 20B). 53 % respondentů by rovněž uvítalo elektronický identifikátor ve formě čipové karty - projekt elektronické karty zdravotního pojištění (viz graf 24).

Otázka č. 17 byla zaměřena na přínos elektronické zdravotní knížky. Na tuto otázku 74 % respondentů odpovědělo, že pro ně není zřízení elektronické zdravotní knížky přínosem a 26 % respondentů uvedlo, že je přínosem (viz graf 18A a tabulka 18A). Při porovnání rozdílných názorů na přínos elektronické zdravotní knížky mezi respondenty užívajícími IZIP a respondenty neužívajícími IZIP je u uživatelů přínos systému IZIP uveden u 65 % (37) a u neuživatelů IZIP 2 % (2). Pro respondenty, kteří s IZIP pracují a mají v něm zaregistrované své pacienty, se IZIP ve většině případů osvědčil.

Otázka č. 18 - Souhlasíte s následujícím tvrzením - projekt elektronických zdravotních knížek poskytuje zrychlení předávání informací o zdravotním stavu pacientů? měla sloužit k potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 1 - Zdravotničtí pracovníci si slibují od projektu elektronických zdravotních knížek zrychlení poskytování informací o zdravotním stavu pacientů. Tato hypotéza se potvrdila, neboť více respondentů s tímto tvrzením souhlasilo. Kladně odpovídali nejen lékaři zaregistrovaní v systému IZIP, ale i ti nezaregistrovaní. Projekt elektronických zdravotních knížek je celkově hodnocen 58 % respondentů jako zrychlení. Ve skupině uživatelů IZIP souhlasí s tímto tvrzením dokonce 70 % a ve skupině respondentů neužívající IZIP 51 % respondentů (viz graf a 19B). Z tohoto výsledku lze usuzovat, že většina respondentů

si uvědomuje význam elektronické zdravotní dokumentace jako rychlého zdroje informací o zdravotním stavu pacienta.

Úvodní fáze projektu IZIP byla zahájena počátkem roku 2002 ve čtyřech vybraných okresech České republiky. Jejím cílem bylo ověřit fungování zdravotní knížky v praxi, získat zkušenosti s přístupem veřejnosti a začít vyhodnocovat vliv IZIP na zlepšení kvality a efektivity péče a shromáždit podněty pro další zlepšení. Se zdravotní knížkou na Internetu se v úvodní fázi seznámilo 300 lékařů, ze kterých čtvrtina začala tento systém využívat. Systém IZIP se od té doby rozšířil na celé území České republiky (43). Na otázku č. 13 - Jak dlouho využíváte elektronické zdravotní knížky? převažuje odpověď 1-2 roky, kterou uvádí 65 % respondentů (viz graf 14 a tabulka 14). V kategorii více než 5 let, tedy téměř od počátku vzniku systému IZIP, nevyužívá elektronické zdravotní knížky IZIP žádný respondent. V další kategorii 3-5 let využívá systém IZIP 12 % respondentů. Je zde tedy patrná počáteční neznalost nebo nedůvěra respondentů k systému.

Zavedení elektronických zdravotních knížek by českému zdravotnictví přineslo úsporu v řádu miliard korun. O tolik by se využitím systému IZIP snížily výdaje na zdravotní péči, kterou hradí zdravotní pojišťovny. Přínos by pocítili i pacienti, kteří by nemuseli absolvovat dvakrát stejná vyšetření. Více vyloučeny jsou i medicínské omyly, protože ošetřující lékař má k dispozici kompletní informace o pacientovi. Česká republika měla k 31. prosinci 2008 podle Českého statistického úřadu 10 467 542 obyvatel a elektronickou zdravotní knížku má v současné době více než milion pacientů. Do systému IZIP je celkem zapojeno více než devět tisíc zdravotnických pracovníků, padesát pět nemocnic a tři sta lékáren. (34). Na to navazuje otázka - Kolik procent pacientů ve Vaší péči přibližně využívá elektronické zdravotní knížky? Zde převažuje s hodnotou 74 % kategorie uvádějící 25 % pacientů registrovaných v IZIP a 17 % respondentů hodnota méně než 25 % pacientů registrovaných v IZIP (viz graf 15 a tabulka 15).

