**Informace o chování pacienta
patří do zdravotnické dokumentace**

**Podnadpis: Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR
ze dne 27. 9. 2023 sp. zn.: 25 Cdo 517/2022**

**První kopie zdravotnické dokumentace zdarma. Jak v praxi?**

Již jsme publikovali, že podle rozhodnutí Soudního dvora Evropské unie, které vychází z nařízení Evropské unie o ochraně osobních údajů, má pacient, jako tzv. subjekt osobních údajů, právo na „první kopii své zdravotnické dokumentace zdarma“. Zákon umožňuje kopii zdravotnické dokumentace pacientovi nebo jeho právnímu zástupci či jiné zmocněné osobě také zaslat, avšak nařízení Soudního dvora EU o GDPR a navazující rozhodnutí Soudního dvora Evropské unie nenařizuje poskytovateli zdravotních služeb posílat zdravotnickou dokumentaci zdarma na své náklady. Navíc zdravotnická dokumentace obsahuje řadu chráněných osobních údajů, proto je vhodnější, pokud si pacient nebo jeho zmocněnec vyzvedne kopii zdravotnické dokumentace u poskytovatele zdravotních služeb sám. Vyžaduje-li, aby mu poskytovatel vyhotovil kopii, vyhotoví mu ji sice zdarma, ale platí stále lhůta, že tak musí učinit do 30 dnů od žádosti. Pokud je však ochoten pořídit si kopii sám, například tím, že si ji ofotografuje mobilním telefonem, což bývá pro něho i praktičtější, pak podle občanského zákoníku by mu mělo být vyhověno „bez zbytečného odkladu“. Změna zákona o zdravotních službách, která stanoví to, co rozhodl Soudní dvůr Evropské unie je již navržena. Ministerstvo zdravotnictví ČR doporučuje již nyní poskytovat první kopii zdravotnické dokumentace pacientům zdarma.

**V praxi, podle mého názoru, nepůjde o nějaký zásadní převrat, protože v současné době si naprostá většina osob, které chtějí kopii zdravotnické dokumentace a dostaví se za tím účelem k poskytovateli, dokáže zdravotnickou dokumentaci ofotografovat vlastním mobilním telefonem** a není to spojeno s povinností poskytovatele ji zdarma kopírovat ani s žádnými náklady s tím souvisejícími. Lze tedy doporučit, aby poskytovatel stanovil tomu, kdo si chce sám vlastními prostředky okopírovat zdravotnickou dokumentaci lhůtu, kdy tak může učinit a ofotografování zdravotnické dokumentace umožnil („bez zbytečného odkladu“, neznamená okamžitě, ale jakmile to okolnosti a pracovní vytížení dovolí). Tím se vyhne zbytečným nákladům při jejich kopírování, případně dohadování o tom, kdo uhradí poštovné a jakým způsobem má být dokumentace obsahující závažné osobní údaje doručena.

**Zápis do zdravotnické dokumentace není určen jen pro zdravotníky, může být i předmětem soudní žaloby**

Je třeba si uvědomit, že obsah zdravotnické dokumentace není určen jen pro lékaře a zdravotníky. V poslední době se opakovaně stává předmětem soudních žalob a soudy se velmi vážně zabývají otázkou, zda zápis ve zdravotnické dokumentaci je uveden správně a oprávněně či nikoli. Dříve než zákon stanovil, že pacienti mají právo nahlížet do originálu a kopírovat si zdravotnickou dokumentaci, vedli lékaři dokumentaci tak, že si zde zaznamenávali i osobní poznámky o pacientovi, které by jinak pacient patrně neměl číst. Když pak vyšla novela zákona, ze kterého vyplynulo, že pacient má právo do dokumentace nahlížet a pořizovat si její kopie (šlo ještě o novelu zákona o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb.), byli zejména někteří psychiatři zděšeni, neboť do zdravotnické dokumentace si činili v podstatě osobní poznámky o chování pacienta, které rozhodně nemohly přispět k upevnění důvěry mezi pacientem a lékařem.

Je třeba si uvědomit, že jakýkoli zápis do zdravotnické dokumentace může být kdykoli předmětem soudní žaloby a projednání před soudem a podle toho je třeba k zápisu ve zdravotnické dokumentaci přistupovat.

