



ombudsman
veřejný ochránce práv

Poskytování zubní péče lidem s mentálním postižením a poruchami autistického spektra

Výzkum veřejného ochránce práv 2018

Brno 19. prosince 2018

Mgr. Anna Šabatová, Ph.D.
veřejná ochránkyně práv



Poděkování

Rádi bychom poděkovali všem osloveným pracovištím za spolupráci v podobě dohledání a poskytnutí potřebných údajů. Bez jejich zapojení bychom mohli výzkum realizovat jen stěží. Velký dík si jistě zaslouží také všechny neziskové organizace, které s námi ochotně sdílely své zkušenosti/zprostředkovaly zkušenosti svých klientů s poskytováním zubní péče. Za podnětné rozhovory a konzultace děkujeme jmenovitě stomatologům Dominice Hulové, Radku Peřinovi, Ladislavu Bártovi a Janu Kopřivovi.



Obsah

Poděkování	2
Obsah.....	3
A. Poslání ochránce.....	5
B. Slovník užitých pojmů	7
C. Seznam použitých zkratk.....	9
D. Úvodní slovo ochránkyně.....	10
E. Shrnutí výsledků výzkumu	13
F. Právo lidí se zdravotním postižením na dosažení nejvyšší možné úrovně ústního zdraví bez diskriminace.....	14
F.1 Právní úprava	14
F.1.1 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením	14
F.1.2 Antidiskriminační zákon	15
F.2 Ústní zdraví.....	17
F.3 Bariéry v přístupu k zubní péči u lidí se zdravotním postižením.....	19
F.4 Doporučení mezinárodních organizací	22
G. Zjištění ochránkyně.....	24
G.1 Dostupnost konzervačně-chirurgického ošetření chrupu v celkové anestezii	25
G.1.1 Místní dostupnost.....	25
G.1.2 Časová dostupnost (čekací doby)	27
G.2 Počty ošetření v celkové anestezii podle důvodů indikace.....	31
G.3 Personální zajištění péče a zázemí pracovišť	36
G.4 Úhrada ošetření v celkové anestezii	39
G.5 Stížnosti pacientů	40
G.6 Vzdělávání zdravotníků o potřebách pacientů s mentálním postižením	43
G.7 Komentáře, připomínky a jiné návrhy.....	45
H. Závěry, doporučení.....	47
H.1 Klíčová opatření.....	50
H.1.1 Vymezit síť specializovaných pracovišť s dostatečnou kapacitou a jejich status.....	50
H.1.2 Vytvořit soubor doporučených postupů pro zubní lékaře.....	51
H.1.3 Vyjasnit podmínky úhrady konzervačně-chirurgického ošetření v celkové anestezii z veřejného zdravotního pojištění	56



H.2	Související opatření	58
H.2.1	Vytvořit celostátní koncepci podpory ústního zdraví dětí.....	58
H.2.2	Zvážit zařazení nového výkonu do seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami	60
H.2.3	Docílit zahrnutí problematiky péče o lidi s postižením do vzdělávacích programů	61
H.2.4	Zvýšit podíl výuky specifík péče o lidi se zdravotním postižením v rámci vzdělávání organizovaného Českou stomatologickou komorou	62
H.2.5	Spravedlivě ohodnotit zvýšenou náročnost péče.....	62
H.2.6	Vytvořit vzor záznamu o informovaném souhlasu s ošetřením v celkové anestezii ve formátu easy-to-read.....	63
H.3	Podpůrná opatření pro pacienty	64
H.3.1	Vytvořit vzdělávací materiály, týkající se prevence v oblasti ústního zdraví.....	64
H.3.2	Podporovat dentální hygienu z fondů prevence	65
H.4	Opatření v oblasti sběru dat.....	66
H.4.1	Evidovat počty konzervačně-chirurgického ošetření chrupu v celkové anestezii včetně důvodů indikace celkové anestezie	66
H.4.2	Při výzkumech v oblasti ústního zdraví sbírat data také ve vazbě na zdravotní postižení.....	67
I.	Příloha.....	68



A. Poslání ochránce

Již od roku 2001 ochránce chrání osoby před nezákonným či jinak nesprávným jednáním nebo nečinností správních úřadů a dalších institucí. Tehdy má právo nahlížet do úředních či soudních spisů, žádat úřady o vysvětlení a může bez ohlášení provádět místní šetření. Shledá-li pochybení úřadu a nepodaří se mu dosáhnout nápravy, může informovat nadřízený úřad či veřejnost.

Od roku 2006 ochránce plní úkoly národního preventivního mechanismu podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Systematicky navštěvuje zařízení, v nichž se nacházejí osoby omezené na svobodu, a to jak z moci úřední, tak v důsledku závislosti na poskytované péči. Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením. Svá zjištění a doporučení ochránce zobecňuje v souhrnných zprávách z návštěv a na jejich základě formuluje standardy zacházení. Návrhy na zlepšení zjištěného stavu a odstranění případného špatného zacházení ochránce směřuje jak k samotným zařízením a jejich zřizovatelům, tak k ústředním orgánům státní správy.

V roce 2009 byl ochránce pověřen rolí národního tělesa pro rovné zacházení a ochrany před diskriminací (equality body) v souladu s právem Evropské unie. Přispívá tedy k prosazování práva na rovné zacházení se všemi osobami bez ohledu na jejich rasu nebo etnický původ, národnost, pohlaví, sexuální orientaci, věk, zdravotní postižení, náboženské vyznání, víru nebo světový názor. Za tím účelem poskytuje pomoc obětem diskriminace, provádí výzkum, zveřejňuje zprávy a vydává doporučení k otázkám

souvisejícím s diskriminací a zajišťuje výměnu dostupných informací s příslušnými evropskými subjekty.

Od roku 2011 ochránce rovněž sleduje zajištění cizinců a výkon správního vyhoštění.

Počínaje lednem 2018 zastává ochránce také funkci monitorovacího orgánu pro naplňování práv zakotvených Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením a pomáhá také cizincům-občanům Evropské unie, kteří žijí nebo pracují v České republice. Poskytuje jim informace o jejich právech a pomoc při podezření na diskriminaci z důvodu státní příslušnosti. Při tom spolupracuje se zahraničními orgány, které mají obdobné poslání vůči českým státním příslušníkům.

Ke zvláštním oprávněním ochránce patří právo podávat Ústavnímu soudu návrhy na zrušení podzákoných právních předpisů, právo vedlejšího účastenství před Ústavním soudem v řízení o zrušení zákona či jeho části, právo podat správní žalobu k ochraně veřejného zájmu či návrh na zahájení kárného řízení s předsedou či místopředsedou soudu. Ochránce také může doporučit vládě přijmout, změnit či zrušit zákon.

Ochránce je nezávislý a nestranný, z výkonu své funkce je odpovědný Poslanecké sněmovně, která ho zvolila. Má jednoho voleného zástupce, kterého může pověřit výkonem části své působnosti. Se svými poznatky ochránce průběžně seznamuje veřejnost prostřednictvím médií, internetu, sociálních sítí, odborných seminářů, kulatých stolů a konferencí. Nejdůležitější



zjištění a doporučení shrnuje zpráva o činnosti veřejného ochránce práv předkládaná každoročně Poslanecké sněmovně.



B. Slovník užitých pojmů

anafylaktická reakce – akutní odezva organismu na styk s dráždivou látkou (alergenem)

behaviorální – týkající se chování

celková anestezie – uměle navozená ztráta vědomí a vnímání bolesti

dentální úzkost – nepříjemný emoční stav zahrnující strach, obavy, zlé předtuchy v souvislosti se zubním ošetřením

dispenzarizace - aktivní preventivní vyhledávání, vyšetřování, pravidelné léčení a sociální sledování osob s určitou nemocí nebo rizikovým znakem

Downův syndrom – jedna z nejčastějších vrozených genetických odchylek

easy-to-read formát – zjednodušená (grafická i obsahová) úprava písemnosti přizpůsobená potřebám lidí s mentálním postižením (např. krátké věty, používání činného rodu, využívání obrázků či symbolů apod.)

endokrinologie – odvětví medicíny zabývající se diagnózou a léčbou hormonálních poruch

extrakce zubu – způsob ošetření, při němž dochází k vytržení zubu

fondy prevence (preventivní fondy) – fondy organizované na dobrovolné bázi zdravotními pojišťovnami, určené na podporu aktivit, díky kterým je možné předcházet vzniku nemocí, případně na aktivity a položky, které mohou významně přispívat k tomu, aby se již existující choroby nezhoršovaly; z fondů prevence jsou poskytovány například příspěvky na očkování, ozdravné pobyty či rovnátka zubů

indikace – stanovení léčebného postupu, důvod pro užití určitého lékařského výkonu

konzervativně-chirurgické ošetření chrupu – operační zákrok zaměřený zejména na řešení zubního kazu (odstranění kazů a ošetření zubů výplněmi, vytržení problematických či již neléčitelných zubů)

kraniofaciální – týkající se lebky a obličeje

malnutrice – označení pro dlouhodobý stav výživy člověka, který nepokrývá všechny jeho potřeby (příjem potravy je nedostatečný, přílišný nebo nevyvážený)

maxilofaciální chirurgie (jinak řečeno ústní, čelistní a obličejová chirurgie) - specializovaný obor, který se zabývá chirurgickým léčením všech onemocnění, která jsou lokalizována v oblasti obličeje a krku

odontofobie – chorobná obava z bolestivých zubů a zubních lékařů

orální – ústní

ortodoncie – obor zubního lékařství zabývající se studiem a léčením nepravidelností chrupu



parodontologie – obor zubního lékařství zabývající se zánětlivými onemocněními dásní a čelistí

pediatrie – dětské lékařství

pedostomatologie – dětské zubní lékařství

poskytovatel zdravotních služeb – fyzická či právnická osoba, která má oprávnění k poskytování služeb podle zákona o zdravotních službách

sanace – ošetření zubního kazu výplní, případně také destruovaného (zničeného) zubu korunkou

spasticita – zvýšené svalové napětí

stomatochirurgie – lékařský obor léčící nemoci a úrazy zubů převážně mechanickými výkony pomocí rukou nebo nástrojů a přístrojů při operačních výkonech

tell-show-do – metoda ke snížení dentální úzkosti objevující se v zubním lékařství při ošetřování dětí či pacientů s postižením, spočívá na třech krocích, kdy nejprve lékař pacientovi sdělí, co bude dělat („tell“), následně názorně předvede mimo ústa („show“) a teprve poté úkon skutečně provede („do“)



C. Seznam použitých zkratek

CA – celková anestezie

ČSK – Česká stomatologická komora

FDI – World Dental Federation (Světová federace zubních lékařů)

IADH – International Association for Disability and Oral Health (Mezinárodní asociace pro zdravotní postižení a orální zdraví)

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

LF – lékařská fakulta

ORL – otorhinolaryngologie (chirurgický lékařský obor, který se specializuje na diagnózu a léčbu chorob ušních, nosních a krčních)

OSN – Organizace spojených národů

PAS – poruchy autistického spektra

VOP – veřejný ochránce práv

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)



D. Úvodní slovo ochránkyně

Devítiletá Anička má epilepsii a těžké mentální postižení. Protože ji nemohl ošetřit zubní lékař v běžné ordinaci, potřebovala zuby ošetřit v celkové anestezii. V nemocnici ale její mamince řekli, že na ošetření bolavých zubů musí počkat půl roku, i proto, že takové ošetření podstupují také děti bez postižení, které v ordinaci odmítají spolupracovat, otevřít ústa, například proto, že pravidelně nechodí na zubní prohlídky a na prostředí zubní ordinace nejsou zvyklé.

Toto je jeden ze skutečných případů uplynulého roku poukazující na problematickou časovou dostupnost zubní péče pro děti s mentálním postižením. Problémů, s nimiž se setkávají lidé s postižením v souvislosti s poskytováním tohoto druhu zdravotní péče, je však řada.

Na problematiku zubní péče o osoby s mentálním postižením jsme se zaměřili rovněž na základě reálného případu. Mladý muž s mentálním postižením potřeboval vytrhnout zub. Protože se nechtěl nechat ošetřit od svého zubaře, byl odeslán do nemocnice. Podle domluvy mu měli v celkové anestezii vytrhnout jeden zub. Nakonec mu jich však vytrhli šest a dva zaplombovali, a to bez předchozího souhlasu jeho opatrovnice (matky).

Proto jsme oslovili 15 vybraných neziskových organizací zaměřujících se na pomoc lidem s mentálním postižením. Ptali jsme se, zda se jejich klienti při zubních ošetřeních setkávají s podobnými situacemi, případně s jinými problémy v této oblasti. V dubnu 2016 jsme jeden z bloků pravidelného kulatého stolu ochránkyně a neziskových organizací věnovali právě zdravotní péči o osoby s mentálním postižením. Shromáždili jsme tak řadu různorodých problémů od odmítání přijetí do péče praktického zubního lékaře, přes nevhodnou komunikaci zdravotníků a nedostatky při informování o způsobu ošetření, až po dlouhé čekací doby na zákrok v celkové anestezii.

Pohled „druhé strany“ nám zprostředkovalo několik zubních lékařů (z ambulancí primární péče i nemocničních klinik). Upozorňovali například na nedostatečnou prevenci pacientů (nejen těch s postižením) vedoucí k potřebě mnohem razantnějších zákroků u podstatně většího počtu lidí, obavy lékařů, kteří často nevědí, jak správně jednat s pacientem s postižením, protože nemají dostatečné vzdělání v tomto směru. Zvýšená časová náročnost péče o uvedené pacienty také podle stomatologů není dostatečně ohodnocena.

Na některé problémy a jejich souvislost s neduhy v oblasti ústního zdraví u „zdravé“ populace upozornil stomatolog MUDr. Lukáš Pantuček.¹ Zjistil vysokou kazivost zubů jak dětí neošetřitelných v běžné ordinaci z důvodu určitého postižení, tak dětí bez postižení, které se nenechaly ošetřit (např. z důvodu strachu). Děti, jimž žádné mentální ani fyzické překážky

1 PANTUČEK, Lukáš. *Nespolupracující pacient v dětském zubním lékařství* [online]. Brno, 2008, 98 s. [cit. 2018-11-21]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/q83ww/?lang=cs;so=nx>. Disertační práce, Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Stomatologická klinika. Vedoucí práce prof. MUDr. Martina Kukletová, CSc.

MUDr. Pantuček zkoumal stav chrupu pacientů, kteří se v letech 2002 až 2004 dostavili k ošetření na dětské oddělení Stomatologické kliniky Lékařské fakulty MU a FN u sv. Anny v Brně.



nebrání v pravidelné péči o ústní zdraví, přitom měly stejný stav chrupu jako děti často s těžkým postižením. Počet dětí bez postižení, které podstupují ošetření v celkové anestezii, by se snížil, kdyby rodiče důsledněji dbali na prevenci. Zdůraznil důležitost cílené práce zubního lékaře s dětskými pacienty tak, aby se předcházelo nespolupráci, potřebný nácvik správného čištění chrupu a důslednou osvětu ve vztahu k rodičům. Poukázal i na zjištěné dlouhé čekací doby na ošetření v celkové anestezii.

Další studie² odhalila alarmující stav chrupu jak u ošetřených dětí s postižením, tak u pacientů bez postižení. Poukázala na zanedbanou prevenci – 63 % ošetřených dětí nenavštívilo zubního lékaře do věku tří let. Autoři studie upozornili na potřebu lepšího vzdělávání lékařů (nejen zubních) ohledně spolupráce s obtížně ošetřitelnými dětskými pacienty, s cílem zlepšit kvalitu života takových dětí. Vzdělávat by se měli také rodiče pacientů.

Přestože se studie provedené již před deseti lety zaměřily pouze na dětské pacienty dvou konkrétních pracovišť provádějících zákroky v celkové anestezii, dokládají některé problémy zmiňované neziskovými organizacemi i zubními lékaři i v současnosti.

Zvažovali jsme proto vhodný postup, který by napomohl řešení problematiky zubní péče o osoby s mentálním postižením. Rozhodli jsme se provést výzkum, který by zmapoval aktuální praxi klinických pracovišť, na nichž dětští i dospělí pacienti podstupují zubní ošetření v celkové anestezii. Doufali jsme, že nám dosud chybějící konkrétní plošná zjištění z terénu pomohou odhalit příčiny některých problémů a navrhnout opatření ke zlepšení.

Výzkum jsme provedli v rámci působnosti věřeného ochránce práv v oblasti rovného zacházení a ochrany před diskriminací, vykonávané od roku 2009, a rovněž v lednu roku 2018 nově nabyté působnosti spočívající ve sledování naplňování práv osob se zdravotním postižením ve smyslu Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením.

Metodou výzkumu bylo on-line dotazníkové šetření, které probíhalo od února do října roku 2018. Oslovili jsme ředitele a ředitelky všech 35 pracovišť, která mají se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (dále jen „VZP“) uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb současně v oborech klinická stomatologie a anesteziologie a intenzivní medicína.³ Dotazník za jednotlivá pracoviště vyplňovali zpravidla jejich primáři/primářky, případně lékaři/lékařky nebo vrchní sestry.

Ukázalo se, že téměř polovina z 35 pracovišť v letech 2015 až 2017 toto ošetření neposkytla žádnému pacientovi. Výzkumný soubor se proto zmenšil na 17 pracovišť. Část z nich neměla

2 Studie pražské nemocnice Motol zkoumající stav chrupu pětiletých pacientů, ošetřených na místní stomatologické klinice v letech 2006 až 2008.

STANKOVÁ, M., BUČEK, A., DOSTÁLOVÁ, T., GINZELOVÁ, K., PACÁKOVÁ, Z., SEYDLOVÁ, M. Patients with Special Needs within Treatment under General Anesthesia – Meta-analysis. *Prague Medical Report* [online]. 2011, 112, s. 216 - 225 [cit. 2018-11-21]. ISSN 2336-2936. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/3b47/d971efb976f49f2851b5fec4512839e05659.pdf>.

3 Seznam smluvních poskytovatelů VZP jsme považovali za dostatečný pro účely sestavení okruhu dotázaných, protože podle našich předběžných zjištění se ošetření chrupu v celkové anestezii hrazená z veřejného zdravotního pojištění, poskytují v nemocnicích a VZP by, jako největší pojišťovna v České republice, měla mít síť smluvních poskytovatelů odpovídající uvedené charakteristice – proto jsme již o poskytnutí seznamu smluvních poskytovatelů v uvedených odbornostech nežádali ostatní veřejné zdravotní pojišťovny.



požadované údaje o počtu ošetřených pacientů a jejich členění podle věku (děti/dospělí) a důvodu poskytnutí ošetření v celkové anestezii. Aby je účast na výzkumu nepřiměřeně nezatížila, tyto údaje dohledaly, roztřídily a zaznamenaly přímo na dotčených pracovištích pověřené zaměstnankyně Kanceláře veřejného ochránce práv. Krom toho kontaktovaly všechna pracoviště a ověřily a případně doplnily jejich odpovědi na otázky v dotazníku, s cílem zabezpečit co nejvyšší přesnost a výpovědní hodnotu dat.

Přesto nelze vyloučit nezahrnutí některého z pracovišť poskytujících zubní ošetření v celkové anestezii, či nechtěné zkreslení výsledků v důsledku terminologických nedorozumění. Proto si více než konkrétních číselných údajů ceníme zejména poznatků z rozhovorů s jednotlivými zubními lékaři působícími v nemocnicích i primární ambulantní sféře.

Výzkum a zprávu o něm považujeme za **prvotní zmapování tématu**. Závěrečná doporučení předkládáme k **další diskusi**, ke které zveme všechny zainteresované: Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny, Českou stomatologickou komoru, poskytovatele zubní péče (z primární ambulantní i z klinické sféry) a v neposlední řadě lidi s mentálním postižením a organizace hájící jejich zájmy. Pro inspiraci k opatřením ke zlepšení odkazujeme i na zahraniční praxi.

Snad i naše zpráva přispěje ke změnám v zubní péči tak, aby lépe uspokojila potřeby pacientů s mentálním postižením, současně prospěla i lidem bez postižení a usnadnila práci samotným zubním lékařům a dalším zainteresovaným osobám.

Přejeme Vám zajímavé a podnětné čtení.



E. Shrnutí výsledků výzkumu

1. **Regionální rozložení pracovišť** poskytujících konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii **je nerovnoměrné**. Zatímco v některých krajích péči zajišťuje několik pracovišť, v jiných žádné.
2. **Průměrná čekací doba** na konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii představovala v letech 2015 – 2017 **pro dospělé pacienty** 123 dní (čili zhruba **čtyři měsíce**), **pro děti** 135 dní (čili zhruba **čtyři a půl měsíce**).
3. **Čekací doby na Moravě jsou podstatně delší** než v Čechách: u dětí v průměru čtyřnásobně, u dospělých dvojnásobně.
4. **Průměrná čekací doba se za poslední tři roky prodloužila** (u dětí v průměru o 24 dní, u dospělých až o 48 dní).
5. 47 % pracovišť považuje „své“ **čekací doby za nepřijatelné z medicínského hlediska**.
6. **Hlavní příčinou** dlouhé čekací doby je **kapacita operačních sálů**.
7. Hlavním **důvodem ošetření dospělých** pacientů v celkové anestezii je **mentální postižení nebo porucha autistického spektra** (57 % případů), v případě **děti** mají největší podíl tzv. **nespolupracující pacienti bez zdravotní indikace** (50 %).
8. **Neexistují jednotná indikační kritéria** pro zubní ošetření pacienta v celkové anestezii a liší se **praxe** jednotlivých pracovišť.
9. Konzervačně-chirurgická **ošetření** chrupu v celkové anestezii **poskytují nesystematicky různá pracoviště**, řada z nich mimo svou hlavní pracovní náplň.
10. **Pracoviště uplatňují rozdílné úhrady** za ošetření v celkové anestezii a jednodenní péči.
11. Z důvodu neexistence dohody s pojišťovnami **hradí pacienti se zdravotní indikací jednomu z pracovišť náklady jednodenní péče**, přestože navazuje na ošetření v celkové anestezii, jež zdravotní pojišťovny plně hradí.
12. Až na výjimky **si pacienti oficiálně nestěžují** na délku čekacích dob či jiné aspekty poskytování péče na oslovených pracovištích.
13. **Neexistuje ucelený systém vzdělávání** zubních lékařů o speciálních potřebách pacientů s mentálním postižením při poskytování péče.



F. Právo lidí se zdravotním postižením na dosažení nejvyšší možné úrovně ústního zdraví bez diskriminace

F.1 Právní úprava

F.1.1 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením⁴ (dále také jen „Úmluva“) je v současnosti nejvýznamnějším aktem mezinárodního práva v oblasti práv lidí se zdravotním postižením.

Valné shromáždění Organizace spojených národů (OSN) ji přijalo dne 13. prosince 2006 jako v pořadí osmou lidskoprávní úmluvu. Nezbytnost jejího vytvoření a přijetí vyvstala v důsledku neuspokojivého stavu, kdy lidé se zdravotním postižením, navzdory předchozím úmluvám, čelili v různých částech světa nadále diskriminaci.

Česká republika Úmluvu přijala dne 30. března 2007, v platnost pro ni vstoupila po ratifikaci dne 28. října 2009.

Deklarovaným účelem Úmluvy je „podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti.“⁵ Osobami se zdravotním postižením se pak podle Úmluvy rozumějí osoby, které mají „dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v **interakci s různými překážkami** může bránit jejich plnému a účinnému **zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními**.“⁶

Přijetím Úmluvy byl stvrzen posun ve vnímání zdravotního postižení, potažmo lidí se zdravotním postižením. Historicky se na ně pohlíželo jako na pacienty, které je třeba vyléčit (medicínský model postižení), nebo jako na adresáty sociálních a dobročinných programů (charitativní model postižení). Ve světle Úmluvy se však na zdravotní postižení hledí jako na důsledek interakce člověka s okolím, které se nepřizpůsobilo jeho individualitě nebo znemožňuje jeho plné zapojení do společnosti (**sociální model postižení**) – uznává se, že být lidskou bytostí v sobě zahrnuje široké spektrum možností, pokud jde o způsoby chůze, smyslového vnímání, myšlení, komunikace apod. A lidé se zdravotním postižením jsou nositeli stejných práv jako lidé bez postižení (**model založený na lidskoprávním pojetí**).