Další otázka se týkala věku pacientů registrovaných v systému IZIP. Respondenty byla nejčastěji uváděna kategorie 40-60 let, kterou uvádělo až 70 % respondentů, a kategorie 20-40 let uváděna 25 % respondentů. Možnosti nahlížet do

zdravotních knížek IZIP svých pacientů využívá pouze 28 % respondentů. S tím souvisí i odpověď na otázku – Nabízíte možnost využití elektronické zdravotní knížky pacientům? Zde celých 76 % respondentů odpovídá záporně. Ani sami pacienti nevyžadují registraci pro využití elektronických zdravotních knížek. Záporná odpověď převažuje u 92 % respondentů. Ani možný větší zájem mužů nebo žen nebyl prokázán. 60 % respondentů uvedlo možnost nevím, podle 28 % respondentů převažují muži a 12 % uvedlo ženy.

Společnost IZIP začala v září 2007 lékařům v České republice rozdávat a v ordinacích zdarma instalovat zaručený elektronický podpis (ZEP). Tato digitální technologie se ve zdravotnictví stává fenoménem a je budoucností nejen v ČR, ale i v dalších zemích Evropské unie (38). Otázka č. 24 - Využíváte zaručený elektronický podpis? je úzce spojena s využíváním systému IZIP a s využíváním elektronické formy zdravotnické dokumentace. Zaručený elektronický podpis využívá 34 % respondentů (viz graf 25 a tabulka 25), kdy většina z nich je zaregistrována v systému IZIP.

6. Závěr

Zdravotní péče se dotýká většiny lidí, a je proto ve středu pozornosti celé společnosti. Do popředí vystupuje ochrana osobních údajů hlavně v souvislosti s rozšiřováním a zdokonalováním technologií. Zdravotnická zařízení mají přesně stanovenou povinnost vedení zdravotnické dokumentace. Důležitou podmínkou pro kvalitní zdravotní péči je dobrá znalost a respektování práv a povinností. Pokrok v medicíně spolu s narůstající potřebou konkrétních zdravotních informací nutnou pro správnou diagnostiku a léčbu si vynutily hledat nové cesty k zajištění dostupnosti zdravotních informací. Jednou z cest je elektronizace zdravotnictví. Hlavním představitelem tohoto přístupu je elektronická zdravotní knížka.

Cílem práce bylo zjistit využívání elektronických zdravotních knížek, názor lékařů na využívání elektronické zdravotní dokumentace, přístup pacientů ke zdravotnické dokumentaci a ochotu lékařů zapojit se do projektu elektronických zdravotních knížek IZIP. Výzkum byl zaměřen na soukromá zdravotnická zařízení reprezentovaná soukromými lékaři. Výzkum byl prováděn metodou kvantitativní pomocí dotazníku.

Pro účely diplomové práce byly ověřovány dvě stanovené hypotézy. Hypotéza číslo 1 - *Zdravotničtí pracovníci si slibují od projektu elektronických zdravotních knížek zrychlení poskytování informací o zdravotním stavu pacientů.* Tato hypotéza se potvrdila, neboť 58 % respondentů s tímto tvrzením souhlasilo. Kladně odpovídali nejen lékaři zaregistrovaní v systému IZIP, ale i ti nezaregistrovaní. Ve skupině uživatelů IZIP souhlasí s tímto tvrzením dokonce 70 % a ve skupině respondentů neužívající IZIP 51 % respondentů. Z tohoto výsledku lze usuzovat, že většina respondentů si uvědomuje význam elektronické zdravotní dokumentace jako zdroje rychlého informování o zdravotním stavu pacienta. Dílčím cílem bylo zjistit, zda existují rozdíly v pohledu na tuto problematiku mezi uživateli systému IZIP a respondenty, kteří tento systém nevyužívají. Tento rozdíl je zde patrný a objevil se i v odpovědích respondentů na jiné otázky.

Hypotéza číslo 2 - *Zdravotnická zařízení jsou ochotna vést elektronickou zdravotní dokumentaci pouze při finanční kompenzaci zvýšené administrativní činnosti.*

Tato hypotéza se nepotvrdila. 56 % respondentů uvádí ochotu vést elektronickou zdravotní dokumentaci, pokud by to ukládal zákon, a pouze 30 % respondentů uvádí možnost vyšší finanční ohodnocení.

