



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**POKLICNA MOLČEČNOST IN VAROVANJE
OSEBNIH PODATKOV PACIENTA NA
PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE**

Mentorica: doc. dr. Brigita Skela Savič

Kandidatka: Katja Terseglav

Jesenice, februar 2011

ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji mentorici doc. dr. Brigiti Skeli Savič, ki mi ni nudila le strokovne pomoči in konstruktivnih popravkov, temveč tudi izredno mero razumevanja in lojalnosti ter mag. Borisu Mihi Kaučiču, ki je bil moj mentor do pričetka raziskave. Zahvaljujem se mu za vse ideje, ki mi jih je dal ob začetku mojega ustvarjanja.

Iskrena hvala tudi ge. Zdenki Kramar, dipl. m. s., pomočnici direktorja za zdravstveno nego Splošne bolnišnice Jesenice, saj mi je omogočila raziskovanje v kliničnem okolju, obenem mi je pa v treh letih študija omogočila, da sem pridobila ogromno aplikativnega znanja. Prav tako pa tudi hvala vsem zaposlenim Splošne bolnišnice Jesenice, ki so si kljub zahtevnemu delavniku vzeli nekaj minut časa in rešili mojo anketo.

Posebna zahvala gre dr. Saši Kadivec, pomočnici direktorja za zdravstveno nego Bolnišnice Golnik, saj zaradi nje ne bi bil anketni vprašalnik tako kakovosten, kot je bil v zadnji fazi raziskovanja.

Zahvaljujem se g. Alojzu Tapajnerju za pomoč pri obdelavi rezultatov in prijazne nasvete.

Hvaležna sem tudi svoji materi Nadji Gliha, ki mi je finančno omogočila študij in me vzgojila v kritično mislečega človeka in večnega skeptika. Prav tako se ji zahvaljujem za opravljeno lektorsko delo.

Iskreno se zahvaljujem Dori Elisi, Evi, Igorju in tašči Nives Terseglav za spodbudo in tolažbo, kadar študij ni tekel tako kot bi moral in trem medicinskim sestram, Aneti, Aidi in Tatjani, zaradi katerih je bil prehod v profesijo, ki je prej nisem poznala, lažji in lepši. V času študija so mi bile največja pomoč.

Hvala pa tudi dedku in babici, saj sta bila celo življenje garača in poštena človeka, s tem pa sta mi bila tudi največja vzornika.

Na koncu se pa zahvaljujem še svojemu prijatelju, partnerju in možu Hubertu Terseglavu za oblikovanje anketnega vprašalnika in diplomske naloge ter za to, da mi je v življenju največji navdih.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Poklicna molčečnost in varovanje osebnih podatkov je v današnjem času razvite informacijske tehnologije in amoralnosti tema, ki jo je potrebno raziskovati in na podlagi dobljenih rezultatov predlagati spremembe, ki bi lahko privedle do izboljšav.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti mnenja in stališča zaposlenih v zdravstveni negi na področju poklicne molčečnosti in varovanja osebnih podatkov pacienta. Zanimalo nas je ali izvajalci zdravstvene nege poznajo zakonodajo in etični kodeks na področju poklicne molčečnosti in varovanja osebnih podatkov, prav tako pa smo želeli ugotoviti ali le-to upoštevajo pri vsakodnevnem delu.

Metoda: Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega raziskovanja. Uporabili smo anketni vprašalnik, ki je bil razdeljen v štiri vsebinske sklope. Zbiranje podatkov smo izvedli v Splošni bolnišnici Jesenice (SBJ) v času od 4. do 11. novembra 2010. Anketirali smo 50,79 % vseh zaposlenih v zdravstveni negi v SBJ. Vrnjenih je bilo 128 anketnih vprašalnikov, realizacija vzorca je bila 80 %. Rezultati so bili računalniško obdelani v statističnem programu SPSS 15.0 ter v programu Microsoft Excel.

Rezultati: Največ anketirancev (t.j. 27,3 %) bi, če bi bili sami hospitalizirani, najbolj motilo posredovanje informacij nepooblaščenim oziroma pogovor med zaposlenimi. Da izdajo poklicne skrivnosti (molčečnosti) kazenski zakonik inkriminira kot kaznivo dejanje se strinja 90,6 % anketirancev in izkazalo se je, da obstaja statistično pomembna razlika v strinjanju med različnimi starostnimi skupinami ($p=0,008$), saj so anketiranci v starostni skupini 31 – 40 let izrazili večje strinjanje ($4,8 \pm 0,4$) kot starostne skupine 20 – 30 let ($4,6 \pm 0,7$) in 41 let in več ($4,2 \pm 1,1$). Odstotek anketirancev, ki je ocenilo, da ne bi kršilo poklicne molčečnosti je 80,3 %, izkazalo pa se je, da obstaja statistično pomembna razlika med skupinami glede na delovno dobo ($p=0,024$), saj so anketiranci z delovno dobo 11 – 20 let izrazili večje nestrinjanje s trditvijo, da bi pacientkino skrivnost povedali nekemu iz tima ($1,3 \pm 0,7$), kot tisti z delovno dobo 21 let ali več ($1,7 \pm 0,8$), ali tisti, z delovno dobo 0 – 10 let ($1,9 \pm 1,1$). Anketiranci s srednješolsko izobrazbo so pokazali statistično pomembno večje strinjanje ($3,2 \pm 1,3$) od tistih z visokošolsko ($2,6 \pm 1,3$), da imajo možnost zagotoviti zasebnost ob sporočanju slabe

novice pacientu ($p= 0,032$). Zakonodajo s področja poklicne molčečnosti in varovanja osebnih podatkov pacienta je ocenilo, da pozna 73,4 % anketirancev. Le 17,2 % anketirancev ve, kdo lahko odreši medicinsko sestro dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti. To, da ima zakon prednost pred etičnim načelom, meni 55,8 % anketiranih. Kar 78,6 % anketirancev ve, kdaj se medicinska sestra moralno ni dolžna držati poklicne molčečnosti, 73,5 % pa jih ve, kdo obravnava kršitve Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Razprava: Anketiranci menijo, da ne kršijo III. načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije oziroma da ustrezno postopajo glede varovanja osebnih podatkov. Podobno menijo tudi za svoje sodelavce, a so nekoliko manj gotovi. Dobro se zavedajo, kaj bi jih motilo, če bi bili sami v vlogi pacienta in tudi navajajo veliko kršitev. Pri tem nismo ugotavljali statistično pomembnih razlik glede izobrazbe, kar pripisujemo dejstvu, da gre pri tem predvsem za moralno držo, ki ni toliko povezana z le-to. Anketiranci so pokazali dokaj slabo znanje pri poznavanju zakonodaje, kar je verjetno posledica pomanjkljive izobrazbe in tudi premajhne stopnje zavedanja pomembnosti tega znanja. Dokaj dobro pa poznajo Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Izobrazba statistično pomembno vpliva na zavedanje glede ovir pri zagotavljanju zasebnosti. Ker postajata poklicna molčečnost in varovanje pacientovih pravic danes vedno bolj pomembna in ker težimo k vedno večji strokovnosti, bo to področje v prihodnje potrebno bolj vključiti v izobraževanje.

Ključne besede: poklicna molčečnost, osebni podatek, etični kodeks, zakonodaja, pravica do zasebnosti, zdravstvena nega.

SUMMARY

Introduction: Professional discretion and protection of data privacy is an important issue in today's world, marked by rapid development of information technology and amorality, and must therefore be constantly put under research in order to obtain results which would help us to implement changes leading to improvement.

Aims: The purpose of this diploma research was to explore the opinion of nursing staff about professional discretion and protection of patients' data privacy. We wanted to determine, how familiar they are with legislation from this field and with the code of ethics, and if they incorporate this knowledge in their daily work.

Methods: The research was based on the descriptive method of empirical research. A questionnaire consisting of four sections was used. The data collection was done in Jesenice general hospital in the time period from 4th to 11th of November 2010. 50,79 % of nursing staff members were questioned. 128 questionnaires were returned, making the sample realization to be 80 %. The results were computerised and statistically processed using SPSS 15.0 and Microsoft Excel.

Results: Most of the respondents (i.e. 27,3 %) would, if themselves were hospitalized, be foremost bothered by giving information to non authorised people or talk between nursing staff respectively. 90,6 % of respondents agree that violation of a professional secret is incriminated as a culpable act by the penal code, and there was a statistically significant difference between different age groups ($p=0,008$): the level of agreement in the group from 31 to 40 years of age was higher ($4,8 \pm 0,4$) than in the group from 20 to 30 years of age ($4,6 \pm 0,7$) or 41 years of age and more respectively ($4,2 \pm 1,1$). 80,3 % of respondents estimate they would not violate professional secrecy; a statistically significant difference was discovered between groups with different working period ($p=0,024$): the level of disagreement to the statement, that they would give away the patient's secret to someone from the nursing team, was higher in the group with working period from 11 to 20 years ($1,3 \pm 0,7$) than in the group with working period of 21 years and more ($1,7 \pm 0,8$) or 0 to 10 years respectively ($1,9 \pm 1,1$). The level of agreement to the statement, that they can ensure privacy when braking bad news to patients, was statistically significantly higher ($p= 0,032$) among respondents with only secondary education ($3,2 \pm 1,3$) than among those with graduate level education ($2,6 \pm 1,3$). 73,4 % of respondents estimate they are familiar with legislation from the field of

professional discretion in protection of patients' data privacy. Only 17,2 % of respondents know, who can release a nurse of professional discretion. 55,8 % of respondents think, law is above ethic principles. 78,6 % of respondents know, when a nurse is not morally bound to professional discretion, and 73,5 % know, who is competent to deal with violation of the Slovenian code of ethics for nurses.

Discussion: The respondents think they do not violate the III. principle of the Slovenian code of ethics for nurses and that their actions considering professional discretion are appropriate. They have a similar opinion of their colleagues, but are not so convinced. They are well aware what would bother them if they themselves were in the role of a patient, enumerating various violations. No regarding education were discovered, which can be applied to the fact, that this is more a question of moral quality than acquired knowledge. Respondents lack knowledge in legislation, probably because they were not given sufficient education and are not fully aware of its importance. They showed reasonably good knowledge of the Slovenian code of ethics for nurses. Education is statistically significant when it comes to anticipating obstacles in maintaining patients' privacy. Because of the growing importance of professional discretion and protecting patients' rights and in order to achieve higher level of professionalism, in future this field should be more incorporated in professional training and education.

Keywords: professional discretion, personal data, code of ethics, legislation, right to privacy, nursing care.

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 TEORETIČNI DEL.....	3
2.1 ETIKA, MORALA IN PRAVO	3
2.2 POKLICNA ETIKA V ZDRAVSTVENI NEGI.....	6
2.3 ETIČNI KODEKSI V ZDRAVSTVENI NEGI	7
2.4 POKLICNA MOLČEČNOST (POKLICNA SKRIVNOST).....	8
2.5 PRAVICA DO ZASEBNOSTI KOT ŠIRŠI POJEM PRAVICE DO VARSTVA OSEBNIH PODATKOV	10
2.6 PRAVICA DO ZASEBNOSTI V ZDRAVSTVU.....	11
2.7 PRAVNA UREDITEV VARSTVA OSEBNIH PODATKOV V ZDRAVSTVU V REPUBLIKI SLOVENIJI (RS)	14
2.7.1 Ustava RS	14
2.7.2 Zakon o varstvu osebnih podatkov.....	15
2.7.3 Zakon o pacientovih pravicah	16
2.7.4 Kazenski zakonik	18
2.7.5 Preostali relevantni pravni predpisi, ki urejajo varovanje osebnih podatkov pacienta v zdravstvu	19
2.8 PRAVNA UREDITEV VARSTVA OSEBNIH PODATKOV V ZDRAVSTVU V EVROPSKI UNIJI.....	19
2.8.1 Smernice OECD (Organizacije za ekonomsko sodelovanje in nadzor)....	20
2.8.2 Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin20	
2.8.3 Konvencija o varstvu posameznika glede na avtomatsko obdelavo osebnih podatkov	21
2.8.4 Direktiva 95/46/ES o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku teh podatkov	22
2.8.5 Evropske smernice za zdravstvene delavce o zaupnosti in zasebnosti v zdravstvu	23
2.8.6 Lizbonska pogodba	24
3 EMPIRČNI DEL.....	25
3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA.....	25

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE, RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	25
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	26
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	26
3.3.2 Opis instrumentarija	26
3.3.3 Opis vzorca.....	27
3.3.4 Potek raziskave.....	28
3.3.5 Opis obdelave podatkov	29
3.4 REZULTATI	29
3.5 RAZPRAVA.....	38
4 ZAKLJUČEK.....	45
5 LITERATURA.....	46
6 PRILOGE.....	51
6.1 INSTRUMENT.....	51

KAZALO SLIK

Slika 1: Kaj bi medicinske sestre motilo na področju varovanja osebnih podatkov pacienta, če bi bile same v vlogi pacienta (n=128).....	38
---	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev (n=128)	28
Tabela 2: Poklicna molčečnost in varovanje osebnih podatkov v vsakdanjih situacijah pri delu (n = 128), primerjava po spolu, starosti, delovni dobi in izobrazbi.	30
Tabela 3: Poznavanje zakonodaje in poklicne etike pri medicinskih sestrah (n=128), primerjava po spolu, starosti, delovni dobi in izobrazbi.....	35
Tabela 4: Korelacija med subjektivnim mnenjem o poznavanju zakonodaje in dejanskim stanjem glede na odgovore pri dveh trditvah s področja zakonodaje.....	37

1 UVOD

Varovanje človekovih pravic je vsesplošna dolžnost, zato le-to, predvsem varovanje človekovega dostojanstva, predstavlja posebno dolžnost za medicinskih sester (Fry in Johnstone, 2002).

