

učební texty Univerzity Karlovy

PSYCHOLOG VE ZDRAVOTNICTVÍ

Vladimír Kebza
a kolektiv

Psycholog ve zdravotnictví

Vladimír Kebza a kolektiv

Autorský kolektiv:

MUDr. Dominika Čápková

prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

MUDr. Věra Kernová

MUDr. Miloslav Kodl

Mgr. Lucie Kotyzová

PhDr. Katarina Loneková, Ph.D.

MUDr. Antonín Malina, Ph.D., MBA

PhDr. Jaroslav Šturma

JUDr. Petr Veselý

Recenzovali:

prof. PhDr. Mojmír Svoboda, CSc.

doc. PhDr. Jiří Šípek, CSc., Ph.D.

Vydala Univerzita Karlova

Nakladatelství Karolinum

jako učební text pro Filozofickou fakultu UK

Sazba DTP Nakladatelství Karolinum

Vydání druhé, upravené

© Univerzita Karlova, 2017

© Vladimír Kebza a kolektiv, 2017

ISBN 978-80-246-3657-3

ISBN 978-80-246-3658-0 (online : pdf)



Univerzita Karlova
Nakladatelství Karolinum 2017

www.karolinum.cz
ebooks@karolinum.cz

OBSAH

ÚVOD	9
1 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE, ZDRAVOTNÍ POLITIKA, FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ ÚHRADY	11
Historický vývoj	11
Česká zdravotní politika po roce 1989	12
Organizace zdravotnického systému	16
Druhy a základní formy zdravotních služeb	16
Základní principy zdravotního pojištění v ČR	18
Základní principy financování a úhrady zdravotní péče ze zdravotního pojištění	20
Literatura	22
2 OCHRANA A PODPORA VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ	24
Úvod: Základní principy zdravotní politiky ČR v kontextu zdravotní politiky EU	24
Vymezení základních pojmů zákona č. 258/2000 Sb.	25
Podpora zdraví – podstata a východiska	25
Podpora zdraví jako součást strategie WHO	26
Konkrétní prostředky realizace podpory zdraví	27
Souvislosti podpory zdraví – příklady	28
Podpora zdraví – novější přístupy	28
Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020	29
Finanční zdroje pro podporu zdraví	30
Aktuální priority v podpoře zdraví v ČR	30
Možnosti hodnocení podpory zdraví – evidence-based postupy	31
Hodnocení dopadů na zdraví – Health Impact Assessment	31
Literatura	32
3 PREVENCE	33
Návaznost vzájemného působení prevence a dalších postupů ovlivnění zdraví	33
Možnosti klasifikace preventivních aktivit	33
Preventivní medicína	34
Literatura	35
4 CHOVÁNÍ A MOŽNOSTI JEHO ZMĚN	36
Chování vztahující se ke zdraví a nemoci	36
Změny chování na individuální úrovni	37
Změny chování na skupinové či komunitní úrovni	39
Sociální marketing	40
Příklady úspěšných projektů změn chování	41
Literatura	42

5 PRVNÍ POMOC A ZAJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V MIMOŘÁDNÝCH A KRIZOVÝCH SITUACÍCH	44
První pomoc	44
Bezvědomí	52
Šok	53
Krvácení	54
Popáleniny	57
Podchlazení	58
Tonutí	59
Poleptání	59
Zasažení elektrickým výbojem nebo proudem	60
Intoxikace	61
Poranění kostí – zlomeniny	62
Poranění hlavy	63
Poranění hrudníku	63
Poranění břicha	64
Crush syndrom	64
Důležitá telefonní čísla	65
Příruční lékárna	65
Literatura	66
6 ZDRAVOTNICKÁ LEGISLATIVA	67
Hierarchie právních norem	67
Výklad právních norem	67
Struktura právní normy	68
Rozdělení práva na soukromé a veřejné	68
Přehled předpisů týkajících se zdravotnictví	68
Závaznost ostatních předpisů	70
Obsah jednotlivých právních předpisů	70
Specifická témata ve zdravotnické legislativě	72
Ochrana osobních údajů	72
Povinnost zachování mlčenlivosti	73
Odpovědnost psychologů ve zdravotnictví	75
Občanskoprávní odpovědnost	75
Trestní odpovědnost	76
Přístup ke zdravotnické dokumentaci	77
Informovaný souhlas	78
Informovaný souhlas u nesvéprávných a nezletilých osob	79
Poskytování zdravotních služeb bez souhlasu	80
Dříve vyslovené přání	80
Literatura	81
7 FARMAKOLOGIE	82
Úvod do farmakologie	82
Obecná farmakologie	83
Nežádoucí účinky léčiv	84
Ovlivnění kardiovaskulárního systému	85
Ovlivnění dýchacího systému	85
Léčiva ovlivňující trávicí trakt	86
Analgetika	87
Psychofarmaka	89
Anxiolytika	89
Hypnotika	89
Antidepresiva	90