Lze doporučit, aby ve zdravotnické dokumentaci kromě anamnézy, výsledků vyšetření, provedených lékařských výkonů a předepsaných léčivých přípravků, byl zápis i o komunikaci lékaře s pacientem. **Zejména je důležité zaznamenat stanovisko pacienta k některým otázkám dalšího léčebného postupu.** Pokud například zdravotní stav pacienta umožňuje dva nebo více léčebných postupů a pacient si zvolí z několika alternativ jednu z nich, rozhodně tento údaj patří do zdravotnické dokumentace a ač to zákon nepožaduje, doporučuji, aby lékař nechal pacientovi podepsat, že si zvolil tu či onu alternativu dalšího léčebného postupu, přičemž byl informován o všech možnostech. To platí zvláště tehdy, pokud lékař doporučil pacientovi jinou alternativu dalšího postupu, než si pacient posléze zvolil. Také další komunikaci lékaře s pacientem je vhodné zaznamenat do zdravotnické dokumentace například: *„Pacient upozorněn, že pokud bude užívat tento lék, nesmí pít alkoholické nápoje“. „Pacient upozorněn, že pokud užívá tento lék, je třeba, aby po dobu jeho užívání neřídil motorové vozidlo“. „Pacient upozorněn, že po tomto zákroku je třeba držet 24 hodin dietu a jíst jen kašovitou stravu“* apod.

Pacient jako žalobce žádá v některých případech, aby lékař byl povinen vymazat z jeho zdravotnické dokumentace určitý zápis. Takový postup však zákon výslovně zakazuje, protože z ustanovení § 54 odstavec 4 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. vyplývá, že: *„Úpravy zápisu ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem. Zápis se opatří uvedením data opravy a dalšími náležitostmi podle odstavce 3.* ***Původní zápis musí zůstat čitelný. V doplnění nebo opravě zápisu ve zdravotnické dokumentaci na žádost pacienta se uvede datum a čas provedení zápisu a poznámka, že jde o opravu nebo doplnění na žádost pacienta; zápis se opatří podpisem pacienta a zdravotnického pracovníka, který jej provedl“.***

 Je nutno konstatovat, že soudy žaloby na nesprávné údaje v zápisech do zdravotnické dokumentace běžně posuzují, zvláště pokud jde o údaje o chování pacientů. Je proto třeba si být vědom, že nejde o zápis jen pro mne, případně pro mé kolegy, ale může si jej číst pacient, osoby, které pacient určí, osoby určené zákonem a obsahem zápisu a jeho oprávněností se může zabývat i soud.

**Patří údaje o chování pacienta do zdravotnické dokumentace?**

**Otázkou, zda a do jaké míry lze ve zdravotnické dokumentaci uvádět i údaje o chování pacienta ve zdravotnickém zařízení nebo při poskytování zdravotních služeb se zabýval i Nejvyšší soud ČR v minulém roce.** V daném případě soudy prvého i druhého stupně zkoumaly, zda zápis o chování pacienta ve zdravotnické dokumentaci se zakládal či nezakládal na pravdě. Oba soudy dospěly k závěru, že zápis je pravdivý a odpovídá chování pacienta, což prokázaly i výpovědi svědků. V dovolání podaném proti těmto rozhodnutím, žalobce uváděl, že oprávnění uvádět subjektivní hodnocení chování pacienta poskytovatelem zdravotních služeb ve zdravotnické dokumentaci nemá oporu v zákoně o zdravotních službách. V důsledku uvedení předmětných zápisů ve zdravotnické dokumentaci podle něj došlo k neoprávněnému zásahu do práva na ochranu jeho osobnosti, který vedl ke snížení jeho důstojnosti a újmě na cti. Podle žalobce má poskytovatel zdravotních služeb uvádět ve zdravotnické dokumentaci jen zdravotní údaje, nikoli údaje, které se zdravotního stavu netýkají a jsou subjektivním hodnocením chování pacienta ze strany poskytovatele zdravotní služby.

K tomu Nejvyšší soud ČR zaujal stanovisko, že podané dovolání obsahuje všechny náležité údaje a jde o záležitost dosud v judikatuře neřešenou, proto dovolání neodmítl, ale přijal, projednal a posléze zamítl. **Jde o rozhodnutí Nejvyššího soudu sp. zn.: 25 Cdo 517/2022 ze dne 27. 9. 2023.** V odůvodnění tohoto rozhodnutí se mimo jiné uvádí:

