

UNIVERZITA KARLOVA

Právnická fakulta

Mgr. Alena Zemanová

**Prostředky mimosoudní intervence ve vztahu
lékař-pacient**

Means of extrajudicial intervention in the doctor-patient relationship

Rigorózní práce

Tematický okruh: Zdravotnické právo

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): 13.08.2024

Prohlašuji, že jsem předkládanou rigorózní práci vypracoval/a samostatně, že všechny použité zdroje byly řádně uvedeny a že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Dále prohlašuji, že vlastní text této práce včetně poznámek pod čarou má 273 777 znaků včetně mezer.

Mgr. Alena Zemanová

V Praze dne 13.08.2024

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala všem, kteří mně podporovali při psaní této rigorózní práce a stáli při mně, když jsem to potřebovala.

Obsah

Úvod	6
1. Vztah lékař-pacient	10
1.1. Právní zakotvení	14
1.2. Právní forma terapeutického vztahu	19
1.3. Obsah terapeutického vztahu	22
1.4. Historický vývoj	25
1.5. Modely terapeutického vztahu	28
1.6. Důvěra mezi lékařem a pacientem	31
2. Problémy ve vztahu lékař-pacient	34
2.1. Příčiny	36
2.2. Komunikace	37
2.3. Nežádoucí událost	39
3. Intervence	41
3.1. Definice	41
3.2. Právní zakotvení	43
3.3. Rozlišení intervencí	46
4. Intervence v rámci poskytovatele zdravotních služeb	49
4.1. Komunikace/setkání lékaře s pacientem	49
4.2. Nadřízený lékaře	51
4.3. Právní oddělení	55
4.4. Nemocniční ombudsman	57
4.5. Etické poradenství	61
4.6. Psychosociální intervenční služba, peer služba	65
4.7. Nemocniční kaplan	69
4.8. Kontakt s další osobou	74
5. Intervence mimo poskytovatele zdravotních služeb	77

5.1. Právní oddělení České lékařské komory	77
5.2. Mediační řízení	80
5.3. Rozhodčí řízení.....	84
5.4. Přivolení soudu u nezletilého pacienta	87
6. Zhodnocení prostředků intervence, hierarchizace.....	91
7. Aktuální situace u vybraných poskytovatelů zdravotních služeb	98
Závěr.....	102
Seznam použitých zkratk	105
Seznam použitých zdrojů	107
Prostředky mimosoudní intervence ve vztahu lékař - pacient.....	125
Means of extrajudicial intervention in the doctor-patient relationship	127

Úvod

Již od dávných dob medicína představuje vědu založenou na řešení problémů. Problémů spojených s lidským zdravím – zhoršení zdravotního stavu pacienta, náhlá progrese nemoci, neefektivnost předepsaných léčivých přípravků, a to vše bez zjevné příčiny. Lékaři jsou mnohokrát denně vystavováni potřebě řešit zdravotní problémy pacientů. Úspěšnost lékaře v jejich řešení přímo ovlivňuje zdraví a život pacienta, jakožto i zdraví celé společnosti. Výčet těchto problémů však nekončí jen znalostí anatomie člověka a nejrůznějších lidských nemocí. V dnešní době se medicína stává již natolik multioborovým odvětvím skýtající i rovinu právní a etickou. Zdravotnické právo představuje syntézu těchto rovin. Jedná se o moderní právní odvětví, které upravuje organizaci zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a zdravotnických pracovníků, jakožto i právní úpravu zdravotnických prostředků či léčivých přípravků. Součástí medicíny nejsou jen problémy vztahující se ke zdravotnímu stavu pacienta, ale zdravotnictví též obsahuje celou řadu interpersonálních problémů. Jedná se o problémy vznikající mezi lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky navzájem, mezi pacientem a zdravotnickými pracovníky či mezi zdravotnickými pracovníky a jejich zaměstnavateli. Ačkoliv z pohledu lékaře může tato mezilidská rovina medicíny sehrávat jen podřadnou roli, opak je pravdou. V dnešní době je čím dál tím více kladen důraz na to, aby lidé nacházeli, nejen ve zdravotnictví, ve druhém respekt a oporu. Vzájemný vstřícný přístup je upřednostňován často i před profesními zkušenostmi a znalostmi. A právě s nastupujícím významem těchto etických hodnot v medicíně je třeba věnovat jim i pozornost po stránce jejich právního ukotvení a zaměřit se na to, jakým způsobem může právní věda pomoci k tvoření a urovnání těchto vztahů.

Ačkoliv medicína a poskytování zdravotních služeb stojí hned na několika druzích mezilidských vztahů, v této rigorózní práci je věnována pozornost toliko jednomu druhu; tomu, který tvoří ústřední vztah při poskytování zdravotní péče, a to vztahu lékař - pacient.

Vztah mezi lékařem a pacientem představuje velmi specifický sociální vztah. Ačkoli se jedná o vztah, jež vzniká strádáním jedné strany a povinností vykonávat práci druhé strany, jedná se o velmi intimní vztah založený na vzájemné důvěře. Spočívá v důvěře pacienta v profesní znalosti a zkušenosti lékaře, jež mu otvírají možnost se svěřit se svým obtížemi lékaři, a důvěře lékaře, že pacient mu bude naslouchat a nezatají mu nic, co by mohlo negativně ovlivnit jeho léčbu. I když vznik tohoto vztahu má výše nastíněné negativní konotace, je třeba, aby cílem obou stran bylo jeho budování v oboustranně přínosné spojení. Vztah mezi lékařem a pacientem se realizuje v rámci poskytování zdravotní péče, kdy lékař je oním poskytovatelem zdravotních služeb a pacient je jejich příjemcem.

Ačkoli téma terapeutického vztahu je tradičně vnímáno ze strany pacienta jako pomyslné slabší strany tohoto vztahu, tato rigorózní práce se vydává zcela opačným směrem – směrem, kdy je třeba pomoc lékaři, nikoli pacientovi. Sice je to pacient, který stojí v nezáviděníhodné situaci, kdy ho sužuje jeho zdraví, a jenž se velmi lehce může cítit v roli oběti lékařských postupů bez reálné možnosti to jakkoliv ovlivnit, je třeba se obracet na lékaře a další zdravotnické pracovníky. Jsou to právě oni, kteří se musí spolehnout na subjektivní informace od pacienta, objektivní informace o jeho zdravotním stavu a své znalosti. Učiní-li chybu, jsou za své jednání trestně, správně, občanskoprávně či disciplinárně odpovědní, což může mít dalekosáhlé následky nejen pro jejich profesní kariéru. Je tak třeba poukázat na jejich právně podložené možnosti, jak mohou aktivně usilovat o nastolení či udržení dobrého vztahu s pacientem a předcházet tak vzniku mimo jiné soudních sporů. Ačkoliv terapeutický vztah představuje vzájemný vztah, rigorózní práce pojednává o vztahu mezi lékařem a pacientem, nikoliv vztahu mezi pacientem a lékařem. Pro zdůraznění aktivní pozice lékaře je terminologicky terapeutický vztah značen jako vztah mezi lékařem a pacientem.

Má-li správně fungovat terapeutický vztah, je zapotřebí aktivní zájem jak lékaře, tak pacienta. Díky vzájemné spolupráci mohou obě strany dosáhnout oboustranné shody a vyrovnaného recipročního vztahu. Absentuje-li však zájem pacienta či nelze-li i přes oboustranný zájem dosáhnout shody, měl by to být právě lékař, který bude podnikat aktivní kroky k narovnání vztahu mezi ním a pacientem. Nestačí-li na to sám, právní předpisy, jak v rovině tzv. *hard law*, tak tzv. *soft law*, mu nabízí prostředky, za pomoci kterých může být dosaženo konsensu v terapeutickém vztahu. I přesto, že terapeutický vztah je dvoustranný vztah utvářející se mezi lékařem a pacientem, zásah třetí osoby do tohoto dvoustranného vztahu může napomoci k jeho udržení. Zájem na jeho udržení či dokonce zlepšení převáží požadavek na dvoustrannost tohoto vztahu. Představení výčtu legitimních možností lékaře, na koho se může obrátit s žádostí o pomoc, tvoří jádro této rigorózní práce. Jednotlivé prostředky intervence se liší jak v tom, jak jsou právně ukotveny, kdo zastává roli interventa, jaké jsou na něj kladeny profesní a osobní požadavky, jakým způsobem intervence probíhá, tak i tím, do jaké míry je závazný výsledek intervence pro jednotlivé strany terapeutického vztahu, jakožto i pro samotného poskytovatele zdravotních služeb či další subjekty. Za pomoci systematického a teleologického výkladu tato rigorózní práce mapuje jednotlivé mechanismy intervence a vzájemně je porovnává.

Pro začlenění jednotlivých prostředků intervence ve vztahu lékaře s pacientem do celkového kontextu rigorózní práce ve své teoretické části pojednává obecně o vztahu lékaře a pacienta. Obsahuje jednotlivá teoretická východiska terapeutického vztahu, dotčená lidská práva

a poukazuje na ústřední právní předpisy upravující terapeutický vztah. Taktéž stručně poukazuje na historický vývoj tohoto vztahu, jakožto i na jednotlivé modely odrážející vzájemná práva a povinnosti lékaře a pacienta. Své místo v této části má též geneze konfliktů mezi lékařem a pacientem a důležitost vzájemné důvěry. Závěr teoretické části se soustředí již na vymezení samotné intervence ve vztahu mezi lékařem a pacientem. Na intervenci je nahlíženo jako na zásah třetí osoby do dvoustranného vztahu lékaře a pacienta za účelem jeho narovnání v zájmu obnovení vzájemné důvěry mezi stranami a zajištění pokračování poskytování adekvátní zdravotní péče. Současně jí lze považovat za součást tzv. wellbeing pro zaměstnance daného poskytovatele zdravotních služeb.

Praktická část rigorózní práce je již přímo věnována jednotlivým prostředkům intervence, prostřednictvím kterých může lékař usilovat o dosažení konsensu mezi ním a pacientem. Ačkoliv některé z těchto mechanismů může iniciovat i pacient, ostatně jako i další v práci nezmíněné prostředky intervence, je úkolem této rigorózní práce věnovat pozornost toliko těm prostředkům, které může využít sám lékař. Představeno je tak setkání lékaře s pacientem jako nepřímý způsob intervence, dále prostředky intervence v rámci téhož poskytovatele zdravotních služeb, tj. v roli interventa vystupuje nadřízený lékař, nemocniční ombudsman, právní oddělení, etický poradce, člen psychosociální intervenční služby, nemocniční kaplan, klinický psycholog či rodina pacienta, a prostředky intervence mimo dispozici daného poskytovatele zdravotních služeb, tj. intervence prostřednictvím právního oddělení České lékařské komory, mediačního řízení, rozhodčího řízení či soudu ve formě přivolení k léčbě u nezletilého či nesvéprávného pacienta. Jednotlivé mechanismy jsou prezentovány v kontextu stejných vlastností, díky čemuž je závěr celé rigorózní práce věnován jejich vzájemné komparaci, vyhodnocení jejich efektivity a sestavení hierarchie mechanismů. Práce opomíjí velmi významný prostředek intervence, a to soudní řízení. Jednak využití tohoto mechanismu představuje nežádoucí závěr a selhání popsaných prostředků intervence, jednak rozsah tohoto prostředku intervence přesahuje kapacitní možnosti této rigorózní práce.

Cílem předkládané rigorózní práce je nabídnout komplexní výčet možností lékaře, jenž má k dispozici v případě, že není možné dosáhnout shody mezi ním a pacientem o poskytování další zdravotní péče. Vytvořený výčet nabídne lékaři instrukce, na koho se obrátit a u koho hledat pomoc s interpersonálním problémem, na jehož řešení sám nestačí či má pocit přílišné zaujatosti při jeho řešení, aniž by bylo ukončeno poskytování zdravotní péče. Záměrem této práce je tak poskytnout zdravotnickým pracovníkům při komunikaci s pacientem informace, jak postupovat *lege artis* při poskytování zdravotních služeb, a to nejen dle nejvyšších poznatků

lékařské vědy, ale i právní vědy a etiky. Taktéž motivem této práce je zvýšit povědomí zdravotnické komunity, jaké možnosti jí právo nabízí a jak lze zavčas řešit případné problémy s pacienty, aby nemuselo dojít k zahájení soudního řízení či trestního stíhání.

1. Vztah lékař-pacient

Vztahem lékař-pacient se rozumí druh mezilidského vztahu utvářející se v rámci poskytování zdravotních služeb. Tento vztah lze definovat jako „*konsensuální vztah, ve kterém pacient vědomě vyhledává lékařskou pomoc a ve kterém lékař vědomě přijímá osobu jako pacienta*“.¹ Jedná se o dvoustranný sociální vztah, kdy na jedné straně stojí odborník a na druhé straně laik, jenž vyhledává pomoc tohoto odborníka z důvodu svého zhoršeného zdravotního stavu.² Tento vztah lze popsat prostřednictvím jeho subjektů. Prvním subjektem je osoba, jež disponuje znalostmi o lidské anatomii, o léčivých přípravcích a metodách, jimiž lze zlepšit zdraví nemocného. Současně oplývá znalostmi o psychickém stavu jedince a hodnot pacienta.³ Jedná se tak o odborníka *sui generis*, jímž je lékař. Druhým subjektem je osoba, kterou sužuje zdraví a nemá dostatečné znalosti, možnosti či prostředky, jak by si mohla sama pomoci. Jedná se o pacienta.

Terminologicky je terapeutický vztah definován jako vztah mezi lékařem a pacientem a *vice versa*. V této souvislosti je však nutné předestřít, že zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZZS“) s pojmem lékař vůbec neoperuje. ZZS definuje toliko „*ošetřujícího zdravotnického pracovníka*“, kterým se rozumí „*zdravotnický pracovník, který navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších potřebných zdravotních služeb*“.⁴ Tímto ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem zpravidla bývá ošetřující lékař, nicméně může to být i klinický psycholog, klinický logoped, fyzioterapeut atd.⁵ Předpoklady pro výkon daného zdravotnického povolání, jakožto i potřebné vzdělání, stanovuje zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o lékařských povoláních“). Právě náležitosti na odbornou způsobilost pro výkon daného povolání představují charakteristiku konkrétního lékaře.

¹ Viz CHIPIDZA, Fallon E. Impact of the Doctor – Patient relationship. In: *National Library of Medicine* [online]. [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4732308/>.

² Viz VONDRÁČEK, Jan; DVOŘÁKOVÁ, Vladimíra a VONDRÁČEK, Lubomír. *Medicínsko-právní terminologie: příručka pro právní praxi*. Praha: Grada, 2009, str. 90.

³ Viz KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1., Praha: Grada, 2002, str. 63.

⁴ Viz § 3 odst. 2 ZZS.

⁵ Viz PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Grada Publishing, 2015. str. 45.

Lékař může zastávat roli poskytovatele zdravotních služeb nebo může být v pracovněprávním vztahu s poskytovatelem zdravotních služeb. Poskytovatelem zdravotních služeb je fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb⁶ podle ZZS.⁷ Tato osoba může poskytovat pouze ty zdravotní služby, k nimž získala oprávnění od příslušného správního orgánu⁸, a to pouze prostřednictvím osob způsobilých k výkonu zdravotnického povolání, případně osob způsobilých k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotních služeb.⁹ Lze tak rozlišovat, zda se vzájemný vztah utváří mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem či mezi konkrétním lékařem a pacientem. Tyto dva typy vztahů lze označit za širší a užší vymezení terapeutického vztahu. V případě, že se jedná o lékaře s uděleným oprávněním k poskytování zdravotních služeb, bude se jednat o dvojí označení totožného vztahu. V případě absence uvedené shody je nutné rozlišovat, o jaký typ vztahu se bude jednat. S ohledem na zkoumanou problematiku, tj. intervence v terapeutickém vztahu, je v této rigorózní práci pojednáváno toliko o užším pojetí terapeutického vztahu. Klíčový moment představuje skutečnost, že v rámci jednoho poskytovatele zdravotních služeb může jednomu pacientovi poskytovat zdravotní služby vícero zdravotnických pracovníků, kteří mohou využít odlišných prostředků intervence. Pacientem se naopak rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby¹⁰ popsané zejména v § 2 odst. 2 ZZS. Touto fyzickou osobou je člověk bez ohledu na pohlaví, věk, národnost, etnickou příslušnost či míru svéprávnosti.

S ohledem na uvedené představuje terapeutický vztah v užším pojetí sociální vztah, jehož jednu stranu tvoří ošetřující zdravotnický pracovník a druhou stranu pacient. S respektem k tomuto terminologickému vymezení však tato práce pojednává zjednodušeně o vztahu mezi lékařem a pacientem, byť je zachována aplikovatelnost jednotlivých záměrů i na další druhy terapeutických vztahů jako vztah mezi klinickým psychologem a pacientem či fyzioterapeutem a pacientem.

Terapeutický vztah lze charakterizovat jako vztah rovnoprávný, asymetrický, ambivalentní¹¹, svěrenský¹² a reciproční¹³. Lékař a pacient mají v tomto vztahu stejné právní

⁶ Podmínky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jakožto působnost správních orgánů při udělování oprávnění, rozvádí ZZS v § 15 a násl.

⁷ Viz § 2 odst. 1 ZZS.

⁸ Viz § 11 odst. 1 ZZS.

⁹ Viz § 11 odst. 3 ZZS.

¹⁰ Viz § 3 odst. 1 ZZS.

¹¹ Viz ZACHAROVÁ, Eva a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory. Sestra (Grada)*. Praha: Grada, 2011, str.239.

¹² Viz Provider-Patient relationship. In: *School of Medicine University of Missouri* [online]. [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://medicine.missouri.edu/centers-institutes-labs/health-ethics/faq/provider-patient-relationship>.

¹³ Viz PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr, 2015, op. cit. s.71

postavení – nenachází se zde subjekt nadřazený. I přesto se tento vztah vyznačuje výraznou asymetrií. Ta se projevuje jak v množství informací, kterými každá strana tohoto vztahu disponuje (odborné znalosti o zdraví a nemoci lékaře vs. subjektivní pocity o svém zdraví pacienta), tak v zájmu na obnovení zdraví (pracovní či altruistický zájem lékaře vs. osobní zájem pacienta). Výrazná asymetrie se projevuje i v právech a povinnostech jednotlivých účastníků tohoto vztahu.¹⁴ Současně se jedná o vztah ambivalentní – kladný a zároveň záporný. Pacient vzhlíží k lékaři s důvěrou i nedůvěrou zároveň. S důvěrou k němu vzhlíží, že mu pomůže od bolesti, že ho uzdraví. Cítí též strach a bezmoc, je-li odkázán na jeho pomoc.¹⁵ Zároveň se jedná o vztah svěrenský, neboť je založen na zmíněné vzájemné důvěře obou stran¹⁶. Reciproční je z toho důvodu, že lékař potřebuje pacienta (k výkonu svého povolání a tedy i k obživě) a pacient lékaře (pro zlepšení či udržení svého zdravotního stavu). Současně vztah mezi lékařem a pacientem představuje podle P. Pafka „*emoční vazbu, jež musí být vzájemná, pozitivní a adekvátně intenzivní*“¹⁷. Předpokladem této vazby je podpůrný postoj lékaře k pacientovi a vzájemná koalice v řešení potíží.¹⁸

Z pohledu lékařské etiky je tento vztah definován čtyřmi etickými povinnostmi lékaře vůči pacientovi. Tyto principy jsou uplatňovány v rámci konceptu tzv. principialismu stvořeného zejména Tomem Beauchampem a Jamesem Childressem. Jedná se o princip nonmalficience, tj. povinnost lékaře chovat se tak, aby nedošlo k poškození pacienta, beneficience, tj. povinnost jednat ve prospěch pacienta, respekt k autonomii pacienta a spravedlnost.¹⁹ Tyto principy se uplatňují současně v co nejvyšší míře respektu k ostatním. I přesto, že neexistuje vůdčí etický princip, v konkrétní situaci může být jeden z nich upřednostněn na úkor ostatních.²⁰ Tyto principy jsou promítnuty i do právní úpravy vztahující se k poskytování zdravotních služeb. Doplněny jsou dále povinností postupovat *lege artis*, tj. s náležitou odbornou péčí, a povinností zachovávat důvěrnost informací o pacientovi.²¹

¹⁴ Práva a povinnosti jednotlivých stran jsou blíže rozvedena v kapitole 1.3. Obsah terapeutického vztahu.

¹⁵ Viz ZACHAROVÁ, Eva a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka, op. cit. s. 239.

¹⁶ Viz Provider-Patient relationship., op. cit.,

¹⁷ Viz PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr, 2015, op. cit. s. 142.

¹⁸ Viz RAUDENSKÁ, Jaroslava a JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví. Psyché (Grada)*. Praha: Grada, 2011, str.81.

¹⁹ Viz ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015, str. 2015.

²⁰ Viz VEATCH, Robert M. *The Patient-Physician relation: The Patient as Partner, Part 2*. Indiana University press, 1991, str. 75.

²¹ Viz Provider-Patient relationship. op. cit.

Věcně je terapeutický vztah definován vzájemnými právy a povinnostmi. Ty blíže rozvádí jednotlivé právní předpisy, a to na úrovni mezinárodní, vnitrostátní i lokální daného poskytovatele zdravotních služeb (typicky jeho interní předpisy). Opomenout nelze ani etické kodexy. Základním prismaticem tohoto vztahu je povinnost lékaře poskytovat kvalifikovanou zdravotní péči pacientovi ve standardu *lege artis*. Postupovat *lege artis*, tj. podle pravidel umění²² či podle nejvyšších dostupných poznatků lékařské vědy, představuje ústřední předpoklad, jenž dává lékaři povinnost lékaři činit vše pro zdraví pacienta s využitím nejmodernějších jemu dostupných lékařských metod. Musí tak být při naplňování tohoto standardu vždy přihlédnuto k reálným možnostem daného lékaře. Pacient k poskytování zdravotních služeb uděluje svůj souhlas. Tento souhlas musí naplňovat právními předpisy stanovené náležitosti, tj. musí se jednat zejména o svobodný a informovaný souhlas. Blíže jsou jednotlivá práva a povinnosti účastníků terapeutického vztahu představena v kapitole 1.3. Obsah terapeutického vztahu.

Navázání vztahu mezi lékařem a pacientem spočívá v promítnutím práva pacienta na volbu poskytovatele zdravotních služeb. Toto právo je zakotveno v § 28 odst. 3 písm. b) ZZS či v § 1 odst. 5 stavovského předpisu č. 10 České lékařské komory - Etický kodex České lékařské komory²³. Svůj odraz má též v § 11 odst. 1 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Pacient má právo si svobodně zvolit poskytovatele zdravotních služeb, jež odpovídá jeho potřebám a sympatiím²⁴. Pacient své právo na volbu poskytovatele zdravotních služeb uplatňuje prostřednictvím žádosti o přijetí do péče, nejčastěji konkludentní, adresované konkrétnímu poskytovateli. Naopak lékař má jen minimální vliv na vznik tohoto vztahu. Lékař je povinen poskytovat zdravotní péči. Tato povinnost je upravena v § 49 odst. 1 písm. a) ZZS a § 2 odst. 2 Etického kodexu ČLK. K nenavázání vztahu s konkrétním pacientem ze strany lékaře může dojít jen za předpokladu, že jsou naplněny důvody pro odmítnutí pacienta nebo pro ukončení jeho péče. Odmítne-li bezdůvodně přijmout pacienta do své péče, dopouští se přestupku dle § 117 odst. 3 písm. a) ZZS. Důvody odmítnutí poskytování zdravotních služeb upravuje ZZS v § 48 odst. 1 (těmito důvody jsou překročení únosného pracovního zatížení či personálních nebo věcných možností, neúnosná vzdálenost od pacienta při výkonu návštěvní služby, neuzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou pacienta), § 50 odst. 1 písm. b) (obava z přímého ohrožení života či zdraví lékaře) a § 50 odst. 2 (tzv. výhrada svědomí nebo

²² Viz DOLEŽAL, Tomáš. Povinnost zdravotnických pracovníků poskytovat zdravotní péči v souladu s profesními standardy aneb analýza pojmu „lex artis“. *Právník*, 2012, roč. 151, č. 7, s. 772.

²³ Dále jen „Etický kodex ČLK“.

²⁴ Rozhodnými kritérii může být odborná zdatnost lékaře, dostupnost zdravotní péče, doporučení praktického lékaře, informace z veřejně dostupných zdrojů atd.

náboženského vyznání)²⁵. Důvody fakultativního ukončení péče o pacienta jsou zakotveny v § 48 odst. 2 ZZS. Mezi tyto důvody patří předání pacienta do péče jiného poskytovatele, výslovný nesouhlas pacienta či absence nezbytné součinnosti ze strany pacienta. V případě, že se však pacient nachází v bezprostředním ohrožení života nebo mu hrozí vážné poškození zdraví²⁶, lékařovy možnosti na vznik terapeutického vztahu jsou významně limitovány. Lékař je v takovém momentě povinen poskytnout zdravotní péči, nedojde-li tím k přímému ohrožení jeho vlastního života nebo zdraví.

1.1. Právní zakotvení

Terapeutický vztah je právně upraven mezinárodními úmluvami, předpisy Evropské unie a vnitrostátními předpisy. Svůj odraz má i v rovině lidskoprávní. Jde-li o vztah utvářející se mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotní péče, dochází k realizaci zejména práva pacienta na nedotknutelnost osoby dle čl. 7 ústavního zákona č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, v platném znění (dále jen „*Listina*“)²⁷, práva na zachování lidské důstojnosti dle čl. 10 Listiny²⁸ a práva na ochranu zdraví dle čl. 31 Listiny²⁹.

Právo na nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je interpretováno jako právo na zachování integrity. Jedná se o nezcizitelné, resp. nezadatelné, právo působící napříč celým právním řádem.³⁰ Jedná se o obecný zákaz každého porušit či narušit integritu druhé osoby bez jejího souhlasu. Tento zákaz se projevuje jak ve sféře veřejnoprávní, tak soukromoprávní, a to i při poskytování zdravotní péče.³¹ Zásah lze připustit jen ve stanovených případech. Musí být tak v konkrétním případě testováno, zda se jedná o zásah zákonem dovolený nebo zakázaný a musí být brán zřetel na princip proporcionality³². Ve sféře veřejnoprávní při poskytování zdravotní péče je stanoven tak, že stát prostřednictvím státních orgánů nesmí v zásadě zasáhnout od integrity

²⁵ Uplatnění jedné z uvedených výhrad je však vázáno na konkrétní lékařský zákrok, který má lékař provést. Lékař nesmí odmítnout péči o pacienta v plném rozsahu či odmítnout daného pacienta z důvodu jeho chování či jeho osobnosti. Využití tohoto důvodu pro nenastolení terapeutického vztahu je značně limitováno.

²⁶ Tyto důvody jsou upraveny v § 48 odst. 3 ZZS.

²⁷ Ekvivalentem tohoto ustanovení je čl. 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv, jak bylo dovozeno v rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva např. v případě X. a Y. proti Nizozemsku, č. 8978/80, § 22, nebo Storck proti Německu, č. 61603/00, § 168, a čl. 3 Listiny základních práv Evropské unie.

²⁸ Ekvivalentem tohoto ustanovení je čl. 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a čl. 1 Listiny základních práv Evropské unie.

²⁹ Ekvivalentem tohoto ustanovení je čl. 35 Listiny základních práv Evropské unie.

³⁰ Viz Nález Ústavního soudu ze dne 9.1.2014, sp. zn. III. ÚS 2253/13-1.

³¹ Viz SPIRIT, Michal. *Úvod do studia práva. Expert (Grada)*. Praha: Grada, 2010, str. 175.

³² Viz ŠIMÁČKOVÁ, Kateřina. Která základní práva jsou ve hře? In: ŠIMÍČEK, Vojtěch (ed.). *Lidská práva a medicína*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Mezinárodní politologický ústav, 2017, str. 59.

pacienta bez jeho souhlasu; výjimkou jsou případy, kdy převáží jiný veřejný zájem nad právem jednotlivce. Tím je například ochrana veřejného zdraví. Ve sféře soukromoprávní se projevuje tak, že pouze pacient rozhodne, zda se podrobí lékařskému ošetření, a tím dojde k zásahu do jeho fyzické integrity. Dle Ústavního soudu je „součástí svobody možnost jednotlivců činit vlastní rozhodnutí o způsobu svého života, a být tak aktivním tvůrcem své životní dráhy, neboli vytvářet si svůj životní projekt. Při respektování této autonomie jednotlivců musí do určité míry platit, že každý je strůjcem svého štěstí. Stát má pouze omezenou možnost do tohoto rozhodování zasahovat a toto právo omezovat“³³. V terapeutickém vztahu se toto právo realizováno zejména tím, že lékař nesmí, ani ze své pozice kvalifikovaného odborníka, provádět pacientovi lékařské výkony bez jeho souhlasu. V opačném případě by se jednalo o porušení základního lidského práva pacienta. Taktéž dojde-li k porušení zdraví pacienta při poskytování zdravotních služeb, jedná se o porušení tohoto práva, neboť došlo k zásahu do tělesné integrity pacienta.³⁴ V oblasti zdravotnictví se často právo na nedotknutelnost osoby redukuje na právo na autonomii a právo na informační sebeurčení.³⁵

Lidská důstojnost představuje nejvyšší morální princip, jenž klade důraz na svobodné rozhodnutí pacienta³⁶. Právo na ochranu osobnosti je absolutní právo, k jehož omezení lze přikročit pouze v zájmu ochrany základních práv jiných osob nebo za účelem ochrany veřejného pořádku.³⁷ Právo na zachování lidské důstojnosti se v oblasti poskytování zdravotní péče projevuje tím, že i přestože z ryze medicínského pohledu je možné postupovat daným způsobem, musí lékař hledět na zájmy samotného pacienta a učinit vše pro vybudování pocitu bezpečí pacienta. Autonomie vůle pacient tvoří jádro a charakteristiku lidské důstojnosti.³⁸ Svoboda rozhodování pacienta o své tělesné integritě je zakotvena do požadavku na svobodný a informovaný souhlas pacienta.³⁹ Lékař by měl při poskytování zdravotních služeb hledět na city a pocity pacienta. Respektovat lidskou důstojnost tak znamená pohlížet na pacienta jako na osobu

³³ Viz Nález Ústavního soudu ze dne 2. 1. 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16.

³⁴ Viz Nález Ústavního soudu ze dne 11.11.2014, sp. zn. I. ÚS 2930/13-2.

³⁵ Viz SOVOVÁ, Olga. Ochrana soukromí při poskytování zdravotní péče z pohledu práva veřejného. *Časopis zdravotnického práva a Bioetiky*, 7 (1), str. 2.

³⁶ Viz PAVELKOVÁ, Marina. Lidská důstojnost jako základ vztahu mezi pacientem a lékařem. *Caritas et Veritas*. 5/2015, str. 100.

³⁷ Viz GRÍBKOVÁ, Petra a kolektiv. *Listina základních práv a svobod – judikatorní komentář*. Ostrava: CODEXIS publishing, 2017, komentář k čl. 10.

³⁸ Viz HERRING, Jonathan. *Medical law and ethics*. Vyd. 9. Oxford: Oxford University Press 2012, str. 696.

³⁹ Viz DOUBEK, Pavel. Zdravotní zákroky bez souhlasu pacienta a lidská důstojnost (Medical interventions without consent of patient and human dignity). In *Weyrův den právní teorie*. 2015th ed. Brno, 2015.

sužovanou nemocí, nikoliv na „*medicínský případ*“⁴⁰, tedy zpochybňovat kvalitu pacienta jako subjektu.⁴¹

Právo na ochranu zdraví představuje samotnou podstatu poskytování zdravotních služeb. Toto právo garantuje každému se jednak starat o své vlastní zdraví, ale také řadí ochranu zdraví celé společnosti za jeden ze zájmů státu.⁴² Stát je povinen umožnit jedinci starat se o své zdraví projevující se v zajištění vzdělání kvalifikovaných lékařů a odpovídajících poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických zařízeních.⁴³ Toto právo stanovuje oprávnění pacienta, že v případě zhoršení zdravotního stavu má možnost se obrátit na kvalifikovaného odborníka, jenž bude činit kroky ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Nelze toto právo však považovat za absolutní, neboť je vždy nutné ho poměřovat s ostatními právy a ústavně chráněnými hodnotami.⁴⁴ Taktéž se nejedná o právo na bezplatnou zdravotní péči; situace, kdy se jedná o bezplatnou zdravotní péči hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění musí vymezit zákonodárce prostřednictvím zákonů. Konkrétní podmínky pak mohou být uvedeny v prováděcích právních předpisech, jež sledují smysl a účel zákonného zmocnění.⁴⁵

Ústředním právním předpisem v oblasti poskytování zdravotní péče je Úmluva o lidských právech a biomedicině⁴⁶. Úmluva zakotvuje povinnost smluvních stran zaručovat úctu k fyzické integritě a ostatní práva a základní svobody v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Stanovuje povinnost signatářům přijmout takové vnitrostátní předpisy vč. mechanismu jejich kontroly a sankcionování jejich nedodržování, které budou dbát na ochranu práv pacientů, jakožto i na jejich důstojnost a nedotknutelnost bez udělení svobodného souhlasu. Za další mezinárodní právní předpisy lze zmínit lidskoprávní dokumenty zakotvující výše zmíněná příhodná lidská práva vztahující se k poskytování zdravotních služeb. Jedná se zejména o Všeobecnou deklaraci lidských práv přijatou v roce 1948 Valným shromážděním Organizace spojených národů⁴⁷, Mezinárodní pakt o občanských a politických právech přijatý OSN v roce 1966⁴⁸, Úmluvu o

⁴⁰ Viz PAVELKOVÁ, Marina. op.cit. s. 100.

⁴¹ Viz Nález Ústavního soudu ze dne 29.2.2008, sp. zn. II. ÚS 2268/07-1.

⁴² Viz VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada, 2005, str. 13.

⁴³ Obsahem tohoto práva je též povinnost státu zřídit systém udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

⁴⁴ Viz Nález Ústavního soudu ze dne 27.9.2006, sp. zn. Pl. ÚS 51/06-1.

⁴⁵ Viz Nález Ústavního soudu ze dne 23.5.2014, sp. zn. Pl. ÚS 43/13-1.

⁴⁶ Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině; dále jen „Úmluva“.

⁴⁷ Viz Všeobecná deklarace lidských práv OSN.

⁴⁸ Viz Mezinárodní pakt o občanských a politických právech.

ochraně lidských práv a základních svobod sjednanou v rámci Rady Evropy z roku 1950⁴⁹ či Listinu základních práv Evropské unie přijatou Evropskou unií v roce 2000, právně závaznou od roku 2009⁵⁰.

Český zákonodárce obsah Úmluvy přenesl do českého právního řádu zejména do aktuálně účinného ZZS, jež svým obsahem navazuje a současně doplňuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „OZ“). Klíčovou částí OZ v oblasti poskytování zdravotních služeb je díl 9 – Péče o zdraví. Vztah ZZS a OZ představuje vztah *lex specialis* k *legi generali*, kdy většinou je ZZS oním *lex specialis*. Nicméně existují i situace, kdy za *lex specialis* lze považovat OZ. Za takovou situaci považuje T. Doležal⁵¹ výčet situací nezbytnosti užití písemné formy se zásahem do integrity pacienta, kdy výčet uvedený v § 34 ZZS rozšiřuje o ustanovení § 96 odst. 1 OZ.

OZ upravuje v § 2636 a následující smlouvu o péči o zdraví⁵², jež představuje jeden ze smluvních vztahů mezi lékařem a pacientem. Dle terminologie OZ má poskytovatel činit úkony v rámci péče o zdraví příkazce jako ošetřovaného ve snaze zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav⁵³. K tomu je nutné, aby poskytovatel řádně ošetřovaného poučil a vyžadoval od něj souhlas s jednotlivými úkony, nejedná-li se o úkony, jež může provést bez souhlasu⁵⁴. Poskytovatel je povinen plnit své povinnosti s péčí řádného odborníka a ošetřovaný je povinen sdělit poskytovateli podle svého nejlepšího vědomí potřebné údaje k poskytování jeho služeb a poskytnout mu součinnost. OZ staví terapeutický vztah do soukromoprávní roviny a upravuje povinnost vzájemné spolupráce mezi lékařem a pacientem.

V tomto ohledu je nutné zmínit předchozí právní úpravu, účinnou před rokem 2014, kdy klíčovým předpisem byl zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Tento právní předpis vycházel z myšlenky, že člověk má veřejnoprávní nárok na léčení vůči státu a jako příjemce tohoto nároku je značně limitován v jeho ovlivnění a projevení svých hodnot.

Klíčovým předpisem v oblasti poskytování zdravotní péče je zmíněný ZZS. Tento zákon upravuje samotné zdravotní služby, jakož i podmínky, za kterých jsou poskytovány (jak materiální

⁴⁹ Viz Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod.

⁵⁰ Viz Listina základních práv Evropské unie.

⁵¹ Viz DOLEŽAL, Tomáš. Vztah NOZ a zdravotnických zákonů podruhé – myšlenkové posuny. In: *Zdravotnické právo a bioetika* [online]. [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/vztah-noz-a-zdravotnickych-zakonu-podruhe-myslenkove-posuny/>.

⁵² Více ke smlouvě o péči o zdraví viz kapitola 1.2. Právní forma terapeutického vztahu.

⁵³ Viz § 2637 OZ.

⁵⁴ Ustanovení § 2642 OZ stanovuje, že není třeba souhlasu ošetřovaného tehdy, stanovuje-li tak zákon. Oním zákonem je např. ZZS, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

podmínky, tak práva a povinnosti jednotlivých stran) a k tomu příslušející výkon státní správy. Základ vztahu lékaře a pacienta je obsažen v § 2 odst. 4 ZZS, jež definuje zdravotní péči, jako soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za zákonem stanovených účelech.⁵⁵ Podstatu terapeutického vztahu stanovuje § 28 odst. 3 písm. a) ZZS, který pacientovi přiznává právo při poskytování zdravotních služeb na „*úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytování zdravotních služeb*“. Toto ustanovení rozšiřuje poskytování zdravotní péče o povinnost respektovat lidskost pacienta. ZZS dále obsahuje výčet práv a povinností jednotlivých stran terapeutického vztahu⁵⁶.

Z důvodu členství České republiky v Evropské unii má zásadní význam též primární a sekundární právo Evropské unii na utváření právního režimu terapeutického vztahu. Jedná se zejména o Listinu základních práv Evropské unie z primárního práva a směrnici Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči z práva sekundárního.

Do přehledu právní úpravy zakotvující terapeutický stav je nutné zařadit i též tzv. *soft law*. V tomto případě se bude jednat zejména o etické kodexy stanovující práva a povinnosti pacientů a lékařů. Etický kodex „*Práva pacientů*“⁵⁷, jež schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky a je platný již od roku 1992, stanovuje právo pacienta na ohleduplnou zdravotní péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky. Tento kodex klade důraz na to, aby lékař uznával hodnoty a názory pacienta o způsobu poskytované zdravotní péče. Pacienta staví do role aktivního subjektu, jež disponuje možností rozhodovat o svém těle, a tedy o podobě další poskytované péče. Pacient tak není jen pasivním příjemcem poskytovaných zdravotních služeb.

Soft law předpis orientovaný na lékaře je naopak Etický kodex lékaře. Obecnou zásadou tohoto předpisu je ohleduplnost lékaře na důstojnost lidského jedince. Lékař je v rámci svého povolání povinen provádět ty léčebné úkony, jež odpovídají současnému stavu lékařské vědy a jsou prakticky dostupné, a jež považuje pro nemocného za nejvýhodnější; „*[p]řitom je povinen respektovat v co největší míře vůli nemocného*“⁵⁸. Nad rámec opravňuje tento etický kodex lékaře odmítnout poskytování zdravotní péči nemocnému, usoudí-li lékař, že se nevytvořil mezi ním

⁵⁵ Těmito účely jsou v souladu s uvedeným ustanovením 1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu, 2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu, 3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení, 4. pomoc při reprodukci a porod a 5. posouzení zdravotního stavu. Viz § 2 odst. 4 ZZS.

⁵⁶ Tato práva a povinnosti jsou blíže představeny zejména v kapitole 1.3. Obsah terapeutického vztahu.

⁵⁷ Etický kodex „Práva pacientů“.

⁵⁸ Viz oddíl Lékař a výkon povolání čl. i Etického kodexu lékaře.

a pacientem potřebný vztah důvěry. Toto oprávnění však nemá svou oporu v tzv. *hard law* předpisech, a tak samotné přesvědčení o absenci důvěry není dostatečným podkladem pro odmítnutí poskytnutí zdravotní péče pacientovi.⁵⁹ Etický kodex též povínuje lékaře, aby se k nemocnému choval korektně, s pochopením a trpělivostí a nedopustil se na něm nevhodného chování.⁶⁰ Explicitní úpravu terapeutického vztahu obsahuje čl. II oddílu Lékař a nemocný. Toto ustanovení výslovně odmítá tzv. paternalistický model⁶¹ terapeutického vztahu a staví lékaře a pacienta do rolích rovnocenných partnerů s odpovídajícími právy a povinnostmi.

Dalším významným dokumentem z oblasti *soft law* je tzv. Hippokratova přísaha⁶², jež v dnešní době představuje slib lékaře při započetí výkonu zdravotnického povolání. Dále lze zmínit Ženevskou deklaraci z roku 1948, která formuluje, že lékař bude své povolání vykonávat se svědomím a důstojně, zdraví jeho pacienta bude jeho první úvahou a bude jeho zdraví udržovat všemi prostředky, které jsou v jeho silách, ve cti a v ušlechtilé tradici lékařského povolání.⁶³ Významným dokumentem je též Mezinárodní kodex lékařské etiky roku 1949. Ten stanovuje lékaři mj. povinnost respektovat právo kompetentního pacienta přijmout nebo odmítnout léčbu, respektovat práva a preference pacientů a dále by měl lékař vůči pacientům při poskytování lékařské péče jednat v jejich nejlepším zájmu.⁶⁴

Opomenout nelze ani právní normy nejnižší právní síly obsahující úpravu terapeutického vztahu, jimiž jsou vnitřní předpisy daného poskytovatele zdravotních služeb. V těchto předpisech, často organizační povahy, může statutární orgán poskytovatele zdravotních služeb blíže rozvést výše zmíněné zásady terapeutického vztahu závazné pro své zaměstnance.