"Zelo hitro opazimo kršitev, če teče kri, če bi nekomu nohte pulili s prstov, da bi izsilili priznanje, če bi začeli zapirati kar vse vprek (za vsak slučaj), če bi policija premikastila kar vse udeležence nekega shoda... Manj boleča in zato manj opazna, manj v nebo vpijoča, je že recimo diskriminacija po rasi, nacionalnosti ali spolu. Ko laična javnost pogleda na kršitve pravice do varstva osebnih podatkov ali širše komunikacijske zasebnosti, pa se večini sploh ne zdi nič takega, če nekdo drugemu malo prebira e-pošto... ali če medicinska sestra svoji sosedi pove, da je njena direktorica splavila ali se okužila z virusom HIV..." (Pirc Musar, 2008, str. 3). Tako je Nataša Pirc Musar (2008) pričela svoj uvodnik v strokovni reviji Pravna praksa in iz zapisanega se jasno vidi, kako pomembna je tematika tega diplomskega dela v dobi informacijske tehnologije in nezavedanja krhkosti pravice do zasebnosti.

Slovenska ustava je pri komunikacijski zasebnosti med najstrožjimi v Evropi, a to še ne pomeni, da jo lahko zaradi "višjih ciljev" preziramo. Ali resnično plemenit cilj ne opravičuje sredstev? Nataša Pirc Musar pravi, da je v tem bistvo demokratične igre, ki je utemeljena na spoštovanju pravil postopka in ne zgolj na še tako legitimnih namenih oblastnih organov (Pirc Musar, 2008). Temu nasprotuje trditev, da imajo v primeru, ko so etična načela navzkriž z obstoječimi zakonskimi določili, le-ta prednost pred zakonom (Poredoš, 1998).

Poklicna molčečnost in varovanje osebnih podatkov pacienta sta torej temi, ki združujeta zdravstveno zakonodajo in zdravstveno etiko. Zdravstveni delavci in sodelavci vsak dan rešujejo vrsto medicinskih, zdravstveno negovalnih in drugih strokovnih problemov. Usposobljeni pa bi morali biti tudi za reševanje pravnih problemov, s katerimi se prav tako, zavedajoč se ali ne, vsak dan srečujemo pri svojem delu. Ob vsakem stiku zdravnika, medicinske sestre in pacienta se namreč medicina, zdravstvena nega in pravo močno prepletajo, prav tako pa živimo v družbi, v kateri smo vedno bolj zavezani k pravnim normativom (Krušič, 2010; Tingle in Cribb, 2007).

Ni težko uvideti, da je zaupnost v zdravstvenem varstvu pogosto bolj stvar želje kot pa dejstvo. Verjetno ima vsak pacient številne zdravstvene kartoteke pri splošnih zdravnikih, zobozdravnikih in na klinikah, da ne govorimo o različnih bolnišnicah, kjer je bil mogoče samo na manjših pregledih (Tschudin, 2004). Rešitev vprašanja v zvezi s poklicno molčečnostjo v zdravstvu ni v tem, da bi vpeljali nekakšno absolutno prepoved razkrivanja zdravstvenih podatkov, oz. da bi vpeljali poseben, strožji režim varstva. Rešitev bi morala biti v pravilnem izobraževanju zdravstvenega osebja o pomenu in pravnih okvirih varstva osebnih podatkov z vidika poklicne molčečnosti v zdravstvu ter v učinkovitem kazenskoopravnem in odškodninskem sistemu sankcij (Starc, 2006). Nenehno smo priča aferam v medijih, ki nas opozarjajo na to, kako zelo zmotljivi smo strokovnjaki v zdravstvu in da smo tudi mi le ljudje. Npr. objava zdravstvenega stanja dveh vidnejših slovenskih politikov s strani upokojenega zdravnika (ibid.).

Pri preučevanju problemov zaščite in varovanja osebnih podatkov in zagotavljanja informacijske zasebnosti v zdravstvu se kažejo različni problemi in etične dileme, ki jih bo treba reševati interdisciplinarno. Temeljni vzrok za te probleme je hiter razvoj informatike, ki z novimi tehničnimi možnostmi odpira nova vprašanja na tem področju. Zato je treba področje informacijske zasebnosti, ki temelji na Deklaraciji o človekovih pravicah in Deklaraciji o pravicah pacientov v Evropi, ustrezno vključiti v programe zdravstvene vzgoje in izobraževanja. Zaščito pravic in interesov bolnikov lahko dosežemo s skupnim delovanjem na področjih, kot so zakonodaja, poklicni kodeksi, lista pravic bolnikov, strokovne in znanstvene konference, seminarji ter vključevanje medijev v informiranje javnosti o pravicah bolnikov in odgovornostih zdravstvenih delavcev. Osebni podatki posameznika morajo biti obravnavani tako, da je ohranjena osebna integriteta človeka, in da so spoštovane njegove naravne, socialne in kulturne pravice (Bohinc in Gradišar, 1999).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ETIKA, MORALA IN PRAVO

Salus aegroti suprema lex. – "Dobro počutje pacienta je najpomembnejši zakon."

Etika in morala sta pri pojmovanju človekovih pravic njegov sestavni del. Še posebej je problematika izpostavljena v tako občutljivem času človekovega obstoja, ko nastopi bolezen (Poredoš, 1998).

Beseda etika izhaja iz grške besede *ethos*, kar pomeni značaj, dostojanstvo. Moralno izhaja iz latinske besede *moralis* (oz. *mos*, plural: *mores*), kar pomeni navado, običaj, značaj. Obe besedi pomenita navado, osnovni način ravnanja, ki ni samo običajen, ampak pravilen (Tschudin, 2004).

Morala se nanaša na običaje in prepričanja, ki jih družba priznava kot zavezujoče (Hiemetzberger, Messner in Dorfmeister, 2007), zato imamo, ko govorimo o morali, v mislih večinoma prevladujoče standarde obnašanja in ravnanja v določeni družbi v določenem času (Kocmur, 2006). Morala tako ni enoten sistem pravil, temveč je socialno razpršena. V družbi obstaja več različnih, lahko tudi nasprotujočih si moral (ibid.). Skozi vzgojo, izobraževanje in socialno okolje se pri posameznem človeku izoblikuje edinstven značaj. Moralnost (nравnost) je delovanje v skladu s svojim ethosom (značajem), ker se počutimo le-temu odgovorne (Hiemetzberger, Messner in Dorfmeister, 2007). Biti moralen, pomeni živeti v skladu z osebnimi ali verskimi načeli (Tschudin, 2004), biti povsem moralno kompetenten pa pomeni tudi znati prevzeti popolno odgovornost za svoje ravnanje (Hiemetzberger, Messner in Dorfmeister, 2007). Etika je kritična refleksija moralnega delovanja. Kot praktična disciplina se ne sklicuje niti na tradicijo niti na avtoritete, temveč na praktični razum (ibid.). Je filozofska disciplina, ki si prizadeva opredeliti naravo in pomen različnih moral. Je študij o tem, kaj je prav in kaj narobe, kaj je dobro in kaj je zlo, ter iskanje razlik med enim in drugim. Pridevnik etični označuje skladanje nekega dejanja s splošnim ali celo idealnim standardom o dobrem ali slabem, o pravilnem ali napačnem (Kocmur, 2006). Etika pomeni jasnost, poštenost, odgovornost ter prevzemanje stališč za ali proti določenim javnim razpravam (Tschudin, 2004).

V vseh družbah in v vseh časih obstaja prekrivanje med etičnimi in moralnimi zahtevami in standardi, vendar pa se moralna pravila spreminjajo hitreje kot etična: lahko jih ustvari določena skupina ljudi, včasih večina vsili svoja moralna pravila manjšini, včasih pa se zgodi tudi obratno. Moralna pravila so pogosto vsiljena z lažno predpostavko, da so etična. Etična pravila se spreminjajo bistveno težje kot moralna, ne glede na to, za katero področje človekovega delovanja gre; proces spreminjanja je vselej počasen in težaven (Kocmur, 2006).

Zakonito ravnanje je tisto, ki se sklada z zakoni v določeni družbi. Zakonska pravila so običajno v sozvočju s prevladujočimi moralnimi pravili in vsebujejo večinoma tudi grožnje s kaznijo, če jih ne spoštujejo. V svojih preambulah se zakoni pogosto bolj ali manj neposredno sklicujejo tudi na etične zahteve, čeprav so jim bila podlaga za nastanek predvsem moralna pravila časa, v katerem so nastali. Med temi tremi koncepti vse prepogosto spregledamo tako prepletanje kot pomembne razlike. Moralna pravila zamenjujemo z etičnimi predpisi. Zakoni poskušajo bolj kot etičnim standardom slediti moralnim načelom. Pridevnik etični uporabljamo pogosto za to, da upravičimo dejanja, ki so lahko celo v nasprotju z etičnimi pravili. Vedenje zdravstvenega in tudi drugih družbenih sistemov je navdihnjeno s prevladujočo moralo in ne z etičnimi načeli: tako je lahko zloraba moči v nekem trenutku moralno in zakonsko sprejemljiva (čeprav etično popolnoma nesprejemljiva), v katerem drugem času pa ne (ibid.).

Zdravstveni delavci se moramo zavedati, da če je nekaj legalno, torej zakonito, to še ne pomeni, da je to tudi etično. Če so etična načela navzkriž z obstoječimi zakonskimi določili, ima etično načelo celo prednost pred zakonom. Najbolj skrajni primer so medicinske sestre (npr. Helene Wiczor), ki so jim sodili v štiridesetih letih prejšnjega stoletja na Nürnberških procesih zaradi umorov mentalno prizadetih otrok. Ali je bilo to takrat legalno? Da, vsekakor. Vendar, ali je to etična zdravstvena nega? Seveda ne (Kay Hall, 1996; Kraljič, 2006; Poredoš, 1998).

Razmerje med pravom in pravili poklicne deontologije* ni vedno preprosto: včasih so namreč pravne norme v nasprotju z deontološkimi normami in to lahko nosilca poklica,

* Deontologija (dobesedno nauk o dolžnostih) je kot znanost ali kot sistem znatno mlajša od etike. Samo ime deontologija pripisujejo Jeremiji Benthamu (1748 – 1832), ki je napisal delo z istim naslovom in ki je

ki ga te norme obvezujejo, postavlja v kritičen položaj: odločati se mora med tem, ali bo sledil pravni ali deontološki normi. Zato bi bilo pravilno, da pravo v čim večji meri upošteva in spoštuje pravila poklicne deontologije (Šelih, 1997).

Iz povedanega je mogoče razbrati, da obstaja več vrst odgovornosti, in da sta njihov obseg pa tudi njihova vsebina različna. Najširša vrsta odgovornosti je gotovo osebna moralna odgovornost, ki se odslkava v odgovornosti vsakega posameznika in v njegovi lastni oceni svojega ravnanja kot dobrega ali zlega; naslednjo vrsto odgovornosti predstavlja poklicno-deontološka odgovornost, torej tista, ki se navezuje na pravila stroke, zajeta v poklicnem deontološkem kodeksu. Ta vrsta odgovornosti prav tako postavlja visoka merila za spolnjevanje poklicnih dolžnosti in pozna svoje lastne sankcije za kršitve teh dolžnosti. Odgovornost za te kršitve se vzpostavlja v okviru stanovskih združenj (v Sloveniji je to Zbornica zdravstvene nege Slovenije); sankcije, ki jih je v okviru te odgovornosti mogoče izreči, pa lahko predstavljajo omejitev ali odvzem pomembnih pravic. Pooblastilo za njihovo izrekanje je zato določeno s pravnimi normami. Na zadnje mesto postavljamo v tej hierarhiji odgovornosti različne vrste pravne odgovornosti: v ta okvir sodi disciplinska odgovornost, odgovornost za povzročeno škodo (odškodninska odgovornost) in kazenska odgovornost za izvršeno kaznivo dejanje. Te tri vrste odgovornosti lahko obstajajo načeloma sicer hkrati, vendar velja praviloma vsaka naslednja za težjo od prejšnje in jo zato tudi redkeje uporabljamo (Šelih, 1997).

uredil ideje utilitarizma v sistem, iz katerega odseva sklep: naloga socialne zakonodaje in politike je omogočiti kar največjo srečo največjemu možnemu številu ljudi. Država pa naj usklajuje težnje posameznika, da bi se ta cilj uresničil, kolikor je le mogoče. Bentham ni razmišljal o medicinski deontologiji, temveč na splošno. Vsak poklic ima svojo deontologijo, namenjeno popolnejšemu uresničevanju ciljev nalog. Tako je Palmieri za zdravništvo opredelil deontologijo kot »kompleks norm«, ki se jih mora zdravnik držati pri opravljanju svojega poklica. Kar je rečeno za zdravnika, je prilagojeno tudi za druge poklice v zdravstvu (Miličinski, 1988). Deontologija (grško: obveznost ali dolžnost) je torej teorija pravic in dolžnosti, oz. kaj je absolutno pravilno oz. napačno. Moderna deontologija temelji na brezpogojnem spoštovanju ljudi in lahko zahteva pravilno vedenje glede na posledice (Tschudin, 2004). Najbolj znan predstavnik deontološke etike je Immanuel Kant (1724 – 1804). Velja za začetnika t. i. nemške klasične filozofije. Kant je področje morale in njene teorije, etike, premaknil na področje človekove svobode, ker je ta načelno avtonomna. To mu je bilo v oporo pri sklepu, da mora v ljudeh delovati vsesplošni, obvezujoči in apriorni moralni zakon, ki ga je imenoval kategorični imperativ (Hiemetzberger, Messner in Dorfmeister, 2007).