4 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením vyhlášená ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 10/2010 Sb. m. s., ve znění účinném od 28. října 2009.

5 Ustanovení čl. 1 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

6 Ustanovení čl. 1 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.



Úmluva je založena na několika principech, v jejichž duchu je třeba interpretovat celý její text: čelné místo mezi nimi zaujímají zásady respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, svobody volby, samostatnosti osob a nediskriminace, dále např. rovnost příležitostí či přístupnost.⁷

Přijetím Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením Česká republika mimo jiné uznala, že lidé se zdravotním postižením mají **právo na dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví** bez diskriminace na základě zdravotního postižení (**čl. 25 Úmluvy**). Současně se přihlásila k závazkům, které z tohoto práva vyplývají, a sice k závazku

- poskytovat lidem se zdravotním postižením stejnou nabídku, kvalitu a standard bezplatné nebo dostupné zdravotní péče a programů, které jsou poskytovány ostatním,
- poskytovat jim zdravotní služby, které potřebují specificky z důvodu zdravotního postižení,
- poskytovat zdravotní služby pokud možno co nejblíže místu bydliště dané osoby, a to včetně venkovských oblastí,
- vyžadovat, aby pracovníci ve zdravotnictví poskytovali osobám se zdravotním postižením péči stejné kvality jako ostatním a na základě svobodného a informovaného souhlasu - za tímto účelem má stát, mimo jiné, zvyšovat povědomí o lidských právech, důstojnosti, nezávislosti a potřebách osob se zdravotním postižením prostřednictvím vzdělávacích aktivit a zveřejňováním etických norem pro státní i soukromou zdravotní péči.

Zákaz diskriminace v přístupu ke zdravotní péči a při jejím poskytování je na vnitrostátní úrovni upraven zejména antidiskriminačním zákonem⁸. Závazek přizpůsobit poskytování zdravotní péče potřebám pacienta se zdravotním postižením nachází svůj odraz např. v zákoně o zdravotních službách⁹: podle § 28 odst. 2 tohoto zákona má pacient právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni, přičemž tou se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při **respektování individuality pacienta**, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.¹⁰

F.1.2 Antidiskriminační zákon

Antidiskriminační zákon je stěžejním vnitrostátním předpisem v oblasti práva na rovné zacházení a ochrany před diskriminací.

7 Čl. 3 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

8 Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), ve znění pozdějších předpisů.

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

10 Ustanovení § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách.



Za **přímou diskriminaci** zákon považuje jednání, včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě než s jinou osobou ve srovnatelné situaci, pokud se tak děje v zákonem vymezených oblastech a z výslovně uvedených, tzv. zakázaných důvodů. Jednou z těchto oblastí je i přístup ke zdravotní péči a její poskytování, zakázaným důvodem je mimo jiné zdravotní postižení.¹¹

Vedle přímé diskriminace zakazuje antidiskriminační zákon i **diskriminaci nepřímou**, kterou rozumí jednání či opomenutí, kdy je na základě neutrálního ustanovení, kritéria nebo praxe z některého z tzv. zakázaných důvodů osoba znevýhodněna oproti ostatním, ledaže by takové ustanovení, kritérium či praxe bylo objektivně odůvodněno legitimním cílem a prostředky k jeho dosažení byly přiměřené a nezbytné.¹²

Zdravotní postižení definuje antidiskriminační zákon jako tělesné, smyslové, mentální, duševní nebo jiné postižení, které brání osobám v jejich právu na rovné zacházení v zákonem vymezených oblastech; přitom musí jít o dlouhodobé zdravotní postižení, které trvá nebo podle poznatků lékařské vědy má trvat alespoň jeden rok.¹³

Úprava zdravotního postižení v antidiskriminačním zákoně vychází, podobně jako Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, z tzv. **sociálního modelu**. Jak už bylo naznačeno výše, zatímco medicínský model zdravotního postižení je založen na předpokladu, že obtíže spojené se zdravotním postižením vycházejí ze zdravotní vady, sociální model spatřuje obtíže především ve špatném sociálním prostředí, které není přizpůsobeno potřebám zdravotně postižených osob.¹⁴ Oproti dalším charakteristikám, které antidiskriminační zákon chrání, se v případě osob se zdravotním postižením předpokládá a vyžaduje aktivní vytváření podmínek, které zohlední jejich odlišnou situaci.

Požadavek aktivního konání antidiskriminační zákon zakotvuje v podobě zvláštního ustanovení o nepřímé diskriminaci z důvodu zdravotního postižení. Tou se rozumí odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření k tomu, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, výkonu pracovní činnosti nebo funkčnímu či jinému postupu v zaměstnání, aby mohla využít pracovního poradenství, nebo se zúčastnit jiného odborného vzdělávání, nebo aby mohla využít služeb určených veřejnosti. Službou určenou veřejnosti můžeme v rámci širšího pojetí rozumět i zdravotní péči¹⁵. Povaha přiměřeného opatření bude záviset na konkrétních okolnostech případu.

11 Ustanovení § 1 odst. 1 písm. h) ve spojení s § 2 odst. 3 antidiskriminačního zákona.

12 Ustanovení § 3 odst. 1 antidiskriminačního zákona.

13 Ustanovení § 5 odst. 6 antidiskriminačního zákona.

14 Blíže k problematice například Doporučení veřejného ochránce práv pro přístup vodících a asistenčních psů do veřejných prostor. Veřejný ochránce práv – ombudsman [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv [cit. 2018-11-21]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/DISKRIMINACE/Doporučení/31-10-DIS-JKV_doporučení-psi.pdf.

15 Podrobněji k problematice například KVASNICOVÁ, Jana a kol. *Antidiskriminační zákon. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer, a. s., 2015, ISBN 978-80-7478-879-6, s. 178-179.



Povinnosti přijmout přiměřené opatření ve vztahu k osobě s postižením se lze zprostit prokázáním toho, že takové opatření představuje nepřiměřené zatížení. Při rozhodování o přiměřenosti zatížení se bere do úvahy míra užitku, kterou má osoba s postižením z realizace opatření, finanční únosnost pro realizátora opatření, dostupnost finanční a jiné pomoci k realizaci opatření a způsobilost náhradních opatření uspokojit potřeby osoby s postižením.¹⁶ Nesplnění povinnosti přijmout přiměřené opatření, tedy aktivně něco vykonat ve vztahu k osobě s postižením, představuje zakázanou diskriminaci.

Právě vymezené povinnosti se vztahují rovněž na poskytovatele zdravotních služeb. Ve vztahu k námi řešené problematice, tedy poskytování zubní péče osobám s mentálním postižením, můžeme říci, že poskytovatelé by nejen měli s těmito osobami zacházet stejně příznivě jako s osobami bez postižení, ale zároveň pamatovat na povinnost aktivního vytváření specifických podmínek respektujících odlišnou (individuální) situaci a potřeby jedinců s postižením.

F.2 Ústní zdraví

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje ústní zdraví jako „stav prostý chronické bolesti úst a obličeje, rakoviny ústní dutiny a krku, infekce dutiny ústní a vředů, onemocnění periodontu (ozubice), zubních kazů, ztráty zubů a dalších nemocí a poruch, které omezují schopnost jednotlivce kousat, žvýkat, usmívat se a mluvit, a také jeho psychosociální blaho.“¹⁷

Světová federace zubních lékařů (FDI) pojímá ústní zdraví jako „schopnost mluvit, usmívat se, cítit, chutnat, dotýkat se, žvýkat, polykat a vyjádřit řadu emocí prostřednictvím výrazů obličeje sebejistě, bez bolestí, nepohodlí a onemocnění kraniofaciálního¹⁸ komplexu.“¹⁹ Současně FDI klade důraz na vnímání ústního zdraví jako jedné ze složek obecného zdraví, která onen celek významně ovlivňuje, a usiluje o zvýšení povědomí o různých složkách ústního zdraví.²⁰

Z definic WHO i FDI je zřejmé, že poruchy v oblasti ústního zdraví zpravidla způsobují člověku bolest, mohou narušit jeho schopnost jíst a spát²¹, a negativně ovlivnit také jeho sociální vztahy a sebevědomí (např. v případě chybějících zubů). Zásadním snížením kvality života

16 Ustanovení § 3 odst. 3 antidiskriminačního zákona.

17 Originální znění dostupné na webových stránkách WHO: http://www.who.int/oral_health/en/.

18 Týkající se lebky a obličeje.

19 Originální znění dostupné na webových stránkách FDI: <https://www.fdiworldddental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health>.

20 Tamtéž.

21 JAFFEE, Eleanor M., WIDMER, Joan C., SPEROPOLLOUS, Lisa I. Oral Health Care Access in New Hampshire. Durham: University of New Hampshire, 2015. Dostupné z: <https://carsey.unh.edu/publication/oral-health-care-access-new-hampshire>.



však nejsou možné důsledky vyčerpány: zubní kaz je infekční onemocnění, a proto je způsobilý vyvolat další, mnohdy závažná onemocnění, jmenovitě akutní zánět plic, malnutrici či srdeční choroby.²²

Lidé se zdravotním postižením jsou přitom zatíženi vyšším rizikem vzniku poruch ústního zdraví - údajně mají 1,5krát vyšší šanci ztráty zubu než lidé bez zdravotního postižení.²³ Zahraniční odborná literatura dokládá, že

- lidé s mentálním postižením mívají stejný či větší výskyt kazů než běžná populace a současně více neošetřených kazů,²⁴
- lidé s Downovým syndromem jsou náchylní ke vzniku onemocnění dásní,²⁵ či
- děti s dětskou mozkovou obrnou mají ve srovnání s dětmi bez postižení vyšší výskyt kazů a zubního plaku, a to např. v důsledku problematické kontroly ústní hygieny či požívání měkké stravy.²⁶

Rizikových činitelů, které se podílejí na vyšším výskytu poruch ústního zdraví u lidí se zdravotním postižením, existuje celá řada. Stiefelová²⁷ přikládá nejvyšší váhu následujícím okolnostem:

- lidé s postižením jsou při provádění ústní hygieny zpravidla odkázáni na pečující osoby,
- pečující osoby často nemají dostatečné povědomí o významu ústního zdraví, jakožto neoddelitelné součásti obecného zdraví a duševní pohody - k péči o ústní zdraví nejsou motivovány ani náležitě vyškoleny,

22 ISHAQUE, M. I., RAHIM, S., HUSSAIN, M. H. Factors that limit access to dental care for person with disabilities. *Pakistan Armed Forces Medical Journal* [online]. 2016, 66, s. 230-234 [cit. 2018-11-22]. ISSN 2411-8842. Dostupné z: http://www.pafmj.org/art_pdf/13-%203025-M%20Yasir%20Ishaque.pdf.

23 PISCITELLI, Kami A. Oral Health for Individuals with Special Health Care Needs. Dostupné z: <http://www.vaoralhealth.org/Portals/0/Presentations/KPiscitelli%20WEB.pdf>.

24 FELDBERG, Ilan, MERRICK, Joav. Intellectual Disability and Dental Services: Experience from Israel. *Frontiers in Public Health* [online]. 2014, 2, s. 133 [cit. 2018-11-22]. ISSN 2296-2565. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2014.00133/full>.

25 ESCANILLA-CASAL, Alejandro, AZNAR-GÓMEZ, Mirella, VIAÑO, José M., LÓPEZ-GIMENÉZ, Ana, RIVERA-BARÓ, Alejandro. Dental treatment under general anesthesia in a group of patients with cerebral palsy and a group of healthy pediatric patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* [online]. 2014, 19, s. 490-494 [cit. 2018-11-22]. ISSN 1698-6946. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192573/>.

26 STIEFEL, Doris J. Dental Care Considerations for Disabled Adults. *Special Care in Dentistry* [online]. 2002, 22, s. 26-39 [cit. 2018-11-22]. ISSN 1754-4505. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/3716/ef11a84674688f42fcace907064d2ead4ff1.pdf>.

27 STIEFEL, Doris J. Dental Care Considerations for Disabled Adults. *Special Care in Dentistry* [online]. 2002, 22, s. 26-39 [cit. 2018-11-22]. ISSN 1754-4505. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/3716/ef11a84674688f42fcace907064d2ead4ff1.pdf>.



- ve srovnání s lidmi bez postižení trpí lidé s postižením zpravidla zvýšeným strachem z ošetření u zubního lékaře - to může být způsobeno zanedbáním pravidelných preventivních prohlídek či předchozími zkušenostmi ze zubního ošetření,
- rizikovým faktorem může být též institucionalizace (pobyt člověka v zařízení, mimo domov),
- zvýšená kazivost chrupu je dokumentována také jako následek užívání některých léků, způsobujících pokles tvorby slin v ústech (tzv. xerostomie).

Výše zmíněné nedostatečné provádění ústní hygieny u pacientů se zdravotním postižením označili za klíčový problém také někteří ze zubních lékařů, se kterými jsme vedli rozhovor před zahájením dotazníkového šetření. Podle jejich názoru rodiče či jiné pečující osoby nezdědka podceňují význam ústního zdraví.

Někteří zubní lékaři však uváděli odlišnou zkušenost: z dětí, které podstupují ošetření chrupu v celkové anestezii, mívají znatelně horší úroveň ústní hygieny děti bez postižení.

F.3 Bariéry v přístupu k zubní péči u lidí se zdravotním postižením

Ze zdravotního postižení pacienta mohou vyplývat speciální potřeby, které by měl poskytovatel zdravotních služeb zohlednit.

Speciální potřeby při zdravotní péči definuje Americká akademie dětské stomatologie (AAPD) jako „jakékoli tělesné, vývojové, duševní, smyslové, behaviorální²⁸, kognitivní nebo emoční postižení nebo omezující stav, který vyžaduje zdravotní péči a/nebo použití specializovaných služeb nebo programů. Stav může být vrozený, vývojová nebo získaná v důsledku onemocnění, úrazu nebo příčin vyplývajících ze životního prostředí a může člověka omezovat v provádění denních činností, související se sebeobsluhou, nebo v základních životních aktivitách. Zdravotní péče pro osoby se speciálními potřebami vyžaduje specializované znalosti získané další odbornou přípravou, jakož i zvýšené povědomí a pozornost, přizpůsobení a přiměřené úpravy nad rámec toho, co se považuje za běžné postupy.“²⁹

Při výzkumech prováděných v USA označili poskytovatelé sociálních služeb **zubní péči za jednu z nejčastěji neuspokojených potřeb lidí s postižením**.³⁰ Obecně platné odpovědi na otázku po příčinách tohoto stavu poskytuje italská studie³¹ - klíčovými bariérami v přístupu lidí se zdravotním postižením k zubní péči shledala

28 Týkající se chování.

29 Originální znění je dostupné na http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_SHCN.pdf.

30 STIEFEL, Doris J. Dental Care Considerations for Disabled Adults. *Special Care in Dentistry* [online]. 2002, 22, s. 26-39 [cit. 2018-11-22]. ISSN 1754-4505. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/3716/ef11a84674688f42fcace907064d2ead4ff1.pdf>.

31 VOZZA, I., CAVALLÉ, E., CORRIDORE, D., RIPARI, F., SPOTA, A., BRUGNOLETTI, O., GUERRA, F. Preventive strategies in oral health for special needs patients. *Annali di stomatologia* [online]. 2016, 6, s. 96-99 [cit. 2018-11-22]. ISSN 1971-1441. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755688/>.



- **nedostupnost specializovaných zubních lékařů** (otázka vzdělání lékařů, úhrad speciální péče, fyzické přístupnosti jejich pracovišť),
- **nízké povědomí lidí s postižením a jejich okolí** o významu ústního zdraví a zubní péče (považují ji za záležitost druhořadého významu).

Obdobně byly bariéry popsány i v odborné literatuře, vyjadřující se k situaci v Izraeli: jednalo se o nedostatečné znalosti a zkušenosti zdravotníků s ošetřováním lidí se zdravotním postižením, dále nedostatek spolupráce ze strany pacientů a nemožnost se s nimi porozumět, nedostatek povědomí u pečujících osob, nevhodné vybavení, neodpovídající odměna zubářů za práci.³²

Postoje k ošetřování lidí se zdravotním postižením zkoumala studie v Irsku: zubní lékaři považují tato ošetření za stresující, necítí se kompetentními z důvodu nedostatečného vzdělání a zkušeností, nejsou náležitě finančně ohodnoceni za delší dobu výkonu a čelí problémům při získávání informovaného souhlasu.³³

Jako zatěžující vnímá poskytování péče pacientům se zdravotním postižením také většina zubařů v Německu.³⁴

V roce 2013 bylo v Kanadě provedeno dotazníkové šetření, ze kterého vyplynulo, že pouze 10 % dotázaných zubních lékařů ošetřuje pravidelně (často) děti se zdravotním postižením, až 70 % jejich kolegů tak činí zřídka nebo vůbec. Pouze čtvrtina dotázaných zubních lékařů pak uvedla, že byli v rámci studia vybaveni praktickými dovednostmi, nezbytnými k ošetřování dětí se zdravotním postižením. Zároveň výzkum potvrdil, že zajištění zubní péče je jednou z nejvíce nepokrytých potřeb dětí se zdravotním postižením v Kanadě.³⁵

Podle výsledků studie provedené ve Velké Británii³⁶ si lidé se zdravotním postižením dobře uvědomují bariéru, vyplývající z nedostatku vzdělání a zkušeností lékařů. Mají dojem, že zdravotníci nerozumějí jejich potřebám, nejsou o nich informováni a zacházejí s nimi jako s pacienty nižší kategorie.

32 FELDBERG, Ilan, MERRICK, Joav. Intellectual Disability and Dental Services: Experience from Israel. *Frontiers in Public Health* [online]. 2014, 2, s. 133 [cit. 2018-11-22]. ISSN 2296-2565. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2014.00133/full>.

33 FAULKS, D., FREEDMAN, D., THOMPSON, S., SAGHERI, D., DOUGALL, A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *European Journal of Dental Education* [online]. 2012, 16, s. 195-201 [cit. 2018-11-22]. ISSN 1600-0579. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0579.2012.00736.x>.

34 ELSÄSSER, Guido. Patienten mit Behinderung in der zahnärztlichen Praxis. Dostupné z: https://www.zmk-aktuell.de/fachgebiete/allgemeine-zahnheilkunde/story/patienten-mit-behinderung-in-der-zahnaerztlichen-praxis_1012.html.

35 RICK, Edward L. Policy on Patients with Special Health Care Needs. Dostupné z: <https://www.oralhealthgroup.com/features/policy-on-patients-with-special-health-care-needs/>.

36 SAKELLARIOU, D., ROTAROU, E. S. Access to healthcare for men and women with disabilities in UK: secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open* [online]. 2017, 7 [cit. 2018-11-22]. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5629679/>.



Vedle samotných bariér v přístupu k zubní péči je dále třeba zmínit, že panují pochybnosti o kvalitě zubní péče, poskytované lidem se zdravotním postižením. Jeví se, že převládají akutní vytržení zubů na úkor komplexní a plánované zachovné péče.³⁷ Potřebu razantnějších výkonů přitom mohou, mimo jiné, zapříčinit i dlouhé čekací doby.

V prostudované zahraniční odborné literatuře se opakovaně uvádělo, že celosvětově narůstá počet ošetření zubů v celkové anestezii, a to zvláště u dětí. Ze studie uskutečněné ve Velké Británii pak vyplynulo, že jednou z příčin vyššího počtu těchto ošetření je v případě dětí pokles způsobilosti primární ambulantní sféry je ošetřovat.³⁸

Použití celkové anestezie v zubním lékařství se považuje za relativně bezpečný a užitečný nástroj pro ošetření pacienta se speciálními potřebami. Přesto je třeba vzít v úvahu, že nadále mohou nastat nežádoucí účinky, včetně rizika úmrtí.³⁹ Mezi komplikace patří např. pooperační nevolnost a zvracení, pooperační svalový třes, poškození zubů, porucha chování, anafylaktická reakce, aspirace do plic (vdechnutí žaludečního obsahu do plic), laryngospasmus (křečové stažení dýchacích cest), poranění očí, maligní hypertermie (metabolický rozvrat) či poranění krku.⁴⁰

Z toho vyplývá, že je v zájmu pacienta, aby mu zubní ošetření bylo poskytnuto v celkové anestezii výlučně tehdy, pokud je to nezbytné.

Vedle výše nastíněných rizik pro pacienta jsou s ošetřením v celkové anestezii spjaté též zvýšené finanční náklady: jak personální (vedle zubního lékaře a jeho týmu musí být při výkonu přítomen anesteziologický tým), tak náklady spjaté s následným dospáním pacienta na lůžku (v ČR tzv. jednodenní péče) či s jeho hospitalizací.

Někteří odborníci jsou přesvědčeni, že až 90 % pacientů se speciálními potřebami může být ošetřeno v primární ambulantní sféře za využití lokální anestezie – podmínkou je proškolení zubního lékaře a jeho týmu v oboru speciálního zubního lékařství.⁴¹

37 FAULKS, D., FREEDMAN, D., THOMPSON, S., SAGHERI, D., DOUGALL, A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *European Journal of Dental Education* [online]. 2012, 16, s. 195-201 [cit. 2018-11-22]. ISSN 1600-0579. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0579.2012.00736.x>.

38 KNAPP, R., MARSHMAN, Z., RODD, H. Treatment of dental caries under general anaesthetic in children. *BDJ Team* [online]. 2017, 4 [cit. 2018-11-22]. ISSN 2054-7617. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/bdjteam2017116>.

39 LIM, M. A. W. T., BORROMEO, G. L. The use of general anesthesia to facilitate dental treatment in adult patients with special needs. *Journal of dental anesthesia and pain medicine* [online]. 2017, 17, s. 91-103 [cit. 2018-11-22]. ISSN 2383-9317. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5564153/#B1>.

40 Blíže např. Informovaný souhlas s podáním anestézie při ambulantním výkonu, vytvořený Fakultní nemocnicí Ostrava. Dostupné z: https://www.fno.cz/documents/informovane-souhlasy/Podani_anestezie_pri_ambulantnim_vykonu_IS_r04.pdf.

41 FAULKS, D., FREEDMAN, D., THOMPSON, S., SAGHERI, D., DOUGALL, A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *European Journal of Dental Education* [online]. 2012, 16, s. 195-201 [cit. 2018-11-22]. ISSN 1600-0579. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0579.2012.00736.x>.



F.4 Doporučení mezinárodních organizací

Problematickou ústního zdraví se zabývá řada mezinárodních organizací. Na prvním místě je třeba zmínit Světovou zdravotnickou organizaci (WHO), neboť ta v roce 2003 vyhlásila globální cíle pro ústní zdraví, které by měly být splněny do roku 2020. Jako základní cíle vytýčila

1. minimalizovat dopad nemocí orálního či kraniofaciálního původu na obecné zdraví a psychosociální vývoj s důrazem na podporu ústního zdraví a snížení výskytu orálních onemocnění u populace, která je jimi nejvíce zatížena,
2. minimalizovat dopad orálních či kraniofaciálních projevů systémových onemocnění⁴² na jednotlivce a společnost a využívat tyto projevy k včasné diagnostice, prevenci a efektivní léčbě takových onemocnění.

Na základní cíle navazují dílčí cíle, mezi něž patří např.