1.2. Právní forma terapeutického vztahu

Terapeutický vztah lze z pohledu právní teorie definovat jako občanskoprávní vztah založený typicky smlouvou uzavřenou mezi lékařem a pacientem v okamžiku započetí poskytování zdravotní péče pacientovi ze strany lékaře. Právně je ukotven v § 2636 an. OZ a podrobněji v ZZS. Ačkoliv je základem terapeutického vztahu typicky občanskoprávní smlouva,

⁵⁹ Tento důvod lze uplatnit pouze tehdy, pokud je ve spojitosti s jiným zákonem aprobovaným důvodem. Takovým důvodem je např. výhrada svědomí lékaře dle § 50 odst. 2 ZZS.

⁶⁰ Viz oddíl Lékař a nemocný čl. II Etického kodexu lékaře.

⁶¹ Tzv. paternalistický model terapeutického vztahu je rozveden v kapitole 1.5. Modely terapeutického vztahu.

⁶² Hippokratově přísaze je blíže věnována pozornost v kapitole 1.4. Historický vývoj.

⁶³ Viz Ženevská deklarace z roku 1948 přijata 2. valným shromážděním Světové lékařské asociace, Ženeva, Švýcarsko.

⁶⁴ Viz Mezinárodní kodex lékařské etiky z roku 1949 přijatý 3. valným shromážděním Světové lékařské asociace, Londýn, Anglie.

vykazuje tento vztah i znaky povahy administrativní.⁶⁵ Nicméně tyto znaky jsou v dnešní době velmi upozaděny.⁶⁶ Náhled na terapeutický vztah jako na správněprávní vztah měl své místo zejména za doby minulého režimu a dominance marxistické právní nauky. Tehdy bylo poskytování zdravotní péče vnímáno jako služba státu svým občanům.⁶⁷

Povahu terapeutického vztahu jako občanskoprávního vztahu je nutné vnímat zejména v postavení jednotlivých stran, kdy lékař vystupuje jako poskytovatel služeb a pacient se nachází v postavení zákazníka. Dle A. Valuše⁶⁸ lze terapeutický vztah považovat dokonce za spotřebitelský vztah. Lékař vystupuje vůči pacientovi jako podnikatel, když naplňuje veškeré znaky definice podnikatele dle § 420 a 421 OZ. Vykonává-li lékař své povolání na základě uděleného povolení k poskytování zdravotních služeb dle § 11 ZZS, tedy vykonává činnost na základě podmínek stanovených zvláštním právním předpisem, jímž je ZZS a zákon o lékařských povoláních, a koná-li tak soustavně za účelem dosažení zisku, naplňuje definici podnikatele dle § 420 odst. 1 OZ. I o lékaři–zaměstnanci lze pojednávat jako o podnikateli, neboť na něj lze vztáhnout definici podnikatele dle § 420 odst. 2 OZ, tedy že ve vztahu k ochraně spotřebitele se za podnikatele považuje i každá osoba, jež jedná jménem nebo na účet podnikatele (při zohlednění § 166 odst. 1 OZ je to právě lékař, který zastupuje daného poskytovatele zdravotních služeb). Nelze mít též pochyby o tom, že pacient se nachází při poskytování zdravotní péče v roli spotřebitele, když jeho možnosti ovlivnit obsah uzavírané smlouvy jsou značně limitovány.

Občanskoprávní vztah lze v souladu s právními předpisy založit právním jednáním, typicky smlouvou, či jinou právní skutečností, již je např. rozhodnutí státního orgánu (soudu). Nejčastějším způsobem založení právního vztahu mezi lékařem a pacientem je uzavření smlouvy, jež představuje oboustranné ujednání dvou nebo více osob o určitých vzájemných právech a povinnostech⁶⁹. Skutečnost, že typicky základ právního vztahu mezi lékařem a pacientem tvoří

⁶⁵ Viz VALUŠ, Antonín. *Civilní spory mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotní péče. Praktik (Leges)*. Praha: Leges, 2014, str. 15.

⁶⁶ V dnešní době má stát a jeho orgány jen velmi nízký vliv na vznik terapeutického vztahu. Nadále zůstává monopol státu rozhodovat, jakému poskytovateli zdravotních služeb bude uděleno oprávnění k poskytování zdravotních služeb, a též dohled nad dodržování stanovených podmínek a příslušných právních předpisů. Avšak aktuálním trendem fungování poskytovatelů zdravotních služeb je zakládání soukromoprávních právnických osob či výkon povolání samostatně. Taktéž výběr jednotlivých zaměstnanců, byť se jedná o poskytovatele zdravotních služeb založeného státním orgánem, je ponechán na oprávněných osobách daného poskytovatele. Pacientovi je zaručena svobodná volba poskytovatele, a tak ani pacient není limitován státem při vyhledání odborné pomoci. Jediný přímý vliv na založení terapeutického vztahu lze tak vnímat při rozhodnutí soudu jakožto státního orgánu o povinnosti pacienta se podrobit dané léčbě.

⁶⁷ Viz VALUŠ, Antonín, op. cit. s. 16.

⁶⁸ Viz VALUŠ, Antonín, op. cit. s. 20.

⁶⁹ Viz VALUŠ, Antonín, op. cit. s. 21.

smlouva, dokládá i důvodová zpráva k občanskému zákoníku.⁷⁰ Onou smlouvou je buď smlouva o poskytování péče o zdraví (dle § 2636 a násl. OZ) anebo smlouva o dílo (§ 2586 a násl. OZ) v závislosti na povaze poskytované zdravotní péče. Jedná-li se o poskytování zdravotní péče stojící na závazku lékaře k činnosti spočívající v péči o zdraví pacienta⁷¹, tj. lékař je veden snahou zlepšit nebo zachovat zdravotní stav pacienta, uplatní se smlouva o poskytování péče o zdraví. Naopak jedná-li se o poskytování zdravotní péče stojící na závazku lékaře provést jednorázovou činnost s jasným hmotným výsledkem, uplatní se smlouva o dílo.⁷² Diferenciaci obou typů smluv demonstruje A. Valuš takto: „*Smlouva o dílo se tak použije například v případě stomatologického zákroku, při němž je lékařem stomatologem zhotovena zubní náhrada či korunka. Na provedení lékařského výkonu, který je v případě zubní korunky zbroušení zubů, se aplikuje smlouva o péči o zdraví [...]*“⁷³

K uzavření smlouvy dojde nejčastěji mezi samotnými smluvními strany smlouvy, tj. na jedné straně stojí lékař a na druhé straně pacient. Případně místo pacienta uzavře smlouvu jeho zákonný zástupce, jedná-li se o nezletilého pacienta, či opatrovník, jedná-li se o pacienta s omezenou svéprávností. V prostředí poskytování zdravotní péče se však lze setkat i se situací, kdy smlouvu o poskytování péče o zdraví uzavře třetí osoba, aniž by k tomu byla výslovně zmocněna. Jedná se o situace, kdy se pacient nachází v takovém zdravotním stavu, ve kterém není schopen smlouvu uzavřít, a tak za něj rozhoduje jeho zástupce. Tímto zástupcem je osoba určená pacientem, případně osoba blízká pacientovi, projeví-li o pacienta zjevný zájem. Uvedené oprávnění třetí osoby zakotvuje § 34 odst. 7 ZZS.

Dále lze terapeutický vztah založit jinou právní skutečností. V prostředí poskytování zdravotních služeb může být započato poskytování zdravotní péče na základě nepřikázaného jednatelství dle § 3006 a násl. OZ, které se uplatní za situace, kdy se pacient nachází v bezvědomí, není schopen o sobě rozhodovat, hrozí nebezpečí z prodlení poskytované zdravotní péče a zároveň není k dispozici žádná jiná osoba, jež by jménem pacienta smlouvu o poskytování péče o zdraví uzavřela. Jinou právní skutečností může být též rozhodnutí státního orgánu – soudu, které se

⁷⁰ „*Návrhy nových zákonů o zdravotních službách, o specifických zdravotních službách a dalších přinášejí v tomto směru řadu významných změn, ponechávají však stranou smluvní základ právního poměru mezi dotčenými osobami; je proto třeba i v tomto směru postavit najisto, že i v těchto případech tento základ tvoří smlouva*“ viz Konsolidovaná verze důvodové zprávy k občanskému zákoníku. 2013.

⁷¹ Viz VALUŠ, Antonín. op. cit. s. 22.

⁷² Viz VALUŠ, Antonín, op. cit. s. 28.

⁷³ Viz VALUŠ, Antonín, op. cit. s. 28.

uplatní zejména v situacích nařízení léčby trestním soudem jako formy sankce, či samotný zákon, dojde-li k umístění pacienta do zdravotnického zařízení bez jeho souhlasu.⁷⁴

Ukončení terapeutického vztahu může být v souladu s právní teorií též realizováno několika způsoby. Mezi tyto způsoby se řadí splnění závazku, tj. pacient již nepotřebuje poskytnutí další zdravotní péče či bylo dokončeno smluvené dílo, uplynutím doby, je-li péče limitována časovým úsekem, dohodou mezi lékařem a pacientem, výpovědí, odstoupením od smlouvy anebo smrtí pacienta či lékaře (byla-li smlouva uzavřena výslovně s lékařem, nikoliv s poskytovatelem zdravotních služeb) anebo skončením jiné právní skutečnosti, např. mimořádným opravným prostředkem v případě vydání soudního rozhodnutí.

1.3. Obsah terapeutického vztahu

Vztah lékaře a pacienta je naplněn vzájemnými právy a povinnostmi. Rozdělení těchto práv a povinností je postaveno jednak na asymetrickém principu – lékař je primárně svázán povinnostmi, pacient primárně disponuje právy, ale také na principu korelace, kdy povinnost lékaře odpovídá právu pacienta a naopak. Vůdčím principem je princip autonomie vůle pacienta, kdy lékař je povinen vždy ctít vůli pacienta, nedojde-li tím k porušení jiných práv.

Výčet práv a povinností obsahují jednotlivé předpisy zdravotnického práva – v českém prostředí je to zejména Úmluva a ZZS. Souhrnně se však jedná o tyto čtyři povinnosti lékaře odpovídající právům pacienta: 1. povinnost lékaře postupovat s náležitou odbornou péčí (právo pacienta na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné péči), 2. povinnost lékaře dodržovat mlčenlivost (právo pacienta na nešíření sdělených informací), 3. povinnost lékaře informovat pacienta (právo pacienta disponovat veškerými dostupnými informacemi) a 4. povinnost lékaře vést záznamy o poskytování zdravotní péče (právo pacienta se seznámit se záznamy o poskytování zdravotní péče).⁷⁵

ZZS specifikuje obsah terapeutického vztahu zejména v § 28 (práva pacienta), § 41 (povinnosti pacienta a jiných osob) a § 45 a násl. (práva a povinnosti poskytovatele). Mezi práva pacienta lze zařadit právo pacienta na důstojné zacházení, právo na respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb, právo znát jméno a příjmení zdravotnických pracovníků podílejících se na poskytování zdravotní péče pacientovi, na svobodnou volbu poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnického zařízení atd. Naopak mezi povinnosti pacienta náleží

⁷⁴ Viz VALUŠ, Antonín, op. cit. s. 32.

⁷⁵ Viz DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Praktik (Leges). Praha: Leges, 2012, str. 140.

povinnost dodržovat navržený individuální léčebný plán, řídit se vnitřním řádem poskytovatele zdravotních služeb či pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu. Poskytovatel zdravotních služeb, resp. sám lékař, je povinen například předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách oprávněné osobě v zajištění návazné péče pacientovi, seznámit pacienta s jeho právy, zasahovat do práv pacienta jen v míře nezbytně nutné a naopak je oprávněn požadovat od pacienta informaci, zda je nosičem infekčního onemocnění a za zákonem stanovených podmínek odmítnout poskytování zdravotní péče.

Klíčovou povinností lékaře a zároveň klíčovým právem pacienta je poskytování zdravotních služeb pacientovi pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem. Tento požadavek je zakotven v § 34 ZZS. Jedná se o požadavek odkazující na princip autonomie vůle pacienta, kdy pouze pacient (nejedná-li se o zákonem definovanou situaci např. stav nouze či obecného ohrožení) může být původcem rozhodnutí, že mu bude poskytována zdravotní péče a v jakém rozsahu. Více než právo pacienta představuje požadavek na informovaný souhlas pacienta „*právní důvod zásahu do tělesné a duševní integrity člověka, bez něhož může být takový zásah protiprávní.*“⁷⁶ Udělený souhlas musí být svobodný, tj. prostý nátlaku, a informovaný, tj. pacientovi musí být zdravotnickým personálem předány veškeré jemu dostupné informace o zdravotním stavu pacienta a možnostech léčby včetně možných rizik této léčby. Taktéž by měl zdravotník⁷⁷ pacienta informovat o příčině a původu nemoci, jejím stádiu, předpokládaném vývoji, o navrhovaných zdravotních službách včetně předpokládaných rizik a dopadů do jeho života.⁷⁸ Informace by měly být poskytnuty v takové formě a rozsahu, jež je pro pacienta srozumitelná. Informovaný souhlas může být udělen ústně, písemně či konkludentně v závislosti na tom, zda zákon stanovuje obligatorní formu daného souhlasu, a o jaký zákrok se jedná.

Druhé, neméně klíčové, právo pacienta a zároveň povinnost lékaře je zachování mlčenlivosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Tento standard je zakotven zejména v § 51 ZZS. Informace o zdravotním stavu pacienta, včetně veškerých dalších informací, které pacient předal lékaři při poskytování zdravotní péče, je lékař povinen zachovávat a nesmí je zpřístupnit jiné osobě bez souhlasu pacienta. Tato povinnost mlčenlivosti se vztahuje na co nejširší

⁷⁶ Viz ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 44.

⁷⁷ Tímto zdravotníkem může být libovolný ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, jež poskytuje pacientovi zdravotní služby. Nemusí se tak vždy jednat notně o lékaře. Viz PRUDIL, Lukáš. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. Praktická právnícká příručka. Praha: Linde Praha, 2014. str.46.

⁷⁸ Viz BROUMOVÁ, Anna, KASAN, Ondřej a kol. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) - judikatorní komentář*. Ostrava: CODEXIS publishing, 2021, § 31.

okruh informací⁷⁹. Vztahuje se tak i na informace o rodinných a sociálních poměrech pacienta, ale i na to, zda byl nebo nebyl ošetřen či hospitalizován.⁸⁰ Porušení této povinnosti naplňuje skutkovou podstatu přestupku dle § 117 odst.3 ZZS. ZZS však upravuje i případy, kdy se nebude jednat o porušení mlčenlivosti, předají-li se informace o pacientovi třetí osobě, bez souhlasu pacienta. Nejčastěji se tak bude jednat v rámci samotného provozu zdravotnického zařízení anebo v rámci kontrolní pravomoci jednotlivých orgánů.

Obě výše zmíněná oprávnění se promítají do povinnosti poskytovatele zdravotních služeb vést zdravotnickou dokumentaci o pacientovi zakotvené v § 53 ZZS a blíže upravené ve vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotnická dokumentace je souborem osobních a diagnostických údajů o pacientovi. Vedení zdravotnické dokumentace má význam nejen pro řádné poskytování zdravotní péče, a tedy předávání relevantních informací o zdravotní stavu pacienta a probíhající léčby, ale má svůj význam i pro případně vedené soudní řízení. V takovém případě poskytuje klíčový důkaz pro posouzení, zda byla poskytována zdravotní péče *lege artis* či nikoliv. Dle § 53 odst. 2 písm. d) ZZS má zdravotnická dokumentace mj. obsahovat i významné okolnosti související se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb. Dle § 2 odst. e) uvedené vyhlášky jsou součástí vedené zdravotnické dokumentace i záznamy o vyšetřovacích, léčebných nebo administrativních výkonech provedených podle jiných právních předpisů. Taktéž by se měly do zdravotnické dokumentace zaznamenávat i „*informace o vzájemné komunikaci poskytovatele zdravotní péče s pacientem, záznamy o poučeních poskytnutých pacientovi, informace o dotazech pacienta či jeho dalších sděleních, která by mohla mít vliv na poskytování zdravotní péče a následně i vývoj jeho zdravotního stavu, jakož i osvětlení okolností, které poskytování zdravotních služeb doprovázely a záznamy dalších informací, které poskytovatel zdravotní péče považuje za nezbytné uvést*“⁸¹ Právě dle citovaných ustanovení je třeba do zdravotnické dokumentace zapisovat i údaje týkající se proběhlé intervence.

Ve výčtu práv a povinností v rámci poskytování zdravotních služeb nelze opomenout ani výše uvedenou povinnost postupovat *lege artis*. Tato povinnost stojí na třech aspektech – „*1. postup podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, 2. respektování individuality pacienta, 3. respektování konkrétních podmínek a objektivních možností.*“⁸² Právní úprava

⁷⁹ Viz BROUMOVÁ, Anna, KASAN, Ondřej a kol, op. cit. § 51.

⁸⁰ Viz PRUDIL, Lukáš. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. Praktická právnická příručka. Praha: Linde Praha, 2014. § 51.

⁸¹ Viz Rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 517/2022 ze dne 27.9.2023.

⁸² Viz BROUMOVÁ, Anna, KASAN, Ondřej a kol., op. cit. § 45.

obsažená v § 45 odst. 1 ZZS a § 49 odst. 1 písm. a) ZZS je doplňována povinností poskytovat zdravotní služby pouze prostřednictvím zdravotnických a jiných odborných pracovníků zakotvenou v § 2 odst. 2 písm. a) ZZS.⁸³ Zdravotnický pracovník je povinen poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni, kterou se v souladu s § 4 odst. 5 ZZS rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů za současného respektu k individualitě pacienta s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti daného poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnického zařízení. Je-li zpětně hodnocen postup zdravotnického pracovníka, je nutné přihlídnout k jeho personálním možnostem, technickému vybavení, pracovnímu vytížení jednotlivých pracovníků a ekonomické možnosti tohoto poskytovatele.⁸⁴

1.4. Historický vývoj

Dnešní podoba terapeutického vztahu se vyvíjela v průběhu jednotlivých historických etap. Každá historická etapa nahlížela na terapeutický vztah rozdílně a zdůrazňovala různé jeho aspekty. Terapeutický vztah reflektoval danou dobu, jak z pohledu aktuální lékařské situace, tj. vzájemné porozumění mezi lékařem a pacientem a technické možnosti lékaře, tak z pohledu sociální scény, tj. aktuální společensko-politickou situaci, té doby.⁸⁵

Za kolébku nynějšího moderního terapeutického vztahu lze považovat Starověký Egypt. Vztah mezi lékařem a pacientem se vyvinul ze vztahu kněz-prosebník, jenž zaval podnět k nadpозemskosti lékaře, a tím jeho nadřazenosti ve vzájemném vztahu. Kněží jako lékaři oplývali znalostmi magie, jež jim umožňovaly pomoci pacientovi s jeho zdravotními problémy. Léčba byla soustředěna pouze na vnější, okem viditelné, poruchy zdraví.⁸⁶

K odklonění lékařství od světa magie došlo za doby řeckého osvícení kolem 5. století před naším letopočtem. Řekové prosazovali empiricko-racionální přístup k medicíně a přikládali větší důraz k přáním a požadavkům pacienta. Významným dílem z této doby je Hippokratova přísaha, jež představuje etický kodex pro lékaře a souhrn oprávnění pacienta (v dnešní době je vnímána pouze jako slib lékaře před započítím výkonu lékařského povolání). V této době dochází ke kodifikaci vzájemných práv a povinností lékaře a pacienta a úpravě případných střetů. Hippokratova přísaha stanovuje lékaři, jakým způsobem má přistupovat k pacientovi, tj. „*Léčebné*

⁸³ Viz Rozsudek rozšířeného senátu Nejvyššího správního soudu ze dne 19.9.2019, sp. zn. 2 As 122/2017.

⁸⁴ Viz Rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. z. 7 Tdo 219/2005.

⁸⁵ KABA, R., SOORIAKUMARAN, P. The evolution of the doctor-patient relationship. In. *ScienceDirect* [online]. [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919106000094#bib5>.

⁸⁶ KABA, R., SOORIAKUMARAN, P., op. cit.

úkony budu provádět ve prospěch nemocných podle svých schopností a svého úsudku. Vyvaruji se působení škody a nesprávnosti. [...] Do každého domu, kam přijdu, vstoupím ve prospěch nemocných, prost každé vědomé nesprávnosti a špatnosti, zvláště se vyvaruji sexuálních příjemností s těly žen i mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo ni uvidím či uslyším o životě lidí, a co nemá být dál šířeno, ponechám nevyslovené a nikdy nevyjevím. [...].“⁸⁷ Nejvyšší hodnotou lékaře má být při poskytování zdravotní péče úcta k pacientovi. Tento předpoklad změnil tehdejší náhled na terapeutický vztah, kdy z téměř bezmezného oddanosti pacienta k lékaři je to právě pacient, jenž má být středobodem při poskytování zdravotních služeb. Lékařská etika tak má převážet vlastní zájmy a postavení lékaře.⁸⁸

K opětovnému oslabení práv pacienta v terapeutickém vztahu došlo za doby středověké Evropy, kdy došlo k obnovení náboženské a nadpřirozené víry. Magicko-náboženské přesvědčení společnosti postavilo lékaře opět do role osoby nadané magickými silami. Na pacienta bylo naopak nahlíženo jako na bezmocnou osobu, jež není oprávněna aktivně vstupovat do terapeutického vztahu.

K narovnání vztahu dochází až v době francouzské revoluce. Skrze vzestupující renesanci se společnost zasazuje o prosazení hodnot liberalismu, rovnosti, důstojnosti a empirické vědy.⁸⁹ Zájmem nově smýšlející společnosti je i lidské zacházení s nemocnými⁹⁰ a podpora jejich zájmů. Dochází tak ke vzniku spolupráce mezi lékařem a pacientem.

Role pacienta ve vzájemném vztahu s lékařem se zvyšuje v průběhu 18. století. V této době nastává velký rozmach nemocí, s čímž je spojen i úbytek lékařů a adekvátní lékařské péče se dostává pouze dobře situovaným pacientům zejména z řad aristokracie. Tito pacienti jsou natolik vážení ve společnosti, že statut lékaře je dán postavením jeho pacientů. Současně dochází k přeorientaci náhledu na nemoc pacienta, kdy větší pozornost je věnována jednotlivým symptomům nemoci a potřebám samotného pacienta. Ke konci 18. století dochází ke zrodu nemocnic jako zdravotnických zařízení, ve kterých je poskytována zdravotní péče pacientům ze sociálně slabších kruhů společnosti. Do popředí se dostávají též chirurgické dovednosti a přesná diagnostika nemoci. Tím jsou kladeny větší požadavky na znalosti a dovednosti lékaře, s čímž je spojeno posílení jejich pozice ve společnosti. Pacient se stává závislým na lékaři.⁹¹

⁸⁷ Hippokratova přísaha

⁸⁸ KABA, R., SOORIAKUMARAN, P., op. cit.

⁸⁹ KABA, R., SOORIAKUMARAN, P., op. cit.

⁹⁰ V této době je věnována pozornost i duševně nemocným a sociálně slabým pacientům. Tyto osoby přestávají být vězněny a dochází k poskytování jim adekvátní zdravotní péče.

⁹¹ Viz KABA, R., SOORIAKUMARAN, P., op. cit.

V moderní historii se pohled na vztah mezi lékařem a pacientem soustřeďuje do tzv. paternalistického vztahu a partnerského vztahu (viz kapitola 1.5. Modely terapeutického vztahu). Jedná se o přerod z vertikálního vzorce terapeutického vztahu zastoupeného paternalistickým modelem do horizontálního vzorce terapeutického vztahu spočívající v partnerském modelu⁹². Důvody této postupné změny byly zejména kladení většího důrazu na lidská práva a individuální svobody, rozmach vzdělání, rozvoj vědecké medicíny, početní nárůst chronicky nemocných pacientů a nově vnímání dilematických situací⁹³. Mapují se práva a povinnosti jednotlivých stran, vzájemně se porovnávají a snaží se najít mezi nimi balanc naplňující požadavky obou zainteresovaných stran. Od poloviny dvacátého století se začíná naplno prosazovat požadavek na informovaný souhlas pacienta s lékařským zákrokem, jenž posiluje roli pacienta.⁹⁴

V současné době dochází k výrazné proměně hodnot mezi lékařem a pacientem, kdy do popředí vstupuje zájem pacienta na individuální svobodu. V nynější éře technologické revoluce pacienti disponují velkým množstvím informací o nemocích, lidském zdraví. Pacient vkládá důvěru spíše do informací z internetových zdrojů než do těch od lékaře.⁹⁵ Nejvyšším paradigmatem tak již není žití člověka (jak tomu bylo v průběhu dějin), ale respekt k možnosti a schopnosti pacienta o sobě rozhodnout sám a svým jednáním přímo ovlivnit svůj zdravotní stav⁹⁶. Lze pojednávat o sporu *Salus* nebo *voluntas aegroti*⁹⁷, tj. o rozkolu mezi tím, zda upřednostnit zdraví pacienta či jeho vůli⁹⁸. Právem pacienta tak není nejen vyžadovat od lékařů učinit vše ve prospěch zlepšení a zachování jeho zdraví, ale i rozhodnout se sám i o případném ukončení léčby, a tedy i ukončení života. Utváří se tak éra aktivity na straně pacienta (pacient sám rozhodne jakou péči chce, aby mu byla poskytnuta) a pasivity lékaře, jenž je odkázaný na pokyn pacienta. Závislou stranou v terapeutickém vztahu se stává lékař.

⁹² Viz MULYADI, Tondy. *Mediation as an alternative for medical dispute resolution between doctors and patients in approval of medical/medical actions*. South East Asia Journal of Contemporary Business, Economics and Law. 24 (3), 2021.

⁹³ Viz HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů: (komentované vydání)*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996.

⁹⁴ Viz KATZ, Jay. *The Silent World of Doctor and Patient*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002, str. 49.

⁹⁵ Viz HARBISHETTAR, Vijaykumar, KRISHNA, K. R. a kol. The enigma of doctor – patient relationship. *National Library of Medicine* [online]. [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6482679/>.

⁹⁶ Viz PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr, 2015, op. cit. s. 28.

⁹⁷ Doslovně se jedná o latinskou tezi „Non salus, sed voluntas aegroti suprema lex“, tj. Nikoliv prospěch, ale vůle nemocného je nejvyšším příkazem. Viz např. MACH, Jan. *Univerzita medicínského práva*. Vyd. 1., Praha: Grada, 2013, str. 89.

⁹⁸ Viz DOLEŽAL, Tomáš. Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a Bioetiky*, 1 (1), str. 2.

1.5. Modely terapeutického vztahu

V rámci historie se vyvinulo a bylo popsáno několik modelů vztahu lékař–pacient, jež se liší výčtem a obsahem jednotlivých práv a povinností lékaře a pacienta. Přidělená práva a povinnosti odrážejí výše uvedenou nerovnoměrnost terapeutického vztahu. Za jednu z prvních teorií modelů terapeutického vztahu lze považovat teorii Szaszema a Hollandere z roku 1956. Dle této teorie existují tři základní modely vztahu lékař – pacient. Jedná se o model 1. aktivita-pasivita, 2. poradenská spolupráce a 3. vzájemná účast. Szasz a Hollander přirovnávají model aktivity-pasivity ke vztahu rodiče a dítěte.⁹⁹ Pacient je považován za bezmocného, jež vyžaduje odborné znalosti a péči lékaře. Léčbu zahajuje lékař bez ohledu na možné budoucí přispění pacientovi (tzn. léčba je zahajována vždy za všech okolností bez zhodnocení celkového prospěchu pro pacienta). Upřednostňuje se tak poskytnutí zdravotní péči před názorem a rozhodnutím pacienta. Model poradenské spolupráce posiluje postavení pacienta. Pacient disponuje možností vyhledat pomoc a informovat lékaře o svých pocitech, ale zároveň se svěřuje bezmezně do jeho rukou. Lékař za to může očekávat spolupráci pacienta v míře danou psychickým stavem pacienta. Úlohou lékaře je odborně vést pacienta k činění kroků v prospěch jeho uzdravení.¹⁰⁰ Poslední model, model vzájemné participace, je založen na principu rovnosti mezi lékařem a pacientem. Lékař i pacient jsou nadáni stejnou mírou moci a vzájemné nezávislosti, kdy poskytování zdravotní péče je založeno na oboustranně odsouhlaseném postupu. Lékař pomáhá pacientovi, aby si pacient mohl pomoci sám.¹⁰¹ Tyto tři uvedené modely se principiálně objevují i v současné době při poskytování zdravotních služeb – v případě léčby akutních traumat se realizuje model aktivita-pasivita, v případě léčby akutních infekčních procesů se realizuje model vedení – spolupráce a v případě léčby chronických onemocnění se uplatňuje model vzájemné účasti.¹⁰²

Na uvedenou koncepci následně navázala řada autorů se svými teoriemi reflektující vymezené principy. Takovým příkladem je teorie Stewarta a Roterera z roku 1989, kdy tyto autoři vymezili čtyři typy terapeutického vztahu, jejichž rozdělení spočívá na oprávnění jednotlivých stran kontrolovat proces poskytování zdravotní péče. Těmito typy jsou 1. paternalistický vztah, 2. partnerský vztah, 3. konzumentský vztah a 4. vztah nevýrazné interakce¹⁰³. Jinou teorií dělení modelů zastává Koerfer. Ten rozlišuje tyto modely: 1. paternalistický, 2. obchodní, 3. informační,

⁹⁹ Viz KABA, R., SOORIAKUMARAN, op. cit.

¹⁰⁰ Viz BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003, str. 121.

¹⁰¹ Viz KABA, R., SOORIAKUMARAN, P., op. cit.

¹⁰² Viz KABA, R., SOORIAKUMARAN, P., op. cit.

¹⁰³ Viz PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr, 2015, op. cit., s. 75.

4. preventivní, 5. jednací, 6. smluvní, 7. kooperativní¹⁰⁴. Ustálenou teorií modelu terapeutického vztahu představuje rozlišení na model paternalistický, technický, vysvětlující a partnerský.

Paternalistický model spočívá v pravomoci lékaře rozhodovat za pacienta bez jeho výslovného souhlasu.¹⁰⁵ Lékař postupuje dle toho, co podle svého nejlepšího vědomí a svědomí považuje za nejlepší zájem pacienta, aniž by měl výslovný souhlas pacienta¹⁰⁶. Pacient tak zcela ztrácí kontrolu nad tím, jaká zdravotní péče mu bude poskytována. Lékař rozhoduje jak o další zdravotní péči, tak o rozsahu informací, které pacientovi o jeho zdravotním stavu poskytne. Tím, že si pacient zvolil konkrétního poskytovatele zdravotních služeb, bylo vyčerpáno jeho právo na autonomii rozhodování. Tento model je často označován jako direktivní model, jež vyžaduje poslušnost pacienta.¹⁰⁷ Léčení dle tohoto modelu probíhá na úrovni biomedicíny a pacientova osoba je potlačena.¹⁰⁸ Lékař předpokládá, že pacientovi hodnoty jsou stejné jako jeho a tedy bude-li postupovat v souladu se svým hodnotovým nastavením, činí tak nejlépe i pro pacienta. Využití paternalistického modelu v medicíně je obhajováno představou, že díky tomuto modelu je poskytována zdravotní péče na základě objektivního hodnocení faktů a není tak postupováno pod vlivem emocí. Nemocný pacient je obvykle velmi emociálně zaujatý, a tak jeho úsudek při rozhodování o dalším postupu je negativně ovlivněn a není tak schopen učinit správnou volbu.¹⁰⁹ Taktéž pacient není schopen pokrýt a racionálně vyhodnotit veškeré informace, jež mu lékař předá, a tak z důvodu zahlcení není pro něj komfortní je zpracovat a rozhodnout podle nich o svém zdravotním stavu. Dochází tak ke zdánlivému přesunutí odpovědnosti na lékaře o dalším vývoji zdravotního stavu pacienta. Za nevýhodu tohoto modelu je tradičně považována absence možnosti pacienta rozhodovat o sobě, svém těle, svém zdravotním stavu, a uplatnit tak autonomii vůle. Ačkoliv je tento model obecně odmítán, své využití má i v dnešní době. Ospravedlnitelný, a v praxi skutečně nezbytný, je tam, kde pacient není schopen činit vlastní rozhodnutí a aktuální situace si žádá uskutečnit rychlé jednání¹¹⁰ – např. neodkladná péče.

¹⁰⁴ Viz RAUDENSKÁ, Jaroslava a JAVŮRKOVÁ, Alena, op. cit., s. 84.

¹⁰⁵ Viz Provider-Patient relationship, op. cit.

¹⁰⁶ Viz DOVE, Edward a kol. *Mason and McCall Smith's Law and Medical Ethics*. Vyd. 11. London: Oxford University press, 2019, str.9.

¹⁰⁷ Viz VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3., Praha: Portál, 2003, str. 125.

¹⁰⁸ Viz INSTITUT ZDRAV OTNÍ POLITIKY a EKONOMIKY. *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 2003, str. 69.

¹⁰⁹ Viz Provider-Patient relationship, op. cit.

¹¹⁰ Viz DOVE, Edward a kol., op. cit. s. 9.

Technický model vztahu, založený na principu vedení – spolupráce¹¹¹, znamená že lékař poskytuje pacientovi pouze technické lékařské znalosti a další rozhodování je již na pacientovi. Lékař diagnostikuje onemocnění, vysvětlí pacientovi možnosti dalšího postupu včetně předpokládaných přínosů a rizik nabízené léčby. Pacient, v souladu se svými hodnotami a preferencemi, učiní výběr z nabízeného výčtu možností. Pacient si sám vybere postup, který podstoupí. V tomto modelu tak lékař představuje zprostředkovatele odborných medicínských informací a realizátora vůle pacienta. Pacient přebírá aktivní roli v terapeutickém vztahu a lékař přistupuje na pacientovy požadavky.¹¹² Úlohou lékaře je tak poskytnout fakta, která pacientovi usnadní rozhodování, které nejvíce odpovídá jeho zájmům.¹¹³

Vysvětlující model je založen na lékařově poznání hodnot, postojů a přání pacienta, na základě nichž pacientovi napomůže s výběrem adekvátního dalšího postupu z dostupných možností.¹¹⁴ I v tomto modelu se uplatní podstata technického modelu, tj. lékař zastává roli zprostředkovatele odborných informací ohledně povahy, podmínek, výhod a rizik nabízeného dalšího postupu při poskytování zdravotní péče. Navíc však lékař napomáhá pacientovi vybrat jednu z možností v souladu s jeho žebříčkem hodnot.¹¹⁵

Partnerský model neboli model sdíleného rozhodování či vzájemné účasti, stojí na principu, že pacient je suverénní osobou, která najímá lékařské služby, a rozhoduje o sobě sám na základě získaných expertních stanovisek.¹¹⁶ Tento model je založen na vzájemné úctě a spolupráci. Lékař umí naslouchat pacientovi a zajímá se nejen o objektivní stránku, ale i o subjektivní stránku onemocnění. Pacient rozumí své nemoci a aktivně se podílí na zlepšení svého zdravotního stavu.¹¹⁷ Lékař a pacient vzájemně interagují, sdělují si své hodnoty a společně vytvářejí léčebný plán. Vzájemná komunikace je empatická, přátelská.¹¹⁸

¹¹¹ Někdy též označený jako informativní, vědecký či inženýrský model. Viz PAVELKOVÁ, Marina. Op. cit. s. 95.

¹¹² Viz INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY a EKONOMIKY, op. cit. s. 69.

¹¹³ Viz IV. Theoretical framework of the doctor-patient relationship. In: *Council of Europe portal* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: [https://www.coe.int/en/web/bioethics/theoretical-framework-of-the-doctor-patient-relationship#%22123745941%22:\[1\]](https://www.coe.int/en/web/bioethics/theoretical-framework-of-the-doctor-patient-relationship#%22123745941%22:[1]).

¹¹⁴ Viz PAVELKOVÁ, Marina, op. cit., s. 96.

¹¹⁵ Viz PAVELKOVÁ, Marina, op. cit., s. 96.

¹¹⁶ Viz ZADÁK, Zdeněk a HAVEL, Eduard. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. str. 22.

¹¹⁷ Viz Vztah mezi lékařem a pacientem určuje rámec komunikace. In: *Medical Tribune* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/vztah-mezi-lekarem-a-pacientem-urcuje-ramec-komunikace/>.

¹¹⁸ Viz Vztah mezi lékařem a pacientem určuje rámec komunikace, op. cit.

1.6. Důvěra mezi lékařem a pacientem

Stěžejním atributem terapeutického vztahu je důvěra mezi jednotlivými stranami¹¹⁹. Důvěra pacienta v odborné znalosti lékaře a důvěra lékaře v udávaných obtížích pacienta a jeho popisu aktuálního zdravotního stavu. Nemá-li pacient důvěru ve svého lékaře, nebude dodržovat stanovený léčebný plán a nedoje ke zlepšení jeho zdravotního stavu. Nemá-li lékař důvěru v pacienta, pochybuje o jím podaném popisu aktuálního zdravotního stavu a nemůže stanovit adekvátní léčebný postup. Důvěra ovlivňuje též ochotu pacientů vyhledávat lékaře, odhalit mu své citlivé informace, podrobit se léčbě, případně se zapojit do zdravotnického výzkumu¹²⁰. Absence důvěry ze strany pacienta k lékaři může vyústit až ve zhoršení zdravotního stavu pacienta. Absence důvěry ze strany lékaře k pacientovi může vést až ke stanovení špatné diagnózy, a tím k právní odpovědnosti lékaře, a to i v rovině trestní odpovědnosti¹²¹.

Důvěru lze definovat jako nepsanou dohodu mezi dvěma nebo více stranami, aby každá strana vykonávala soubor dohodnutých činností bez obavy, že druhá strana dohody nesplní své povinnosti sjednané dohodou.¹²² Důvěra představuje souhrn očekávání jedné osoby od druhé, že se druhá osoba bude chovat způsobem, který je prospěšný, nebo alespoň neškodí druhé osobě, a umožňuje na základě tohoto očekávání podstupovat rizika.¹²³ Rizikem pacienta je v prostředí zdravotních služeb sdělovat své osobní, často velmi citlivé, informace, rizikem lékaře je v dnešní době i předcházet neovladatelným emocím pacienta.¹²⁴ Jedná se tak o pocit jistoty v budoucí děje. Zároveň důvěra je katalyzátorem efektivní spolupráce mezi lidmi.¹²⁵

Při poskytování zdravotních služeb představuje důvěra soubor očekávání pacienta, že poskytovatel zdravotních služeb bude činit vše v jeho prospěch a rozpozná zranitelnost pacienta,

¹¹⁹ Za další stěžejní atributy terapeutického vztahu lze považovat autentičnost, trpělivost, citlivost a otevřenost. Viz RAUDENSKÁ, Jaroslava a JAVŮRKOVÁ, Alena, 2011, op. cit. s. 81.

¹²⁰ Viz HALL, M. A. Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? In: *National Library of medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11789119/>.

¹²¹ Stanovením špatné diagnózy, respektive zahájením nesprávné léčby, může dojít až ke spáchání trestného činu ublížení na zdraví z nedbalosti dle § 148 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, v platném znění (dále jen „tr. zák.“) či těžkého ublížení na zdraví dle § 147 tr. zák. anebo dokonce trestného činu usmrcení z nedbalosti dle § 143 tr. zák.

¹²² Viz. SHORE, David A. Communicating in times of uncertainty: the need for trust. In: *National Library of Medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14692568/>.

¹²³ THOM, David H. Physician Trust in the Patient: Development and Validation of a New Measure. In: *National Library of Medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056863/>.

¹²⁴ V tomto ohledu lze zmínit průzkum Gailupova ústavu z roku 2018, jež zjistil, že právě absence důvěry může vyústit v agresi a násilné jednání pacienta na lékaři. Viz WOLFSON, Daniel. Commentary: Erosion of trust threatens essential element of practicing medicine. In: *Modern Healthcare* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.modernhealthcare.com/opinion/lack-trust-doctors-could-have-dangerous-results>.

¹²⁵ Viz WOLFSON, Daniel, op. cit.

kteřou bude cítit.¹²⁶ Důvěra mezi pacientem a lékařem ovlivňuje výsledky léčby pacientů (zejména u dlouhodobých onemocnění). Je-li vztah mezi pacientem a lékařem založený na důvěře, má takový vztah přímý terapeutický účinek¹²⁷, tj. zvýšení adherence k léčbě a zlepšení zdravotního stavu pacienta a snížení pravděpodobnosti nedodržování stanoveného léčebného plánu pacientem.¹²⁸ V terapeutickém vztahu se uplatňuje tzv. reciproční důvěra, tj. obě strany tohoto vztahu očekávají budoucí chování druhé strany s ohledem na jejich komplementární role.¹²⁹ V terapeutickém vztahu existují značné asymetrie poskytnuté důvěře – liší se jak rozsah, tak výhradnost¹³⁰.