2.2 POKLICNA ETIKA V ZDRAVSTVENI NEGI

Seperere aude! – Imej pogum, da uporabljaš lastni razum!

V strokovni javnosti se postavlja vprašanje: ali potrebuje zdravstvena nega svojo lastno etiko? Odnos medicine in zdravstvene nege je zelo problematičen. Zavedati se moramo, da ne tekmujejo med seboj, ampak da smo jasno ločeni disciplini, ki se dopolnjujeta. Glavne naloge medicine so: etiologija, patologija, diagnostika in terapija. Nasprotno se zdravstvena nega primarno ukvarja z vplivom bolezni in terapije na vsakdanjik prizadetega človeka (Hiemetzberger, Messner in Dorfmeister, 2007).

Položaj zdravstvene nege se je v zadnjih desetletjih korenito spremenil. Zdravstvena nega se je od časov, ko so imele medicinske sestre le vlogo pomočnice zdravnika, do danes razvila v samostojno profesijo. Zato podreditev zdravstveno-negovalne etike medicinski etiki (kot je bilo tradicionalno) ne pride več v poštev. Tako bi namreč ostale zdravstveno-negovalne etične dileme neprepoznane in nerešene (ibid.).

Poleg Hipokratove prisege, ki velja za zdravnike, poznamo tudi prisego Florence Nightingale, ki jo medicinske sestre še danes marsikje po svetu ob diplomi svečano izrečejo, v roki pa simbolično držijo oljno svetilko ali svečko tako kot nekoč "gospa s svetilko" ("*lady with the lamp*"), Florence Nightingale.

Prisego Florence Nightingale je zapisala Lystra E. Gretter, ki je učila zdravstveno nego v Bolnišnici Harper v Detroitu (zvezna država Michigan v ZDA). Prvič so s to zaobljubo zaprisegle diplomantke leta 1893. Sama zaobljuba sicer zelo odseva delo in vlogo medicinskih sester iz časa, ko so jo zapisali, vendar kljub temu dobro povzema vse bistvene vrednote zdravstven nege, kot so:

- dolžnost skrbeti za druge,
- etično načelo neškodovanja,
- zaupnost,
- zagovarjanje pacienta (Hansen OMalley, 2009).

Prisega Florence Nightingale:

"Svečano prisegam pred Bogom in pred vsemi tukaj zbranimi, da bom živela svoje življenje v moralni čistosti in svoj poklic opravljala zvesto. Vzdržala se bom vsega

pogubnega in slabega in si zavedno ne bom prilastila, ali uporabila škodljivega zdravila. Vse bom storila, kar je v moji moči, da bom dvigovala raven svojega poklica in spodbujala njegov nadaljnji razvoj, prav tako pa bom molčala o vseh osebnih stvareh, ki mi bodo zaupane; ravno tako o vseh družinskih zadevah, o katerih sem izvedela ob opravljanju svojega poklica. Lojalno se bom zavzemala, da bom zdravniku pomagala pri njegovem delu in se potegovala za dobro tistih, ki mi bodo zaupani v zdravstveni negi (Hiemetzberger, Messner in Dorfmeister, 2007, str. 55)."

Zadnji stavek je danes pogosto prirejen: *"Lojalno se bom zavzemala, da bom tesno sodelovala v zdravstvenem timu in se potegovala za dobro tistih, ki mi bodo zaupani v zdravstveni negi."* (Hansen OMalley, 2009).

Poklicne etike uravnavajo poklicno dejavnost, ki jo predstavniki določenega poklica opravljajo, in omejujejo zlorabe. Poklicna združenja sprejemajo etične kodekse in pozivajo člane k njihovem spoštovanju. Društva podeljujejo licence in na ta način regulirajo prakso znotraj profesije ter branijo njen ugled ter ščitijo družbo pred poklicnimi zlorabami (Korošec, 2008).

2.3 ETIČNI KODEKSI V ZDRAVSTVENI NEGI

Vsaka javna organizacija ima svoj kodeks etike, tako da se ljudje lahko nanj sklicujejo, če je potrebno. Kodeksi regulirajo razmerje med praktikom in njegovo stranko ter ščitijo kliente pred zlorabami praktikov in praktike pred raznimi pritiski, napeljevanju k nepravilnemu delovanju, poklicnimi zlorabami. Razmerje med praktikom in klientom je zaupno, klient praktiku zaupa. Gre za „fiduciarno“, zaupno razmerje, zaupnost, ki jo je treba zaščititi. Praktik je zavezan, da bo ščitil zaupne podatke, ki mu jih je klient posredoval, zato jih ne sme posredovati. Če praktik zlorabi zaupnost razmerja, ne škoduje le lastnemu ugledu, temveč tudi ugledu profesije (Korošec, 2008; Tschudin, 2004).

Običajno imajo etični kodeksi točko, ki se nanaša na zaupnost. Ta je bistven element vsakega zaupnega odnosa, še posebno odnosa skrbi. Tako kot soglasje je tudi zaupnost etična in pravna dolžnost, če pa jo preučujemo v terminih strokovne odgovornosti, ima tudi profesionalno komponento (Tschudin, 2004).

Tudi Mednarodni kodeks etike medicinskih sester, ki ga je sprejel International Council of Nurses, vsebuje določilo, ki se nanaša na zaupnost. V zadnji verziji iz leta 2005, ki se nekoliko razlikuje od prve iz leta 1953, je to določilo vsebovano v prvem izmed štirih temeljnih področij (Medicinske sestre in ljudje) in se glasi: "Medicinska sestra mora osebnostne zadeve, ki so ji zaupane, ohraniti zase ter pri posredovanju teh informacij ravnati preudarno." (International Council of Nurses, 2006).

V zdravstveni negi predstavlja profesionalna etika temeljni princip delovanja. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je bil sprejet na Skupščini Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zvezi društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije dne 25. 3. 1994 in bil dopolnjen 17. 2. 2005. Besedilo je razdeljeno na 4 poglavja in obsega 9 načel. Vsako posamezno načelo opredeljujejo in pojasnjujejo standardi ravnanja. Vsebinsko kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije izraža stališča, prepričanja in vrednote, ki opredeljujejo strokovno filozofijo zdravstvene nege. Te se nanašajo na splošna načela etike v zdravstvu, človekove pravice in specifične profesionalne vrednote. Upoštevanje določb Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je obvezno za vsako medicinsko sestro in druge člane negovalnega tima (Grbec, 2003; Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005).

Kršitve Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije obravnava Častno razsodišče Zbornice-Zveze. Pritožb na Častno razsodišče je pravzaprav malo. Razlog temu ni trditev, da je naše strokovno delo, predvsem pa naš odnos do pacientov tako dober. Najverjetneje je tožiteljev, ki si upajo nekoga prijaviti na Častno razsodišče Zbornice-Zveze, zelo malo (Velepič, 2003).

2.4 POKLICNA MOLČEČNOST (POKLICNA SKRIVNOST)

Res est magna tacere. – "Molčati je velika stvar."

Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ) definira skrivnost kot nekaj, kar je nekomu zaupano in se ne sme pripovedovati drugim, kot tajnost pa definira tisto, za kar javnost ne ve. Zdravniško skrivnost ali tajnost se opredeljuje kot dejstvo, ki je znano samo

določeni osebi ali ozkemu krogu določenih oseb, in ki naj ostane skrito (Krušič Mate, 2010).

Poklicno molčečnost obravnava III. načelo Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki pravi, da je medicinska sestra dolžna varovati kot poklicno skrivnost podatke o zdravstvenem stanju pacienta, o vzrokih, okoliščinah in posledicah tega stanja. Načelo vsebuje naslednje standarde:

- Za poklicno skrivnost se šteje vse, kar medicinska sestra pri opravljanju svojega poklica izve o pacientu ter o njegovih osebnih, družinskih in socialnih razmerah, pa tudi vse informacije v zvezi z zdravstveno nego, ugotavljanjem bolezni, zdravljenjem, spremljanjem zdravstvenega stanja in rehabilitacijo.
- Medicinska sestra je dolžna varovati poklicno skrivnost pred družinskimi člani pacienta ali zanj pomembnimi drugimi, če se je pacient tako odločil. Enako velja tudi po njegovi smrti.
- Dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti lahko medicinsko sestro razreši pacient sam ali sodišče, za mladoletne osebe in osebe pod skrbništvom pa starši oziroma skrbniki.
- Medicinska sestra je pristojna dajati podatke o zdravstvenem stanju in počutju pacienta z vidika zdravstvene nege in oskrbe.
- Dolžnost zdravstvenega zavoda je, da vzpostavi tak način vodenja dokumentacije in informacijskega sistema, ki zagotavljata zaupnost pacientovih podatkov (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2005).

Medicinska sestra se moralno ni dolžna držati poklicne molčečnosti, če bi bila zaradi pomanjkanja informacij ogrožena varnost pacienta, družine ali skupnosti. Če se medicinska sestra sooča z nujnostjo razkriti podatke, naj bodo informirani le tisti, ki bodo po njeni presoji preprečili škodljive posledice neinformiranja (ibid.).

2.5 PRAVICA DO ZASEBNOSTI KOT ŠIRŠI POJEM PRAVICE DO VARSTVA OSEBNIH PODATKOV

Živimo v informacijski družbi, v kateri je informacija postala temelj nadaljnjega razvoja družbenega sistema in celotno delovanje sistema je danes osredotočeno okoli zbiranja, predelave in posredovanja informacij. Uporaba nove informacijske tehnologije ima kljub njenim nespornim zaslugam za sedanje relativno blagostanje človeške družbe dva obraza: je temelj nadaljnjega družbenega razvoja, obenem pa ogroža človeka v samem njegovem bistvu. Ogromna količina podatkov in informacij o posamezniku in njihovo enostavno obvladovanje z informacijsko tehnologijo daje njihovim imetnikom velikansko moč, kakršne do sedaj v zgodovini človeštva ni imel še nihče in ravno zaradi tega je posameznikova informacijska zasebnost ogrožena kot še nikoli (Čebulj, 1990).

Zasebnost je eden nepogrešljivih elementov človekove eksistence, ki ga varuje pred državno oblastjo, javnostjo in drugimi posamezniki. Je pravica biti sam z minimumom posegov v odločitveno, duševno, prostorsko in informacijsko zasebnost. Nekateri avtorji navajajo tri sestavine zasebnosti:

1. zasebnost v prostoru (možnost biti sam, biti ločen od fizične prisotnosti drugih ljudi);
2. zasebnost osebnosti (se nanaša na svobodo misli, opredelitve in izražanja);
3. informacijska osebnost (information privacy) (Lampe, 2004).

Zasebnost oz. pravica do zasebnosti ima različno vsebino v ureditvah, na njeno opredelitev pa vpliva tudi časovni horizont. Ena prvih definicij se je izoblikovala že konec prejšnjega stoletja v ZDA. Po njej je to pravica posameznika, da se ga pusti pri miru ("*Right to be left alone*"). Danes je bolj primerna novejša definicija: Zasebnost je pravica posameznika, da zahteva, da se podatki, ki se nanašajo nanj, ne sporočajo komurkoli (Čebulj, 1990).