Vydávání zdravotních knížek a systém IZIP jsou velmi diskutovaným tématem. IZIP se snaží, aby se do systému zapojilo co nejvíce lékařů a zdravotnických zařízení. To, že není systém dosud celoplošný, je způsobeno hlavně nepříliš vstřícným postojem státu, vlády a ministerstva zdravotnictví. Registrace do systému je nadále věcí dobrovolnou, a to jak na straně pacienta, tak i na straně lékaře.

Jako problém využívání systému IZIP se jeví jednak nezájem ze strany pacientů, jednak nedůvěra lékařů. Potřebné informace se tedy v IZIP pokaždé nenajdou, protože část zdravotnických zařízení se systémem vůbec nepracuje. Lékaři by museli být donuceni nebo dostatečně motivováni k přechodu na elektronickou formu zdravotnické dokumentace a museli by změnit svůj negativní přístup k moderním technologiím. Realizace takových změn, ale není možná bez intervence, která musí vycházet z ucelené koncepce.

Jako pozitivní se ukazuje především to, že projekt IZIP v České republice významně zvýšil informovanost o sdílené dokumentaci. Jinak chybí ucelená strategie v oblasti zdravotnické informatiky a využívání systému IZIP k získání informací není ze strany lékařů zatím velké.

Domnívám se, že tato práce by mohla nabídnout rozšíření informovanosti o zdravotnické dokumentaci a elektronických zdravotních knížkách nejen mezi zdravotnickými pracovníky, ale i mezi širší veřejností. Provedený výzkum a z něj plynoucí výsledky mohou poskytnout zpětnou vazbu pracovníkům zdravotnických zařízení.

7. Seznam použité literatury

1. BURIÁNEK, J. *Lékařské tajemství, zdravotnická dokumentace a související právní otázky*. 1.vydání. Praha: Linde Praha, 2005. 204 s. ISBN 80-7201-544-3.
2. CABRNOCH, M. *Elektronické zdravotnictví zvýší kvalitu, bezpečnost a efektivitu zdravotních služeb* [online]. 13.12.2007 [cit. 2009-03-16]. Dostupné z: http://www.cabrnoch.cz/index.php/2007/12/13/elektronickac_zdravotnictvas_zvafaias_kvalitu_bezp.
3. CÍSAŘOVÁ, D. - SOVOVÁ, O. et. al. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. vydání. Praha: Orac, 2004. 184 s. ISBN 80-86199-75-4.
4. *České národní fórum pro eHealth* [online]. 21.9.2007 [cit. 2009-03-16]. Dostupné z: <http://www.ehealthforum.cz/cs/dokumenty/20090226konference-ehealth-day-2009>.
5. DOLEŽAL, T. - DOLEŽAL, A. Co přináší nová vyhláška o zdravotnické dokumentaci? *Zdravotnictví a právo*, 2006, roč. X , č. 11, s. 3-7.
6. DOLEŽAL, T. - DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. 1 .vydání. Praha: Linde , 2007. 138 s. ISBN 978-80-7101-684-6.
7. DOSTÁL, O. Elektronická dokumentace – základní podmínky a způsoby jejího vedení. *Zdravotnictví a právo*, 2007, roč. XI , č. 10, s. 17-23.
8. eHealth. *Projekt elektronického identifikátoru* [online]. 2005 [cit. 2009-04-30]. Dostupné z: <http://www.ehealth-eu.org/index.php?p=1&PHPSESSID=bgqqcj3flbjh3otsvc57hhlf65>.

9. *Elektronické zdravotnictví* [online]. [cit. 2009-04-30]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_cs.htm.
10. GOLDMANN, R. - CICHÁ, M. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1.vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 125 s. ISBN 80-244-0907-0.
11. HASMAN, A. – BLOBEL, B. – DUDECH, J. – ENGELBRECHT, R. – GELL, G. – PROKOSCH, H. U. *Medical Infobahn for Europe*. Amsterdam, 2000.
12. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
13. HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas proč a jak*. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3.
14. HRIB, A. *Trestní odpovědnost ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: PAČR, 2004. ISBN 80-7251-147-5.
15. IVANOVÁ, K. *Základy etiky a organizační struktury v managementu zdravotnictví*. 1.vydání, Brno: NCO NZO, 2006. 240s. ISBN 80-7013-442-9.
16. *IZIP - Nejčastější otázky* [online]. [cit. 2009-04-25]. Dostupné z: <http://www.izip.cz/index.php?p=6>.
17. JANEČKOVÁ, E. - BARTÍK, V. Zdravotnická dokumentace z pohledu ochrany osobních údajů. *Zdravotnictví a právo*, 2006, roč. X, č. 11, s. 7-13.
18. KOLEKTIV AUTORŮ. *Elektronický podpis*. 1.vydání. ANAG, 2002. 144 s. ISBN 80-7263-125-X.