Nastolení důvěře je spojeno s komunikací a interakcí mezi lékařem a pacientem, jež umožní pacientovi upřímně mluvit o svých problémech a lékaři nabídne náhled na aktuální zdravotní stav pacienta, včetně pozorování aktuálních změn, i na schopnosti pacienta o sobě rozhodovat. V přímé návaznosti tak souvisí s respektem lékaře k právu na ochranu důstojnosti pacienta a jeho právo na autonomii. Důvěra je spojena i s empatií. V této souvislosti lze pojednávat o tzv. klinické empatii, která představuje rámec vědomostí a dovedností odborníků pečující o pacienty.¹³¹

Důvěra se projevuje ve dvou úrovních. Jednak se projevuje v mikroúrovni, která odpovídá mezilidské důvěře, tj. důvěře mezi jednotlivým pacientem a jednotlivým lékařem, jednak organizační neboli institucionální důvěře, tj. důvěře mezi lékařem a manažerem poskytovatele zdravotních služeb. Současně se projevuje v makroúrovni, jež odpovídá důvěře mezi pacienty, veřejností a organizací nebo institucí.¹³² Důvěra v konkrétního lékaře má základ především v osobní zkušenosti s lékařem a v individuální osobnosti, naproti tomu institucionální důvěra je založena na mediálním zobrazení instituce a na jejím profesionálním zázemí.¹³³ Oba

¹²⁶ Viz WOLFSON, Daniel, op. cit.

¹²⁷ Viz CHIPIDZA, Fallon E, op. cit.

¹²⁸ Viz PEARSON, S. D. a RAEKE, L. H. Patients' Trust in Physicians: Many theories, Few Measures, and Little Data. In: *National Library of Medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495476/>.

¹²⁹ Viz THOM, David H., op. cit.

¹³⁰ Viz ZINK, Amanda a kol. The Overlooked Role of Physician Trust in Patients. In: *Health Affairs* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/overlooked-role-physician-trust-patients>.

¹³¹ Viz SPIRO, Howard Marget, CURNEN, Mary G. McCrea a kol. *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel*. Yale: Yale University Press, 1996, str. 7.

¹³² Viz RASIAH, Supathiratheavy a kol. a study of the nature and level of trust between patients and healthcare providers, its dimensions and determinants: a scoping review protocol. In: *BMJ Open* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/1/e028061>.

¹³³ Viz HALL, M. A, op. cit. s. 619 - 620.

typy důvěry spolu úzce souvisejí, neboť se vzájemně podmiňují.¹³⁴ Pro terapeutický vztah je klíčová důvěra v mikroúrovni, a to jak v rovině mezilidské důvěry (pro vlastní vztah mezi pacientem a lékařem), tak v rovině organizační (pro možnost uplatnění jednotlivých prostředků intervence do terapeutického vztahu).

Ztráta důvěry či absence jejího nastolení má několik důvodů. Ze strany pacientů se jedná zejména o důvody, že lékař netráví s pacientem dostatek času, že lékař nezná pacienta, že lékař pacientovi nenaslouchá, že mu nepředává veškeré jemu známé informace či že činí výkon povolání jen z finančních důvodů, nikoliv ze zájmu být nápomocný pacientovi.¹³⁵ Taktéž ztráta důvěry může být zapříčiněna chováním lékaře, pokud je motivován jinými pohnutky než blahem pacienta (např. vlastním obohacením).¹³⁶ Oproti tomu lékař nedůvěřuje pacientovi, zejména neříká-li mu pacient zjevně pravdu, je-li pacient pod vlivem alkoholu či jiných omamných látek, je-li vůči lékaři agresivní či opakovaně vyhledává jiný lékařský názor na stejný problém. Celkově nedůvěra tkví ve špatné či nesprávně vedené vzájemné komunikaci.

I přes nenavození vzájemné důvěry, je povinností lékaře poskytnout zdravotní péči pacientovi. Naopak pacient má svobodnou volbu na změnu poskytovatele zdravotních služeb (nikoliv však na změnu konkrétního lékaře v rámci jednoho poskytovatele zdravotních služeb, neboť rozhodnutí o zastoupení lékařů v daném zdravotnickém zařízení náleží vedení daného poskytovatele; žádosti pacienta na změnu ošetřujícího lékaře tak může být vyhověno jen tehdy, umožní-li to provozní podmínky daného poskytovatele). V zájmu zlepšení zdravotního stavu pacienta a pokračování v léčbě při nenavázání plnohodnotné důvěry mezi ním a lékařem jsou to právě dále vymezené prostředky intervence do terapeutického vztahu, které mohou překlenout absenci důvěry a zajistit spokojenost obou stran v dalším poskytování zdravotní péče.

¹³⁴ Viz GOPICHANDRAN, Vijayaprasad. *Dynamics of Trust in Doctor-Patient Relationship in India*. Vyd.1. Singapore: Springer Singapore, 2019, str. 4.

¹³⁵ Viz American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM) commissioned NORC at the University of Chicago to conduct surveys of trust in the U.S. health care system among the public and physicians, jehož výsledky jsou uvedeny zde BARON, Rich. The importance of building trust in the physician-patient relationship – Rich Bron. In: *Wolters Kluwer* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/the-importance-of-building-trust-in-the-physician-patient-relationship>.

¹³⁶ Viz BMA Medical Ethics Department. *Everyday Medical Ethics and Law*. Vyd. 1. BMJ Books, 2013, chapter 2.

2. Problémy ve vztahu lékař-pacient

V každém mezilidském vztahu dochází ke konfliktům, jsou-li dány rozdílnosti pohledů na konkrétní záležitost jednotlivými účastníky vztahu. Tyto problémy se tak nevyhýbají ani vztahu lékař-pacient. Četnost vzniku konfliktů a jejich intenzita je umocněna okolnostmi, za kterých tento vztah je budován. Na jedné straně stojí pacient, jehož sužuje nemoc či zranění. Tato nemoc je pro něj natolik fyzickou, emocionální, sociální a praktickou zátěží¹³⁷, že postupovat podle běžných mechanismů zvládnání konfliktů je již za hranicí aktuálních možností pacienta. Na druhé straně je to lékař, který je vystaven neustálému tlaku na rychlé a přesné poskytování zdravotní péče a hlavně tlaku na bezchybnost. I jeho možnosti tolerance chování pacienta jsou značně limitovány.

Konflikt v terapeutickém vztahu lze definovat jako moment zhroucení důvěry mezi zdravotníkem a pacientem či jeho rodinnými příslušníky, který má nebo by mohl mít dopad na všechny zúčastněné subjekty a jenž ovlivňuje schopnosti zdravotníka poskytnout optimální zdravotní péči dotyčnému pacientovi.¹³⁸

Lékaři jsou vázáni se řídit svým nejlepším lékařským úsudkem a prosazovat nejlepší zájmy pacienta při výkonu svého povolání. Současně mají etickou povinnost podporovat terapeutické spojení se svými pacienty¹³⁹. Primárním cílem obou stran by tak mělo být předcházení vzniku neshod a nedorozumění. Nejde-li jejich vzniku předejít, je pak jejich společným cílem vzniklé neshody vyřešit. K tomu mohou napomoci níže uvedené prostředky intervence. Dojde-li k problému mezi lékařem a pacientem, může způsob jeho řešení terapeutický vztah jak nenávratně poškodit, tak naopak i posílit. Řešení konfliktů mezi lékaři a pacienty tak rozhodně nelze podceňovat.¹⁴⁰

Lékařské spory lze nejlépe řešit prostřednictvím mechanismů alternativního řešení sporů. Nedaří-li se to, je možné zvolit soudní řešení sporů. Alternativní mechanismy řešení však jsou efektivnější pro další pokračování terapeutického vztahu, neboť mohou přispět ke zlepšení pocitu

¹³⁷ Viz LASK, Bryan. Patient-clinician conflict: causes and compromises. In: *National Library of medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15463846/>.

¹³⁸ Viz Conflict resolution. In: *MDU Journal*. [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://mdujournal.themdu.com/issue-archive/summer-2018/conflict-resolution>.

¹³⁹ Viz Ethical Approach for Managing Patient – Physician Conflict and Ending the Patient – Physician Relationship. In: *ACOG* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-statement/articles/2022/12/ethical-approach-for-managing-patient-physician-conflict-and-ending-the-patient-physician-relationship>.

¹⁴⁰ Viz KOTULA, Jan a DOLEŽAL, Tomáš. *Mediace a další vybrané formy mimosoudního řešení sporů ve zdravotnictví*. Olomouc: Iuridicum Olomoucense, o.p.s. ve spolupráci s Právnickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci, 2015, str. 11.

bezpečí pacienta. Současně tvoří komplexnější systém řešení, nápravy těchto sporů a vytvoření prevenčních opatření. Tyto mechanismy taktéž vyzdvihují autonomii vůle pacienta.¹⁴¹ Sekundární právo Evropské unie, zejména směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči dokonce stanovuje povinnost členskými státy zajistit pacientům transparentní mechanismy, jimiž se mohou domáhat nápravy, utrpí-li v důsledku čerpání zdravotní péče újmu¹⁴². Konkrétní mechanismy má každý členský stát zakotvit ve svém právním řádu. Zavedení systému mechanismů nápravy je jedním z východisek uvedené směrnice.¹⁴³

Nepodaří-li se vzniklý konflikt vyřešit ani prostřednictvím interventa, je možné z těchto důvodů ukončit terapeutický vztah. Toto ukončení může proběhnout na základě domluvy mezi lékařem a pacientem anebo naplněním jednoho ze zákonných důvodů. ZZS stanovuje, v jakých případech může poskytovatel zdravotních služeb ukončit péči o pacienta v § 48 odst. 2. Příhodný legitimní a legální důvod v takovém případě je uveden v ustanovení § 48 odst. 2 písm. d) a e) ZZS, tj. pacient úmyslně a soustavně nedodrží individuální léčebný plán anebo přestal poskytovat součinnost nezbytnou pro další poskytování zdravotních služeb; ukončením péče nesmí však dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta¹⁴⁴. I při ukončení terapeutického vztahu, by měl lékař splnit své právní a profesní povinnosti a zajistit pacientovi navazující péči, nevysloví-li pacient s tím nesouhlas. Měl by tak dát pacientovi doporučení pro navazující péči, poskytnout potřebné podklady oprávněnému lékaři následné péče, informovat ho i o možných alternativách léčby a zajistit mu nezbytnou péči, vyžaduje-li to jeho zdravotní stav.

V terapeutickém vztahu lze charakterizovat hned několik druhů konfliktů. Tyto konflikty se budou týkat zejména zdravotního stavu pacienta a možnostech léčby, tj. jakou zdravotní péči chce či je ochoten pacient podstoupit, jakou léčbu naopak odmítá, k jakému výsledku má léčba směřovat, jakou má pacient představu o svém životě a zdraví, jaká rizika léčby jsou pro něj akceptovatelná, jaká nikoliv atd. Konflikty nesouvisející se zdravotním stavem pacienta (např. týkající se osobního života lékaře, organizace ve zdravotnickém zařízení, politických názorů)

¹⁴¹ Viz AMIRTHALINGAM, Kumaralingam. Medical dispute resolution, patient safety and the doctor-patient relationship. In: *National Library of Medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5917052/>.

¹⁴² Viz čl. 4 odst. 2 písm. c) směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

¹⁴³ Viz bod 24 preambule směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

¹⁴⁴ Viz § 48 odst. 2 ZZS.

mohou též vznikat mezi lékařem a pacientem; tyto problémy je však třeba řešit mimo režim poskytování zdravotních služeb. Problémy související se zdravotním stavem pacienta a jeho léčbou lze rozlišit podle svého původu na lékařské, právní, etické, spirituální a emoční. Dle typu daného problému se liší možnosti jeho řešení a vhodnost povolání konkrétního intervenanta k jeho řešení. V případě lékařských problémů se jedná o problémy, jejichž řešení spočívá na znalosti medicíny a její aplikovatelnosti na daný případ. V případě právních problémů se jedná o nesoulad s právními předpisy. Dochází k neznalosti či nesrovnalostem při výkladu a aplikaci právních norem. Etické problémy spočívají na odlišném vnímání morálky a zastávání odlišných hodnot a přesvědčení. Neshoda na duchovních hodnotách a představách vytváří spirituální problémy. Emoční problémy doplňují všechny výše uvedené. Dochází k nim při rozdílnosti pocitů a emočního rozpoložení jednotlivých stran terapeutického vztahu. Obecně při výskytu problému ve vztahu lékař-pacient se tak bude jednat především o situace, kdy lékař nabízí pacientovi možnosti další léčby a pacient toto odmítá či požaduje jiný způsob léčby z důvodu rozdílnosti výše uvedených náhledů a hodnot jednotlivých účastníků tohoto vztahu.

2.1. Příčiny

Zdrojem konfliktu mezi lékařem a pacientem může být cokoli, nicméně v běžné praxi lékaře lze vyzorovat opakující se vzorce chování, jež častěji vyústí ke vzniku konfliktu. Za nejčastější příčinu konfliktu lze považovat špatnou komunikaci mezi lékařem a pacientem¹⁴⁵. Vytížený lékař se snaží minimalizovat čas strávený s pacientem ve prospěch ostatních pacientů, a tak nenabídne dostatečné množství informací pacientovi. To může vést k tomu, že v pacientovi je vytvářen pocit nemožnosti svobodně se rozhodnout z důvodu nedostatku informací. Absence vzájemné diskuse taktéž může narušit sebedůvěru pacienta. I tento aspekt může být jednou z příčin ke vzniku konfliktu. Taktéž různá očekávání obou stran mohou založit problémy ve vzájemném vztahu. Pacient očekává např. rychlé zlepšení zdraví, větší ochotu lékaře mu pomoci, časově či ekonomicky výhodnější řešení, čemuž se mu nedostává. Oproti tomu lékař čeká marně např. vyšší míru spolupráce, flexibilitu či porozumění pacienta. Zklamání z nenaplněných očekávání, byť jen u jedné strany vztahu, vytváří půdu pro vznik konfliktu.

Již samotná existenciální asymetrie vztahu může iniciovat konflikt. V očích pacienta je lékař pánem vzájemného vztahu, neboť rozhoduje o další léčbě, a sám si připadá jako bezmocný; v očích lékaře je pacient hybnou silou vztahu, na jehož názoru a chování závisí rozhodnutí, aby

¹⁴⁵ LASK, Bryan. Patient-clinician conflict: causes and compromises. In: *ScienceDirect* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1569199303000067>.

mohla být realizována indikovaná léčba. Zdrojem nesouladu mohou být též sociálně-kulturní rozdíly mezi stranami a s tím spojený způsob chování a vyjadřování. Pravidla každodenního chování a vyjadřování myšlenek a pocitů se mohou mezi jednotlivci značně lišit v závislosti na kulturně-sociálním prostředí, ve kterém se pohybují. I způsob projevení emocí může negativně ovlivnit terapeutický vztah. Prostor zdravotních služeb je často spojeno s pocity strachu, bezmoci, hněvu, zoufalostí, bolesti, jejichž projevy ovlivňují míru tolerance k jejich snášení.

Příčina konfliktu v terapeutickém vztahu může být dána i samotnou diagnózou či plánem léčby. I v případě, že jsou lékař a pacient v etické shodě a vzájemně se respektují, může nastat konflikt v zjištěné diagnóze či naplánované léčbě. Taktéž i samotný proces léčby může být natolik nekomfortní pro pacienta, že vyústí v konflikt s lékařem.

Základ konfliktu nemusí být dán jen mezi pacientem a lékařem, kteří se střetnou při poskytování konkrétní zdravotní péče. Založit konflikt může i zkušenost pacienta s jiným lékařem či poskytovatelem zdravotních služeb či s jiným pacientem. Taktéž svou roli má rodina a jiné osoby blízké pacienta. I tehdy, pokud je dáno porozumění mezi lékařem a pacientem, může to být právě doprovod pacienta, který tento vztah vzájemnosti naruší.

2.2. Komunikace

Kvalita vztahu mezi lékařem a pacientem je dána kvalitou jejich vzájemné komunikace. Míra vzájemného porozumění a souznění přímo ovlivňuje utvoření pouta mezi lékařem a pacientem jakožto závazku do budoucna. Komunikace tak představuje klíčový atribut tohoto sociálního vztahu. Efektivní komunikace mezi lékařem a pacientem představuje základní klinickou dovednost lékaře.¹⁴⁶ Nedojde-li ke vzájemnému pochopení, je nutné přizvat do komunikace nezúčastněnou osobu, jež vytvoří komunikační most mezi lékařem a pacientem a pomůže zprostředkovat domluvu na dalších krocích při poskytování zdravotní péče. Dobrá komunikace je založena jak na navození pozitivních mezilidských vztahů, tak na výměně a sdílení informací.¹⁴⁷

Pacient přichází k lékaři v náročné životní situaci, kdy očekává od lékaře, že bude vyslyšen a že mu lékař pomůže. Lékař oproti tomu se nachází v pro něj známém prostředí a pacient představuje nástroj pro výkon jeho práce. Vytvoření vlídného prostředí, jakožto navození příjemné

¹⁴⁶ Viz PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. *Etika a komunikace v medicíně. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Grada, 2011, str.43.

¹⁴⁷ Viz ETHICS TOOLKIT. *The doctor-patient relationship*. BMA Medical ethics and human rights, 2024. str. 13.

komunikace, se očekává od lékaře. Komunikace se odehrává ve dvou rovinách – jednak v úrovni obsahu rozhovoru, tak ve vztahu komunikujících.¹⁴⁸

Pro nastolení optimální spolupráce mezi lékařem a pacientem je nezbytné dosáhnout dobrého osobního vztahu založeného na výměně informací. Vytvoření správného vztahu mezi lékařem a nemocným je založeno na celé řadě okolností – např. zážitky pacienta z předchozí léčby, a to jak u daného poskytovatele zdravotních služeb, tak u odlišného poskytovatele, aktuální psychické rozložení pacienta, první dojem, dodržování společenských pravidel chování, vyjádření empatie vůči pacientovi a míra tolerantního přístupu k pacientovi.¹⁴⁹

Komunikace mezi stranami terapeutického vztahu je založena na výměně informací. V souladu s Úmluvou je každý oprávněn znát informace shromážděné o jeho zdravotním stavu. Lékař je tak povinován informovat pacienta o jemu dostupných informacích o jeho diagnóze a současně mu tyto informace, jež tvoří zdravotnickou dokumentaci pacienta, zpřístupnit, vyžádá-li si je pacient. Úmluva však předpokládá i situaci, že je to sám pacient, kdo si přeje nebyť informován¹⁵⁰. V takovém případě se kladou vyšší nároky na lékaře, který je povinen zadržet informace o zdravotním stavu a pacientovi je nesdělít. Musí však takto jednat jen na základě výslovného přání pacienta. Právní předpisy znají i situaci, kdy zadržení informací pacientovi iniciuje sám lékař. Tzv. terapeutické privilegium je zakotveno v § 2640 OZ. K jeho aplikaci však může dojít jen ve výjimečných případech, předchází-li se tím zcela zjevné a vážné ohrožení zdravotního stavu pacienta. Ani jeden z uvedených typů zadržení informací nesmí ohrozit důvěru mezi lékařem a pacientem.

Za neverbální prostředek komunikace mezi lékařem a pacientem je možné považovat dodržování vyhotoveného léčebného plánu včetně užívání předepsané farmakoterapie a následování rad zdravotníků. Prostřednictvím užívání předepsaných léků totiž pacient vyjadřuje svůj vztah k lékaři.¹⁵¹

I v komunikaci mezi pacientem a lékařem došlo k výrazným posunům v průběhu historie. V první polovině 20. století představoval lékař pro své pacienty autoritu, a to nejen odbornou z pohledu jejich zdraví a možností léčby, ale též morální a lidskou. Lékař zastával roli rádce, co

¹⁴⁸ Viz BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing, 2020, str. 37.

¹⁴⁹ Viz ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie*. Nový Jičín: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005, str. 79.

¹⁵⁰ Viz ustanovení čl. 10 Úmluvy.

¹⁵¹ Viz BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010, str. 116.

se týče zdravotního stavu, ale též rodinných problémů a dalších mezilidských vztazích.¹⁵² Autorita lékaře spočívala ve znalosti svých pacientů, jak po stránce medicínské, tak jejich sociální situace a rodinného zázemí. Komunikace mezi lékařem a pacientem byla založena na bezmezné důvěře pacienta, jež potlačila diskusi nad danou léčbu – názor a postup lékaře byl pro pacienty závazný. Ve druhé polovině 20. století došlo k modifikaci vzájemné komunikaci až ke striktnímu paternalismu. O této době se pojednává jako o době „*medicíny mlčení*“, kdy lékař indikoval potřebnou péči, předpisoval léčivé přípravky, léčil pacienta a pacient mlčel¹⁵³. Došlo tak k výraznému potlačení vzájemné komunikace. Po roce 1990 komunikace vstupuje do popředí a stává se nedílnou součástí medicíny. Vztah lékaře a pacienta je od té doby založen na vzájemné informovanosti a výměně potřebných poznatků o zdravotním stavu pacienta.

K prevenci a zvládnutí konfliktu mezi pacientem a lékařem se doporučuje, aby se lékař snažil o podporu vzájemného spojení již během klinického setkání, vytvořil a případně obnovil narušenou důvěru a vybudoval a obnovil efektivní terapeutický vztah.

2.3. Nežádoucí událost

Konflikt mezi lékařem a pacientem může naplňovat podstatu tzv. nežádoucí události. Nežádoucí událostí ve zdravotnictví se rozumí „*událost nebo okolnost, která mohla vyústit nebo vyústila v tělesné poškození pacienta, kterému bylo možné se vyhnout, či případ, kdy došlo k poškození pacienta, které je pouze psychické či socioekonomické, a také případ, kdy poškozeným je poskytovatel zdravotních služeb nebo jeho zaměstnanec*“.¹⁵⁴ Mezi nežádoucí události patří taktéž situace, které mohly vyústit v bezprostřední poškození pacienta či jiné osoby účastné poskytování zdravotních služeb. Systém hlášení nežádoucích událostí vychází z Doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí ze dne 9. 6. 2009 (2009/C 151/01) zachyceném v České republice zejména v § 47 odst. 3 písm. a) až c) ZZS, Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 16/2015¹⁵⁵, vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů, a Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 7/2018¹⁵⁶. Účelem tohoto systému je jednak evidovat vznik takových okolností, ale taktéž je umět vyhodnotit, identifikovat z nich rizika hrozící

¹⁵² Viz MACH, Jan. *Medicína a právo*. Beckova edice ABC. V Praze: C.H. Beck, 2006, str. 11.

¹⁵³ Viz MACH, Jan., 2006, op. cit. s. 12.

¹⁵⁴ Viz Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, verze 01/2023, str. 4.

¹⁵⁵ Věstník ministerstva zdravotnictví ČR č. 16/2015 – Minimální požadavky pro zavedení systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

¹⁵⁶ Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR č. 7/2018 – Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče.

pacientům či zdravotníkům, a efektivně na ně prostřednictvím zejména interní dokumentace reagovat. V případě, že poskytovatel zdravotních služeb, respektive jeho zaměstnanec, se ocitne v situaci definovatelnou jako nežádoucí událost, je jeho povinností učinit záznam o vzniku takové okolnosti, zařadit jí do příslušné kategorie¹⁵⁷ a popsat jí. Taktéž musí učinit její vyhodnocení a uvést, jak byla daná okolnost řešena v konkrétním případě a jak jejímu vzniku lze předcházet do budoucna. Nedílnou součástí zapsání nežádoucí události je její analýza a zjištění tzv. kořenové (prvotní) příčiny vzniku, dále provedení nápravného opatření a preventivních opatření do budoucna.¹⁵⁸

Nastane-li konflikt v terapeutickém vztahu, jež může potenciálně ohrozit zdraví jednoho z účastníků, je nutné tuto situaci zaznamenat jako nežádoucí událost. Bude se jednat zejména o kategorii Chování osob. Závadné chování způsobující vznik konfliktu může pocházet jak od pacienta, tak od zdravotnického personálu, tak od osob blízkých pacienta. Může spočívat např. v napadení (slovním, fyzickém, sexuálním), toxikomanii, hrozbou usmrcení, nepovoleném vstupu atd.¹⁵⁹ V případě, že dojde k eskalaci konfliktu a jeho řešení bude svěřeno interventovi, bude mít k dispozici záznam o proběhlé situaci. Jedná se tak o prostředek procesní obrany zdravotníka a současně prostředek prevenční povinnosti ve vztahu ke svému zaměstnavateli.

Zapsání situace jako nežádoucí událost nikterak neřeší vzniklý konflikt. K jeho řešení budou kompetentní zejména účastníci tohoto konfliktu. Lékař je povinen jednat ve prospěch pacienta za současného dodržení vlastních povinností jednat v souladu s právními předpisy a standardy dobré praxe. Prostřednictvím vzájemné komunikace by měli primárně samotní účastníci terapeutického vztahu dosáhnout vzájemného konsensu. Nejsou-li toho sami schopni, je jejich právem přizvat k řešení vzniklého konfliktu intervenanta.

¹⁵⁷ Jedná se na například o kategorii Pád, Dekubitus, Chování osob, Nehody a neočekávaná zranění, Klinický výkon atd. viz Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, verze 01/2023, str. 4.

¹⁵⁸ Viz BARTŮŇEK, Petr, JURÁSKOVÁ, Dana a kol. *Vybrané kapitoly z intenzivní medicíny*. Vyd. 1. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2016, str. 31.

¹⁵⁹ Viz POKORNÁ, Andrea, DOLANOVÁ, Dana a kol. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: GRADA Publishing, a.s. 2019, str. 51.

3. Intervence

3.1. Definice

Není-li v silách lékaře a pacienta vyřešit vzniklý konflikt, je na místě, aby jedna ze stran iniciovala zapojení interventa do terapeutického vztahu s cílem dosáhnout konsensu mezi stranami. Úkolem příslušného interventa je zprostředkovat komunikaci mezi účastníky sporu a prostřednictvím svých znalostí a zkušeností v rámci své odbornosti se pokusit dojít k řešení vzniklého problému.

Intervencí se v širším slova smyslu rozumí „*jakýkoliv zásah do nějakého procesu za účelem jej ovlivnit, změnit*“¹⁶⁰. V užším slova smyslu se jedná o „*cílený předem promyšlený zásah, zpravidla zaměřený na zmírnění tíživé situace, či jakýkoliv postup, technika, směřující k přerušení, zamezení nebo úpravě probíhajícího procesu*“¹⁶¹. Definovat jí lze též jako „*předem plánovaný a systematický zásah sledující zpravidla řešení určitého problému jedince, rodiny, skupiny apod.*“¹⁶². Intervence v terapeutickém vztahu je součástí tzv. krizové intervence. Krizovou intervencí se rozumí „*odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující*“¹⁶³. Roli klienta zastává ten účastník terapeutického vztahu, který vyhledává pomoc. V případě této rigorózní práce se jedná o lékaře, pro nějž je nekomfortní situace, kdy pacient nesouhlasí s navrženou léčbou či má výhrady proti jeho medicínským či osobním postupům. Dojde-li k disharmonii mezi lékařem a pacientem, může takový stav představovat pro lékaře natolik zátěžovou situaci, kterou potřebuje prostřednictvím interventa řešit. Cílem krizové intervence je zpřehlednit klientovo prožívání (tj. pojmenovat vzniklý konflikt a zjistit jeho zájem) a zastavit ohrožující faktory.¹⁶⁴ Krizový pracovník se snaží podpořit klienta v řešení problému tak, aby klient dokázal aktivně a konstruktivně přistoupit k narušenému procesu či vztahu a vlastními silami ho napravit. Jeho cílem není vyřešit situaci jedince, ale stabilizovat ho a podpořit jeho kompetence krizi řešit.¹⁶⁵ Východisky krizové intervence jsou její individualita (vzniklá krize má individuální charakter), časová omezenost (včasná nápomoc v ohraničeném

¹⁶⁰ Viz Výkladový slovník pojmů. In: *iPREV* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.iprev.cz/prevence-rizikoveho-chovani-wiki-vykladovy-slovník/>.

¹⁶¹ Viz Výkladový slovník pojmů, op. cit.

¹⁶² Viz Výkladový slovník pojmů, op. cit.

¹⁶³ Viz VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence: [krize v životě člověka : formy krizové pomoci a služeb]*. Praha: Portál, 2002, str. 60.

¹⁶⁴ Viz VODÁČKOVÁ, Daniela, op. cit. s. 60.

¹⁶⁵ Viz ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2017, str. 14.

rozsahu) a součást většího systému (existence jiných nástrojů a jejich kontinuita).¹⁶⁶ Krizová intervence stojí na principu dostupnosti (vč. dostupnosti informací o krizové pomoci, bezodkladnosti, vnější bezbariérovosti), individuality krize, komplexnosti péče, vnitřní bezbariérovosti a návaznosti.¹⁶⁷ Může být poskytována buď tváří v tvář nebo na dálku (např. telefonickým hovorem). Intervence tváří v tvář může probíhat v ambulantní formě, formě hospitalizace, terénní služby nebo v klientově přirozeném prostředí. Mezi telefonickou krizovou pomoc se řadí intervence za pomoci kontaktních linek, specializovaných linek a linek důvěry.¹⁶⁸

V případě vzniku problémů v terapeutickém vztahu je intervenci potřeba vnímat jako vstup třetí osoby do terapeutického vztahu, jejíž úkolem je urovnat vztahy mezi stranami terapeutického vztahu, a to alespoň v takové míře, aby bylo dosaženo konsensu o podobě další poskytované zdravotní péči. Intervence je poskytována nejčastěji v podobě terénní služby nebo telefonicky v závislosti na zvoleném mechanismu intervence. Jednotlivé prostředky intervence jsou lékaři dostupné minimálně vždy po denní pracovní dobu, některé i nepřetržitě.

Roli interventa zastává osoba, jež z titulu získané kvalifikace a podstaty svého povolání, je schopná zklidnit vzniklou situaci a zabránit její eskalaci.¹⁶⁹ Taktéž umí navrhnout adekvátní řešení vzniklé situace. Jednání interventa podléhá pravidlům stanoveným dané funkci, nejčastěji v podobě etického kodexu. Za pravidla společná všem profesím zastávaných interventy patří respekt k základním lidským právům, důstojnosti, právu na sebeurčení a jedinečnosti klienta. Společnými hodnotami jsou respekt k hranicím vlastních kompetencí a mlčenlivost.¹⁷⁰ S ohledem na typ intervence je kladen požadavek na neutralitu interventa. Neutralita spočívá jak v odosobnění se od vzniklého konfliktu, tak v lhostejnosti nad výsledkem intervence, tak v určité zdrženlivosti zasahovat do vzniklého problému. Neutralita interventa podporuje důvěru účastníků intervence v řešení vzniklého problému, tak možnost nalézt smírné řešení zprostředkované interventem.¹⁷¹

Osoba, jež se nachází v pozici interventa terapeutického vztahu, by měla vytvořit most komunikace mezi lékařem a pacientem a obnovit vzájemnou důvěru. Najít společnou řeč mezi lékařem a pacientem a zprostředkovat mezi nimi kontakt. Taktéž vytvořit prostředí psychické

¹⁶⁶ VODÁČKOVÁ, Daniela, op. cit. s. 60.

¹⁶⁷ VODÁČKOVÁ, Daniela, op. cit. s. 54.

¹⁶⁸ VODÁČKOVÁ, Daniela, op. cit. s. 57.

¹⁶⁹ Viz CIMRMANNOVÁ, Tereza. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Praha: Karolinum, 2013, str. 51.

¹⁷⁰ Viz CIMRMANNOVÁ, Tereza, op. cit. s. 52.

¹⁷¹ Viz GIBSON, K. Mediation in the Medical Field: Is Neutral Intervention Possible? In: *National Library of medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10587804/>, str.7.

bezpečnosti¹⁷² obou stran a odstranit vzniklý tlak stran. Z pozice nezúčastněného třetího má zjistit zájmy obou stran a na základě své odbornosti se pokusit najít řešení nestálé situace v souladu s právními a etickými principy. Intervent se musí striktně oprostít od svých emočních či jiných zájmů a musí sledovat pouze ten zájem stran, který je legální, eticky korektní.

Další úlohou intervence, aktivuje-li jí lékař, je odlehčit lékaři při plnění jeho pracovních povinností. Primárním úkolem lékaře je poskytovat zdravotní péči a pomáhat lidem ke zlepšení jejich zdravotního stavu nebo k jeho stabilizaci. Je třeba mu k tomu dát dostatečný prostor a odbřemenit ho od situací, s nimiž si neví rady. Lékař tak dočasně svěří vztah se svým pacientem do rukou interventa. Jakmile dojde k nalezení řešení vzniklého konfliktu, zpravidla sám, případně jiný člen zdravotnického týmu, poskytne pacientovi sjednanou zdravotní péči, případně s ním ukončí terapeutický vztah, přeje-li si to pacient.

Intervence může být realizována v podobě mediace. Mediace představuje „*způsob pokojného řešení sporů a konfliktů, jehož cílem je dohoda*“¹⁷³. Úlohou mediátora je přivést strany sporu k smírnému řešení, jež bude v co možná nejvyšší míře hájit jejich protichůdné zájmy. Výsledkem je oboustranně akceptovatelná dohoda. Výsledkem nemediační intervence může být však i výsledek akceptovatelný jen jednou stranou konfliktu. V takovém případě převáží zájem na úpravě vzájemných práv a povinností třetí osobou nad nastolení vzájemné shody. I během intervence by měla být šetřena práva a oprávněné zájmy obou stran konfliktu.

3.2. Právní zakotvení

Právní úpravu tzv. krizové intervence obsahuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů¹⁷⁴. V ustanovení § 60 odst. 1 stanovuje, že krizová pomoc je poskytována osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení života nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami. Může být poskytována buď v podobě terénní, ambulantní nebo pobytové služby na přechodnou dobu. Spočívat může buď v poskytnutí ubytování, stravy nebo pomoci při zajištění stravy, sociálně terapeutické činnosti nebo pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.¹⁷⁵ Zvláště je upravena telefonická krizová pomoc, a to v ustanovení § 55 zákona o sociálních

¹⁷² Viz HARDAVELLA, Georgia a kol. Top tips to deal with challenging situations: doctor-patient interactions. In: *breathe.ersjournals.com* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://breathe.ersjournals.com/content/13/2/129>.

¹⁷³ Viz Tisíc tváří mediace. In: *VISLEGIS.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <http://www.vislegis.cz/mediace/>.

¹⁷⁴ Dále jen „zákon o sociálních službách“.

¹⁷⁵ Viz § 60 odst. 1 a 2 zákona o sociálních službách.

službách. Konkrétnější požadavky a specifikaci krizové pomoci obsahuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění.

Prostředky intervence reflektují principy uvedené právní úpravy krizové intervence (zejména uplatňování sociálně terapeutické činnosti a nápomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů), nicméně příhodnější je pro ně právní úprava generální prevenční klauzule. Dle § 2900 OZ je každý povinen, vyžadují-li to okolnosti případu nebo zvyklosti soukromého života, při svém konání jednat tak, aby nedošlo k nedůvodné újmě na svobodě, životě nebo vlastnictví jiného. Tato obecná odpovědnost za škodu se aplikuje tehdy, jestliže neexistuje konkrétní právní úprava daného deliktního jednání.¹⁷⁶ Uvedená generální prevenční povinnost má svůj odraz i v rámci pracovněprávních vztahů. Ustanovení § 301 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZP“) stanovuje základní povinnosti zaměstnance, z nichž zejména § 301 písm. d) ZP¹⁷⁷ dle judikatury představuje „*ve své obecnosti mravní imperativ kladený na každého zaměstnance, jenž ve svém obsahu znamená určitou míru loajality ve vztahu ke svému zaměstnavateli a zároveň též i obecnou prevenční povinnost zaměstnance ve vztahu k majetku a oprávněným zájmům zaměstnavatele; jde o zcela legitimní požadavek na dodržení (přiměřené) kvality vzájemného (pracovněprávního) vztahu.*“¹⁷⁸ V úzkém propojení s prevenční povinností je tzv. zakročovací povinnost zakotvená v § 2901 OZ. Dle tohoto ustanovení má ten, kdo vytvořil nebezpečnou situaci nebo kdo nad ní má kontrolu anebo odůvodňuje-li to povaha poměru mezi osobami, povinnost zakročit na ochranu jiného, vyžadují-li to okolnosti případu nebo zvyklosti soukromého života. Stejnou povinnost má i ten, kdo může odvrátit újmu, v souladu se svými možnostmi a schopnostmi, ví-li nebo musí-li vědět o jejím vzniku¹⁷⁹. Obě uvedené povinnosti se aplikují i na situaci vzniku problémů v terapeutickém vztahu. I v těchto případech je nutné postupovat tak, aby nedocházelo k újmě na zdraví ani jednoho zúčastněného subjektu. Prevenční povinnost dle § 2900 OZ klade požadavek na lékaře předcházet vzniku problémům s pacientem. Zakročovací povinnost dle § 2901 OZ požaduje od lékaře aktivní snahu na předejití vzniku újmy či zabránění gradace vzniklé újmy. Ocitne-li se tak lékař v situaci, jež může ohrozit zdraví či život lékaře nebo pacienta, a nemůže si sám počínat tak, aby tyto zájmy

¹⁷⁶ Viz Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 22.5.2019, č. j. 8 Tdo 537/2019-391.

¹⁷⁷ Toto ustanovení stanovuje, že zaměstnanci jsou povinni řádně hospodařit s prostředky svěřenými jim zaměstnavatelem a střežit a ochraňovat majetek zaměstnavatele před poškozením, ztrátou, zničením a zneužitím a nejednat v rozporu s oprávněnými zájmy zaměstnavatele. Viz § 301 písm. d) ZP.

¹⁷⁸ Viz Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 15.12.2005, č. j. 21 Cdo 59/2005.

¹⁷⁹ Dalším nezbytným aspektem je skutečnost, že závažnost hrozícího rizika zjevně převáží úsilí zakročovacího. Viz § 2901 OZ.

neohrozil, měl by využít i možnosti aktivovat prostředky intervence jako součást systému prevence. Zároveň je tím naplněna jeho zakročovací povinnost, neboť tím učiní nezbytné kroky k zabránění vzniku újmy.

V souladu s podstatou intervence, jako nástroje pro odbřemenění lékaře - ulehčení mu pro něj nekomfortní situace, lze zmínit i právní úpravu pracovněprávních vztahů. V souladu s pracovněprávními předpisy má zaměstnavatel povinnost vytvářet bezpečné a zdraví neohrožující prostředí svým zaměstnancům (§ 102 odst. 1 ZP). Tím, že vznik konfliktů s lékaři nelze zcela eliminovat, tj. odstranit možná rizika, je v souladu s § 102 odst. 4 ZP zaměstnavatel povinen vyhodnocovat tato rizika a přijmout opatření k omezení jejich působení tak, aby ohrožení bezpečnosti a zdraví zaměstnanců bylo minimalizováno. Zavedení systému prostředků intervence lze považovat za jedno z preventivních opatření k předcházení rizik, které může zaměstnavatel přijmout. Jednotlivé prostředky intervence napomáhají zaměstnancům při řešení konfliktů s pacienty, čímž dochází k potlačení negativního vlivu těchto konfliktů na zdraví a život zdravotních pracovníků. Dochází tak mj. k potlačení psychického strádání, syndromu vyhoření zdravotnických pracovníků, ale i vzniku újmy na zdraví pacientů při nedostatečném poskytování zdravotních služeb. V tomto ohledu lze tak prostředky intervence považovat za součást zásady tzv. wellbeingu, tj. vytváření příjemného prostředí pro zaměstnance.

Jednotlivé prostředky intervence zakotvují příslušné právní předpisy. Jedná se jak o obecné právní předpisy, tak o interní právní předpisy daného poskytovatele. Prostředky intervence nacházející se v dispozici konkrétního poskytovatele zdravotních služeb jsou zpravidla upraveny interními předpisy, jež provádí obecně závazný pokyn či dohodu. Nejčastěji se jedná o metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR či dvoustrannou dohodu, jejímž signatářem je právě zmíněné ministerstvo. Tyto interní předpisy jsou závazné pro zaměstnance poskytovatele zdravotních služeb jako pracovněprávní předpisy. Jedná se o směrnice, řády, příkazy ředitele atd. Upravují-li jednání pacienta, např. zakotvují-li nárok pacienta iniciovat daný prostředek intervence, jsou publikovány takovým způsobem, aby měl pacient možnost se s nimi seznámit. Nejčastěji jsou publikovány prostřednictvím webových stránek poskytovatele zdravotních služeb či jejich stěžejní část tvoří integrální součást vnitřního řádu poskytovatele zdravotních služeb. Oproti tomu prostředky intervence nacházející se mimo dispozici poskytovatele zdravotních služeb jsou právně upraveny toliko obecnými právními předpisy zpravidla bez jejich bližšího rozvedení v rámci interních předpisů poskytovatele zdravotních služeb. Seznámení s jejich obsahem může být součástí povinnosti členství v České lékařské komoře.

V současné době neexistuje jednotný právní předpis, ať již s platností celorepublikovou, tak v rámci nějakého poskytovatele zdravotních služeb, jež by upravoval veškeré dostupné prostředky intervence. Právní úprava zvláště u jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb je značně roztržštěná. Každý prostředek intervence je upraven samostatným interním předpisem, případně není samostatně právně zachycen. Taktéž tyto prostředky intervence nejsou zaštitěny jednou osobou (např. náměstkem), aby mohl být sjednocen postup těchto prostředků, jak samostatně, tak v rámci svého souhrnu. Avšak tím, že by byly prostředky intervence spravovány jednotně, šlo by docílit větší koordinovanosti postupů a zajistit vyšší míru spolupráce mezi jednotlivými subjekty a předávání si vzájemné agendy.

3.3. Rozlišení intervencí

Jaký typ intervence bude ze strany účastníka terapeutického vztahu iniciován, by mělo být odvozeno od závažnosti a podstaty vzniklého problému¹⁸⁰. Jednotlivé prostředky intervence lze kategorizovat dle několika kritérií. Tím primárním je, kdo může iniciovat jejich použití. Jedná-li se o pacienta, má možnost podat podnět k nemocničnímu ombudsmanovi, podat stížnost na poskytovatele zdravotních služeb dle ZZS, podat stížnost na konkrétního lékaře k České lékařské komoře, podat stížnost ke zdravotní pojišťovně dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, požádat o pomoc intervenční psychosociální službu či etické poradenství, obrátit se na veřejného ochránce práv¹⁸¹, iniciovat zahájení mediačního, rozhodčího či soudního řízení. Určitou pomoc taktéž mohou nabídnout patientské

¹⁸⁰ Viz Nespokojenost s poskytováním zdravotní péče – Jak se bránit? In: *Ministerstvo zdravotnictví* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://pacientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=aktuality&aid=194>.