Pravica do zasebnosti je človekova pravica mednarodne narave, ustavna pravica ter tudi osebnostna pravica, varovana z instrumenti civilnega prava. Z osebnostnimi pravicami se zagotavlja fizična ter moralna celovitost osebe. Pravica do zasebnosti gre človeku kot takemu in nastopi s človekovim rojstvom, nekatere pa tudi v nadaljnjem človekovem

razvoju. Ima absolutni značaj, kar pomeni, da deluje "erga omnes"[†], tako proti državnim organom kot tudi nasproti tretjim osebam. Učinkuje torej zoper vsakogar in od vsakogar zahteva, da se vzdrži posegov v osebno dobrino. Vendar, kljub absolutnosti je moč to pravico omejiti v interesu države ali posameznika. Je torej pravno omejena v interesu države in kadar se dotakne osebne sfere tretjih posameznikov. Vezana je na osebo, zato je neprenosljiva, neodtujljiva in nededljiva. Posameznik se ji ne more odreči, prav tako se nikomur ne more odvzeti. Ne zastara in njeno izvrševanje ni vezano na nikakršne roke (Strojin, 1998).

Prvi mednarodni dokument, ki uveljavlja pravico do zasebnosti, je Splošna deklaracija o človekovih pravicah*, ki jo je sprejela in razglasila Generalna skupščina Združenih Narodov na zasedanju 10. decembra 1948 z resolucijo št. 217 A (III). 12. člen le-te pravi:

"Nikogar se ne sme nadlegovati s samovoljnim vmešavanjem v njegovo zasebno življenje, v njegovo družino, v njegovo stanovanje ali njegovo dopisovanje in tudi ne z napadi na njegovo čast in ugled. Vsakdo ima pravico do zakonskega varstva pred takšnim vmešavanjem ali takšnimi napadi." (Office of the high Commissioner for human rights, 1998).

2.6 PRAVICA DO ZASEBNOSTI V ZDRAVSTVU

V zdravstvu je pravica do zasebnosti še toliko bolj občutljiva tema, saj je človek v vlogi pacienta bolj ranljiv, čustveno, fizično in psihično vpleten ter v podrejenem položaju zaradi nepoznavanja zdravstvenih strok. Poleg tega se mora kot pacient odpovedati

[†] Ukrep *Inter omnes* (=erga omnes) pomeni, da rabsodba ne velja le za vpletene, temveč za vse ljudi. Tak ukrep velja za človekove pravice, le-te namreč veljajo za vse ljudi. Nasprotje tega je *inter partes* (Lexexakt.de).

* Njen poglavitni avtor je John Peters Humphrey iz Kanade, pri pisanju pa so sodelovali še Eleanor Roosevelt iz ZDA, René Cassin iz Francije, P. C. Chang iz Kitajske in drugi. Čeprav deklaracija sama po sebi ni pravno zavezujoč dokument, pa je služila kot osnova za dve pravno zavezujoči konvenciji Združenih narodov o človekovih pravicah, Mednarodne konvencije o državljanskih in političnih svoboščinah ter Mednarodne konvencije o ekonomskih, socialnih in kulturnih svoboščinah. Na deklaracijo se tudi še danes pogosto sklicujejo v akademskih in odvetniških krogih ter na ustavnih sodiščih (Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo, 2008).

določenemu delu svoje zasebnosti. Problem predstavlja ravno meja, do katere naj se bolnik odpove pravici do zasebnosti v času zdravljenja (Flis in Zwitter, 1996).

Začetki razvoja pacientovih pravic segajo v šestdeseta leta in jih najdemo v Severni Ameriki. Tam je Zveza ameriških bolnišnic – "*American hospital association*" (v nadaljevanju AHA) objavila obsežen program z dvanajstimi točkami, t.i. seznam pacientovih pravic. 5. točka tega seznama pravi, da ima pacient pravico do največjega možnega zagotavljanja zasebnosti ter da moramo pogovor o pacientu, spraševanje pacienta, pregled in zdravljenje opravljati tako, da varujemo njegovo zasebnost (American hospital association, b.l.; Šparovec, 2009).

Najpomembnejši mednarodni pravni vir, ki govori o pacientovih pravicah in pravici do zasebnosti, je Lizbonska deklaracija o bolnikovih pravicah, ki je namenjena zdravstvenim strokovnjakom, ter Deklaracija o promociji pravic bolnikov v Evropi, ki je namenjena laični javnosti (Dolenc, 1997)

Lizbonska deklaracija je bila sprejeta na 34. skupščini Svetovnega zdravniškega združenja (v nadaljevanju SZZ) leta 1981 in dopolnjena na 47. skupščini na Baliju v Indoneziji leta 1995. Ta deklaracija predstavlja nekaj glavnih pravic, za katere se zavzema zdravništvo. V 8. točki je navedena pravica do zaupnosti: Vsi podatki o bolnikovem zdravstvenem statusu in stanju, diagnozi, prognozi in zdravljenju ter vsi drugi osebni podatki morajo biti in ostati zaupni tudi po bolnikovi smrti. Zaupne podatke lahko razkrijemo samo, če se bolnik s tem izrecno strinja ali v primeru, ko to zakon izrecno dovoljuje. Domnevamo lahko, da je bolnik privolil, kadar gre za dajanje informacij zdravstvenemu osebju, ki sodeluje pri njegovem zdravljenju. Vsi podatki, ki izdajajo identiteto bolnika, morajo biti zaščiteni na ustrezen način. Človeške substance, iz katerih je mogoče dobiti take podatke, je potrebno prav tako zaščititi (World medical association, 2010).

Deklaracijo o promociji pravic bolnikov v Evropi je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) oz. Regionalni urad za Evropo na posvetovanju v Amsterdamu marca 1994. Namen tega dokumenta je doseči razvijanje in doslednejše izvajanje zaščite

pravic bolnikov v vseh državah, članicah evropske SZO. Strategija delovanja bi morala biti usmerjena predvsem na naslednja področja:

- zakonodaja in regulativi, ki urejajo pravice in odgovornosti bolnikov, zdravstvenih delavcev in zdravstvenih institucij;
- kodeksi etike zdravnikov, medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev, Lista pravic bolnikov in drugi dokumenti;
- podpora vlade pri ustanavljanju in učinkovitem delovanju nevladnih organizacij, ki se vključujejo na področje bolnikovih pravic; vključevanje medijev in sredstev javnega obveščanja;
- seminarji, izpopolnjevanje znanja in vedenja o vlogi in odnosih med zdravstvenimi delavci in bolnikom (Grbec, 1995; World health organization Regional office for Europe, 1994).

Deklaracija o promociji bolnikovih pravic v Evropi ima svojo osnovo v temeljnih listinah, kot so: Splošna deklaracija o človekovih pravicah, ki jo je sprejela OZN 10. dec. 1948, Evropska konvencija o človekovih pravicah iz leta 1950, Mednarodna konvencija o državljskih in političnih pravicah iz leta 1966, Mednarodna konvencija o ekonomskih, socialnih in političnih pravicah iz leta 1966 in druge (Grbec, 1995).

Deklaracija vsebuje šest področij. Četrto se imenuje zaupnost in zasebnost in ima 8 točk. Sedma točka je nekaj posebnega in določa, da so pri zdravstvenih intervencijah samo tiste osebe, ki so nujne za izvedbo posegov, razen, če pacient dovoli drugače. To pomeni, da mora pacient dati dovoljenje, da smo študenti lahko prisotni pri intervencijah. Prav tako ima takoj pravico odkloniti, če so posegi ponižujoči ali če preveč posegajo v pravico do zasebnosti (World health organization Regional office for Europe, 1994).

Zanimiv primer iz kliničnega okolja navaja Höfert (2009): Medicinska sestra se je zavedala, da s tem, ko imajo na njihovem oddelku dokumentacijo po bolniških sobah, kršijo pravico do varovanja osebnih podatkov pacientov. Dokumentacijo (protokole glede obračanja pacientov, kontinuirane hidracije ipd.) je zato umaknila iz sob. Kmalu za tem pride pri enem od pacientov do dekubitusa, vodstvo oddelka pa seveda krivi za

to zdravstveno-negovalni tim. Medicinske sestre na oddelku so bile namreč vajene imeti evidenco obračanj pacienta in ostale zdravstvene obrazce ob pacientu, ko pa so le-to na hitro odpravili, je prišlo do zmede. Avtor navaja rešitev takšnih težav. Upoštevati moramo kriterije za varovanje osebnih podatkov pacienta, vendar lahko večkrat naredimo tudi kompromis ali izjemo, če to pacient dovolil. Če se namreč pridobi soglasje pacienta, je lahko njegova dokumentacija v sobi. Kajti marsikaterega pacienta le-to ne bi motilo.

2.7 PRAVNA UREDITEV VARSTVA OSEBNIH PODATKOV V ZDRAVSTVU V REPUBLIKI SLOVENIJI (RS)

"Ignorantia iuris nocet." – Nepoznavanje prava škodi.

V Sloveniji še ni sprejet poseben zakon, ki bi celovito in enovito uredil pravni položaj medicinskih sester. Določila, ki se nanašajo na medicinske sestre, predvsem posredno, zasledimo tudi v Zakonu o zdravniški službi (ZZdrS), v Zakonu o zdravstveni dejavnosti ZZDej) in drugih. Problem Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je, da gre zgolj za etična pravila, ki pa nimajo pravno zavezujoče moči, saj le-ta namreč s svojo vsebino tvori zgolj etično podlago za opravljanje dela medicinskih sester (Kraljič, 2006).

Iz navedenega sledi, da je področje zdravstvene nege eno izmed deficitarno pravno urejenih področij, ki kaže na nujnost po čimprejšnji zakonodajni ureditvi (ibid.).

2.7.1 Ustava RS

Varstvo osebnih podatkov je v Sloveniji že z ustavo opredeljeno kot temeljna človekova pravica. Slovenija s tem sodi v ozek krog držav, ki že na ustavni ravni zagotavljajo takšno varstvo. Večina držav zagotavlja varstvo osebnih podatkov z zakonskimi pravnimi akti. V času sprejemanja nove Ustave je Slovenija ohranila enako stališče, saj varstvo osebnih podatkov spada v okvir pravic s področja zasebnosti, ki je uvrščeno v poglavje o človekovih pravicah in temeljnih svoboščinah. Pri tem se ustavna ureditev

varstva osebnih podatkov opira na načela, ki so vsebovana v Konvenciji o varstvu posameznika glede na avtomatsko obdelavo podatkov (Pirc Musar, 2006).

Ustava Republike Slovenije kot temeljni in izhodiščni pravni akt in vir prava predstavlja osnovo za pravno urejanje na vseh drugih področjih, tudi v zdravstvu (Cijan, 1999). 35. člen Ustave RS (varstvo pravic zasebnosti in osebnostnih pravic) pravi, da naj bo zagotovljena nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegove zasebnosti ter osebnostnih pravic. 38. člen Ustave RS govori o varstvu osebnih podatkov in pravi, da mora biti zagotovljeno varstvo osebnih podatkov. Prepovedana je uporaba osebnih podatkov v nasprotju z namenom njihovega zbiranja. Zbiranje, obdelovanje, namen uporabe, nadzor in varstvo tajnosti osebnih podatkov določa zakon. Vsakdo se ima pravico seznaniti z zbranimi osebnimi podatki, ki se nanašajo nanj ter pravico do sodnega varstva ob njihovi zlorabi (Bučar, 1992).

2.7.2 Zakon o varstvu osebnih podatkov

Prvi zakon s področja varstva osebnih podatkov v RS je bil Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP) iz leta 1990, najnovejši zakon, ki ureja to področje, pa je Zakon o varstvu osebnih podatkov (v nadaljevanju ZVOP-1-UPB1), ki ga je Državni zbor Republike Slovenije sprejel 27.9.2007 (Jalen, 2009).

Vsebina zakona je opredeljena v prvem členu, ki pravi, da se s tem zakonom določajo pravice, obveznosti, načela in ukrepi, s katerimi se preprečujejo neustavni, nezakoniti in neupravičeni posegi v zasebnost in dostojanstvo posameznika oziroma posameznice pri obdelavi osebnih podatkov (Zakon o varstvu osebnih podatkov, 2007).

Kar zadeva varovanje osebnih podatkov v zdravstveni negi, pa tudi sicer v zdravstveni dejavnosti, so predvsem pomembni naslednji členi:

- 2. člen določa, da mora biti obseg zbranih osebnih podatkov usklajen z namenom njihovega zbiranja;
- 3. člen pravi, da je varstvo osebnih podatkov zagotovljeno vsakemu posamezniku;

- 6. člen razlaga pojme, ki jih vsebuje zakon – med drugim, kaj so občutljivi osebni podatki. To so podatki o rasnem, narodnem ali narodnostnem poreklu, političnem, verskem ali filozofskem prepričanju, članstvu v sindikatu, zdravstvenem stanju, spolnem življenju, vpisu ali izbrisu v ali iz kazenske evidence ter biometrične značilnosti;
- 9. člen opredeljuje pravne podlage v javnem sektorju (torej tudi v večini zdravstvene dejavnosti v Sloveniji) in določa, kdaj obstaja zakonita podlaga za obdelavo osebnih podatkov;
- 12. člen pravi, da lahko osebne podatke obdelujemo tudi, če ni zakonite pravne podlage, kadar je obdelava osebnih podatkov nujno potrebna za varovanje življenja ali telesa posameznika.
- 13. členu razlaga, v kakšnih primerih se lahko obdeluje občutljive podatke (torej, tudi zdravstvene podatke);
- 21. člen določa, koliko časa smemo hraniti zbrane osebne podatke in med drugim pravi, da se osebni podatki lahko shranjujejo le toliko časa, dokler je to potrebno za dosego namena, zaradi katerega so se zbirali ali nadalje obdelovali;
- 23. člen razlaga varstvo osebnih podatkov umrlih posameznikov;
- 91. člen našteva splošne kršitve določb tega zakona in predpisuje globe, s katerimi se kaznujejo posamezne kršitve (ibid.).