- vytvořit přístupný a nákladově efektivní systém prevence ústního zdraví a kontroly orálních a kraniofaciálních onemocnění,
- začlenit podporu ústního zdraví a péči o ně do jiných sektorů, ovlivňujících zdraví,
- podporovat společenskou odpovědnost a etické postupy u poskytovatelů zubní péče, či
- zvýšit počet poskytovatelů zdravotních služeb v jiných odbornostech, kteří jsou vzděláni či proškoleni v zachytu orálních onemocnění a poruch.⁴³

Při tvorbě politik, směřujících k naplnění výše nastíněných cílů, by měl stát pochopitelně pamatovat na všechny skupiny obyvatelstva. Lidé se zdravotním postižením by v žádném případě neměli být opomenuti, a to zvláště při uvážení, že jsou zpravidla zatíženi zvýšeným rizikem vzniku orálních onemocnění.

Nezbytnost zvýšené podpory ústního zdraví u lidí se zdravotním postižením potvrdila také **Světová federace zubních lékařů** (World Dental Federation - FDI): společně s **Mezinárodní asociací pro zdravotní postižení a ústní zdraví** (International Association for Disability and Oral Health - IADH) vydaly v září 2016 prohlášení „Ústní zdraví a zubní péče o lidi s postižením“.⁴⁴

42 Systémová onemocnění jsou „onemocnění postihující celý organismus obecně. Za s. o. lze v tomto kontextu považovat i nemoci původně jednoho orgánu či systému, které posléze ovlivní fungování i dalších systémů a organismu (např. srdeční selhání s odezvou nejen v oblasti oběhu, ale metabolismu, hormonů, funkce ledvin, cytokinových změn apod.).“ Blíže Velký lékařský slovník, dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/systemova-onemocneni-5>.

43 HOBDELL, Martin, PETERSEN, Poul Erik, CLARKSON, John, JOHNSON, Newell. Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal* [online]. 2003, 53, s. 285–288 [cit. 2018-11-22]. ISSN 1875-595X. Dostupné z: http://www.who.int/oral_health/publications/goals2020/en/.

44 V originálním znění „Oral Health and Dental Care of People with Disabilities“, dostupné z: <https://www.fdiworld-dental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/oral-health-and-dental-care-of-people-with-disabilities>.



Úvodem v něm poukázaly na globální cíle pro ústní zdraví, vyhlášené WHO s cílem splnění do roku 2020, a zdůraznily, že s ohledem na zvýšené riziko vzniku orálních onemocnění by lidem se zdravotním postižením měla být v souladu s doporučeními WHO adresována nejmasivnější podpora v oblasti ústního zdraví - ve skutečnosti jsou však jejich potřeby v oblasti ústního zdraví nadále přehlíženy a není jim poskytována odpovídající péče.

Dále uvedly, že plně podporují Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, podle níž mají lidé se zdravotním postižením právo na zdraví a přístup ke zdravotní péči na rovnoprávném základě s ostatními.

Společné prohlášení pak FDI a IADH završily výčtem zásad a navazujících doporučení:

1. národní zdravotní politiky by měly zohledňovat potřeby lidí se zdravotním postižením,
2. všechny služby týkající se ústního zdraví mají být přístupné lidem s mentálním, fyzickým, smyslovým či psychosociálním postižením,
3. je třeba zvyšovat povědomí o důležitosti ústního zdraví jako základní složky obecného zdraví a kvality života, a to mezi lidmi s postižením, jejich rodinami, pečujícími osobami a zdravotníky z jiných oborů,
4. je třeba provádět vyhodnocení rizik pro ústní zdraví u jednotlivců a provádět školení dovedností v oboru ústního zdraví pro zdravotníky v rámci multidisciplinárního přístupu k péči o lidi se zdravotním postižením,
5. je třeba uznat, že k ošetřování pacientů vyžadujících komplexní speciální zubní péči jsou nezbytné specifické dovednosti, vzdělání a vybavení,
6. je třeba podpořit vzdělávání v oboru speciální zubní lékařství na úrovni vysokoškolského, doktorského a navazujícího vzdělávání napříč všemi disciplínami zubního lékařství,
7. veřejní i soukromí sponzoři výzkumů ústního zdraví by měli zohlednit potřeby lidí vyžadujících poskytnutí speciální zubní péče.

Na okraj uvádíme, že mezi členy FDI patří také Česká stomatologická komora. IADH má vedle individuálních členů 40 členských států, které reprezentují příslušné odborné společnosti – ČR mezi nimi není zastoupena.



G. Zjištění ochránkyně

Jako základní metodu výzkumu jsme zvolili dotazníkové šetření. Samotnému vytvoření dotazníku předcházely konzultace s odborníky.

Námi oslovení odborníci potvrdili, že průměrné čekací doby na ošetření chrupu v celkové anestezii činí několik měsíců, na některých pracovištích pak i více než rok. Mezi možnými příčinami neuspokojivého stavu, o kterých jsme hovořili, vystala jedna zvláště znepokojivá: na některých pracovištích tvoří vysoké procento ošetřených pacientů děti, které vyjma zubních kazů či zánětu dásní nemají zdravotní postižení či jiné onemocnění, které by odůvodňovalo nezbytnost podstoupení výkonu v celkové anestezii. Skutečnost, že tyto děti nejsou způsobilé spolupracovat při ošetření zubů se svým registrujícím zubním lékařem ani za využití mírnějších forem anestezie, je typicky zapříčiněna **bojácností**, vyvolanou zejména předchozím zanedbáváním ústní hygieny a preventivních zubních prohlídek.

Proto jsme, vedle otázek ověřujících délku čekacích dob, zařadili do dotazníku také otázky na počet poskytnutých zubních ošetření v celkové anestezii podle důvodů její indikace. Vymezili jsme přitom následující kategorie:

1. neošetřitelnost z důvodu mentálního postižení či poruch autistického spektra,
2. neošetřitelnost z důvodu psychiatrické indikace (např. odontofobie, diagnostikovaná psychiatrem či klinickým psychologem),
3. neošetřitelnost z důvodu jiné zdravotní indikace,
4. **nespolupracující pacienti** (bojácní pacienti, avšak bez přidružené zdravotní indikace).

Do kategorie „nespolupracující pacienti“ jsme zahrnovali i děti, které nejsou schopny spolupracovat v ordinaci zubního lékaře z důvodu nezralosti spjaté s jejich věkem (předškolní děti). V ideálním případě by si děti takto nízkého věku zasluhovaly samostatnou kategorii, ale oslovená pracoviště jsme nechtěli zatěžovat další položkou.

Jednotlivé kategorie jsme sledovali odděleně pro dětské a dospělé pacienty.

Za účelem prověření dalších možných příčin dlouhých čekacích dob jsme se rozhodli tázat oslovených pracovišť také na jejich věcné zázemí (operační sály, lůžka apod.) a personální zajištění.

Dále nás zajímalo, zda si pacienti (popřípadě jejich rodiče) na délku čekacích dob stěžují – nikoliv pouze ústně v ordinaci či v rámci telefonického hovoru při ověřování termínu ošetření, ale postupem předvídaným zákonem o zdravotních službách.

Konečně jsme do dotazníku zahrnuli také témata, která s čekacími dobami souvisí nanejvýše volně, a sice otázku vzdělávání zubních lékařů o speciálních potřebách pacientů s mentálním postižením a otázku úhrad za ošetření v celkové anestezii. Před vypracováním dotazníku jsme se totiž setkali s případem, kdy si dospělý pacient s mentálním postižením musel sám



uhradit dospání na lůžku po celkové anestezii (tzv. jednodenní péči) – jednalo se o částku převyšující 2 000 Kč.

Výzkum jsme zaměřili pouze na část spektra zubních výkonů, prováděných v celkové anestezii, a sice na operační zákroky zaměřené zejména na řešení zubního kazu (odstranění kazů a ošetření zubů výplněmi, vytržení problematických či již neléčitelných zubů) - po konzultaci s odborníkem jsme pro účely dotazníku zvolili termín „konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii“.

Dotazník je součástí této výzkumné zprávy (viz část Příloha).

G.1 Dostupnost konzervačně-chirurgického ošetření chrupu v celkové anestezii

Podle § 11 odst. 1 písm. c) zákona o veřejném zdravotním pojištění⁴⁵ má pojištěnec právo na **místní a časovou dostupnost** hrazených služeb poskytovaných smluvními poskytovateli příslušné zdravotní pojišťovny. Právu pojištěnce odpovídá povinnost **zdravotní pojišťovny**, u které je registrován.⁴⁶

Nezajištěním poskytování hrazených služeb včetně jejich místní a časové dostupnosti svým pojištěncům se zdravotní pojišťovna dopustí přestupku.⁴⁷

G.1.1 Místní dostupnost

Místní dostupností hrazených služeb se rozumí přiměřená vzdálenost místa poskytování hrazených služeb vzhledem k místu trvalého pobytu nebo k místu bydliště pojištěnce. Vyjadřuje se dojezdovou dobou⁴⁸ – konkrétní **dojezdové doby** pro jednotlivé obory péče stanovila vláda nařízením o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb⁴⁹ (dále také jen „nařízení vlády“).

Konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii provádějí poskytovatelé lůžkové péče, kteří jsou oprávněni poskytovat zdravotní služby v oboru anesteziologie a intenzivní medicína a klinická stomatologie.

Dle přílohy č. 1 zmíněného nařízení je dojezdová doba pro **anesteziologii** poskytovanou poskytovatelem lůžkové péče stanovena na **60 minut**. Totéž platí např. pro chirurgii, gynekologii a porodnictví a dětské lékařství - stomatochirurgie ani klinická stomatologie poskytovaná poskytovatelem lůžkové péče však nemají dojezdovou dobu speciálně vymezenou.

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

46 Ustanovení § 40 odst. 7 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

47 Ustanovení § 45a odst. 1 písm. d) téhož zákona.

48 Ustanovení § 40 odst. 7 písm. a) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

49 Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti hrazených služeb.



Podle našeho názoru je tedy třeba vycházet z dojezdové doby 60 minut, stanovené pro anesteziologii - a to zvláště při uvážení, že pacienti bez zdravotního postižení, kteří pro ošetření kazů nepotřebují využít celkovou anestezii, a proto takové ošetření mohou podstoupit v primární ambulantní sféře, mají nařízením vlády zaručenu místní dostupnost zubního lékaře v dojezdové době 35 minut.

Dotazník jsme zaslali celkem 35 pracovištím, která mají uzavřenu se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb současně v oboru anesteziologie a intenzivní medicína a klinická stomatologie. Jak se ale ukázalo (Tab. 1), pouze méně než polovina z nich ve sledovaném období 2015 až 2017 ošetřila alespoň jednoho pacienta.

Regionální struktura je nerovnoměrná, tato pracoviště se koncentrují zejména v centrální části Čech (Praha, Středočeský kraj), a naopak, v některých krajích (Karlovarský kraj, Vysočina) není tato péče vůbec dostupná. Téměř 40 % dospělých pacientů bylo ošetřeno na Moravě⁵⁰, zbylých zhruba 60 % v Čechách⁵¹, což zhruba odpovídá celkovému poměru obyvatel v těchto dvou oblastech⁵². Na druhé straně, počty ošetřených dětských pacientů jsou značně disproporční: v moravských krajích bylo ošetřeno pouze 15 % dětských pacientů, v českých krajích pak až 85 %. Je zjevné, že poskytování tohoto typu zákroku se koncentruje zejména do vybraných regionů – v Praze byla ošetřena více než polovina (57 %) ze všech dětských pacientů.

Dále platí, že počet dětských pacientů, kteří byli ošetřeni v celkové anestezii, téměř trojnásobně překračuje počet dospělých pacientů. To je způsobeno zejména velkým nepoměrem těchto pacientů ošetřených v Praze (dětských pacientů zde bylo ošetřeno více než šestkrát tolik co dospělých pacientů), v menší míře pak nepoměrem v Libereckém a Královéhradeckém kraji (dětských pacientů zde bylo ošetřeno téměř třikrát víc než dospělých pacientů). V některých krajích jsou tedy podle výsledků pracoviště, která se specializují na poskytování ošetření dětským pacientům.

Tab. 1 Počty pracovišť a ošetřených pacientů podle krajů (za roky 2015 až 2017)

	Počet oslovených pracovišť	Počet pracovišť, která ošetřila alespoň 1 pacienta	Počet ošetřených dospělých pacientů	Počet ošetřených dětských pacientů
Hlavní město Praha	11	3	339	2 122
Středočeský kraj	6	2	18	17

50 Tj. v Jihomoravském, Olomouckém, Zlínském a Moravskoslezském kraji.

51 Tj. v hlavním městě Praze, Středočeském, Jihočeském, Plzeňském, Karlovarském, Ústeckém, Libereckém, Královéhradeckém a Pardubickém kraji a na Vysočině.

52 Dle ČSÚ žilo k 1. lednu 2018 ve čtyřech moravských krajích 3 605 327 obyvatel (34 % všech obyvatel ČR), v deseti českých krajích 7 004 728 obyvatel (66 %). Zdroj: <https://www.czso.cz/csu/czso/pocet-obyvatel-v-obcich-see2a5tx8j>.



Jihočeský kraj	1	1	262 ⁵³	
Plzeňský kraj	1	1	105	131
Karlovarský kraj	0	0	0	0
Ústecký kraj	1	1	24	61
Liberecký kraj	1	1	99	291
Královéhradecký kraj	1	1	62	167
Pardubický kraj	1	1	94	92
Vysočina	0	0	0	0
Jihomoravský kraj	5	2	106	193
Olomoucký kraj	3	1 ⁵⁴	32	32
Moravskoslezský kraj	3	1	250	274
Zlínský kraj	1	1	87	78
Celkem	35	16	1 216	3 458

Znovu připomínáme, že jsme usilovali o podání kompletního výčtu všech pracovišť, která provádějí konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii, hrazená z veřejného zdravotního pojištění – přesto nemáme jistotu, že se nám cíl podařilo splnit.

Z výše nastíněných závěrů se však jeví, že pacientům v některých regionech není zajištěna místní dostupnost předmětné péče.

G.1.2 Časová dostupnost (čekací doby)

Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění se **časovou dostupností** zdravotních služeb rozumí zajištění poskytnutí neodkladných a akutních zdravotních služeb ve lhůtě odpovídající jejich naléhavosti a v případě plánovaných hrazených služeb zajištění jejich poskytnutí ve lhůtách stanovených nařízením vlády o místní a časové dostupnosti hrazených služeb.⁵⁵

53 Pracoviště v Jihočeském kraji poskytlo pouze údaj o celkovém počtu pacientů bez dělení podle jejich věku a důvodů pro poskytnutí konzervačně-chirurgického ošetření v celkové anestezii. Do celkového počtu dětských a dospělých pacientů proto nebylo zahrnuto.

54 Dotazník vyplňovalo zvláště pracoviště, které ošetřuje dětské pacienty, a pracoviště, které ošetřuje dospělé pacienty. V další analýze se s nimi proto pracuje jako s oddělenými pracovišti; celkový počet pracovišť je proto v dalším textu uváděn jako 17, ne jako 16.

55 Ustanovení § 5 odst. 1 zákona o zdravotních službách:

„Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí jsou

a) neodkladná péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí,

b) akutní péče, jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí,

c) nezbytná péče, kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem, s přihlédnutím k povaze dávek a k délce pobytu na území České republiky; v případě zahraničních pojištěnců z členského státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace musí být zdravotní péče poskytnuta v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně zamýšlel,

d) plánovaná péče, která není zdravotní péčí uvedenou v písmenech a), b) nebo c).“



Nařízení vlády nepokrývá všechny plánované hrazené služby, ale pouze ty z nich, „jejichž poskytnutí je z důvodu veřejného zájmu třeba plánovat tak, aby pojištěncům k nim byl zajištěn dostatečný, trvalý a vyvážený přístup“ – těm pak vláda vymezila lhůtu časové dostupnosti v příloze č. 2.⁵⁶

Většina konzervačně-chirurgických ošetření chrupu v celkové anestezii probíhá v režimu plánované péče, avšak do skromného výčtu přílohy č. 2 nařízení vlády není tento výkon zahrnut.

Jak tedy vyložit právo pojištěnce na časovou dostupnost hrazené služby ve vztahu ke konzervačně-chirurgickému ošetření v celkové anestezii? Protože zákon o veřejném zdravotním pojištění odkazuje toliko na nařízení vlády a žádnou další definici nenabízí, nezbývá než si vystačit s obecným vymezením, provedeným v ustanovení § 2 odst. 2 nařízení vlády. Podle tohoto ustanovení se plánované hrazené služby poskytují „**ve lhůtě, která je lékařsky odůvodnitelná a vychází z objektivního lékařského posouzení** současného zdravotního stavu pojištěnce, anamnézy a pravděpodobného průběhu jeho nemoci, bolestivosti nebo povahy jeho onemocnění“.

Z provedeného dotazníkového šetření vyplynulo, že **čekací doby** se mezi pracovišti značně liší (Tab. 2). Průměrná čekací doba na konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii představovala ve sledovaném období pro dospělé pacienty 123 dní (čili zhruba čtyři měsíce), v případě dětských pacientů šlo o 135 dní (čili zhruba čtyři a půl měsíce). Na některých pracovištích ale není třeba na zákrok téměř vůbec čekat (čekací doba se pohybuje max. v řádu několika dní), jinde dosahuje i **rok a půl pro dětské pacienty nebo 14 měsíců pro dospělé pacienty**. Značný rozdíl pak panuje mezi Moravou a Čechami: u dětských pacientů je průměrná čekací doba na Moravě více než čtyřikrát delší než v Čechách, u dospělých pacientů jde téměř o trojnásobek.

Dále je třeba upozornit, že průměrná čekací doba dětských i dospělých pacientů se v průběhu posledních tří let prodloužila (od roku 2015 se u dětských pacientů zvýšila v průměru o 24 dní, u dospělých pacientů až o 48 dní).

Všechna pracoviště uvedla, že průměrné čekací doby na výkon u jimi ošetřovaných pacientů jsou stejné bez ohledu na to, zda pacient má nebo nemá zdravotní indikaci.

Z hlediska srovnatelnosti údajů je ještě třeba doplnit, že jedno pracoviště (s mírně nadprůměrnými čekacími lhůtami) uvedlo, že se sdělené průměrné čekací lhůty vztahují na plánované zákroky, a že neodkladné výkony jsou zařazeny do operačního programu během dvou dnů.

⁵⁶ Ustanovení § 2 odst. 1 nařízení vlády.

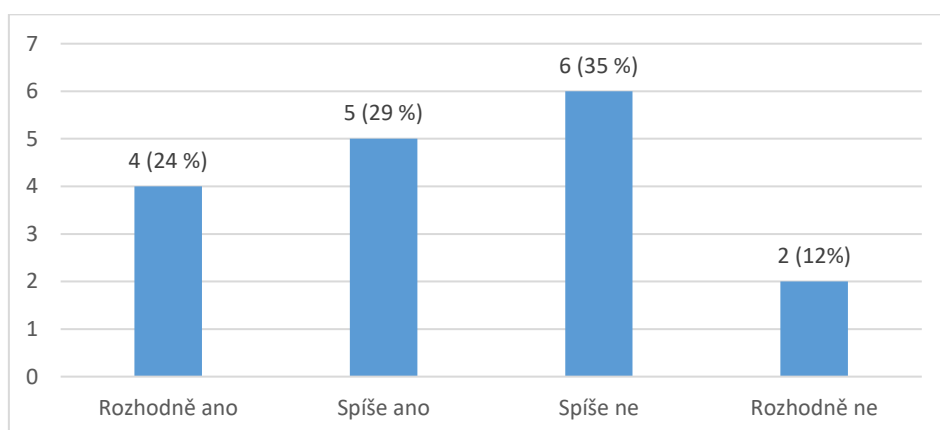


Tab. 2 Průměrné čekací doby dětských a dospělých pacientů na konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii v letech 2015 až 2018 (počty dní)

	Dětské pacienty (čekací doba ve dnech; N=16)			Dospělí pacienti (čekací doba ve dnech; N=14)		
	Průměr	Min.	Max.	Průměr	Min.	Max.
Rok 2015	123	5	450	94	21	420
Rok 2016	132	4	500	125	21	420
Rok 2017	138	4	550	133	21	420
Stav k 1. 2. 2018	147	4	550	142	30	420
Celkem Morava	308	120	550	253	60	420
Celkem Čechy	76	4	180	87	21	280
Celkem	135	4	550	123	21	420

Zhruba polovina pracovišť (53 %; 9 ze 17) považuje své čekací doby na konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii z medicínského hlediska za **přijatelné**; druhá zhruba polovina (47 %; 8 ze 17) nikoliv (Graf 1). Názory na přijatelnost čekací doby korelují s průměrnou čekací dobou na pracovišti: za rozhodně nepřijatelné je považují dvě pracoviště s velice dlouhou průměrnou čekací dobou (518 a 277 dní). U pracovišť, která uvedla, že svoji čekací dobu považují za rozhodně nebo spíše přijatelnou, dosahuje čekací doba na zákrok v průměru 51 dní, na druhé straně u pracovišť, která své čekací doby považují za spíše nebo rozhodně nepřijatelné, dosahuje v průměru až 242 dní.

Graf 1 Názory na přijatelnost čekací doby na konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii na pracovišti z medicínského hlediska (N=17)

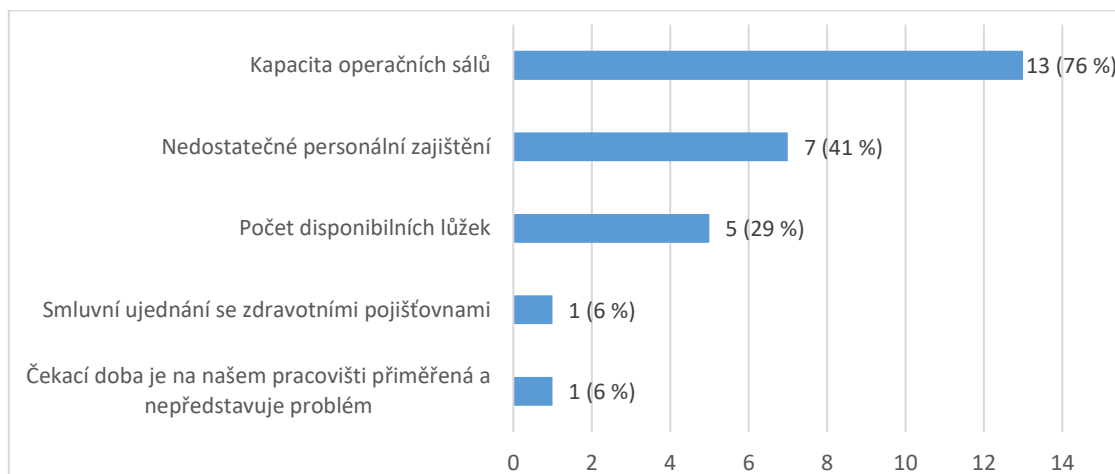


Jak ukazuje Graf 2, hlavním důvodem znemožňujícím zkrácení průměrné čekací doby na pracovišti je podle jejich sdělení **kapacita operačních sálů** (tento důvod uvedly tři čtvrtiny z nich). K dalším důvodům patří zejména **nedostatečné personální zajištění** (podle 41 % pra-



covišť), **nízký počet disponibilních lůžek (29 %)** a **smluvní ujednání se zdravotními pojišťovnami** (jedno pracoviště). Pouze jedno pracoviště uvedlo, že čekací doba je u nich přiměřená a nepředstavuje problém.

Graf 2 Faktory znemožňující zkrácení průměrné čekací doby na pracovišti (N=17)



Pozn.: Respondenti mohli označit více možností.

Pracoviště ve svých komentářích uváděla nad rámec těchto možností i další důvody vedoucí k rostoucím čekacím dobám. Jde zejména o již zmiňovaný nedostatek personálu (odchody zubních lékařů do soukromých ordinací, nedostatek anesteziologů), rekonstrukci nemocnice a obecně o narůstající počty pacientů a jejich snižující se „ošetřitelnost“ v běžných zubních ordinacích.

Zazněly i názory, že na délce čekacích dob se podílí také nedisciplinovanost rodičů dětských pacientů – stává se, že se na plánovaný termín ošetření s dítětem nedostaví, aniž se v předstihu omluvili. Termín ošetření tak marně propadne.