¹⁸¹ V souladu s vymezenými pravomoci veřejného ochránce práv dle § 1 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů, může ochránce přezkoumat postup úřadu, který rozhoduje o podané stížnosti jako věcně příslušný správní orgán, nikoliv poskytovatele zdravotních služeb či konkrétního lékaře. Viz Nespokojenost s léčbou a chováním zdravotnického personálu. In: *Ombudsman pro zdraví* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ombudsmanprozdravi.cz/nespokojenost-s-lecbou-a-chovanim-zdravotnickeho-personalu/>.

organizace^{182,183}, neziskové organizace¹⁸⁴ či právní poradny¹⁸⁵. V případě lékaře jsou některé z možností stejné, některými lékař nedisponuje. Nad to má možnost se obrátit na právní oddělení daného poskytovatele zdravotních služeb, případně na právní kancelář České lékařské komory (dále jen „ČLK“). Oba subjekty mohou oslovit nemocničního kaplana či rodinu pacienta pro zprostředkování vzájemné komunikace.

Podle typu vzniklého konfliktu lze rozdělit i různé způsoby intervence. Tyto prostředky intervence se liší zejména personálními požadavky na osobu intervenanta, způsobem, jakým je intervence vedena, právním základem intervence a závazností výsledku intervence. Taktéž se liší tím, zda se intervenant nachází v dispoziční sféře poskytovatele zdravotních služeb či mimo něj. Různá je i míra neutrality a nestrannosti intervenanta. I tehdy, nachází-li se daný prostředek intervence v dispoziční sféře poskytovatele zdravotních služeb, nemusí být dána loajalita intervenanta k tomuto poskytovateli zdravotních služeb. Navíc vždy průběh intervence, jakož i výsledek vzešlý z intervence, musí být v souladu s právními předpisy a etickými hodnotami.

Jednotlivé prostředky intervence se dále odlišují svým časovým aspektem. Intervence může probíhat jednorázově nebo opakovaně v závislosti na typu řešeného konfliktu a úspěšnosti intervence. V zásadě se však bude jednat o jednorázový vstup intervenanta do terapeutického vztahu; nepodaří-li se dosáhnout shody ani přes tento zásah, je vhodné ukončit terapeutický vztah. Intervence může probíhat souběžně s poskytováním zdravotních služeb, může probíhat též *ex post*. Na základě ukončení intervence může dojít k obnovení poskytování zdravotní péče. Taktéž se liší v časovém pásmu, v němž lze o daný prostředek intervence žádat. Zpravidla mohou být iniciovány (samotná realizace může probíhat v jiný termín) buď v časovém pásmu ohraničeném běžnou denní pracovní dobou anebo kdykoliv, neboť jsou zajišťovány nepřetržitě.

¹⁸² Viz HAMPLOVÁ, Ludmila. Nejste spokojeni s poskytovanou péčí? Kde si stěžovat, musíte vypátrat. In: *LIDOVKY* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/relax/zdravi/nejste-spokojeni-s-poskytovanou-peci-kde-si-stezovat-musite-vypatrat.A170330_164712_ln-zdravi_ape.

¹⁸³ V případě patientských organizací je nutné zmínit i Pacientskou radu ministra zdravotnictví, jež funguje jako stálý poradní orgán ministra zdravotnictví složený ze zástupců patientských organizací. Viz Pacientská rada ministra zdravotnictví. In: *Ministerstvo zdravotnictví* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://pacientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=pacientska-rada>.

¹⁸⁴ Příkladem takových neziskových organizací pro pacienty jsou Svaz pacientů, Liga lidských práv či různé občanské poradny. Viz CANDIGLIOTA, Zuzana; ČERVENÁ, Kateřina a ZAHUMENSKÝ, David. *Ochrana práv pacientů: návrhy k diskusi o mimosoudním řešení sporů ve zdravotnictví. Práva v souvislostech*. Brno: Liga lidských práv, 2010, str. 22-23.

¹⁸⁵ Viz Práva pacientů a jak se jich domoci. In: *Průvodcepacienta.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: https://www.pruvodcepacienta.cz/download/co-delame/timeline/web_brozura_prava-pacientu_61.pdf.

Jednotlivé prostředky intervence se odlišují též svými důsledky pro statutární orgán poskytovatele zdravotních služeb – od úplné mlčenlivosti o proběhlé intervenci až po požadavek na aktivní konání např. osobní přítomností na intervenčním setkání či plnění rozhodnutí vzešlého z intervenčního jednání (např. uhrazení přiznané odměny). Taktéž některé způsoby intervence můžou založit právní odpovědnost interventa a mohou mít vliv na případně vedené soudní řízení mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem. Různé důsledky mohou mít také pro jednotlivé účastníky intervence. Pro lékaře tyto důsledky mohou spočívat např. v rovině pracovněprávních vztahů, členství v ČLK, samotném výkonu povolání. Pro pacienta se bude jednat o důsledky v rovině poskytnuté péče.

Rozdíly mezi jednotlivými prostředky intervence jsou též v tom, kdo se intervenčního setkání účastní. V některých případech se bude jednat pouze o kontakt mezi lékařem a interventem, někdy se ho bude účastnit pacient a lékař a v některých případech se zapojuje i rodina pacienta.

Své místo má intervence i v případě, že pacient není schopný sám jednat, a to buď ze sociálních důvodů (např. nezletilý pacient, pacient omezený na svéprávnosti) anebo ze zdravotních důvodů (např. pacient v bezvědomí, pacient v pokročilém stádiu nemoci, jež mu neumožňuje racionálně o sobě rozhodovat). Pacient pak může být jak v roli nepřímého subjektu intervence (jeho blízcí jednájí jeho jménem), tak objektu intervence (rozhoduje se o ukončení jeho léčby). Nezastává tak aktivní roli subjektu intervence. I v těchto případech musí intervent sledovat zájmy pacienta, jež převáží i zájmy jeho blízkých, nejsou-li tyto zájmy v souladu se zájmy pacienta. Pokud je to ku prospěchu daného prostředku intervence, měl by se intervent zajímat právě o zájem pacienta, i když není pacient oprávněn či schopen o sobě rozhodnout.

4. Intervence v rámci poskytovatele zdravotních služeb

4.1. Komunikace/setkání lékaře s pacientem

Základním prostředkem, jak vyřešit vzniklý konflikt mezi lékařem a pacientem, je individuální setkání těchto subjektů. Pokud dospěje terapeutický vztah do takové fáze, že dochází k narušení vzájemné důvěry, je vhodné vzniklý nesoulad společně ihned komunikovat. Jedná se o tzv. nepřímou intervenci. Ačkoliv roli interventa nezastává osoba třetí, a tedy nejedná se o přímou intervenci, lékař opouští pozici účastníka sporu, a situuje se do role v co nejvyšší míře nestranného mediátora terapeutického vztahu.

Úkolem lékaře je zprostředkovat vzájemnou komunikaci, zjistit názor pacienta a pokusit se najít oboustranně výhodné řešení. Lékař tak nezastává ryze pozici odborníka na medicínu a lidské zdraví, nýbrž se snaží pochopit postoje obou stran terapeutického vztahu a snaží se navrhnout takové řešení, jež bude adekvátní pro všechny účastníky. Nastolení konsensu musí být jeho prioritou před setrváním na svém názoru jako lékaře. Nejedná se o obligatorní způsob intervence, nicméně v praxi velmi často vyhledávaný a využívaný prostředek řešení sporů.

Právní rámec této nepřímé intervence je dán již samotnou povinností lékaře respektovat autonomii pacienta a povinností lékaře chovat se k pacientovi korektně, s pochopením a trpělivostí¹⁸⁶. Lékař se současně musí vzdát paternalistických pozic vůči pacientovi a respektovat pacienta jako rovnocenného partnera.¹⁸⁷ V rámci této povinnosti musí lékař jednat takovým způsobem, který umožní pacientovi vyjádřit svůj názor a požadovat jeho respektování. Má-li být naplněn tento závazek lékaře, měl by lékař činit vše, aby zjistil vůli pacienta a podle ní následně postupoval, není-li to v rozporu s dalšími jeho právy a povinnostmi¹⁸⁸. Poskytovatel zdravotních služeb je současně povinen zajistit sestavení a realizaci individuálního léčebného postupu¹⁸⁹, k čemuž by měl znát názor svého pacienta, aby bylo dosaženo prospěchu pacienta.

Problém, který je možné prostřednictvím tohoto způsobu intervence řešit a vyřešit, je nejčastěji komunikační mezi lékařem a pacientem spočívající v nedostatku informací jedné ze stran, případně v nenavázání dostatečné důvěry mezi stranami. Taktéž tento způsob intervence je indikován, tkví-li problém mezi stranami v odlišném náhledu na množství stráveného času lékaře s pacientem.

¹⁸⁶ Viz Etický kodex lékaře – obecné zásady, vztah lékař a nemocný, odst. 2.

¹⁸⁷ Viz Etický kodex – obecné zásady, vztah lékař a nemocný, odst. 3.

¹⁸⁸ Do kolize se v takovém případě může dostat lékařova povinnost poskytovat zdravotní péče *lege artis* nebo povinnost poskytovat zdravotní služby.

¹⁸⁹ Viz § 46 odst. 1 písm. b) ZZS.

Pozici interventa zastává samotný lékař. Jedná se tak o zdravotnického pracovníka, který disponuje odbornou způsobilostí k výkonu povolání lékaře v souladu s § 4 zákona o lékařských povoláních bez potřeby odborného dohledu při poskytování zdravotní péče. Může se jednat o lékaře s libovolnou specializovanou způsobilostí. Jiné požadavky na výkon pozice interventa nejsou stanoveny. Práva a povinnosti interventa jsou dány samotným výkonem lékařského povolání. Zakotveny jsou zejména v ZZS a OZ. Obsah vzájemného setkání bude součástí poskytování zdravotních služeb, a proto se na něj uplatní povinnost mlčenlivosti dle § 51 odst. 5 písm. a) ZZS.

Vhodnost osobního setkání s pacientem musí posoudit samotný lékař. Společné setkání může však iniciovat i pacient či osoby jemu blízké. Indikuje-li lékař, že takový způsob komunikace může být přínosný pro vyřešení neshod mezi ním a pacientem, nabídne možnost setkání pacientovi. V tomto případě intervence je zásadní souhlas pacienta, který však nejčastěji bude udělen konkludentně, tj. tím, že pacient se dostaví na místo setkání či neučiní žádné kroky, kterými by zamezil v uskutečnění setkání (uskuteční-li se intervence u lůžka pacienta při jeho hospitalizaci). Formální podoba takového setkání není stanovena. Je však vhodné vybrat klidné místo, jež bude v co nejvyšší míře představovat neutrální prostředí. Intervence může probíhat osobně nebo distančně, např. telefonicky. Lékař by si na takové setkání měl speciálně vyhradit čas, aby schůzku nemusel přerušit pro své jiné povinnosti.¹⁹⁰ Příhodné je uskutečnit setkání odděleně od přímo poskytované zdravotní péče, např. vyšetření, aby byla zachována důstojnost pacienta a potlačení vzniklé mocenské asymetrie.¹⁹¹ Setkání by měl vést lékař. Pacienta nejdříve seznámí s medicínským pohledem na jeho zdravotní problém a představí mu možná řešení pro zlepšení či udržení jeho zdravotního stavu. Lékař je povinen pacienta informovat takovým způsobem, aby veškeré podané informace byly pro pacienta srozumitelné s přihlédnutím na aktuální mentální kapacitu pacienta. Podávané informace by měly zahrnovat výčet všech možných alternativ, které se nabízí. Pacient se následně ke všemu vyjádří. Lékař by měl vzít v potaz názor pacienta, vyslechnout ho a s porozuměním k jeho situaci mu nabídnout adekvátní řešení pro poskytování další zdravotní péče.

Výsledkem setkání lékaře a pacienta je dvoustranná dohoda týkající se další poskytované péče. Vzhledem k obsahu této dohody může být zprostředkována v různé formě – např. ve formě podepsaného informovaného souhlasu s hospitalizací či s daným zdravotním výkonem,

¹⁹⁰ Viz Solving problems with Your Doctor. In: *Oncourse.com* [online] [cit. 18.6.2024] Dostupné z: https://www.oreilly.com/onconurse/factsheets/solving_doctor.pdf.

¹⁹¹ Viz Solving problems with Your Doctor, op. cit.

v souvislosti s jehož podstoupením vznikl mezi stranami konflikt, či vytvoření léčebného plánu. Taktéž vzájemné setkání může vyústit v sepsání dříve vysloveného přání pacienta v souladu s § 36 ZZS či sepsání záznamu o odmítnutí další zdravotní péče. Výsledkem setkání současně může být upevnění spojení mezi lékařem a pacientem či ukončení terapeutického vztahu. Lékař by měl současně učinit záznam o uskutečnění setkání do zdravotnické dokumentace pacienta, neboť se jedná o významnou skutečnost související s poskytováním zdravotních služeb.

V závislosti na konkrétní domluvě mezi lékařem a pacientem a sepsání příslušného právního dokumentu je odvozena závaznost dané intervence. Vyústí-li dohoda mezi subjekty v sepsání informovaného souhlasu, jsou povinny obě strany podle tohoto informovaného souhlasu postupovat. Současně je však zachováno právo pacienta svůj informovaný souhlas odvolat dle § 97 odst. 1 OZ ve spojení s § 28 ZZS. Obdobně tak, domluví-li se strany na sepsání dříve vysloveného přání pacienta, pacient disponuje možností toto své přání následně odvolat. Lékař jej však musí plně respektovat (není-li naplněna jedna ze zákonem předvídaných možností, kdy přání nelze akceptovat)¹⁹². Obdobný efekt má sjednání léčebného plánu pacienta. Závaznost domluvy vzešlé ze společného setkání tak není právně dána oboustranně, nýbrž tato závaznost platí v zásadě jen pro lékaře. Závaznost pro pacienta lze sledovat toliko v roli morální a etické, nikoliv právní. Snaha lékaře pokusit se vyřešit vzniklý nesoulad mezi ním a pacientem zavčasu, může mít pozitivní dopad pro případné následné soudní projednávání sporu. Efektem může být předcházení podání stížnosti na poskytování zdravotních služeb dle § 93 a násl. ZZS či na konkrétního lékaře k ČLK, anebo může zcela eliminovat iniciování soudního řízení. Dojde-li k soudnímu řízení, může uskutečnění setkání s pacientem demonstrovat zájem lékaře na sjednání nápravy již při vzniku samotného nesouladu.

4.2. Nadřízený lékař

Podporu a nápomoc může lékaři při řešení problémů v terapeutickém vztahu nabídnout jeho přímý nadřízený či jiný vedoucí pracovník v rámci daného poskytovatele zdravotních služeb. Jedná se totiž o osobu s lékařským vzděláním, která disponuje odbornými znalostmi pro navržení dalšího postupu léčby a zvážení nabízených možností, osobu znalou prostředí u daného poskytovatele zdravotních služeb, a to jak co do znalostí provozních možností konkrétního zdravotnického zařízení, tak zastávané strategie poskytovatele zdravotních služeb, ale též o osobu

¹⁹² Tyto důvody zakotvuje § 36 odst. 5 ZZS. Jedná se o neaktuálnost dříve vysloveného přání s ohledem na v mezidobí dosaženého vývoje v poskytování zdravotních služeb, dojde-li jeho splněním k aktivnímu způsobení smrti, jeho splněním by mohlo dojít k ohrožení jiné osoby či došlo-li již k započatí takových úkonů bez vědomí o existenci dříve vysloveného přání, jejichž přerušením by došlo k aktivnímu způsobení smrti.

hierarchicky výše postavenou s většími zkušenostmi. I pro pacienta může tento nadřízený lékaře představovat větší autoritu než samotný ošetřující lékař. Díky tomu pacient často přikládá větší váhu jeho rozhodnutí.

Využití intervence prostřednictvím setkání či komunikace s nadřízeným není obligatorní. V praxi se však často vyskytuje i v rámci systému tzv. supervize.¹⁹³ Supervize ve zdravotnictví se realizuje prostřednictvím zkušeného odborníka – supervizora, za jehož pomoci se zdravotníci, buď individuálně, nebo kolektivně, snaží zpracovat problematické situace, reflektovat vlastní prožitky a nacházet řešení vzniklých situací do budoucna.¹⁹⁴

Právní rámec intervence prostřednictvím nadřízeného lékaře je dán vnitřními předpisy poskytovatele zdravotních služeb. Zpravidla organizační řád vymezuje organizační strukturu poskytovatele zdravotních služeb a jeho jednotlivých organizačních jednotek. Těmi jsou například úseky, kliniky, oddělení, stanice. Přesné vymezení hierarchických vztahů v rámci organizační jednotky může blíže upravovat organizační řád daného zdravotnického pracoviště. Obecné vymezení poskytuje § 302 písm. a) ZP, dle kterého je vedoucí zaměstnanec povinen řídit a kontrolovat práci podřízených zaměstnanců.

Roli interventa zastává nadřízený lékař. V souladu s organizační strukturou poskytovatele zdravotních služeb, resp. dané organizační jednotky, se může jednat o přednostu kliniky, primáře, vedoucího oddělení, vedoucího lékaře, nebo se lékař může obrátit přímo na náměstka daného úseku. Tyto osoby jsou ve vzájemném hierarchickém vztahu a liší se svými kompetencemi¹⁹⁵. Pozice přednosty kliniky spočívá zejména na zaštitění dané kliniky odbornými kvalitami. Přednosta se soustřeďuje mimo výkonu lékařské praxe na přednáškovou a publikační činnost, vědeckou činnost a na vedení kliniky. Oproti tomu role primáře, jenž je odpovědný přednostovi, se soustřeďuje na zajištění provozního chodu po stránce lékařsko-preventivní péče této kliniky. Taktéž primář má na starosti zajišťování rozvoje kliniky z pohledu management-marketing.¹⁹⁶ Obdobnou roli zastává vedoucí oddělení či stanice, je-li klinika dále členěna na další organizační jednotky. Vedoucí lékař schvaluje individuální léčebné postupy a kontroluje jejich plnění. Jeho pravomoci jsou limitovány na dané oddělení. Lékař se může obrátit též přímo na náměstka úseku léčebné péče¹⁹⁷, resp. náměstka, do jehož kompetencí spadá dohled nad poskytováním zdravotních

¹⁹³ VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2013.

¹⁹⁴ Viz KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, str. 110.

¹⁹⁵ V případě intervenování do terapeutického vztahu budou však rozdíly minimální.

¹⁹⁶ Masarykova univerzita. Přednáška Struktura zdravotnického zařízení. In: is.muni.cz [online] [cit. 18.6.2024] Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/podzim2016/BDTO0121/um/4_-_Zdravotnicke_zarizeni.pdf.

¹⁹⁷ Viz Organizační schéma Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, účinné od 1.5.2024.

služeb. Do jeho působnosti spadá i odpovědnost za úroveň a kvalitu řádného poskytování zdravotní péče a služeb zdravotnickými pracovišti.¹⁹⁸ Požadavky na zastávání uvedených nadřízených rolí jsou dány jednak potřebou vzdělání, tak formálním ustanovením do funkce. Tato osoba musí splňovat požadavky pro výkon lékařského povolání dle zákona o lékařských povoláních a musí vykonávat lékařskou praxi. Současně musí být jmenována do funkce vedoucího zaměstnance ve vztahu k danému pracovišti. Náměstky, přednosta a primáře jmenuje zpravidla ředitel na základě výběrového řízení. Vedoucí oddělení či stanice jmenuje do funkce primář oddělení či přednosta kliniky¹⁹⁹ v závislosti na interních postupech. Nejsou-li uvedení nadřízení přítomní na pracovišti, jejich funkci zastávají jimi zvolení zástupci.

Oslovení svého nadřízeného lékaře bude efektivní hlavně v případech, kdy mezi lékařem a pacientem vznikne problém týkající se léčebného postupu a vhodnosti provedení konkrétního zdravotního výkonu z pohledu medicínského. Právě s ohledem na kvality nadřízeného lékaře, tj. lékařské vzdělání a větší množství zkušeností, může taková intervence přispět k urovnání terapeutického vztahu. Nadřízený lékař může nabídnout svůj odborný pohled na věc se současným zachováním profesního odstupu od konfliktu. Nadřízený lékař je kompetentní též k řešení dalších typů problémů, a to například týkajících se provozně-technického charakteru daného zdravotnického pracoviště (např. pacient má požadavek na absolvování dalšího odborného vyšetření s užitím speciálního zdravotního přístroje), personálních možností zdravotnického pracoviště (např. požadavek pacienta na přítomnost konkrétního lékaře u zákroku), komunikačních problémů (např. nespokojenost pacienta s přístupem lékaře při informování o povaze zákroku) či základních právních problémů (např. zda může přes nesouhlas pacienta dát souhlas s daným zákrokem osoba blízká pacienta). Práva a povinnosti intervenanta jsou odvozena od jeho oprávnění v rámci organizační struktury daného poskytovatele zdravotních služeb a jeho možnostmi jako zdravotnického pracovníka dle ZZS. Uplatní se na něj též povinnost mlčenlivosti dle § 51 odst. 5 písm. a) ZZS a dle pracovněprávních norem (např. interní předpisy či pracovní smlouva).

Intervence prostřednictvím nadřízeného lékaře může iniciovat lékař různým způsobem v závislosti na zaběhlou praxi u daného poskytovatele zdravotnických služeb, resp. dané kliniky či oddělení. Zpravidla se bude jednat o osobní či telefonické oslovení tohoto nadřízeného se žádostí o nápomoc. Obecně může jít i o písemnou žádost, která bude využitelná v případě, kdy řešení nesouladu mezi lékařem a pacientem snese odkladu. Žádat o zásah nadřízeného lékaře do

¹⁹⁸ Viz organizační řád Všeobecné fakultní nemocnice v Praze – RD-VFN verze 24

¹⁹⁹ Viz provozní řád Fakultní nemocnice v Motole – č. IR_1/2011-5.

terapeutického vztahu může i pacient. Ať již přednosta kliniky či primář/vedoucí oddělení zváží, zda je nutné jeho osobní setkání s pacientem či nikoliv, a to podle povahy problému, který lékař s pacientem řeší. Může se tak jednat o jednostrannou konzultaci poskytnutou lékařem o tom, jak postupovat *lege artis*, případně jaké alternativy zvoleného léčebného plánu lze pacientovi nabídnout, nebo o společné jednání za přítomnosti obou stran; v takovém případě nadřízený lékař zastává roli mediátora, jehož úkolem je zklidnit nastalou situaci. Nadřízený lékaře se též může setkat pouze s pacientem a převzít tak roli ošetřujícího lékaře. Toto převzetí je zpravidla krátkodobého charakteru a často bude ukončeno, jakmile bude sporný aspekt poskytované zdravotní péče překonán (např. dojde k informování pacienta o povaze další zdravotní péče, bude proveden lékařský zákrok, který zpočátku pacient odmítal, bude upuštěno od lékařského zákroku, který pacient odmítl, bude provedeno požadované vyšetření řádně a dle představ pacienta atd.). Intervence se může odehrávat též ve vícero uvedených rovinách, je-li to ku prospěchu narovnání terapeutického vztahu. Uskuteční-li se intervence, měl by být o ní uvedený záznam do zdravotnické dokumentace pacienta, neboť se jedná o významnou okolnost při poskytování zdravotních služeb. Absenci zápisu do zdravotnické dokumentace pacienta lze tolerovat, byla-li intervence poskytnuta pouze ve formě rady nadřízeného lékaře ošetřujícímu lékaři.

V závislosti na podobě intervence nadřízeného lékaře je dána závaznost vzešlého výsledku. Pokud nadřízený lékař zastává roli konzultanta lékaři pro řešení vzniklého konfliktu, může být jeho stanovisko sděleno jak odborná rada nezavazující lékaře jak jednat, anebo jako závazný pokyn, jak má být dále postupováno. V prvním případě je lékař oprávněn odmítnout postupovat podle obdržené rady a bude zachována jeho plná odpovědnost za své jednání. V druhém případě je lékař povinen postupovat podle pokynu svého nadřízeného. Bude-li se jednat o nevhodný pokyn, disponuje lékař oprávněním obrátit se na příslušného nadřízeného tohoto vedoucího. Neuposlechnutím pokynu se vystavuje lékař pracovněprávnímu postihu. Pokud nadřízený lékař zastává roli mediátora konfliktu, ve vztahu k lékaři se jedná o závazný pokyn, jak má dále postupovat. Pacient však v takovém případě není povinen jednat v souladu s výsledkem intervence. Je stále zachováno jeho právo na autonomii vůle. Jeho možnosti v dalším jednání nebudou odlišné od situace, kdy intervenue pouze lékař (viz kapitola 4.1. Komunikace/setkání lékaře s pacientem). Sejde-li se nadřízený lékař samostatně přímo s pacientem a přebere pozici ošetřujícího lékaře, je dána stejná závaznost výsledku jako pro samotného lékaře uvedená výše v kapitole 4.1. Komunikace/setkání lékaře s pacientem. I v tomto případě lze očekávat přínos intervence prostřednictvím nadřízeného lékaře pro případně následně iniciované soudní řízení.

4.3. Právní oddělení

Shledá-li při poskytování zdravotní péče lékař právní problém, může se obrátit na právní oddělení, resp. právníka, poskytovatele zdravotních služeb. V závislosti na možnostech a potřebách poskytovatele zdravotních služeb může tento poskytovatel disponovat jak pouze jedním právníkem, tak vícero právníky sdružující se do organizačního útvaru různého označení (právní oddělení, legislativně-právní odbor, oddělení právních věcí, odbor právní atd.). V praxi je častým jevem též sdružení tohoto orgánu s dalšími odděleními svojí náplní související s právní činností - např. s oddělením veřejných zakázek. Právní oddělení vyhledá relevantní právní normy upravující daný problém a poskytne lékaři pomoc při jejich výkladu a aplikaci prostřednictvím vyhotovení stanoviska.

Právní rámec činnosti právníka či právního oddělení poskytovatele zdravotních služeb vymezuje příslušný vnitřní předpis poskytovatele zdravotních služeb. Zpravidla se jedná o organizační řád, který zařazuje právní oddělení do organizační struktury poskytovatele. Současně může být činnost právního oddělení upravena samostatným interním předpisem. V souladu s organizačním řádem je náplní právního oddělení například poskytování právního poradenství pro všechny organizační jednotky, zajištění právních záležitostí a problémů organizačně právních, právní zastupování poskytovatele zdravotních služeb před soudy, orgány státní správy a jinými subjekty vykonávajícími veřejnou moc, jakož i při jednáních s fyzickými a právnickými osobami, navrhování potřebných právních opatření, vymáhání pohledávek atd.²⁰⁰ Právní předpisy nestanovují povinnost poskytovatele zdravotních služeb disponovat právníkem, nicméně v současné době se jedná o standardní součást většiny právnických osob.

Pozici interventa zastává právník daného poskytovatele zdravotních služeb. Může se jednat o zaměstnance tohoto poskytovatele či osobu, s níž má poskytovatel uzavřenou smlouvu o poskytování právních služeb. Touto osobou pak může být i advokát v souladu s § 4 a násl. zákona č. 85/1996 Sb., o advokacii, ve znění pozdějších předpisů. Není vyloučeno, aby poskytovatel zdravotních služeb měl uzavřenou smlouvu o spolupráci s právnickou osobou poskytující právní služby (např. advokátní kancelář), kdy právní konzultaci lékaři poskytne člen této právnické osoby. Zpravidla se však bude jednat o zaměstnance poskytovatele zdravotních služeb. Ten je oprávněn i bez oprávnění k výkonu advokacie poskytovat právní služby osobě, k níž je v pracovněprávním nebo pracovním vztahu. Musí mít však poskytování právních služeb za

²⁰⁰ Viz např. organizační řád Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

součástí svých povinností vyplývajících z tohoto pracovněprávního nebo pracovního vztahu.²⁰¹ Požadavkem pro zastávání role právníka je absolvování vysokoškolského vzdělání v oblasti právo a právní věda v České republice. Právník je povinen jednat v souladu s právními předpisy. Současně je vázán loajalitou k poskytovateli zdravotních služeb. Je povinen hájit zájmy tohoto poskytovatele, a to prostřednictvím jak edukace zdravotnických pracovníků o řádných postupech při poskytování zdravotních služeb, tak předcházení vzniku soudních řízení. Rámec práv a povinností právníka upravují právní předpisy (např. OZ, ZP, interní předpisy poskytovatele zdravotních služeb), ale též pracovní smlouva, resp. smlouva o poskytování právních služeb. V těchto právních dokumentech je zpravidla stanovena povinnost mlčenlivosti ve vztahu k informacím, o nichž se dozvěděl při výkonu povolání, a která se uplatní i na případy intervence. Specificky pro oblast zdravotních služeb je povinnost zachovávat mlčenlivost upravena v § 51 odst. 5 písm. d) ve spojení s § 65 odst. 2 písm. a) lineá třetí, tj. z titulu, že jsou zaměstnanci poskytovatele, kteří dané informace potřebují z důvodu splnění svých pracovních úkolů.^{202,203}

Právník je kompetentní k řešení právních problémů, tj. problémů vztahující se k výkladu a aplikaci právních předpisů na daný segment poskytování zdravotních služeb. Tento právní problém může tkvět jak v individuálním rozporu s právními předpisy, tak v dlouhodobé protiprávní praxi daného lékaře. Rozpor může vzniknout jak s právními předpisy s celorepublikovou působností, tak s interními předpisy daného poskytovatele zdravotních služeb (např. směrnice, metodický pokyn). Není též vyloučen rozpor s postupy zastávanými ustálenou soudní praxí. Do pravomocí právníka náleží jak řešení konfliktů vzniklých při poskytování zdravotní péče pacientovi, tak vzniklých provozem poskytovatele zdravotních služeb či souvisejících s pracovněprávními vztahy.

Právní konzultace poskytuje právní oddělení jak na základě podnětu zdravotnických pracovníků či jiných pracovníků v rámci daného poskytovatele, tak *a priori* v případě tvorby interních předpisů poskytovatele zdravotních služeb. Naopak zcela výjimečně poskytuje právní rady pacientům či jejich osobám blízkým (pokud by se jednalo o žádost pacienta o právní rady

²⁰¹ Definice vychází z § 2 odst. 2 písm. b) zákona č. 85/1996 Sb., o advokacii, ve znění pozdějších předpisů, jenž definuje další osoby vyjma advokátů, jež mohou poskytovat právní služby na území České republiky.

²⁰² Konkrétně ZZS v § 51 odst. 5 písm. d) stanovuje, že povinná mlčenlivost platí též pro osoby uvedené v § 65 odst. 2 ZZS nahlížející bez souhlasu pacienta do zdravotnické dokumentace o něm vedené, kdy dle § 65 odst. 2 písm. a) do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou nahlížet i další zaměstnanci poskytovatele zdravotních služeb v rozsahu nezbytně nutném, dále z důvodu splnění úkolů podle ZZS nebo jiných právních předpisů a při hodnocení správného postupu poskytování zdravotních služeb.

²⁰³ Viz KOPSA TĚŠINOVÁ, Jolana; DOLEŽAL, Tomáš a POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. Vyd. 2. Praha: C.H. Beck, 2019, str. 160.

směřující proti postupu lékaře daného poskytovatele zdravotních služeb, je povinen právník tyto rady poskytnout z důvodu své povinnosti loajálnosti). Lékař či jiný zdravotnický pracovník může oslovit právní oddělení s žádostí o jeho stanovisko libovolným způsobem (telefonicky, prostřednictvím emailové zprávy, osobně) s přihlédnutím k akutnosti řešeného problému. V závislosti na zvoleném způsobu oslovení právního oddělení je poskytována samotná intervence. V případě některých poskytovatelů zdravotních služeb se objevuje i typ intervence prostřednictvím tzv. *hot-line* právního poradenství pro urgentní situace.²⁰⁴ Zpravidla právník komunikuje pouze se zaměstnancem poskytovatele zdravotních služeb, může však zaujmout pozici moderátora diskuse mezi lékařem a pacientem. Samotná intervence spočívá ve vyhledání příhodných právních ustanovení a subsumpce vzniklého problému do jejich působnosti. Právník je nápomocen jak s výkladem právních norem, tak s jejich aplikací. Vysvětlí podstatu daného problému z právního hlediska a doporučí lékaři, jak dále právně korektně postupovat. Povinnost učinit záznam do zdravotnické dokumentace není stanovena, nicméně v rámci vlastní ochrany lékaři často záznam o proběhlé právní konzultaci do zdravotnické dokumentace pacienta činí.

Intervence právním oddělením je zakončena poskytnutím stanoviska lékaři spočívající na výkladu relevantních předpisů vztahených na vzniklý problém. Toto stanovisko je poskytováno ve formě doporučení, které není obecně závazné. Postupování v rozporu s tímto stanoviskem však může mít negativní dopady pro daného lékaře v pracovněprávní rovině. Jednání lékaře v rozporu s poskytnutým doporučením právního oddělení může představovat jednání proti zájmům zaměstnavatele. Taktéž lze předpokládat, že jednání v rozporu s obdrženým právním stanoviskem znamená postupování lékaře, jiného zdravotnického pracovníka či samotného poskytovatele zdravotních služeb v rozporu s právními předpisy. To může založit občanskoprávní odpovědnost, trestní odpovědnost či správněprávní odpovědnost daného poskytovatele. Je-li zjištěno protiprávní jednání poskytovatele zdravotních služeb, disponuje tento poskytovatel regresním nárokem na náhradu škody dle § 257 ZP po lékaři.

4.4. Nemocniční ombudsman

Kompetentní osobou k řešení problémů mezi lékařem a pacientem je též tzv. nemocniční ombudsman. Nemocniční ombudsman je jednotlivec, který je oprávněn vyšetřovat, zprostředkovat a poskytovat nápravu podaných stížností uživatelů zdravotních služeb a dalších zainteresovaných

²⁰⁴ Viz Příloha Organizačního schéma VFN – podrobný popis organizačních jednotek (útvárů) VFN.

stran²⁰⁵. V prostředí České republiky se jedná o zaměstnance poskytovatele zdravotních služeb, který má za úkol zejména prosazovat práva pacientů, a to jak v rámci prošetřování jednotlivých vzniklých konfliktních situacích, tak vykonávání abstraktní kontroly a tím kultivování přístupu k pacientům v rámci daného poskytovatele zdravotních služeb. Nemocniční ombudsman zajišťuje „*mezi pacienty a zdravotníky transparentní a konstruktivní komunikaci a tím vzájemný respekt*“²⁰⁶. Ačkoliv by měl především chránit práva pacientů, je nemocniční ombudsman stavěn do role nestranného mediátora, který se snaží vyřešit vzniklý konflikt.

Statut nemocničního ombudsmana představuje zejména nástroj řešení podaných stížností pacientů proti postupům zdravotnických pracovníků podle části osmé ZZS. Nestranným přezkoumáním vzniklého incidentu je aktivně prosazováno právo pacienta na odbornou péči a zachování důstojnosti pacienta. Dochází tím též ke včasnému zklidnění vzniklé situace a potlačení řešení sporu prostřednictvím soudního řízení. Kromě ochrany práv pacientů, nemocniční ombudsman může být nápomocen ke kultivaci zdravotnického a pracovněprávního prostředí u daného poskytovatele zdravotních služeb. Tím, že odhaluje systémové nedostatky, může efektivně usilovat o jejich nápravu jak v rovině edukace zdravotnického personálu, tak iniciace tvorby interních předpisů. Současně nemocniční ombudsman poskytuje i ochranu zdravotníkům, obrátí-li se na něho. V takovém případě přispívá k moderování a deeskalaci konfliktů tak, aby se daný zdravotnický pracovník mohl naplno koncentrovat na poskytování zdravotní péče. V současné době se jedná o fakultativní institut. Obligatorní je pouze pro všechny státem řízené zdravotnické organizace²⁰⁷.²⁰⁸ Ministerstvo zdravotnictví ČR však současně vyzývá i další poskytovatele ke zřízení tohoto institutu²⁰⁹, aby došlo ke sjednocení postupů při vyřizování stížností dle ZZS napříč všemi poskytovateli.

Právní zakotvení intervence prostřednictvím nemocničního ombudsmana nabízí Metodický pokyn k vyřizování stížností podle části osmé zákona o zdravotních službách

²⁰⁵ Viz Hospital Ombudsman. In: *OmbudsmanMalawi.org* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ombudsmanmalawi.org/complaints-and-investigations/ethics-and-sectoral-ombudsman/hospital-ombudsman>.

²⁰⁶ Viz Pacientský ombudsman – ochránce práv pacientů. In: *NZIP.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/294-pacientsky-ombudsman-ochrance-prav-pacientu>.

²⁰⁷ Jedná se tak například o všechny fakultní nemocnice, IKEM, Masarykův onkologický ústav atd.

²⁰⁸ Mediátor ve vyhrocených situacích. Nemocnice by v budoucnu měly mít povinně ombudsmana. In: *iROZHLAS.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/ombudsman-pro-nemocnice-ministerstvo-zdravotnictvi_2308061117_hof

²⁰⁹ Viz Ministerstvo zdravotnictví vydalo Metodiku pro nemocniční ombudsmany. In: *Ministerstvo zdravotnictví* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-vydalo-metodiku-pro-nemocnicni-ombudsmany/>.

s využitím institutu nemocničního ombudsmana vydaný Ministerstvem zdravotnictví ČR²¹⁰. Tento metodický pokyn specifikuje post nemocničního ombudsmana, vč. vymezení jeho pravomocí. Stanovuje činnosti nemocničního ombudsmana, principy efektivního řešení stížností ve zdravotnictví a postavení nemocničního ombudsmana v rámci organizační struktury. Jednotliví poskytovatelé zdravotních služeb, kteří zřídí tento post, mají povinnost obsahově zakomponovat tento metodický pokyn do svých interních předpisů. Tyto interní předpisy upravují jednak organizační zařazení nemocničního ombudsmana v rámci daného poskytovatele zdravotních služeb, jeho činnost, tak požadavky na vyvolání jeho intervence²¹¹. Nemocniční ombudsmany v České republice sdružuje organizace Asociace ombudsmanů ve zdravotnictví ČR.

Funkci nemocničního ombudsmana může zastávat jak zaměstnanec daného poskytovatele zdravotních služeb, tak se může jednat o osobu jinou, jež poskytuje služby nemocničního ombudsmana na základě smlouvy o poskytování služeb.²¹² Může se jednat jak o zdravotnického pracovníka, tak i osobu bez zdravotnického vzdělání (např. právník). Vždy však tato osoba musí svými profesními kvalitami, zejména svými komunikačními dovednostmi, znalostí práva a svými schopnostmi, zaručovat řádný výkon této funkce, jakož i naplňování cílů postu nemocničního ombudsmana. Pro plnění role nemocničního ombudsmana není vyžadováno žádné speciální vzdělání, nicméně je vhodné, aby tato osoba byla vyškolená v oblasti mediačních a komunikačních technik.²¹³ Příhodná je též odborná znalost zdravotnického práva. Při výkonu své funkce musí být zaručena jeho nezávislost na vedení poskytovatele zdravotních služeb²¹⁴. Musí jednat spravedlivě vůči oběma stranám konfliktů. V souladu s metodickým pokynem mají pacienti právo se seznámit s informací, kdo zastává funkci nemocničního ombudsmana u daného poskytovatele, a to prostřednictvím webových stránek tohoto poskytovatele.

Nemocniční ombudsman je kompetentní k řešení problémů vztahujících se ke vzájemnému přístupu zdravotnických pracovníků a pacientů, případně jejich osob blízkých, ke kvalitě poskytovaných zdravotních služeb (např. poskytování zdravotní péče *lege artis*), k dodržování práv pacientů stanovených právními předpisy (např. poskytování zdravotní péče s informovaným

²¹⁰ Viz Metodický pokyn k vyřizování stížností podle části osmé zákona o zdravotních službách s využitím institutu nemocničního ombudsmana vydaným Ministerstvem zdravotnictví ČR dne 19.6.2023 ve Věstníku MZ ČR 8/2023 (dále jen „metodický pokyn“).

²¹¹ Příkladem je Etický kodex nemocničního ombudsmana FN Motol – viz <https://www.fnmotol.cz/wp-content/uploads/eticky-kodex-omb.pdf>.

²¹² Viz čl. 3 odst. 1 metodického pokynu.

²¹³ Viz Věstník MZ ČR 8/2023 str. 37

²¹⁴ Viz MACKENNEY, Stephen, FALLBERG, Lars. *Protecting patients' Rights? a comparative study of the ombudsman in healthcare*. Abingdon: Radcliffe Medical Press Ltd, 2004. str. 5.

a svobodným souhlasem pacienta), k naplňování stanovených standardů poskytované zdravotní péče (např. vnitřním řádem poskytovatele zdravotních služeb) či respektování zákazu diskriminace pacientů. Není-li nemocniční ombudsman kompetentní k projednání daného konfliktu, postoupí ho odpovědné osobě (např. právnímu oddělení, etickému poradci atd.). Kompetentní je však i k řešení problémů provozního charakteru či interpersonálních konfliktů v rámci personálu daného poskytovatele zdravotních služeb.²¹⁵

Intervence nemocničního ombudsmana se zaměřuje primárně na příjem a vyřizování stížností pacientů na jednání zaměstnanců poskytovatele zdravotních služeb. Aktivní roli iniciátora intervence zastává sám pacient, případně jeho osoby blízké. V souladu s čl. 1 odst. 3 písm. i) metodického pokynu je současně oprávněn k poskytování mediačního jednání zaměstnancům poskytovatele zdravotních služeb a k přijímání podnětů od zaměstnanců tohoto poskytovatele. Podnět k ombudsmanovi může být podán telefonicky, e-mailem nebo osobně²¹⁶. Byla-li, ať již jakýmkoliv uvedeným způsobem, iniciována intervence, nemocniční ombudsman zjišťuje objektivní skutkový stav. Prostřednictvím kontaktu s pacientem a zdravotnickými pracovníky (odděleně) zjišťuje objektivní skutkový stav věci, vyžádá si podklady, může nahlédnout do zdravotnické dokumentace pacienta. Zprostředkovává komunikaci mezi pacientem a dotčenými zdravotnickými pracovníky, a to včetně sjednání společného setkání a jeho moderování. Jeho činnost může spočívat též ve vysvětlení namítaného problému tkvějícího např. v provozně-technických možnostech zdravotnického zařízení danému pacientovi²¹⁷ nebo ve zklidnění rozporu vzniklého mezi zákonnými zástupci pacienta a zdravotnickým personálem.²¹⁸ Současně vyhodnocuje situaci a případně rozhoduje o oprávněnosti podané stížnosti. Je-li podána stížnost pacientem dle § 93 a násl. ZZS, je nemocniční ombudsman povinen rozhodnout o stížnosti v zásadě do 30 dnů od jejího přijetí. Zjistí-li závadný stav ze strany zaměstnanců poskytovatele zdravotních služeb, činí kroky k jeho nápravě do budoucna například prostřednictvím edukace odpovědných zaměstnanců či předáním podnětu k tvorbě, případně revizi, vnitřního předpisu

²¹⁵ Viz Ombudsman. In: *Fakultní nemocnice Motol* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/ombudsman/>.