19. KOPECKÁ, K. *Zdravotnická etika*. 1. vydání, Martin: Osveta, 2008. 120s. ISBN 978-80-8063-278-6.
20. KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. 1. vydání, Praha: LexisNexis, 2004. ISBN 80-86199-89-4.
21. KŘEPELKA, F. *Právo zdravotnického výzkumu*. 1. vydání.. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 166 s. ISBN 80-210-3605-3.
22. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
23. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2007* [online]. [cit. 2009-04-25]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5300.
24. MACH, J. - RATH, D. *Právní sebeobrana lékaře*. 2. vydání, Presstempus, 2006. 143 s. ISBN 80-903350-6-3.
25. MACH, J. *Medicína a právo*. 1.vydání, Praha: C.H. BECK, 2006. ISBN 80-7179-810-X.
26. MACH, J. *Zdravotnictví a právo*. 2. vydání, Praha: Lexis Nexis, 2005. 455 s. ISBN 80-86199-93-2.
27. MATES, P. - NEUWIRT, K. *Právní úprava ochrany osobních údajů v ČR*. 1. vydání. Praha: IFEC, 2000. 128 s. ISBN 80-86412-02-4.
28. MATES, P. *Ochrana osobních údajů*. 1. vydání, Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0469-8.

29. MATOUŠOVÁ, M. - HEJLÍK, L. *Osobní údaje a jejich ochrana*. 1. vydání. Praha: ASPI, 2003. 415 s. ISBN 80-86395-50-2.
30. MATOUŠOVÁ, M. *Ochrana osobních údajů v otázkách a odpovědích*. 1. vydání. Praha: ASPI, 2004. 159 s. ISBN 80-7357-037-8.
31. Members of IMIA WG1, Recommendations of the International Medical Informatics Association (IMIA) on Education in Health and Medical Informatics. *Methods of Information in Medicine*, 39, 2000, 267-277.
32. MUNZAROVÁ, M. *Lékařský výzkum a etika*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 120 s. ISBN 80-247-0924-4.
33. NEUWIRT, K. Dosud se ochraně dat ve zdravotnictví nevěnovala pozornost. *Zdravotnické noviny*, 2001, roč. 50, č. 25, s. 14-15.
34. *Plošné zavedení elektronických zdravotních knížek by ušetřilo miliardy* [online]. 7.4.2009 [cit. 2009-04-25]. Dostupné z: <http://www.izip.cz/index.php?p=0&PHPSESSID=eom09i94hvf24ggnrkte7rnmg6>.
35. PODSTATOVÁ, R. - SOVOVÁ, E. - ŘEHOŘOVÁ, J. et. al. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 143 s. ISBN 978-80-247-1997-9.
36. *Portál veřejné správy České republiky* [online]. [cit. 2009-01-14]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/6966/place.
37. *Práva pacientů* [online]. [cit. 2009-01-3]. Dostupné z: https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/6744_4092.html.