Na jednom z pracovišť jsme zaznamenali **příklad dobré praxe**: při vstupním vyšetření požádají pacienta či jeho rodiče/opatrovníka, aby týden před plánovaným výkonem potvrdil, že se dostaví. Takové opatření může přispět k podstatnému snížení počtu marně propadnutých termínů, protože personál pracoviště může v mezidobí oslovit jiné pacienty čekající na zárok.

Výše uvedené lze shrnout následovně: ačkoliv průměrná čekací doba činí v případě dospělých pacientů zhruba čtyři měsíce a v případě dětských pacientů přibližně čtyři a půl měsíce, ve skutečnosti se na jednotlivých pracovištích významně liší. Zvláště na pracovištích na Moravě tak lze mít za to, že čekací doby neodpovídají právu pacienta na časovou dostupnost hrazené zdravotní služby. Alarmující je, že 47 % pracovišť považuje své čekací doby za nepřijatelné z medicínského hlediska.



G.2 Počty ošetření v celkové anestezii podle důvodů indikace

Pacient má právo na poskytnutí péče na náležitě odborné úrovni.⁵⁷ Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a **uznávaných medicínských postupů**, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.⁵⁸

Co se považuje za uznávaný medicínský postup pro určitý typ výkonu, vymezí v ideálním případě příslušná odborná společnost v písemné formě jako tzv. doporučený postup. Alternativně lze vycházet ze zahraničních standardů.

Pokud je nám známo, v České republice nebyl vydán doporučený postup pro zubní lékaře, jak ošetřovat pacienty se speciálními potřebami v primární ambulantní sféře. Stejně tak neexistují v písemné formě indikační kritéria pro konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii: jinými slovy, není jednoznačně vymezeno, kteří pacienti a za jakých podmínek by měli být odesláni z běžné ordinace na klinické pracoviště.

S ohledem na výše nastíněnou hypotézu, že dlouhé čekací doby mohou být způsobeny vysokým počtem ošetřovaných nespolupracujících dětí, které nemají přidružený zdravotní problém, jsme žádali pracoviště o rozčlenění počtu ošetření nejen podle věku, ale i podle důvodů indikace celkové anestezie.

Právě ve výše uvedených položkách se v navracených dotaznících objevilo nejvíce nepřesností. Na nepřesnostech se nejvýrazněji podílely patrně tyto dva faktory:

- *odlišná terminologie*: pojmům neošetřitelnost a nespolupráce připsali/připisují někteří zubní lékaři jiný obsah než my,
- *neexistence statistických záznamů*: většina pracovišť neeviduje (mimo samotné zdravotnické dokumentace pacientů) důvody, pro které bylo indikováno ošetření v celkové anestezii. Evidenci si vytvářejí zpravidla ta pracoviště, která považují stávající stav za problematický.

Nepřesnosti jsme se pokusili odstranit navazujícími rozhovory. Přesto se domníváme, že předložené téma si zasluhuje hloubkovější průzkum.

Za sledované období let 2015 až 2017 poskytlo každé pracoviště konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii průměrně **31 dospělým pacientům** (nad 18 let) ročně (tento počet se pohybuje od 0 po 106 za rok). Jak je dále patrné z Tab. 3, průměrný počet ošetřených se meziročně zvyšuje: zatímco v roce 2015 šlo o 28 pacientů na jedno pracoviště, v roce 2017 jich již bylo 37. Důvodem pro ošetření v celkové anestezii bylo u více než poloviny pacientů jejich mentální postižení či porucha autistického spektra (PAS). U průměrně pětiny

⁵⁷ Ustanovení § 28 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

⁵⁸ Ustanovení § 4 odst. 5 zákona o zdravotních službách.



pacientů byla pak důvodem jiná indikace, v případě zhruba desetiny šlo o tzv. nespolupracující pacienty, a přibližně u stejného podílu byla důvodem psychiatrická indikace (podložena doporučením psychiatra či klinického psychologa).

Zastoupení jednotlivých důvodů pro poskytnutí ošetření v celkové anestezii bylo v průběhu posledních tří let stabilní, s výjimkou neošetřitelnosti z důvodu mentálního postižení či PAS, kde průměrný počet ošetřených pacientů na jedno pracoviště stoupl z 15 až na 22. Lze tedy říci, že obecně zvyšující se počet dospělých pacientů ošetřených v celkové anestezii je způsoben zejména zvyšujícím se počtem pacientů s mentálním postižením či PAS.

Tab. 3 Průměrný (v závorce celkový) počet dospělých pacientů, kterým bylo v letech 2015-2017 poskytnuto konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii, podle jednotlivých důvodů⁵⁹

Důvod neošetřitelnosti	2015 (N=12)	2016 (N=12)	2017 (N=14)	Celkem
Mentální postižení či PAS	15 (182)	18 (210)	22 (302)	18 (694)
Psychiatrická indikace (podloženo doporučením psychiatra či klinického psychologa)	4 (43)	3 (38)	4 (49)	3 (130)
Jiná zdravotní indikace	5 (60)	6 (73)	7 (100)	6 (233)
Tzv. nespolupracující pacienti (bez zdravotní indikace)	4 (46)	4 (53)	4 (60)	4 (159)
Celkem	28 (331)	31 (374)	37 (511)	31 (1 216)

Situace **dětských pacientů** (do dovršení 18. roku věku) se podstatně liší (Tab. 4). V první řadě, počet průměrně ošetřených dětských pacientů je ve srovnání s dospělými téměř trojnásobně vyšší: na jedno pracoviště jich ročně připadá až 88 (tento počet se pohybuje od 0 až po 630 za rok). Dále, na rozdíl od dospělých pacientů jejich průměrný počet na jedno pracoviště v uplynulých třech letech klesal (ze 104 v roce 2015 na 82 v roce 2017). Odlišná je i četnost zastoupení jednotlivých důvodů pro ošetření v celkové anestezii: až v polovině případů šlo o tzv. nespolupracující pacienty bez zdravotní indikace (hlavní část této skupiny pacientů, až 61 %, byla ošetřena na jednom pracovišti v Praze). U třetiny pacientů bylo důvo-

⁵⁹ Jde o počty podle hlavní diagnózy pacienta. Dvě pracoviště neposkytují ošetření dospělým osobám. Dvě pracoviště poskytly údaje pouze za rok 2017. Jedno pracoviště neposkytlo počty pacientů členěné podle věku pacientů a stanovených důvodů, proto do vyhodnocení v Tab. 3 nebylo zahrnuto.



dem mentální postižení či PAS, a shodně v necelé desetině případů byla důvodem psychiatrická indikace podložená doporučením psychiatra či klinického psychologa a jiná zdravotní indikace.

I u dětských pacientů bylo zastoupení jednotlivých důvodů pro poskytnutí ošetření v celkové anestezii v průběhu posledních tří let stabilní, s výjimkou zastoupení tzv. nespolupracujících pacientů bez zdravotní indikace, kde došlo k jejich značnému poklesu (z průměrně 60 ošetřených pacientů na jedno pracoviště v roce 2015 na 37 v roce 2017). Meziroční pokles celkového počtu dětských pacientů ošetřených v celkové anestezii je tedy způsoben zejména poklesem počtu tzv. nespolupracujících pacientů bez zdravotní indikace. Dále je třeba upozornit, že různá pracoviště se k poskytování ošetření v celkové anestezii tomuto typu pacientů stavějí odlišně: některá je vůbec neošetřují, u jiných tvoří tito pacienti polovinu až tři čtvrtiny všech dětských pacientů ošetřených v celkové anestezii.

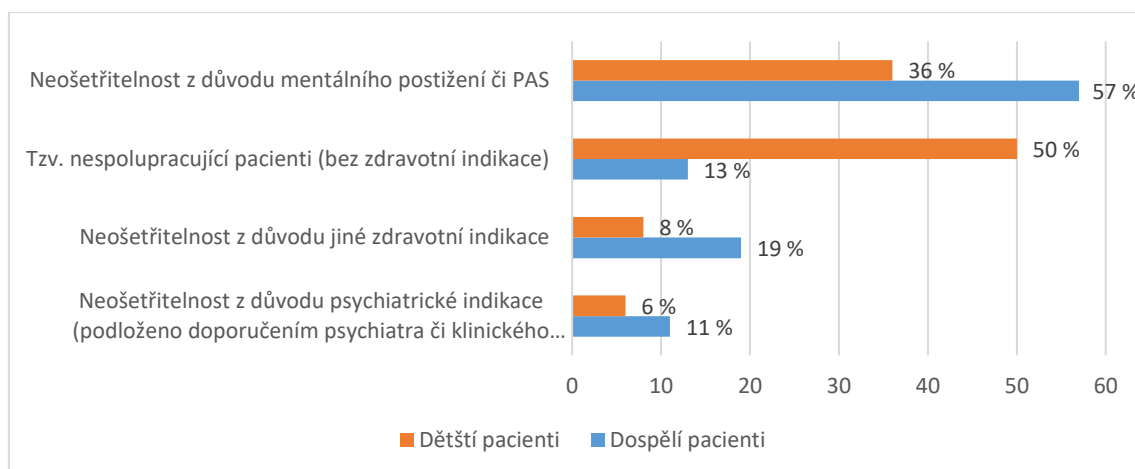
Tab. 4 Průměrný (v závorce celkový) počet dětských pacientů, kterým bylo v letech 2015-2017 poskytnuto konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii, podle jednotlivých důvodů⁶⁰

Důvod neošetřitelnosti	2015 (N=12)	2016 (N=12)	2017 (N=15)	Celkem
Mentální postižení či PAS	30 (362)	33 (393)	34 (503)	32 (1 258)
Psychiatrická indikace (podloženo doporučením psychiatra či klinického psychologa)	6 (66)	6 (75)	4 (65)	5 (206)
Jiná zdravotní indikace	8 (97)	7 (80)	7 (100)	7 (277)
Tzv. nespolupracující pacienti (bez zdravotní indikace)	60 (718)	37 (439)	37 (560)	44 (1 717)
Celkem	104 (1 243)	82 (987)	82 (1 228)	88 (3 458)

Odlišnou strukturu jednotlivých důvodů pro poskytnutí konzervačně-chirurgického ošetření v celkové anestezii u dospělých a dětských pacientů sumarizuje Graf 3. Zatímco u dospělých pacientů bylo hlavním důvodem neošetřitelnosti mentální postižení nebo PAS (57 % případů), u dětských pacientů šlo zejména o tzv. nespolupracující pacienty bez zdravotní indikace (50 %). Další důvody pak byly výrazně méně časté.

⁶⁰ Jde o počty podle hlavní diagnózy pacienta. Jedno pracoviště neposkytuje ošetření dětským pacientům. Tři pracoviště poskytly údaje pouze za rok 2017. Jedno pracoviště neposkytlo počty pacientů členěné podle stanovených důvodů, proto do vyhodnocení v Tab. 3 nebylo zahrnuto.

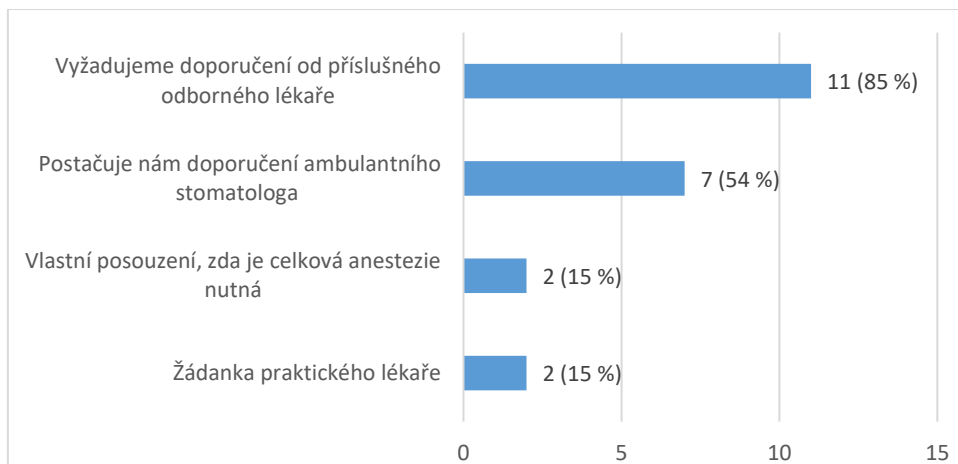
Graf 3 Podíl dospělých a dětských pacientů, kterým bylo v letech 2015-2017 poskytnuto konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii, podle jednotlivých důvodů



Většina, více než 80 % pracovišť (14 ze 17), poskytla v uplynulých třech letech alespoň jednomu pacientovi (dětskému nebo dospělému) konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii z **důvodu jiné zdravotní indikace**. Až téměř tři čtvrtiny těchto pracovišť uvedly, že se jednalo o neurologické indikace (např. Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, epilepsie, těžká forma roztroušené sklerózy, těžká neurologická postižení s mimovolnými neovladatelnými pohyby, třesem, spasticitou). Polovina pracovišť také sdělila, že touto jinou zdravotní indikací byla alergie na lokální anestezii anebo kardiologická indikace. Zhruba čtvrtina uvedla jako indikaci též silný dávivý reflex nebo nádorové onemocnění. Další indikace (např. astma, kvadruplegie, paraplegie a jiné paralytické syndromy, chronický kašel, hematologické indikace, zánětlivé onemocnění, endokrinologické indikace, fobie apod.) byly uváděny méně často.

Před poskytnutím konzervačně-chirurgického ošetření v celkové anestezii z důvodu jiné zdravotní indikace požadovala velká většina pracovišť **doporučení ošetřujícího lékaře**. Jak ukazuje Graf 4, šlo zejména o doporučení od příslušného odborného lékaře (85 % pracovišť), v menší míře doporučení ambulantního stomatologa (54 %). Pouze malé části – vždy dvěma pracovištím – postačovala žádanka od praktického lékaře, nebo se spoléhala na vlastní posouzení případu. Některá pracoviště označila více možností, což naznačuje, že jejich postup není pevně stanoven, ale je v něm prostor pro individuální uvážení. Jak například uvedlo jedno pracoviště, pokud jde o akutní ošetření, doporučení není vůbec požadováno.

Graf 4 Doporučení požadovaná k provedení konzervačně-chirurgického ošetření chrupu v celkové anestezii z důvodu jiné zdravotní indikace (N=13)



Pozn.: Respondenti mohli označit více možností.

Většina, zhruba tři čtvrtiny pracovišť (13 ze 17), poskytla v uplynulých třech letech konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii **tzv. nespolupracujícím pacientovi** (dětskému nebo dospělému). Pracoviště uváděla pro tento zákrok různé důvody: hlavní část (polovina) poskytla toto ošetření po tom, co se ošetřující stomatolog neúspěšně pokusil o ošetření standardní cestou, včetně ošetření v lokální anestezii (některá pracoviště zároveň vyžadovala doporučení od tohoto stomatologa). Dvě pracoviště zvažovala rozsah devastace chrupu a rozsah sanace. Jedno pracoviště vyžadovalo doporučení od psychologa, jedno uvedlo, že se spoléhá na vlastní posouzení, zda je celková anestezie nutná, a jedno pracoviště si jako podmínku kladlo absolvování předoperačního vyšetření a podepsání informovaného souhlasu (přitom jde o obecné předpoklady výkonu). Dvě pracoviště sdělila, že takové pacienty téměř neošetřují, a snaží se raději přesvědčit pacienta nebo jeho zákonného zástupce, aby na celkové anestezii netrval (poukazují na rizika a nevýhody).

Dvě pracoviště upřesnila, že uplatňují následující pravidla: děti do 6 let považují za indikované z důvodu samotného věku a zpravidla je ošetřují i bez doporučení, starší pacienty pak ošetřují **pouze** v případě, že mají zdravotní indikaci. Pro další pracoviště platí totéž až na to, že za indikované z důvodu samotného věku považuje pouze děti do 3 let.

Za klíčové považujeme zjištění, že některá pracoviště plně odmítají ošetřit nespolupracující pacienty v celkové anestezii – dětské pacienty odkazují na zubní lékaře, kteří se specializují na děti, případně též na kliniky, které nemají smlouvy s pojišťovnami.

Od jiných pracovišť zaznívaly názory, že ošetřují zbytečně mnoho dětí, u kterých rodiče zanedbali prevenci. Podle některých z nich by zdravotní pojišťovny měly hradit ošetření chrupu v celkové anestezii jen tehdy, pokud pacienti řádně absolvovali preventivní prohlídky v předchozím období. Dále jsme opakovaně zaznamenali názor, že neuspokojivá úroveň ústního zdraví ošetřovaných dětí je důsledkem zrušení hromadných školních prohlídek.

Výše uvedená zjištění dokládají, že podmínky, které musí splňovat pacient, poptávající ošetření v celkové anestezii, se pracoviště od pracoviště liší – potvrdilo se tak, že neexistují jednotná indikační kritéria.



G.3 Personální zajištění péče a zázemí pracovišť

Mezi pracovišti, která vyplnila dotazník, se objevily stomatologické kliniky, oddělení konzervační (záchovné) stomatologie, dětská ambulance v rámci kliniky zubního lékařství, ORL či dále například oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie.

Pro řadu z těchto pracovišť nejsou konzervačně-chirurgická ošetření typem zákroků, na něž by se primárně zaměřovala. Mnohdy jsou tyto zákroky brány jako něco, co se provádí „jaksi navíc“, nad rámec hlavní náplně práce. To dokládají následující výroky, uvedené v navracených dotaznících:

„Jsme chirurgické pracoviště (např. úrazy, nádory v oblasti čelisti) - náplň naší práce je jiná, ošetřování pacientů v CA je naše dobrá vůle a je tady tradice, někteří pacienti již i dispenzarizování, ošetřování opakovaně.“

„Na pracovišti nepracuje žádný klinický stomatolog, pacienty ošetřuje lékař se specializací z čelistní chirurgie. Pacienty ošetřujeme z nutnosti, máme v kraji několik ústavů sociální péče. Pracoviště je primárně chirurgické, jeho hlavní náplní práce je tedy chirurgická problematika.“

„Jsme pracovištěm víceméně čistě chirurgickým a konzervačně-chirurgické sanace chrupu provádíme jaksi ‚navíc‘. Naší hlavní náplní je ovšem zajištění péče v oblasti orální a maxilofaciální chirurgie.“

„Nejsme oddělení záchovné stomatologie, ošetření kazů není náplní našeho oddělení, jsme oddělení čelistní chirurgie pro celý kraj.“

„Na sálech se střídají různé obory, zubní zákroky se přidávají jaksi navíc, nemají vymezenou vlastní časovou dotaci.“

Od některých pracovišť zaznělo, že v daném regionu není jiné pracoviště, které by se předmětných zákroků ujalo.

Co se týče personálního zajištění, provádění konzervačně-chirurgického ošetření v celkové anestezii v současnosti zabezpečuje podle vyjádření zúčastněných pracovišť celkem 71 klinických stomatologů; po přepočtu jde o 52 celých úvazků (Tab. 5). Průměrně připadají na jedno pracoviště čtyři kliničtí stomatologové (po přepočtu jde o tři úvazky). Mezi pracovišti jsou ale značné rozdíly: počet stomatologů se pohybuje od 0 až po 27 (0 až 18 úvazků).

Tab. 5 Počet klinických stomatologů provádějících konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii (N=17)

	Celkem	Min.	Max.	Průměr
Počet klinických stomatologů	71	0	27	4
Počet klinických stomatologů přepočten na celé pracovní úvazky	52	0	18	3



S ohledem na výše citované výroky nejsou počty klinických stomatologů, kteří na pracovištích provádějí konzervačně-chirurgická ošetření chrupu v celkové anestezii, příliš vypovídající. Tito stomatologové mají totiž často jako hlavní náplň práce jiný typ zákroků, konzervačně-chirurgická ošetření mnohdy provádějí v mnohem menší míře, než jiná ošetření.

Většina pracovišť má k dispozici vlastní operační sál (71 %; 12 ze 17 pracovišť) a lůžka využívaná jejich pacienty spadají přímo pod dané pracoviště (53 %; 9 ze 17 pracovišť).

Tab. 6 Vybavení pracoviště (N=17)

	Ano	Ne
<i>Máme k dispozici vlastní operační sál</i>	12 (71 %)	5 (29 %)
<i>Lůžka využívaná našimi pacienty spadají přímo pod naše pracoviště</i>	9 (53 %)	8 (47 %)

Pracoviště, která nemají k dispozici vlastní operační sál, využívají (vždy ve stejných nemocnicích) centrální operační sály, případně sály jiných klinik a oddělení (klinik ústní, čelistní a obličejové chirurgie, dětské chirurgie, neurochirurgické kliniky či ORL a chirurgie hlavy a krku). Obdobně pracoviště, která nemají pro pacienty vlastní lůžka, využívají společný lůžkový fond či lůžka spadající pod jiná oddělení stejné nemocnice (Tab. 7).

Tab. 7 Využívaná lůžka

- klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie
- interní oddělení, dětské oddělení
- pracoviště nedisponuje lůžkovým oddělením, k dispozici jsou 2 - 3 tzv. dospávací lůžka, která lze pro tyto účely využít
- klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie
- oddělení ústní, čelistní a obličejové chirurgie
- dětská klinika
- společný lůžkový fond
- neurochirurgická klinika; ORL a chirurgie hlavy a krku; dětská chirurgická klinika

O značně rozdílné kapacity jednotlivých pracovišť vypovídá Tab. 8, která ukazuje výrazné odlišnosti v počtu lůžek pro pacienty, kteří podstoupili zákrok v celkové anestezii (ty se pohybují od 1 až do 27; průměrně jde o 6 lůžek na jedno pracoviště), v počtu operačních dnů průměrně připadajících na jeden měsíc (od 1 až po 20 dní; průměrně jde o 6 operačních dní v měsíci na jedno pracoviště), a v počtu ošetření v celkové anestezii, které je pracoviště schopno provést za jeden operační den (od 1 až po 6 operací; průměrně 3).

Je třeba navíc dodat, že z otevřených odpovědí některých pracovišť vyplynulo, že uváděné počty lůžek jsou počty ideálními, lůžka jsou často průběžně využívána pro pacienty, kteří



podstoupili jiný typ zákroku než konzervačně-chirurgické ošetření, a reálně pak tedy disponibilní nejsou.

Tab. 8 Počty lůžek, počty operačních dnů a počty operací

	<i>Celkem</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>Průměr</i>
<i>Počet lůžek pro pacienty, kteří podstoupili zákrok v celkové anestezii</i>	110	1	27	6
<i>Počet operačních dnů průměrně připadajících na jeden měsíc</i>	102	1	20	6
<i>Počet konzervačně-chirurgických ošetření chrupu v celkové anestezii, které je pracoviště schopno provést v jednom operačním dnu</i>	54	1	6	3

Na většině pracovišť (13 ze 17) podle jejich vyjádření nedošlo v uplynulých třech letech ke změnám, které by ovlivnily čekací doby. V případě všech čtyř pracovišť, na kterých se takové změny vyskytly, platí, že šlo o změny vedoucí k prodloužení čekací doby: příčinou byly zejména personální změny (odchod klinických stomatologů do soukromé praxe), a v jednom případě také rekonstrukce nemocnice, která snížila počet dostupných operačních sálů.

Na tomto místě je třeba připomenout, že jakkoli je situace okolo personálního zabezpečení, lůžek a sálů (a jejich počtu) z různých důvodů obtížně hodnotitelná a porovnatelná (zákroky probíhají na různých odděleních s různým zaměřením, ošetřující lékaři mají na starosti různý počet dalších typů zákroků atp.), faktem zůstává, že právě kapacita operačních sálů, nedostatečné personální zajištění a počet disponibilních lůžek jsou třemi nejčastějšími faktory, které podle pracovišť znemožňují zkrácení průměrných čekacích dob na ošetření [vizte také část F.1.2 Časová dostupnost (čekací doby)].