²¹⁶ V případě nemocničního ombudsmana se prosazuje snaha o minimalizování formalizovaného průběhu intervence a v co možná nejvyšší míře zjednodušení přístupu k ombudsmanovi.

²¹⁷ Viz Nemocniční ombudsmani řeší stížnosti i konflikty, ministerstvo zavádí manuál. In: *ČT 24* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/nemocnicni-ombudsmani-resi-stiznosti-i-konflikty-ministerstvo-zavadi-manual-3981>.

²¹⁸ Viz LOSKOTOVÁ, Anna, LOSKOTOVÁ, Jitka, PAV LOVÁ, Lenka. Mediace ve zdravotnictví a možnosti jejího využití v jednotlivých fázích poskytování zdravotní péče. In: MICHANČOVÁ, Slávka, PAV LOVÁ, Lenka (eds.). *Rodina, konflikt a možnosti mediace*. Vyd. 1. Křtiny: ESI, o.p.s., Evropský smírčí institut, 2011. str. 158.

poskytovatele zdravotních služeb. Při výkonu své funkce je nemocniční ombudsman povinen zachovávat mlčenlivost o informacích, o nichž se dozvěděl. Tato povinnost vyplývá jednak z titulu jeho profese (bude-li se jednat o lékaře, tak vyplývá z § 51 odst. 5 písm. a) ZZS), tak z § 51 odst. 5 písm. d) ve spojení s § 65 odst. 2 písm. a) ZZS, neboť se jedná o zaměstnance poskytovatele zdravotních služeb, jež informace o pacientovi získává v souvislosti s plněním úkolů ve prospěch zaměstnavatele při hodnocení správného postupu při poskytování zdravotních služeb.

O intervenci nemocničního ombudsmana je vedena samostatná dokumentace. Týká-li se konkrétního pacienta, je výsledné stanovisko ombudsmana vloženo do zdravotnické dokumentace tohoto pacienta.

Typ intervence prostřednictvím nemocničního ombudsmana určuje závaznost výsledku proběhlé intervence. Prověřuje-li stížnost podanou pacientem dle části osmé ZZS, závěr jeho šetření, tj. zda je stížnost důvodná či nikoliv, oprávněná či nikoliv, je závazný jak pro poskytovatele zdravotních služeb, tak pro pacienta. Pokud s tímto závěrem však pacient nesouhlasí, může se obrátit v souladu s § 93 odst. 2 ZZS na příslušný správní orgán, který danému poskytovateli zdravotních služeb udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Nemocniční ombudsman je povinen tomuto správnímu orgánu poskytnout součinnost a předat potřebné podklady. Pokud se jedná o intervenci iniciovanou zdravotnickým pracovníkem, představuje výsledek intervence nemocničního ombudsmana doporučení pro další jednání. Tím není dotčena odpovědnost zdravotnického pracovníka za vlastní jednání.

4.5. Etické poradenství

Vznikne-li mezi lékařem a pacientem etický problém, může lékař iniciovat intervenci prostřednictvím služby etického poradenství realizující se zejména v podobě etického konzilia. Etické poradenství představuje službu, která řeší eticky konfliktní a komunikačně komplikované situace vznikající v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.²¹⁹ Cílem etického poradenství je pomoci zdravotnickému personálu, pacientům a jejich rodinám řešit názorové rozdíly nebo nejistoty ohledně dalšího postupu terapie a péče ve snaze dosáhnout právně nekonfliktního a eticky ospravedlnitelného řešení.

Etické poradenství vychází z konceptu etických orgánů ze zahraničí. Funkce těchto etických orgánů jsou zlepšit řešení problémů v nemocnicích, zvýšit informovanost a účast na

²¹⁹ Viz MATĚJEK, Jaromír. Etické poradenství jako nástroj řešení etických konfliktů ve zdravotnictví. In: *Zdravotnický deník* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/blog/eticke-poradenstvi-jako-nastroj-reseni-etickykh-konfliktu-ve-zdravotnictvi/>.

rozhodování pacientů, zprostředkovat komunikaci mezi jednotlivými odděleními při poskytování zdravotní péče a vytvářet příležitosti pro rozvoj zaměstnanců v těchto oblastech.²²⁰ Etické poradenství nabízí pomoc v těžkých a kontroverzních morálních rozhodnutích. Zabývá se řešením etických problémů. Za etický problém se považuje zejména „*situace, kdy člověk stojí před rozhodnutím, jaký z nabízených postupů dalšího jednání je správný či nesprávný, a to nikoliv po technické či organizační stránce, ale z pohledu dobra jako morální kategorie*“²²¹. Vznik konfliktu doprovázejí negativní emoce minimálně u jedné ze stran terapeutického vztahu, na které je nutné zavčas reagovat a pokusit se je rozptýlit. Smyslem etického poradenství je pomoci nalézt takové řešení etického problému, které je akceptované konsensuálně všemi členy zdravotnického týmu, pacientem, resp. jeho rodinou, a je v souladu s právem. Nabízí tak podporu pro zdravotnické pracovníky nacházející se v morálním distresu, tzn. stavu, kdy jsou nuceni jednat v rozporu s tím, co je podle nich eticky správné.²²² Zabezpečuje též vzdělání zdravotnického personálu v etických otázkách. Cílem etické konzultace je identifikovat a řešit stávající i potenciální etické problémy související s poskytovanou zdravotní péčí, zlepšit kvalitu péče o pacienty, zajistit bezpečí a pohodu pacientů a řešit případné konflikty mezi zdravotnickým personálem, pacienty a jejich příbuznými.²²³

V současné době není institut etického poradenství právně zakotven. Disponuje-li poskytovatel zdravotních služeb službou etického poradenství, činí tak z vlastního zájmu odpovědně a s respektem k právům svých pacientů. V takovém případě však je vhodné vytvořit interní právní předpisy upravující konkrétní podobu etického poradenství, jeho pravomoci a možnosti interakce s lékaři a pacienty. Jmenovitě lze zmínit interní dokumentaci Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, v níž je působení Týmu pro etické poradenství upraveno metodickým pokynem FNKV MP_0623 Provádění etického poradenství a Stanovy Týmu pro etické poradenství.

Etické poradenství lze poskytovat buď prostřednictvím jednotlivce nebo prostřednictvím etického comitté. V obou případech se může jednat jak o zaměstnance daného poskytovatele

²²⁰ Viz RAOOFI, Samira a kol. Challenges of hospital ethics committees: a phenomenological study. In: *National Library of Medicine*. [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9085536/>.

²²¹ Viz metodický pokyn FNKV MP_0623 Provádění etického poradenství – čl. 3.1

²²² Viz MATĚJEK, Jaromír. Etické poradenství – nový přístup k řešení eticky komplikovaných situací. In: *Západočeská univerzita.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/21030/1/Anotace%20prednasek.pdf>.

²²³ Viz ZURZYCKA, Patrycja, PUTO, Grażyna a kol. Hospital Ethics Committees in accredited hospitals in Poland – availability of information. In: *National Library of Medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8459817>.

zdravotních služeb, tak o externisty, se kterými daný poskytovatel spolupracuje. Etické comitté představuje panel skládající se z pracovníků různého pracovního zařazení. Může se jednat o zdravotnické pracovníky, nezdravotnické pracovníky, etiky, psychology, právníky atd. Etické comitté je navenek zaštiťováno koordinátorem pro etické poradenství. Pro vykonávání pozice etického intervenanta je nutné podstoupit speciální školení, jež obsahuje teoretický i praktický nácvik situací etického poradenství. V současné době v prostředí České republiky zajišťuje toto vzdělání Institut pro etické poradenství. Jedná se o organizaci, jejímž cílem je definovat pravidla poskytování etického poradenství při poskytování zdravotní péče a zajišťovat vzdělání etických poradců. Taktéž zabezpečuje poradní orgán pro jednotlivé etické poradce.²²⁴ Aktuálně se jedná o dvouletý kurz etického poradenství, jež obsahuje vzdělání z oblasti biomedicíny, klinické etiky, zdravotnického práva a z dovedností z vedení a facilitace rozhovorů. Etický poradce by měl být citlivý, empatický a měl by umět naslouchat stranám konfliktu a dosáhnout mezi nimi k vzájemnému porozumění. Současně musí zachovávat svou roli nestranného prostředníka vzájemného terapeutického vztahu. Oprávnění a povinnosti etického poradce jsou stanovena příslušným interním právním předpisem. Zpravidla se bude jednat o možnost nahlížet do zdravotnické dokumentace, zjišťovat informace o zdravotním stavu pacienta, vést etické konzilium, ale též i postoupit řešený problém oprávněné osobě, zjistí-li etický poradce svoji nekompetentnost či neodbornost. Stanovena je též povinnost zachovávat mlčenlivost, a to jednak statutem či stanovy etického poradenství, tak rolí člena etického poradenství, jakou u daného poskytovatele zdravotních služeb mimo to zastává.²²⁵

Etické poradenství se zabývá řešením etických problémů. Etický problém může nastat jak při zvažování provedení daného lékařského výkonu pacientovi, tak v rámci komunikace s pacientem či jeho rodinou anebo v rámci hierarchického uspořádání personálu poskytovatele zdravotních služeb. Vznik etického problému je spojován zejména s otázkami rozhodování o ukončení doposud poskytované zdravotní péče (např. extubace, ukončení dialýzy, vypnutí ICD), nezahájení terapie, vydání pokynu DNR, respektování dříve vysloveného přání pacienta, omezenost zdrojů pro poskytování zdravotní péče např. v souvislosti se vznikem pandemie atd.²²⁶

²²⁴ Viz Institut pro etické poradenství. In: *Institut pro etické poradenství* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ipep.cz/#o-nas>.

²²⁵ Členem etického comitté mohou být jak zdravotničtí pracovníci, tj. uplatní se u nich mlčenlivost dle písm. a) § 51 odst. 5 ZZS, tak to může být i jiní zaměstnanci poskytovatele zdravotních služeb. Na tyto zaměstnance se uplatní povinnost mlčenlivosti dle písm. d) § 51 odst. 5 ZZS.

²²⁶ Viz Etické poradenství přichází již i do českých nemocnic. In: *Medical Tribune* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/eticke-poradenstvi-prichazi-jiz-i-do-ceskych-nemocnic/>.

Morální distres a tím i etický problém může též nastat, je-li odmítána adekvátní léčba pacientem či jeho zástupcem bez zjevných důvodů, objeví-li se nejednotnost postupů ve zdravotnickém týmu, nejsou-li aplikovány nové ošetrovatelské postupy, je-li lékař opakovaně kritizován pacientem či jeho rodinou, ať již osobně nebo na sociálních sítích atd.²²⁷

Službu etického poradenství iniciuje zdravotnický pracovník, nejčastěji člen ošetrovatelského týmu, pacient či jeho rodina. V zásadě však o etické konzilium může požádat každý, koho se poskytování zdravotní péče týká a vnímá etický problém. Etické poradenství je zajišťováno ve formě etické konzultace v podobě etického konzilia. Samotný průběh etického konzilia je upraven vnitřními předpisy daného poskytovatele zdravotních služeb, u nějž působí etický poradce či etické comitté²²⁸. Etického setkání se účastní pouze osoby, které jsou zainteresované do péče o pacienta. Etický poradce představuje moderátora diskuse, kdy na jedné straně stojí typicky zdravotnický tým a na druhé pacient, případně jeho rodina či osoby blízké. Prostřednictvím takto diverzifikovaného složení členů setkání je možné z vícero úhlů pohledu realizovat kombinaci dvojích kritérií – jednak představit preference pacienta, není-li sám účasten, tak hledat jeho nejlepší zájem.²²⁹ Etický poradce nejprve vyslechne obě strany konfliktu samostatně a snaží se správně identifikovat spornou etickou otázku. Následně moderuje společné setkání stran, kdy prostřednictvím kladených otázek na obě strany sporu se snaží navést strany ke sjednání vzájemného konsensu, který je právně a eticky korektní pro všechny zúčastněné. O průběhu setkání se sepíše zápis, který je součástí zdravotnické dokumentace pacienta. Etické konzilium představuje ničím neomezené názorové pole. Účastníci etického konzilia nesmí být sankciováni za projev svého názoru a musí být šetřeno jejich práv.

Výsledkem etického konzilia je doporučení o dalším postupu v poskytování zdravotní péče pacientovi. Resumé etického konzilia představuje nezávazný pokyn, jehož respektování závisí na rozhodnutí ošetrujícího lékaře. Odpovědnost za medicínské rozhodnutí tak nese, i přes proběhlou etickou konzultaci, lékař a další zdravotničtí pracovníci.²³⁰ Uskutečnění etického konzilia může mít pozitivní dopad na kvalitu poskytované zdravotní péče, zvýšení respektu k autonomii pacienta, snížení nákladů poskytované terapie a snížení stresové zátěže zdravotnických pracovníků. Může

²²⁷ Viz CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena; MATĚJEK, Jaromír a STEINLAUF, Barbora. *Etika v pediatrii a neonatologii*. Praha: Grada Publishing, 2023, str. 103.

²²⁸ Takovým interním předpisem je například Metodický pokyn FNKV MP_0623 Provádění etického poradenství.

²²⁹ Viz KUŘE, Josef. Etika rozhodování o zdravotní péči v závěru života. *Časopis zdravotnického práva a Bioetiky*, 10 (2).

²³⁰ Viz PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada, 2014, str.464.

těž přispět ke snížení množství soudních sporů tkvějící v pacientem vnímané nedostatečné poskytované zdravotní péči. Pro samotného poskytovatele zdravotních služeb není uskutečnění ani výsledek etického konzilia závazné; vytváří však lepší obraz o daném poskytovateli.

4.6. Psychosociální intervenční služba, peer služba

Další možností, kterou lékař disponuje, je zajištění odborné pomoci v terapeutickém vztahu prostřednictvím iniciování psychosociální intervenční služby. Jedná se o specifickou formu pomoci – mezi lékařem a pacientem nelze dosáhnout konsensu na poskytování další zdravotní péče, avšak z důvodu mající původ mimo terapeutický vztah. Člen týmu psychosociální služby je aktivován tehdy, dojde-li u pacienta či v jeho okolí ke krizové situaci, v důsledku které je natolik psychicky ovlivněn, že v danou chvíli není schopný adekvátně posoudit další jemu nabízenou zdravotní péči. Rozlišují se dva typy reakcí, a to reakce a), jež se projevuje agresí zasaženého (např. fyzickým násilím, brachiálním chováním), a reakce b), jež se projevuje absencí komunikace zasaženého s okolím (např. strnutí na místě, nereagování). Nadměrný psychický nátlak může též zasáhnout samotného lékaře. V takovém případě mu může pomoci tzv. peer služba.

System psychosociální intervenční služby (dále jen „SPIS“) představuje *„koordinovaný postup v resortu zdravotnictví, jehož náplní je poskytování první psychické pomoci a psychosociální podpory; uplatňován je v rámci preventivních opatření a edukace, především při psychickém zasažení a v situacích psychicky nadlimitně zátěžového charakteru, které mohou následně negativně ovlivnit psychiku zasažených.“*²³¹ Psychosociální intervenční služba se zaměřuje na řešení problémů mající původ psychický (dotýkající se pocitů, chování) nebo společenský (dotýkající se sociálních potřeb komunity lidí).²³² V závislosti na tom, kdo je přímo zasažen nadměrnou psychickou zátěží, je intervenční služba poskytována jednak prostřednictvím tzv. intervenční podpory, jíž se dostává primárně psychické pomoci pacientovi nebo osobám blízkým pacienta, jednak tzv. peer služby, jíž se dostává psychické pomoci samotnému zdravotnickému pracovníkovi. Oba způsoby pomoci však shodně představují pomoc zdravotnickému pracovníkovi, neboť v případě intervenční služby dochází k odbřemenění zdravotnického pracovníka od poskytování psychické pomoci pacientovi či jeho okolí a může se věnovat bezprostřednímu poskytování zdravotních služeb. SPIS se uplatňuje v případě vzniku

²³¹ Viz čl. 2 odst. 13 Metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví

²³² Viz BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2005, str. 202.

krizové situace, jež nadlimitně psychicky zatěžuje danou osobu, jak zdravotníka či pacienta a jeho osoby blízké, a tato osoba není schopná se samostatně s danou situací vyrovnat. Poskytování této péče představuje první krok odborné pomoci, kde SPIS nenahrazuje odbornou psychologickou pomoc, nýbrž zajišťuje okamžitou pomoc vyškolenými pracovníky reagujícími bezprostředně na vzniklou krizovou situaci.

Právní rámec SPIS tvoří metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví z roku 2019²³³, jež vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR za podpory Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP, z.s. a dalších subjektů²³⁴. Toto metodické doporučení vyzývá poskytovatele zdravotních služeb k začlenění psychosociální intervenční podpory do své organizace a implementaci stanovených pravidel do svých vnitřních předpisů. Metodické doporučení navazuje na zákonnou povinnost poskytovatelů zdravotních služeb, jakožto zaměstnavatelů, zajistit svým zaměstnancům bezpečnost a ochranu zdraví při práci se zohledněním rizik možného ohrožení jejich života a zdraví, která se týká výkonu jejich práce.²³⁵ Výskyt nadlimitních psychicky zátěžových situací představuje výrazné riziko pro psychické a fyzické zdraví zaměstnanců, jímž je třeba bránit. Toto metodické doporučení definuje podstatu samotného SPISu, definuje ústřední pojmy SPISu, včetně subjektů přímo se podílejících na poskytování psychosociální intervenční služby, a zakotvuje základní zásady poskytování peer a intervenční podpory. Tyto zásady blíže rozvádí Etický kodex poskytovatele Systému psychosociální intervenční služby, jež je závazný pro všechny poskytovatele SPISu, tj. vyškolené zdravotnické peer pracovníky, interventy, krajské koordinátory a odborníky na duševní zdraví.²³⁶ Etický kodex obsahuje jak obecné zásady, za kterých je SPIS poskytován, tak práva a povinnosti poskytovatelů intervenčních služeb a požadavky na odpovědnost ke vzdělání peer a interventů. Právní rámec SPISu uzavírají vnitřní předpisy daného poskytovatele zdravotních služeb. Jedná se zejména o příslušnou směrnici pro poskytování psychosociální podpory, jež přebírá ustanovení výše uvedených právních dokumentů a implementuje je na konkrétní provoz daného poskytovatele zdravotních služeb.

Poskytovatel zdravotních služeb není povinen zřídit ve své organizaci tým poskytující psychosociální intervenční službu. Psychosociální intervenční službu zajišťuje zdravotnický intervent, jenž je zaměstnancem daného poskytovatele zdravotnických služeb. Jedná se o osobu,

²³³ Dále jen „metodické doporučení“.

²³⁴ Jedná se o dále o Asociaci zdravotnických záchranných služeb ČR, Asociaci klinických psychologů ČR a Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

²³⁵ Viz § 101 odst. 1 a 2 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.

²³⁶ Viz Etický kodex SPISU.

kteřá poskytuje první psychickou podporu zasaženým, jevící příznaky akutní stresové reakce. Interventem se rozumí zdravotnický pracovník se zvláštní odbornou způsobilostí, jež získá absolvováním certifikovaného kurzu „*První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční služba poskytovaná sekundárně zasaženým*“. Peer službu zajišťuje zdravotnický pracovník – peer, jenž získá zvláštní odbornou způsobilost k výkonu této činnosti absolvováním certifikovaného kurzu „*Peer program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům – strategie zvládnání psychicky náročných situací*“.²³⁷ Další požadavky na výkon funkce interventa, resp. peera, nejsou stanoveny. Ministerstvo zdravotnictví ČR eviduje pro statistické účely počet vyškolených osob výše uvedených specializací. Intervent může působit jak u poskytovatele zdravotnických služeb, tak u jiných, zejména pomáhajících profesí, tj. u zdravotnické záchranné služby, hasičského záchranného sboru, Policie ČR atd. Úkolem zdravotnického pracovníka – interventa či peera je být průvodcem zasaženého, poskytnout mu první psychickou pomoc ve snaze stabilizovat jeho aktuální prožívání nastalé krizové situace²³⁸. Intervent je povinen pečovat o zasaženého v rámci svých odborných a profesních možností, respektovat právo zasaženého na svobodné rozhodnutí, pomáhat mu plánovat jeho další bezprostřední kroky, zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem intervenční služby, respektovat etické a morální principy atd. Nazná-li intervent potřebu předání zasaženého do péče jiné odborné osoby, např. odborného psychologa, je povinen tak učinit.

Poskytování psychosociální intervenční služby musí být indikováno lékařem či jiným členem zasahujícího týmu, neboť se odehrává v přímé souvislosti s výkonem jeho práce. Zasažený s ní musí současně souhlasit. Zasažený jí může i sám iniciovat, ale taková situace není z povahy věci běžná. Intervence zpravidla nebude probíhat u agresivních jedinců či osob pod zjevným vlivem omamných látek. Tato služba se uplatní v případech, kdy zasažená osoba prochází nadlimitně psychicky zatěžující událostí. Tou může být v případě klienta intervenční služby např. vážné poranění, onemocnění či smrt osoby blízké, perinatální úmrtí, sebevražedné pokusy atd. V případě klienta peer služby se může jednat o vážné onemocnění či smrt dítěte, hromadné neštěstí, úmrtí pacienta během operace, sebevražda pacienta, nezdařený pokus o záchranu života spojený s pocity bezmoci, péče o agresivního pacienta, profesní pochybení atd.²³⁹ Intervence probíhá bezprostředně poté, co dojde ke vzniku krizové situace dle časových a provozních možností členů psychosociální intervenční služby. Samotná intervence trvá podle potřeby

²³⁷ Viz čl. 7 odst. 1, resp. čl. 5 odst. 1, metodického doporučení.

²³⁸ Viz čl. 7 odst. 6 písm. a) metodického doporučení.

²³⁹ Viz příloha č. 5, resp. 3, metodického doporučení.

zasaženého, nejčastěji v řádu desítek minut. Její obsah se odvíjí od konkrétní situace, na kterou intervent reaguje, a dle potřeb zasaženého. Obvykle spočívá v aktivním naslouchání, poskytnutí emoční podpory, empatie a závěrečného doporučení. Intervence může probíhat jak individuálně (jeden intervent se stará o jednoho zasaženého), tak ve formě skupinové podpory. Místo, kde je podpora poskytována, závisí na konkrétní situaci a potřebám zasaženého.

Samotný průběh intervence nemá stanovený žádný formalizovaný postup. Vždy bude záležet na okolnostech daného případu. Obecně se bude jednat o setkání interventa a zasaženého koncipované jako vzájemný rozhovor, jehož podstatou bude provedení zasaženého prožívanou situací a poskytnutí následné podpory. Taktéž není stanovena povinnost vyhotovit zápis o proběhlé intervenci. S ohledem na citlivost a důvěrnost intervenčního setkání se řada poskytovatelů zaštituje informací, že není činen žádný písemný doklad o proběhlém setkání. Lze však předpokládat, že pro účely statistických dat a supervizi si bude poskytovatel SPIS vést evidenci o počtu proběhlých setkání, avšak bez bližších podrobností. Intervence se účastní výhradně intervent a zasažený (případně více zasažených osob, jedná-li se o formu kolektivní podpory a jedná-li se o osoby vzájemně provázané). Setkání se zpravidla neúčastní ošetřující lékař.

Výsledkem intervence psychosociální intervenční služby je zejména psychické uklidnění zasaženého a umožnění mu činit další kroky. Bude-li iniciována intervenční podpora s cílem obnovení či vytvoření rámce pro rozhodování o podobě další poskytované zdravotní péči, bude výsledkem též stabilizace pacienta a jeho opětovné získání způsobilosti k dalšímu rozhodování. Úkolem interventa však není rozhodovat o další poskytované zdravotní péči. Nelze tak hodnotit závaznost výsledku intervence. Taktéž rozhodnutí, zda je již pacient schopen sám o sobě rozhodovat, nečiní intervent, nýbrž samotný ošetřující lékař. Skutečnost, že proběhlo intervenční setkání, tak nemá přímé důsledky pro samotného poskytovatele zdravotních služeb. Nepřímé důsledky lze shledávat v případné limitaci nesprávného pochopení situace, vzniku komunikačních bariér či pocitů nedostatečné péče a pozornosti ze strany zdravotníků, což může snížit počet podaných stížností na postup při poskytování zdravotní péče dle ZZS či přímo na daného lékaře k ČLK. Pro případný soudní spor může aktivace psychosociální intervenční služby představovat zájem poskytovatele zdravotních služeb na komplexní péči o své pacienty.

V obdobném režimu probíhá i zmíněná peer služba, jež se soustředí na psychické zdraví samotných zdravotníků. Jedná se o kolegiální podporu prostřednictvím tzv. peer zdravotnických pracovníků, jejímž účelem je podpora při zvládání nadlimitní zátěže v rámci profese, snížení rizika

profesního selhání či syndromu vyhoření a prevence vzniku posttraumatické stresové situace.²⁴⁰ Ačkoliv je tato péče adresována samotným zdravotníkům, může mít účast na setkání s peerem pozitivní dopad na vztah mezi lékařem a pacientem. Takové setkání může lékaři přispět k pochopení pacienta či opuštění zastávané pozice v rámci defenzivní medicíny, čímž může snadněji dojít k dosažení konsensu mezi ním a pacientem. Ani v případě peer setkání není formalizovaný jeho průběh a více než v případě intervenčního setkání zde bude kladen důraz na mlčenlivost o jeho obsahu. Jedná se o formu pohovorů uskutečněných ve vhodných intervalech.²⁴¹ Tím, že jsou tato setkání koncipována jako neoficiální a důvěrná, předchází se tím případné stigmatizaci lékaře.

I v případě psychosociální intervenční služby i peer služby se uplatňuje systém supervize, a to nejčastěji pod vedením psychologa.²⁴²

4.7. Nemocniční kaplan

O pomoc při narovnání vztahu s pacientem může lékař požádat i nemocničního kaplana či jiného průvodce duchovní péče. Nemocniční kaplan představuje osobu, která ve zdravotnickém zařízení (případně zařízení sociální péče) vykonává pastorační péči. Jeho působení je vázáno na pověření danou církví, ke které náleží, a uzavření smlouvy s daným zdravotnickým zařízením. Služby nemocničního kaplana spočívají zejména v naslouchání pacientům, pomáhání jim s hledáním naděje, smyslu nemoci, zajišťování jim modliteb či četbě Bible. Taktéž kaplan poskytuje péči příbuzným pacientům při ztrátě blízkého člověka.²⁴³ Nemocniční kaplan zprostředkovává duchovní péči všem lidem bez rozdílu jejich vyznání či světového názoru.²⁴⁴ Jeho činnost, kterou lze označit za klinickou pastorační péči²⁴⁵, spočívá v doprovázení pacienta v tom,

²⁴⁰ Viz Podpora zdravotníkům. In: *SPIS* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.spis.cloud/podpora-zdravotnikum/>.

²⁴¹ Viz MATOUŠKOVÁ, Ingrid. Systém psychosociální intervenční služby v ČR. In: *19. mezinárodní vědecká konference – Řešení krizových situací v specifickom prostředí*, Fakulta speciálního inženýrstva, 2014 [online] [cit. 18.6.2024] Dostupné z: <http://fbiw.uniza.sk/rks/2014/articles/Matouskova.pdf>, str. 459

²⁴² Viz BURIÁNKOVÁ, Helena a RYBA, Alan. Systém „Psychosociální intervenční služby – PIS“ na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy – ÚSZS. *Urgentní medicína – časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 2/2009, str. 37.

²⁴³ Viz Duchovní služba ve zdravotnických zařízeních pražské arcidiecéze. In: *Arcibiskupství pražské* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://apha.cz/duchovni-sluzby/nemocnicni-kaplani/>.

²⁴⁴ Viz Duchovní služba ve zdravotnických zařízeních pražské arcidiecéze, op. cit.

²⁴⁵ Viz MARYŠKOVÁ, Jana. *Nemocniční kaplanství a alternativní spiritualita: prakticko-teologická reflexe*. Praha: Grada, 2024, kap. 1.2.

co právě prožívá v souvislosti s jeho nemocí, postižením, umíráním či jiné životní etapě, pro níž se nachází u poskytovatele zdravotních služeb.²⁴⁶

Nemocniční kaplan nabízí služby jak pacientům, tak jejich příbuzným, tak personálu. Věnuje se zejména pacientům, kteří se v průběhu hospitalizace cítí osamělí, smutní, kteří v souvislosti s nemocí řeší naléhavé existenciální otázky, kteří ztrácejí smysl života vlivem nemoci či potřebují vyslechnout. Příbuzným pacientů se nemocniční kaplan věnuje, zejména nesou-li psychicky špatně nemoc či odloučení blízké osoby, nejsou-li schopny komunikovat s pacientem či potřebují-li povzbudit. Zdravotnickým pracovníkům je nemocniční kaplan nápomocen zejména, potřebují-li konzultovat závažné rozhodnutí či podpořit od druhé osoby, jak z důvodů pracovních, tak soukromých.²⁴⁷

Právní základ působení nemocničního kaplana u poskytovatelů zdravotních služeb lze sledovat v Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice z roku 2006. Tato dohoda obsahuje závazek smluvních stran vysílat kaplany a dobrovolníky do zdravotnických zařízení s cílem přispět trpícím pacientům v těžkých situacích.²⁴⁸ Jedná se o široce pojatou dohodu, jež nebere ohled na typ vyznání pacientů. Tato dohoda stanovuje kvalifikační předpoklady na výkon funkce nemocničního kaplana a etický kodex nemocničního kaplana. V roce 2011 byla doplněna o Dodatek č. 1, jenž blíže určuje předpoklady pro výkon funkce nemocničního kaplana²⁴⁹ a v roce 2019 o Dodatek č. 2.²⁵⁰ K prosazení duchovní péče ve zdravotnictví (zvláště nemocnicích) přispělo vydání Metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví ČR o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb.²⁵¹ Tento pokyn zakotvuje zejména organizační strukturu poskytování duchovní péče u tohoto typu poskytovatelů zdravotních služeb a stanovuje práva a povinnosti kaplana. Přínosem metodického pokynu je zakotvení termínu „*nemocniční kaplan*“. V roce 2019 byla uzavřena Dohoda o duchovní péči ve

²⁴⁶ Viz BARTŮNĚK, Petr, PTÁČEK, Radek (ed.). *Soucit v medicíně*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada, 2023, kapitola 40, str. 2

²⁴⁷ Viz Kaplanská služba v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem, o. z. In: *KZČR.cz*. [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.kzcr.eu/cz/ul/pro-pacienty/informace-pro-pacienty/duchovni-sluzby/>.

²⁴⁸ Viz Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice.

²⁴⁹ Viz Dodatek č. 1 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice uzavřený dne 20.11.2006 ze dne 12.12.2011.

²⁵⁰ Viz Dodatek č. 2 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v České republice uzavřený dne 20.11.2006 ze dne 15.1.2019.

²⁵¹ Viz Metodický pokyn o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb uveřejněný ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 4/2017.

zdravotnictví, jejímiž signatáři je Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví na straně jedné a Česká biskupská konference a Ekumenická rada církví v ČR na straně druhé.²⁵² Předmětem této dohody je vymezení konkrétních podmínek spolupráce mezi Ministerstvem zdravotnictví a církvemi působícími v České republice při poskytování duchovní péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb. Tato dohoda upravuje zřízení Rady pro duchovní péči ve zdravotnictví, statut kaplana vč. podmínek jeho pověření a zásady činnosti kaplana. Uvedené dokumenty výrazně doporučují poskytovatelům zdravotních služeb zřídit post nemocničního kaplana, a to i v souladu s možností faktické realizace práva pacienta na duchovní péči dle § 28 odst. 3 písm. j) ZZS.

Kromě výše uvedených stěžejních právních podkladů lze funkci nemocničního kaplana nalézt i v dalších právních předpisech. Jako na osobu působící jako zaměstnanec ve veřejných službách nahlíží na nemocničního kaplana nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů.²⁵³ Právo na duchovní péči ve zdravotnictví, jakožto jedno ze zákonem stanovených práv pacienta, je uvedeno v § 28 odst. 3 písm. j) ZZS. Dle tohoto ustanovení má pacient při poskytování zdravotních služeb právo přijímat ve zdravotnickém zařízení duchovní péči a duchovní podporu od v zákoně specifikovaných duchovních společenství. Při využití tohoto práva musí být brán ohled na vnitřní řád daného poskytovatele zdravotních služeb, práva ostatních pacientů a svůj zdravotní stav. Představovalo-li by uplatňování tohoto práva pacienta ohrožení uvedených hodnot, lze právo na duchovní péči omezit. Návštěvu duchovního nelze zpravidla²⁵⁴ pacientovi odepřít tehdy, je-li v ohrožení života či vážného poškození zdraví.²⁵⁵

Dalšími neopomenutelnými právními předpisy zakotvující statut nemocničního kaplana jsou vnitřní předpisy společností sdružující nemocniční kaplany a vnitřní předpisy daného poskytovatele zdravotních služeb, u nějž nemocniční kaplan působí. V současné době fungují dvě kaplanské profesní organizace, a to Asociace nemocničních kaplanů²⁵⁶ (sdružující zejména kaplany vázané církvemi, jež jsou zastoupené v Ekumenické radě církví) a Katolická asociace

²⁵² Viz Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví ze dne 11.7.2019.

²⁵³ Viz příloha B, 1. část, díl 1.02, oddíl 1.05.04 nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů.

²⁵⁴ ZZS uvádí, že toto právo může být omezeno, stanoví-li výjimku z práva na duchovní péči jiný právní předpis, a to jak napřímo, či zprostředkovaně, je-li postupováním v souladu s tímto právním předpisem fakticky znemožněno právo na duchovní péči. Tímto právním předpisem může být například předpis z oblasti hygienických požadavků či ochrany veřejného zdraví.

²⁵⁵ Viz § 28 odst. 2 písm. j) ZZS.

²⁵⁶ Mezi interní právní předpisy této asociace patří Stanovy a Standardy.

nemocničních kaplanů v České republice (sdružující katolické nemocniční kaplany). Opomenout nelze ani Evropskou síť nemocničního kaplanství. Příkladem takového předpisu je i Etický kodex nemocničního kaplana²⁵⁷. Etický kodex zakotvuje povinnost kaplana respektovat základní lidská práva svých klientů, a to zejména právo na život a právo na soukromí. Stanovuje povinnost mlčenlivosti, jeho práva a povinnosti a také situace, kdy může odmítnout poskytování duchovní péči danému klientovi.²⁵⁸ Z důvodu, že nemocniční kaplan působí u poskytovatele zdravotních služeb na základě smlouvy o spolupráci, i tato smlouva stanovuje právní podklad vzájemné spolupráce.

Kvalifikační požadavky pro výkon funkce nemocničního kaplana jsou stanoveny výše uvedenými smlouvami. Pro výkon funkce je nutné disponovat pověřením vlastní církvi reprezentovanou Českou biskupskou konferencí nebo Ekumenickou radou církví ČR, mít dokončené vysokoškolské vzdělání teologického studijního programu, působit minimálně tři roky v obecné pastorační péči, absolvovat specializační kurz „*Nemocniční kaplan*“ realizovaný na teologické fakultě, jehož obsah určuje Ministerstvo zdravotnictví ČR²⁵⁹ a mít uzavřenou smlouvu s daným poskytovatelem zdravotních služeb. Kaplan je současně zaměstnancem tohoto poskytovatele zdravotních služeb. Je tak nutné navázat u daného poskytovatele pracovní právní vztah. U jednoho poskytovatele zdravotních služeb může současně působit vícero kaplanů s ohledem na typ církve, kterou je pověřen k výkonu své činnosti.

Nemocniční kaplan nabízí psychickou, ať již akutní, tak dlouhodobou, pomoc v těžkých situacích.²⁶⁰ Je tak kompetentní k řešení osobních, existenciálních, etických a morálních otázek a potřeb optikou duchovní péče. Se souhlasem pacienta může být kaplan informován o jeho zdravotním stavu a diagnóze. Může se tak zapojit do řešení otázek medicínského charakteru; je však třeba zohlednit, že povinností nemocničního kaplana není absolvovat medicínský studijní program či absolvovat zdravotnický kurz. Jeho pohled na zdravotní stav pacienta je limitován jeho vlastními zkušenostmi a všeobecným rozhledem²⁶¹. Primárním úkolem kaplana je mírnit duchovní

²⁵⁷ Viz Etický kodex nemocničního kaplana.

²⁵⁸ Tímto důvodem může být výhrada svědomí kaplana či jeho nepříznivý momentální fyzický či psychický stav. Viz čl. 4, odst. 4.9 a 4.10 Etického kodexu nemocničního kaplana.

²⁵⁹ Součástí tohoto kurzu je nabytí znalostí zejména v oblasti lékařské a zdravotnické kliniky, krizové intervence, orientace ve zdravotnických oborech, právního minima v oblasti sociální péče a zdravotnictví, komunikace v obtížných situacích a zásad spirituální péče. Viz SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, str. 88.

²⁶⁰ Viz Kdo je nemocniční kaplan. In: *Asociace nemocničních kaplanů* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.nemocnicnikaplan.cz/kdo-je-kaplan/>.

²⁶¹ V tomto ohledu Etický kodex nemocničního kaplana výslovně stanovuje, že nemocniční kaplan má zachovávat hranici svých profesních kompetencí, vážit si ostatních členů ošetrovatelského týmu. Současně má povinnost při

bolest pacienta (případně jiného žadatele o jeho služby), a tím napomocť k tišení jeho celkové bolesti, zvýšení kvality jeho života a vytvoření pocitu bezpečí a spokojenosti.²⁶² Vyhledávaný tak bude zejména v případě, že se vyskytne duchovní otázka při poskytování zdravotní péče, jejímž zodpovězením bude pacient schopen se dále rozhodovat o další léčbě. Nespadá-li daný problém do kompetence kaplana, zařídí kontakt pacienta s daným odborníkem.²⁶³

O intervenci nemocničního kaplana může požádat kdokoliv, a to jak lékař, pacient, tak příbuzný pacienta. Pokud osloví kaplana lékař v zastoupení pacienta, vždy by měl respektovat případné spirituální založení samotného pacienta. Většinou však propojení pacienta s kaplanem zajišťuje zdravotní sestra, jež je při poskytování zdravotní péče blíže k pacientovi a rychleji identifikuje jeho duchovní potřeby.²⁶⁴ Poskytování duchovní péče může spočívat v rozhovoru s nemocničním kaplanem, v naslouchání, v hledání odpovědí na otázky nejen duchovní. Návštěva kaplana může probíhat jak u lůžka pacienta, tak ve speciálně určené místnosti pro duchovní péči.²⁶⁵ Pokud je nemocniční kaplan povolán k řešení neshod či nedorozumění mezi lékařem a pacientem, může intervence probíhat jak za přítomnosti všech zúčastněných, tak postupnými rozhovory. Vždy bude záležet na povaze řešeného problému. V případě kaplana však platí povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděl při výkonu služby. Tato mlčenlivost se vztahuje i na předávání informací od pacienta zdravotnickému pracovníkovi; k postoupení informací může dojít pouze se souhlasem pacienta.²⁶⁶ V tomto ohledu je nutné zmínit, že lze spatřovat hierarchii mezi povinnostmi mlčenlivosti, kdy nejpřísnější je tato povinnost stanovena knězi, jenž nemůže ani se souhlasem pacienta sdělit skutečnostmi vyřčené při zpovědi. Méně přísná je mlčenlivost nemocničního kaplana, jemuž k předání obdržených informací stačí souhlas pacienta. Nejméně přísná je pak povinnost mlčenlivosti zdravotníka, jenž je v mezích zákona oprávněn sdílet získané informace např. s ošetrovatelským týmem. Kaplan je současně povinen respektovat ošetrovatelský a léčebný proces. Kaplan nesmí zasahovat do stanovené léčby;

poskytování duchovní péče respektovat ošetrovatelský a léčebný proces. Viz čl. 3 odst. 3 a 4 Etického kodexu nemocničního kaplana.

²⁶² Viz čl. 3 odst. 1 Etického kodexu nemocničního kaplana.

²⁶³ Viz KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, str. 229.

²⁶⁴ Viz Nemocniční kaplan-ka: kdo to je, co dělá a s čím může pomoci. In: *Sociální práce.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/fakta-legislativa-dokumenty/nemocnici-kaplan-ka-kdo-to-je-co-dela-a-s-cim-muze-pomoci/>.

²⁶⁵ Poskytovatel zdravotních služeb je povinen zajistit v prostorách svého zdravotnického zařízení zázemí pro kaplanovou činnost, a to jak v podobě zázemí pro samotného kaplana, tak místo pro výkon duchovní činnosti. Taktéž má povinnost umožnit vstup kaplana do lůžkových a společenských prostor zdravotnických pracovišť. Viz čl. 6 odst. 3 písm. b) a čl. 7 odst. 1 Dohody o duchovní péči ve zdravotnictví.