***„Řádně vedená dokumentace má význam nejen pro indikaci zdravotního stavu a preskripci léčivých přípravků či plánování léčebného postupu do budoucna, ale i jako možný důkazní materiál v případě sporu s poskytovateli zdravotních služeb. Pokud totiž dojde při poskytování lékařské péče k újmě na zdraví pacienta či na jeho životě, je možné, že vůči poskytovateli bude vznesen soukromoprávní nárok na náhradu nemajetkové újmy. Jako stěžejní důkaz se pak jeví zdravotnická dokumentace, na jejímž základě lze učinit závěr, zda postup poskytovatele byl či nebyl tzv. lege artis. Předmětem sporu však nemusí být jen otázka řádně poskytnuté zdravotní péče, respektive řádně provedeného lékařského výkonu, ale například i otázka, proč nebyla zdravotní péče poskytnuta vůbec, zda z rozhodnutí lékaře, samotného pacienta anebo v důsledku jiné okolnosti. I z tohoto důvodu zákon výslovně stanoví, že zdravotnická dokumentace má obsahovat i okolnosti související s postupem při poskytování zdravotních služeb. Je proto opodstatněné, aby v ní byly zaznamenány vedle informací o anamnéze a diagnóze i informace o vzájemné komunikaci poskytovatele zdravotní péče s pacientem, záznamy o poučeních poskytnutých pacientovi, informace o dotazech pacienta či o 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 ( k uvedené problematice srovnej komentář k § 53 in: Buriánek, A., Mach, J., Stieranková, A., Vráblová, B., Záleská, D.,: Zákon o zdravotních službách Praktický komentář, Wolters Kluwer, 2023, z dostupného systému ASPI, případně  Repl., J., Práva pacienta související s vedením zdravotnické dokumentace, Právní rozhledy, 2020 č. 19, str. 663-667).***

***Navíc chování pacienta, způsob jeho komunikace (verbální i neverbální), reakce na vnější podněty apod. jsou i výrazem jeho duševního stavu a v tomto smyslu i relevantními informacemi o zdravotním stavu, které bezpochyby do zdravotní dokumentace patří.***

***Ze samotné povahy okolností souvisejících s postupem při poskytování zdravotních služeb (například právě ohledně chování pacienta ve zdravotnickém zařízení, jeho komunikace s lékařem či jinou osobou) přitom vyplývá, že takové záznamy mohou obsahovat i subjektivní hodnotící soudy, pokud skutečně souvisí s poskytováním zdravotních služeb, případně s jejich odmítnutím“.***

**Nejvyšší soud ČR tedy potvrdil, že přiměřené a pravdivé informace o chování pacienta do zdravotnické dokumentace patří.** Na druhé straně je třeba si uvědomit, že vše, co zapíše lékař do zdravotnické dokumentace může být předmětem soudního projednávání, včetně dokazování, zda uvedený údaj je či není pravdivý. K tomu je však třeba poznamenat, že důkazní břemeno o tom, že nějaký údaj není pravdivý má žalobce, který by se domáhal nějaké opravy ve zdravotnické dokumentaci, případně omluvy a finanční satisfakce.

Pokud z nějakých důvodů je třeba uvést zejména v případě konfliktních situací podrobnější zápis o reakcích, chování a projevech pacienta ve zdravotnické dokumentaci, **lze doporučit, aby uvedené údaje byly co nejkonkrétnější a co nejméně obecné.** Místo údaje, že pacient se vyjadřuje vulgárně a agresivně, je namístě údaj o tom, jakých konkrétních výroků, byť třeba i vulgárních se pacient vůči zdravotníkům dopustil, jak se přitom choval, případně, čím vyhrožoval apod. Tedy místo obecného popisu, že chování bylo nevhodné nebo agresivní nebo vulgární, je vhodné uvést zcela konkrétní údaj, jakých vulgarit se pacient dopustil, v čem bylo chování nevhodné, zda například zvyšoval hlas apod. Pokud ke konkrétnímu popisu takového chování připojí lékař i své subjektivní hodnocení, i to je přípustné, ale je vhodné jej uvodit například větou, že: *„Z lékařského hlediska lze takové chování pacienta hodnotit jako …“.*

**Závěr:**

**Zdravotnická dokumentace může a v odůvodněných případech má obsahovat i údaje o komunikaci s pacientem, o stanovisku pacienta k doporučení lékaře, případně jeho rozhodnutí o dalším léčebném postupu, připadá-li v úvahu několik možných léčebných postupů.**

**Pokud se pacient chová nevhodně, vulgárně či agresivně, je zcela na místě uvést údaje o tomto chování co nejkonkrétněji do jeho zdravotnické dokumentace. Jsou-li při takovém chování přítomni svědci, například zdravotní sestry, nebo kolegové, pak je na místě požádat je o spolupodepsání příslušného zápisu.**

**Je třeba se vyvarovat nepodložených úvah či uvádění údajů, které již nesouvisí s chováním pacienta při poskytování zdravotních služeb a které by případně lékař psal v rozčílení z nevhodného chování pacienta, protože je třeba si být vědom toho, že jakýkoli zápis ve zdravotnické dokumentaci může být předmětem soudní žaloby a projednávání před soudem, kde si poskytovatel zdravotních služeb musí zápis do zdravotnické dokumentace, který je předmětem žaloby, dokázat obhájit.**

**Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR, týkající se toho, že údaje o chování pacienta patří do zdravotnické dokumentace, včetně případného hodnocení takového chování lékařem z odborného hlediska, považuji za pozitivní judikát.**

JUDr. Jan Mach
advokát
ředitel právní kanceláře ČLK