38. *Profil společnosti IZIP* [online]. [cit. 2009-01-14]. Dostupné z: <http://www.izip.cz/index.php?p=1>.
39. PRUDIL, L. *Základy právní odpovědnosti ve zdravotnictví*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 79 s. ISBN 80-7013-409-7.
40. RYBKA, M. – MALÝ, O. *Jak komunikovat elektronicky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002, 92 s. ISBN 80-247-0208-8.
41. SEINER, M. *Vyhláška MZ č. 64/2007 Sb. - změna vyhlášky o zdravotnické dokumentaci a její dopady na informační systémy INFOMED* [online]. 2007-05-25 [cit. 2009-01-14]. Dostupné z: <http://www.infomed.cz/ps/article.php?arid=107>.
42. SMEJKAL, V. *Elektronický podpis jako nástroj pro zvýšení bezpečnosti informačních systémů*. Brno: VUTIUM, 2003. 31 s. ISBN 80-214-2447-8.
43. *Stanovisko společnosti IZIP k doporučení prezidenta České lékařské komory ve věci využívání informačních systémů ve zdravotnictví* [online]. [cit. 2009-01-14]. Dostupné z: http://www.izip.cz/download/tiskove_zpravy/20090202_izip_stanovisko_CLK.doc.
44. STOLÍNOVÁ, J. – MACH, J. *Právní odpovědnost v medicíně*. 1. vydání. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-85824-88-4.
45. ŠTEFAN, J. - MACH, J. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 248 s. ISBN 80-247-0931-7.
46. ŠUSTEK, P. - HOLČAPEK, T. *Informovaný souhlas*. 1. vydání. Praha: Aspi, 2007. s. 260. ISBN 978-80-7357-268-6.

47. UHEREK, P. Některé zásady uplatňované při výkladu povinné mlčenlivosti a jejich promítnutí v příslušné právní úpravě. *Zdravotnictví a právo*, 2008, roč. XII, č. 2, s.13-15.
48. UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 184 s. ISBN 978-80-247-2658.
49. UHEREK, P. Třikrát k informacím ve zdravotnictví. *Zdravotnictví a právo*. Praha 2008, roč. XII, č. 1, s. 3-11. ISSN 1211-6432 .
50. VONDRÁČEK, L. - BOUŠKA, I. *Základy zdravotnického práva*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0882-0.
51. VONDRÁČEK, L. - KURZOVÁ, L. *Zdravotnické právo*. 1.vydání. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0531-7.
52. VONDRÁČEK, L. - LUDVÍK, M. – NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7.
53. VONDRÁČEK, L. - WIRTHOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace*. 1.vydání, Praha: Grada, 2008. 88 s. ISBN 978-80-247-2763-9.
54. VONDRÁČEK, L. - VONDRÁČEK, J. *Odpovědnost při poskytování ošetrovatelské péče*. 1. vydání, Praha: Galén, 2006. 30 s. ISBN 80-7263-392-3.
55. VONDRÁČEK, L. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 100 s. ISBN 80-247-1198-2.

56. *Vyhláška o zdravotnické dokumentaci* [online]. [cit. 2009-01-03]. Dostupné z:
http://www.clk.cz/zakpred/vyhl_385-2006_zdrav_dokumentace_P_23.html#Priloha_3.
57. *Zákon č. 20/1966 Sb.* [online]. [cit. 2009-04-16]. Dostupné z:
<http://www.zakony.cz/default.php3?> .
58. *Zdravotnická dokumentace - Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně* [online]. [cit. 2009-01-14]. Dostupné z: <http://www.fnusa.cz/zdravotnicka-dokumentace>.
59. ZVÁROVÁ, J. a kol. *Základy informatiky pro biomedicínu*. 1. vydání, Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0609-7.

8. Klíčová slova

Zdravotní dokumentace

Elektronická zdravotní dokumentace

IZIP

Povinná mlčenlivost

Informovaný souhlas

9. Přílohy

1. Dotazník
2. Historický souhlas
3. Vzorový informovaný souhlas České lékařské komory
4. Určení osoby, která má být informována o zdravotním stavu
5. Souhlas pacienta se sdělením údajů o svém zdravotním stavu jiné dožadující se osobě
6. Souhlas pacienta se sdělením údajů o svém zdravotním stavu osobám získávajícím způsobilost k výkonu zdravotnického povolání
7. Zákaz podávání informací o zdravotním stavu pacienta

Příloha č. 1

Vážená paní, Vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zmapování problematiky vedení zdravotnické dokumentace a elektronických zdravotních knížek. Tento dotazník je součástí mé diplomové práce. Všechny údaje jsou anonymní. Prosím, zaškrtněte vždy jen jednu možnost, není-li uvedeno jinak, případně odpověď doplňte.