²⁶⁶ Viz čl. 2 odst. 1 a 2 Etického kodexu nemocničního kaplana.

v průběhu své intervence směřuje pacienta k vlastnímu rozhodnutí a zodpovídá mu jeho otázky duchovního zaměření. Proběhlá intervence se zapisuje do zdravotnické dokumentace, a to dle povahy vlastního setkání. Zpravidla bývá do zdravotnické dokumentace uveden záznam o přítomnosti kaplana u pacienta a též naznačen obsah setkání bez bližších podrobností.²⁶⁷

V závislosti na typu intervence je dán její výsledek. Probíhá-li intervence za přítomnosti pacienta i lékaře, zastává nemocniční kaplan roli moderátora této diskuse. Výsledek je tak dán společným rozhodnutím lékaře a pacienta. Závaznost výsledku je totožná, jak je uvedeno v kapitole věnující se setkání lékaře s pacientem (viz kapitola 4.1. Komunikace/setkání lékaře s pacientem). Pokud se jedná o intervenci v podobě komunikace nemocničního kaplana s pacientem, předává pacientovi nemocniční kaplan svůj pohled na jím řešený problém. Závaznost výsledku nedosahuje ani úrovně doporučení, neboť kaplan se nesnaží vnutit pacientovi svůj názor, pouze mu demonstruje odlišné vnímání reality za současného uplatnění kaplanem zastávaných duchovních hodnot. Zda pacient přijme názor kaplana za vlastní, je ponecháno plně na jeho vůli. Výsledkem intervence kaplana je tak zejména spirituální zklidnění pacienta a jeho nasměrování v dalších rozhodnutích, nikoliv utvoření právně závazného rozhodnutí.

4.8. Kontakt s další osobou

Pozici interventa může zastat též jakákoliv další osoba, je-li její vstup do terapeutického vztahu efektivní pro vyřešení vzniklého nesouladu. Vždy bude záležet na konkrétní situaci, typu řešeného problému a subjektech mezi nimiž došlo k problému při poskytování zdravotní péče. Nad rámec uvedeného výčtu prostředků intervence v rámci daného poskytovatele zdravotních služeb lze uvést intervenci prostřednictvím klinického psychologa či psychoterapeuta. Nelze ani podceňovat vliv rodiny a osob blízkých pacienta na terapeutický vztah.

Klinický psycholog patří mezi potenciální interventy v terapeutickém vztahu. Klinický psycholog „provádí psychodiagnostická a psychoterapeutická vyšetření při léčbě duševních poruch a onemocnění, při rehabilitaci a při přípravě na lékařské zákroky.“²⁶⁸ Jedná se o zdravotnického pracovníka s odbornou specializací v oblasti klinické psychologie. Zpravidla je to zaměstnanec daného poskytovatele zdravotních služeb. Uplatňuje se na něj povinnost mlčenlivosti dle ZZS jakožto na zdravotnického pracovníka a též dle interních předpisů poskytovatele zdravotních služeb.

²⁶⁷ Viz osobní zkušenosti MUDr. Mgr. Martina Moravce, O.Cr., nemocničním kaplanem Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

²⁶⁸ Viz Klinický psycholog. In. *NZIP.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1295>.

Samotná intervence klinickým psychologem probíhá obdobně jako setkání pacienta s ošetřujícím lékařem či s nadřízeným lékařem. Jedná se nejčastěji o podobu osobní konzultace a rozhovoru s pacientem a lékařem, při němž klinický psycholog mapuje názorový nesoulad mezi stranami terapeutického vztahu. Blíže se zaměřuje na psychické zdraví pacienta. Záznam konzultace je součástí zdravotnické dokumentace pacienta ve formě zápisu z proběhlého konzilia. Závěr konzilia slouží jako podpora dalšího rozhodování ošetřujícího lékaře. Při jeho následování je zachována vůle a odpovědnost ošetřujícího lékaře. Je-li učiněn chybný závěr, lze se domáhat odpovědnosti i klinického psychologa.

Rodina a osoby blízké pacienta jsou často vyhledávaným prostředníkem při komunikaci lékaře a dalších zdravotnických pracovníků s pacientem. Tyto osoby znají charakter a názory pacienta, jsou si vědomy závažnosti vzniklé situace, zároveň nejsou zatíženy bolestí, která sužuje pacienta. Zvláště, je-li mezi těmito osobami a pacientem úzký vztah, může jejich přítomnost napomoci lékaři k dosažení konsensu s pacientem o dalším postupu při poskytování zdravotní péče. Ve stejné míře, jak může být setkání s rodinou a osobami blízkými pacienta přínosné, může být i neprospěšné, eskaluje-li rodina vzniklý nesoulad. Rodina a osoby blízké pacientovi nezastávají roli nestranného arbitra terapeutického vztahu, nýbrž dochází ke kumulaci osob na straně pacienta. Efektivnost tohoto prostředku intervence pro lékaře bude dána mírou porozumění těchto osob vzniklé situace a jejího zhodnocení.

Právo na přítomnost osoby blízké, resp. právo na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce či opatrovníka nebo osoby jimi určené, je zakotveno v § 28 odst. 3 písm. e) ZZS. Dle tohoto ustanovení lze uvedené právo pacienta omezit tehdy, narušuje-li přítomnost těchto osob poskytování zdravotních služeb a současně stanovují-li tak právní předpisy či vnitřní řád. Legitimním důvodem pro omezení tohoto práva budou hygienické požadavky či provozovně-technické možnosti daného zdravotnického pracoviště při poskytování daného typu zdravotních služeb. Personální požadavky tohoto intervanta nejsou stanoveny. Není dán ani požadavek na absenci zaujatosti intervanta. Taktéž nejsou právně vymezena práva a povinnosti rodiny a osob blízkých vyjma uvedeného práva na jejich přítomnost. Povinnost zachovávat mlčenlivost není stanovena a nelze jí dovozovat ani ze zdravotněprávních předpisů. Meritorně se bude jednat o formu společenské služby bez právního podkladu. Předání informací o zdravotním stavu pacienta lékařem bude možné pouze na základě předchozího souhlasu pacienta.

Průběh intervence není formálně upraven a vždy bude záležet na konkrétní situaci. Zpravidla se jedná o intervenci u lůžka pacienta, a to jak za přítomnosti pouze pacienta anebo i lékaře. Na zvážení lékaře je, zda součinnost rodiny při rozhodování pacienta zapíše do

zdravotnické dokumentace pacienta, a to s ohledem na míru jejího vlivu na konečné rozhodnutí. Výsledek intervence není závazný. Závazná, ve smyslu výše uvedené, bude domluva mezi pacientem a lékařem bez ohledu na vliv jeho rodiny a osoby blízkých. Ty představují toliko poradní orgán pacienta, jenž byl zapojen dle vůle pacienta do diskuse o další poskytované zdravotní péči.

V zahraničí se ještě objevuje institut lékařsko-právního panelu. Tento panel se skládá ze zdravotníků a právních odborníků, kteří posoudí konkrétní případ. Stanovisko panelu může být použito v rámci soudního řízení.²⁶⁹ Jedná se tak o obdobu znaleckého posudku v České republice.

²⁶⁹ Viz WALSTON-DUNHAM, Beth. *Medical Malpractice Law and Litigation*. Vyd. 1. Delmar Cengage Learning, 2005, str. 319.

5. Intervence mimo poskytovatele zdravotních služeb

5.1. Právní oddělení České lékařské komory

Z důvodu, že každý lékař musí být členem ČLK dle § 3 odst. 1 zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o ČLK“), může lékař žádat právní oddělení této profesní komory o intervenci. Právní oddělení ČLK představuje organizační jednotku právní kanceláře ČLK, která poskytuje právní servis jednotlivým lékařům, zvláště co do sledování legislativy v oblasti zdravotnictví, ale také se podílí na legislativní činnosti v oblasti zdravotnictví.

Zákonem o ČLK byla v roce 1991 zřízena Česká lékařská komora jako samosprávná nepolitická stavovská organizace sdružující všechny lékaře zapsané v seznamu této komory. Jedná se o profesní komoru s nuceným členstvím.²⁷⁰ Úkolem komory je zejména dbát na to, aby její členové vykonávali své povolání odborně, v souladu s profesní etikou, způsobem stanoveným zákonem a předpisy komory. Dále posuzuje a hájí práva a profesní zájmy svých členů.²⁷¹ Nadána je též normotvornou pravomocí, personální a disciplinární pravomocí. ČLK disponuje pravomocí řešit stížnosti na výkon povolání svých členů, stanovovat podmínky k výkonu soukromé praxe svých členů, uplatňovat disciplinární pravomoc vůči svým členům a vyjadřovat se k podmínkám a způsobu dalšího vzdělávání lékařů.²⁷² Obligatorně zřízené orgány jsou stanoveny v § 10 odst. 2, resp. 3, zákona o ČLK. Nad rámec těchto orgánů si může komora zřídit další své orgány. Mezi tyto fakultativní orgány náleží právní kancelář, zřízená v souladu se stavovským předpisem č. 8 ČLK, jejíž součástí je právní oddělení. Další práva a povinnosti, jakožto i organizace ČLK, jsou stanoveny jednotlivými interními předpisy ČLK, jimiž jsou stavovské předpisy ČLK.²⁷³

Právní oddělení představuje celostátní oddělení složené z odborníků na zdravotnické právo. Právní oddělení ČLK poskytuje jak orgánům ČLK, tak jednotlivým členům profesní komory, právní služby. Mezi tyto služby náleží řešení podnětů ze strany prezidenta či jiných orgánů ČLK, poskytování součinnosti jednotlivým orgánům ČLK při zajišťování jejich agendy, vyřizování podnětů jiných státních orgánů vztahující se k působení ČLK či lékařů (např. podněty Policie ČR, soudů, Ministerstva zdravotnictví ČR a dalších institucí), participování na tvorbě

²⁷⁰ K povinnému členství lékařů v České lékařské komoře srov. nález Ústavního soudu ze dne 14. 10. 2008, Pl. ÚS 40/06.

²⁷¹ Viz § 2 odst. 1 písm. a) a c) zákona č. 220/1991 Sb.,

²⁷² Viz § 2 odst. 2 zákona č. 220/1991 Sb.

²⁷³ V této souvislosti lze zmínit zejména stavovský předpis č. 1 ČLK, organizační řád ČLK, či stavovský předpis č. 8 ČLK, kanceláře ČLK.

právních předpisů vztahující se k činnosti ČLK či lékařů a nabízení právní podpory členům ČLK.²⁷⁴

Právní rámec podpory právního oddělení ČLK svým členům stanovuje § 2 odst. 2 písm. i) zákona o ČLK, dle kterého je ČLK oprávněna vydávat pro členy komory závazná stanoviska k odborným problémům při poskytování zdravotních služeb a ve zdravotnickém výzkumu. Tato stanoviska mohou představovat závazné výklady vztahující se ke zdravotní praxi, tak ke konkrétnímu lékařskému případu. Toto oprávnění odpovídá právu členů komory využívat právní pomoci komory ve sporech spojených s výkonem lékařského povolání dle § 9 odst. 1 písm. c) zákona o ČLK.

Každý člen komory, tedy každý lékař vykonávající lékařské povolání na území České republiky, disponuje oprávněním využít bezplatné právní podpory právní kanceláře ČLK, setká-li se s právním problémem při poskytování zdravotních služeb. Tento problém musí však souviset s výkonem lékařského povolání.²⁷⁵ Naopak o intervenci nemůže žádat osoba odlišná od lékaře, tj. kompetentní k žádosti o pomoc není jiný zdravotnický pracovník ani samotný poskytovatel zdravotních služeb. Taktéž o intervenci nemůže žádat pacient či jeho rodina. Právní oddělení ČLK neposkytuje právní služby lékařům v jejich soukromých záležitostech, a to ani v občanskoprávních sporech, tak v trestních řízeních, netýkají-li se tato řízení výkonu jejich práce. Kromě žádosti o stanovisko, jak dále postupovat s konkrétním pacientem, případně jeho rodinou, může lékař využít služby právního oddělení ČLK, potřebuje-li posoudit smlouvu, vypracovat podání k soudu či jiný právní dokument.²⁷⁶

Osloví-li lékař s žádostí o pomoc právní oddělení ČLK, osobu interventa zastává člen tohoto oddělení, kterou je osoba s právním vzděláním. Jedná se tak o absolventa právnické fakulty, jenž se zaměřuje na zdravotnické právo. Výkon funkce v jakémkoliv orgánu ČLK je považován za čest, a tak za něj nenáleží mzda, nýbrž pouze náhrada za ztrátu času a náhrada hotových výdajů dle § 10 odst. 4 zákona o ČLK. Práva a povinnosti členů právního oddělení ČLK nejsou blíže upravena. Svým rozsahem korespondují s oprávněními právníka poskytovatele zdravotních služeb s přihlédnutím k vzájemným rozdílům. Uplatní se u nich též povinnost mlčenlivosti, jejíž právní základ je však odlišný. Z důvodu, že právníci ČLK nejsou zaměstnanci daného poskytovatele a ani jinak nespádají do výčtu obsaženého v § 65 odst. 2 ZZS, uplatní se na ně povinnost zachovávat

²⁷⁴ Viz Právní oddělení. In: *Česká lékařská komora* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/oddeleni-a-dalsi-servis-clk>.

²⁷⁵ Viz O činnosti právní kanceláře. In: *Česká lékařská komora* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/o-cinnosti-pravniho-oddeleni>.

²⁷⁶ Viz O činnosti právní kanceláře, op. cit.

mlčenlivosti dle § 51 odst. 5 písm. g) ZZS, tj. jedná se o osoby, které v souvislosti se svou činností vykonávanou na základě jiných právních předpisů zjistí informace o zdravotním stavu pacienta nebo informace s tím související. Oním předpisem je zákon o ČLK, ve znění pozdějších předpisů. Příhodnými ustanoveními jsou v této souvislosti zejména ustanovení § 2 odst. 2 písm. i) a § 9 odst. 1 písm. c) uvedeného zákona.

O intervenci prostřednictvím právního oddělení ČLK může lékař žádat libovolným způsobem, a to jak telefonicky, osobně, písemně či prostřednictvím emailové zprávy. V návaznosti na způsob podání žádosti o intervenci je samotná intervence realizována. ČLK nabízí i rychlou právní pomoc, je-li třeba jednat neprodleně a věc nesnese odkladu. Kromě případu, kdy je bezprostředně poskytována zdravotní péče a je nutné pohotově jednat, se o urgentní situaci může jednat například tehdy, je-li proti lékaři zahájeno trestní stíhání či podána žaloba z důvodu přímo souvisejícího s výkonem lékařského povolání, obdržel-li lékař výpověď z pracovního poměru či příslušný správní orgán vydal rozhodnutí o zrušení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.²⁷⁷ Průběh intervence je dán povahou dotazu, který podal lékař právnímu oddělení ČLK. Může se jednat o neformální zodpovězení dotazu, ale též o vydání formálního stanovisko právního oddělení. Pomoc může být poskytnuta buď jednorázově anebo prostřednictvím opakovaných intervencí. V závislosti na povaze proběhlé intervence je vyžadováno učinění zápisu do zdravotnické dokumentace pacienta. Ptá-li se lékař na obecnou praxi, není nutné tuto skutečnost zapisovat. Vyžádá-li si lékař stanovisko právního oddělení ČLK pro konkrétní případ a pacienta, jedná se o významnou okolnost při poskytování zdravotních služeb, kterou je třeba do zdravotnické dokumentace pacienta zaznamenat.

Výsledek intervence a její závaznost závisí na koncipování samotné žádosti o pomoc. Výstupem intervence může být jak nezávazné doporučení, tak závazné stanovisko. Jedná-li se o první případ, výsledkem intervence je doporučení osoby s odborným vzděláním, na kterou se vztahuje § 5 odst. 1 OZ. Lékař by k takovému doporučení měl přistoupit s vědomím vlastní odpovědnosti za své jednání. Skutečnost, že mu byl daný postup takto doporučen, pro něj bude mít však pozitivní dopad v případě, bude-li o jeho jednání zahájeno soudní či správní řízení. Jedná-li se o druhý případ, tj. je-li ze strany právního oddělení ČLK vydáno závazné stanovisko, je povinností lékaře toto stanovisko následovat. Jeho nedodržením se vystavuje disciplinární odpovědnosti v rámci profesní komory. Současně to může mít i následky v rámci civilní či trestní odpovědnosti, je-li chybným postupem lékaře způsobená újma pacientovi.

²⁷⁷ Viz Rychlá právní pomoc. In: Česká lékařská komora [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/rychla-pravni-pomoc>.

Ve vztahu k poskytovateli zdravotních služeb je tento způsob intervence velmi problematický. Jednak samotný poskytovatel zdravotních služeb nemůže o něj požádat (není-li poskytovatelem zdravotních služeb přímo lékař), ale současně poskytovatel nemusí být informován o vydání doporučení o dalším postupu u konkrétního pacienta právním oddělení ČLK, čímž může docházet k nejednotnosti v postupech poskytování zdravotních služeb a přístupu k pacientům jeho zaměstnanci. Pokud vydá ČLK závazné stanovisko týkající se praxe poskytovatele zdravotních služeb, je daný poskytovatel o tomto stanovisku informován. I tehdy, disponuje-li poskytovatel zdravotních služeb vlastním právním oddělením, není lékař limitován v možnosti oslovit s žádostí o pomoc právní oddělení ČLK. Měl by však vždy zvážit efektivnost takového postupu.

5.2. Mediační řízení

V tradičním pojetí rozlišování prostředků řešení sporů je pojednáváno o soudním řešení sporů a o tzv. alternativních způsobech řešení sporů. Mediaci patří mezi tyto tzv. alternativní způsoby řešení sporů (dále též „ADR“). Jedná se o soubor technik, jejichž cílem je nalézt řešení vzniklého sporu stojící v kontrapozici nákladného soudního řízení. Využití ADR je založeno na existenci sporu mezi dvěma nebo více stranami, jenž souvisí s občanskoprávními právy či povinnostmi, které lze řešit prostřednictvím soudního řízení. Strany sporu však nechtějí podstupovat soudní řízení a preferují proces založený na důvěře a pouze určité míře objektivitě, kterou do řízení vnáší nezávislá osoba zastávající roli mediátora.²⁷⁸ Mediaci lze definovat jako „postup při řešení konfliktu za účasti jednoho nebo více mediátorů, kteří podporují komunikaci mezi osobami na konfliktu zúčastněnými tak, aby jim pomohli dosáhnout smírného řešení jejich konfliktu uzavřením mediační dohody“²⁷⁹. Mediaci představuje způsob svěřením řešení konfliktu do rukou nestranné a nezávislé třetí osoby, jež přivádí strany konfliktu prostřednictvím navodných otázek k řešení, jež je ku prospěchu obou stran. Jedná se o velmi flexibilní koncept, jenž lze přizpůsobit danému sporu a jeho účastníkům.²⁸⁰ V současné době dochází k rozšíření užívání

²⁷⁸ Viz ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. Alternative Dispute Resolution in Medical Malpractice Disputes. In: RADIC, Zeljko, RONCEVIC, Ante, YONGQIANG, Li a kol. *Economic and Social Development : 22nd International Scientific Conference on Economic and Social Development – “The Legal Challenges of Modern World”* : Book of proceedings, 2018, str. 234.

²⁷⁹ Viz § 2 písm. a) zákona č. 202/2012 Sb., o mediaci, ve znění pozdějších předpisů.

²⁸⁰ Viz BALEN, Paul. The role of mediation in medical treatment disputes. In: *Temple-legal* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.temple-legal.co.uk/news/the-role-of-mediation-in-medical-treatment-disputes/>.

mediace ve zdravotnických sporech, typicky v případech zanedbání zdravotní péče, pro své kvality, jakými je zmíněná důvěrnost a nižší nákladovost řízení.²⁸¹

Typickým znakem mediace je, že mediátor autoritativně nerozhoduje vzniklý spor, nýbrž pouze překlenuje nedostatečnou komunikaci mezi stranami a snaží se všechny strany konfliktu vést k vzájemnému porozumění. Mediace poskytuje prostor stranám konfliktu ke sdělení vlastního pohledu na věc, vysvětlení nastalé situace a navrnutí vlastního řešení. Poskytuje současně prostor k vyjádření emocí jednotlivých stran konfliktu, a to i například ve formě lítosti, omluv, pochopení či soucitu.²⁸² Díky tomu nabízí příležitost k vyjasnění si konfliktu a pokračování ve vzájemné spolupráci bez negativních pocitů. Cílem je povzbudit strany ke spolupráci a pokud možno k dosažení oboustranně akceptovatelné dohody.²⁸³ Výsledkem je tak jedinečné, kreativní a hlavně personalizované řešení, které účastníci mediace považují za vzájemně přijatelné.²⁸⁴ Jedná se o dobrovolný institut, na jehož aplikaci se musí všechny strany konfliktu dohodnout. Autonomie vůle všech stran se uplatní jak v rozhodnutí o podstoupení mediačního jednání, tak na jeho účasti, tak v ochotě dosáhnout kompromisu, a tím vzniklý spor vyřešit. Povinnost absolvovat mediační jednání může být též uložena stranám autoritativním rozhodnutím. Takovým případem je rozhodnutí soudu zakotvené v § 100 odst. 2 zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „OSŘ“).

V právní teorii jsou rozlišovány jednotlivé druhy mediace s ohledem na jejich základní principy. První formou mediace je tzv. facilitativní mediace, která se zakládá na myšlence aktivního postavení stran na úkor pasivního postavení mediátora. Strany sporu jsou odpovědné za nalezení řešení sporu. Mediátor pouze usnadňuje vzájemnou komunikaci.²⁸⁵ Mediátor zastává neutrální roli, nehodnotí postoje ani návrhy stran a pouze vytváří neutrální prostor stranám sporu k dosažení vzájemného kompromisu. Druhým typem je evaluativní mediace, která posiluje roli mediátora. Mediátor navrhuje stranám sporu možné smírné řešení, provádí hodnocení návrhů stran a snaží se ovlivnit strany mediace, aby zvolily dané, z jeho pohledu ideální, řešení. Role mediátora se více přibližuje k roli soudce, kdy i soudce v rámci rozhodování sporu následuje své vlastní přesvědčení o správném výsledku sporu. Za třetí typ mediace lze označit tzv. transformativní

²⁸¹ Viz ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš, 2018, op. cit. s. 234.

²⁸² Viz KOTULA, Jan a DOLEŽAL, Tomáš, op.cit. s. 27.

²⁸³ Viz LINDSEY, Jaime a kol. Navigating conflict: The role of mediation in healthcare disputes. In: *Sage Journals* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14777509231196699>.

²⁸⁴ Viz SHEEA, Sybblis, Mediation in the Health Care System: Creative Problem Solving, *Pepperdine Dispute Resolution Law Journal*.3/2006, str. 8.

²⁸⁵ Viz BELLO, Temitayo, ONIBOKUN, Adedotun. Mediation Template for Resolving Medical Disputes. In *SSRN* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3721327.

mediaci. Tento typ mediace je založen na poskytnutí pomoci stranám sporu s vypořádáním se s odlišnostmi druhé strany sporu, a tím předejít ke vzniku sporu v budoucnu.²⁸⁶

S ohledem na to, že mediace představuje způsob řešení sporu, jež je závislý na vůli a ochotě všech stran předat jeho řešení do rukou mediátora, zůstává i na dohodě stran typ problému, který chtějí za pomoci mediátora řešit. Může se tak jednat o jakýkoliv typ sporu. Současně však ani prostřednictvím mediaci nesmí strany obcházet zákonná ustanovení, a tak lze vyloučit kategorii právních sporů. I tehdy, pokud by se strany dohodly na společném řešení, které by však bylo v rozporu s právními předpisy, není takové řešení možné následovat.

Pravidla mediace, jakožto i požadavky na mediátora, stanovuje zákon č. 202/2011 Sb., o mediaci, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o mediaci“). Tento zákon byl přijat v reakci na vázanost České republiky směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2008/52/ES, o některých aspektech mediace v občanských a obchodních věcech, jenž klade důraz na zvýšení využívání mimosoudních způsobů vyřizování sporů.²⁸⁷ Zákon o mediaci obsahuje právní úpravu odpovídající facilitativní formě mediace²⁸⁸. Je však aplikovatelný i na evaluativní mediaci. Mediaci jako povinný nástroj řešení sporů zakotvuje OSŘ²⁸⁹, zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZŘS“)²⁹⁰ či zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů²⁹¹. První dva uvedené zákony zakotvují i mediaci jako dobrovolnou formu, jak dojít ke smírnému řešení.^{292,293} Opomenout nelze ani Etický kodex zapsaných mediátorů schválený Ministerstvem spravedlnosti ČR dne 22.1.2021. Tento kodex má doporučující charakter, není závazný a představuje metodiku k nastavení profesní etiky mediátorů.

²⁸⁶ Viz KOTULA, Jan a DOLEŽAL, Tomáš, op. cit. s. 30.

²⁸⁷ Viz HOLÁ, Lenka. *Mediace a možnosti využití v praxi*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2013, str. 254.

²⁸⁸ K tomuto závěru lze dojít prostřednictvím interpretace *a ratione legis*, tj. dle úmyslu zákonodárce. Úmysl zákonodárce zakotvuje důvodová zpráva k zákonu o mediaci. Dle této důvodové zprávy přijetí nové právní úpravy představuje snahu umožnit stranám konfliktu vzniklý konflikt alternativně řešit. V souladu s komentářem k § 1 a 2 zákona o mediaci „mediátor neprosazuje určitá řešení, nerozhoduje spor mezi stranami; mediace předpokládá, že strany jsou schopny řešit vzniklý konflikt vlastními silami a jsou nejlépe schopny posoudit jednotlivá řešení, přičemž jim mediátor má „pouze“ usnadňovat komunikaci a tedy i cestu, jak se ke smírnému a oboustranně přijatelnému řešení dostat“. Viz *Důvodová zpráva k zákonu o mediaci*. 2011. str. 23.

²⁸⁹ Viz § 100 OSŘ.

²⁹⁰ Viz § 474 ZŘS.

²⁹¹ Viz § 13 zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

²⁹² Viz § 99 odst. 1, 114 odst. 2 písm. b) OSŘ a § 9 ZŘS.

²⁹³ Do výčtu právních předpisů upravujících mediaci lze dále uvést zákon č. 257/2000 Sb., o probační a mediační službě, ve znění pozdějších předpisů. Ten však nebude aplikován v případě sporu mezi lékařem a pacientem o poskytované zdravotní péči.

Klíčovou roli v mediačním jednání zastává mediátor. Mediátorem může být pouze fyzická osoba, která je zapsaná v seznamu mediátorů. Obligatorními požadavky na osobu mediátora jsou svéprávnost, bezúhonnost, absolvování vysokoškolského vzdělání v magisterském či navazujícím magisterském studijním programu, složení zkoušky mediátora a absence předchozího vyškrtnutí ze seznamu mediátorů v posledních 5 letech²⁹⁴. Seznam mediátorů spravuje Ministerstvo spravedlnosti ČR. Odborná způsobilost mediátora a jeho morální integrita by měly odpovídat požadavkům na výkon této funkce a zaručovat adekvátní mediaci. Mediátor musí jednat nezávisle a nestranně. Vyskytne-li se důvod pochybnosti o jeho nepodjatosti, je mediátor povinen mediaci ihned ukončit.²⁹⁵ Taktéž musí mediaci dle § 8 odst. 1 písm. a) zákona o mediaci provádět s náležitou odbornou péčí. Mediátor je povinen zachovávat mlčenlivost dle § 51 odst. 5 písm. g) ZZS ve spojení s § 9 zákona o mediaci. Současně se uplatní mlčenlivost dle smlouvy o poskytování mediačních služeb sjednané mezi všemi třemi stranami, jejíž součástí standardně bývá doložka o zachování mlčenlivosti o všech skutečnostech, jež se mediátor v souvislosti s poskytováním svých služeb dozví. Zprostit mlčenlivosti mediátora mohou strany mediace. Za provedení mediaci náleží mediátorovi odměna a náhrada sjednaných hotových výdajů.²⁹⁶

Oprávněním iniciace mediace disponují všechny strany sporu, tedy lékař i pacient či jeho rodina nebo například statutární orgán poskytovatele zdravotních služeb. Mediace však bude zahájena pouze tehdy, budou-li s tím všechny strany konfliktu souhlasit. Tento souhlas projeví strany konfliktu uzavřením smlouvy o provedení mediace. Náležitosti této smlouvy stanovuje § 4 odst. 2 zákona o mediaci. Strany sporu si v mediační dohodě mj. vyberou mediátora, jehož pověří provedením mediace. Samotná mediace je vedena ve formě společného setkání všech zúčastněných stran a mediátora. Mediátor zastává roli moderátora diskuse a zároveň zajišťuje právní aparát mediace, tj. informuje strany o povaze mediace, ověřuje mediační dohodu, vyhotovuje zápis z mediačního jednání. Je-li to účelné k povaze řešeného sporu, může se mediátor setkat odděleně s jednotlivými stranami sporu.²⁹⁷ Prostřednictvím vzájemné komunikace a návodných otázek se mediátor snaží přivést strany sporu k jeho řešení akceptovatelného všemi stranami konfliktu. Samotný průběh mediace není blíže stanoven a závisí na vůli stran. Zpravidla bude mediační řízení zahájeno mediátorem, jenž vysvětlí pravidla mediace, a následně vyzve

²⁹⁴ Viz § 16 odst. 1 zákona o mediaci.

²⁹⁵ Viz § 6 ve spojení s § 5 zákona o mediaci.

²⁹⁶ Viz § 10 zákona o mediaci.

²⁹⁷ Viz čl. 3.1. odst. 6 Etického kodexu zapsaných mediátorů.

strany ke sdělení vlastních stanovisek.²⁹⁸ Následně jednotlivé strany představí svá stanoviska ke vzniklému problému a nabídnou svá řešení – ať již v podobě satisfakce či odmítnutí nároku²⁹⁹. K ukončení mediace dochází uzavřením smírného řešení v podobě mediační dohody podepsané stranami sporu a mediátorem. Mediaci může být ukončena i jinak, rozhodne-li se tak jedna nebo vícero stran konfliktu nebo je-li naplněn jiný zákonem předpokládaný důvod k ukončení³⁰⁰. Po skončení mediace je mediátor oprávněn požadovat od stran odměnu za mediaci a náhradu nákladů.

O uskutečnění mediace je standardně veden samostatný spis, a to jak mediátorem, tak stranami sporu. Poté, až je mediace ukončena, stává se výsledná mediační dohoda součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

Proběhne-li zdárně mediace, je jejím výsledkem uzavření mediační dohody. Obsah mediační dohody určují strany mediace, mediátor pouze vůli stran zaznamenává do podoby mediační dohody. Současně mediátor dohlíží na to, aby výsledná dohoda nebyla v rozporu s právními předpisy a aby bylo možné fakticky vykonat sjednanou dohodu. Jedná se o soukromoprávní dohodu, jejíž dodržení nelze druhé straně vnutit. Je však možné se obrátit na soud a prostřednictvím soudního řízení se domáhat nároků plynoucích z mediační dohody. Strany mediace si také mohou nechat soudně schválit mediační dohodu, a to buď ve formě tzv. přetorského smíru při smírčím řízení anebo ve formě soudního smíru při zahájeném soudním řízení.³⁰¹ V takovém případě je mediační dohoda již vykonatelná a strany se mohou bez dalšího domáhat jejího plnění i prostřednictvím exekučního řízení.

5.3. Rozhodčí řízení

Za další formu intervence do terapeutického vztahu lze označit rozhodčí řízení patřící mezi tzv. alternativní způsoby rozhodování sporů³⁰². Jedná se o způsob „rozhodování majetkových sporů, alespoň dvou stran, k jejichž projednání a rozhodnutí by jinak byla dána pravomoc soudu,

²⁹⁸ Viz HARRIS, Robert L. a RUBIN, Mark E. Mediation: Better Resolution of medical Malpractice Claims. In: *The McCammon Group* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.mccammongroup.com/articles/mediation-better-resolution-medical-malpractice-claims/>.

²⁹⁹ Viz WARSHAUER, Michael J. Mediation of a medical negligence case from the plaintiff's perspective. In: *MLawGroup.com* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://w-mlawgroup.com/wp-content/uploads/2014/05/24.MediationMedNeglCase.pdf>.

³⁰⁰ Tímto důvodem je například uplynutí stranami sjednané doby trvání mediace, vyškrtnutí mediátora ze seznamu mediátorů, narušení důvěry mezi jednou ze stran a mediátorem, nesložení sjednané zálohy za provedení mediace atd.

³⁰¹ Viz Mediace jako alternativa k soudnímu řízení. In: *BusinessInfo.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/navody/mediace-jako-alternativa-k-soudnimu-rizeni-ppbi/4/#ukonceni-mediace>.

³⁰² Viz RABAN, Přemysl. *Alternativní řešení sporů, arbitráž a rozhodci v České a Slovenské republice a zahraničí*. Právní instituty. Praha: C.H. Beck, 2004, str. 42.

[...] a to před rozhodcem ad hoc nebo stálým rozhodčím soudem“³⁰³. Vyjmuty jsou spory ze spotřebitelských smluv, spory vzniklé v souvislosti s výkonem rozhodnutí a incidenčních sporů, k jejichž projednání a rozhodnutí by jinak byla dána pravomoc soudu nebo o nichž tak stanoví zvláštní zákon.³⁰⁴ Klíčovým atributem rozhodčího řízení je rozhodování sporů před nezávislým a nestranným rozhodcem, jímž není soudce. Na rozdíl od mediace se jedná o více formalizované řízení. Stále jsou však zachovány výhody mimosoudního řešení sporu, jimiž je zejména rychlost řízení a nižší náklady. Taktéž, stejně jako mediace, není jeho uskutečnění obligatorní.

Rozhodčí řízení právně zakotvuje zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZRR“). Tento právní předpis stanovuje věcný rozsah rozhodčího řízení, požadavky na rozhodce, průběh rozhodčího řízení, jakožto i pravidla pro vydávání rozhodčích řízení a jejich přezkum soudem. Podrobnosti rozhodčího řízení před stálým rozhodčím soudem při Hospodářské komoře České republiky a Agrární komoře České republiky upravuje Řád tohoto soudu³⁰⁵, v platném znění, doplněný zvláštním dodatkem³⁰⁶. Rozhodčí řízení lze využít pouze tehdy, spadá-li daný spor do vymezeného věcného rozsahu sporů spočívající na kombinaci pozitivního a negativního vymezení. Musí se jednat o majetkový spor (tzv. pozitivní vymezení okruhu právních vztahu) a zároveň nesmí jít o vyloučený typ sporu uvedené v § 2 tohoto zákona (tzv. negativní vymezení právních vztahů). Problematickým aspektem je vyloučení spotřebitelských sporů, neboť vztah mezi lékařem a pacientem lze za spotřebitelský vztah označit. Lékař totiž naplňuje definici podnikatele dle § 420 OZ, resp. § 421 OZ, a pacient definici spotřebitele dle § 419 OZ (viz výše v kapitole 1.2. Právní forma terapeutického vztahu). V současné době tak rozhodci nejsou kompetentní k rozhodování sporů mezi lékařem a pacientem.

V minulosti byla situace odlišná. Spory ze spotřebitelských smluv byly vyloučeny ze sporů způsobilých k rozhodování rozhodci až dne 1.12.2016 novelou č. 258/2016 Sb. Do té doby platil pro spory ze spotřebitelských smluv speciální režim poskytující vyšší ochranu spotřebitelům. Tento režim spočíval na ustanovení zvláštních spotřebitelských rozhodců, kteří jediní byli oprávněni rozhodovat tento druh sporu. Dále musela být rozhodčí doložka uzavřena na samostatné listině a musela obsahovat náležité poučení o povaze, jakožto i důsledcích, rozhodčí doložky.³⁰⁷ Další změna tkvěla v povinnosti rozhodců uvést v rozhodčím nálezu odůvodnění a aplikovat

³⁰³ Viz KOTULA, Jan a DOLEŽAL, Tomáš, op. cit. s. 40.

³⁰⁴ Viz § 2 zákona č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů.

³⁰⁵ Viz Řád rozhodčího soudu při hospodářské komoře České republiky a Agrární komoře České republiky.

³⁰⁶ Jedná se o Zvláštní dodatek Řádu o konání distančních ústních jednání, účinný od 1.12.2020.

³⁰⁷ Viz § 3 odst. 3, 4, 5 ZRR ve znění do 1.12.2016.

právní předpisy na ochranu spotřebitele.³⁰⁸ Taktéž byly stanoveny zvláštní důvody pro přezkum rozhodčího nálezu soudem.³⁰⁹

V roce 2010 byl zřízen speciální rozhodčí soud pro řešení sporů ve zdravotnictví. Jedná se o Rozhodčí soud pro vnitrostátní úhradové spory ve zdravotnictví. Primárním úkolem tohoto soudu je řešení sporů vzniklých mezi pacientem, poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou v souvislosti s povinností uhradit náklady poskytnuté zdravotní péče. Podrobnosti stanovuje Řád Rozhodčího soudu při Hospodářské komoře České republiky a Agrární komoře České republiky pro vnitrostátní úhradové spory ve zdravotnictví účinný dnem 1.3.2011 (dále jen „Řád“). V souladu s § 1 odst. 3 Řádu je tento soud kompetentní k rozhodování majetkových sporů vzniklých ve zdravotnictví, kde účastníkem sporu může být pouze pacient, pojištěnec, zdravotní pojišťovna, zdravotnické zařízení³¹⁰ či Ministerstvo zdravotnictví ČR. Okrajově je tento rozhodčí soud kompetentní i k řešení sporů vzešlých z terapeutického vztahu bez ohledu na financování poskytnuté či zamýšlené zdravotní péče³¹¹.

Rozhodcem v rozhodčím řízení může být zletilý, bezúhonný a plně svéprávný občan České republiky³¹², jenž byl jmenován za rozhodce k řešení daného sporu nebo rozhodcem stálého rozhodčího soudu (tzv. institucionální arbitráž). Jedná-li se o *ad hoc* rozhodčí soud, chce-li se navržený rozhodce ujmout role rozhodce, musí ji písemně přijmout.³¹³ V případě stálého rozhodčího soudu může být rozhodcem pouze osoba zapsaná na seznamu rozhodců, a to ke dni zahájení rozhodčího řízení.³¹⁴ Zaručena musí být nestrannost a nezávislost rozhodce. Jestliže je se zřetelem na jeho poměr k věci, k účastníkům sporu nebo k jejich zástupcům dán důvod k pochybnosti o jeho nepodjatosti, je rozhodce vyloučen z projednání a rozhodnutí věci. Pokud se jedná o rozhodování sporů prostřednictvím stálého rozhodčího sporu při Hospodářské komoře České republiky a Agrární komoře České republiky, spory jsou rozhodovány rozhodčím senátem ze tří rozhodců, případně jedním rozhodcem, domluví-li se na tom strany.³¹⁵ Pro řešení sporů ze

³⁰⁸ Viz § 25 odst. 2, 5 ZRŘ ve znění do 1.12.2016.

³⁰⁹ Viz § 31 písm. g) a h) ZRŘ ve znění do 1.12.2016.

³¹⁰ Ve smyslu tehdy platného zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, se jednalo o pojem označující v dnešní terminologii poskytovatele zdravotních služeb.

³¹¹ Viz Rozhodčí soudy pro zdravotnictví by měly řešit spory rychleji a levněji. In: *iROZHLAS.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/rozhodci-soudy-pro-zdravotnictvi-by-mely-resit-sporu-rychleji-a-levneji_201112201747_kwinklerova.

³¹² Viz § 4 ZRŘ.

³¹³ Viz § 5 ZRŘ.

³¹⁴ Viz § 2 řádu Rozhodčího soudu při Hospodářské komoře České republiky a Agrární komoře České republiky

³¹⁵ Viz § 3 odst. 4 řádu Rozhodčího soudu při Hospodářské komoře České republiky a Agrární komoře České republiky

zdravotnictví je v souladu s § 3 odst. 2 Řádu kompetentní tříčlenný rozhodčí senát. Jedná-li se o rozhodování sporů před *ad hoc* rozhodčím soudem, je počet rozhodců na domluvě stran sporu uvedený v rozhodčí doložce.

Dle § 6 zákona ZRR je rozhodce povinen zachovávat mlčenlivost o všem, co se při výkonu funkce rozhodce dozvěděl. Současně se uplatní povinnost mlčenlivosti dle smlouvy o poskytování rozhodčích služeb sjednané mezi všemi třemi stranami sporu. Zprostit mlčenlivosti rozhodce mohou pouze strany rozhodčího řízení. O vedení rozhodčího řízení je pořizována dokumentace oddělená od zdravotnické dokumentace pacienta. Do zdravotnické dokumentace se zakládá obvykle pouze výsledné rozhodčí rozhodnutí; u každého poskytovatele zdravotních služeb může být však různá praxe.

Průběh rozhodčího řízení upravují výše zmíněné právní předpisy. Oproti mediaci se jedná o formalizované řízení. Rozhodčí řízení se zahajuje žalobou, jež obdrží stálý rozhodčí soud či předsedající rozhodce určený stranami sporu. Po ověření pravomoci tohoto rozhodčího soudu k řešení daného sporu, je vedeno samotné rozhodčí řízení. To se koná na místě dohodnutém stranami. Postup, jak má být vedeno rozhodčí řízení, si mohou strany dohodnout anebo je vedeno vhodným způsobem v souladu s pravidly uvedenými v ZRR a příslušném řádu rozhodčího soudu.³¹⁶ Rozhodčí řízení končí vydáním rozhodnutí, kterým může být buď rozhodčí nález anebo usnesení.