Léčba bipolární afektivní poruchy	91
Antipsychotika (neuroleptika)	91
Kognitiva	93
Literatura	93
8 POSTUPY ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH (EVIDENCE-BASED)	94
Východiska evidence-based postupů	94
Vymezení Evidence-based Medicine (EBM)	95
Hierarchie důkazů	96
Pojetí EFPA	97
Sporná místa, problémy a náměty k diskusi	98
Problém stanovení hranice mezi výzkumnými postupy	98
Problém kauzálních vztahů	98
Problém individuality klienta a zobecnitelnosti specifických poznatků na individuální úrovni	98
Problém individuality psychologa	99
Problém ignorování sociálně-kulturního kontextu	99
Problém skryté selektivity	99
Problém zdánlivé exaktnosti	100
Problém dostupnosti psychologických důkazů	100
Literatura	100
9 ETIKA VE ZDRAVOTNICKÉ PSYCHOLOGII	102
Počátky a rozvoj etického uvažování v psychologii	102
Etické kodexy	102
Etický kodex ČMPS	104
Etický kodex Asociace klinických psychologů České republiky (prosinec 1998)	106
Etické principy – Metakodex	108
Preamble	108
Princip respektu	109
Princip kompetence	110
Princip zodpovědnosti	111
Princip integrity	112
Literatura	114
10 ZDRAVOTNICKÁ PRAXE	115
Literatura	116
INFORMACE O AUTORECH	117

ÚVOD

Dne 1. 7. 2008 nabyl účinnosti zákon č. 189/2008 Sb., kterým byl novelizován zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. V § 22 je uvedeno, že odborná způsobilost k výkonu povolání psychologa ve zdravotnictví se získává absolvováním akreditovaného magisterského jednooborového studijního oboru psychologie a absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu Psycholog ve zdravotnictví, který je prováděn vysokou školou podle zvláštního právního předpisu.

Tímto vymezením se významně zlepšují podmínky práce psychologa působícího ve zdravotnictví. Nejedná se jen o zlepšení v oblasti ekonomické, ale jde především o kvalitativně vyšší postavení psychologa působícího ve zdravotnických zařízeních, a to na úroveň skutečného kolegy dalších zdravotnických pracovníků se všemi kompetencemi včetně možnosti nahlížet do zdravotnické dokumentace, čímž se psychologova role posouvá do podoby aktivní vícesměrně probíhající spolupráce obohacující všechny aktéry.

Přejeme Vám proto, milé kolegyně a kolegové, aby Vám absolvování našeho kurzu otevřelo cestu k efektivnímu a úspěšnému naplnění Vašich představ o práci psychologa ve zdravotnictví.

Věříme, že upravená a doplněná verze naší učebnice Vám při tom bude dobrým průvodcem.

Vladimír Kebza a kolektiv autorů

1 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE, ZDRAVOTNÍ POLITIKA, FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ ÚHRADY

Antonín Malina

Zdraví představuje jednu ze základních individuálních a společenských hodnot, a proto státy postupem doby vytvořily sofistikované zdravotní systémy. Těmito systémy se obvykle rozumí soustava opatření, institucí a činností, jimiž společnost v souladu s určitou politickou koncepcí a v souladu se stupněm svého kulturního, ekonomického a sociálního rozvoje zajišťuje péči o zdraví (Gladkij, 2003).

Moderní zdravotnické systémy, které nabývají v různých zemích různou podobu, můžeme definovat jako formálně uspořádanou soustavu vztahů mezi třemi základními subjekty – těmi, kdo ji potřebují a spotřebovávají (pacienti), těmi, kdo péči umějí a smějí nabízet (poskytovatelé), a těmi, kdo ji finančně zprostředkovávají (plátci) (Křížová, 2007).

HISTORICKÝ VÝVOJ

Systém péče o zdraví na našem území souvisí s počátky zdravotního pojištění, kdy zde na konci devatenáctého století existovaly stovky tzv. vzájemných pokladen s několika tisíci členy. Nemocenské pojištění bylo zavedeno v Rakousku-Uhersku v průmyslu od roku 1888. V první polovině dvacátých let dvacátého století došlo na základě zákonů, které vydalo již samostatné Československo, k zavedení povinného zdravotního pojištění pro vybrané profese. Během První republiky pak působilo několik typů pojišťoven, fondů a pokladen a tak ve třicátých letech dvacátého století působilo v Československu přes 300 nemocenských pojišťoven.