2.7.3 Zakon o pacientovih pravicah

Podlaga za Zakon o pacientovih pravicah (v nadaljevanju ZPacP) so bile poleg Konvencije o človekovih pravicah tudi Helsinška deklaracija in Oviedska konvencija. Helsinška deklaracija je bila na priporočilo Svetovnega zdravniškega združenje (World Medical Association) sprejeta leta 1965 in je še vedno najuglednejši kodeks pravil o spoštovanju pacientovih pravic. Z Oviedsko konvencijo iz leta 1997 je Svet Evrope zakonsko zavaroval pravice ljudi, ki sodelujejo v biomedicinskih raziskavah. ZPacP je Državni zbor Republike Slovenije sprejel 29. 1. 2008. ZPacP ureja odnos med pacientom in zdravstvenimi delavci in je izhodišče za zagotavljanje spoštovanja pacientovih pravic. ZPacP v zdravstveni negi zagotavlja zaščito pravic pacienta, ker je v procesu šibkejši člen. Pacienta postavlja v vlogo partnerja, mu daje aktivno vlogo in

soodgovornost za izid zdravljenja s tem, da mu nalaga tudi dolžnosti. Tako ima pacient pravico, pa tudi dolžnost do aktivnega vključevanja v proces zdravstvene nege (Marinič, 2009).

Vsebina zakona je opredeljena v prvem členu, ki pravi, da so s tem zakonom določene pravice, ki jih ima pacient kot uporabnik zdravstvenih storitev. Poleg tega omenjeni zakon določa tudi postopke uveljavljanja teh pravic, v primeru njihovega kršenja. Namen zakona je omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravnikom ali drugim zdravstvenim delavcem ter zdravstvenim sodelavcem (Zakon o pacientovih pravicah, 2008).

Z vidika varovanja osebnih podatkov so za zaposlene v zdravstveni negi še zlasti pomembni naslednji členi:

- **4. člen** določa zdravstvenim delavcem in sodelavcem načela, na podlagi katerih bodo lahko uresničevali pacientove pravice. 4. načelo pravi, da je potrebno spoštovati pacientovo zasebnost;
- **5. člen** našteva pacientove pravice, med drugim pravico do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov;
- **43. člen** obravnava zasebnost pri opravljanju zdravstvene storitve in pravi, da moramo izvajalci zdravstvenih storitev pri vsakokratni zdravstveni oskrbi spoštovati pacientovo zasebnost. Določa, kdo sme biti navzoč pri medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi. To so le zdravstveni delavci oziroma zdravstveni sodelavci, ki opravljajo medicinski poseg, osebe, za katere želi, da so navzoče, ter osebe, ki odločajo v pacientovem imenu. Osebe, katerih navzočnost je potrebna za potrebe zdravstvenega izobraževanja (npr. študenti), so lahko navzoče le s predhodno privolitvijo pacienta oziroma tistega, ki odloča v njegovem imenu.
- **44. člen** govori o varstvu osebnih podatkov in določa, da ima pacient pravico do zaupnosti osebnih podatkov ter da morajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci z njegovimi zdravstvenimi in drugimi osebnimi podatki ravnati v skladu z načelom zaupnosti in predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov. Ta člen tudi

podrobno opisuje, kdaj in na kakšen način je dovoljena uporaba in obdelava pacientovih zdravstvenih in drugih osebnih podatkov.

- **45. člen** obravnava varovanje poklicne skrivnosti in pravi, da so zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci dolžni kot poklicno skrivnost varovati vse, kar pri opravljanju svojega poklica ali dela zvedo o pacientu. Ta člen tudi navaja, kdo lahko zdravstvenega delavca oziroma zdravstvenega sodelavca razreši dolžnosti varovanja informacij o zdravstvenem stanju pacienta. To so:
 - pacient,
 - starši oziroma skrbnik otroka pred dopolnjenim 15. letom,
 - starši oziroma skrbnik otroka po dopolnjenem 15. letu, če so informacije potrebne za izvrševanje roditeljske pravice oziroma skrbništva, otrok pa sporočanja ni prepovedal,
 - oseba, ki odloča v pacientovem imenu, če pacient ni bil sposoben odločanja o sebi,
 - sodišče,
 - druge osebe, kadar tako določa zakon.

Poleg tega je v tem členu določeno, da ima pacient z dopolnjenim 15. letom starosti pravico pisno ali ustno ob navzočnosti dveh polnoletnih prič določiti, komu, kdaj in katere informacije o njegovem zdravstvenem stanju sme, mora ali ne sme zdravnik ali druga oseba, ki jo zdravnik pooblasti, sporočiti, razen, če zakon določa drugače;

- **46. člen** govori o nedovoljeni obdelavi osebnih podatkov: Izvajalci zdravstvenih storitev morajo vsak primer nedovoljenega sporočanja ali obdelave osebnih podatkov o pacientu posebej raziskati in ugotoviti morebitno odgovornost zdravstvenih delavcev ali zdravstvenih sodelavcev, primer pisno dokumentirati ter o tem obvestiti pacienta, pristojnega zastopnika pacientovih pravic in Informacijskega pooblaščenca (ibid.).

2.7.4 Kazenski zakonik

Neupravičeno izdajo poklicne skrivnosti inkriminira Kazenski zakonik (KZ-1), ki v 142. členu določa: "Kdor neupravičeno izda skrivnost, za katero je izvedel kot zagovornik, odvetnik, zdravnik, duhovnik, socialni delavec, psiholog ali kot kakšna

druga oseba pri opravljanju svojega poklica, se kaznuje z denarno kaznijo ali zaporom do enega leta. Za dejanje iz prejšnjega odstavka se ne kaznuje, kdor izda skrivnost zaradi splošne koristi ali upravičenega interesa javnosti ali zaradi koristi koga drugega, če je ta korist večja kakor ohranitev skrivnosti, ali če je z zakonom določena odveza dolžnosti varovanja skrivnosti." (Kazenski zakonik (KZ-1), 2008, str. 5865).

Presenetljivo je, da diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege niso eksplicitno naštetih v kazenskem zakoniku. Lahko bi rekli, da to spominja na pretekle čase zdravstvene nege, ko so bile do 19. stoletja negovalke tradicionalno nune ali ženske brez možnosti v življenju. Ali pa na čas Florence Nightingale. Po njeni doktrini ne sme medicinska sestra samovoljno "dati bolniku niti kozarca vode brez dovoljenja zdravnika". Torej kritično gledano se lahko v kazenskem zakoniku vidimo kot pomočnice zdravnika ali pa pod pojmom "kakšna druga oseba", ki ni vredna imenovanja (Ule, 2003).

2.7.5 Preostali relevantni pravni predpisi, ki urejajo varovanje osebnih podatkov pacienta v zdravstvu

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zavarovanju (ZZvZZ);
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej);
- Zakon o bolnišnicah;
- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva.

2.8 PRAVNA UREDITEV VARSTVA OSEBNIH PODATKOV V ZDRAVSTVU V EVROPSKI UNIJI

Ključni dokumenti, ki urejajo pravno varstvo osebnih podatkov v zdravstvu so Smernice OECD, Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin, Konvencija o varstvu posameznika glede na avtomatsko obdelavo osebnih podatkov, Direktiva 95/46/ES o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku teh podatkov, Evropske smernice za zdravstvene delavce o zaupnosti in zasebnosti v zdravstvu in Lizbonska pogodba.

2.8.1 Smernice OECD (Organizacije za ekonomsko sodelovanje in nadzor)

Eden prvih mednarodno uporabljenih inštrumentov so bile smernice OECD (Organisation for Economics Co-operation and Development) oz. smernice Evropske unije (v nadaljevanju EU) s področja varovanja osebnih podatkov in zasebnosti. Članice so principe sprejele 23.9.1980. Namen sprejetja smernic OECD je v tem, da vse države članice na evropski ravni poenotijo zakonodajo, hkrati pa so te smernice v pomoč državam, ki ustrezne zakonodaje še niso sprejele (Knez, 2009).

Smernice OECD vsebujejo naslednja načela:

- načelo zakonitosti pri vzpostavljanju zbirk in pri zbiranju ter uporabi osebnih podatkov,
- načelo neposrednega zbiranja osebnih podatkov,
- načelo predhodne določitve namena zbiranja, obdelovanja, shranjevanja, posredovanja in uporabe osebnih podatkov,
- načelo restriktivnosti,
- načelo relevantnosti osebnih podatkov,
- načelo kvalitete podatkov,
- načelo omejene uporabe osebnih podatkov,
- načelo zavarovanja podatkov,
- načelo odprtosti in sodelovanja ljudi,
- načelo odgovornosti,
- načelo svobodnega pretoka osebnih podatkov preko državnih meja (Markota, Ilić in Rogač, 1995).

2.8.2 Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin

Konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin je bila napisana v okviru Sveta Evrope. Za podpis je bila pripravljena 4. novembra 1950 v Rimu in je stopila v veljavo septembra 1953. Temelji na Splošni deklaraciji človekovih pravic iz leta 1948. Konvencija zasleduje cilje Sveta Evrope za ohranjanje in razvoj človekovih pravic in temeljnih svoboščin. Konvencija je prvi korak na poti h kolektivni pravni zaščiti

nekaterih pravic, že priznanih v Splošni deklaraciji človekovih pravic (Informacijski urad Sveta Evrope v Republiki Sloveniji, 2010a).

8. člen te konvencije določa pravico do spoštovanja zasebnega in družinskega življenja (Informacijski urad Sveta Evrope v Republiki Sloveniji, 2010b).

2.8.3 Konvencija o varstvu posameznika glede na avtomatsko obdelavo osebnih podatkov

Konvencija o varstvu posameznika glede na avtomatsko obdelavo osebnih podatkov je bila sprejeta s strani sveta Evrope leta 1981 in začela veljati leta 1985, temelji pa na 8. členu Evropske konvencije o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (Čebulj, 1998).

Namen te konvencije je zagotoviti spoštovanje pravic in temeljnih svoboščin vsakega posameznika ne glede na državljanstvo in prebivališče na ozemlju vsake pogodbenice, še zlasti spoštovanje pravice do zasebnosti glede avtomatske obdelave njegovih osebnih podatkov (Zakon o ratifikaciji konvencije o varstvu posameznikov glede na avtomatsko obdelavo podatkov, 1994).

Konvencija definira osnovne pojme kot so osebni podatek, avtomatska zbirka podatkov, avtomatska obdelava podatkov, upravljavec zbirke podatkov... Prav tako določa, kakšni morajo biti osebni podatki, ki se avtomatsko obdelujejo:

- pridobljeni in obdelani morajo biti pošteno in zakonito;
- shranjeni smejo biti le za določene in zakonite namene in ne smejo biti uporabljeni na način, ki ni združljiv s temi nameni;
- morajo biti primerni, ustrezni in ne smejo biti pretirani glede na namene, za katere so bili shranjeni;
- morajo biti točni in, kjer je to nujno, do dneva ažurni;
- smejo biti shranjeni v obliki, ki dopušča identifikacijo posameznika, na katerega se nanašajo podatki, le toliko časa, kot je to potrebno za namene, zaradi katerih so bili shranjeni (ibid.).

Osebni podatki, ki kažejo na rasno poreklo, politična, verska ali druga prepričanja, kot tudi osebni podatki, ki se nanašajo na zdravstveno ali spolno življenje, se ne smejo avtomatsko obdelovati, če nacionalna zakonodaja ne določa ustrezne zaščite (ibid.).

8. člen Ustave RS pravi, da morajo biti zakoni in drugi predpisi v skladu s splošno veljavnimi načeli mednarodnega prava in z mednarodnimi pogodbami, ki obvezujejo Slovenijo, ratificirane in objavljene mednarodne pogodbe pa se uporabljajo neposredno (Bučar, 1992). Zato so z ratifikacijo same Konvencije o varstvu posameznika glede na avtomatsko obdelavo osebnih podatkov postala njena načela merila zakonskega urejanja vsakega zbiranja, procesiranja in uporabe osebnih podatkov. To pomeni, da ne glede na položaj, ki ga Ustava RS daje ratificiranim pogodbam v hierarhiji pravnih aktov, načela Konvencije uporabljajo neposredno in da je le-ta neposredna podlaga ustavno-sodni presoji zakonov in drugih pravnih aktov, kadar se ti izpodbijajo zato, ker naj bi v neskladju z Ustavo in zakonom posegli v posameznikovo zasebnost (Čebulj in Žurej, 2005). Določila, načela in definicije, ki so zapisane v konvenciji, tako vsebujeta tako ZVOP-1-UPB1 kot tudi ZPacP.