Za Vaši ochotu a spolupráci děkuji

Jiřina Janochová

1. Pohlaví

žena

muž

2. Uveďte, prosím, věk

25-30 let

31-40 let

41-50 let

51-60 let

61 let a více

3. Jaká je Vaše odbornost?

praktický lékař pro dospělé

praktický lékař pro děti a dorost

jiná (*uved'te jaká*)

4. Sídlo Vašeho zdravotnického zařízení se nachází v obci/městě?

do 1000 obyvatel

1000 – 3000 obyvatel

3000 – 10 000 obyvatel

10 000 – 25 000 obyvatel

25 000 a více obyvatel

5. Jaký počet pacientů je v péči Vaší ambulance?

méně než 1500

1500 – 2000

2000 – 3000

3000 a více

6. Jak dlouho pracujete ve Vašem zdravotnickém zařízení?
méně než 1 rok
1-5 let
6-10 let
11-15 let
16-20 let
více než 20 let
7. Ve Vašem zdravotnickém zařízení využíváte nejvíce zdravotnickou dokumentaci?
klasickou - papírové karty
elektronickou
v obou formách
8. Pokud nevyžíváte elektronickou zdravotnickou dokumentaci uveďte, prosím, důvod?
strach z technických potíží – např. ztráta údajů
obava ze zneužití údajů
časová náročnost
jiný (*prosím uveďte*).....
9. Jste zaregistrováni v systému IZIP?
ano
ne
10. Využíváte elektronické zdravotní knížky IZIP?
ano
Pokud jste odpověděli ANO pokračujte otázkou č. 13
ne
Pokud jste odpověděli NE pokračujte otázkou č. 11
11. Proč nevyžíváte elektronické zdravotní knížky?
Pokud jste na otázku číslo 10. odpověděli ANO tuto otázku nevyplňujte
časová náročnost
nutnost učit se novou administrativu
neochota k práci s počítačem
není nijak ku prospěchu
obava ze zneužití údajů
jiný důvod (*prosím uveďte*).....

12. Za jakých okolností byste elektronické zdravotní knížky využívali?

Pokud jste na otázku číslo 10. odpověděli ANO tuto otázku nevyplňujte

při vyšším finančním ocenění

pouze pokud by to ukládal zákon

jiný důvod (*prosím uveďte*).....

13. Jak dlouho využíváte elektronické zdravotní knížky?

Pokud jste na otázku číslo 10. odpověděli NE tuto otázku nevyplňujte

méně než 6 měsíců

6-12 měsíců

1-2 roky

3-5 let

více než 5 let

14. Kolik procent pacientů ve Vaší péči přibližně využívá elektronické zdravotní knížky?

Pokud jste na otázku číslo 10. odpověděli NE tuto otázku nevyplňujte

méně než 25 %

25 %

50 %

75 %

100 %

15. V jakém věku jsou nejčastěji pacienti ve Vaší péči, kteří využívají elektronické zdravotní knížky?

Pokud jste na otázku číslo 10. odpověděli NE tuto otázku nevyplňujte

do 20 let

20-40 let

40-60 let

60 a více let

16. Využíváte možnost nahlížet do elektronických zdravotních knížek pacientů/klientů?

ano

ne

17. Je pro Vás elektronická zdravotní knížka přínosná?

ne

ano

18. Souhlasíte s následujícím tvrzením - projekt elektronických zdravotních knížek poskytuje zrychlení předávání informací o zdravotním stavu pacientů?

ano

ne

19. V elektronických zdravotních knížkách mají být?

všechny informace o zdravotním stavu pacienta

pouze základní informace o pacientovi (zprávy z hospitalizace, souhrn dg, alergie, terapie, poslední medikace, laboratorní výsledky)

20. Nabízíte možnost využití elektronické zdravotní knížky pacientům?

ano

ne

21. Vyžadují pacienti sami registraci pro využití elektronických zdravotních knížek?

ano

ne

22. Větší zájem o elektronické zdravotní knížky mají?

muži

ženy

nevím

23. Uvítal/a byste elektronický identifikátor ve formě čipové karty - projekt elektronické karty zdravotního pojištění?

ano

ne

24. Využíváte zaručený elektronický podpis?

ano

ne

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

(zdroj: vlastní výzkum)

Příloha č. 2

Historický souhlas

Revers.

Nižepsaný svým podpisem dává po vysvětlení možných následků choroby, jakož i operace svolení ku operativnímu výkonu, který dne _____ bude proveden.

V Praze, dne 14. II 1914

[Podpis svědka] svědek. *[Podpis svědka]* svědek. *[Podpis nemocného]* nemocný neb rodiče.