Po druhé světové válce bylo sjednoceno nemocenské a důchodové pojištění do jednoho povinného systému, jehož správu převzala Ústřední zdravotní pojišťovna. Ambulantní péče byla poskytována převážně privátními lékaři, zatímco nemocnice, léčebné ústavy, lázně, zdravotnický průmysl a distribuce léčiv byly znárodněny. V roce 1951 došlo k zásadní změně a v tehdejší Československu byl zaveden sovětský model zdravotnictví, ve kterém stát převzal zodpovědnost za poskytování zdravotní péče a za zdraví celé populace. Ústřední zdravotní pojišťovna byla zrušena a financování zdravotnictví převzal stát, takže péče se stala pro občany bezplatnou a byla financována z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Došlo k extenzivnímu rozvoji zdravotnických zařízení, byla postavena řada nemocnic, ústavů, ozdravoven, vznikly krajské a okresní ústavy národního zdraví (KÚNZ, OÚNZ), došlo k výraznému poklesu nemocnosti a úmrtnosti na infekční onemocnění a bylo dosaženo výrazného pokroku v oblasti pediatrie a neonatologie, které vedlo ke snižování kojenecké úmrtnosti. V sedmdesátých a osmdesátých letech však došlo ke stagnaci a zdravotnictví se

nedokázalo vyrovnat s nástupem tzv. civilizačních onemocnění: kardiovaskulárních onemocnění a onkologických onemocnění. Poválečný pokles úmrtnosti se zastavil a střední očekávaná délka života začala stagnovat.

Po roce 1989 došlo k transformaci od státem řízeného a z daní financovaného systému k modelu všeobecného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče přebírají zdravotní pojišťovny (Křížová, 2007). Snaha vytvořit konkurenční prostředí pak vedla k privatizaci zdravotnických zařízení, která proběhla zpočátku především v ambulantní sféře a vedla ke vzniku vysokého počtu samostatných ordinací.

Podstatou modelu veřejného zdravotního pojištění jsou finanční příspěvky, které občan povinně a bez ohledu na své budoucí potřeby odvádí do fondu zdravotních pojišťoven, které jsou veřejnoprávními a neziskovými organizacemi. Pojišťovny pak proplácejí úhrady za poskytnutou zdravotní péči poskytovatelům, se kterými mají uzavřené smlouvy. Systém je solidární a každý platí pojistné v závislosti na svém příjmu a o zdravotní pojištění se dělí zaměstnavatelé a zaměstnanci. Obdobné systémy veřejného zdravotního pojištění fungují nejen u nás, ale např. také v Rakousku, ve Švýcarsku, v Německu, Francii a v Belgii (Barták, 2010).

ČESKÁ ZDRAVOTNÍ POLITIKA PO ROCE 1989

Péči o zdraví obyvatel realizuje stát prostřednictvím zdravotní politiky, jejíž strategické cíle jsou vyjadřovány v programech politických stran, ve vládních programech a prohlášeních a jsou součástí vládních koncepčních materiálů.

K nástrojům zdravotní politiky, které zajišťují její praktickou realizaci, patří především legislativní normy (zákony, vyhlášky a metodické pokyny), které upravují zejména:

- tvorbu sítě zdravotnických zařízení (licence, registrace, výběrová řízení na poskytování zdravotní péče, koncentrace specializované a superspecializované péče apod.);
- financování zdravotní péče (zdroje, regulační mechanismy, úhradové vyhlášky);
- vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Vládní politická orientace má pak vliv zejména na způsob financování zdravotní péče (definuje zdroje, stanovuje míru solidarity), organizaci zdravotních služeb (ekvita, dostupnost, návaznost, komplexnost a kvalita služeb) a určuje vlastní roli státu (míru centralizace a decentralizace).

Klíčovým problémem české zdravotní politiky je po roce 1989 stanovení rozsahu garantované péče s určitou mírou solidarity na straně jedné a nalezení prostoru pro to, aby mohli občané ve vztahu ke svému zdraví využívat také svou osobní odpovědnost tak, aby byl nastaven princip, který bude považován za společensky spravedlivý. Spravedlnost (ekvita) je naplněna, pokud má každý jedinec rovnou příležitost dosáhnout plně svého zdravotního potenciálu.

Místo kvalifikované, věcné, odborné a pozitivně vedené debaty, která by byla vedena k řešení tohoto základního problému, vedou se v České republice polemiky z pozic politické a ideologické rivality a společenský a politický konsenzus vlastně hledán – a tudíž ani nalézán – obvykle není.

Základním cílem zdravotní politiky je zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. Neméně důležitým cílem zdravotní politiky je důvěra a jistota občanů, že je jim dostupný fungující zdravotní systém, který se o ně v případě potřeby kvalitně, odborně a důstojně postará.