2.8.4 Direktiva 95/46/ES o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku teh podatkov

EU je leta 1995 sprejela osnovno direktivo za zaščito podatkov, znano pod imenom DPD 95/46/ES, ki se nanaša na vsakršno obdelovanje osebnih podatkov ne glede na tehnologijo (Praprotnik, 2006). Tako zapadejo pod to direktivo tudi osebni podatki, ki se pojavljajo v zdravstvu.

Je eden najpomembnejših dokumentov, sprejetih v okviru EU, ki hkrati predstavlja temeljno izhodišče mnogim nacionalnim zakonodajam s področja varstva podatkovne zasebnosti (Dujič, 1996). Namen direktive je varovanje temeljnih pravic in svoboščin fizičnih oseb, predvsem pa njihove pravice do zasebnosti pri obdelavi osebnih podatkov (Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov, 1995).

Direktiva 95/46/ES predpisuje, da morajo biti osebni podatki obdelovani pošteno in zakonito, zbrani za točno določen in zakonit namen ter ne smejo biti nadalje obdelovani

v druge namene, ki niso v skladu s prvotno določenim namenom zbiranja. Podatki morajo biti ustrezni, relevantni, ne smejo biti prekomerni glede na namen zbiranja in obdelovanja, biti morajo aktualni ter, kjer je mogoče, tudi datirani. Netočni in zastareli podatki morajo biti popravljene oziroma zbrisani. Podatki so lahko shranjeni v obliki, ki dopušča identifikacijo posameznikov le toliko časa, kolikor je to potrebno za namene, za katere so bili podatki zbrani. V skladu z direktivo se lahko osebni podatki obdelujejo samo v nedvoumnem soglasju z lastnikom podatkov, se pravi, z osebo, na katero se podatki nanašajo. Zbiratelj podatkov mora seznaniti osebo, na katero se podatki nanašajo, kateri podatki se zbirajo in za kakšen namen. Seznaniti jih mora tudi z možnostjo dostopa do podatkov ter pravico do poprave podatkov. Prenos osebnih podatkov izven držav EU je mogoč le, če država, kamor so bili podatki posredovani, zagotovi ustrezno raven varstva (ibid.).

2.8.5 Evropske smernice za zdravstvene delavce o zaupnosti in zasebnosti v zdravstvu

Od vseh, ki delajo na področju zdravstva, zlasti pacienti pričakujejo, da bodo dosledno varovali zaupnost njihovih osebnih podatkov, saj imajo vso pravico do zasebnosti. V ta namen so bile izdane Evropske smernice za zdravstvene delavce o zaupnosti in zasebnosti v zdravstvu, ki jih je novembra 2005 potrdila evropska komisija. Te smernice govorijo o zaupnosti v zdravstvu in zasebnosti osebnih podatkov ter veljajo za vse zdravstvene delavce. Tvorijo del evropskih standardov o zaupnosti in zasebnosti v zdravstvu, ki opredeljujejo te smernice in vsebujejo priporočila za zdravstvene institucije, ki temeljijo na etičnih in pravnih načelih (Javne informacije Slovenije, Informacijski pooblaščenec, b.l.).

Evropski standardi so v osnovi etični standardi, razviti v pravnem kontekstu, v katerem zdravstveni delavci odločajo o varovanju, rabi in razkrivanju zaupnih osebnih podatkov. Vseh zdravstvenih delavcev ne vežejo iste pravne obveze o zaupnosti, vendar pa vse veže etična dolžnost vzdrževanja zaupnosti (ibid.).

Omenjene smernice obravnavajo tri področja varovanja, rabe in razkrivanja:

- varovanje, raba in razkrivanje osebnih podatkov o bolnikih za njihove zdravstvene potrebe;

- varovanje, raba in razkrivanje osebnih podatkov o bolnikih za rabo v zdravstvene namene, ki niso neposredno povezani z njihovimi zdravstvenimi potrebami;
- obveznosti in upravičenost do razkrivanja osebnih podatkov o bolnikih za rabo v namene, ki niso povezani z njihovimi zdravstvenimi potrebami (ibid.).

Smernice narekujejo zdravstvenim delavcem, da morajo spoštovati naslednja tri ključna načela o zaupnosti v zdravstvu:

- posamezniki imajo temeljno pravico do zasebnosti in zaupnosti svojih zdravstvenih podatkov;
- posamezniki imajo pravico do nadzora nad dostopom in razkritjem svojih zdravstvenih osebnih podatkov tako, da podelijo, odrečejo ali odvzamejo pooblastila;
- v primeru razkritja osebnih podatkov, na katerega bolnik ni pristal, morajo zdravstveni delavci upoštevati nujnost in sorazmernost razkritja podatkov ter spremljajoče tveganje (ibid.).

2.8.6 Lizbonska pogodba

Voditelji držav članic EU so 19. oktobra 2007 v Lizboni dosegli dogovor o pogodbi o reformi (Lizbonski pogodbi), ki naj bi EU omogočila učinkovito delovanje in okrepila njeno vlogo v svetu. Evropski voditelji in vodje diplomacij so pogodbo podpisali 13. decembra 2007 v Lizboni. Pogodbo je ratificiralo vseh 27 držav članic, v veljavo pa je stopila 1. decembra 2009 (Urad Vlade RS za komuniciranje, b.l.).

1. odstavek člena 16b Lizbonske pogodbe pravi, da ima vsakdo pravico do varstva osebnih podatkov, ki se nanašajo nanj (Zakon o razglasitvi Zakona o ratifikaciji Lizbonske pogodbe, ki spreminja Pogodbo o Evropski uniji in Pogodbo o ustanovitvi Evropske skupnosti).

3 EMPIRČNI DEL

3.1 PROBLEM IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je bil ugotoviti sedanje stanje na področju poklicne molčečnosti in varovanja osebnih podatkov z vidika zakonodaje in etike v Splošni bolnišnici Jesenice (v nadaljevanju SBJ). Na primeru slovenske bolnišnice smo želeli:

- ugotoviti pogostnost kršitve poklicne molčečnosti med diplomiranimi medicinskimi sestrami in tehnikami zdravstvene nege;
- prikazati seznanjenost zaposlenih na področju zdravstvene nege z zakonodajo na področju poklicne molčečnosti in varovanja osebnih podatkov;
- ugotoviti, ali diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege varujejo podatke pacienta v skladu s predpisi.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE, RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi opredeljenih ciljev smo oblikovali naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako pogosto diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege zaznavajo kršitve poklicne molčečnosti na področju zdravstvene nege?
- Ali zaposleni v zdravstveni negi vedo, kateri so ključni zakonski akti v zvezi z varovanjem osebnih podatkov pacienta in poklicno molčečnostjo, ki bi jih morali poznati?
- Kako pogosto zaposleni v zdravstveni negi kršijo III. načelo Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije?
- Kaj bi motilo diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege na področju varovanja osebnih podatkov pacienta, če bi bile same v vlogi pacienta?
- Ali se diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege zavedajo problematike neustreznih prostorov pri zagotavljanju varovanja osebnih podatkov.

Prav tako smo postavili naslednje hipoteze:

- Obstajajo statistično značilne razlike med anketiranci glede na spol, stopnjo izobrazbe ter delovno dobo oziroma starost pri poznavanju zakonodaje in etičnega kodeksa;
- Obstajajo statistično značilne razlike med anketiranci glede na spol, stopnjo izobrazbe ter delovno dobo oziroma starost pri kršitvah poklicne molčečnosti;
- Obstajajo statistično značilne razlike med anketiranci glede na spol, stopnjo izobrazbe ter delovno dobo oziroma starost pri odnosu do tega, ali ima etično načelo prednost pred zakonskim določilom.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Izbrali smo kvantitativni raziskovalni pristop. Raziskava je temeljila na deskriptivni neeksperimentalni metodi raziskovanja, uporabili smo metodo anketiranja. Za potrebe teoretičnega in empiričnega dela je bila zbrana strokovna literatura iz podatkovnih baz: COBISS, CINAHL, PUBmed, EBSCOhost, ERIC in SpringerLink, Subito, Das Deutsche Cochrane Zentrum (DCZ), WISE, careum-explorer, vascoda. Za iskanje literature smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem, nemškem in angleškem jeziku: Poklicna molčečnost, varovanje osebnih podatkov, osebni podatek, zdravstvena nega, Schweigepflicht, Datenschutz, Patientendaten, Datenschutz im Gesundheitswesen, Pflegewissenschaften, professional discretion, protecting patient's data privacy, data confidentiality, nursing care, research, survey.

3.3.2 Opis instrumentarija

Za izvedbo raziskave smo uporabili metodo anketiranja v obliki strukturiranega pisnega vprašalnika. Vprašalnik je bil namenjen diplomiranim medicinskim sestram in tehnikom zdravstvene nege v SBJ. Vprašalnik smo pripravili na osnovi študija literature o poklicni molčečnosti medicinskih sester in varovanju osebnih podatkov pacienta v zdravstveni negi. Vprašalnik je vseboval trditve, ki so jih anketirani ocenjevali po

Likertovi lestvici od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenilo se sploh ne strinjam, 2 je pomenilo se ne strinjam, 3 je pomenilo se niti ne strinjam niti strinjam, 4 je pomenilo se strinjam, 5 pa je pomenilo se popolnoma strinjam (Npr.: Trditev: Če bi bila hospitalizirana slavna osebnost, bi to takoj povedali najboljši prijateljski.) Prav tako pa je vseboval vprašanja zaprtega tipa, pri katerem je bilo potrebno pravilni odgovor obkrožiti, ter eno vprašanje odprtega tipa, kjer je bilo potrebno navesti dve trditvi.

Vprašalnik je bil razdeljen v štiri vsebinske sklope. Prvi sklop je vseboval demografske podatke. Drugi sklop je vključeval trditve s področja poklicne molčečnosti in varovanja osebnih podatkov pacienta v vsakodnevnih situacijah, tretji sklop je vključeval trditve s področja zakonodaje na področju poklicne molčečnosti in varovanja osebnih podatkov. Zadnji, četrti sklop pa obravnava poznavanje in upoštevanje III. načela Kodeksa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Spremenljivke v raziskavi so bile neodvisne (spol, starost, leta delovne dobe, stopnja izobrazbe) in odvisne (stopnja profesionalnosti v kontekstu poklicne molčečnosti, poznavanje zakonodaje s področja varovanja osebnih podatkov in poklicne molčečnosti ter poznavanje III. načela Kodeksa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije).

Zanesljivost pridobljenih podatkov je bila izračunana za 19 trditev II. sklopa anketnega vprašalnika o poklicni molčečnosti in varovanju osebnih podatkov na podlagi Cronbach alfa koeficienta. Cronbach alfa koeficient 19 trditev je z vrednostjo 0,71 presegel spodnji prag 0,7, ki določa sprejemljivo stopnjo zanesljivosti vzorca (Nunnally in Bernstein, 1994).

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli v SBJ v času od 4. do 11. novembra 2010 po predhodni pridobitvi soglasja s strani vodstva raziskovalnega okolja – SBJ. V začetku novembra smo zato izvedli tudi vzorčenje. Anketirancem je bila zagotovljena anonimnost pri izpolnitvi vprašalnika, tako da so imeli priložene ovojnice, v katere so vprašalnik vstavili. Anketirali smo 50,79 % vseh zaposlenih v zdravstveni negi v SBJ. Izbrali smo jih naključno. Razdelili smo 160 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih je bilo 128 anketnih vprašalnikov, kar pomeni, da smo zajeli v vzorcu 40,63 % opazovane populacije

anketirancev. Realizacija vzorca je bila 80 %. Po podatkih iz letnega poročila ima SBJ na področju zdravstvene nege zaposlenih 90 diplomiranih medicinskih sester in 225 tehnikov zdravstvene nege (Splošna bolnišnica Jesenice, 2009).

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev (n=128)

Spol	Moški		Ženski							
	Število	Odstotek	Število	Odstotek						
	11	9 %	116	91 %						
Starost	20 do 30 let		31 do 40 let		41 do 50 let		51 let in več			
	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek		
	48	40 %	31	26 %	31	26 %	9	8 %		
Delovna doba	0 do 5 let		6 do 10 let		11 do 15 let		16 do 20 let		21 let in več	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek
	38	30 %	22	18 %	15	12 %	13	10 %	37	30 %
Izobrazba	Srednješolska		Višješolska		Visokostrokovna		Univerzitetna			
	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek		
	84	67 %	4	3 %	36	28 %	2	2 %		

Uporabili smo namenski vzorec. Največ anketirancev je bilo starih med 20 in 30 let (40%). Največ medicinskih sester je imelo srednješolsko izobrazbo (67%). Pri statistični obdelavi podatkov smo z namenom oblikovanja primerljivih skupin določene kategorije združili – in sicer:

- pri starosti skupini 41 do 50 let ter 51 let in več
- pri delovni dobi skupini z 0 do 5 in 6 do 10 let delovne dobe ter skupini z 11 do 15 in 16 do 20 let delovne dobe;
- pri izobrazbi višješolsko, visokostrokovno in univerzitetno.

