ETICKÁ REFLEXIA PROBLÉMOV DOMÁCEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

Ethical reflection of problems of the home nursing care in the Slovak Republic

Mária Nemčeková, Mária Tabaková

IX: 1 - 211, 2007
ISSN 1212-4117

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

Summary

The work is targeted at ethical reflection of providing the home nursing care in the Slovak Republic.

Methods: analytical and synthetic reasoning procedures and a comparative analysis of legislative documents were used in the explanation of the problem studied.

The authors critically indicate moral consequences resulting from legislative, organizational and economical conditions of providing this type of the care in the Slovak Republic. They emphasize the fact that the methodological and organizational superiority of physicians and insurance companies involves a certain discrimination of the nursing profession, nurses, patients and families, and it does not make the nurses possible to provide to the full extent the care, in which they are qualified, which is their obligation in accordance with the legislation, and which is warranted for its acceptors based on laws, regulations and charters of rights. The problems considered also include the attainability of the nursing care and possibility of a free choice of the facility, which is currently not considerably employed by the patients. A further level of the ethical consideration is associated with specific features of the home environment, which is an optimum environment for providing the care. However, the protection of the privacy can also present conditions for a more distinct isolation, vulnerability and helplessness of the care acceptor. Different conditions in certain countries are also discussed, where, within the scope of enhancing the quality, the attention is being paid not only to rights and duties of the client in agencies, but also to activities of caregivers that are prohibited in the home environment. The authors only identified the third circle of ethical problems associated with making decisions, autonomous activity and responsibility of the nurse, but without its further analysis with respect to the extent of the contribution presented

Key words: Human rights – rights of the patient – gender viewpoint – discrimination – home nursing care – ethics

Súhrn

Cieľ práce je etická reflexia poskytovania domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike.

Metódy práce: na explanáciu štruktúry daného problému sme použili analyticko-syntetické myšlienkové postupy a komparatívnu analýzu legislatívnych dokumentov.

Autorky v článku kriticky poukazujú na morálne dôsledky, vyplývajúce z legislatívnych, organizačných a ekonomických podmienok poskytovania tejto starostlivosti v Slovenskej republike. Zdôrazňujú, že metodologická a organizačná nadradenosť lekárov a poisťovní vedie k diskriminácii ošetrovateľského povolania, sestier, pacientov/rodín, pretože neumožňuje sestram v plnom rozsahu poskytovať starostlivosť, na ktorú majú kvalifikáciu, ktorá im ako povinnosť vyplýva zo zákona a zákonmi, vyhláškami aj chartami práv je garantovaná aj pre prijímateľov. Riešenými problémami sú aj dostupnosť zdravotnej starostlivosti a možnosť slobodného výberu zariadenia, čo v súčasnosti pacienti veľmi nevyužívajú. Ďalšiu rovinu etických úvah spájajú so špecifikami domáceho prostredia, ktoré sa považuje za najoptimálnejšie pre starostlivosť. Ochrana súkromia však môže vytvárať aj podmienky pre väčšiu izoláciu, zraniteľnosť a bezbrannosť prijímateľa starostlivosti. Poukazujú na

odlišné podmienky v niektorých krajinách, kde sa v rámci zvyšovania kvality vypracovávajú nielen práva a povinnosti klienta v agentúre, ale aj aktivity, ktoré sú pre poskytovateľov starostlivosti v domácom prostredí zakázané. Tretí okruh etických problémov, spätý s rozhodovaním, autonómnym konaním a zodpovednosťou sestry autorky len identifikovali, ale vzhľadom na rozsah tohto príspevku nerozpracovali.

Kľúčové slová: ľudské práva – práva pacienta – rodové hľadisko – diskriminácia – domáca ošetrovateľská starostlivosť – etika

ÚVOD

V Slovenskej republike sa uskutočňuje množstvo zmien súvisiacich s reformou zdravotníctva. Ich súčasťou sú aj tendencie uplatňovať etické princípy a normy v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, najmä v lôžkových zariadeniach. Táto, na pohľad priaznivá situácia v ochrane ľudských práv sa po hlbšej analýze legislatívnych dokumentov a porovnaním s ich aplikáciou v praxi vôbec nejaví ako optimálna. Práva pacientov sú síce deklarované v súlade so základnými dokumentmi platnými v Európskej únii (Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe, 1994, European Charter of Patients' Rights, 2002), spôsob ich realizácie v praxi však preferuje najmä niektoré z nich i napriek tomu, že „účelom charty nie je uprednostňovať niektoré etické aspekty“ (European Charter of Patients' Rights, 2002). Najväčší dôraz sa kladie na problém autonómie pacienta, t. j. jeho informovanie a získavanie súhlasu s poskytovanou starostlivosťou. To vyplýva nielen z *Charty práv pacienta v Slovenskej republike* (Čl. 3, 2001), ale je presne vymedzené aj *Zákonom č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti*. Aj keď ide skôr o právny akt, ktorý môže v prípade sporu slúžiť ako podklad pre rozhodovacie orgány a ostatným právam, ktoré sú záväzné predovšetkým morálne sa venuje v praxi menšia pozornosť, je tu viditeľný pokrok v ochrane individua v porovnaní s obdobím platnosti *Zákona 277/1994 Z. z.*, ktorý bol účinný do 31. 12. 2004. Odstraňovaniu paternalizmu vo vzťahu k pacientom a ich právam sa vzhľadom na začlenenie do európskych štruktúr už venuje určitá pozornosť. Nerovné spoločenské postavenie ďalšej významnej sociálnej skupiny – sestier však zostáva na okraji záujmu. Deloughery (1991, s. 392) hovorí o mnohých i historických vplyvoch paternalistickej spoločnosti na status sestry, ktoré radia toto povolanie väčšinou k ženám, na ktoré je nahlíadané ako na zmiernovateľky utrpenia a bytosti

bezvýhradne oddané mienke lekára (archetypicky vnímaného v role muža). Dnes sa na Slovensku zdôrazňuje potreba „odpojenia sa od esencializmu“, ktorý chápe starostlivosť o človeka ako prirodzenú ženskú vlastnosť (Kiczková, Szapuová, 2005, s. 43). V týchto súvislostiach možno pripomenúť, že už zakladateľka vedeckeho a profesionálneho ošetrovateľstva F. Nightingale (1820-1910) odmietala konzervatívnu tradíciu, že žena má niečo robiť, starať sa o niekoho len preto, že je to „ženská práca“ či práca „primeraná pre ženy“. Starostlivosť o iných (chorých i zdravých) považovala za umenie, ktoré sa má vykonávať úprimne, láskavo a s čistotou srdca, čo možno interpretovať ako zdôraznenie významu a hodnoty vzťahuvej stránky tohto povolania (sociologický prístup) a jednu z odlišností od vtedajšieho chápania poslania a cieľa medicíny (Nightingale, 1969, s. 135-136). Na základe sociologického prístupu odlišila aj predmet ošetrovateľstva (človek v chorobe i zdraví v interakcii s prostredím) od poznávacieho záujmu medicíny, vychádzajúceho z biológie (choroba, patológia), čo zdôvodnila základným rozdielom – ošetrovateľský záujem je zameraný skôr na chorého ako na chorobu a tomu má byť prispôbené aj vzdelanie sestier.

Ošetrovateľstvo ako autonómna profesia sa veľkou mierou podieľa na poskytovaní starostlivosti súvisiacej so zdravím jednotlivcov, skupín i populácie. Kriticky však treba poznamenať, že do roku 2004 táto významná súčasť starostlivosti zostala v legislatívnych dokumentoch nepovšimnutá. Aj v súčasnosti stále platný dokument *Charta práv pacienta*, ktorú prijala vláda Slovenskej republiky 11. 4. 2001, vôbec ošetrovateľstvo a sestry nespomína, hovorí sa v ňom len o lekároch, vyšetrovaní a liečbe, hoci európske dokumenty (Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe, 1994) uvádzajú vo všetkých položkách liečenie a ošetrovanie. Urči-

tú zmenu v legislatíve (nie v praxi) priniesol až *Zákon č. 576/2004 Z. z.*, ktorý nadobudol účinnosť od 1. 1. 2005. Ošetrovateľstvo, kde viac ako 90 % personálu tvoria ženy, patrí k profesiám, ktorým sa z hľadiska tradícií i na základe súčasných politicko-organizačných podmienok nevytvárajú dosta-točné možnosti pre odstraňovanie nerovnosti a diskriminácie sestier. Toto povolanie napriek prudkému rozvoju jeho teoretickej a vzdelavacej bázy u nás po roku 1989 je poznačené handicapmi, akými sú dlhodobá podriadenosť medicíne a skutočnosť, že v ňom prevládajú ženy. Historické stereotypy sú v týchto vzťahoch mimoriadne rezistentné voči zmenám. Je preto príznačné, že sa ošetrovateľstvo nevyvíja z kultúrneho rámca, v ktorom má práca žien nižší spoločenský status so všetkými dôsledkami. Aj pre ošetrovateľstvo platí nízky podiel na rozhodovaní, nedostatočný počet sestier, ich preťaženosť a časová tieseň, nízke ohodnotenie (normatívny počet pracovných miest nevyjadrujú potreby a neberú do úvahy zmeny v náročnosti ošetrovateľskej starostlivosti ani vysokoškolskú kvalifikáciu sestier; sestry často vykonávajú prácu za chýbajúci pomocný personál), zlá ekonomická situácia, nedostatok materiálu a jednorazových pomôcok môžu viesť porušovaniu morálnych zásad a k vnútorným konfliktom, nedostatok pomôcok na uľahčenie práce (polohovacie postele, monitory a i.) zvyšuje fyzickú náročnosť. Dominancia medicíny sa prejavuje nielen v organizácii a riadení, ale aj v oblasti vedy a výskumu, kde sa podceňuje iná ako prírodovedná metodológia a z nej vyplývajúce metodiky, čo nepriaznivo ovplyvňuje aj pridelovanie a hodnotenie grantových projektov a rozvoj vedeckej bázy ošetrovateľstva.

DOMÁCA OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ

Jednou zo sfér zdravotnej starostlivosti, ktorá zostáva bez povšimnutia cez zorný uhol etiky, ale prináša množstvo etických problémov, je poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti (DOS). V organizácii a fungovaní agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) prebieha mnoho zmien. Prioritou by mal byť spoločný postup pri riešení problémov v rôznych oblastiach: odbornej (vrátane etických problémov), organizačnej, ekonomickej, legislatívnej a sociálnej. Predmetom nášho záujmu sú

etické problémy vznikajúce pri starostlivosti o pacienta v domácom prostredí, kde komplexnejšie spracovanie v podmienkach Slovenska abscentuje.

Otázky a problémy, ktoré sú predmetom ošetrovateľskej etiky, vyplývajú z dvoch stránok práce sestier. Ich práca je určitým procesom (posudzovanie, diagnostika, plánovanie, realizácia, vyhodnotenie) a zároveň je medziľudským vzťahom (sociálne role, kvalita vzťahov medzi sestrou a pacientom, sestrou a príbuznými pacienta, medzi profesionálmi navzájom) (Nemčeková, 1998, s. 78). Poskytovanie starostlivosti v domácom prostredí sa považuje za najoptimálnejšie a má pre prijímateľa množstvo výhod. Zároveň sa málo reflektuje skutočnosť, že táto starostlivosť môže byť domácimi podmienkami aj komplikovaná a mala by podliehať väčšej spoločenskej kontrole nielen jej technicko-procesuálna, ale aj vzťahová stránka.

Všeobecne, v najširších morálnych súvislostiach je poskytovanie zdravotnej starostlivosti vymedzené štyrmi základnými etickými princípmi, ktoré sa vzájomne dopĺňajú a tvoria jednotu.

1. Princíp nonmaleficiencie, vyjadrený imperatívom: „Nikdy neuškod!“.
2. Princíp beneficencie, dobrodenia: „Pomáhaj!“.
3. Princíp úcty k autonómii pacienta, liečenie a ošetrovanie s rešpektovaním jeho ľudskej dôstojnosti.
4. Princíp spravodlivosti.

Tieto princípy sa konkretizujú v profesijných kódexoch a právach pacientov, niektoré etické aspekty povolania vrátane výkonu praxe sú zohľadnené aj v legislatívnych dokumentoch (zákonoch a vyhláškach). Na rozdiel od lôžkových zariadení sa aplikácia základných etických princípov v domácom prostredí rozširuje a komplikuje v súvislosti:

- s ekonomickými a organizačnými podmienkami poskytovania ambulantnej a domácej starostlivosti,
- s ochranou súkromia v rodinnom prostredí.

ZDROJE NAJČASTEJŠÍCH ETICKÝCH PROBLÉMOV V POSKYTOVANÍ DOMÁCEJ STAROSTLIVOSTI

1. Organizačno-ekonomické

Nedostatočné podmienky pre autonómiu

povolania.

Pretrvávajúca nerovnosť medicíny a ošetrovateľstva a z nej vyplývajúca diskriminácia sa vo väčšej miere uplatňuje v poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti ako na lôžkových oddeleniach.

Domácu ošetrovateľskú starostlivosť indukuje lekár, čo sa dostáva do rozporu s inými legislatívnymi normami, s právami pacienta a etickým kódexom sestry. Napriek platnej legislatíve, ktorá definuje ošetrovateľskú starostlivosť ako „zdravotnú starostlivosť poskytovanú sestrou s odbornou spôsobilosťou metódou ošetrovateľského procesu“ (Zákon 576/2004, § 2, ods. 13, 14, 15, 18) a vymedzuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom (Vyhláška 364/2005, § 2), o odborných a organizačných otázkach DOS rozhodujú predovšetkým iní profesionáli – lekári a pracovníci poisťovní. Dominancia medicíny a biomedicínskeho modelu starostlivosti vychádza z lekárskej diagnózy, čo sa odráža aj v somatizácii človeka, v nedocenení iných ako fyziologických potrieb súvisiacich s chorobou. Táto redukcia problémov človeka zužuje možnosti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a znevýhodňuje aj pacientov alebo rodinu. Realizovať starostlivosť metódou ošetrovateľského procesu, ktorá ako povinnosť vyplýva sestram z zákona, neumožňuje ani ekonomické záujmy poisťovní. Financovanie ADOS závisí od príslušnej regionálnej zdravotnej poisťovne, ktorá prepláca výkony na základe bodového ohodnotenia. Spektrum výkonov s bodovým ohodnotením, ktoré sa môžu uskutočňovať sestrami a pôrodnými asistentkami v domácom prostredí pacienta, je stanovené *Nariadením vlády SR č. 223/2005 Z.z.* Problémy financovania ADOS súvisia najmä s tým, že sa nepreplácajú všetky výkony uvedené vo vyhláške. Revízny lekár príslušnej regionálnej poisťovne schvaľuje, ktoré z naplánovaných výkonov poisťovňa preplatí. Medzi vykázanými a uhradenými výkonmi je rozdiel v neprospech pracovníčok agentúr. Výkony nevyhnutné pre prácu metódou ošetrovateľského procesu (príjem pacienta do ADOS a odobratie sesterskej anamnézy; poučenie príbuzných alebo členov komunity; vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti; odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti a i.) sú bez bodového zvýhodnenia. Napríklad bez identifikácie

problémov sestra ťažko môže stanoviť sesterské diagnózy, ktoré sú „slovným vyjadrením pacientových potrieb a ošetrovateľských problémov...“ a „sú využiteľné vo všetkých typoch zdravotníckych zariadení i v domácom prostredí pacienta“ (Vyhláška Ministra zdravotníctva SR č. 306/2005, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz). Takúto prax nemôžeme chápať inak, len ako prejav diskriminácie povolania, sestier, pacientov/rodiny, pretože neumožňuje sestram v plnom rozsahu poskytovať starostlivosť na princípe beneficencie a princípe spravodlivosti, teda v rozsahu, ktorý sa pacientom garantuje zákonmi, vyhláškami aj chartami práv. Veľká časť odbornej zdravotníckej verejnosti i laici ani nepoznajú možnosti a úlohy ošetrovateľstva. Sestra je v spoločnosti stále považovaná len za pomocníčku, ktorej úlohou je plniť pokyny lekára.

V informačnej spoločnosti 21. storočia média tejto problematike nevenujú žiadnu pozornosť, ak nepočítame klipy a reklamy, kde sestry nemajú dôstojné postavenie, aké im právom prináleží.

Dostupnosť zdravotnej starostlivosti

Právo na zdravotnú starostlivosť sa definuje ako právo na využívanie výhod zdravotníckeho systému a zdravotníckych služieb, ktoré sú v štáte dostupné. „Zdravotnícke služby musia byť dostupné a poskytovať sa na princípe rovnosti, bez diskriminácie a podľa finančných, ľudských a materiálnych zdrojov v spoločnosti.“ (Charta práv pacienta v Slovenskej republike, 2001, čl. 7) Podľa *Zákona č. 578/2004, (§5): „verejná minimálna sieť poskytovateľov je usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území príslušného samosprávneho kraja v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť s prihliadnutím na:*

- počet obyvateľov príslušného územia vrátane novej odchýlky vo vzťahu ku geografickým a demografickým podmienkam príslušného územia,
- chorobnosť a úmrtnosť obyvateľov príslušného územia.“

Pre vytváranie nových sesterských miest v ADOS je potrebné brať do úvahy legislatívne podmienky dané zákonom. V regiónoch Slovenska nie sú rovnaké demografické podmienky (väčšia hustota jednotlivcov v staršom veku, starobe či v období dlhovekosti), odlišná je aj chorobnosť. Vzhľadom na to je na určitých územiach potrebný väčší počet sestier poskytujúcich domácu ošetrovateľskú starostlivosť.

Otázkou je, či súčasná sieť ADOS zodpovedá rozloženiu obyvateľov v jednotlivých regiónoch len administratívne, plošne vzhľadom na počet obyvateľov, alebo aj z hľadiska potreby starostlivosti. Sestry ADOS v niektorých oblastiach bojujú o každého pacienta a v iných je počet pacientov ošetrovaných sestrou veľmi vysoký, čo môže nepriaznivo ovplyvňovať slobodný výber agentúry, uspokojovanie potrieb pacienta ako aj prácu a pracovné podmienky sestry. Možnosť slobodného výberu zariadenia v súčasnosti pacienti veľmi nevyužívajú. Zrejme to súvisí aj s nedostatočne rozvinutým právnym vedomím našich občanov vo vzťahu k poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Uplatnenie slobody výberu by však pre sestry ADOS znamenalo, že budú starostlivosť poskytovať na väčšom území, čím sa sloboda pacientovho výberu dostane do konfliktu s ekonomikou ADOS, nakoľko poisťovne v SR (na rozdiel od Českej republiky) neuhrádzajú cenu za dopravu. Agentúry poskytujúce starostlivosť na väčšom území by boli ešte viac znevýhodnené.

Potreba sestier je limitovaná aj na základe ordinácie všeobecného lekára, potvrdenia revízného lekára a poisťovními. Dostupnosť tejto starostlivosti je teda vymedzená predovšetkým ekonomickými ukazovateľmi, čo môže byť a často aj je v rozpore s etickými princípmi. Ďalším dôsledkom necitlivej politiky vo vzťahu k domácej ošetrovateľskej starostlivosti je nízke finančné ohodnotenie tejto náročnej práce, ktoré často demotivuje rozhodnutie sestier vykonávať starostlivosť v domácom prostredí. Demotivujúcimi faktormi môžu byť aj fyzická náročnosť v dôsledku nedostatku pomôcok na uľahčenie práce, tlak času, prekonávanie vzdialeností bez možnosti použitia služobného motorového vozidla, nemožnosť pracovať v súlade s etickými a odbornými kritériami profesie a dosiahnutou kvalifikáciou a iné.

Spolupráca zdravotníckych pracovníkov

Vzťah poskytovateľa domácej starostlivosti ku spolupracovníkom má byť charakterizovaný predovšetkým vzájomnou spolupracou nielen s pracovníkmi z odboru ošetrovateľstva, ale aj z ďalších odborov (Etický kódex sester, 2002). Podobne uvádza aj Etický kódex zdravotníckeho pracovníka (2004): „Zdravotnícki pracovníci, ktorí súčasne alebo následne vyšetrujú, liečia alebo ošetrojú toho istého pacienta, zá-

jomne spolupracujú.“⁴¹ V poskytovaní starostlivosti o pacienta v domácom prostredí sa však rozvíjajú najmä nezdravé konkurenčné vzťahy charakterizované súťažou o pacienta. Ekonomické záujmy a možnosť rozhodovať vedú všeobecných lekárov k tomu, že sa snažia so sestrami pracujúcimi v ambulancii vykonať komplexnú starostlivosť o svojho pacienta, v prípade potreby aj v teréne. Rozsah a kvalita starostlivosti zodpovedá prevažne požiadavkám vyplývajúcim z lekárskej diagnózy, nie zo zoznamu sesterských diagnóz a možností ošetrovateľstva. Často nekontaktujú ADOS, aby nestratili body získané starostlivosťou o pacienta. „Spolupráca“ je vlastne subordináciou, podriadením sa metodologicky biomedicíne a osobne lekárovi, ktorý rozhoduje. Ďalší nežiaduci konkurenčný vzťah môže vzniknúť medzi jednotlivými ADOS ako súťaž o získanie „dôvery“ ošetrovateľského lekára. Aj keď je potrebné rešpektovať názor, že sú oblasti, v ktorých je nutné spolupracovať v záujme pacienta a rozvoja domácej ošetrovateľskej starostlivosti, dôležité je formovať vzťahy v konkurenčnom prostredí na základe vzájomného rešpektu a kultivovanej konkurencie (Slaný, 1996, s. 37). Konkurenčné prostredie by malo vytvárať podmienky pre pacienta, pre jeho slobodnú možnosť zvoliť si najvhodnejší spôsob starostlivosti. Ďalším etickým kritériom by mala byť skutočnosť, že žiadny človek, ktorý starostlivosť potrebuje, by nemal zostať „mimo siete“ alebo nepovšimnutý, ako tomu bolo napr. v prípade úmrtia invalida z Lukovištia, o čom informovali masovokomunikačné prostriedky (Lacková, 2006, s. 130), kde bola jeho družka odsúdená za „týranie blízkej osoby, ktorej spôsobila násilnou izoláciou a nedostatočnou starostlivosťou psychické a fyzické utrpenie končiac sa až smrťou“. Keďže nemal kto dať podnet na prešetrenie, ostáva neobjasnené, prečo sa o tohto pacienta nezaujímal napríklad jeho lekár prvého kontaktu.

2. Špecifiká domáceho prostredia

Popri nesporných výhodách, ktoré pre poskytovanie starostlivosti vytvára domáce prostredie, sú tu v porovnaní s ústavnou starostlivosťou iné riziká.

Nedostatočná spoločenská kontrola, väčšia odkázanosť

Intimita, ktorú zaručuje domáce prostredie

a ochrana súkromia rodiny, môže v niektorých prípadoch znevýhodňovať prijímateľa, robiť ho zraniteľnejším vzhľadom na menšiu spoločenskú kontrolu konania sestry, rodinných príslušníkov alebo všetkých súčasne. Ide napríklad o morálny problém dôvernosti. „Zdravotnícky pracovník nijakým spôsobom nesmie zneužívať dôveru a závislosť pacienta. Všetky informácie získané pri výkone povolania sú dôverné počas života pacienta, ako aj po jeho smrti.“ (Etický kódex zdravotníckeho pracovníka, 2004). Podobné vyjadrenia sú aj v ďalších dokumentoch (Etický kódex sestier, 2002, Charta práv pacienta v Slovenskej republike, 2001, čl. 6). V súlade s ustanoveniami *Zákona č. 576/2004, §11 má každý právo na zachovanie mlčanlivosti o všetkých údajoch týkajúcich sa jeho zdravotného stavu. Povinnosť mlčanlivosti môže zdravotníckeho pracovníka zbaviť osoba alebo orgán na žiadosť orgánov činných v trestnom konaní a súdov* (Zákon č. 578/2004, §80). Povinná mlčanlivosť, ku ktorej zaväzujú zdravotníckych pracovníkov zákon a etické kódexy, sa v lôžkových zariadeniach často porušuje tým, že informácie sa podávajú príbuzným, často bez vedomia a súhlasu pacienta. Pritom informácie možno dávať len osobe, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť, alebo inej osobe, ktorú táto určila, ak nejde o maloleté dieťa či inak nekompetentnú osobu (Zákon č. 576/2004, §6, ods. a). Sestra pracujúca v domácej starostlivosti je tiež viazaná mlčanlivosťou vo vzťahu ku všetkým informáciám týkajúcich sa zdravotného či sociálneho stavu prijímateľa. Výnimkou sú informácie, ktoré sa poskytujú ošetrovateľskému lekárovi a pracovníkom, ktorí sa zúčastňujú na starostlivosti o chorého (napr. sociálny pracovník, fyzioterapeut). V domácej starostlivosti však môže byť sestra vystavená väčšiemu tlaku príbuzných, navyše pacient, ak nie je dostatočne sebestačný, je izolovaný od kontaktov, nemôže sa brániť či sťažovať nielen na porušenie dôvernosti, ale ani na iné praktiky nátlaku, nedôstojného zaobchádzania či zneužívania.

Podobné situácie môžu nastať v súvislosti s povinnosťou získať informovaný súhlas pacienta. Podávanie informácií pacientovi je vymedzené *Zákom č. 576/2004 (§ 6) a Chartou práv pacienta v Slovenskej republike, 2001 (Čl. 3)*. „Ošetrojúci zdravotnícky pracovník je povinný poskytnúť poučenie zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas alebo informované odmietnutie.² Spôsob poučenia, informovaný súhlas, odmietnutie informovaného súhlasu a odvolanie informovaného súhlasu sú súčas-

tou zápisu do zdravotnej dokumentácie.“ (Zákon 576/2004, § 6, ods. 1, § 21). Aj sestra v domácej starostlivosti je povinná zodpovedne a v rámci svojej kompetencie informovať pacienta alebo jeho zákonného zástupcu o plánovanom rozsahu, rizikách, prognóze, obsahu a frekvencii výkonov realizovaných v rámci domácej starostlivosti. Etické problémy môžu vyplývať najmä zo zanedbania alebo formálneho vykonania tejto povinnosti z nedostatku času či trpezlivosti, z nátlaku na pacienta, ktorému nie sú vysvetlené všetky alternatívy, prípadne riziká, z ekonomických dôvodov, keď nie je informovaný o drahších výkonoch, ktoré by poisťovňa nepreplatila, alebo keď sestra musí odolávať tlaku príbuzných a nie je rešpektovaná vôľa prijímateľa starostlivosti. Každý kompetentný prijímateľ starostlivosti má plnú zodpovednosť za svoj život a mal by mať dostatok informácií a časového priestoru, aby mohol o sebe rozhodovať či spolurozhodovať a spolupracovať, napríklad pri vypracovaní a realizácii plánu ošetrovateľskej starostlivosti. Jeho príprava si vyžaduje nielen spoluprácu, ale aj určitý čas. Ako sme už uviedli, práve toto je jeden z výkonov, ktorý poisťovne neuhrádzajú.

Ochorenie nepostihuje len osobu samu, ale má vplyv aj na rodinných príslušníkov a blízkych.

Sestra môže ovplyvňovať prežívanie a konanie chorých a príbuzných a očakáva sa od nej, že zvládne fyzické aj psychické nároky svojho povolania a dokáže sa vyrovnáť s problémami spojenými s jeho výkonom. To vyžaduje nielen osobné kvality a dobrú profesionálnu pripravenosť, ale aj podmienky (časové, organizačné, ekonomické) pre výber vhodných metód práce s pacientom i jeho rodinou. Tlak času a iné, nami už uvádzané problémy, môžu sestru dostať aj do situácie, keď sa pri rozhodovaní o ďalšom ošetrovateľskom postupe ocitne v neistote, ak jestvuje viacej možností. Riešenie otázok spojených s rozhodovaním, konaním a osobnou morálnou zodpovednosťou sestry by si pre svoju zložitosť vyžadovalo osobitnú pozornosť.

Možnosť zneužitia domácich podmienok

Ako sme už uviedli, domáce prostredie môže byť nielen výhodou pre svoju intimitu, ale aj rizikom izolácie a väčšej bezmocnosti pacienta. Z dôvodov špecifickosti domácich podmienok,

sú v niektorých krajinách vypracované etické kódexy reflektujúce túto problematiku.

Príkladom môže byť Kódex etiky pre poskytovanie domácej starostlivosti, ktorý prijala Asociácia domácej starostlivosti na Floride. Je sumarizáciou etických princípov a noriem, má usmerňovať konanie poskytovateľov domácej starostlivosti s cieľom zvýšiť jej kvalitu (The Code of Ethics, 2005).

Oveľa väčšou inšpiráciou z hľadiska ochrany prijímateľa starostlivosti v špecifických domácych podmienkach môže byť kódex etiky, vypracovaný v agentúre „Ease Home Care“. Tu sú explicitne vyjadrené zakázané aktivity poskytovateľa starostlivosti, aby sa predchádzalo zneužitiu prijímateľa v jeho situácii odkázanosti. V tejto agentúre sa snažia o partnerstvo medzi prijímateľom a poskytovateľmi domácej starostlivosti a vypracovali aj práva a povinnosti svojich klientov (Ethics, Rights and Responsibilities, 2003).

Medzi zakázané aktivity poskytovateľa starostlivosti patrí:

- Používať auto klienta.
- Konzumovať klientovo jedlo a pitie (s výjimkou vody).
- Používať telefón klienta pre osobné hovory.
- Rozprávať so spolupracovníkmi alebo inými osobami o problémoch, náboženstve alebo politickom presvedčení klienta.
- Akceptovať vecné alebo finančné dary.
- Priviesť iné osoby do domácnosti klienta.
- Konzumovať alkoholické nápoje, užívať lieky alebo drogy v domácnosti klienta alebo pred poskytovaním služieb.
- Fajčiť v domácnosti klienta.
- Žiadať alebo akceptovať od klienta peniaze alebo tovar pre osobný zisk.
- Porušiť klientovo súkromie a dôvernosť informácií a záznamov.
- Zobrať čokoľvek z klientovej domácnosti.
- Dopustiť sa akéhokoľvek činu zneužitia, zanedbávania alebo využívania klienta (Ethics, Rights and Responsibilities, 2003).

Práva klienta v agentúre „Ease Home Care“:

- Byť agentúrou plne informovaný o svojich právach a povinnostiach.
- Primeraná a profesionálna starostlivosť vychádzajúca z požiadaviek klienta.

- Výber poskytovateľa starostlivosti.
- Adekvátne komunikácia so zamestnancami spoločnosti, zahŕňajúca tlmočníka alebo pomocu potrebnú na uľahčenie komunikácie.
- Participácia na tvorbe plánu ošetrovateľskej starostlivosti a právo byť vopred informovaný o frekvencii návštev a o starostlivosti poskytnutej profesionálmi z iných disciplín.
- Právo odmietnuť služby a byť informovaný o následkoch odmietnutia.
- Právo prehliadať záznamy o starostlivosti, pokiaľ to nie je kontra indikované lekárom.
- Mlčanlivosť a dôvernosť všetkých informácií týkajúcich sa starostlivosti.
- Včasná odpoveď od spoločnosti na jej/jeho žiadosť o služby.
- Primeraná kontinuita starostlivosti.
- Vyjadrenie nespokojnosti so službami bez obáv z odvetvy alebo diskriminácie.
- Včas byť informovaný o ukončení služieb alebo o presune do inej agentúry.
- Byť plne informovaný o zmenách v agentúre týkajúcich sa klienta, a to pred ich vykonaním.
- Byť informovaný o zmenách platieb.
- Dostávať služby bez ohľadu na rasu, presvedčenie, farbu, národnosť, handicap, vek alebo pohlavie.
- Byť ošetrovaný zamestnancami agentúry s dôstojnosťou a úctou, vrátane úcty k osobnému vlastníctvu.
- Právo odporučiť inú agentúru, ak sú z nejakých dôvodov služby zamietnuté.

Povinnosti klienta v „Ease Home Care“:

- Poskytnúť informácie týkajúce sa anamnézy a aktuálneho stavu dôkladne a kompletne, ako je len možné.
- Pomáhať v rozvíjaní a udržiavaní bezpečného a zdravého životného prostredia.
- Participovať na tvorbe a aktualizovaní plánu starostlivosti.
- Dodržiavať plán starostlivosti.
- Vyžiadať si objasnenie všetkého, čomu klient nerozumel.
- Informovať agentúru, ak klient chce zrušiť nejaké služby.
- Vyslovovať nespokojnosť zamestnancom agentúry.
- Chrániť zamestnancov agentúry pred nebezpečnými situáciami.

- Správať sa k zamestnancom agentúry s dôstojnosťou a úctou.

ZÁVER

Etickou reflexiou podmienok poskytovania domácej ošetrovateľskej starostlivosti v Slovenskej republike sme dospeli k trom tematickým okruhom etických problémov, ktoré by bolo možné ďalej rozpracovávať s cieľom ďalšieho skvalitňovania ošetrovateľskej starostlivosti a uplatňovania ľudských práv.

1. Etické otázky vyplývajúce z nedostatočnej autonómie povolania

Napriek skutočnosti, že Koncepcia agentúr domácej starostlivosti bola na Slovensku schválená v roku 1994, kde agentúry boli charakterizované ako samostatné funkčné jednotky umožňujúce ošetrovateľský monitoring, stanovenie ošetrovateľskej diagnózy a na jej základe poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti pri prevencii, terapii, rehabilitácii, poradenstve, zdravotnosociálnej starostlivosti a výchovnej starostlivosti (Vyhláška..., 1994), podmienky pre poskytovanie domácej starostlivosti agentúrami (ADOS) sú utvorené tak, že sestry nemôžu naplňať základné ustanovenia, ktoré pre ne vyplývajú zo zákona a ďalších legislatívnych predpisov, čo generuje aj mnohé etické problémy. Na túto skutočnosť sporadicky poukazuje aj ošetrovateľská literatúra. Žiaková (2000, s. 156; 2004, s. 148) uvádza, že: „Ďalší rozvoj domácej starostlivosti u nás brzdia nielen problémy vyplývajúce z legislatívneho modelu (preplácanie ošetrovateľských výkonov v domácej starostlivosti poisťovňami), ale aj skutočnosť, že túto ošetrovateľskú starostlivosť môže indikovať len lekár.“ Ošetrovateľské povolanie sa stále nevykonáva ako samostatná a nezávislá činnosť, ktorú garantuje Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z. určujúca rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou a pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. Tým sú poškodzovaní a diskriminovaní nielen pacienti, ale aj sestry z hľadiska výkonu svojho povolania a svojho postavenia vo vzťahu k lekárom a poisťovňam. Vyjadrené terminológiou etiky, podmienky neumožňujú v praxi rešpektovať princípy beneficencie, spravodlivosti a z časti aj princíp úcty k autonómii nielen voči pacientovi, ale aj voči sestrám a ošetrovateľstvu ako samostatnému povolaniu, ktoré sa profesionalizovalo a rozvíja svoje vedecké základy od polovice

19. storočia. Parafrázujúc Foucaulta (1991, s. 45) môžeme konštatovať, že na Slovensku nielen existuje moc zdravotníctva nad obyvateľstvom a moc administratívy nad spôsobom života ľudí, ale ešte stále aj moc (metodologická, organizačná, rozhodovacia) lekárskeho povolania nad ošetrovateľským aj v tých činnostiach, ktoré sú zákonom vymedzené ako samostatné.

2. Etické problémy spojené so špecifickými podmienkami starostlivosti v domácom prostredí

Ďalšiu skupinu etických problémov možno odvodzovať od špecifických podmienok v domácom prostredí, ktoré nemusia vždy poskytovať bezpečie a istotu vzhľadom na menšiu spoločenskú kontrolu ochranu súkromia v rodine. S tým súvisí aj väčšie riziko porušovania princípov úcty k autonómii a ľudskej dôstojnosti pacienta.

3. Etické aspekty rozhodovania a konania sestry

Tretou, tematicky nie menej dôležitou sférou náročnou na spracovanie z etického hľadiska by mohlo byť uplatňovanie princípu nonmaleficencie v ošetrovateľskej praxi a iné etické otázky spojené s rozhodovaním, konaním a zodpovednosťou sestry. Vzhľadom na rozsah príspevku sme sa tejto téme osobitne nevenovali.

LITERATÚRA

- BULLOUGH, B., BULLOUGH, V.: *Nursing in the community*. Printed in the United States of America: The C. V. Mosby Company, 1990, s. 712. ISBN 0-8016-6065-3.
- ČÁP, J., HOLMANOVÁ, E.: Návrh metodického spracovania témy: „Etické aspekty edukácie“. In: *II. ostravské sympozium ošetrovateľství s mezinárodní účastí. Sborník*. Eds. B. Dušová et al. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2002. s. 14–17.
- Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1994.
- DELOUGHERY, G.L.: *Issues and trends in nursing*. Mosby-Year Book, Inc.: for Library of Congress, 1991. s. 422.
- Domáci a primární péče včera, dnes a zítra. Adresář agentur domácí péče*. Vydáva Národní centrum domácí péče České republiky ve spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky a Ministerstvem zdravotnictví České republiky, 1998. s. 41.
- Ethics, Rights and Responsibilities. In *Ease Home Care, Inc.* [on-line]. [cit. 2005-07-09]. Dostupné z: <http://www.at-easehomecare.com/Rights.html>.

Etický kódex sestier, príloha č. 1. In: Zákon č. 311/2002 Z. z., o povolani sester, o povolani pôrodnej asistentky, o Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek.

Etický kódex sestier vypracovaný Medzinárodnou radou sestier. [on-line]. 2002. [cit. 2006-04-06]. Dostupné z: http://diskuze.rebeka.cz/index.php?p=preview&sekce=6_3&id=204.

Etický kódex zdravotníckeho pracovníka, príloha č. 4. In: *Zákon č. 578/2004 Z. z., Národnej rady Slovenskej republiky o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.*

Európska charta práv pacienta. Prednesená 15. novembra 2000 v Bruseli. [on-line]. 2002. [cit. 2006-05-15]. Dostupné z: <http://www.zdravie.sk/sz/72/Pravapacientov.html>.

European Charter of Patients' Rights. Basis document. [on-line]. Rome, November 2002. [cit. 2006-05-15]. Dostupné z: http://www.activecitizenship.net/health/european_charter.pdf.

FOUCAULT, M.: Prečo študovať moc: otázka subjektu. In: FOUCAULT, M., LYOTARD, J.F., DELEUZE, G., VATTIMO, G., FEYERABEND, P.K. *Za zrkadlom moderny*. 1. vyd. Bratislava: Archa, 1991. s. 42-52.

Home Health Nurses Assotiation. 2004. [on-line] Dostupné z: <http://www.hhna.org/> [cit. 2005-04-08].

Charta práv pacienta v Slovenskej republike. 2001. [on-line]. [cit. 2005-04-20]. Dostupné z: http://www.pravapacientov.sk/charta_prav_pacienta.doc

IVANOVÁ, K.: *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. s. 240.

KICZKOVÁ, Z., SZAPUOVÁ, M.: Konceptia rovnosti príležitostí z pohľadu etiky starostlivosti. In: *Kvalita života a rovnosť príležitostí: z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce*. Eds. A. Tokárová et al.: Zborník príspevkov z konferencie s medzinárodnou účasťou. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, s. 38-53.

LACKOVÁ, E.: Keď umiera „degeš“. In: *Plus 7 dní*, 2006, č. 20. s. 128-130.

MISCONIOVÁ, B.: Konceptce moderní domácí péče v České republice. In: *Rok 2000 přelom v ošetrovatelství?* Ed. H. Ulrychová, I. Vašátková. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2000. s. 9-11.

Nariadenie vlády SR č. 223/2005 Z.z zo 4. mája 2005, ktorým sa mení nariadenie vlády SR č. 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva Katalóg zdravotných výkonov.

NEMČEKOVÁ, M.: Bioetika a medicínska etika. In: *Praktické otázky etiky a morálky*. Ed. V. Gluchman, M. Dokulil. Prešov: PVT Bratislava, 1998. s. 71-86.

NIGHTINGALE, F.: *Notes of Nursing: What is it, and what is not*. 1. Dover ed. New York: Dover Publications, 1969. s. 140. ISBN 0-486-22340-X.

Organisation and Social Protection in the Member States. 2001. [on-line]. [cit. 2005-08-19]. Dostupné z: http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc2001/organisation_en.pdf.

ROBBINS, A. D. 1996. *Ethical and Legal Issues in Home Health and Long-Term Care. Challenges and Solutions*. Gaithersburg: An Aspen Publication, 1996. 236 p. SLA-NÝ, P.: Regionální vztahy a spolupráce – důvody vzniku Regionálních výborů ADP ČR. In: *Almanach VI. meziná-*

rodního kongresu komplexní domácí péče 1996. Praha: Asociace domácí péče České republiky, 1996. s. 37-38.

The Code of Ethics. 2005. In *Associated Home Health Industries Of Florida, Inc.* [on-line]. Dostupné z: <http://www.ahhif.org/displaycommon.cfm?an=1&suarticlenbr=12> [cit. 2005-03-01].

VESTNÍK MZ SR, oznamovacia časť: Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, roč. 43, 1995, čiastka 12-13, s. 85-87.

VYHLÁŠKA Ministra zdravotníctva SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.

VYHLÁŠKA MZ SR č. 364/2005 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistentky poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom.

ZÁKON č. 416/2001 Z. z., Národnej rady Slovenskej republiky o prechode niektorých pôsobností z orgánov štátnej správy na obce a na vyššie územné celky.

ZÁKON č. 576/2004 Z. z., Národnej rady Slovenskej republiky o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ZÁKON č. 578/2004 Z. z., Národnej rady Slovenskej republiky o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. ZÁKON Národnej rady Slovenskej republiky o zdravotnej starostlivosti. 1994. Zbierka zákonov SR č. 277, čiastka 77, uverejnená 11. 10. 1994. s. 1350-1370.

ŽIAKOVÁ, K., ŠTÍPALOVÁ, O.: Syndróm vyhorenia. In: *INFO-sestra*, 1999. Vol. 2. no 4. s. 12-14.

ŽIAKOVÁ, K.: 2004. Starostlivosť o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich v zdravotníckej praxi. In: NEMČEKOVÁ, M. et. al.: *Práva pacientov: medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2004. s. 139-189.

ŽIAKOVÁ, K.: Starostlivosť o nevyliciteľne chorých a zomierajúcich v zdravotníckej praxi. In: NEMČEKOVÁ, M. et. al. *Práva pacientov: filozofická reflexia a zdravotnícka prax*. Bratislava: IRIS, 2000. s. 145-206.

* *Práca je súčasťou riešenia vedeckých projektov VEGA č. 1/3608/06 a VEGA č. 1/2229/05.*

Vysvetlivky:

1. Etický kódex sestier, ktorý tvoril prílohu Zákona č.311/2002 Z. z., o povolani sestry, o povolani pôrodnej asistentky..., ktorý bol prijatý podľa odporúčani Medzinárodnej rady sestier (ICN), bol v SR zrušený Zákonom č. 578/2004 Z. z. Prílohou tohto zákona je Etický kódex zdravotníckeho pracovníka, ktorý uvádza len všeobecné povinnosti zdravotníckeho pracovníka.
2. Za maloletého pacienta alebo pacienta s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony alebo pacienta pozbaveného spôsobilosti na právne úkony udeľuje súhlas jeho zákonný zástupca alebo opatrovník alebo osoba, ktorá má maloletého v pestúnskej starostlivosti (Zákon 576/2004, § 6, ods. 1).

Mária Nemčeková a Mária Tabaková
nemcekova@lefa.sk