Anamnesa: trvání, pravděpodobná příčina, subjekt, příznaky, vývoj a posavadní průběh choroby nemoci celkové neb infekční dědičnost.

Vyšetření věcné širší: stav celkový, vyšetření plic, srdce, jater, sleziny, dutiny břišní, moče.

Vyšetření vlastní: okolí ucha, vnější zvukor. bubínku, středouší (uskultace), dutiny nosní, nosohltanu, hltanu, dutiny ústní a hltanu.

Průběh choroby (léčby) ode dne přijetí až do propuštění nemocného z kliniky.

Rok: 1914

Přijet přímo (přenesením) 14. II Protok. čís. nem. 3110
Propuštěn (přenesen) 25. II. Klepáček prop. Čís. klin. deníku 42
Výsledek léčby 27. III. zhojen. Viz deník kl. z r. č.
Viz deník ambul. z r. č.

Česká klinika nemocí ušních, nosních a hltanových
prof. Dra. O. Kutvirta.

Jméno a stáří nemoc. *Vicovský Augustín, 15, ul. sv. Barbory*
Stav a bydliště *Praha I. Karlov, č. 26*
Jméno, stav a bydliště rodičů (poručníka) _____

Klinická diagnosa: *Otitis med. imp. chron. s. oim. exaurbans.*

Léčba (operace): *4. 2. Radik. hepantax lev. vjónětku s. oim. s. oim. (nam profesor.)*

(zdroj: HAŠKOVCOVÁ, H. Informovaný souhlas proč a jak)

Příloha č. 3

Vzorový informovaný souhlas České lékařské komory

Zdravotnické zařízení:

Pracoviště (klinika, oddělení):

Lékař, který provedl poučení:

Pacient: _____
Jméno, příjmení, datum narození

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.
Označení zdravotního výkonu (popř. několika výkonů):

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Zdravotní výkon bude probíhat takto:
(Zde stručně uvést, jaký bude předpokládaný průběh zákroku, popř. i zmínit, zda zákrok bude bolestivý či nikoli.)

Byl jsem poučen, že jako alternativa místo shora uvedeného a lékařem doporučeného výkonu lze provést:
(Vyplňuje se jen tehdy, existuje-li reálná lege artis alternativa lékařem doporučeného výkonu. Jinak tuto rubriku i další dvě rubriky vymazat.)

Vzal jsem na vědomí, že lékařem doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:

Ale současně tyto nevýhody:

Byl jsem dále poučen, že lékařem doporučený výkon má následující rizika:
(Uvést v úvahu připadající reálná rizika výkonu, popř. procenta jejich pravděpodobnosti, nelze-li vyjádřit v procentech nebo nejsou-li procenta známá, eventuálně jinak vhodně slovy vyjádřit pravděpodobnost výskytu uvedených rizik.)

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezen v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

(Nejde-li o výkon, který je spojen s pracovní neschopností a omezením, např. sportovních, rekreačních či jiných aktivit, pak tuto rubriku vymazat.)

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu, a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu:

(Zde uvést výkon, popřípadě i více výkonů, s nimiž pacient souhlasí).

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

(Pokud by si pacient nepřál uvádět tento odstavec nebo by lékař usoudil, že v daném případě není vhodné jeho uvedení, lze jej vypustit)

V dne

.....
Vlastnoruční podpis pacienta:

Podpis lékaře, který poučení provedl:

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat:
(Vyplňuje se pouze tehdy, není-li pacient schopný se vlastnoručně podepsat, ať již z jakýchkoli důvodů)

.....

.....

Zdroj: Česká lékařská komora

(zdroj: HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas proč a jak*)

Vzor č. 1 – určení osoby, která má být informována o zdravotním stavu

Já, níže podepsaný(á), ve smyslu ustanovení § 67b odst. 12 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu **určuji, že osobou, která má být informována o mém zdravotním stavu je**

.....
(jméno, příjmení, datum narození a adresa dané osoby nebo osob)

Tato osoba zároveň:

- MÁ / NEMÁ* právo nahlížet do mé zdravotnické dokumentace
- MÁ / NEMÁ* právo si z mé zdravotnické dokumentace pořizovat výpisy, opisy nebo kopie
- MÁ / NEMÁ* právo na poskytnutí a využití mého rodného čísla

Určená osoba má nárok na informace o mém zdravotním stavu (vyberte jednu z variant)

A) v úplném rozsahu

B) v následujícím rozsahu**

Jsem si vědom(a) toho, že toto určení se netýká údajů obsažených v mé zdravotnické dokumentaci o třetích osobách, záznamů o autorizovaných psychologických metodách a popisech léčby psychoterapeutickými prostředky a informací sdělovaných na základě právního předpisu.