V anketnem vprašalniku nas je pri demografskih podatkih zanimal tudi pridobljeni naziv po srednji šoli ter informacije v zvezi z krajem bivanja, vendar smo pri analizi podatkov le-te izpustili, saj se je izkazalo, da statistično niso pomembni.

3.3.4 Potek raziskave

Anketne vprašalnike smo razdelili glavnim medicinskim sestram oddelkov, le-te pa so jih naprej predale članom zdravstveno-negovalnega tima. Izpolnjen anketni vprašalnik so anketiranci vložili v priloženo pisemsko ovojnico, le-to pa v mapo, namenjeno

shranjevanju anket na oddelku. Po sedmih dneh so nam glavne medicinske sestre predale izpolnjene anketne vprašalnike.

3.3.5 Opis obdelave podatkov

Rezultati so bili obdelani v statističnem programu SPSS 15.0 ter v programu Microsoft Excel. Statistični prikaz podatkov je predstavljen grafično s pomočjo razpredelnic in slike (grafa).

Demografski podatki vzorca so podani na podlagi frekvenčne in odstotne porazdelitve. Vpliv demografskih podatkov na percepcijo negovalnega osebja o poklicni molčečnosti, varovanju osebnih podatkov in zakonodaji je izračunan na podlagi hi-kvadrat testa, t-testa za neodvisne vzorce ali analize variance. Statistična analiza je izdelana s programom SPSS 15.0. P-vrednost $\leq 0,05$ pomeni statistično pomembnost.

3.4 REZULTATI

V drugem sklopu anketnega vprašalnika nas je zanimalo, kako se anketiranci odzovejo v vsakodnevni situacijah v kliničnem okolju na področju poklicne molčečnosti in varovanja osebnih podatkov pacienta. Trditve so ocenjevali po Likertovi lestvici. V tabeli 2 je navedeno, kakšna je bila povprečna vrednost (PV) in standardna deviacija (SD) odgovorov pri celotni populaciji ter po posameznih demografskih skupinah (spol, starost, delovna doba, izobrazba), pri katerih je navedeno, ali znotraj posamezne skupine obstaja statistično pomembna razlika (p). S krepkim tiskom smo v tabeli označili rezultate, kjer ugotavljamo statistično pomembno razliko, saj je pri le-teh p vrednost nižja ali enaka 0,05.

Tabela 2: Poklicna molčečnost in varovanje osebnih podatkov v vsakdanjih situacijah pri delu (n = 128), primerjava po spolu, starosti, delovni dobi in izobrazbi.

	Celotna populacija	Spol			Starost (v letih)				Delovna doba (v letih)				Izobrazba		
		moški (n=11)	ženske (n=126)	p	20-30 (n=48)	31-40 (n=31)	41 ali več (n=39)	p	0-10 (n=60)	11-20 (n=28)	21 ali več (n=36)	p	srednja (n=83)	višja (n=42)	p
		PV ± SD	PV ± SD		PV ± SD				PV ± SD				PV ± SD		
Trditev 1: Izdajo poklicne skrivnosti (molčečnosti) kazenski zakonik definira kot kaznivo dejanje.	4,51 ± 0,8	4,4 ± 1,0	4,5 ± 0,8	0,537	4,6 ± 0,7	4,8 ± 0,4	4,2 ± 1,1	0,008	4,6 ± 0,7	4,6 ± 0,7	4,3 ± 1,0	0,087	4,5 ± 0,9	4,6 ± 0,7	0,295
Trditev 2: Družba, v kateri se vsi do potankosti držimo zakonskih predpisov, je idealna.	3,31 ± 1,2	3,3 ± 1,3	3,3 ± 1,2	0,946	3,1 ± 1,1	3,4 ± 1,2	3,4 ± 1,3	0,461	3,2 ± 1,1	3,5 ± 1,2	3,2 ± 1,3	0,594	3,3 ± 1,2	3,3 ± 1,2	0,988
Trditev 3: Če bi bila hospitalizirana slavna osebnost, bi to takoj povedali najboljši prijatelji.	2,19 ± 1,3	2,6 ± 1,6	2,2 ± 1,3	0,239	2,4 ± 1,3	2,6 ± 1,3	1,8 ± 1,2	0,058	2,4 ± 1,3	2,4 ± 1,3	1,9 ± 1,2	0,186	2,2 ± 1,3	2,1 ± 1,3	0,655
Trditev 4: Vaša sosedka, ki vam ni blizu, ima prijateljico, ki je hospitalizirana v bolnišnici, kjer ste zaposleni. Prosi vas, da ji poveste podatke o zdravljenju. To bi storili.	1,46 ± 0,8	1,4 ± 0,5	1,5 ± 0,9	0,683	1,5 ± 0,9	1,6 ± 1,2	1,3 ± 0,5	0,287	1,5 ± 0,9	1,5 ± 1,0	1,4 ± 0,7	0,814	1,5 ± 0,8	1,4 ± 0,9	0,680
Trditev 5: Delate na ginekološkem oddelku in imate pacientko, ki je prišla naredit splav. Je še mladoletna, vendar je prepovedala, da se njenim staršem kaj pove. Obenem jo lahko že takoj "ocenite", da je neodgovorna in nezrela. Starši so zelo zaskrbljeni, na vas pa takoj naredijo dober vtis in jih zanima, zakaj je prišla h ginekologu. Povedali bi jim, zakaj je njihova hči hospitalizirana.	1,73 ± 1,2	2,2 ± 1,6	1,7 ± 1,1	0,346	1,9 ± 1,3	1,6 ± 1,2	1,7 ± 1,0	0,479	1,9 ± 1,3	1,7 ± 1,2	1,6 ± 1,0	0,573	1,8 ± 1,2	1,5 ± 1,0	0,175
Trditev 6: Pacientka se vam pri jutranji negi zaupa, da živi promiskuitetno, vi pa veste, da je poročena. Prosi vas, da tega nikomur ne poveste – nekemu se je namreč morala izpovedati. To bi povedali nekemu iz zdravstvenega tima na oddelku.	1,69 ± 0,9	1,8 ± 1,3	1,7 ± 0,9	0,637	1,9 ± 1,1	1,5 ± 0,8	1,6 ± 0,8	0,057	1,9 ± 1,1	1,3 ± 0,7	1,7 ± 0,8	0,024	1,7 ± 0,9	1,7 ± 1,0	0,824
Trditev 7: Zgoraj navedeno zgodbo o pacientki, bi povedali prijatelji.	1,59 ± 1,0	1,5 ± 1,0	1,6 ± 1,0	0,894	1,7 ± 1,2	1,7 ± 1,2	1,4 ± 0,7	0,427	1,7 ± 1,2	1,6 ± 1,0	1,4 ± 0,7	0,455	1,6 ± 1,0	1,6 ± 1,0	0,971
Trditev 8: Zdravnik vam pove, da bo pacientka kljub začasnemu izboljšanju kmalu umrla. Ima dva otroke, stara dobrih trideset let. Oba sta polna upanja, kako bo mama kmalu zdrava, kako bo prišla domov in bo vse po starem. Zdravnik vas je prosil, da slabe prognoze ne poveste svojcem, saj je mama pred časom to izrecno prepovedala. Upoštevali bi njegovo prošnjo.	3,95 ± 1,5	4,4 ± 1,3	3,9 ± 1,5	0,368	4,1 ± 1,4	4,1 ± 1,6	3,7 ± 1,5	0,413	4,2 ± 1,4	4,2 ± 1,4	3,7 ± 1,5	0,271	3,9 ± 1,5	4,1 ± 1,4	0,528

	Celotna populacija	Spol			Starost (v letih)				Delovna doba (v letih)				Izobrazba		
		moški (n=11)	ženske (n=126)	p	20 – 30 (n=48)	31 – 40 (n=31)	41 ali več (n=39)	p	0 – 10 (n=60)	11 – 20 (n=28)	21 ali več (n=36)	p	srednja (n=83)	višja (n=42)	p
		PV ± SD	PV ± SD		PV ± SD				PV ± SD				PV ± SD		
Trditev 9: Zaenkrat ste še zdravstveni tehnik, vendar ob delu študirate na visoki zdravstveni šoli. Imate klinično prakso na Onkološkem inštitutu. Veste, da so vaši najboljši prijateljico pred kratkem postavili diagnozo karcinom dojke. Ničesar vam noče povedati, kako se zdravi itd. Njene podatke o zdravljenju bi pogledali na računalniškem informacijskem sistemu.	1,82 ± 1,2	2,5 ± 1,5	1,8 ± 1,1	0,168	2,1 ± 1,3	1,7 ± 1,1	1,6 ± 1,1	0,121	2,0 ± 1,2	1,7 ± 1,1	1,7 ± 1,1	0,251	1,9 ± 1,2	1,8 ± 1,1	0,756
Trditev 10: Pogosto kršim svojo poklicno molčečnost.	1,59 ± 0,8	1,5 ± 0,7	1,6 ± 0,8	0,830	1,7 ± 1,0	1,4 ± 0,6	1,7 ± 0,8	0,237	1,6 ± 0,9	1,4 ± 0,5	1,7 ± 0,8	0,159	1,6 ± 0,7	1,7 ± 1,0	0,571
Trditev 11: Vaši sodelavci v timu zdravstvene nege pogosto kršijo poklicno molčečnost.	2,25 ± 1,0	2,5 ± 1,1	2,2 ± 1,0	0,336	2,0 ± 1,1	2,6 ± 0,9	2,3 ± 1,0	0,090	2,1 ± 1,0	2,4 ± 1,0	2,4 ± 0,9	0,287	2,2 ± 1,0	2,4 ± 1,1	0,245
Trditev 12: Klicanje pacientov po imenu pred ostalimi pacienti v čakalnicah je v skladu s Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.	2,14 ± 1,2	2,9 ± 1,4	2,1 ± 1,2	0,023	2,4 ± 1,2	2,0 ± 1,1	1,9 ± 1,2	0,090	2,3 ± 1,2	1,8 ± 1,1	2,0 ± 1,2	0,204	2,4 ± 1,2	1,7 ± 1,0	0,001
Trditev 13: Informacije o pacientih posredujete njihovim svojcem po telefonu.	2,05 ± 1,2	2,2 ± 1,5	2,0 ± 1,2	0,716	2,2 ± 1,2	2,0 ± 1,3	2,0 ± 1,1	0,671	2,1 ± 1,3	2,1 ± 1,2	2,0 ± 1,1	0,928	2,0 ± 1,1	2,2 ± 1,3	0,375
Trditev 14: Včasih razmišljate, da ne ravnate dovolj profesionalno s pacientovimi podatki.	2,78 ± 1,1	2,5 ± 1,2	2,8 ± 1,1	0,307	2,7 ± 1,0	2,6 ± 1,1	3,0 ± 1,1	0,397	2,6 ± 1,1	2,9 ± 0,9	3,0 ± 1,1	0,231	2,7 ± 1,0	2,9 ± 1,3	0,559
Trditev 15: V bolnišnici, kjer ste zaposleni, imate možnost zagotoviti zasebnost ob sporočanju slabe novice pacientu.	3,01 ± 1,3	2,9 ± 1,3	3,0 ± 1,3	0,826	3,0 ± 1,4	2,8 ± 1,4	3,1 ± 1,1	0,649	2,9 ± 1,4	2,9 ± 1,3	3,3 ± 1,1	0,359	3,2 ± 1,3	2,6 ± 1,3	0,032
Trditev 16: Izkoriščate, da vam je dana možnost dostopa do vseh občutljivih podatkov o pacientih.	1,59 ± 0,9	1,7 ± 0,9	1,6 ± 0,9	0,586	1,7 ± 1,1	1,4 ± 0,6	1,6 ± 0,8	0,199	1,6 ± 1,0	1,5 ± 0,7	1,6 ± 0,8	0,907	1,6 ± 0,9	1,6 ± 0,9	0,829
Trditev 17: Kolegom iz drugih oddelkov pogosto pripovedujete o zanimivih pacientih.	1,87 ± 1,3	2,5 ± 1,2	1,7 ± 1,0	0,009	2,1 ± 1,2	1,5 ± 0,9	1,7 ± 0,8	0,023	2,1 ± 1,2	1,4 ± 0,7	1,7 ± 0,8	0,013	1,9 ± 1,0	1,6 ± 1,0	0,266
Trditev 18: Ker smo majhna bolnišnica, večinoma poznamo paciente, ki so pogosto hospitalizirani. Takrat kolegom govorimo o pacientu kar z imenom. Npr.: zdaj imamo spet Lojzeta... Ali veš, da smo mu amputirali še drugo nogo. Itd. To počnete pogosto.	1,94 ± 1,0	2,1 ± 0,9	1,9 ± 1,0	0,597	2,1 ± 1,1	1,9 ± 1,0	1,8 ± 0,8	0,298	2,1 ± 1,1	1,7 ± 0,8	1,9 ± 0,7	0,101	1,9 ± 0,9	2,0 ± 1,1	0,511
Trditev 19: Velikost bolnišnice vpliva na pogostost kršenja poklicne molčečnosti in varovanja osebnih podatkov pacienta. Torej, manjša kot je bolnišnica, več je kršitev na omenjenem področju.	2,4 ± 1,3	2,3 ± 1,0	2,4 ± 1,3	0,704	2,3 ± 1,1	2,7 ± 1,5	2,2 ± 1,2	0,172	2,4 ± 1,2	2,9 ± 1,5	2,1 ± 1,2	0,075	2,4 ± 1,2	2,4 ± 1,4	0,993

Legenda: n = število enot v populaciji; PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; p = p-vrednost (vrednost ≤ 0,05 pomeni statistično značilnost).