Pokud se některá pracoviště vyjádřila v tomto směru konkrétněji, jako problém uvedla například (dlouhodobý) nedostatek anesteziologických pracovníků, kteří musí u zákroků být. Jedno z pracovišť například zmínilo, že jelikož má k dispozici pouze jedinou anesteziologickou sestru, která musí pacienta monitorovat při dospívání, a nemůže tak být při dalším výkonu, je pracoviště schopno provést pouze jeden zákrok denně.

Hned několik pracovišť pak uvedlo, že nedostatečné personální zajištění je zapříčiněno nízkým mzdovým ohodnocením – zubnímu lékaři se vyplatí odejít z nemocnice a provozovat samostatnou praxi.

Máme-li celkovou situaci shrnout, z výše zmíněného je zřejmé, že v tom, kdo, kde a za jakých podmínek provádí konzervačně-chirurgická ošetření v celkové anestezii, není jednotný systém. Pracoviště, kde jsou zákroky prováděny, se obvykle zaměřují na jiné typy výkonů a z jejich odpovědi zřejmě nelze předpokládat, že by se to do budoucna mělo změnit. Někteří oslovení stomatologové rovněž uvedli, že by situaci vyřešilo, kdyby péče tohoto typu byla soustředěna do odborných center.



G.4 Úhrada ošetření v celkové anestezii

Podle § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění má pojištěnec právo na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu.

Podle téhož zákona se ze zdravotního pojištění hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud

- a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné,
- b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy,
- c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.⁶¹

Naopak, ze zdravotního pojištění se nehradí vyšetření, prohlídky, léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely a zdravotnické prostředky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce.⁶²

Poskytnutí ošetření v celkové anestezii by se tedy mělo hradit z pojištění tehdy, pokud je z lékařského hlediska indikované. Ze zjištění, uvedených v části G.2 (Počty ošetření v celkové anestezii podle důvodů indikace), však vyplývá, že se v praxi neuplatňují jednotná indikační kritéria, a to zvláště ve vztahu k věkové hranici, do níž se u dítěte nevyžaduje zdravotní indikace (tj. dítě se považuje za indikované již z důvodu nízkého věku).

Nejasnosti obestírají také úhradu jednodenní péče (tedy dospání na lůžku po celkové anestezii). Před zahájením dotazníkového šetření jsme zaznamenali případ, kdy dospělý pacient s mentálním postižením musel uhradit jednodenní péči, navazující na poskytnutí konzervativně-chirurgického ošetření chrupu v celkové anestezii, v částce přesahující 2 000 Kč.

Při šetření tohoto individuálního případu jsme zjistili, že pojišťovna, u které je tento pacient registrován, nemá s daným pracovištěm sjednanu úhradu jednodenní péče v oboru stomatologie. Podle našich poznatků tak mohou mít jednodenní péči uhrazenou pouze pacienti VZP, neboť ta pro tyto účely vytvořila speciální „souhrnný kód pro úhradu péče v režimu JPL, dospávací kód v oboru stomatologie pro pacienty po celkové anestezii“.

V rámci dotazníkového šetření jsme se proto zaměřili na srovnání postupu jednotlivých pracovišť v této otázce.

Jak ukazuje Tab. 9, v případě pacientů se zdravotní indikací se pracoviště téměř plně shodnou: žádné nepožaduje úhradu za ošetření. Pouze jedno pracoviště požaduje úhradu za navazující jednodenní péči (ve výši 2 335 Kč za veškeré náklady spojené s dospáním na lůžku),

⁶¹ Ustanovení § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

⁶² Ustanovení § 15 odst. 14 zákona o veřejném zdravotním pojištění.



ovšem s výjimkou pacientů, kteří jsou pojištěnci VZP a mají zdravotní indikaci v podobě mentálního postižení či PAS (ti neplatí ani za ošetření, ani za jednodenní péči).

Pracoviště postupují různě vůči tzv. nespolupracujícím pacientům. Zhruba čtvrtina (4 z 15) od nich požaduje přímou úhradu za ošetření (v průměru jde o 3 000 Kč za hodinu zákroku) - v jednom případě mají výjimku děti do tří let, ve dvou případech děti do věku 6 let. Podotýkáme, že se nejedná o tatáž pracoviště, která byla v souvislosti s věkovými hranicemi 3 a 6 let zmíněna v části G.2 (Počty ošetření v celkové anestezii podle důvodů indikace): pracoviště sdělila, že děti bez zdravotní indikace nad uvedené věkové hranice vůbec neošetřují. Pracoviště, zmíněná v této kapitole, je ošetřují, ale vyžadují od rodičů přímou úhradu.

Pětina pracovišť pacientům bez zdravotní indikace účtuje i náklady za jednodenní péči (průměrně 1 600 Kč).

Tab. 9 Pracoviště (ne)požadující přímé úhrady v souvislosti s konzervačně-chirurgickým ošetřením v celkové anestezii od pacienta s/bez zdravotní indikace (N=17)

zdravotní indikace	přímá úhrada za ošetření		přímá úhrada za jednodenní péči	
	Ano	Ne	Ano	Ne
Ano	0	17	1	16
Ne	4	11	3	12

Z výše uvedeného vyplývá, že ani v otázce úhrady za ošetření v celkové anestezii a jednodenní péči nepostupují pracoviště jednotně.

Za nejproblematictější zjištění však považujeme, že na jednom z pracovišť jsou pacienti se zdravotní indikací nuceni z důvodu chybějících smluvních ujednání s pojišťovnami nést náklady jednodenní péče – ta přitom navazuje na ošetření v celkové anestezii, které tyto zdravotní pojišťovny plně hradí.

G.5 Stížnosti pacientů

Prámem pacienta (respektive jeho zákonného zástupce, opatrovníka, zmocněnce či v určitých případech osoby pacientovi blízké) je podat při nespokojenosti s poskytovanými zdravotními službami stížnost.⁶³

Stížnost se podává poskytovateli, proti kterému směřuje,⁶⁴ typicky by měla být adresována vedoucímu (řediteli) zdravotnického zařízení.

Poskytovatel je povinen vyřídit stížnost do 30 dnů ode dne jejího obdržení, v odůvodněných případech lze lhůtu prodloužit o dalších 30 dnů. Poskytovatel lůžkové či jednodenní péče je

⁶³ Ve smyslu § 93 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a o podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁴ Dle § 93 odst. 1 zákona o zdravotních službách.



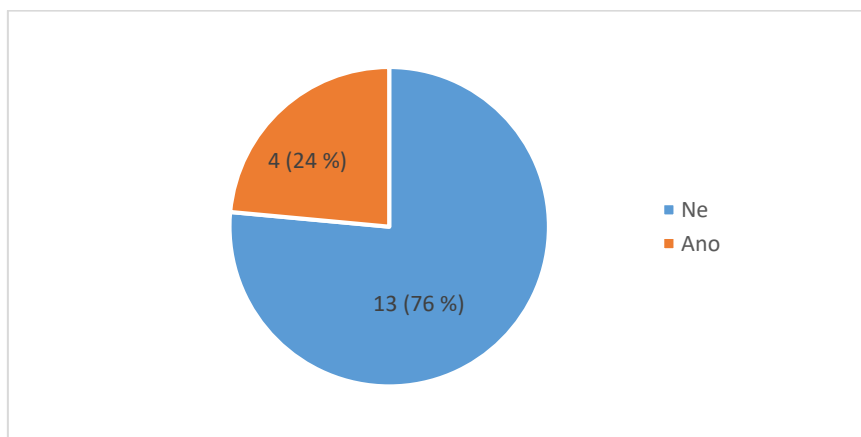
navíc povinen vypracovat postup pro vyřizování stížností a vyvěsit jej ve zdravotnickém zařízení na veřejně přístupném místě a na svých internetových stránkách.

V případě, že pacient nesouhlasí s tím, jak poskytovatel jeho stížnost vyřídil, může se dále obrátit se stížností k příslušnému správnímu orgánu, který tomuto poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb.⁶⁵ Tímto správním orgánem je zpravidla krajský úřad.

Pracovišť, poskytujících konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii, jsme se tak rovněž dotazovali na počet stížností⁶⁶, obdrženy v letech 2015 až 2017 v souvislosti s těmito typy zákroků.

Ukázalo se, že více než tři čtvrtiny pracovišť mezi uvedenými roky ani jednou podobnou stížností neobdržely (Graf 5).

Graf 5 Počet pracovišť, která v letech 2015 až 2017 obdržela alespoň jednu stížnost na postup v souvislosti s poskytováním konzervačně-chirurgického ošetření chrupu v celkové anestezii



Ze čtyř pracovišť, která obdobnou stížnost obdržela, tři poskytla bližší podrobnosti (Tab. 8). Tato pracoviště za celé sledované období obdržela celkem 13 stížností. Přibližně třetina z nich (celkem 5) se týkala dlouhé čekací doby, 2 stížnosti spadaly do kategorie komunikace a informovaného souhlasu.

Právě komunikace a informovaného souhlasu se také týkala jediná ze 13 stížností, která byla shledána důvodnou. Pracoviště k tomuto případu uvedlo, že se jednalo o nespokojenost rodiče dětského nespolupracujícího pacienta, který si stěžoval na nedostatky v informování ohledně zákroku a možných komplikací, které mohou v souvislosti s ošetřením nastat. Nemocnice na základě této stížnosti upravila text informovaných souhlasů, které pacienti/jejich zákonní zástupci podepisují v souvislosti s ošetřením. Pacienti/zákonní zástupci dostávají po zákroku nově písemné doporučení pro domácí ošetřování.

⁶⁵ Ustanovení § 93 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

⁶⁶ Ve smyslu § 93 odst. 1 zákona o zdravotních službách.



Tab. 8 Počet stížností podaných v souvislosti s poskytováním konzervačně-chirurgického ošetření chrupu v celkové anestezii (N=3)

	Počet obdržených stížností	Z toho počet stížností shledaných důvodnými
Celkový počet stížností za roky 2015-2017	13	1
Z toho počet stížností na dlouhé čekací doby	5	0
Z toho počet stížností týkajících se komunikace a informovaného souhlasu	2	1

Protože pracoviště nerozčlenila všechny obdržené stížnosti do námi vymezených kategorií dlouhých čekacích dob či komunikace a informovaného souhlasu (Tab. 8), snažili jsme se po obdržení dotazníků od pověřených zaměstnanců pracovišť zjistit, co bylo obsahem zbývajících stížností. Pracovníci si však obvykle již přesně nevybavovali, čeho se stížnosti týkaly, či uváděli, že by bylo obtížné potřebné údaje dohledat.

Máme-li zjištění v tomto bodě dotazníku shrnout, lze říci, že se potvrdily informace, které jsme měli z předchozí komunikace s pomáhajícími neziskovými organizacemi a zubními lékaři. Podle těchto oslovených subjektů si pacienti v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí příliš oficiální cestou nestěžují. Nemůžeme samozřejmě vědět, kolik z pacientů (případně jejich rodičů či opatrovníků) ošetřených na pracovištích v námi poptávaném období bylo s poskytnutou péčí nespokojeno. Nicméně bereme-li v úvahu celkový počet ošetřených (za roky 2015 až 2017 to bylo celkem 4 674 dětí a dospělých) i informace od některých oslovených stomatologů z terénu, je velmi pravděpodobné, že počet stížností neodpovídá počtu nespokojených ošetřených.

Nepodávání stížností může být způsobeno jednak obavou z odvetných opatření poskytovatele (pacient chce, aby ho poskytovatel dále ošetřoval - nechce ho stížností popuzovat)⁶⁷, dále také neznalostí vlastních práv. Jako další důvod malého počtu stížností od neziskových organizací a stomatologů rovněž zaznívalo, že zejména rodiče (opatrovníci) pacientů se zdravotním postižením řeší spoustu různých problémů a již si na ně zvykli jako na běžnou součást života. Kdyby měli všechny potíže řešit, museli by si stěžovat neustále. Pokud už si pacient či jeho rodič v souvislosti se stomatologickou péčí přece jen stěžuje, často tak činí pouze telefonicky či osobně, nepodá stížnost v oficiální písemné podobě.

Bylo by jistě záhodno, aby pacienti více hájili svá práva, pokud se cítí poškozeni. Větší aktivizace pacientů, poučování o významu obrany svého práva, by se měla stát jedním z důležitých cílů v činnosti zejména pomáhajících neziskových organizací.

67 Ačkoliv podle § 93 odst. 1 zákona o zdravotních službách „podání stížnosti nesmí být osobě, která ji podala, nebo pacientovi, jehož se stížnost týká, na újmu“ a obdobně je zakázáno nepříznivé zacházení, postih či znevýhodnění v důsledku uplatnění práva také podle § 4 odst. 3 antidiskriminačního zákona (považuje se za diskriminaci ve formě pronásledování), tato skutečnost pacienta obav často nezbaví, případně tento o zákazu „odvetného opatření“ ani nemusí vědět.



Zároveň by jistě situaci prospělo, kdyby poskytovatelé zdravotních služeb stížnosti pacientů důsledně evidovali.⁶⁸

G.6 Vzdělávání zdravotníků o potřebách pacientů s mentálním postižením

Poskytování stomatologické péče pacientům s mentálním postižením nebo PAS je náročné a vyžaduje odpovídající vzdělání personálu.

Odborná způsobilost k výkonu povolání zubního lékaře⁶⁹ se získává studiem v magisterských studijních programech zubní lékařství na vysokých školách.⁷⁰ Vzdělávání se specificky neza-
měřuje na určitou oblast stomatologické péče či skupiny pacientů. Po absolvování magister-
ského programu lze pokračovat v postgraduálním (specializačním) vzdělávání, oborech
orální a maxilofaciální chirurgie, ortodoncie či klinická stomatologie.⁷¹

Z předpisů České stomatologické komory, která sdružuje všechny zubní lékaře v České re-
publice a nastavuje standardy jejich vzdělávání,⁷² plyne povinnost každého stomatologa
po dobu výkonu svého povolání se dále odborně vzdělávat, a tím neustále doplňovat své
znalosti na úroveň dostupných informací o stavu poznání lékařské vědy.⁷³ Způsob, jakým se
stomatolog po absolvování vysoké školy dále odborně rozvíjí, je však víceméně ponechán
na něm.

Stomatolog může využít nabídky ČSK, jejíž Vzdělávací středisko organizuje vzdělávací akce
v oblasti dalšího vzdělávání zubních lékařů. V rámci systému celoživotního vzdělávání svých
členů, které funguje na dobrovolné bázi, lze absolvovat vstupní a navazující vzdělávací pro-
gramy, znalosti a dovednosti nabyté v rámci nich se ověřují profesní zkouškou, absolvent
programu získává osvědčení odbornosti. Za úvodní program systému celoživotního vzdělá-
vání je považován vstupní program v praktickém zubním lékařství. Další zaměření (vstupních
i navazujících) programů jsou stomatochirurgie, parodontologie a pedostomatologie.⁷⁴ Ně-
které podrobnosti, včetně předepsaných a doporučených vzdělávacích akcí (kurzů) pro jed-
notlivé odbornosti, stanoví představenstvo ČSK svými opatřeními.⁷⁵

68 Vizte i povinnost podle § 93 odst. 3 písm. c) zákona o zdravotních službách.

69 Dle § 7 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobi-
losti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.

70 Magisterský obor zubní lékařství je v České republice možné studovat na LF Univerzity Palackého v Olomouci, LF
Masarykovy univerzity v Brně, 1. LF Univerzity Karlovy v Praze, LF Univerzity Karlovy v Hradci Králové a Plzni a Fakultě
vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Brně.

71 Ve smyslu § 8 ve spojení s přílohou č. 1 zákona č. 95/2004 Sb.

72 Blíže také webové stránky ČSK, dostupné z <https://www.dent.cz/o-nas/>.

73 Ustanovení § 3 organizačního řádu ČSK 1/2009 (ve znění účinném od 20. 11. 2017), dostupné
z https://www.dent.cz/cs/regulation_texts/detail/?regulation_id=1.

74 Podrobnosti k systému celoživotního vzdělávání včetně náplně jednotlivých programů upravuje organizační řád
ČSK 1/2009 a jeho přílohy.

75 Dostupné z <https://www.dent.cz/o-nas/rady-a-stanoviska/>.



Zaměříme-li se blíže na vzdělávání zubních lékařů o potřebách osob se zdravotním (a speciálně mentálním) postižením v rámci jednotlivých úrovní vzdělávání, není této problematice věnována příliš velká pozornost.

V rámci vysokých škol, na nichž se vyučuje magisterský program zubní lékařství, se s kurzy, které by se věnovaly zkoumanému tématu, setkáváme spíše ojediněle.

V systému celoživotního vzdělávání ČSK se této problematice zřejmě rovněž nevěnuje příliš velká pozornost. Kurzy, jejichž hlavní náplní by byla specifika ošetřování pacientů s mentálním postižením či PAS, nenacházíme mezi předepsanými či doporučenými vzdělávacími akcemi pro jednotlivé odbornosti.⁷⁶ Tomu také odpovídá zaměření plánovaných vzdělávacích akcí (kurzů) vypisovaných na stránkách ČSK.⁷⁷ Pokud jsme se na začátku listopadu 2018 podívali na kalendář těchto akcí (některé z nich konané až v prosinci 2019), z vypisovaných 208 kurzů se nějakým způsobem problematice ošetřování lidí s postižením či dětských pacientů věnovalo pouze 7 akcí.⁷⁸ Žádná z nich se zvláště nezaměřovala na oblast ošetřování pacientů s mentálním postižením.

Oslovených pracovišť jsme se přímo dotázali na způsob proškolení jejich zaměstnanců ohledně specifík poskytování zdravotních služeb pacientům s mentálním postižením.

Až tři čtvrtiny (13 ze 17) pracovišť uvedly, že se jejich zaměstnanci o tématu dozvídají v rámci celoživotního vzdělávání, dalších 12 pracovišť sdělilo, že zaměstnanci se v tomto tématu proškolují v rámci studia na vysoké škole. Zaměstnanci necelé poloviny pracovišť se vzdělávají v rámci specializačního vzdělávání, a pouze necelá třetina pracovišť uvedla, že tyto informace získávají v rámci kurzů realizovaných na samotném pracovišti.

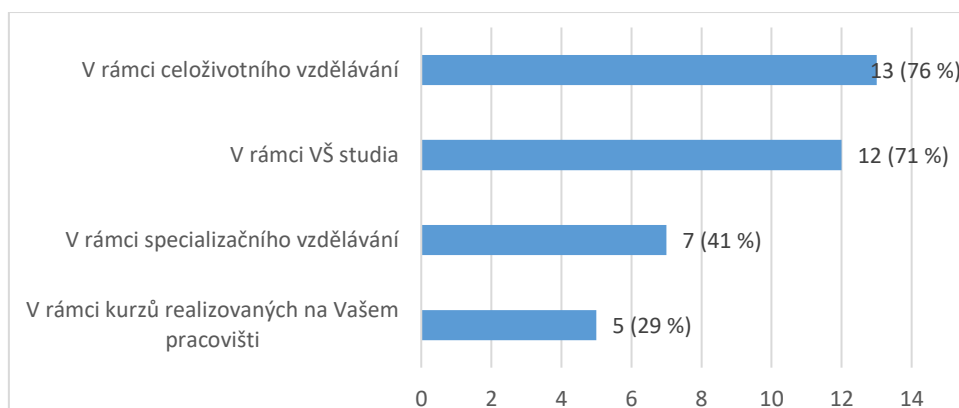
K právě uvedenému je třeba dodat, že máme určité pochybnosti, zda pracoviště správně pochopila (či nesměřila) některé pojmy, zejména pak celoživotní a specializační vzdělávání. Terminologická nejasnost mohla v tomto směru zkreslit výsledky.

76 Opatření představenstva ČSK, kterými se stanoví předepsané a doporučené vzdělávací akce, jsou dostupná z <https://www.dent.cz/o-nas/rady-a-stanoviska/>.

77 Kalendář akcí je dostupný z <https://www.dent.cz/vzdelavani/kalendar-akci/>, ve verzi ze dne 6. 11. 2018.

78 Jedná se o kurzy a akce Komunikace s pacientem a etika (7. 11. 2018, 11. 6. 2019), Dětský pacient v ordinaci praktického zubního lékaře (17. 11. 2018, 2. 2. 2019, 27. 4. 2018), Den s dětskou stomatologií III (30. 11. 2018) a Brněnské stomatologické fórum (30. 11. 2018), které se podle programu věnuje mimo jiné i možnostem ošetřování dětí s PAS.

Graf 6 Způsoby proškolení zaměstnanců o specifikách poskytování zdravotních služeb osobám s mentálním postižením? (N=17)



Pozn.: Respondenti mohli označit více možností.

Až téměř polovina pracovišť (8 ze 17) dále sdělila, že u nich probíhají praxe studentů lékařských či nelékařských zdravotnických oborů (ať už VŠ, VOŠ, SŠ), zaměřené právě na specifika poskytování zdravotních služeb osobám s mentálním postižením. Ne vždy je ale zřejmé, zda jde o běžnou praxi, kde se kromě jiného mohou studenti setkat i s tímto tématem, nebo o specifický kurz (jako třeba kurz Dětský zdravotně kompromitovaný pacient v zubní ordinaci, který uvedlo jako volitelný předmět pro studenty stomatology jedno z pracovišť). V rámci otevřených odpovědí v dotaznících či následných telefonátů s pověřenými zaměstnankyněmi Kanceláře za účelem doplnění informací, pracoviště v několika případech přímo potvrdila, že se jedná o první možnost – tedy že jde o běžnou praxi (povětšinou studentů magisterského oboru zubní lékařství, případně stáže v rámci specializačního vzdělávání).

Dodejme, že když jsme v rámci výzkumu na téma vzdělávání o potřebách osob s postižením přímo hovořili s některými stomatology, nejednou hodnotili tuto tematiku jako nedostatečně uchopenou jak na úrovni vysokoškolského vzdělávání, tak v rámci vzdělávání poskytovaného Českou stomatologickou komorou.

G.7 Komentáře, připomínky a jiné návrhy

Pracoviště měla také možnost v závěru dotazníku vyjádřit své další připomínky, návrhy a komentáře. Tři z nich poukazovala na problémy s informovaným souhlasem, například na „obtížné zajišťování souhlasu zákonného zástupce pacientů umístěných dlouhodobě či trvale v ústavních zařízeních“.

V souvislosti s informovaným souhlasem poukázalo další pracoviště na následující problém: stav pacienta (neschopnost spolupráce) „neumožňuje stanovit rozsah poskytované péče lékařem v průběhu výkonu; pro informovaný souhlas je nutný záznam budoucího rozsahu ošetření - to však vzhledem k nespolečnické práci pacienta není možné a lékaři jsou vyzýváni městským soudem k doložení rozsahu péče před podpisem souhlasu opatrovníkem - je-li jím právě soud - to velmi zdržuje celý proces“.

Zbylá pracoviště upozorňovala například na



- obtížnou spolupráci s rodiči,
- selhávání primární ambulantní zubní péče, kvůli které někteří pacienti (malé děti, osoby s lehčí mentálním postižením) musí končit na ošetření v celkové anestezii,
- problematickou kvalitu informací získaných od praktických lékařů (v rámci zajištění předoperačního vyšetření).

Dále opakovaně zaznělo, že péče tohoto typu by měla být koncentrována v odborných centrech. A že pracoviště, která by se zaměřovala na poskytování péče lidem se zdravotním postižením, by měla existovat již v primární ambulantní sféře.



H. Závěry, doporučení

Podle našeho názoru odhalil výzkum celou řadu výzev: pracoviště poskytující konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii jsou nerovnoměrně regionálně rozložena. Stejně tak existují významné regionální rozdíly v průměrných čekacích dobách, 47 % pracovišť považuje „svou“ čekací dobu za nepřijatelnou z medicínského hlediska. Průměrná čekací doba se v uplynulých třech letech prodloužila. Nejpočetnější skupinu dětských pacientů (50 %) představují děti bez postižení či přidruženého zdravotního problému. Nadto se liší kritéria, za nichž jednotlivá pracoviště ošetřují pacienty, a jednota nepanuje ani v otázkách úhrady za ošetření v celkové anestezii a za jednodenní péči.

Po provedeném výzkumu jsme nabyli dojmu, že poskytování konzervačně-chirurgických ošetření chrupu v celkové anestezii je pomyslnou popelkou mezi nemocničními výkony. Nezanedbatelná část pracovišť tento typ ošetření poskytuje nad rámec své primární činnosti, leckde s nedostatečným zázemím (zejména pokud jde o operační sály) a proměnlivým personálním zajištěním, neboť za tuto náročnou práci nebývají zdravotníci náležitě ohodnoceni.

V neposlední řadě neexistuje ucelený systém vzdělávání zubních lékařů o speciálních potřebách pacientů s mentálním postižením a poruchami autistického spektra.

Ačkoliv byl výzkum zaměřen na poskytování zubního ošetření v celkové anestezii lidem s mentálním postižením a poruchami autistického spektra, otevřel řadu dalších témat: za nejdůležitější považujeme zlepšení spolupráce s primární ambulantní sférou, praktickými lékaři a především rodiči či jinými pečujícími osobami.

Čekací doby na zubní ošetření v celkové anestezii jsou totiž špičkou pyramidy a samotné zvýšení kapacit pracovišť, která je poskytují, se bez dalších opatření nejeví jako systematické a účelné: podle našeho názoru je současně nezbytné zvýšit počet (poměr) pacientů ošetřitelných v primární ambulantní sféře, a to nejen v případě všech lidí se zdravotním postižením, ale také u dětí bez zdravotního postižení. Za tím účelem by bylo dobré přijmout podpůrná opatření ve vztahu k zubním lékařům působícím v ambulantní sféře.

Konečně, je třeba myslet i na základnu pyramidy, tj. podpořit prevenci výskytu zubních kazů a souvisejících onemocnění u této zranitelné skupiny pacientů.

Připomínáme, že podle Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením mají lidé s postižením právo na dosažení nejvyšší možné úrovně ústního zdraví bez diskriminace. To zahrnuje právo na stejnou nabídku a kvalitu péče i na dostupnost péče, kterou potřebují specificky z důvodu svého zdravotního postižení. Nadto má stát zajistit vzdělávání zdravotníků o jejich speciálních potřebách.

Jak již bylo zmíněno v části F.1 (Právní úprava), na samotné poskytovatele zdravotních služeb klade značné nároky antidiskriminační zákon, který mimo jiné zakazuje diskriminaci z důvodu zdravotního postižení v přístupu ke zdravotní péči a při jejím poskytování. Poskytovatelé nejen že se musí zdržet méně příznivého zacházení s lidmi s postižením, ale měli by rovněž aktivně přijímat opatření pro to, aby tito lidé mohli zdravotních služeb využívat s ohledem na své specifické potřeby. Takovým aktivním opatřením jistě může být i přizpůsobení



ošetření individuálním potřebám jedince s postižením. Aby taková opatření mohli poskytovatelé v praxi aplikovat, je třeba, aby se jim dostalo náležité podpory zvenčí, od státu.

Považujeme tedy za nesporné, že v oblasti zajištění přístupu lidí s mentálním postižením (či obecněji zdravotním postižením) k zubní péči má Česká republika rezervy. Samotné dlouhé čekací doby na ošetření chrupu v celkové anestezii však rozhodně nejsou českou raritou. V roce 2015 proběhl průzkum v šesti nemocnicích na severovýchodě Anglie: průměrná čekací doba na předmětné ošetření dosáhla 8 měsíců.⁷⁹ Na klinice ve Skopje v Makedonii činila v roce 2017 čekací doba 1 rok.⁸⁰

S problematickou dostupností ošetření se potýkali také v Rakousku. V únoru 2012 zveřejnil rakouský deník Der Standard⁸¹ příběh 23leté ženy s duševním postižením, která musela navzdory bolestem čekat na zubní ošetření v celkové anestezii 5 měsíců. A to z toho důvodu, že ve Vídni existovalo jediné zdravotnické zařízení, které takové ošetření poskytovalo.

V mezidobí měli rodiče podávat dceři v případě bolestí antibiotika. Rodiče považovali situaci za neúnosnou, a proto se obrátili na místní úřady (samosprávu a patientskou ombudsmanku).

Co následovalo? V lednu 2013 vyšel v Der Standard další článek, nazvaný „Zubní péče o lidi s postižením by se měla zlepšit“.⁸² V roce 2013 začala předmětné ošetření poskytovat další vídeňská nemocnice. V létě 2014 bylo otevřeno nové **specializované klinické pracoviště** pro děti a mladistvé pacienty se speciálními potřebami, a to s kapacitou 1700 sedací a 400 celkových anestezií ročně.⁸³ V roce 2015 pak dané pracoviště rozšířilo svou cílovou skupinu o dospělé lidi s postižením.⁸⁴ V roce 2016 přibýlo ve Vídni další zařízení.⁸⁵

Ačkoliv informace o aktuálních čekacích dobách ve Vídni nelze z veřejně dostupných zdrojů dohledat, lze dovodit, že zvýšení kapacit přispělo k jejich zkrácení.

79 GOODWIN, Michaela, SANDERS, Caroline, PRETTY, Ian A. A study of the provision of hospital based dental general anaesthetic services for children in the northwest of England: part 1 - a comparison of service delivery between six hospitals. *BMC Oral Health* [online]. 2015, 15 [cit. 2018-11-22]. ISSN 1472-6831. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4411710/>.

80 AMBARKOVA, Vesna. Application of general anesthesia as part of dental care for children with special needs. *Journal of Oral Medicine and Surgery* [online]. 2017, 1, s. 17-19 [cit. 2018-11-22]. Dostupné z: <http://www.alliedacademies.org/articles/application-of-general-anesthesia-as-part-of-dental-care-for-children-with-specialneeds-8876.html>.

81 Dostupné z <https://derstandard.at/1350258767657/Kaum-Zahnaerzte-fuer-behinderte-Menschen>.

82 Dostupné z <https://derstandard.at/1358304934979/Zahnbehandlung-Behinderter-soll-besser-werden>.

83 1 Jahr Zahnkompetenzentrum für Kinder und Jugendliche. Zpráva Wiener Krankenanstaltenverband ze dne 23. prosince 2015. Dostupné z: <http://www.wienkav.at/kav/gd/ZeigeAktuell.asp?ID=25639>.

84 Wehsely/ Reischl: Wien erweitert Angebot für Zahnbehandlungen für Erwachsene mit Behinderungen. Tisková zpráva Wiener Gebietskrankenkasse ze dne 30. dubna 2015. Dostupné z: <https://www.wgkk.at/cdscontent/?contentid=10007.753884>.

85 Zahnbehandlung unter Hypnose oder Narkose. Dostupné z: <https://www.credoweb.at/publication/87677/zahnbehandlung-unter-hypnose-oder-narkose>.



V reakci na medializaci problému vznikl v roce 2013 v Rakousku spolek **iPunkt - Iniciativa pro pacienty a pacientky se speciálními potřebami**⁸⁶ jako dobrovolné sdružení lékařů, pacientů, zástupců pojišťoven, neziskových organizací apod., jehož cílem je zlepšit přístup pacientů se speciálními potřebami ke zdravotní a zubní péči, zejména přispět ke zkrácení čekacích dob. Spolek mimo jiné provozuje interdisciplinární ambulanci a poskytuje poradenství pacientům i svým členům.⁸⁷

(Nejen) z rakouské zkušenosti je zřejmé, že prvním krokem k nápravě neuspokojivého stavu je jeho popis.

Na samotné popsání problému v další části navážeme nástinem doporučení, která jsme sestavili na základě informací, získaných při provádění výzkumu. O tom, zda jsou doporučení v praxi realizovatelná a případně v jakém časovém horizontu, je třeba vést diskusi se všemi zainteresovanými subjekty. Vnímáme je tedy jako **prvotní podnět k diskusi**.

První tři opatření jsme nazvali klíčovými, protože jejich účelem je odstranit (či alespoň zmírnit) nerovnosti v přístupu ke konzervačně-chirurgickým ošetřením chrupu v celkové anestezii, sjednotit podmínky poskytování těchto ošetření a poskytnout zubním lékařům podporu pro poskytování péče lidem se zdravotním postižením v podobě doporučeného postupu.

V dlouhodobějším horizontu je však třeba provést další opatření, která jsme označili jako související. Protože ošetření v celkové anestezii podstupuje vysoký počet dětí bez zdravotního postižení, je nedílnou součástí dlouhodobého řešení poskytování zubní péče lidem s těžkým postižením, kteří jsou neošetřitelní v primární ambulantní sféře, koncepční uchoopení podpory orálního zdraví u dětí, a to na celostátní úrovni. Dále je třeba odstranit některé z bariér v přístupu lidí s postižením k zubní péči v primární ambulantní sféře (blíže také část F.3 Bariéry v přístupu k zubní péči u lidí se zdravotním postižením):

1. podpořit zubní lékaře i další zdravotníky (zejména dentální hygienisty) zavedením uceleného systému vzdělávání o specifikách péče o lidi s postižením a
2. zavést spravedlivé ohodnocení za zvýšenou náročnost poskytované péče.

Zařadili jsme také podpůrná opatření pro pacienty (poskytnutí vzdělávacích materiálů o významu ústního zdraví a ústní hygieny a příspěvků na dentální hygienu) a opatření, týkající se sběru dat.

86 Dostupné z http://www.ipunkt-initiative.at/ipunkt/images/presse/zmt_2013_04.pdf.

87 Dostupné z <http://www.ipunkt-initiative.at/ipunkt/ziele.htm>.



H.1 Klíčová opatření

H.1.1 Vymezit síť specializovaných pracovišť s dostatečnou kapacitou a jejich status

Adresáti doporučení: Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny, Česká stomatologická komora, pracoviště, která v současnosti poskytují konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii

Z výzkumu vyplynulo, že zdaleka ne všichni indikovaní pacienti mají zajištěno poskytování konzervačně-chirurgického ošetření chrupu v celkové anestezii v místní a časové dostupnosti v souladu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění. Zároveň řada pracovišť vnímá poskytování tohoto ošetření jako činnost nad rámec svého zaměření. Zazněly názory, že by ošetření měla poskytovat odborná centra.

Od zubních lékařů působících v primární ambulantní sféře jsme zase zaznamenali, že by uvítali, kdyby při klinických pracovištích působili konzultanti, na které by se mohli obracet v otázkách souvisejících s poskytováním péče pacientům se zdravotním postižením.

Neúnosné čekací doby na konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii v některých regionech nepochybně vyžadují okamžité přijetí vhodných opatření. Za zajištění hrazených zdravotních služeb, včetně jejich časové a místní dostupnosti, odpovídají zdravotní pojišťovny: proto by v prvním kroku měla každá z nich zmapovat, zda její smluvní síť poskytovatelů, poskytujících předmětné ošetření, pokrývá potřeby pacientů v jednotlivých regionech v dostatečném rozsahu.

Následně by podle našeho názoru mělo Ministerstvo zdravotnictví ustavit pracovní skupinu, sestávající ze zástupců ministerstva, zdravotních pojišťoven, České stomatologické komory a zainteresovaných poskytovatelů zdravotních služeb. Jejím úkolem by bylo vymezit síť specializovaných center a jejich status (např. zmíněnou konzultantskou roli pro primární ambulantní sféru). Předmětem diskuse by měly být rovněž otázky věcného zázemí pracovišť a jejich personálního zajištění, včetně toho, jak motivovat personál k práci v centru a jak jej podpořit prohloubením vzdělání, včetně nabídky stáží na zahraničních pracovištích, poskytujících péči v oboru speciální zubní lékařství.⁸⁸

Z oněch zahraničních pracovišť lze zmínit např. Centrum pro pacienty se speciálními potřebami, působící při Fakultě zubního lékařství Univerzity v Pittsburghu. Pacientům se zdravotním postižením poskytuje komplexní zubní péči již cca 50 let. Vedle samotného poskytování péče školí studenty stomatologie a dentální hygieny, čímž přispívá ke zvýšení počtu poskytovatelů, zaměřujících se na pacienty se speciálními potřebami.⁸⁹

⁸⁸ Pojem speciální zubní lékařství je blíže osvětlen v části H.1.2, pasáži ZAHRANIČNÍ INSPIRACE.

⁸⁹ Webové stránky Centra pro pacienty se speciálními potřebami, Fakulty zubního lékařství, Univerzity v Pittsburghu. Dostupné z: <https://www.dental.pitt.edu/patients/center-patients-special-needs>.



Za zmínku dále stojí, že v Izraeli existuje 20 zubních klinik specializujících se na poskytování péče lidem s postižením.⁹⁰

H.1.2 Vytvořit soubor doporučených postupů pro zubní lékaře

Adresáti doporučení: Česká stomatologická komora, příslušné odborné společnosti, Ministerstvo zdravotnictví, neziskové organizace zaměřující se na pacienty s postižením

V průběhu výzkumu jsme zjistili, že praxe jednotlivých zubních lékařů, pokud jde o posuzování podmínek pro podstoupení konzervačně-chirurgických ošetření v celkové anestezii, je velmi nejednotná a roztržitá. Na různých pracovištích je vyžadováno splnění různých kritérií pro poskytnutí takového ošetření.

Domníváme se, že situaci by velmi pomohlo, zaměřila-li by se na ni blíže pracovní skupina při České stomatologické komoře, která by ideálně sestávala ze zástupců odborných stomatologických společností,⁹¹ České pediatrické společnosti, České společnosti ORL a obdobných subjektů.

Pracovní skupina by měla řešit sjednocení praxe zubních lékařů, pokud jde o ošetřování jak pacientů s postižením, tak pacientů „zdravých“ (tzv. nespolupracujících či dalších, u nichž je z různých důvodů třeba uvažovat o konzervačně-chirurgickém ošetření v CA), dětí i dospělých.

Úkolem pracovní skupiny by mělo být:

- vymezení indikačních kritérií pro poskytnutí konzervačně-chirurgického ošetření v celkové anestezii a
- vytvoření souboru doporučených postupů pro péči o pacienty v rámci primární ambulantní sféry (soubor technik spolupráce s pacienty s postižením či nespolupracujícími pacienty, kteří mají přehnanou obavu z ošetření; doporučení, za jakých okolností má zubní lékař odesílat pacienta k ošetření v CA) s cílem snížit podíl ošetření v CA.

Stěžejním úkolem pracovní skupiny by mělo být vymezení indikačních kritérií pro poskytnutí konzervačně-chirurgického ošetření v celkové anestezii.

Řešit by se mimo jiné mělo, od kterých specialistů a ve kterých případech vyžadovat jako podmínku zákroku v CA doporučení (typicky by se mohlo jednat například o povinné doporučení psychiatra v případě tvrzené odontofobie). Nabízí se, aby pacient musel doložit, že proběhly předchozí marné pokusy o zajištění spolupráce jinými prostředky, včetně jiných forem anestezie apod.

90 FELDBERG, Ilan, MERRICK, Joav. Intellectual Disability and Dental Services: Experience from Israel. *Frontiers in Public Health* [online]. 2014, 2, s. 133 [cit. 2018-11-22]. ISSN 2296-2565. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2014.00133/full>.

91 Seznam odborných společností zveřejňuje na svých webových stránkách Česká stomatologická společnost. Dostupné z: <https://www.dent.cz/kontakty/odborne-spolecnosti/>.



Můžeme vysledovat například následující indikační kritéria pro celkovou anestezii:

- velký rozsah výkonu.
- malé děti, které nejsou schopné snést ošetření při vědomí.
- alergie na lokální anestetika.
- pacienti se speciálními potřebami, kteří nespolupracují.
- v případech zánětu, kdy nezabírá lokální anestetikum.
- pacienti, které z ošetření v lokální anestezii vylučuje medicínská překážka jako zvýšený dávicí reflex nebo omezené otevírání úst.⁹²

Určitou inspiraci lze hledat také například v Kanadě, kde byl zaveden systém, jak posoudit urgentnost situace a maximální možnou čekací dobu pro ošetření.⁹³

Doporučené postupy pro ošetření v celkové anestezii by se jistě měly propojit s postupy v rámci předoperačního vyšetření (s poukazy některých zubních lékařů na problematické zajištění a kvalitu těchto vyšetření jsme se v průběhu výzkumu rovněž setkávali).

Po operaci by měli pacienti (pečující osoby) obdržet individualizovaný plán zubní péče jako určitou strategii, jak minimalizovat riziko opakování výkonu v celkové anestezii.

Dále by měl soubor postupů řešit, ve kterých případech lze výkon provést v rámci tzv. jednodenní péče a kdy je nezbytné pacienta hospitalizovat (například v případě nekompenzované epilepsie se doporučuje hospitalizace).⁹⁴

Ačkoli je jasné, že vždy budou existovat případy, kdy bude konzervativně-chirurgické ošetření v CA jedinou možností, je při vytváření doporučených postupů třeba mít na paměti, že ne vždy je to nutné. Jak bylo zmíněno již výše (část F.3 Bariéry v přístupu k zubní péči u lidí se zdravotním postižením), řadu lidí by mělo být možné při dodržování správných postupů

92 BUČKOVÁ, Michaela. *Hodnocení ošetření zubu Er:YAG laserem ve srovnání s ostatními preparačními metodami* [online]. Praha, 2015, 83 s. [cit. 2018-11-21]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/140046699>.

Disertační práce. 2. lékařská fakulta, Studijní program: Biomedicínská informatika, Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce prof. MUDr. Taťjana Dostálová, CSc., MBA. S. 16-17.

93 CHUNG, Sonja S., CASAS, Michael J., KENNY, David J., BARRETT Edward J. Clinical Relevance of Access Targets for Elective Dental Treatment under General Anesthesia in Pediatrics. *Canadian Dental Association* [online]. 2010 [cit. 2018-11-21]. Dostupné z: <http://www.jcda.ca/article/a116>.

94 WEI T. L., Mathew A., BORROMEO, Gelsomina L. The use of general anesthesia to facilitate dental treatment in adult patients with special needs. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine* [online]. 2017, 17(2): 91–103 [2018-11-21]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5564153/>.



a respektování individuálních potřeb toho kterého pacienta úspěšně ošetřit v běžné ambulanci.⁹⁵ To se týká jak pacientů s určitým zdravotním postižením, tak například „zdravých“ jedinců, kteří se z nějakého důvodu ošetření přehnaně obávají. Proto by se soubor postupů měl věnovat rovněž stomatologickému ošetřování těchto lidí v primární ambulantní sféře.

Jak vyplývá i z doporučení mezinárodních organizací (WHO, FDI, IADH), při podpoře ústního zdraví a zvyšování povědomí o rizicích spojených s péčí o jedince s určitými speciálními potřebami je třeba volit multidisciplinární přístup (blíže také část F.4 Doporučení mezinárodních organizací). Pracovní skupina by proto měla vytvořit model spolupráce mezi zubními lékaři z primární ambulantní sféry, klinickými stomatology a dalšími zdravotnickými pracovníky (zejména pediatry, praktickými lékaři, dentálními hygienisty atd.).⁹⁶ V ideálním případě by také mohl vzniknout seznam pracovišť primární ambulantní péče, která se zaměřují na ošetřování pacientů s postižením.⁹⁷ Činnost je zajisté třeba provázet i s poskytovateli pobytových sociálních služeb, neboť jak bylo již zmíněno (část F.2 Ústní zdraví), za jeden z rizikových činitelů podílejících se na vyšším výskytu poruch ústního zdraví u lidí s postižením se považuje právě institucionalizace (pobyt člověka v zařízení). U všech subjektů je třeba definovat jednotlivé kompetence a úkoly.

V prvé řadě je třeba vydefinovat náležitou odbornou úroveň péče pro lidi s postižením.⁹⁸ Nezbytné je ošetření uzpůsobit specifickým potřebám pacientů. To se týká jak pacientů s postižením, tak dalších skupin osob, které z nějakého objektivního důvodu potřebují speciální stomatologickou péči uzpůsobenou svým potřebám a odlišnou od „běžné praxe“ zubních lékařů. Mělo by se počítat s delší dobou ošetření, delším budováním důvěry mezi stomatologem a pacientem. Zvláště děti se zdravotním postižením by měly mít zpracovaný individuální plán péče.⁹⁹

Součástí souboru postupů by měly být techniky ke snižování dentální úzkosti (tzv. tell-show¹⁰⁰), včetně vytvoření bezpečného prostředí a uzpůsobení doby ošetření potřebám pacienta (důležité typicky u pacientů s PAS). V praxi bylo zjištěno, že cenným zdrojem poznatků

95 Jak upozorňuje také například School of Dentistry, University of Washington, dostupné z http://dental.washington.edu/wp-content/media/sp_need_pdfs/Intellectual-Dental.pdf či <https://dental.washington.edu/dept-oral-med/special-needs/patients-with-special-needs/>.

96 Na důležitost provázanosti péče ambulantního stomatologa s dalšími specialisty a také pečujícími osobami upozorňuje například Americká akademie dětské stomatologie (AAPD). Dostupné z: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_SHCN.pdf.

97 Vznik pracovišť na úrovni primární ambulantní sféry, zaměřujících se na ošetřování pacientů s postižením, jako vhodné/potřebné opatření zmínilo několik zubních lékařů, s nimiž jsme v rámci výzkumu komunikovali.

98 Jak je zmíněno již v části G.2 (Počty ošetření v celkové anestezii podle důvodů indikace), právo pacienta na poskytnutí péče na náležité odborné úrovni upravuje § 28 odst. 2 zákona o zdravotních službách.

99 VOZZA, Iole, CAVALLÉ, Edoardo, CORRIDORE, Denise, RIPARI, Francesca, SPOTA, Andrea, BRUGNOLETTI, Orlando, GUERRA, Fabrizio. Preventive strategies in oral health for special needs patients. *Annali di stomatologia. A Journal of Odontostomatologic Sciences* [online]. Roma: 2015, 6(3-4): 96–99 [cit. 2018-11-21]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4755688/>.

100 PARK, Michael. Non-pharmacologic Management of Patients with Special Health Care Needs. *Oral Health* [online]. January 1, 2013 [cit. 2018-21-11]. Dostupné z: <https://www.oralhealthgroup.com/features/non-pharmacologic-management-of-patients-with-special-health-care-needs/>.



pro odpovídající komunikaci stomatologa s dospělým pacientem s postižením jsou jeho pečující osoby.¹⁰¹

Přílohou souboru doporučených postupů by mohla být „desatera komunikace“ s lidmi s různými druhy postižení i s nespolupracujícími „zdravými“ pacienty.¹⁰² Pokud taková desatera pro některý druh postižení či případy nespolupráce chybí, mělo by je dopracovat Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s relevantními neziskovými organizacemi.

Soubor postupů by měl být zveřejněn ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví a například také na webových stránkách České stomatologické komory.¹⁰³

ZAHRA NIČNÍ INSPIRACE

Na rozdíl od České republiky se na různých místech v zahraničí můžeme setkat se samostatným oborem „special care/special need dentistry“. Tato oblast zubního lékařství se specificky zaměřuje na osoby, které z nějakého důvodu (tělesného či mentálního postižení, jiných zdravotních obtíží či dalších důvodů) potřebují specifickou zubní péči uzpůsobenou svým potřebám.¹⁰⁴

Pojem „special care“ byl poprvé použit v souvislosti se stomatologickým povoláním na počátku 80. let minulého století, když byl v USA založen časopis *Special Care in Dentistry*.¹⁰⁵ Postupně se obor začal etablovat zejména v Austrálii, na Novém Zélandu, ve Velké Británii.¹⁰⁶ Na několika místech byl zaveden jako samostatný postgraduální obor či součást jiného

101 DIMATTEO, Allison M. *Serving Patients with Special Needs. Inside Dentistry* [online]. Volume 5, Issue 2, February 2009 [cit. 2018-11-21]. Dostupné z: <https://www.aegisdentalnetwork.com/id/2009/02/serving-patients-with-special-needs/>.

102 Žádoucí je zde spolupráce s příslušnými neziskovými organizacemi zaměřujícími se na pomoc lidem s jednotlivými druhy postižení, případně lze Inspiraci v tomto směru hledat například také u odborných společností a organizací v zahraničí.

103 Při vytváření souboru se lze inspirovat například počínem The British Society for Disability and Oral Health z roku 2009 – *The Provision of Oral Health Care under General Anaesthesia in Special Care Dentistry. A Professional Consensus Statement*, dostupným z http://www.bsdh.org/documents/BSDH_GA_in_SCD_2009.pdf; inspirativní manuál věnující se poskytování péče pacientům s postižením vytvořila v roce 2009 také Mont Sinai Hospital v kanadském Torontu a je dostupný z http://www.mountsinai.on.ca/about_us/accessibility/providing-care-for-people-with-disabilities-policy/access-for-people-with-disabilities-policy-i-d-65-73.

104 Blíže k problematice například STIEFEL, Doris J. *Dental Care Considerations for Disabled Adults. Special Care in Dentistry* [online]. 2002, 22, s. 26-39 [cit. 2018-11-21]. ISSN 1754-4505. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/3716/ef11a84674688f42fcace907064d2ead4ff1.pdf> či webové stránky Japanese Society for Disability and Oral Health (dostupné z <http://www.kokuhoken.or.jp/jsdh-hp/html/english/people.html>).

105 Blíže například ETTINGER, Ronald L., CHALMERS, Jane, FRENKEL, Heather. *Dentistry for Persons with Special Needs: How Should It Be Recognized?*. *Journal of Dental Education* [online]. Volume 68, Number 8, 2004 [cit. 2018-11-21]. Dostupné z: <http://www.jdentaled.org/content/jde/68/8/803.full.pdf>.

106 Tamtéž.



postgraduálního oboru.¹⁰⁷ Postupně se na různých úrovních vzdělávání objevuje napříč různými dalšími státy.¹⁰⁸

Problematic special care/special need dentistry se v zahraničí věnuje řada odborných společností, které se snaží šířit osvětu, předávat si zkušenosti nejen na vnitrostátní, ale i na mezinárodní úrovni, pořádají pravidelné konference, vytvářejí řadu informačních materiálů jak pro ambulantní zubní lékaře, tak pro rodiče a pečující osoby.

Není mi známo, že by odborná společnost tohoto typu existovala v České republice.

Příklady zahraničních odborných společností	
NĚMECKO	Die Arbeitsgemeinschaft Zahnmedizin für Menschen mit Behinderung oder besonderem medizinischen Unterstützungsbedarf (AG ZMB) in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (https://www.agzmb.de) Deutsche Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (https://dgmg.de/htmls/sektionzahnmedizin.html)
FRANCIE	Santé Orale et Soins Spécifiques (https://www.soss.fr/)
NIZOZEMÍ	Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten (https://www.vbtgg.nl/)
VELKÁ BRITÁNIE	The British Society for Disability and Oral Health (https://www.bsodh.org/)
IRSKO	The Irish Society for Disability and Oral Health (http://www.isdh.ie/)
ŠVÝCARSKO	Die Schweizerische Gesellschaft für Alters- und Special-Care-Zahnmedizin (http://www.ssgs.ch/de/) Schweizerische Arbeitsgemeinschaft von Ärzten für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (http://www.sagb.ch/)
ŠPANĚLSKO	Sociedad Española de Odontoestomatología para pacientes con necesidades especiales (http://www.seoeme.es/)

107 Vyučuje se například na The University College London, The King's College London, The University of Queensland, The University of Sydney, The University of Aberdeen, The University of Liverpool, The Royal College of Surgeons London, KU Leuven, The University of Adelaide.

108 Blíže například FAULKS, D., FREEDMAN, L., THOMPSON, S., SAGHERI, D., DOUGALL, A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *European Journal of Dental Education* [online]. 2012, 16, s. 195-201 [cit. 2018-11-21]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0579.2012.00736.x>.



ITÁLIE	Società Italiana di Odontoiatria per l'Handicap
ŘECKO	Hellenic Society for Disability and Oral Health
SKANDI-NÁVIE	Nordic Association for Disability and Oral Health (http://www.nfh-norden.org/) - jednotlivé členské státy (Dánsko, Finsko, Island, Norsko, Švédsko) mají své vlastní sekce
RUMUNSKO	Asociatia pentru Sanatate Orala si Dizabilitate
USA	Special Care Dentistry Association (https://www.scdonline.org/)
JAPONSKO	Japanese Society for Disability and Oral Health
AUSTRÁLIE	The Australian Society of Special Care in Dentistry (https://www.asscid.org.au/)
ARGENTINA	The Asociacion Argentina de Odontologia para personas con discapacidad (http://www.aaodi.org.ar)
BRAZÍLIE	Associação Brasileira de Odontologia para Pacientes Especiais (http://abope.org/)
CHILE	Asociación Latinoamericana de Odontología para Pacientes Especiales Chile
HONG KONG	Hong Kong Special Care Dentistry Association (http://www.hkscda.org/)
KOREA	The Korean Association for Disability and Oral Health (http://www.kadh.kr/)
TAIWAN	Taiwan Association of Disabilities and Oral Health (http://www.tadoh.org.tw/)

H.1.3 Vyjasnit podmínky úhrady konzervačně-chirurgického ošetření v celkové anestezii z veřejného zdravotního pojištění

Adresát doporučení: Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny, Česká stomatologická komora, pracoviště, která v současnosti poskytují konzervačně-chirurgické ošetření chrupu v celkové anestezii

V rámci výzkumu jsme zjistili, že nepanuje jednoznačná shoda na podmínkách, za nichž má být ošetření chrupu v celkové anestezii hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.



Proto doporučujeme, aby Ministerstvo zdravotnictví ustavilo pracovní skupinu ve složení zdravotní pojišťovny, ČSK, poskytovatelé zdravotních služeb a další zainteresované subjekty (např. patientská sdružení), a to za účelem vymezení podmínek, za nichž se bude poskytnutí konzervačně-chirurgického ošetření chrupu v celkové anestezii hradit z pojištění. Zvláště je potřeba vyjasnit,

- kdy se celková anestezie považuje při těchto typech ošetření za indikovanou ze zdravotních důvodů, a tím i hrazenou ze zdravotního pojištění,
- zda a do jaké věkové hranice se dítě považuje za indikované z důvodu samotného věku.

Dále by se pracovní skupina měla vypořádat s **problémem úhrady jednodenní péče**: pokud je pacient indikován k poskytnutí konzervačně-chirurgického ošetření chrupu v celkové anestezii, měly by zdravotní pojišťovny nést taktéž náklady jednodenní péče. V současnosti však existují pracoviště, kterým z důvodu smluvních ujednání s pojišťovnami nezbývá než žádat od pacientů přímou úhradu za jednodenní péči. Připomínáme, že VZP vytvořila za účelem úhrady jednodenní péče navazující na předmětný výkon **souhrnný kód** (blíže část G.4 Úhrada ošetření v celkové anestezii).

V případě potřeby by měla pracovní skupina zpracovat návrh změny platné právní úpravy.

Pokusili jsme se zmapovat, jak jsou vymezeny podmínky úhrady ošetření chrupu v celkové anestezii v **zahraníčí**: bohužel se nám podařilo získat informace pouze o praxi několika států.

Zjistili jsme, že v Izraeli¹⁰⁹ se výkon z pojištění hradí za splnění dvou podmínek:

- pacient má dětskou mozkovou obrnou, PAS, mentální nebo duševní postižení, kardiologické onemocnění, onemocnění Ataxia telangiectasia¹¹⁰

a současně

- nebylo možné využít jinou formu anestezie.

V případě, že nelze použít jinou formu anestezie, mohou být k výkonu za celkové anestezie indikovány také a) zdravé děti z důvodu věku, b) zdravé děti z důvodu nezbytnosti podstoupení rozsáhlejšího ošetření, c) dospělí trpící dentální úzkostí – žádné z těchto skupin však výkon **není hrazen z pojištění**.

V Horním Rakousku přispívá (nikoliv plně hradí) tamní zdravotní pojišťovna¹¹¹ na celkovou anestezii v zásadě pouze dětem do věku 6 let a dospělým s blíže specifikovanými typy posti-

109 Dental Treatment Under General Anesthesia for People with Disabilities. Dostupné z: https://www.kolzchut.org.il/en/Dental_Treatment_Under_General_Anesthesia_for_People_with_Disabilities.

110 Pro vysvětlení vizte Velký lékařský slovník: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/ataxie-telangiectazie>.

111 Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK)



žení. Nadto má pojišťovna navázanu spolupráci se třemi klinikami, které dané ošetření poskytují bezplatně dětem do 6 let (v jednom případě do 8 let) a lidem se zdravotním postižením.¹¹²

V Texasu posuzují zubní lékaři, zda dětský pacient splňuje kritéria pro poskytnutí ošetření v celkové anestezii v rámci programu Medicaid¹¹³, následovně: na základě jednotně stanovených kritérií¹¹⁴ přiřazují jednotlivému pacientovi bodové hodnoty za věk, rozsah zákroku (dle počtu zubů vyžadujících ošetření), míru spolupráce – další body lze získat za přítomnost dalšího orálního zdravotního problému (vyjma kazů), vyžadujícího chirurgický zásah, předchozí marný pokus o využití jiné formy anestezie a přítomnost dalších závažných zdravotních podmínek. Pokud dítě nedosáhne v součtu stanovené bodové hranice, vyžaduje se předchozí schválení výkonu ze strany plátce.

H.2 Související opatření

H.2.1 Vytvořit celostátní koncepci podpory ústního zdraví dětí

Adresáti doporučení: zdravotní pojišťovny, Česká stomatologická komora, jednotliví pediatři a stomatologové, vysoké školy

Mimořádně důležitá je v oblasti ústního zdraví preventivní péče již od útlého věku. Pravidelná správná péče o chrup je osvědčeným způsobem, jak předcházet vzniku zubního kazu. Pokud si dítě od malička zvyká na pravidelné preventivní prohlídky u zubního lékaře, stávají se pro něj samozřejmostí, v řadě případů pak mnohem ochotněji s lékařem bude spolupracovat. Je-li prevence naopak zanedbaná, často to vede k rozvinutí obtíží, jejichž léčba je pak zbytečně obtížnější i finančně náročnější.

Na nepříliš uspokojivou situaci v tomto směru v České republice poukazují některé průzkumy, podle nichž mají dvanáctileté děti u nás dlouhodobě 2,5krát více zkažených zubů než děti ve státech jako je např. Švýcarsko nebo Finsko a Dánsko.¹¹⁵

Z našeho výzkumu vyplynulo, že u nás existují poměrně velké počty „zdravých“ dětí, které z důvodu nespolupráce v rámci ošetření v primární ambulantní sféře podstupují ošetření právě rozsáhlých zubních kazů v celkové anestezii. Tím se pak také mohou prodlužovat čekací doby pro pacienty s mentálním a jiným postižením, u nichž je neošetřitelnost v primární ambulanci vzhledem k jejich obtížím pochopitelná.

¹¹² Dostupné z <https://www.oegkk.at/cdscontent/?contentid=10007.780677>.

¹¹³ Medicaid je společný federální a státní program pro krytí výdajů za zdravotní péči, poskytnutou zranitelným skupinám obyvatelstva (např. dětem, lidem se zdravotním postižením apod.). V podrobnostech vizte <https://www.medicaid.gov/medicaid/eligibility/index.html>.

¹¹⁴ Dostupné z http://www.tmhp.com/Provider_Forms/PA_Forms/F00015_Criteria_for_Dental_Therapy_Under_General_Anesthesia.pdf.

¹¹⁵ Jak informují například webové stránky projektu Dětský úsměv. Dostupné z: <http://www.detskyusmev.org/o-projektu/>.



Podle názorů některých zubních lékařů, s nimiž jsme během výzkumu měli možnost hovořit, má na současný stav vliv i skutečnost, že panuje nedostatek zubních lékařů, kteří by se zaměřovali na dětské pacienty a jejich specifické potřeby.

Jak situaci řešit?

Nezpochybňujeme, že již v současnosti probíhá řada aktivit, ale máme za to, že **podpora ústního zdraví dětí a poskytování zubní péče dětem si zasluhuje celostátní koncepci** – pokud je nám známo, žádná taková koncepce neexistuje. Níže uvádíme některá z opatření, která by koncepcí mohla obsahovat.

V první řadě by mělo dojít k podrobnějšímu **zmapování „sítě“ zubních lékařů**, kteří reálně v současné době ošetřují děti. Vzhledem ke své povinnosti zajistit svým pojištěncům místně a časově dostupné zdravotní služby,¹¹⁶ by se tohoto úkolu měly ujmout zdravotní pojišťovny.

Přehledný seznam zubních lékařů zaměřujících se na dětské pacienty by bylo dále vhodné zveřejňovat na webových stránkách zdravotních pojišťoven. Nabízí se inspirace/propojení se seznamem stomatologů zveřejňovaným v současné době Českou stomatologickou komorou.¹¹⁷

Dále se nabízí **posílení role pediatrů při osvětě**. Pediatři již nyní podle platné právní úpravy¹¹⁸ mají v rámci všeobecných preventivních prohlídek u dítěte

- v 6 měsících věku: kontrolovat vývoj chrupu a poučit rodiče o nutnosti registrace dítěte u zubního lékaře v druhém půlroce života dítěte a zapojení dítěte do pravidelných zubních prohlídek,
- ve 12 měsících věku: podat informace o hygieně dutiny ústní, individuálně zvážit celkový příjem fluoridů a doporučit zubní vyšetření,
- v 18 měsících věku: kontrolovat vývoj a stav chrupu včetně doporučení zubního vyšetření.

Vyšetření dutiny ústní, včetně případného doporučení zubního vyšetření, je součástí všeobecných preventivních prohlídek také ve 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15 a 17 letech věku dítěte i součástí poslední všeobecné preventivní prohlídky u pediatra.¹¹⁹

Žádoucí by bylo, aby mohl pediatr již v rámci preventivní prohlídky v 6 měsících věku dítěte předat rodičům edukační materiál o technikách čištění zubů, včetně odkazů na videa dostupná na internetu, a odkaz na seznam zubních lékařů specializujících se na ošetřování dětí,

116 Zejména ustanovení § 40 ve spojení s § 46 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

117 Dostupné na webových stránkách ČSK: <https://www.dent.cz/zdravotnicka-zarizeni/>.

118 Ustanovení § 3 odst. 2 písm. f), i) a j) vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách, ve znění pozdějších předpisů.

119 Ustanovení § 4 a násl. vyhlášky o preventivních prohlídkách.



kterí aktuálně přijímají nové pacienty, a při další preventivní prohlídce se rodičů dotázal, zda dítě nezapomněli zaregistrovat u zubního lékaře.

Zubní lékaři by zároveň měli dětské pacienty zvát k preventivním prohlídkám.¹²⁰

Vhodné by jistě také bylo posílit prevenci **pravidelnými výukovými programy v mateřských a základních školách** napříč republikou. Do těch by se mohli zapojit studenti zubního lékařství či dentální hygieny¹²¹ a například v rámci školních praxí dětem zprostředkovávat správné techniky čištění zubů a další důležité související informace.

Nabízí se propojovat osvětu na školách s některými aktivitami pořádanými v rámci světových dnů ústního zdraví.¹²² Na zajímavé preventivní programy poukazuje Asociace dentálních hygienistek ČR (například projekty Dětský úsměv, Nechci kazy či Veselé zoubky).¹²³

Ačkoliv v tomto směru narážíme na právo svobodné volby poskytovatele zdravotních služeb¹²⁴ a rovněž na právní úpravu tzv. informovaného souhlasu,¹²⁵ ke zvážení je také, zda by situaci neprospělo **znovuzavedení tzv. hromadných školních prohlídek u zubního lékaře**.

Konečně, za účelem podpory ústního zdraví dětí zavedlo do roku 2018 přibližně 30 států¹²⁶ **daň na slazené nápoje**.¹²⁷ Toto opatření podporuje i Světová zdravotnická organizace, a to za účelem snížení výskytu zubního kazu, obezity a cukrovky.¹²⁸

H.2.2 Zvážit zařazení nového výkonu do seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Adresát doporučení: Ministerstvo zdravotnictví

Zubní kaz je až na výjimky onemocnění, kterému lze předcházet.

120 Žádoucí je pak tento model aplikovat i ve vztahu k preventivním prohlídkám dospělých pacientů.

121 jak navrhovali někteří oslovení zubní lékaři

122 bližší informace například na <https://www.dent.cz/aktualita/186-svetovy-den-ustniho-zdravi-2015-zprava-pro-fdi/> či <https://sduz.cz/>

123 blíže na webových stránkách Asociace (<https://www.asociacedh.cz/preventivni-programy/>)

124 ustanovení § 11 odst. 1 písm. b) zákona o veřejném zdravotním pojištění či § 28 odst. 3 písm. b) zákona o zdravotních službách

125 Pacient (respektive jeho zákonný zástupce) by měl být před ošetřením informován o poskytované zdravotní službě.

126 Např. Mexiko, Ekvádor, Estonsko, Chile, Brazílie, Kolumbie, Egypt, Indie, Irsko, Thajsko, Dominikánská republika, Barbados, Tonga, Mauricius, Island, Norsko, Maďarsko, Francie, Finsko, Rumunsko, Irsko, Portugalsko, Filipíny, Velká Británie, Srí Lanka, Saúdská Arábie, Thajsko, Spojené arabské emiráty, Brunej, Estonsko a Belgie.

127 BEDI, Raman. The Sugar Tax: A Leadership Issue for the Dental Profession and An Opportunity to Demonstrate that Oral Health is Part of General Health. *Contemporary Clinical Dentistry* [online]. 2018, 9, s. 149-150 [cit. 2018-11-22]. ISSN 0976-2361. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5968673/>.

128 blíže na <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260253/WHO-NMH-PND-16.5Rev.1-eng.pdf;jsessionid=0861A438611ECDFFE5B48B242E20729A?sequence=1>



Za účelem posílení prevence u zranitelných skupin navrhuje zvažít zavedení nového výkonu zubního lékaře do seznamu výkonů s bodovými hodnotami¹²⁹, jehož obsahem by bylo proškolení personálu pobytových zařízení sociálních služeb v možnostech podpory ústního zdraví u jejich klientů.¹³⁰

H.2.3 Docílit zahrnutí problematiky péče o lidi s postižením do vzdělávacích programů

Adresáti doporučení: Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Národní akreditační úřad, Národní ústav pro vzdělávání

Jak bylo poukázáno již v části G.6 (Vzdělávání zdravotníků o potřebách pacientů s mentálním postižením), v České republice se problematice péče o lidi s postižením v rámci vzdělávání zubních lékařů nevěnuje příliš velká pozornost. Zdá se, že seznamování s tématem probíhá pouze nahodile a v malém rozsahu.

Bez náležitého vzdělávání o potřebách lidí s postižením přitom těžko mohou zubní lékaři těmto osobám poskytovat náležitou péči odpovídající jejich potřebám, tak jak ostatně předpokládá už samotná Úmluva o právech osob se zdravotním postižením i antidiskriminační zákon (blíže také v části F.1 Právní úprava).

Konečně, podpora vzdělávání v oboru speciální zubní lékařství na úrovni vysokoškolského, doktorského a navazujícího vzdělávání napříč všemi disciplínami zubního lékařství je jedním z doporučení, vydaných Světovou federací zubních lékařů a Mezinárodní asociací pro zdravotní postižení a ústní zdraví (blíže také část F.4 Doporučení mezinárodních organizací).

Příslušné subjekty by tak měly dohlédnout na to, aby se do vzdělávacích programů zubního lékařství napříč vzdělávací soustavou začlenila vedle dalších oblastí také problematika poskytování péče lidem s postižením. Začlenit problematiku by bylo vhodné i do programů souvisejících oborů, jejichž absolventi se rovněž bezprostředně v souvislosti s poskytováním zubní péče setkávají s lidmi s postižením (zejména obory dentální hygienistka, všeobecná sestra, zubní instrumentářka, případně i zdravotnický asistent).

Součástí by měla být specifika komunikace s lidmi s postižením, včetně technik ke snižování dentální úzkosti a k podpoře spolupráce s pacientem. Studenti by se měli učit, že je třeba komunikovat primárně s člověkem s postižením, a nikoliv s jeho doprovodem, nezacházet s dospělým jako s dítětem, vysvětlovat obsah a způsob ošetření formou odpovídající postižení pacienta atp. (blíže také část H.1.2 Vytvořit soubor doporučených postupů pro zubní lékaře). Teoreticky nabyté znalosti by se nabízelo procvičovat v rámci povinných praxí ve specializovaných centrech ošetřujících lidi s postižením (blíže také část H.1.1 Vymezit síť

129 Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

130 Informace o německé praxi vizte na <https://www.lzkb.de/kammer/bezirksstellen/beauftragte-f%C3%BCr-prophylaxe-koffer>.



specializovaných pracovišť s dostatečnou kapacitou a jejich status) a na příslušných odděle-
ních fakultních nemocnic.

Obdobným směrem se již ubírá vzdělávání o potřebách lidí s postižením v některých jiných
zemích. Například v USA v rámci reformy vzdělávání v roce 2006 zavedli systém, na základě
něhož je každý vzdělávací subjekt v oblasti stomatologie v rámci nové akreditace povinen
zahrnout do plánovaného vzdělávání právě i otázky péče o osoby s postižením.¹³¹

H.2.4 Zvýšit podíl výuky specifik péče o lidi se zdravotním postižením v rámci vzdělá- vání organizovaného Českou stomatologickou komorou

Adresát doporučení: Česká stomatologická komora

V předchozím textu (zejména část G.6 Vzdělávání zdravotníků o potřebách pacientů s men-
tálním postižením) jsme poukazovali také na to, že se problematice vzdělávání o potřebách
lidí se zdravotním postižením nevěnuje dostatečná pozornost v rámci vzdělávacích aktivit
České stomatologické komory.

Domníváme se, že ČSK by se, jako organizace sdružující všechny zubní lékaře v České repub-
lice, měla na tuto otázku blíže zaměřit a postarat se o změnu.

O specifikách ošetřování lidí s postižením by se podle našeho mínění měli ve vyšší míře, než
je tomu doposud, dozvídat účastníci celoživotního vzdělávání organizovaného ČSK napříč
jednotlivými vzdělávacími programy, a to jak v rámci předepsaných, tak doporučených
kurzů. Speciálně je pak důležité, aby se problematika objevila jako povinná součást vstup-
ního vzdělávacího programu Praktické zubní lékařství, který, jak jsme se dozvěděli od někte-
rých stomatologů, s nimiž jsme v průběhu výzkumu komunikovali, navštěvuje největší pro-
cento zubních lékařů.

ČSK by měla motivovat své členy ke vzdělávání v dané problematice, upozorňovat v rámci
své činnosti na její důležitost. Měla by se zasadit o to, aby nabídka vzdělávání pokrývala
všechny důležité otázky dané problematiky a aby byl obsah maximálně užitečný pro praxi
účastníků.

H.2.5 Spravedlivě ohodnotit zvýšenou náročnost péče

Adresát doporučení: Ministerstvo zdravotnictví

Ve srovnání s dospělými pacienty bez postižení bývá poskytování zubní péče pacientům
se zdravotním postižením či dětem zpravidla (nejen) časově náročnější. Nemotivující úhrady
označovali respondenti zahraničních výzkumů za jednu z významných bariér při poskytování

131 Blíže DIMATTEO, Allison M. Serving Patients with Special Needs. *Inside Dentistry*. [online]. Volume 5, Issue 2, February 2009 [cit. 2018-11-21]. Dostupné z: <https://www.aegisdentalnetwork.com/id/2009/02/serving-patients-with-special-needs//>.



péče těmto pacientům (blíže část F.3 Bariéry v přístupu k zubní péči u lidí se zdravotním postižením).

V současnosti může zubní lékař, který provede klinické vyšetření pacientovi se zdravotním postižením, vykázat výkon „ošetření handicapovaného pacienta“ (kód č. 09509). Jeho účelem je zohlednit „zvýšenou náročnost ošetření osob považovaných podle zákona č. 108/2006 Sb. za osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II, stupni III, nebo stupni IV a osob, kterým náleží průkaz ZTP a ZTP/P dle zákona č. 329/2011 Sb.“ Vykázáním uvedeného výkonu se úhrada za vyšetření zvýší o 100 bodů. Pro rok 2018 je hodnota bodu stanovena pro zubní lékaře na 0,95 Kč¹³² - to znamená, že se lékaři úhrada za vyšetření pacienta zvýší o 95 Kč.

Stomatologické ošetření registrovaného pacienta do 6 let věku je ohodnoceno 88 body, tj. zubní lékař získá 84 Kč navíc. V případě dětí ve věku 6 až 12 let věku se jedná o 66 bodů (63 Kč) a u věkové skupiny 12 – 18 let o 44 bodů (42 Kč).

Navrhujeme Ministerstvu zdravotnictví přezkoumat, zda výše specifikované úhrady dostatečně zohledňují zvýšené náklady zubního lékaře při poskytování péče výše uvedeným skupinám pacientů.

H.2.6 Vytvořit vzor záznamu o informovaném souhlasu s ošetřením v celkové anestezii ve formátu easy-to-read

Adresát doporučení: Ministerstvo zdravotnictví

Zdravotní služby se v zásadě poskytují pouze na základě svobodného a informovaného souhlasu pacienta.¹³³ Za informovaný se považuje souhlas tehdy, pokud poskytovatel informuje pacienta před jeho vyslovením srozumitelným způsobem o jeho zdravotním stavu a navrženém individuálním léčebném postupu.¹³⁴

Pokud tak určí zákon nebo sám poskytovatel, uděluje se informovaný souhlas v **písemné formě**.¹³⁵

Klíčové je, aby ošetřující lékař vysvětlil navržený postup, včetně jeho rizik a alternativ, srozumitelně pacientovi ústně, v rámci rozhovoru. Výše nastíněné požadavky srozumitelnosti se však vztahují též na písemný záznam o informovaném souhlasu s poskytnutím ošetření, který pacientovi lékař předloží k podpisu.

Záznamy informovaného souhlasu se sanací chrupu v celkové anestezii či se samotnou celkovou anestezií, které jsme měli v rámci výzkumu možnost prostudovat, nebyly vypracovány ve formátu přístupném lidem s mentálním postižením.

¹³² Ustanovení § 8 odst. 1 vyhlášky č. 353/2017 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018.

¹³³ Ustanovení § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

¹³⁴ Ustanovení § 31 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách.

¹³⁵ Ustanovení § 34 odst. 2 zákona o zdravotních službách.



Zároveň neshledáváme účelným, aby každé pracoviště vynaložilo úsilí k vytvoření záznamu v easy-to-read samostatně – povědomí o tomto konceptu není dosud zcela rozšířené.

Připomínáme, že přijetím Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením se ČR mj. zavázala k tomu, že

- bude vyžadovat, aby zdravotníci poskytovali lidem se zdravotním postižením péči na základě svobodného a informovaného souhlasu, a
- za tím účelem bude zvyšovat povědomí o této problematice prostřednictvím vzdělávacích aktivit a zveřejňováním etických norem pro státní i soukromou zdravotní péči.¹³⁶

Proto navrhuje Ministerstvu zdravotnictví, aby poskytovatelům připravilo vzor, a to ideálně ve spolupráci s některou z organizací hájících práva lidí s mentálním postižením.

H.3 Podpůrná opatření pro pacienty

H.3.1 Vytvořit vzdělávací materiály, týkající se prevence v oblasti ústního zdraví

Adresáti doporučení: Ministerstvo zdravotnictví, Česká stomatologická komora, neziskové organizace, příslušné odborné společnosti, pediatři, ambulantní stomatologové

Je důležité, aby sami pacienti s postižením měli k dispozici přehledné materiály, které by jim ve formě přiměřené jejich speciálním potřebám přibližovaly význam prevence v oblasti ústního zdraví a její případná specifika odvislá od konkrétního druhu postižení.

Odpovídající materiály by v tomto směru mělo mít i nejbližší okolí pacientů (rodiče, opatrovníci a další pečující osoby), které hraje u pacienta s postižením při dodržování prevence významnou roli. Přitom jedním z rizikových činitelů podílejících se na vyšším výskytu poruch ústního zdraví u lidí s postižením je právě nedostatečné povědomí pečujících osob o významu ústního zdraví a technikách ústní hygieny. Zahraniční odborná literatura označuje za jednu z bariér v přístupu k zubní péči nedostatek povědomí pečujících osob (blíže například část F.2 Právní úprava a F.3 Ústní zdraví).

Právě z uvedených důvodů proto zařadily FDI a IADH mezi svá doporučení také zvyšování povědomí o důležitosti ústního zdraví jako základní složky obecného zdraví a kvality života mezi lidmi s postižením, jejich rodinami a pečujícími osobami (blíže část F.4 Doporučení mezinárodních organizací).

Naše představa je následující: informační či vzdělávací materiály by mohla vytvořit ČSK ve spolupráci s neziskovými organizacemi a příslušnými odbornými společnostmi (dle jejich zaměření na ten který okruh pacientů). Důležitá bude důsledná distribuce materiálů tak, aby se dostaly včas k co nejširšímu okruhu lidí. Bude vhodné, vezmou-li si distribuci na starost

136 Čl. 25 písm. d) Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.



pediatři a zubní lékaři primární ambulantní sféry, neboť právě oni (a to platí zvláště u pediatrů) patří mezi poskytovatele zdravotní péče, s nimiž přijde člověk do kontaktu zřejmě nejdříve a nejčastěji. Celý počín by pak mohlo financovat MZ.

Při vytváření materiálů je možné inspirovat se některými zahraničními počiny:

- Bundeszahnärztekammer (Spolková komora zubních lékařů), Německo – podpůrný manuál ústní hygieny pro pacienty a pečující osoby: <https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/h/files/assets/basic-html/page-1.html>, množství edukačních videí: <https://www.bzaek.de/fuer-medien/video-audio.html>
- Landesverband für Menschen mit Körperbehinderung und Mehrfachbehinderung Baden-Württemberg (Zemský spolek pro lidi s tělesným a kombinovaným postižením Baden-Württemberg), Německo – příručka pro lidi s postižením a pečující osoby, zčásti v easy-to-read formě: https://www.lv-koerperbehinderte-bw.de/pdf/Bro_Ko-ffer_Zahnbuersten_Jan2018_WEB.pdf
- Special Care Dentistry Association (Asociace speciální stomatologické péče), USA – příručky pro pacienty a pečující osoby (PAS, downův syndrom): <https://www.scdonline.org/page/Factsheets>
- School of Dentistry, University of Washington, USA – příručky pro rodiče a pečující osoby, jednotlivě se zaměřují na různé druhy postižení: <https://dental.washington.edu/dept-oral-med/special-needs/patients-with-special-needs/>
- Oral Health Foundation, Velká Británie – otázky a odpovědi týkající se pacientů se speciálními potřebami: <https://www.dentalhealth.org/dental-care-for-people-with-special-needs>
- Australian Dental Association, Western Australia, Austrálie – příručka vytvořená zrcadlově, kdy jedna strana vždy obsahuje informace pro pečující osoby a druhá sdělení směřovaná lidem s postižením: <http://adawa.com.au/wp-content/uploads/2018/01/Your-Dental-Health-WA-Disabilities-web.pdf>¹³⁷

H.3.2 Podporovat dentální hygienu z fondů prevence

Adresát doporučení: zdravotní pojišťovny

Výkony dentální hygieny, včetně nácviku správné techniky čištění zubů, mohou významně přispět ke zlepšení či udržení úrovně orálního zdraví, k prevenci vzniku zubního kazu, zánětu dásní či parodontózy, ke snížení zápachu z úst apod.

¹³⁷ Inspiraci lze hledat rovněž v některých materiálech odborných společností (bližší část H.1.2 Vytvořit soubor doporučených postupů pro zubní lékaře).



Ošetření zpravidla nebývá bolestivé – vedle prvotního účelu, popsaného výše, tak mohou návštěvy ordinace dentální hygieny druhotně pomoci (alespoň teoreticky) snížit úzkost pacienta z návštěvy zubního lékaře.

V současnosti nejsou výkony dentální hygieny hrazeny z veřejného zdravotního pojištění – většina pojišťoven na ně přispívá z fondů prevence. **Výše příspěvků se však liší** (zpravidla nedosahuje plné průměrné výše úhrady za ošetření), nadto některé pojišťovny je poskytují **pouze úzce vymezeným skupinám**, např. těhotným ženám či dětem.¹³⁸ Pro některé skupiny tak mohou být výkony dentální hygieny finančně nedostupné.

Připomínám, že jedním z globálních cílů WHO pro ústní zdraví, jež mají být splněny do roku 2020, je snížit výskyt orálních onemocnění u populace, která je jimi nejvíce zatížena, včetně lidí se zdravotním postižením.

Proto zdravotním pojišťovnám doporučujeme, aby upravily podmínky čerpání příspěvků z fondů prevence na výkony dentální hygieny, včetně jejich výše, tak, aby na ně dosáhly i skupiny pacientů, které jsou nejvíce zatížené rizikem vzniku výše uvedených poruch ústního zdraví.

H.4 Opatření v oblasti sběru dat

H.4.1 Evidovat počty konzervačně-chirurgického ošetření chrupu v celkové anestezii včetně důvodů indikace celkové anestezie

Adresáti doporučení: pracoviště poskytující konzervačně-chirurgická ošetření chrupu v celkové anestezii

Z výzkumu vyplynulo, že jednotlivá pracoviště, na nichž probíhají konzervačně-chirurgická ošetření chrupu v celkové anestezii, různým způsobem evidují počty a podrobnější informace ohledně ošetření. Mnohdy pro ně bylo velmi obtížné či téměř nemožné údaje dohledat, zejména pak co se týče důvodů indikace ošetření (některá pracoviště důvody neevidují vůbec).

Ačkoliv chápeme, že požadavek představuje určitou administrativní zátěž navíc pro daná pracoviště, domníváme se, že bez přehledné evidence není možné uskutečňovat a následně hodnotit jednotlivá nápravná/zlepšovací opatření prováděná na poli zubní péče u pacientů s postižením.

Pracoviště by tedy měla ideálně u všech konzervačně-chirurgických ošetření přehledně evidovat jejich počty a důvody indikace těchto ošetření tak, aby je mohla dohledat a předložit pro účely vyhodnocování opatření na poli zubní péče u osob s postižením.

¹³⁸ V podrobnostech odkazujeme na webové stránky jednotlivých zdravotních pojišťoven či webové stránky Asociace dentálních hygienistek.



H.4.2 Při výzkumech v oblasti ústního zdraví sbírat data také ve vazbě na zdravotní postižení

Adresáti doporučení: Ministerstvo zdravotnictví, Česká stomatologická komora, vysoké školy

Přijetím Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením se Česká republika mimo jiné zavázala ke shromažďování informací, včetně statistických dat a výsledků výzkumů, které jí umožní formulovat a provádět politiku zaměřenou na plnění závazků, vyplývajících z této Úmluvy.¹³⁹

Zároveň jí Úmluva ukládá, aby při získávání a uchovávání těchto informací respektovala pravidla ochrany osobních údajů, mezinárodně uznávané normy na ochranu lidských práv a základních svobod a etické principy získávání dat a využívání statistických údajů.

Jak jsme uvedli výše, studií, týkajících se ústního zdraví a zubní péče o lidi se zdravotním postižením, bylo v ČR provedeno poskrovnu – proto (nejen) Ministerstvu zdravotnictví doporučujeme, aby při zadávání či realizaci budoucích výzkumů na tuto skupinu pamatovalo.

Aby sběr dat probíhal v souladu s požadavky čl. 31 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, současně doporučujeme využít nástroje vytvořené Washingtonskou skupinou pro statistiku zdravotního postižení (Washington Group on Disability Statistics).

Washingtonská skupina pro statistiku zdravotního postižení je pracovní skupinou při Statistické komisi OSN. Jejím úkolem je podpora a koordinace mezinárodní spolupráce v oblasti shromažďování údajů o zdravotním postižení tak, aby tato data byla srovnatelná v mezinárodním měřítku. Za tímto účelem vytvořila výše zmíněné nástroje. Prvním z nich je tzv. Krátký soubor otázek týkajících se zdravotního postižení (Short Set of Disability Questions)¹⁴⁰, následuje tzv. Rozšířený soubor otázek (Extended Question Set on Functioning)¹⁴¹ a speciální modul pro děti (Child functioning)¹⁴², vytvořený ve spolupráci s Dětským fondem OSN (UNICEF). Podrobné informace o všech nástrojích a jejich využitelnosti jsou dostupné na webových stránkách Washingtonské skupiny pro statistiku zdravotního postižení (<http://www.washingtongroup-disability.com/>).

139 Čl. 31 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

140 Dostupné z <http://www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/short-set-of-disability-questions/>.

141 Dostupné z <http://www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/extended-set-of-disability-questions/>.

142 Dostupné z <http://www.washingtongroup-disability.com/washington-group-question-sets/child-disability/>.

I. Příloha

Poskytování stomatologického ošetření v celkové anestezii

Dotazník pro poskytovatele zdravotních služeb

A. Počty ošetření

1. Kolika **dospělým pacientům** (po dovršení 18. roku věku) jste v uplynulých třech letech poskytli konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii z následujících důvodů?
U každé kategorie prosím uveďte počty pacientů za jednotlivé roky.

	2015	2016	2017
Neošetřitelnost z důvodu <u>mentálního postižení</u> či PAS ¹⁴³			
Neošetřitelnost z důvodu <u>psychiatrické indikace</u> (podloženo doporučením psychiatra či klinického psychologa)			
Neošetřitelnost z důvodu <u>jiné zdravotní indikace</u>			
Tzv. nespolupracující pacienti (bez zdravotní indikace)			

2. Kolika **dětským pacientům** (do dovršení 18. roku věku) jste v uplynulých třech letech poskytli konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii z následujících důvodů?
U každé kategorie prosím uveďte počty pacientů za jednotlivé roky.

	2015	2016	2017
Neošetřitelnost z důvodu <u>mentálního postižení</u> či PAS ¹⁴⁴			
Neošetřitelnost z důvodu <u>psychiatrické indikace</u> (podloženo doporučením psychiatra či klinického psychologa)			
Neošetřitelnost z důvodu <u>jiné zdravotní indikace</u>			
Tzv. nespolupracující pacienti (bez zdravotní indikace)			

143 Porucha autistického spektra.

144 Porucha autistického spektra.



3. Pokud jste v uplynulých třech letech poskytli alespoň jednomu pacientovi (dětskému nebo dospělému) konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii z důvodu jiné zdravotní indikace, o jaké indikace se jednalo?

A. Šlo o tyto indikace: _____

B. Žádnému takovému pacientovi jsme v uplynulých třech letech ošetření neposkytli.

FILTR: Na otázku č. 4 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 3 zvolili možnost A.

4. Co se týče jiných zdravotních indikací, postačuje Vám doporučení k provedení konzervačně-chirurgického ošetření v celkové anestezii od ambulantního stomatologa, nebo vyžadujete doporučení od příslušného odborného lékaře?

Můžete označit více možností.

A. Postačuje nám doporučení ambulantního stomatologa

B. Vyžadujeme doporučení od příslušného odborného lékaře

C. Jiná možnost – jaká?

FILTR: Na otázku č. 5 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 4 zvolili možnost C.

5. O jakou jinou možnost se jedná?

6. Pokud jste v uplynulých třech letech poskytli alespoň jednou konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii tzv. nespolupracujícímu pacientovi (dětskému nebo dospělému), jaké předpoklady musely být pro provedení zákroku splněny?

A. Abychom takového pacienta ošetřili v celkové anestezii, musí být splněny následující předpoklady: _____

B. Žádnému takovému pacientovi jsme v uplynulých třech letech ošetření neposkytovali.

B. Personální zajištění a věcné vybavení pracoviště

7. Kolik klinických stomatologů provádí na Vašem pracovišti konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii?

Počet klinických stomatologů: _____

Počet klinických stomatologů přepočten na celé pracovní úvazky: _____



8. Má Vaše pracoviště k dispozici vlastní operační sál? Spadají lůžka, která využívají Vaši pacienti, přímo pod Vaše pracoviště?

	Ano	Ne
Máme k dispozici vlastní operační sál		
Lůžka využívaná našimi pacienty spadají přímo pod naše pracoviště		

FILTR: Na otázku č. 9 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 8 uvedli, že nemají k dispozici vlastní operační sál.

9. Pod jaké pracoviště spadá Vámi využívaný operační sál?

FILTR: Na otázku č. 10 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 8 uvedli, že lůžka využívaná jejich pacienty nespádají přímo pod jejich pracoviště.

10. Pod jaké pracoviště spadají lůžka využívaná Vašimi pacienty?

11. Kolik lůžek má pracoviště k dispozici pro pacienty, kteří podstoupili zákrok v celkové anestezii?

12. Kolik operačních dnů připadá (průměrně) na jeden měsíc?

13. Kolik konzervačně-chirurgických ošetření v celkové anestezii je pracoviště schopno provést v jednom operačním dnu?

14. Došlo v uplynulých třech letech (2015-2017) ke změnám personálního zajištění či věcného vybavení, které ovlivnily délku čekací doby?

A. Ano

B. Ne

FILTR: Na otázku č. 15 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 14 zvolili možnost A.

15. O jaké změny ovlivňující délku čekací doby se jednalo?

C. Čekací doby

16. Jaké byly průměrné čekací doby dětských a dospělých pacientů na konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii na Vašem pracovišti v následujících obdobích?

Uved'te prosím počty dní.

	Dětské pacienty: průměrná čekací doba (ve dnech)	Dospělí pacienti: průměrná čekací doba (ve dnech)
Rok 2015		
Rok 2016		
Rok 2017		
Stav k 1. 2. 2018		



17. Liší se k 1. 2. 2018 průměrné čekací doby na výkon v případě pacientů se zdravotní indikací a bez zdravotní indikace?

- A. Ano
- B. Ne

FILTR: Na otázku č. 18 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 17 zvolili možnost A.

18. Jak se liší (k 1. 2. 2018) průměrné čekací doby na výkon v případě pacientů se zdravotní indikací a bez zdravotní indikace?

Uved'te prosím počet dní u jedné i druhé kategorie.

- A. Pacienti se zdravotní indikací: _____
- B. Pacienti bez zdravotní indikace: _____

19. Považujete současné čekací doby na konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii na Vašem pracovišti z medicínského hlediska za přijatelné?

- A. Rozhodně ano
- B. Spíše ano
- C. Spíše ne
- D. Rozhodně ne

20. Které faktory znemožňují zkrácení průměrné čekací doby na Vašem pracovišti?

Můžete označit více možností.

- A. Nedostatečné personální zajištění
- B. Kapacita operačních sálů
- C. Počet disponibilních lůžek
- D. Smluvní ujednání se zdravotními pojišťovnami
- E. Jiný důvod
- F. Čekací doba je na našem pracovišti přiměřená a nepředstavuje problém

FILTR: Na otázku č. 21 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 20 zvolili možnost E.

21. O jaké jiné důvody se jedná?

D. Stížnosti

22. Obdržela Vaše nemocnice v uplynulých třech letech stížnost¹⁴⁵ na postup Vašeho pracoviště v souvislosti s poskytováním konzervačně-chirurgického ošetření v celkové anestezii?

- A. Ano
- B. Ne

FILTR: Na otázky č. 23 - č. 25 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 22 zvolili možnost A.

¹⁴⁵ Podle § 93 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a o podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.



- 23. Kolik takových stížností obdržela Vaše nemocnice v uplynulých třech letech? V kolika stížnostech figurovala námitka dlouhé čekací doby? V kolika stížnostech figurovala námitka týkající se komunikace a informovaného souhlasu? Kolik stížností v těchto kategoriích bylo shledáno důvodnými?**

Uved'te prosím číslovkou.

	Počet obdržených stížností	Z toho počet stížností shledaných důvodnými
Celkový počet stížností za roky 2015-2017		
Z toho počet stížností na dlouhé čekací doby		
Z toho počet stížností týkajících se komunikace a informovaného souhlasu		

- 24. Pokud byla alespoň jedna stížnost týkající se dlouhé čekací doby shledána jako důvodná, jaká byla přijata nápravná opatření?**



25. Pokud byla alespoň jedna stížnost týkající se komunikace a informovaného souhlasu shledána jako důvodná, jaká byla přijata nápravná opatření?

E. Úhrady

26. Z našich poznatků vyplývá, že některá pracoviště vybírají přímo od pacientů úhradu za konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii a za navazující jednodenní péči. Požaduje Vaše pracoviště v souvislosti s uvedeným ošetřením přímou úhradu od pacienta s/bez zdravotní indikace?

	Ano, požadujeme přímou úhradu za <u>ošetření</u>	Ne, nepožadujeme přímou úhradu za <u>ošetření</u>	Ano, požadujeme přímou úhradu za <u>jednodenní péči</u>	Ne, nepožadujeme přímou úhradu za <u>jednodenní péči</u>
Pacient <u>se</u> zdravotní indikací				
Pacient <u>bez</u> zdravotní indikace				

FILTR: Na otázku č. 27 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 26 uvedli, že požadují přímou úhradu od pacienta se zdravotní indikací.

27. Pokud požadujete od pacienta se zdravotní indikací přímou úhradu za konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii, v jaké výši je účtována?

FILTR: Na otázku č. 28 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 26 uvedli, že požadují přímou úhradu od pacienta bez zdravotní indikace.

28. Pokud požadujete od pacienta bez zdravotní indikace přímou úhradu za konzervačně-chirurgické ošetření v celkové anestezii, v jaké výši je účtována?



FILTR: Na otázku č. 29 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 26 uvedli, že požadují přímou úhradu od pacienta se zdravotní indikací.

29. Pokud požadujete od pacienta se zdravotní indikací přímou úhradu za jednodenní péči, v jaké výši je účtována?

FILTR: Na otázku č. 30 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 26 uvedli, že požadují přímou úhradu od pacienta bez zdravotní indikace.

30. Pokud požadujete od pacienta bez zdravotní indikace přímou úhradu za jednodenní péči, v jaké výši je účtována?

F. Vzdělávání

31. Probíhají na Vašem pracovišti praxe studentů lékařských či nelékařských zdravotnických oborů (ať už VŠ, VOŠ, SŠ), zaměřené na specifika poskytování zdravotních služeb osobám s mentálním postižením?

- A. Ano
- B. Ne

FILTR: Na otázku č. 32 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 31 zvolili možnost A.

32. Uveďte prosím podrobnější informace o praxi studentů: o jaký obor a vzdělávací zařízení se jedná, a v jakém rozsahu praxe probíhá?

33. Jakým způsobem byli Vaši zaměstnanci proškoleni o specifikách poskytování zdravotních služeb osobám s mentálním postižením?

Můžete zvolit více odpovědí.

- A. V rámci VŠ studia
- B. V rámci specializačního vzdělávání
- C. V rámci celoživotního vzdělávání
- D. V rámci kurzů realizovaných na Vašem pracovišti
- E. Jinak



FILTR: Na otázku č. 34 odpovídají pouze respondenti, kteří v otázce č. 33 zvolili možnost E.

34. O jaký jiný způsob se jedná?

G. Jiné

35. Máte k tématu poskytování konzervačně-chirurgického ošetření v celkové anestezii další připomínky, návrhy nebo komentáře?

36. Uveďte prosím název Vašeho pracoviště.

37. Uveďte prosím kontaktní údaje osoby, která byla pověřena vyplněním dotazníku za Vaše pracoviště.