Zároveň prohlašuji, že určení shora uvedené osoby a jejich oprávnění je udělováno na dobu neurčitou s tím, že toto určení mohu kdykoliv písemně odvolat.

V dne

Podpis pacienta, rodné číslo, adresa

(pokud pacient nemůže formulář podepsat, je nutné uvést podpis svědka včetně uvedení způsobu, jakým pacient projevil vůli a uvedení důvodů, které bránily podpisu pacienta)

Podpis ošetřujícího lékaře:

* vyberte jednu z variant

** vyplní se jen v případě, že pacient určí, že osoba má právo jen na některé informace o zdravotním stavu

**Vzor č. 2 – souhlas pacienta se sdělením
údajů o svém zdravotním stavu jiné
dožadující se osobě [souhlas dle § 55 odst. 2
písm. d) zákon o péči o zdraví lidu]**

Já, níže podepsaný(á), uděluji ve smyslu ustanovení § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, svému ošetřujícímu lékaři MUDr. (jméno, příjmení, rodné číslo)

nebo zdravotnickým pracovníkům (název zdravotnického zařízení)

souhlas se sdělováním informací týkajících se mého zdravotního stavu, o které žádá

(uvést osobu, které mají být informace sděleny – např. název právnické osoby nebo jméno, příjmení, rodné číslo fyzické osoby). Informace mohou být sděleny pouze v rozsahu nezbytně nutném pro splnění konkrétního úkolu v rozsahu kompetence uvedené osoby.

V dne

Podpis pacienta, jeho rodné číslo, adresa:

.....

(zdroj: UHEREK, P. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*)

Vzor č. 3 – souhlas pacienta se sdělením údajů o svém zdravotním stavu osobám získávajícím způsobilost k výkonu zdravotnického povolání

Já, níže podepsaný(á), uděluji, ve smyslu ustanovení § 67b odst. 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, souhlas k tomu, aby osoby, které získávají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v rámci odborné praxe vykonávané v (uvést název, sídlo, IČ příslušného zdravotnického zařízení)

mohly nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, a to v rozsahu nezbytně nutném pro jejich praktickou výuku.

Zároveň SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM, aby do dokumentace nahlíželi pedagogičtí pracovníci, kteří nad danými osobami v rámci shora uvedené odborné praxe vykonávají odborný dohled.*

V dne

Podpis pacienta, jeho rodné číslo, adresa:

.....

Podpis ošetřujícího lékaře:

* nehodící se škrtněte

Vzor č. 4 – zákaz podávání informací o zdravotním stavu pacienta

Já, níže podepsaný(á), ve smyslu ustanovení § 67b odst. 12 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, zakazuji podávání informací o mém zdravotním stavu všem osobám.

Jsem si vědom(a) toho, že tento zákaz se netýká údajů

o mém zdravotním stavu a z mojí zdravotnické dokumentace sdělovaných na základě zvláštního právního předpisu (např. dle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákona č. 582/1991 Sb., organizaci a provádění sociálního zabezpečení a dalších předpisů),

o mém zdravotním stavu a z mojí zdravotnické dokumentace sdělovaných na základě § 67b odst. 10 a 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (tj. např. soudním znalcům, nadřízeným orgánům zdravotnického zařízení, ostatním zdravotnickým pracovníkům či osobám získávajícím způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v souvislosti s poskytováním zdravotní péče).

Zároveň prohlašuji, že zákaz je vysloven na dobu neurčitou s tím, že toto určení mohu kdykoliv písemně odvolat.

V dne

Podpis pacienta, rodné číslo, adresa

(pokud pacient nemůže formulář podepsat, je nutné uvést podpis svědka včetně uvedení způsobu, jakým pacient projevil vůli a uvedení důvodů, které bránily podpisu pacienta)

.....

Podpis ošetřujícího lékaře: