

---

**Individuální projekt MPSV: Inovace systému kvality sociálních služeb**

---

## **Analýza dalších problémových oblastí zdravotně- sociální péče**

*Hana Janečková, Milena Johnová, Jan Strnad, 2013*

### **Sdílení informací o zdravotním stavu uživatele sociální služby**

Ve vazbě na plnění standardů kvality sociálních služeb se lze často setkat s názorem, že nezdravotničtí pracovníci v sociálních službách nemohou znát zdravotní diagnózy uživatelů svých služeb. Toto pravidlo je odůvodňováno zejm. ochranou osobních údajů a omezením přístupu nezdravotníků do zdravotnické dokumentace. Ze strany sociálních služeb se na druhé straně ozývají hlasy, že pravidlo komplikuje poskytování sociálních služeb.

Otázku sdílení informací o zdravotním stavu uživatele sociální služby mezi zdravotníky a nezdravotnickými pracovníky sociálních služeb řeší § 45, písm. g zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Nezdravotničtí pracovníci sociálních služeb mohou potřebovat informace o zdravotním stavu uživatele služby (např. pro poskytnutí první pomoci při epileptickém záchvatu, podávání stravy nebo péči o tělo u lidí s cukrovkou). V souladu se Zákonem o zdravotních službách<sup>1</sup> mají poskytovatelé zdravotních služeb (fyzické i právnické osoby) „povinnost předat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi“<sup>2</sup> (není řeč o *nahlížení do zdravotnické dokumentace*, ale o *sdělení informací*). Jde nejen o situace nastávající při překladech, ale i interně pro návaznost zdravotní a sociální péče.

### **Zacházení s informacemi a zdravotnickou dokumentací**

Problematikou podávání informací o zdravotním stavu, nahlížení do zdravotnické dokumentace, pořizování kopií a výpisů, vyslovování souhlasu či nesouhlasu s poskytnutím zdravotní služby se v zákonu o zdravotních službách (372/2012 Sb.) zabývají § 31 a 33 (v části o právech pacientů), § 45 (v části o postavení poskytovatele zdravotních služeb), § 65 (v části o zdravotnické dokumentaci) a příloha č. 1, odst. 8 vyhlášky 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci (obsah samostatných částí zdravotnické dokumentace – záznam o souhlasu s poskytováním informací).

### **Poskytování informací**

---

<sup>1</sup> § 45, písm. g zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

<sup>2</sup> 372/2012 Sb. § 45, písm. g

## Individuální projekt MPSV: Inovace systému kvality sociálních služeb

---

Poskytovatel (např. lékař) je povinen podle § 31 zákona č. 372/2012 Sb. o zdravotních službách „zajistit, aby byl **pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován** o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu“ (např. o nutnosti brát léky nebo mít dietu, protože má cukrovku či epilepsii).

Podle § 33, odst. 1 „může pacient při přijetí do péče **určit osoby**, které mohou **být informovány** o jeho zdravotním stavu, a současně může určit, zda tyto osoby **mohou nahlížet** do zdravotnické dokumentace o něm vedené nebo do jiných zápisů vztahujících se k jeho zdravotnímu stavu, pořizovat si **výpisy nebo kopie** těchto dokumentů a zda mohou v případech podle § 34 odst. 8 **vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb**. Pacient může určit osoby nebo vyslovit **zákaz poskytovat informace** o zdravotním stavu kterékoliv osobě kdykoliv po přijetí do péče, rovněž může určení osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu kdykoliv odvolat. **Záznam o vyjádření pacienta** je součástí zdravotnické dokumentace o něm vedené; záznam podepíše pacient a zdravotnický pracovník. Součástí záznamu je rovněž sdělení pacienta, **jakým způsobem** mohou být informace o jeho zdravotním stavu sdělovány“.

Jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav určit osoby podle odstavce 1, mají právo na informace o jeho aktuálním zdravotním stavu a na pořízení výpisů a kopií zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi **osoby blízké** (odst. 3 § 33).

### Nahlížení do zdravotnické dokumentace:

Podle § 45 písm. f) zákona 372/2011 Sb. je poskytovatel zdravotních služeb povinen **pacientovi** na vyžádání **předat zprávu** o poskytnutých zdravotních službách. Obsah zprávy o poskytnutých zdravotních službách je specifikován v bodu 3, přílohy č. 1 vyhlášky 98/2012 o zdravotnické dokumentaci.

Podle platné právní úpravy<sup>3</sup> **má pacient právo na nahlédnutí do své zdravotnické dokumentace** a má právo na pořízení kopií z dokumentace (Zák. 372/2012 Sb., § 65 bod 1a). Do zdravotnické dokumentace mají též **právo nahlížet a pořizovat si kopie osoby, určené pacientem** a osoby blízké zemřelému pacientovi (Zák. 372/2011 Sb., § 65 bod 1 b a c). O tom, kdo smí nahlížet do zdravotnické dokumentace a může být informován o zdravotním stavu pacienta musí být pořízen záznam do zdravotnické dokumentace (příloha č.1 vyhlášky 98, bod 8). Teoreticky by tedy mohla do zdravotnické dokumentace nahlížet i pečovatelka, kdyby jí pacient určil.

Podle vyhlášky 98, příloha č. 1, bod 8, písm. a-f musí být proveden **záznam o souhlasu pacienta s poskytováním informací určeným osobám**, o tom, komu **nemají** být informace poskytnuty, o rozsahu informací, které mohou být poskytnuty, zda určená osoba může nahlížet do zdravotnické dokumentace a pořizovat kopie a zda má uvedená osoba právo vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb v případě, že souhlas nemůže vyjádřit pacient sám). Záznam o souhlasu s poskytováním informací a jejich formě (ústně, písemně, e-mailem, telefonicky) musí být součástí zdravotnické dokumentace<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách (§ 65, odst. 1a) a prováděcí vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci příloha č. 1, bod 8.

<sup>4</sup> § 33 zákona 372/2011 o zdravotních službách a bod 8 Přílohy č. 1 vyhlášky 98/2012 Sb.

---

## Individuální projekt MPSV: Inovace systému kvality sociálních služeb

---

O uskutečněním nahlížení do zdravotnické dokumentace musí být pořízen záznam (Vyhláška 98, §1, odst. 2, písm. n)

### Závěr ke sdílení a zacházení s informacemi a zdravotnickou dokumentací:

Z uvedeného vyplývá, že uživatel pobytové sociální služby může mít u sebe kopie lékařských zpráv atd. Tyto může podle svého uvážení sdílet s dalšími lidmi (právní úprava neřeší). V tom případě, že si bude uživatel služby přát uložit si tyto dokumenty u poskytovatele služby, bude s nimi poskytovatel zacházet podobně, jako se svěřeným OP nebo vkladní knížkou.

Potřebné informace o zdravotním stavu se k nezdravotnickým pracovníkům sociálních služeb mohou dostat trojím způsobem:

- 1) Člověk sdělí informace sám, protože má informace nebo má u sebe dokumenty o svém zdravotním stavu
- 2) Uživatel sociální služby (jeho právní zástupce) dá někomu z personálu písemný souhlas s nahlédnutím do jeho zdravotnické dokumentace
- 3) Zdravotníci sdělí informace v souladu se zákonem

### Vazba na standardy kvality a povinnosti poskytovatelů sociálních služeb

Právní úprava poskytování zdravotní péče nebrání předávání (získávání a používání) potřebných informací o zdravotním stavu, je však třeba dodržovat stanovená pravidla. Především je **nutno zohlednit právo uživatele služby rozhodovat o tom, kdo (a jaké) dostane informace o jeho zdravotním stavu a jak budou používány při poskytování sociální služby**. K tomu kritérium 1b) „*Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby ...mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace.*“

Toto bude jednoduché v případě uživatelů služeb, kteří jsou s to předat informace sami. U lidí, kteří z nějakého důvodu nemohou sami předat informace anebo nemohou dát bez pomoci jiné osoby souhlas s nahlížením do zdravotnické dokumentace, je potřeba zajistit potřebnou **podporu při rozhodování o poskytnutí souhlasu**. Tímto se bude předcházet možné účelové manipulaci ze strany personálu, což je v situaci mocenské nerovnováhy spojené s otázkami zdraví velkým rizikem (když si nevezmete lék, skončíte v nemocnici).

**Role opatrovníka** při poskytování souhlasu: V případě lidí s omezenou způsobilostí v dané oblasti souhlas dává opatrovník. Měl by to ale dělat v souladu s přáním svého opatrovance. Sociální služba mající za úkol *chránit práva uživatele služby* by měla dbát na to, aby opatrovník podle toho postupoval.

Bylo by užitečné uvažovat v souvislosti s revizí zákonných povinností poskytovatelů 1) s **upřesněním role sociálních služeb v péči o zdraví** a v povinnosti dbát na ochranu zdraví uživatelů služeb a 2) s **upřesněním role sociálních služeb při poskytování podpory při rozhodování**.

---

## Individuální projekt MPSV: Inovace systému kvality sociálních služeb

---

### Koordinační role sociálních služeb

Pro zajištění kontinuity péče během a po propuštění pacienta z lůžkového zdravotnického zařízení, kontinuity a efektivního poskytování sociálně-zdravotní péče a návaznosti péče formální a neformální, je potřeba činnosti koordinovat. Existence koordinátora a dostupnost zdravotních a sociálních služeb navazujících na přirozenou, neformální a neplacenou péči rodiny či komunity patří ke klíčovým podmínkám umožňujícím i lidem, kteří potřebují velký objem péče při zvládnání běžných denních činností zůstat ve vlastním domácím prostředí<sup>5</sup>. V systému tato role (koordinátora, case managera, průvodce, nezávislého zprostředkovatele), která by se hodila na sociální pracovníky obcí, chybí.<sup>6</sup>

V rámci naplňování svého účelu by sociální služby měly být natolik flexibilní, aby tuto roli na sebe v případě potřeby (tj., když není nikdo jiný) mohly vzít a zajistily by koordinaci jak sociální, tak zdravotní péče<sup>7</sup> i neplacené podpory neformálního prostředí. S ohledem na specifickou zdravotní péči (cílem je zlepšení zdraví) by měl za koordinaci být odpovědný spíše sociální pracovník než zdravotník a/nebo komunitní sestra (se specializací). Úkolem sociální služby je totiž pomáhat lidem využívat vlastní zdroje a další přirozené zdroje včetně veřejných a dalších služeb. Je proto logické, aby úkol koordinovat pomoc a podporu potřebou pro každodenní život, na sebe vzala sociální služba, která je širěji zaměřená.

### Vazba na standardy kvality a povinnosti poskytovatelů sociálních služeb

Váže se nejvíce na kritéria **standardu 8 Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje**: 8b Zprostředkování služeb jiných fyzických a právnických osob a 8c Podpora ve vztazích s přirozeným sociálním prostředím. Tady by byla potřeba revidovat kritérium 8b, zejm. dovětek o *zachování neutrálního postoje* a to ve vztahu k Úmluvě o právech osob s postižením. Koordinační roli sociálních služeb by byla potřeba řešit ve vztahu k roli terénních sociálních pracovníků na obci, kde se zdá umístění koordinace jako přirozené.

Vazba sociální služby na zdravotní péči se nutně musí projevit i na úrovni individuálního plánování. Ve **standardu 5 Individuální plánování průběhu sociální služby** se nepočítá s přizpůsobením služeb potřebám. Zohledňovány mají být pouze cíle a možnosti – viz výše. Naopak § 88 e) s potřebami počítá. Je potřeba standard 5 upravit podle zákona. Při výkladu a kontrole plnění je potřeba upřesnit, že **potřeba podpory v oblasti péče o zdraví pokud se objeví, by měla být zohledněna při poskytování sociální služby** (nejde o poskytování

---

<sup>5</sup> viz popsané příběhy a závěry: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/016/001988.pdf>, <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/016/001985.pdf>

<sup>6</sup> ne všechny problémy lze samozřejmě řešit úpravou zákonných povinností poskytovatele. Např. povinnost vyhledávat osaměle žijící staré lidi, kteří jsou ohroženi a je potřeba jejich situaci sledovat a včas signalizovat potřebu pomoci, nebo koordinovat péči pro tuto skupinu osob jsou úkoly, který by měly být stanoveny jiným subjektům.

<sup>7</sup> koordinací zdravotní péče není myšleno koordinování akutní zdravotní péče v nemocnici, ale to, co si obvykle člověk zvládne zajistit sám nebo s pomocí nejbližší rodiny: domluvat se se zdravotníky (objednat, dojít na vyšetření, nechat si včas předepsat léky přivolat lékaře v případě pomoci, dojednat návštěvu komunitní sestry apod.)

## Individuální projekt MPSV: Inovace systému kvality sociálních služeb

---

zdravotní péče ale o pomoc při jejím vyhledávání a využívání včetně vymáhání práva na zdravotní péči a podporu při dodržování léčebného režimu).

### Podpora při rozhodování o využití sociální služby

Jde např. o situace, kdy člověk má být umístěn do pobytového zařízení sociálních služeb v rozporu se svým přáním. Z praxe jsou tyto situace běžně známy. Co by mělo být ve standardech kvality a zákonných povinnostech? V souladu s čl. 19 Úmluvy o právech osob s postižením by lidé měli mít možnost volit na rovnoprávném základu s ostatními místo, kde budou žít. Za účelem zajištění potřebné podpory v každodenním životě by jim měla být poskytnuta péče tam, kde si zvolí žít.

### Vazba na standardy kvality a povinnosti poskytovatelů sociálních služeb

Kritérium 1b **Uplatnění vlastní vůle při řešení vlastní nepříznivé situace a § 88 c)** zavazují poskytovatele sociálních služeb respektovat volbu lidí na způsob života. Vůle vyjádřená „náhradně“ zástupcem – opatrovníkem je jen vůlí k uzavření smlouvy a tedy dostatečná pro její vznik. Poskytování sociální služby ovšem není (na rozdíl od léčby v některých případech) nikdo povinen strpět a rezistencí tak poruší maximálně své smluvní povinnosti, což bude důvodem k ukončení smlouvy, odkud se dostaneme opět na začátek.

V tomto směru není problém ve standardech, ale ve výkladu (nejen na straně poskytovatelů sociálních služeb).

K tématu se váže standard 3 **Jednání se zájemcem o sociální službu** a 4 **Smlouva o poskytování sociální služby**. Z logiky věci by tedy sociální služby neměly být poskytovány proti vůli, realita je ale jiná. Řešením by možná bylo výslovné ustanovení, že **sociální služba může být poskytována pouze se souhlasem uživatele služby s tím, že musí být uplatněny principy poskytování podpory při rozhodování**.

### Příloha – záznam z diskuse s praxí

Účastnice: Kristýna Mlejnková a Andrea Dvořáková (MPSV, odbor 22), MUDr. Markéta Hofmanová (Charita), Hana Janečková (Diakonie ČCE a 3. LF UK), Helena Dvořáková (ÚVN, DIOP) a Milena Johnová (Quip). Setkání se konalo dne 14. 11. 2012. Byly identifikovány problematické oblasti a prodiskutována řešení s ohledem zejména na standardy kvality a zákonné povinnosti poskytovatelů sociálních služeb.

### Vazba standardů kvality a inspekcí na systémy řízení kvality ve zdravotnictví

Nová právní úprava (zákon 372/...a vyhláška 102...) ukládají lůžkovým zařízením povinnost kontrolovat kvalitu a bezpečí pacientů. Jde o vnitřní systém kontroly ustanovující, kdo má kontrolu provádět a jak. Tento systém může aplikovat i ambulantní zařízení zdravotní péče.

Podrobnosti – viz samostatný materiál

Vedle toho existuje systém dobrovolných akreditací.



---

## Individuální projekt MPSV: Inovace systému kvality sociálních služeb

---

### Problém s nahlížením do zdravotnické dokumentace

Existují pochybnosti, zda inspektoři/ pracovníci v sociálních službách mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace. K tomu dává návod zákon 372 v § 45, kde je v odst. 2, písm. g stanoveno, že zdravotníci mají povinnost předat informaci o zdravotním stavu pokud je to potřeba pro návaznost služeb. Tedy např. PSP musí vědět, že má člověk cukrovku, když mu má stříhat nehty. Sdělovat v takovém případě diagnózy je v pořádku.

Podle platné právní úpravy (Zákon 372/2012 o zdravotních službách, § 65, odst. 1a.) má pacient právo na nahlédnutí do zdravotní dokumentace a má právo na pořízení kopií z dokumentace. Pacient také může určit další osobu která to může udělat (1b).

### Kontrola zdravotní péče

Je otázka, zda zdravotní rada může kontrolovat poskytování zdravotní péče poskytované v zařízení sociálních služeb. Dle nových právních předpisů není žádná překážka.

### Podávání léků nezdravotnickým personálem

Z poslední doby je tu zpráva veřejného ochránce, který zjistil skandální podávání neindikovaných léků na uklidnění v pobytovém zařízení, které nebylo registrováno jako sociální služba. Pro podávání léků v zařízení sociálních služeb je nezbytný pokyn lékaře zdravotnickému personálu. Pokud by mělo dojít ke změně, tj. aby léky mohly podávat např. pečovatelky, musely by se změnit zákon 48/1997 Sb., vyhláška 55/2011 Sb. a zákon 372/...Sb. To asi nenastane.

Člověk užívá léky na základě svého rozhodnutí a po konzultaci s lékařem, který léky předepisuje. Léky bere sám, pokud „lékař rozhodne“, že je kompetentní. Pokud lékař rozhodne, že kompetentní k užívání léků není, dá pokyn profesionálovi (SZP) nebo členovi rodiny. Ti pak léky podávají. Co by s podáváním léků v těchto případech udělalo zavedení konceptu podpora při rozhodování?

### Zdravotní péče po opuštění lůžkového zařízení zdravotní péče

Praktičtí lékaři (PL) nevědí pacienty odkazovat a zdráhají se předepisovat home care. Jsou dva druhy PL: 1) Mají představu, že home care jim bere peníze Podlehnu vedení ze strany zdravotních pojišťoven, které PL učí, jak home care nepředepisovat. 2) Home care pro ně znamená rozšíření možností. Je to o statečnosti PL.

Ve hře je také to, že PL zůstane vysoká kapitační platba za člověka v seniorském věku, který je v nemocnici a proto s ním PL nemá žádné výdaje. Pacient s home care doma se nevyplatí.

Další komplikace je, že home care nesmí podle zákona 372/ ...Sb. § 10 odst. 1b působit v zařízení sociálních služeb.

Kdy vzniká nárok na home care? Podle Zákona o zdravotních službách má člověk právo na volbu poskytovatele zdravotních služeb. ...home care – pokud k provedení zdravotní péče není třeba technologické zázemí nemocnice (viz § 10 zákona 372)

---

---

## Individuální projekt MPSV: Inovace systému kvality sociálních služeb

---

### Propouštění z lůžkového zdravotnického zařízení

Jak by to mělo fungovat u lidí, kteří potřebují zdravotní péči – např. po těžkém úraze mozku?

Je potřeba komplexní rehabilitace – např. Kladruby. Když jde člověk domů: v případě potřeby bude mít možnost kontaktovat někoho, kdo mu zajistí pomůcky, poradí, kam se obrátit, uvede věci do praxe. Pokud tohle někde existuje, tak jsou to neziskové organizace nebo dobrovolníci.

Sociální služby by měly být flexibilní, tady je návaznost na individuální plánování (IP). V tomto smyslu revidovat IP.

Nerealizovaný projekt Návrat domů.

### Vyhledávání ohrožených lidí, kteří potřebují zdravotní péči

Např. lidé bez pojištění – jak poskytovat home care lidem bez domova?

### Péče o pečující rodiny, zapojení rodiny včetně opatrovníků

Sestra v home care nemůže přenést své kompetence na rodinu. Jednou z jejích povinností je edukace ale ve smyslu poučení o nemoci etc. nikoli o péče (např. jak koupat, používat inkontinentní pomůcky – to ne)

Standardy se zaměřují na jednotlivce – je přeindividualizováno“. Téma rodiny jen okrajově ve std. 8.

### Co s lidmi, kteří nechtějí do Domova?

Řešení je ve fázi vyjednávání o přijetí do pobytového zařízení a současně v zajištění potřebné péče v domácím prostředí. Je potřeba zohlednit nový koncept podpory při rozhodování – na standardy 1 a 2.