Rozhodčí nález představuje závazné zachycení vůle obou stran rozhodčího řízení. Nabyde-li rozhodčí nález právní moci, je závazný a vykonatelný. Lze však požadovat zrušení rozhodčího nálezu soudem, a to je-li naplněn jeden z důvodů uvedených v § 31 ZRR. Případně je možné podat návrh na zastavení nařízeného výkonu dle § 35 ZRR.

5.4. Přivolení soudu u nezletilého pacienta

Velmi specifickým případem intervence je zapojení soudu do rozhodování o zdravotní péči před zahájením samotného soudního řízení. Tento způsob intervence se uplatní tehdy, dojde-li v případě poskytování zdravotní péče nezletilému pacientovi ke vzniku konfliktu o podobě další zdravotní péče mezi lékařem a zákonnými zástupci pacienta. S ohledem na základní premisu Úmluvy o právech dítěte³¹⁷, tj. respektovat zájem dítěte, za současného uplatňování práva na tělesnou integritou každé osoby, je při vzniku takového rozkolu nutné zajistit zástupné rozhodnutí

³¹⁶ Viz § 19 ZRR.

³¹⁷ Viz sdělení č. 104/1991 Sb., sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte; dále jen „*Úmluva o právech dítěte*“.

pacienta. Toto zástupné rozhodnutí představuje v prostředí demokratického právního státu rozhodnutí nestranného a nezávislého soudu. Dospěje-li tak lékař při poskytování zdravotní péče nezletilému do fáze, že potřebuje k dalšímu postupu souhlas pacienta, respektive v tomto případě jeho zákonných zástupců, a tito odmítají tento souhlas udělit, čímž ohrožují zdraví a život nezletilého, je lékař kompetentní se obrátit na soud, jenž rozhodne místo zákonných zástupců. Byť tento typ intervence dopadá pouze na případy poskytování zdravotní péče nezletilému pacientovi, principiálně lze takto postupovat i v případě pacienta s omezenou svéprávností. Tento typ intervence se užije v případě plánované zdravotní péče, neboť v případě neodkladné a akutní péče rozhodne *ex lege* lékař v souladu s § 35 odst. 3 ZZS.³¹⁸

Právní rámec tohoto způsobu intervence je principiálně vymezen Úmluvou o právech dítěte a Listinou základních práv a svobod. Dle uvedených právních předpisů je nutné brát ohled na zájem dítěte a respektovat jeho právo na ochranu zdraví. Dle Ústavního soudu ochrana zdraví a života dítěte je dostatečně ospravedlnitelným zásahem do rodičovských práv soudem.³¹⁹ Péče soudu o nezletilé, nejen v případě při poskytování zdravotní péče nezletilým, je vymezena v § 65, resp. § 466 ZŘS. Aplikovatelné v těchto situacích je i § 462 a násl. ZŘS věnující se předběžné úpravě poměrů dítěte. Klíčová ustanovení tohoto typu intervence zakotvuje OZ zejména v § 100 odst. 2 a § 101. Ustanovení § 100 odst. 2 stanovuje, že „*nesouhlasí-li zákonný zástupce se zásahem do integrity [nezletilé osoby starší čtrnáct let], ač si jej tato osoba přeje, lze zákrok provést na její návrh nebo na návrh osoby jí blízké jen se souhlasem soudu*“³²⁰. Toto ustanovení upravuje případy, kdy mezi lékařem a nezletilým pacientem panuje shoda, avšak zákonní zástupci odmítají připustit daný typ léčby. Pokud není shoda ani mezi pacientem a lékařem (a současně není shoda se zákonnými zástupci pacienta a lékařem), lze uplatnit § 101, dle kterého „*má-li být zasaženo do integrity člověka neschopného úsudku způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro jeho život nebo zdraví, lze zákrok provést jen s přivolením soudu [nelze-li postupovat v režimu nutné péče]*“³²¹. Je však třeba upozornit, že aplikace obou těchto zákonných ustanovení vyžaduje splnění předpokladů stanovených předmětným ustanovením (v prvním případě je stanoven předpoklad věku nezletilého, v druhém případě charakter předpokládané újmy a nemožnost uplatnění ustanovení o

³¹⁸ Viz KRÁLÍČKOVÁ, Zdeňka. Péče o zdraví nezletilého dítěte – Providing Health Care to Minors. *Časopis zdravotnického práva a Bioetiky*, 6(2), str. 31.

³¹⁹ Viz nálezy Ústavního soudu ze dne 20.8.2004, sp. zn. III. ÚS 459/03.

³²⁰ Viz § 100 odst. 2 OZ.

³²¹ Viz § 101 OZ.

nutné péči).³²² V souladu s § 35 odst. 1 ZZS je nutné zjistit názor nezletilého pacienta na poskytování zdravotních služeb a přihlídnout k tomuto názoru s ohledem na rozumovou a volní vyspělost nezletilého pacienta. Závažnost tohoto faktoru narůstá úměrně s věkem a stupněm vyspělosti nezletilého pacienta.³²³

Uvedený typ intervence soudu se bude zakládat na názorové pluralitě vytvořené mezi lékařem, zákonnými zástupci pacienta a samotným pacientem. Názorový nesoulad bude tkvět mezi lékařem a zákonnými zástupci s tím, že pacient může zastávat stejný názor jako lékař nebo jeho zákonní zástupci nebo může zastávat jiný, zcela odlišný názor. V tomto případě tak aktivace intervence soudu se odvíjí jednak od řešené otázky, ale hlavně od personálního vymezení konfliktu. Řešenou otázkou bude zásah do integrity pacienta. Zpravidla se tak bude jednat o otázku, jaká další léčba má být poskytnuta pacientovi pro zlepšení jeho zdravotního pacienta či zmírnění jeho utrpení. Personální vymezení bude dáno uvedenou názorovou pluralitou mezi třemi zainteresovanými subjekty.

V uvedeném případě zastává roli interventa soudce. Požadavky na funkci soudce jsou stanoveny zákonem č. 6/2002 Sb., o soudech, soudcích, přísedících a státní správě soudů a o změně některých dalších zákonů (zákon o soudech a soudcích), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o soudech a soudcích“). Dle tohoto zákona může funkci soudce zastávat pouze státní občan České republiky, který je plně svéprávný, bezúhonný, starší 30 let, s takovými zkušenostmi a morálními vlastnostmi, jež poskytují záruky, že bude tuto funkci zastávat řádně. Taktéž musí mít řádně ukončené vysokoškolské vzdělání v magisterském studijním programu v oblasti práva, úspěšně složenou justiční zkoušku, musí souhlasit se svým ustanovením za soudce a musí být přidělen k určitému soudu.³²⁴

Vstoupí-li do terapeutického vztahu soudce, odvíjí se jeho mlčenlivost od § 51 odst. 5 písm. g) ZZS ve spojení s § 81 zákona o soudech a soudcích. Dle tohoto ustanovení je soudce povinen,

³²² S ohledem na vymezení konfliktů, které mohou nastat při poskytování zdravotní péče, v této rigorózní práci, je úmyslně ponechán stranou konflikt mezi zákonnými zástupci pacienta. Tím, že je tato rigorózní práce zaměřena na způsoby intervence v případě vzniku konfliktu mezi lékařem a pacientem, je problematika neshod zákonných zástupců a povinnost vyžadovat souhlas obou zákonných zástupců, případně postačí jen souhlas jednoho z nich, ponechána mimo pozornost této práce.

³²³ Viz čl. 6 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně

³²⁴ Viz § 60 odst. 1 a 3 zákona č. 6/2002 Sb., o soudech, soudcích, přísedících a státní správě soudů a o změně některých dalších zákonů (zákon o soudech a soudcích), ve znění pozdějších předpisů.

a to i po zániku soudcovské funkce, zachovávat mlčenlivost o všem, o čem se dozvěděl v souvislosti s výkonem své funkce. Zprostit mlčenlivosti může soudce jen předseda soudu.³²⁵

V obou výše zmíněných případech konfliktů, tj. mezi lékařem a zákonnými zástupci nezletilého pacienta za současného souhlasného vyjádření pacienta s lékařem či se zákonnými zástupci, bude soudní intervence soudu zahájena návrhem na vydání rozhodnutí soudu k přivolení k navrhnutému dalšímu léčebnému postupu. Místně příslušný soud pro řízení o přivolení k zásahu do integrity nezletilého je příslušný obecný soud toho, do jehož integrity má být zasaženo³²⁶. Soud bude rozhodovat na základě předložených písemných podkladů, případně na základě svědeckých výpovědí zúčastněných subjektů. Soud přihlíží též k názoru samotného nezletilého s přihlédnutím k jeho věku a rozumové vyspělosti.³²⁷ Východiskem pro jeho rozhodování bude blaho nezletilého pacienta, jež převáží i právo rodičů na náboženskou svobodu a jejich právo vychovávat své děti dle svého uvážení.³²⁸ Může též přizvat znalce z oboru medicíny pro zodpovězení konkrétních medicínských otázek. Z důvodu, že rozhodnutí se týká nezletilého, soud rozhoduje s největším urychlením; nebrání-li tomu důvody zvláštního zřetele hodného, vydá soud rozhodnutí ve věci do 6 měsíců.³²⁹ Žádost o přivolení soudu, stejně tak rozhodnutí soudu, je nezbytnou součástí zdravotnické dokumentace pacienta.

V krajních situacích uvedený rozkol lze řešit prostřednictvím předběžného opatření upravující poměry dítěte uvedené v § 452 a násl. ZŘS. Dospěje-li lékař k názoru, že výchovné prostředí nezletilého pacienta nenabízí adekvátní prostředí pro jeho vývoj, čímž je způsobený i vzniklý rozkol o další poskytovanou zdravotní péče, může podat podnět na orgán sociálněprávní ochrany dětí, aby bylo zahájeno soudní řízení a dítě předáno do vhodného prostředí.

Výsledkem intervence soudu je vydání soudního rozhodnutí v podobě rozsudku. Toto soudní rozhodnutí je závazné *erga omnes*, tj. zavazuje jak pacienta, jeho zákonné zástupce, tak lékaře a další členy ošetřovatelského týmu. V případě nesouhlasu je možné proti rozhodnutí podat odvolání k nadřízenému soudu.

³²⁵ Ustanovení § 81 odst. 2 zákona o soudech a soudcích stanovuje pravidla pro zproštění mlčenlivosti v případě, že by ke zproštění mlčenlivosti mělo dojít u předsedy daného soudu.

³²⁶ Viz § 65 zákona ZŘS.

³²⁷ Viz § 100 odst. 3 OSŘ.

³²⁸ Viz McCLAY, Caitlin. Mediation in Medical Treatment: a More Effective Way to Manage Disputes. *Catholic University Law Review*. 68 (3), 2019, str. 528.

³²⁹ Viz § 471 odst. 2 zákona ZŘS.

6. Zhodnocení prostředků intervence, hierarchizace

Výše představené prostředky intervence mají stejnou podstatu, tj. vstup třetí osoby do vzniklého konfliktu ve snaze vyřešit vzniklý problém ke spokojenosti všech účastníků sporu, liší se však v mnohých aspektech. S vědomím těchto rozdílů by měl lékař vždy využít ten prostředek intervence, který je pro danou situaci nejvhodnější.

Primárním rozdílem mezi prostředky intervence je jejich věcné vymezení, tedy na jaký typ problémů dopadají. Otázka, zda je dána pravomoc interventa k řešení daného sporu, představuje neopominutelnou podmínku využití intervence. V případě, že intervent zjistí, že tato podmínka není naplněna, platí pro všechny typy interventů, že mají věc přenechat kompetentnímu subjektu. Stane-li se spornou otázkou v terapeutickém vztahu otázka vyžadující učinění právního výkladu, je k ní kompetentní právní oddělení daného poskytovatele zdravotních služeb či právní oddělení ČLK. Výběr z těchto dvou subjektů záleží na samotném lékaři, disponuje-li poskytovatel zdravotních služeb právním oddělením. V případě, že o intervenci žádá jiný zdravotnický pracovník než lékař, jeho výběr se zužuje na právní oddělení daného poskytovatele zdravotních služeb s ohledem na povahu ČLK jakožto profesní komory lékařů. Nastane-li mezi lékařem a pacientem konflikt spadající do oblasti bioetiky v širším pojetím, bude záležet na nuancích konkrétního problému. V takových případech totiž může být kompetentní jak nemocniční ombudsman, etický poradce, psychosociální intervent, tak nemocniční kaplan. Opírá-li pacient svou argumentaci ve vzniklém konfliktu o své duchovní hodnoty, je vhodné přivolat nemocničního kaplana. Ten napomůže pacientovi zorientovat se v jeho pocitech. Vzniká-li u lékaře morální distres ohledně interakce s pacientem, příhodným interventem bude etický poradce. Vzájemnými hodnotami budou etické hodnoty. Je-li potřeba zklidnit situaci, zajistit vzájemné porozumění a zmírnit vzniklý disbalanc způsobený psychickým či fyzickým strádáním, je vhodné přivolat psychosociálního interventa na pomoc pacientovi anebo peer interventa na pomoc lékaři. Pokud problém nespadá ani do jedné blíže specifikované podkategorie bioetiky, pomoc nabídne nemocniční ombudsman. Jeho služeb je vhodné též využít tehdy, bude-li pacient chtít podat stížnost na poskytovatele zdravotních služeb či konkrétní zdravotní pracovníky. Mediační a rozhodčí řízení je vhodné absolvovat tehdy, je-li zapotřebí formalizovaného řízení, které nabídne závazný výsledek. Tyto způsoby řešení konfliktů jsou příhodné též, jedná-li se o spory týkající se úhrady majetkové či nemajetkové újmy způsobené poskytováním zdravotních služeb. Žádat soud o přivolení k poskytnutí zdravotní péče dopadá na specifické situaci při poskytování zdravotní péče nezletilému pacientovi, vznikne-li rozpor mezi jeho zákonnými zástupci a lékařem.

V případě setkání lékaře s pacientem a nadřízeného lékaře s pacientem je dána širší působnost, kdy tento prostředek intervence lze využít v každém případě, nevyhodnotí-li lékař tento prostředek intervence v daném případě za neefektivní.

Za další markantní rozdíl mezi jednotlivými prostředky intervence lze považovat jejich časový aspekt, a to jak v ohledu, kdy se lze na daného intervenanta obrátit, tak v jakém časovém horizontu dojde k realizaci intervence. V tomto ohledu psychosociální intervenční služba nabízí nejrychlejší reakci. Psychosociální intervenční služba je u daného poskytovatele zdravotních služeb zajišťována nepřetržitě, a tedy lékař může jejich služeb využít kdykoliv. Taktéž k faktické realizaci dochází téměř okamžitě dle dojezdové doby intervenanta. V případě pracovní doby je intervence uskutečněna do nižších jednotek minut, v případě noční doby do nižších desítek minut. Ostatní prostředky intervence jsou limitovány pracovní dobou. Etičtí poradci uskutečňují etické konzilium zpravidla do druhého pracovního dne. Právní oddělení reaguje bez zbytečného odkladu dle svých pracovních možností, stejně tak právní oddělení ČLK. V rámci ČLK dochází již od počátku k rozlišování neodkladných situací od těch ostatních. Pro akutní situace je zřízena speciální telefonní linka, při jejímž využití lze očekávat pomoc ihned. Nemocniční kaplan a nadřízený lékař jsou vázáni svou pracovní náplní, nicméně lze očekávat jejich reakci též co nejdříve. Nemocniční ombudsman je při vyřizování stížnosti vázán lhůtami stanovenými ZZS. V případě akutních problémů jedná neprodleně.

Při aktivaci soudu pro vydání rozhodnutí o další zdravotní péči nezletilému pacientovi je nutné počítat s lhůtami stanovenými ZŘS ve spojení s OSŘ. Soud tyto případy rozhoduje přednostně, i tak dochází k určitému prodloužení. Mediační a rozhodčí řízení vyžadují největší časovou dotaci, kdy dosažení konsensu může trvat v řádu měsíců či let.

Znakem shodným podstatou, přitom odlišným svými vlastnostmi, je povinnost mlčenlivosti intervenanta. Ve všech případech je právně stanoven zákaz šířit informace týkající se zdravotního stavu a dalších informací o pacientovi. Zakotvení povinnosti mlčenlivosti představuje základní atribut práva na ochranu soukromí pacienta, na které je v rámci terapeutického vztahu kladen velký důraz. Zavázat mlčenlivostí i intervenanta vstupujícího do terapeutického vztahu tak nelze opominout, a to včetně případné možnosti prolomení této povinnosti.

Povinnost zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se poskytovatel zdravotních služeb dozvěděl v souvislosti s poskytováním těchto služeb obecně upravuje ZZS v § 51 a násl. Věcný rozsah této povinnosti je dán všemi informacemi, které sdělí pacient lékaři při poskytování zdravotní péče. Nejedná se tak pouze o informace o zdravotním stavu pacienta, nýbrž též o informace vztahující se k rodinné, sociální anamnéze, osobní informace

pacienta, psychický stav pacienta, plánovaná léčba atd. Personální rozsah této povinnosti zahrnuje zdravotnické pracovníky přímo se podílející na poskytování zdravotní péče, osoby, jež jsou přítomni poskytování zdravotní péče jak z titulu osob získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka, tak z titulu zaměstnanců poskytovatele zdravotních služeb, tak osoby dbající na poskytování zdravotních služeb či provádějící kontrolu poskytovaných služeb.^{330,331} Dojde-li k porušení povinnosti zachovávat mlčenlivost, dopustí se daná osoba přestupku dle ZZS, ale též zásahu do soukromí pacienta. V takovém případě vznikne pacientovi nárok požadovat náhradu vzniklé nemajetkové újmy (případně i majetkové újmy, vznikla v přímé souvislosti s vzniklým proviněním).

V případě intervence prostřednictvím samotného lékaře, jeho nadřízeného či psychosociálního intervenanta, se uplatní povinnost mlčenlivosti dle výše uvedeného ustanovení § 51 odst. 5 písm. a) ZZS. Interventem je v takovém případě zdravotnický pracovník, jenž je povinen dle ZZS zachovávat mlčenlivost o informacích spojených s péčí o pacienta. V případě intervence prostřednictvím právního oddělení poskytovatele zdravotních služeb se uplatní povinnost zachovávat mlčenlivost dle § 51 odst. 5 písm. d) ve spojení s § 65 odst. 2 písm. a) *linea* třetí. Právníci poskytovatele zdravotních služeb jsou povinni zachovávat mlčenlivost z titulu svého pracovněprávního vztahu s poskytovatelem zdravotních služeb a potřeby informací pro splnění svých pracovních úkolů.³³² V případě právního oddělení ČLK, tedy osob s právním vzděláním, které však nejsou zaměstnanci daného poskytovatele a ani jinak nespádají do výčtu obsaženého v § 65 odst. 2 ZZS, se na ně uplatní povinnost zachovávat mlčenlivosti dle § 51 odst. 5 písm. g) ZZS ve spojení se zákonem o ČLK. Příhodnými ustanoveními jsou v této souvislosti zejména ustanovení § 2 odst. 2 písm. i) a § 9 odst. 1 písm. c) uvedeného zákona.

Vstoupí-li do terapeutického vztahu etický poradce, bude vázán mlčenlivostí dle statutu etického comitté či jiného zřizovacího předpisu. Taktéž se u něj může mlčenlivost kumulovat s jednou z výše uvedených mlčenlivostí v závislosti na tom, v jaké roli, mimo člena etického comitté, vystupuje u daného poskytovatele zdravotních služeb. Obdobná situace se uplatní i u nemocničního ombudsmana se současným použitím § 51 odst. 5 písm. d) ve spojení s § 65 odst. 2 písm. a) ZZS. Pokud narovná vztah mezi lékařem a pacientem nemocniční kaplan, je povinen

³³⁰ Výčet všech povinných osob obsahuje § 51 odst. 5 ZZS.

³³¹ Viz KŘEPELKA, Filip, Petra LANČOVÁ a Michal JANOVEC. COFOLA 2019 Část X.: Ochrana soukromí a úprava nakládání s informacemi ve zdravotnictví, Technologie a právo. In *COFOLA 2019 Část X.: Ochrana soukromí a úprava nakládání s informacemi ve zdravotnictví*, Technologie a právo. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2019, str. 90.

³³² Viz KOPSA TĚŠINOVÁ, Jolana; DOLEŽAL, Tomáš a POLICAR, Radek, op. cit. s. 160.

zachovávat mlčenlivost dle § 51 odst. 5 písm. g) ZZS ve spojení s Dohodou o duchovní péči ve zdravotnicí uzavřenou mezi Českou republikou – Ministerstvem zdravotnictví a Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v ČR [čl. 6 odst. 2 písm. e)].

Iniciuje-li lékař k řešení nesouladu mezi ním a pacientem intervenci prostřednictvím mediátora či rozhodce, uplatní se na něj povinnost mlčenlivosti dle § 51 odst. 5 písm. g) ZZS ve spojení s § 9 zákona o mediaci, resp. § 6 ZRR. Současně se uplatní mlčenlivost dle smlouvy o poskytování mediačních/rozhodčích služeb sjednané mezi všemi třemi stranami sporu, jejíž součástí standardně bývá doložka o zachování mlčenlivosti o všech skutečnostech, jež se mediátor, resp. rozhodce, v souvislosti s poskytováním svých služeb dozví. Zprostit mlčenlivosti mediátora či rozhodce mohou pouze strany mediace/rozhodčího řízení.

Vstoupí-li do terapeutického vztahu soudce, odvíjí se jeho mlčenlivost od § 51 odst. 5 písm. g) ZZS ve spojení s § 81 zákona o soudech a soudcích. Dle tohoto ustanovení je soudce povinen, a to i po zániku soudcovské funkce, zachovávat mlčenlivost o všem, o čem se dozvěděl v souvislosti s výkonem své funkce. Zprostit mlčenlivosti může soudce jen předseda soudu.

Nad rámec uvedeného nelze opomíjet případně sjednanou mlčenlivost dle pracovněprávních předpisů, dle které musejí zaměstnanci zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se dozví v souvislosti s výkonem svého povolání u daného zaměstnavatele, nevykonávají-li dané povolání samostatně. Opomenout nelze ani povinnost zachovávat mlčenlivost stanovenou vnitřními předpisy profesní organizace či sdružením, jejímž členem je daný intervent. V tomto ohledu lze zmínit například čl. 2 odst. 1 Etického kodexu nemocničního kaplana, § 2 odst. 9 Etického kodexu ČLK, čl. 2 odst. 4 Etického kodexu Psychosociální intervenční služby či čl. 4 odst. 1 Etického kodexu zapsaných mediátorů.

Odlíšné znaky mezi jednotlivými prostředky intervence lze shledávat i v přístupu jejich zápisu do zdravotnické dokumentace pacienta. Záznam o proběhlé intervenci spadá pod významnou okolnost při poskytování zdravotní péče, jež má své místo ve zdravotnické dokumentaci. Tento záznam má významnou důkazní hodnotu pro případný soudní spor. Avšak některé z uvedených typů intervence není vhodné či zcela nepřijatelné do zdravotnické dokumentace zaznamenat. Jedná se zejména o situace, kdy intervenci je přítomna pouze jedna ze stran terapeutického vztahu. Důvodem pro jejich opomenutí ve zdravotnické dokumentaci je jejich důvěrnost, a to jak ve vztahu k pacientovi, tak ve vztahu k lékaři. Má-li být v těchto typech intervence intervent úspěšný, je nutné, aby mu pacient důvěřoval. Proto je důležité, aby v pacientovi vzbudil pocit bezpečí, sounáležitosti. Informace, že vše, co mu pacient řekne, bude součástí dokumentace přístupné celému jeho ošetrovatelskému týmu, může tento pocit důvěry

narušit. Jedná se zejména o intervenci prostřednictvím nemocničního kaplana či psychosociální intervenční služby. Zapisovanými typy intervence bude zpravidla setkání s nadřízeným lékařem, nemocničním ombudsmanem a vždy etické konzilium, proběhlé mediační řízení, rozhodčí řízení a zásah soudu do terapeutického vztahu.

Rozsah zápisu uskutečněné intervence se bude odvíjet od typu intervence. V případě, že se bude konat etické konzilium, do zdravotnické dokumentace se uvede jak záznam o jeho konání, tak se do ní přiloží podrobný zápis. Tento zápis bude obsahovat, kdo se etického konzilia zúčastnil, jaký etický problém byl řešen, jaká stanoviska zastávaly jednotlivé strany a na jakém konsensu se strany shodly. Součástí nebudou již podrobnosti setkání v zájmu ochrany práv a zájmů jednotlivých stran. V případě setkání s nadřízeným lékařem bude zdravotnická dokumentace zpravidla obsahovat záznam o uskutečněném setkání a na čem se strany dohodly. V případě intervence v rámci mediačního řízení a rozhodčího řízení budou součástí zdravotnické dokumentace pacienta veškeré informace z proběhlých jednání. Bude-li nutné mít přivolení soudu k poskytování zdravotní péče, součástí zdravotnické dokumentace bude jak návrh na vydání rozhodnutí adresovaný soudu, tak výsledné soudní rozhodnutí. V dnešní době tzv. defenzivní medicíny se čím dál tím častěji objevuje i záznam o intervenci prostřednictvím právního oddělení ve zdravotnické dokumentaci pacienta, a to v podrobném rozsahu.

V neposlední řadě se uvedené prostředky intervence liší svoji závazností pro účastníky terapeutického vztahu. Pro všechny prostředky intervence v rámci poskytovatele zdravotních služeb je shodné, že není dána jejich obecná závaznost. V případě intervence prostřednictvím samotného lékaře, nadřízeného lékaře, etického poradenství, nemocničního kaplana a psychosociální intervenční služby je jejich závaznost založena na vůli obou účastníků konfliktů. Pokud mají strany konfliktu postupovat podle sjednaného konsensu, mohou tak činit vždy pouze po dobu oboustranné ochoty. Nesouhlasí-li pacient či lékař se vzniklým konsensem, není povinen podle něj postupovat. Pouze v případě, je-li výsledným konsensem aktivace práva pacienta např. na dříve vyslovené přání či odmítnutí zdravotní péče, bude dána závaznost tohoto rozhodnutí pacienta pro lékaře. Vyšší závaznost má stanovisko právního oddělení poskytovatele zdravotních služeb. Pokud je vydáno ve formě interního předpisu, platí závaznost dle pracovněprávních předpisů. Je-li vydáno jako individuální rozhodnutí, je na vůli lékaře, zda se jím bude řídit. Jeho nedodržení pro něj však může mít důsledky v pracovněprávní rovině či odpovědnostní rovině, dopustí-li se tak protiprávního jednání. Obdobnou závaznost má stanovisko Právního oddělení ČLK, kdy následkem jeho nedodržení může být sankce v rovině disciplinární odpovědnosti. Tím, že ve všech těchto případech je závaznost velmi limitována, neexistuje opravný prostředek proti

výsledku intervence. Působí-li nemocniční ombudsman jako subjekt kompetentní k vyřizování stížností podle části osmé ZZS, je jeho rozhodnutí závazné. Současně však ZZS upravuje možnosti řádného opravného prostředku. Působí-li jako arbitr vzniklého sporu, je závaznost jeho rozhodnutí stejná jako v případě působení etického poradce.

Zcela odlišnou závaznost lze sledovat v případě iniciování mediačního řízení či rozhodčího řízení. Zde je výsledek závazný v souladu s příslušnými zákony. V případě mediace se závaznost odvíjí též od dohody o mediaci s tím, že závaznosti *erga omnes* lze dosáhnout schválení mediační dohody soudem. V případě rozhodčího řízení je již samotný rozhodčí nález závazný *erga omnes*. V případě zapojení soudu do rozhodování o poskytování zdravotní péče nezletilému je povinností každého vydané soudní rozhodnutí respektovat.

Rozdíly lze sledovat také v tom, zda daný prostředek intervence se nachází v dispozici poskytovatele zdravotních služeb nebo mimo něj. V případě, že je zde dán vliv poskytovatele zdravotních služeb, uplatní se zde pracovněprávní vztahy. Ačkoliv např. nemocniční ombudsman či etiční poradci zastávají roli nezávislého arbitra, lze jen velmi těžce oddělit případný vliv vedení poskytovatele zdravotních služeb na výkon jejich funkce. Uvedenou nestrannost je nutné zakotvit interními předpisy a vytvořit mechanismy, jež zamezí případnému prosazování vlivu. Jedná-li se o prostředky intervence nacházející se mimo dispozici poskytovatele zdravotních služeb, není zde pochyb o nestrannosti interventů. V případě, že se intervent přihlásí z titulu své funkce k nestrannosti, je nutné, aby jí i dodržoval a činil vše pro její zachování.

Z uvedené komparace je zřejmé, že žádá-li lékař o vydání závazného rozhodnutí, jak má dále postupovat při poskytování zdravotní péči pacientovi, musí absolvovat formalizované řízení, jež vyžaduje značnou časovou dotaci. Takové řízení není flexibilní a nelze jím reagovat na akutní situace, které nesnesou odkladu. V neodkladných situacích je tak lékař odkázán na pomoc jiných subjektů, kteří jsou schopni mu rychle napomoci, avšak nejsou kompetentní k vydání závazného rozhodnutí. Stejně tak pouze v případech mediačního řízení, rozhodčího řízení a intervence prostřednictvím soudu dochází k přesunu odpovědnosti za zvolenou další léčbu. V ostatních případech je zanechána vlastní odpovědnost lékaře a s tím spojené následky, dojde-li k pochybení na jeho straně. Vždy se však může lékař spolehnout na to, že ať zvolí jakýkoliv způsob intervence, nedopouští se porušení povinnosti mlčenlivosti, a tedy správněprávního přestupku.

Ačkoli každý z prostředků intervence je odlišný, lze učinit sumarizaci a hierarchizaci těchto prostředků s ohledem na jejich podstatu a možnosti uplatnění. Dojde-li ke vzniku sporu mezi lékařem a pacientem a je nutné aktivovat prostředky intervence, v první řadě by to měl být sám lékař, který se pokusí sjednat s pacientem konsensus. Nestačí-li tato nepřímá intervence, je

vhodné oslovit s žádostí o pomoc svého nadřízeného lékaře. V rámci vertikálních pracovněprávních vztahů by měl být volen nejbližší nadřízený lékař, tedy vedoucí stanice či oddělení, až následně primář a vyžaduje-li si to daná situace, tak i přednosta či náměstek. Selžou-li oba uvedené typy intervencí, je nutné již naplno rozlišovat podstatu vzniklého sporu. V závislosti na učiněné identifikaci, lékař učiní výběr mezi etickým poradenstvím, nemocničním ombudsmanem a právním oddělením, resp. právním oddělením ČLK. Není-li úspěšná ani intervence prostřednictvím jednoho z uvedených subjektů, lze lékaři doporučit obrátit se s řešením problémů na mediátora, bude-li pacient ochoten uzavřít dohodu o mediaci, případně na rozhodce. Nelze-li stále dosáhnout konsensu, je nutné se obrátit na soud.

Žádný z těchto prostředků však není obligatorní, a tedy není nutné, aby lékař využil všech prostředků intervence či jejich vzájemného předcházení. Mimo uvedenou hierarchii stojí psychosociální intervent a peer intervent, jejichž služby napomáhají zpravidla k uklidnění situace, nikoliv k jejímu vyřešení. Taktéž přivolení soudu k péči o nezletilého pacienta představuje specifický institut stojící mimo uvedenou hierarchii. I v případě jeho iniciace je vhodné nejdříve učinit setkání s pacientem a následně požádat o pomoc svého nadřízeného.

7. Aktuální situace u vybraných poskytovatelů zdravotních služeb

Uvedené prostředky intervence ve vztahu lékař – pacient představují prostředky, jež se vyskytují u českých poskytovatelů zdravotních služeb. Nicméně tím, že většina z nich není obligatorní, a s ohledem na jejich povahu jsou s různou intenzitou zastoupeny u jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb. Rozhodnými kritérii jsou jednak faktické možnosti daného poskytovatele zdravotních služeb (ať již finanční, tak provozní), povaha poskytovatele zdravotních služeb (zda se jedná o státem řízenou organizaci či soukromou právnickou osobu či fyzickou osobu), množství ošetřených pacientů, četnost vzniku konfliktů a zejména vůle daného poskytovatele vytvořit mechanismy k řešení konfliktů. Svou roli sehrává i míra edukace a pokrokovost daného poskytovatele zdravotních služeb.

Klíčovým rozlišením poskytovatelů zdravotních služeb je, zda se jedná o poskytovatele disponující zdravotnickým zařízením poskytující zdravotní péče velkému množství pacientů či poskytovatele disponující pouze menšími zdravotnickými zařízeními či prostory k poskytování zdravotních služeb. V případě fakultních nemocnic a nemocnic je zastoupena většina výše uvedených prostředků intervencí. Samozřejmostí je vertikálnost pracovních vztahů, a tedy možnost využití pomoci nadřízeného lékaře, přítomnost právního poradce na pracovišti i nemocničního kaplana či jiné formy duchovních služeb. Právní poradenství se u jednotlivých poskytovatelů objevuje buď jako samostatná organizační jednotka (např. v Ústřední vojenské nemocnici, IKEMu) nebo jako součást organizačního celku typicky propojeného s oddělením veřejných zakázek (např. ve Fakultní nemocnici Bulovka). Například v případě Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, zastává pozici právníka přímo advokát. Služby duchovní péče zajišťují poskytovatelé zdravotních služeb buď prostřednictvím zástupců jedné církve, případně nabízí pluralitu zastoupených církví. Zmíněnou duchovní pluralitou disponuje například Fakultní nemocnice Hradec Králové, jež mimo to zajišťuje i služby biskupa či pravoslavného kněze.³³³

V případě poskytovatelů zdravotních služeb řízených státem je stanoven obligatorní požadavek na zavedení institutu nemocničního ombudsmana. I v nestátních zařízeních je tento prostředek intervence čteně zastoupen. Mezi jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb lze sledovat rozdíly v personálním obsazení postu nemocničního ombudsmana. Dle dostupných informací ve vyšší míře je tato pozice obsazena osobou s právním vzděláním než příslušníkem lékařského stavu. Tato tendence vyplývá zřejmě z výše uvedené potřeby znalosti zdravotnického

³³³ Viz Pastorační péče. In: *Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/pece-o-pacienty/pastoracni-pece>.

práva a užšího propojení pozice nemocničního ombudsmana s právním oddělením v případě eskalace sporu do míry soudního řízení. Svůj podíl na této statistice může mít i skutečnost relativně nového zavedení institutu nemocničního ombudsmana, který přebírá agendu vyřizování stížností podle části osmé ZZS, jež do té doby spadala do kompetencí právního oddělení. V případě Masarykova onkologického ústavu nemocniční ombudsman zastává navíc roli člena Pacientské rady, jež představuje poradní orgán ředitele podílející se na vyřizování stížností a kultivaci prostředí poskytovatele zdravotních služeb.³³⁴

Taktéž v prostředí nemocnic dochází k rozmachu využívání služeb psychosociální intervenční služby. Seznam poskytovatelů disponující těmito službami je uveden na webových stránkách Systému psychosociální intervenční služby.³³⁵ Dle těchto údajů se ve větším zastoupení dostává psychosociální podpory pacientům než zdravotníkům, když lze shledat vyšší četnost psychosociálních interventů než peer interventů. Služby psychosociální intervenční služby a zvláště peer služby se často objevují v prostředí zdravotnických záchranných služeb, v jejichž praxi je častý výskyt krizových situací.

V případě intervence prostřednictvím etického poradce se jedná o velmi ojedinělý institut. Pro jeho zavedení je nutná vyšší míra edukace reprezentantů poskytovatele zdravotních služeb a uvědomění si vzniku etických dilemat v případě poskytování zdravotních služeb. Jeho zavedení vyžaduje též zajištění dostatečného personálního aparátu pro jeho správné fungování. V prostředí nemocnic se v současné době s ním lze potkat pouze ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. Poskytování služeb etického poradenství je však rozšířeno v prostředí hospicové péče. Setkat se lze i s kumulací několika prostředků intervence do jednoho organizačního celku. Jmenovat lze například Thomayerovu fakultní nemocnici, jež disponuje Centrem podpurné péče. Toto centrum zajišťuje komplexní poskytování psychosociální a duchovní podpory.³³⁶ Jinou formu kumulace prostředků intervence představuje Centrum provázení zřízené např. v rámci Fakultní nemocnice Brno³³⁷. Jde-li o služby klinického psychologa, lze jmenovitě zmínit Nemocnici Na Homolce,

³³⁴ Viz Směrnice MOÚ č. 9/2009 Masarykova onkologického ústavu – Postup při podávání, vyřizování a evidování podnětů a stížností v MOÚ.

³³⁵ Viz Podpora zdravotníkům, op. cit.

³³⁶ Viz Centrum podpurné péče. In: *Fakultní Thomayerova nemocnice* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ftn.cz/centrum-podpurne-pece-51/>.

³³⁷ Viz Centrum provázení. In: *Fakultní nemocnice Brno* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/centrum-provazeni/k1731>.

kteřá disponuje Oddělením klinické psychologie.³³⁸ V případě jiných zdravotních zařízení jsou služby klinického psychologa zahrnuty pod jiné oddělení.

S ohledem na zastoupení jednotlivých prostředků intervence u daného poskytovatele zdravotních služeb je nutné vyzdvihnout Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, jež disponuje všemi představenými prostředky intervencemi. Poskytuje tak nejširší škálu možností, jak řešit konflikty s pacienty. Tím vytváří nejpříznivější pracovní prostředí pro své lékaře, co se týče podpory řešení nekomfortních situací s pacienty.

V případě menších poskytovatelů zdravotních služeb je seznam prostředků intervencí v terapeutickém vztahu značně limitován. Zejména z provozních a finančních důvodů tito poskytovatelé nedisponují samostatným právním oddělením, ale využívají služeb advokátních kanceláří, které jim tyto služby poskytují. Případně ve vyšší míře využívají služeb Právní kanceláře ČLK. S ohledem na své personální možnosti taktéž nezřizují instituty nemocničního ombudsmana, psychosociální intervenční služby či etického poradenství. Důvodem může být též povaha zdravotních služeb, které poskytují. Jedná se zejména o ambulantní péči. Nastane-li konflikt v terapeutickém vztahu, jsou nuceni jej lékaři vyřešit samostatně bez pomoci intervenanta. Nejsou však limitováni ve využití mediačního řízení či rozhodčího řízení, dle výše uvedeného, jež může pro ně představovat adekvátní způsob řešení vzniklého sporu bez nutnosti navyšování nákladů v podobě soudního řízení.

Při zřizování jednotlivých typů prostředků intervence by měla být brána v potaz i specializace daného poskytovatele a možnost pacientů vyhledat jiného poskytovatele zdravotních služeb. Má-li pacient možnost vyhledat jiného poskytovatele zdravotních služeb se stejnou specializací či lékař má možnost jiného pacientovi doporučit, je možné připustit nižší míru snahy nabízet široké spektrum prostředků intervence. Naopak v případě, že jiná alternativa pro pacienta neexistuje, měl by daný poskytovatel využít veškerých dostupných prostředků pro vytvoření systému řešení sporů s pacientem. Vždy je nutné brát ohledy na psychické zdraví lékařů, jímž především jednotlivé prostředky intervence napomáhají ve výkonu jejich práce.

Určité odlišující kritérium pro zavedení jednolitych prostředků intervence představuje též způsob financování poskytnutí zdravotní péče. V případě většinového poskytování zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění, je možné shledat vznik vyššího počtu konfliktů v terapeutickém vztahu. Tomu by měla i odpovídat nabídka prostředků intervence. Naopak v případě poskytování zdravotních služeb financovaných samostatně pacientem v režimu

³³⁸ Viz Klinická psychologie. In: *Nemocnice Na Homolce* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-program-vseobecne-pece/11635-klinicka-psychologie>.

pacienta – samoplátce obvykle nevzniká tolik neshod, a tak tito poskytovatelé nezřizují uvedené prostředky intervence jako je psychosociální intervenční služba či etické poradenství. Příkladem může být srovnání nemocnic působících v Ostravě. V případě Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice, a.s. se jedná o soukromou nemocnici, která nabízí toliko služby duchovní péče. Naopak Fakultní nemocnice Ostrava zřízená státem nabízí i služby ombudsmana či psychosociální intervenční služby. S uvedeným kritériem úzce souvisí právo na volbu poskytovatele a zdravotnického zařízení dle § 29 ZZS, a tedy spokojenost pacienta s daným poskytovatelem zdravotních služeb.

V neposlední řadě je třeba uvést, že otevřenost poskytovatele zdravotních služeb k řešení sporů v terapeutickém vztahu, a tím i širší nabízené škály prostředků intervence, zvyšuje bonitu daného poskytovatele. Taktéž zlepšuje pracovní prostředí pro zdravotnické pracovníky ve stylu výše uvedeného wellbeingu.

Závěr

Je-li zpracováváno téma konflikty v terapeutickém vztahu, většina autorů se zaměřuje až na následek nezvládnutí konfliktu, a to na otázku soudního řízení a tím spjatou odpovědnost zdravotnických pracovníků jak v rovině občanskoprávní, správně právní, trestní či disciplinární. Existuje však řada institutů, s jejichž pomocí lze zahájení soudního řízení eliminovat. Instituty napomáhající k řešení a vyřešení problémů v terapeutickém vztahu jsou doposud opomíjeny. Pokud již jim je věnována pozornost, je tento výčet omezen na mediační a rozhodčí řízení, případně nastínění nově zavedeného institutu nemocničního ombudsmana. Škála mimosoudních prostředků, jimiž lze zavčas řešit jak právní, etické, emoční, tak duchovní problémy, je však mnohem širší.

U českých poskytovatelů zdravotních služeb se v současné době lze setkat s deseti základními prostředky intervence, které může iniciovat lékař, a jsou uplatitelné na většinu terapeutických vztahů. Možnosti pacienta jsou ještě širší. Nastíněné prostředky umožňují efektivně čelit vzniklým problémům a za pomoci interventa, jakožto třetí nezávislé osoby, je řešit. V případě úspěšného zakročení interventa je možné předejít jednak nákladnému soudnímu řízení, ale hlavně navrátit ztracenou důvěru mezi stranami a pokračovat v poskytování zdravotních služeb. Jejich využitím se zajistí jak blaho pacienta, tak lékaře a zdravotnických pracovníků tkvějící v potlačení stresových situací a předcházení nástupu syndromu vyhoření. Taktéž zavedení prostředků intervence u poskytovatele zdravotních služeb může mít pozitivní dopad na prosazování tzv. wellbeingu pro zaměstnance tohoto poskytovatele.

Rigorózní práce představila široký výčet prostředků intervence, které jsou k dispozici lékařům. Tento výčet zahrnuje nepřímý prostředek intervence v podobě setkání lékaře s pacientem, komunikaci s nadřízeným lékařem, nemocničním ombudsmanem, etickým poradcem, členem právního oddělení poskytovatele zdravotních služeb či ČLK, psychosociálním interventem či peer interventem, nemocničním kaplanem anebo jinou osobu, s jejichž pomocí lze dosáhnout konsensu mezi lékařem a pacientem. Taktéž bylo blíže představeno mediační a rozhodčí řízení v prostředí zdravotnictví. U všech těchto prostředků byla formulována jejich podstata, požadavky na osobu interventa, forma intervence, ale i jejich výsledek a jeho závaznost pro konkrétního lékaře, respektive poskytovatele zdravotních služeb. Naznačeny byly i jejich pozitivní a negativní aspekty, které se odráží zejména v jejich vzájemné komparaci. Shrnuty byly i jejich shodné znaky spočívající zejména v povinnosti interventa zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech získaných při poskytování intervencí a zastávání neutrální pozice interventa, jenž má následovat pouze objektivně stanovené hodnoty (např. právní řád, duchovní hodnoty stanovené danou církví,

morálka atd.). Závěrem byla představena jejich možná hierarchizace dle kritéria vhodnosti použití jednotlivých prostředků za předpokladu, že bude nutné využití vícero prostředků.

Má-li být srovnána efektivita uvedených prostředků, je nutné poznamenat, že všechny prostředky budou úspěšné jen do té míry, jakou vůli budou mít jejich účastníci a jakou péči jim budou věnovat. Tím, že se jedná o mimosoudní prostředky, není dána žádná autorita, která by nařizovala lékařům a pacientovi vyvíjet snahu k vyřešení vzniklého konfliktu. Určitou autoritu sehrává zaměstnavatel lékaře, nicméně ani ten nedisponuje prostředky, kterými by přiměl lékaře k iniciování uvedených prostředků intervence. I přes to, že se lékař rozhodne přizvat k vyřešení vzniklého problému mezi ním a pacientem intervenanta, je ponechána jeho odpovědnost za další poskytovanou zdravotní péče. Pouze v případě vydání rozhodčího nálezů či schválení mediační dohody soudem dochází k vyvinění se lékaře. V případě, že lékař a pacient mají vůli pracovat na narovnání terapeutického vztahu, představené prostředky intervence jim poskytují velmi efektivní nástroj. V tomto ohledu lze zvláště kladně vnímat nápomoc interventů zastávající roli mediátora, tedy zejména nadřízený lékař, členové etického poradnictví, mediátoři či nemocniční ombudsman.

Po představení jednotlivých prostředků intervence lze zhodnotit, že tato problematika je velmi obsáhlá. V případě, že poskytovatel zdravotních služeb disponuje vícero uvedenými prostředky, je nutné jejich řádné zakotvení v rámci interní dokumentace. Díky tomu, že jsou jasně stanovena pravidla pro iniciaci služeb intervenanta, průběh intervence a její výsledek, mají lékaři a další zdravotničtí pracovníci možnost se předem seznámit s formou pomoci, která jim je nabízena, a zhodnotit vhodnost daného prostředku na vzniklý problém. Tím lze dosáhnout většího využití těchto prostředků a zvětšit procentuální úspěšnost mimosoudního řešení sporů v terapeutickém vztahu. Ideálním právním prostředkem je forma směrnic, které jsou závazné pro zaměstnance poskytovatele zdravotních služeb, mají obecný charakter a nabízejí prostor pro jejich přizpůsobení na daný problém. Taktéž lze doporučit, aby existoval souhrnný dokument shrnující veškeré disponibilní prostředky intervence a odkazoval by na další směrnice a jiné interní předpisy, které konkrétní mechanismy intervence blíže rozvádí. Současně lze kvitovat přístup některých poskytovatelů zdravotních služeb centralizovat jednotlivé prostředky intervence do jednoho organizačního celku – např. oddělení. Do tohoto multioborového bioetického týmu lze zahrnout nemocničního ombudsmana, etické poradnictví, psychosociální intervenční službu, nemocničního kaplana a klinického psychologa. Díky tomu je opět zvýšena přehlednost jednotlivých prostředků a snadněji dochází k postupování případů dle pravomoci jednotlivých interventů. Při této fúzi je však nutné zachovat nestrannost jednotlivých prostředků a vyhnout se

tak vertikálním pracovněprávním vztahům. Vedení tohoto multioborového týmu lze svěřit např. náměstkovi odpovědného ve věcech organizačně právních pouze řediteli (za výsledek intervence nesmí být odpovědný).

Byl-li v úvodu této rigorózní práce formulován cíl práce představit výčet jednotlivých prostředků intervence, byl tento závěr splněn. Práce nabízí komplexní prezentaci mimosoudních prostředků intervence s přidáním intervence soudu prostřednictvím přivolení k poskytnutí zdravotní péče. Pokud lékař a další zdravotničtí pracovníci si budou vědomi těchto možností, které jim právní řád či samotná praxe u daného poskytovatele zdravotních služeb nabízí, splní tím základní dogma zdravotnictví, a to poskytování zdravotních služeb na úrovni *lege artis*. Tím, že se jedná o neurčitý pojem, lze jej vykládat i tak, že zdravotní služby mají být poskytovány na náležité odborné úrovni dle nejvyšších poznatků lékařské vědy, právní vědy a etiky. Právě dodržování právních předpisů, respekt k právům pacienta a respektování bioetických hodnot je touto přidanou hodnotou postupování *lege artis* v tradičním pojetí omezující se pouze na lékařskou vědu.

Je-li v současné době zastáván model partnerství mezi lékařem a pacientem, je vhodné poskytnout stranám terapeutického vztahu mechanismy, kterými jsou schopny řešit vzájemné problémy. Tím současně dojde ke zvýšení účasti pacienta na poskytování zdravotních služeb a dojde k alespoň částečné eliminaci odpovědnosti lékaře za zvolení daného způsobu další zdravotní péče. Představené prostředky intervence tento princip zcela naplňují.

Seznam použitých zkratek

ADR	alternativní řešení sporů
an.	a následující
atd.	a tak dále
čl.	článek
ČLK	Česká lékařská komora
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
DNR	„Do not resuscitate“ – pokyn neresuscitovat
ICD	implantabilní kardioverter - defibrilátor
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
IPEP	Institut pro etické poradenství
Listina	ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, v platném znění
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
násl.	Následující
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
odst.	odstavec
OSN	Organizace spojených národů
OSŘ	zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů
OZ	zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů
písm.	písmeno
resp.	respektive
Sb.	sbírka zákonů
sp. zn.	spisová značka
SPIS	systém psychosociální intervenční služby
str.	strana
tj.	to jest
tr. zák.	zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně
vč.	včetně

ZŘŘ	zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení, ve znění pozdějších předpisů
ZŘS	zákon č. 292/2013 Sb. o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů
ZZS	zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

Seznam použitých zdrojů

1. Seznam použité literatury

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.

BARTŮNĚK, Petr, JURÁSKOVÁ, Dana a kol. *Vybrané kapitoly z intenzivní medicíny*. Vyd. 1. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2016, 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.

BARTŮNĚK, Petr, PTÁČEK, Radek (ed.). *Soucit v medicíně. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Grada, 2023. 496 s. ISBN 978-80-247-4926-6.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy. Psyché (Grada)*. Praha: Grada, 2005. 299 s. ISBN 80-247-0708-X.

BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing, 2020. 232 s. ISBN 978-80-271-2288-2.

BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi. Psyché (Grada)*. Praha: Grada, 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.

BMA Medical Ethics Department. *Everyday Medical Ethics and Law*. Vyd. 1. BMJ Books, 2013, 328 s. ISBN 978-1118384893.

BROUMOVÁ, Anna, KASAN, Ondřej a kol. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) - judikatorní komentář*. Ostrava: CODEXIS publishing, 2021.

BURIÁNKOVÁ, Helena a RYBA, Alan. *Systém „Psychosociální intervenční služby – PIS“ na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy – ÚSZS. Urgentní medicína – časopis pro neodkladnou lékařskou péči*. 2/2009, 35 – 38 s. ISSN 1212-1924.

CANDIGLIOTA, Zuzana; ČERVENÁ, Kateřina a ZAHUMENSKÝ, David. *Ochrana práv pacientů: návrhy k diskusi o mimosoudním řešení sporů ve zdravotnictví. Práva v souvislostech*. Brno: Liga lidských práv, c2010. 62 s. ISBN 978-80-87414-03-3.

CIMRMANNOVÁ, Tereza. *Krize a význam pomáhajících prvního kontaktu: aplikace v kontextu rodinného násilí*. Praha: Karolinum, 2013. 200 s. ISBN 978-80-246-2205-7.

DOLEŽAL, Tomáš. Povinnost zdravotnických pracovníků poskytovat zdravotní péči v souladu s profesními standardy aneb analýza pojmu „lex artis“. *Právník*, 2012, roč. 151, č. 7, 775 s. ISSN 0231-6625

DOLEŽAL, Tomáš. Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a Bioetiky*, 1 (1), 25 -35 s. ISSN 1804-8137.

DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva. Praktik (Leges)*. Praha: Leges, 2012. 160 s. ISBN 978-80-87576-24-3.

DOUBEK, Pavel. Zdravotní zákroky bez souhlasu pacienta a lidská důstojnost (Medical interventions without consent of patient and human dignity). In *Weyrův den právní teorie*. 2015th ed. Brno, 2015, p. 62 - 79. ISBN 978-80-210-8001-0.

DOVE, Edward a kol. *Mason and McCall Smith's Law and Medical Ethics*. Vyd. 11. London: Oxford University press, 2019. 776 s. ISBN 0198826214.

ETHICS TOOLKIT. *The doctor-patient relationship*. BMA Medical ethics and human rights, 2024. 48 s.

GOPICHANDRAN, Vijayaprased. *Dynamics of Trust in Doctor-Patient Relationship in India*. Vyd.1. Singapore: Springer Singapore, 2019, 102 s. ISBN 978-981-15-0346-7.

GŘÍBKOVÁ, Petra a kolektiv. *Listina základních práv a svobod – judikatorní komentář*. Ostrava: CODEXIS publishing, 2017

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Práva pacientů: (komentované vydání)*. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80-902163-0-7.

HERRING, Jonathan. *Medical law and ethics*. Vyd. 9. Oxford: Oxford University Press 2012, 674 s. ISBN 978-0192856562

HOLÁ, Lenka. *Mediace a možnosti využití v praxi. Psyché (Grada)*. Praha: Grada, 2013. 512 s. ISBN 978-80-247-4109-3.

CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena; MATĚJEK, Jaromír a STEINLAUF, Barbora. *Etika v pediatrii a neonatologii*. Praha: Grada Publishing, 2023. 516 s. ISBN 978-80-271-3263-8.

INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY a EKONOMIKY. *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. 2003. 269 s. ISSN 1213-8096.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KATZ, Jay. *The Silent World of Doctor and Patient*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002. 320 s. ISBN 9780801857805

KOPSA TĚŠINOVÁ, Jolana; DOLEŽAL, Tomáš a POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. Vyd. 2. Praha: C.H. Beck, 2019. 496 s. ISBN 978-80-7179-318-2.

KOTULA, Jan a DOLEŽAL, Tomáš. *Mediace a další vybrané formy mimosoudního řešení sporů ve zdravotnictví*. Olomouc: Iuridicum Olomoucense, o.p.s. ve spolupráci s Právnickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci, 2015. 86 s. ISBN 978-80-87382-72-1.

KRÁLÍČKOVÁ, Zdeňka. Péče o zdraví nezletilého dítěte – Providing Health Care to Minors. *Časopis zdravotnického práva a Bioetiky*, 6(2), 20 – 35 s. ISSN 1804-8137.

KŘEPELKA, Filip, Petra LANČOVÁ a Michal JANOVEC. COFOLA 2019 Část X.: Ochrana soukromí a úprava nakládání s informacemi ve zdravotnictví, Technologie a právo. In COFOLA 2019 Část X.: *Ochrana soukromí a úprava nakládání s informacemi ve zdravotnictví, Technologie a právo*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2019, 174 s. ISBN 978-80-210-9503-8.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1., Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 9788024701790.

KUŘE, Josef. Etika rozhodování o zdravotní péči v závěru života. *Časopis zdravotnického práva a Bioetiky*, 10 (2), 84-104, ISSN 1804-8137.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

LOSKOTOVÁ, Anna, LOSKOTOVÁ, Jitka, PAVLOVÁ, Lenka. Mediace ve zdravotnictví a možnosti jejího využití v jednotlivých fázích poskytování zdravotní péče. In: MICHANČOVÁ, Slávka, PAVLOVÁ, Lenka (eds.). Rodina, konflikt a možnosti mediace. Vyd. 1. Křtiny: ESI, o.p.s., Evropský smírčí institut, 2011. 161 s. ISBN 978-80-260-1466-9.

MACKENNEY, Stephen, FALLBERG, Lars. Protecting patients' Rights? a comparative study of the ombudsman in healthcare. Abingdon: Radcliffe Medical Press Ltd, 2004. 150 s. ISBN 1-85775-870-6

MACH, Jan. *Medicína a právo. Beckova edice ABC*. V Praze: C.H. Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.

MACH, Jan. *Univerzita medicínského práva*. Vyd. 1., Praha: Grada, 2013. 232 s. ISBN 978-80-247-5113-9.

MARYŠKOVÁ, Jana. *Nemocniční kaplanství a alternativní spiritualita: prakticko-teologická reflexe*. Praha: Grada, 2024. 328 s. ISBN 978-80-247-2446-1.

McCLAY, Caitlin. Mediation in Medical Treatment: a More Effective Way to Manage Disputes. *Catholic University Law Review*. 68 (3), 2019. 525 – 550 s. ISSN 1530-6119.

MULYADI, Tondy. Mediation as an alternative for medical dispute resolution between doctors and patients in approval of medical/medical actions. *South East Asia Journal of Contemporary Business, Economics and Law*. 24 (3), 2021, 173 – 186 s. ISSN 2289-1560.

PAVELKOVÁ, Marina. Lidská důstojnost jako základ vztahu mezi pacientem a lékařem. *Caritas et Veritas*. 5/2015. 92 – 101 s. ISSN 1805 – 0948

POKORNÁ, Andrea, DOLANOVÁ, Dana a kol. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: GRADA Publishing, a.s. 2019, 248 s. ISBN 978-80-271-0720-9.

PRUDIL, Lukáš. *Právo pro zdravotnické pracovníky. Praktická právní příručka*. Praha: Linde Praha, 2014. 172 s. ISBN 978-80-7201-929-8.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Grada, 2014. 519 s. ISBN 978-80-247-5471-0.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. *Etika a komunikace v medicíně. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty. Edice celoživotního vzdělávání ČLK*. Praha: Grada Publishing, 2015. 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9.

RABAN, Přemysl. *Alternativní řešení sporů, arbitráž a rozhodci v České a Slovenské republice a zahraničí. Právní instituty*. Praha: C.H. Beck, 2004. 745 s. ISBN 80-7179-873-8.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví. Psyché (Grada)*. Praha: Grada, 2011. 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

SHEEA, Sybblis, *Mediation in the Health Care System: Creative Problem Solving*, *Pepperdine Dispute Resolution Law Journal*.3/2006. 493 – 517 s. ISSN 1536-3090.

SOVOVÁ, Olga. *Ochrana soukromí při poskytování zdravotní péče z pohledu práva veřejného. Časopis zdravotnického práva a Bioetiky*, 7 (1), 1 – 12 s. ISSN 1804-8137.

SPIRIT, Michal. *Úvod do studia práva. Expert (Grada)*. Praha: Grada, 2010. 183 s. ISBN 978-80-247-3290-9.

SPIRO, Howard Marget, CURNEN, Mary G. McCrea a kol. *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel*. Yale: Yale University Press, 1996, 208 s. ISBN 9780300066708.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠIMÁČKOVÁ, Kateřina. *Která základní práva jsou ve hře?* In: ŠIMÍČEK, Vojtěch (ed.). *Lidská práva a medicína*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Mezinárodní politologický ústav, 2017. ISBN 978-80-210-8700-2.

ŠIMEK, Jiří. *Lékařská etika*. Praha: Grada Publishing, 2015. 224 s. ISBN 978-80-247-5306-5.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize a krizová intervence. Psyché (Grada)*. Praha: Grada, 2017. 288 s. ISBN 978-80-247-5327-0.

- ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. Alternative Dispute Resolution in Medical Malpractice Disputes. In. RADIC, Zeljko, RONCEVIC, Ante, YONGQIANG, Li a kol. *Economic and Social Development : 22nd International Scientific Conference on Economic and Social Development – “The Legal Challenges of Modern World”* : Book of proceedings, 2018, p. 233-242.
- ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. 650 s. ISBN 978-80-7552-321-1.
- VALUŠ, Antonín. *Civilní spory mezi lékařem a pacientem při poskytování zdravotní péče. Praktik (Leges)*. Praha: Leges, 2014. 240 s. ISBN 978-80-7502-045-1.
- VEATCH, Robert M. *The Patient-Physician relation: The Patient as Partner, Part 2*. Indiana University press, 1991, 322 s. ISBN 9780253362070.
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2013. 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.
- VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence: [krize v životě člověka : formy krizové pomoci a služeb]*. Praha: Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.
- VONDRÁČEK, Jan, DVOŘÁKOVÁ, Vladimíra a VONDRÁČEK, Lubomír. *Medicínsko-právní terminologie: příručka pro právní praxi*. Praha: Grada, 2009, 104 s. ISBN 978-80-247-3151-3
- VONDRÁČEK, Lubomír. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada, 2005. 100 s. ISBN 8024711982.
- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3., Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
- WALSTON-DUNHAM, Beth. *Medical Malpractice Law and Litigation*. Vyd. 1. Delmar Cengage Learning, 2005. 350 s. ISBN 978-1401852467.
- ZADÁK, Zdeněk a HAVEL, Eduard. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 448 s. ISBN 978-80-271-0282-2.

ZACHAROVÁ, Eva a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory. Sestra (Grada)*. Praha: Grada, 2011. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie*. Nový Jičín: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 264 s. ISBN 80-7368-093-9.

2. Seznam použitých internetových zdrojů

AMIRTHALINGAM, Kumaralingam. Medical dispute resolution, patient safety and the doctor-patient relationship. In: *National Library of Medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5917052/>

BALEN, Paul. The role of mediation in medical treatment disputes. In: *Temple-legal* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.temple-legal.co.uk/news/the-role-of-mediation-in-medical-treatment-disputes/>

BARON, Rich. The importance of building trust in the physician-patient relationship – Rich Bron. In: *Wolters Kluwer* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.wolterskluwer.com/en/expert-insights/the-importance-of-building-trust-in-the-physician-patient-relationship>.

BELLO, Temitayo, ONIBOKUN, Adedotun. Mediation Template for Resolving Medical Disputes. In *SSRN* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3721327.

Centrum podpůrné péče. In: *Fakultní Thomayerova nemocnice* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ftn.cz/centrum-podpurne-pece-51/>.

Centrum provázení. In: *Fakultní nemocnice Brno* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/centrum-provazeni/k1731>.

Conflict resolution. In: *MDU Journal*. [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://mdujournal.themdu.com/issue-archive/summer-2018/conflict-resolution>.

DOLEŽAL, Tomáš. Vztah NOZ a zdravotnických zákonů podruhé – myšlenkové posuny. In: *Zdravotnické právo a bioetika* [online]. [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://zdravotnickepravo.info/vztah-noz-a-zdravotnickych-zakonu-podruhe-myslenkove-posuny/>

Duchovní služba ve zdravotnických zařízeních pražské arcidiecéze. In: *Arcibiskupství pražské* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://apha.cz/duchovni-sluzby/nemocnici-kaplani/>

Ethical Approach for Managing Patient – Physician Conflict and Ending the Patient – Physician Relationship. In: *ACOG* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-statement/articles/2022/12/ethical-approach-for-managing-patient-physician-conflict-and-ending-the-patient-physician-relationship>

Etické poradenství přichází již i do českých nemocnic. In: *Medical Tribune* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/eticke-poradenstvi-prichazi-jiz-i-do-ceskych-nemocnic/>

GIBSON, K. Mediation in the Medical Field: Is Neutral Intervention Possible? In: *National Library of medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10587804/>.

HALL, M. A. Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? In: *National Library of medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11789119/>.

HAMPLOVÁ, Ludmila. Nejste spokojeni s poskytovanou péčí? Kde si stěžovat, musíte vypátrat. In: *LIDOV KY* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/relax/zdravi/nejste-spokojeni-s-poskytovanou-peci-kde-si-stezovat-musite-vypatrat.A170330_164712_in-zdravi_ape

HARBISHETTAR, Vijaykumar, KRISHNA, K. R. a kol. The enigma of doctor – patient relationship. *National Library of Medicine* [online]. [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6482679/>.

HARDAVELLA, Georgia a kol. Top tips to deal with challenging situations: doctor-patient interactions. In: *breathe.ersjournals.com* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://breathe.ersjournals.com/content/13/2/129>

HARRIS, Robert L. a RUBIN, Mark E. Mediation: Better Resolution of medical Malpractice Claims. In: *The McCammon Group* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z:

<https://www.mccammongroup.com/articles/mediation-better-resolution-medical-malpractice-claims/>

Hospital Ombudsman. In: *OmbudsmanMalawi.org* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ombudsmanmalawi.org/complaints-and-investigations/ethics-and-sectoral-ombudsman/hospital-ombudsman>.

CHIPIDZA, Fallon E. Impact of the Doctor - Patient relationship. In: *National Library of Medicine* [online]. [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4732308/>

Institut pro etické poradenství. In: *Institut pro etické poradenství* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ipep.cz/#o-nas>.

KABA, R., SOORIAKUMARAN, P. The evolution of the doctor-patient relationship. In: *ScienceDirect* [online]. [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919106000094#bib5>

Kaplanská služba v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem, o. z. In: *KZČR.cz*. [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.kzcr.eu/cz/ul/pro-pacienty/informace-pro-pacienty/duchovni-sluzby/>

Kdo je nemocniční kaplan. In: *Asociace nemocničních kaplanů* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.nemocnicnikaplan.cz/kdo-je-kaplan/>

Klinická psychologie. In: *Nemocnice Na Homolce* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/nase-oddeleni/11635-program-vseobecne-pecce/11635-klinicka-psychologie>.

Klinický psycholog. In: *NZIP.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/1295>.

LASK, Bryan. Patient-clinician conflict: causes and compromises. In: *National Library of medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15463846/>.

LASK, Bryan. Patient-clinician conflict: causes and compromises. In: *ScienceDirect* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1569199303000067>.

LINDSEY, Jaime a kol. Navigating conflict: The role of mediation in healthcare disputes. In: *SageJournals* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/14777509231196699>

MATĚJEK, Jaromír. Etické poradenství – nový přístup k řešení eticky komplikovaných situací. In: *Západočeská univerzita.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/21030/1/Anotace%20prednasek.pdf>

MATĚJEK, Jaromír. Etické poradenství jako nástroj řešení etických konfliktů ve zdravotnictví. In: *Zdravotnický deník* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/blog/eticke-poradenstvi-jako-nastroj-reseni-etickykh-konfliktu-ve-zdravotnictvi/>.

MATOUŠKOVÁ, Ingrid. Systém psychosociální intervenční služby v ČR. In: *19. medzinárodná vedecká konferencia – Riešenie krízových situácií v špecifickom prostredí, Fakulta špeciálneho inžinierstva, 2014* [online] [cit. 18.6.2024] Dostupné z: <http://fbiw.uniza.sk/rks/2014/articles/Matouskova.pdf>

Mediace jako alternativa k soudnímu řízení. In: *BusinessInfo.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.businessinfo.cz/navody/mediace-jako-alternativa-k-soudnimu-rizeni-ppbi/4/#ukonceni-mediace>

Mediátor ve vyhrocených situacích. Nemocnice by v budoucnu měly mít povinně ombudsmana. In: *iROZHLAS.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/ombudsman-pro-nemocnice-ministerstvo-zdravotnictvi_2308061117_hof

Ministerstvo zdravotnictví vydalo Metodiku pro nemocniční ombudsmany. In: *Ministerstvo zdravotnictví* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-vydalo-metodiku-pro-nemocnicni-ombudsmany/>.

Nemocniční kaplan-ka: kdo to je, co dělá a s čím může pomoci. In: *Sociálnípráce.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/fakta-legislativa-dokumenty/nemocnicni-kaplan-ka-kdo-to-je-co-dela-a-s-cim-muze-pomoci/>

Nemocniční ombudsmani řeší stížnosti i konflikty, ministerstvo zavádí manuál. In: *ČT 24* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z:

<https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/nemocnicni-ombudsmani-resi-stiznosti-i-konflikty-ministerstvo-zavadi-manual-3981>.

Nespokojenost s léčbou a chováním zdravotnického personálu. In: *Ombudsman pro zdraví* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ombudsmanprozdravi.cz/nespokojenost-s-lecbou-a-chovanim-zdravotnickeho-personalu/>

Nespokojenost s poskytováním zdravotní péče – Jak se bránit? In: *Ministerstvo zdravotnictví* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://patientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=aktuality&aid=194>.

O činnosti právní kanceláře. In: *Česká lékařská komora* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/o-cinnosti-pravniho-oddeleni>

Ombudsman. In: *Fakultní nemocnice Motol* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/ombudsman/>.

Pacientská rada ministra zdravotnictví. In: *Ministerstvo zdravotnictví* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://patientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=pacientska-rada>

Pacientský ombudsman – ochránce práv pacientů. In: *NZIP.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/294-pacientsky-ombudsman-ochrance-prav-pacientu>.

Pastorační péče. In: *Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/pece-o-pacienty/pastoracni-pece>.

PEARSON, S. D. a RAEKE, L. H. Patients' Trust in Physicians: Many theories, Few Measures, and Little Data. In: *National Library of Medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495476/> .

Podpora zdravotníkům. In: *SPIS* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.spis.cloud/podpora-zdravotnikum/>

Práva pacientů a jak se jich domoci. In: *Průvodcepacienta.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: https://www.pruvodcepacienta.cz/download/co-delame/timeline/web_brozura_prava-pacientu_61.pdf.

Právní oddělení. In: *Česká lékařská komora* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/oddeleni-a-dalsi-servis-clk>

Provider-Patient relationship. In: *School of Medicine University of Missouri* [online]. [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://medicine.missouri.edu/centers-institutes-labs/health-ethics/faq/provider-patient-relationship>

RAOOFI, Samira a kol. Challenges of hospital ethics committees: a phenomenological study. In: *National Library of Medicine*. [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9085536/>.

RASIAH, Supathiratheavy a kol. a study of the nature and level of trust between patients and healthcare providers, its dimensions and determinants: a scoping review protocol. In: *BMJ Open* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/1/e028061>.

Rozhodčí soudy pro zdravotnictví by měly řešit spory rychleji a levněji. In: *iROZHLAS.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/rozhodci-soudy-pro-zdravotnictvi-by-mely-resit-spory-rychleji-a-levneji_201112201747_kwinklerova.

Rychlá právní pomoc. In: *Česká lékařská komora* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/rychla-pravni-pomoc>

SHORE, David A. Communicating in times of uncertainty: the need for trust. In: *National Library of Medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14692568/>

Solving problems with Your Doctor. In: *Oncourse.com* [online] [cit. 18.6.2024] Dostupné z: https://www.oreilly.com/onconurse/factsheets/solving_doctor.pdf.

THOM, David H. Physician Trust in the Patient: Development and Validation of a New Measure. In: *National Library of Medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056863/>

Tisíc tváří mediace. In: *V ISLEGIS.cz* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <http://www.vislegis.cz/mediace/>

Výkladový slovník pojmů. In: *iPREV* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.iprev.cz/prevence-rizikoveho-chovani-wiki-vykladovy-slovník/>

Vztah mezi lékařem a pacientem určuje rámeček komunikace. In: *Medical Tribune* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/vztah-mezi-lekarem-a-pacientem-urcuje-ramecek-komunikace/>

WARSHAUER, Michael J. Mediation of a medical negligence case from the plaintiff's perspective. In: *MLawGroup.com* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.mlawgroup.com/wp-content/uploads/2014/05/24.MediationMedNeglCase.pdf>.

WOLFSON, Daniel. Commentary: Erosion of trust threatens essential element of practicing medicine. In: *Modern Healthcare* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.modernhealthcare.com/opinion/lack-trust-doctors-could-have-dangerous-results>

ZINK, Amanda a kol. The Overlooked Role of Physician Trust in Patients. In: *Health Affairs* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/overlooked-role-physician-trust-patients>

ZURZYCKA, Patrycja, PUTO, Grażyna a kol. Hospital Ethics Committees in accredited hospitals in Poland – availability of information. In: *National Library of Medicine* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8459817>.

IV . Theoretical framework of the doctor-patient relationship. In: *Council of Europe portal* [online] [cit. 18.6.2024]. Dostupné z: [https://www.coe.int/en/web/bioethics/theoretical-framework-of-the-doctor-patient-relationship#%22123745941%22:\[1\]](https://www.coe.int/en/web/bioethics/theoretical-framework-of-the-doctor-patient-relationship#%22123745941%22:[1]).

3. Seznam použitých právních předpisů

Dodatek č. 1 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a ekumenickou radou církví v České republice

Dodatek č. 2 k Dohodě o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a ekumenickou radou církví v České republice

Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví mezi Českou biskupskou konferencí a ekumenickou radou církví v České republice

Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví ze dne 11. 7. 2019

Etický kodex „Práva pacientů“

Etický kodex nemocničního ombudsmana – FN Motol

Etický kodex nemocničního kaplana

Etický kodex zapsaných mediátorů

Hippokratova přísaha

Listina základních práv Evropské unie

Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví ČR pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví

Metodický pokyn FNKV MP_0623 Provádění etického poradenství

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k vyřizování stížností podle části osmé zákona o zdravotních službách s využitím institutu nemocničního ombudsmana

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR o duchovní péči ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče poskytovatelů zdravotních služeb ze dne 13.4.2017

Mezinárodní kodex lékařské etiky Světové lékařské asociace z roku 1949

Mezinárodní pakt o občanských a politických právech z roku 1966

Nařízení vlády č. 222/2010 Sb., o katalogu prací ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů

Organizační řád Všeobecné fakultní nemocnice v Praze – RD-VFN verze 24

Organizační schéma Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, účinné od 1.5.2024.

Provozní řád Fakultní nemocnice v Motole č. IR_1/2011-5

Příloha Organizačního schéma VFN – podrobný popis organizačních jednotek (útvarů) VFN.

Řád FNKV R_0101 rev. 05 Organizační řád

Řád rozhodčího soudu Hospodářské komory České republiky a Agrární komory České republiky, v platném znění

Řád Rozhodčího soudu při Hospodářské komoře České republiky a Agrární komoře České republiky pro vnitrostátní úhradové spory ve zdravotnictví, v platném znění

Sdělení č. 209/1992 Sb., sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících

Sdělení č. 54/2001 Sb. m. s., Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Evropské úmluvy o výkonu práv dětí

Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2008/52/ES ze dne 21. 5. 2008 o některých aspektech mediace v občanských a obchodních věcech

Směrnice MOÚ č. 9/2009 Masarykova onkologického ústavu – Postup při podávání, vyřizování a evidování podnětů a stížností v MOÚ

Směrnice FNKV SM_0604 Stanovy Týmu pro etické poradenství

Stavovský předpis České lékařské komory č. 8 - Kanceláře

Stavovský předpis České lékařské komory č. 1 - Organizační řád ČLK

Stavovský předpis České lékařské komory č. 10 – Etický kodex lékaře

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, v platném znění

Věstník ministerstva zdravotnictví ČR č. 16/2015 – Minimální požadavky pro zavedení systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR č. 7/2018 – Metodika sledování nežádoucích událostí u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče.

Všeobecná deklaráce lidských práv a svobod OSN 1948

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění do 1.4.2012

Zákon č. 202/2012 Sb., o mediaci a o změně některých zákonů (zákon o mediaci), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 216/1994 Sb., o rozhodčím řízení a o výkonu rozhodčích nálezů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře

Zákon č. 257/2000 Sb., o Probační a mediační službě a o změně zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, ve znění pozdějších předpisů, zákona č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí (zákon o Probační a mediační službě), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 258/2016 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o spotřebitelském úvěru, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 6/2002 Sb., o soudech, soudcích, přísedících a státní správě soudů a o změně některých dalších zákonů (zákon o soudech a soudcích), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 85/1996 Sb., o advokacii, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů

Ženevská deklarace z roku 1948 přijata 2. valným shromážděním Světové lékařské asociace, Ženeva, Švýcarsko.

4. Seznam použité judikatury

Nález Ústavního soudu ze dne 11. 11. 2014, sp. zn. I. ÚS 2930/13-2

Nález Ústavního soudu ze dne 14. 10. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 40/06

Nález Ústavního soudu ze dne 2. 1. 2017, sp. zn. I. ÚS 2078/16

Nález Ústavního soudu ze dne 20. 8. 2004, sp. zn. III. ÚS 459/03

Nález Ústavního soudu ze dne 23. 5. 2014, sp. zn. Pl. ÚS 43/13-1

Nález Ústavního soudu ze dne 27. 9. 2006, sp. zn. Pl. ÚS 51/06-1

Nález Ústavního soudu ze dne 29. 2. 2008, sp. zn. II. ÚS 2268/07-1

Nález Ústavního soudu ze dne 9. 1. 2014, sp. zn. III. ÚS 2253/13-1

Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ze dne 26. 3. 1985, X. a Y. proti Nizozemsku, č. 8978/80

Rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva ze dne 26. 3. 1985, Storck proti Německu, č. 61603/00

Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 15. 12. 2005, č. j. 21 Cdo 59/2005.

Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 27. 9. 2023, sp. zn. 25 Cdo 517/2022.

Rozsudek rozšířeného senátu Nejvyššího správního soudu ze dne 19. 9. 2019, sp. zn. 2 As 122/2017.

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 22. 3. 2005, sp. z. 7 Tdo 219/2005.

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 22. 5. 2019, č. j. 8 Tdo 537/2019-391

5. Seznam ostatních zdrojů

Důvodová zpráva k zákonu č. 202/2012 Sb., zákon o mediaci. 2011

Konsolidovaná verze důvodové zprávy k občanskému zákoníku. 2013

Masarykova univerzita. Přednáška Struktura zdravotnického zařízení. In: *is.muni.cz* [online] [cit. 18.6.2024] Dostupné z: https://is.muni.cz/el/med/podzim2016/BDTO0121/um/4_-_Zdravotnicke_zarizeni.pdf

Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, verze 01/2023.

Osobní praxe na pozici Právníka Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Osobní přítomnost na setkáních Týmu pro etické poradenství Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Osobní setkání s Mgr. Lenkou Turkovou, interventka Psychosociální intervenční služby ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady

Osobní setkání s MUDr., Mgr. Martinem Moravcem, O. Cr., nemocniční kaplan Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Prostředky mimosoudní intervence ve vztahu lékař - pacient

Abstrakt

Tématem rigorózní práce je představení a zhodnocení jednotlivých mechanismů, které může využít lékař v případě, že nastane problém v rámci terapeutického vztahu mezi ním a pacientem při poskytování zdravotní péče. Byť terapeutický vztah je zpravidla dvoustranným vztahem založeným na vzájemné důvěře, nabízí právní předpisy systém intervenčních prostředků, jež je možné iniciovat v případech, kdy mezi lékařem a pacientem nelze dosáhnout konsensu o dalším postupu při poskytování zdravotní péče pacientovi.

V úvodní části rigorózní práce je zblízka představen terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem. Pozornost je věnována právnímu zakotvení tohoto vztahu, a to zejména s ohledem na zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a na Úmluvu o lidských právech a biomedicíně. V tomto kontextu je i zmapován vývoj terapeutického vztahu včetně představení jednotlivých modelů vztahu lékař-pacient, které byly v průběhu historie objeveny. Dále jsou nastíněny základní práva a povinnosti, a to jak lékaře, tak pacienta, jež představují esenciální základ terapeutického vztahu. Zvláštní místo zaujímá vymezení důvěry mezi lékařem a pacientem, neboť není-li vzájemně uplatňována, vznikají mezi stranami problémy, které je nutné dále řešit.

Rigorózní práce ve své praktické části je orientována na představení jednotlivých způsobů intervence do terapeutického vztahu, které může lékař využít. Intervence je v tomto kontextu vnímána jako zásah třetí osoby do terapeutického vztahu za účelem narovnění vztahů mezi lékařem a pacientem v zájmu obnovení vzájemné důvěry mezi stranami a zajištění pokračování poskytování adekvátní zdravotní péče. Rozhodujícím kritériem pro sestavení systému příhodných mechanismů pro řešení problémů mezi lékařem a pacientem v této rigorózní práci, je jejich aktivace ze strany lékaře. Ačkoliv iniciátorem některých z těchto mechanismů může být i sám pacient, tato rigorózní práce se soustředí na možnosti lékaře, nikoliv pacienta, aktivně usilovat o narovnění terapeutického vztahu a za tímto účelem vyhledání odborné pomoci dle typu shledaného problému. Tyto mechanismy jsou rozděleny do dvou skupin dle toho, zda příslušný intervent se nachází v dispozici poskytovatele zdravotních služeb, u nějž působí lékař, či zda se jedná o mechanismus nacházející se mimo působení tohoto poskytovatele zdravotních služeb.

Jádrem práce je popsání jednotlivých způsobů mediace terapeutického vztahu prostřednictvím příslušného interventa. Tyto mechanismy jsou představeny vždy se zaměřením na stejné vlastnosti, a to kdo je osobou interventa (jaké jsou předpoklady pro naplnění této funkce,

jakou má roli při intervenci atd.), jaká je podstata daného způsobu intervence (jak je právně ukotvena, k řešení jakého typu problému mezi lékařem a pacientem je vhodný atd.), jaký je průběh intervenčního jednání (zda je průběh formálně stanoven, jaká mají práva a povinnosti jednotlivé strany atd.) a jaký je výsledek intervenčního jednání (zda je tento výsledek závazný a neměnný či nikoliv). Na základě porovnání těchto stejných vlastností jednotlivých mechanismů je závěrem rigorózní práce vyhotovena hierarchie prostředků intervence a je učiněno jejich zhodnocení.

Poslední část rigorózní práce představuje vhled do současné praxe vybraných poskytovatelů zdravotních služeb v otázce prostředků intervence do terapeutického vztahu.

Klíčová slova: vztah lékař-pacient, ombudsman, mediace, etické poradenství, psychosociální intervenční služba, nemocniční kaplan

Means of extrajudicial intervention in the doctor-patient relationship

Abstract

The topic of the rigorous thesis is the introduction and evaluation of individual mechanisms that can be used by the doctor in the event that a problem arises within the therapeutic relationship between him and the patient during the provision of health care. Although the therapeutic relationship is usually a bilateral relationship based on mutual trust, the legal regulations offer a system of intervention measures that can be initiated in cases where a consensus cannot be reached between the doctor and the patient on the next course of action in the provision of health care to the patient.

In the introductory part of the rigorous thesis, the therapeutic relationship between doctor and patient is presented closely. Attention is paid to the legislation of that relationship, especially with regard to Act No. 372/2011 Coll., on health services, as amended, and the Convention on Human Rights and Biomedicine. In this context, the development of the therapeutic relationship in the Czech Republic is mapped, including the introduction of individual models of the doctor-patient relationship that have been discovered throughout history. Furthermore, the basic rights and obligations of both the doctor and the patient are outlined, which represent the essential basis of the therapeutic relationship. A special place is occupied by the definition of trust between the doctor and the patient, because if it is not mutually applied problems arise between the parties, which must be solved further through the interventionist.

The rigorous thesis in its practical part is oriented towards the presentation of individual methods of intervention in the therapeutic relationship, which the doctor can use. In this context, intervention is seen as the intervention of a third party in the therapeutic relationship in order to straighten the relationship between the doctor and the patient in order to restore mutual trust between the parties and ensure the continuation of the provision of adequate health care. The decisive criterion for building a system of suitable mechanisms for solving problems between the doctor and the patient in this rigorous thesis is their activation by the doctor. Although the patient himself may be the initiator of some of these mechanisms, this rigorous thesis focuses on the doctor's, not the patient's, ability to actively seek to straighten the therapeutic balance and, for this purpose, seek professional help according to the type of problem encountered. These mechanisms are divided into two groups according to whether the relevant intervention is at the

disposal of the health service provider, where the doctor works, or whether it is a mechanism located outside the influence of this health service provider.

The core of the thesis is the description of the individual ways of mediating the therapeutic relationship through the relevant intervention. These mechanisms are always presented with a focus on the same characteristics, namely on who the interventionist is (what are the prerequisites for fulfilling this function, what role does he have in intervention, etc.), what is the essence of the given method of intervention (how is it legally regulated, what type of problem between doctor and patient is it suitable for solving, etc.), what is the course of the intervention session (whether the course is formally determined, what are the rights and obligations of the individual parties, etc.) and what is the result of the intervention session (whether this result is binding and immutable or not). Based on the comparison of these same properties of the individual mechanisms, a hierarchy of means of intervention is drawn up as a conclusion of the rigorous thesis and their evaluation is made.

The last part of the rigorous thesis presents an insight into the current practice of selected health service providers regarding the means of intervention in the therapeutic relationship.

Klíčová slova: the doctor-patient relationship, ombudsman, mediation, ethical counseling, psychosocial intervention service, hospital chaplain