Da kazenski zakonik inkriminira izdajo poklicne molčečnosti, ve 89,8% anketirancev – zelo se je strinjalo 64,8 %, strinjalo pa se je 25 % vprašanih. Pri stavku: *Družba, v kateri se vsi do potankosti držimo zakonskih predpisov, je idealna*, ni odgovora, ki bi prevladoval. S trditvijo se sploh ni strinjalo 10,3 %, ni se strinjalo 13,5 %, opredelilo se ni 27,0 %, s trditvijo se je strinjalo 33,3 %, popolnoma pa se je strinjalo 15,9 %. 40,6 % anketirancev je označilo, da se sploh ne strinjajo s trditvijo, da bi v primeru hospitalizacije slavne osebnosti to sporočili najboljši prijateljici. 68% se sploh ne strinja s trditvijo, da bi posredovali podatke o zdravljenju prijateljice neke sosedice, ki jim ni blizu. 63,3% anketirancev se sploh ni strinjalo, da bi kršilo poklicno molčečnost pri 15 letni pacientki. Kar 72,7 % anketirancev (55,5 % jih je obkrožilo se zelo strinjam, 17,2 % pa se strinjam) ne bi pogledalo podatkov o zdravljenju na računalniškem informacijskem sistemu. Da pogosto kršijo svojo poklicno molčečnost se sploh ne strinja 55,5 % anketirancev, ne strinja pa se 32 % anketirancev; da njihovi sodelavci pogosto kršijo poklicno molčečnost se sploh ne strinja le 25 %, ne strinja se 33,6 %, neopredeljenih pa je 29,7 %. 40,6 % anketirancev se sploh ne strinja, da je klicanje pacientov po imenu pred ostalimi pacienti v čakalnicah v skladu s Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. In kar 44,5 % odstotkov prav tako zanika (se sploh ne strinja), da bi informacije o pacientih sporočali njihovim svojcem po telefonu. Pri vprašanju, ali kdaj razmišljajo, da ne ravnajo dovolj profesionalno s podatki pacientov, je 35,9 % vprašanih odgovorilo, da ne (se sploh ne strinjajo oz. se ne strinjajo), 22,7 % da ja (se strinjajo oz. se zelo strinjajo), 40,6 % pa se jih ni opredelilo. 52,3 % vprašanih zanika (se jih sploh ne strinja), da kolegom iz drugih oddelkov pogosto pripovedujejo o zanimivih pacientih.

Anketiranci, stari 31 – 40 let so izrazili večje strinjanje ($4,8 \pm 0,4$), da izdajo poklicne skrivnosti (molčečnosti) kazenski zakonik definira kot kaznivo dejanje, kot anketiranci v starostnih skupinah 20 – 30 let ($4,6 \pm 0,7$) ter 41 let in več ($4,2 \pm 1,1$). T-test za neodvisne vzorce je pokazal med različnimi starostnimi skupinami statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p=0,008$). Pri trditvi *Pacientka se vam pri jutranji negi zaupa, da živi promiskuitetno, vi pa veste, da je poročena. Prosi vas, da tega nikomur ne poveste. To bi povedali nekemu iz zdravstvenega tima na oddelku* je t-test za neodvisne vzorce je pokazal med skupinami ločenimi glede na število let delovne

dobe statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p=0,024$). Anketiranci z delovno dobo 11 – 20 let so izrazili večje nestrinjanje ($1,3 \pm 0,7$) kot anketiranci z delovno dobo 21 let ali več ($1,7 \pm 0,8$) ali le-ti z delovno dobo 0 – 10 let ($1,9 \pm 1,1$). Anketiranci s srednješolsko izobrazbo ($2,4 \pm 1,2$) so izrazili večje strinjanje od anketirancev z visokošolsko izobrazbo ($1,7 \pm 1,0$), da je klicanje pacientov po imenu v čakalnici v skladu s Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. T-test za neodvisne vzorce je pokazal med izobrazbami statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p=0,023$). Anketiranci ženskega spola ($2,1 \pm 1,2$) so izrazili nižje strinjanje od moških kolegov ($2,9 \pm 1,4$), da je klicanje pacientov po imenu v čakalnici v skladu s Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. T-test za neodvisne vzorce je pokazal med spoloma statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p=0,023$). Anketiranci s srednješolsko izobrazbo ($3,2 \pm 1,3$) so izrazili večje strinjanje od anketirancev z visokošolsko izobrazbo ($2,6 \pm 1,3$), da imajo v bolnišnici, kjer so zaposleni, možnost zagotoviti zasebnost ob sporočanju slabe novice pacientu. T-test za neodvisne vzorce je pokazal med izobrazbami statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p=0,032$). Anketiranci ženskega spola ($1,7 \pm 1,0$) so izrazili manjše strinjanje od moških kolegov ($2,5 \pm 1,2$), da kolegom iz drugih oddelkov pogosto pripovedujejo o zanimivih pacientih. T-test za neodvisne vzorce je pokazal med spoloma statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p=0,009$). Prav tako so pri isti trditvi anketiranci v starosti 20 – 30 let izrazili večje strinjanje ($2,1 \pm 1,2$) kot anketiranci v starosti 41 let ali več ($1,5 \pm 0,9$) oz. anketiranci stari 31 – 40 let ($1,7 \pm 0,8$). T-test za neodvisne vzorce je pokazal med starostnimi skupinami statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p=0,023$). Pri isti trditvi je t-test za neodvisne vzorce pokazal med skupinami, ki se razlikujejo glede na delovno dobo, statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p=0,013$). Anketiranci z delovno dobo 11 – 20 let so izrazili večje nestrinjanje ($1,4 \pm 0,7$) kot anketiranci z delovno dobo 21 let ali več ($1,7 \pm 0,8$) ali le-ti z delovno dobo 0 – 10 let ($2,1 \pm 1,2$).

V tretjem in četrtem sklopu anketnega vprašalnika nas je zanimalo, kakšno je poznavanje zakonodaje s področja varovanja osebnih podatkov in poklicne molčečnosti ter poznavanje III. načela Kodeksa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. V tabeli 3 je navedeno, koliko odstotkov anketirancev se je odločilo za

katerega od možnih odgovorov in sicer, kakšen je bil odstotek odgovorov pri celotni populaciji ter po posameznih demografskih skupinah (spol, starost, delovna doba, izobrazba), pri katerih je navedeno, ali znotraj posamezne skupine obstaja statistično pomembna razlika (p). S krepkim tiskom smo v tabeli označili rezultate, kjer ugotavljamo statistično pomembno razliko, saj je pri le-teh p vrednost nižja ali enaka 0,05

Tabela 3: Poznavanje zakonodaje in poklicne etike pri medicinskih sestrah (n=128), primerjava po spolu, starosti, delovni dobi in izobrazbi.

Trditev	Celotna populacija	Spol			Starost				Delovna doba				Izobrazba		
		moški (n=11)	ženske (n=126)	p	20 – 30 (n=48)	31 – 40 (n=31)	41 ali več (n=39)	p	0 – 10 (n=60)	11 – 20 (n=28)	21 ali več (n=36)	p	srednja (n=83)	višja (n=42)	p
		v %			v %				v %				v %		
Ali veste, kateri zakoni urejajo področje varovanja osebnih podatkov pacienta oziroma poklicne molčečnosti?															
• ne	26,6	10,0	28,3	0,365	29,8	36,7	17,9	0,399	29,8	35,7	13,9	0,026	30,5	20,0	0,132
• da, vendar le, kako se imenujejo	24,2	30,0	23,9		27,7	13,3	23,1		31,6	7,1	25,0		28,0	17,5	
• da, okvirno poznam tudi vsebino	41,1	60,0	38,9		38,3	40,0	46,2		35,1	39,3	52,8		32,9	55,0	
• da, vsebino poznam dokaj dobro	8,1	0,0	8,8		4,3	10,0	12,8		3,5	17,9	8,3		8,5	7,5	
Kdo lahko medicinsko sestro razreši dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti (molčečnosti)?	17,2	9,1	18,1	0,450	20,8	16,1	17,5	0,854	20,0	7,1	21,6	0,251	13,1	26,2	0,068
• pacient sam, sodišče in za mladoletne starši oz. skrbniki															
Zakon o pacientovih pravicah določa, da ima 15 letni pacient pravico pisno ali ustno določiti, komu, kdaj in katere informacije o njegovem zdravstvenem stanju sme zdravnik ali medicinska sestra sporočiti.	47,6	36,4	48,2	0,452	38,3	56,7	56,4	0,156	41,4	48,1	55,6	0,405	45,7	51,2	0,563
• drži															
Če so etična načela v navzkrižju z obstoječimi zakonskimi določili, ima etično načelo prednost pred zakonom.	44,2	54,5	43,5	0,483	43,5	31,0	56,8	0,111	40,4	29,6	66,7	0,009	45,0	44,7	0,979
• drži															
Kdaj se glede na Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije medicinska sestra moralno ni dolžna držati poklicne molčečnosti?	78,6	66,7	79,4	0,373	67,4	75,0	94,3	0,015	71,7	72,0	93,8	0,040	72,2	89,7	0,032
• če bi bila zaradi pomanjkanja informacij ogrožena varnost pacienta, družine ali skupnosti															
Kdo obravnava kršitve Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije?	73,5	72,7	73,3	0,969	64,4	70,0	90,6	0,031	63,6	73,1	90,0	0,033	72,6	74,4	0,842
• častno razsodišče Zbornice – Zveze															

Legenda: n = število enot v populaciji; PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; p = p-vrednost (vrednost ≤ 0,05 pomeni statistično značilnost).

Vsebino zakonov, ki urejajo področje varovanja osebnih podatkov pacienta oziroma poklicne molčečnosti, pozna 47,7 % anketirancev – od tega jih 39,8 % meni, da vsebino okvirno poznajo, 7,8 % pa jih meni, da vsebino poznajo dokaj dobro. T-test za neodvisne vzorce je pokazal med skupinami, ki se razlikujejo glede na število let delovne dobe statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p=0,026$). Na vprašanje, kdo lahko medicinsko sestro razreši dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti, je 53,3 % vprašanih odgovorilo, da pacient sam, 31,7 % Ministrstvo za zdravje RS, 47,5% Častno razsodišče Zbornice-Zveze, 5,8 % Ministrstvo za delo, družino in sociale zadeve RS, 64 % sodišče, 2,5 % center za socialno delo, 30,8 % za mladoletne osebe in osebe pod skrbništvom starši oziroma skrbniki. Pravilnih odgovorov pri tem vprašanju – to je tistih, ki so obkrožili samo vse tri pravilne odgovore – je le 17,2 %, napačnih pa 82,8 %. Pravilni odgovor na vprašanje, ali zakon o pacientovih pravicah določa, da ima 15 letni pacient pravico pisno ali ustno določiti komu, kdaj in katere informacije o njegovem zdravstvenem stanju sme zdravnik ali medicinska sestra sporočiti, je vedelo le 46,1 % vprašanih.

Če so etična načela v navzkrižju z obstoječimi zakonskimi določili, ima etično načelo prednost pred zakonom, je menilo 41,1 % vprašanih. T-test za neodvisne vzorce je pokazal med skupinami, ki se razlikujejo glede na število let delovne dobe, statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p=0,009$).

Na vprašanje, kdaj se po Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije medicinska sestra moralno ni dolžna držati poklicne molčečnosti, je 4,7 % vprašanih odgovorilo, da v primeru, če sta pri otroku starša neprištevna ali, če otrok zaradi določenih okoliščin nima staršev in skrbnikov. 68,8 % je odgovorilo, da če bi bila zaradi pomanjkanja informacij ogrožena varnost pacienta, družine ali skupnosti, kar je bil tudi pravilni odgovor. 2,3% je odgovorilo, da pri množičnih nesrečah, 2,3% pa pri zapornikih, saj so dolžne poročati vse podatke zavodu, kjer je le-ta v času prestajanja zaporne kazni, ter 9,4 % je odgovorilo, da v vojni, saj se le-ta šteje kot posebna okoliščina. T-test za neodvisne vzorce je pokazal med skupinami, ki se razlikujejo glede na starost ($p=0,015$), število let delovne dobe ($p=0,040$) in glede na izobrazbo, ($p=0,032$) statistično pomembno razliko v povprečni oceni. Pri vprašanju, kdo obravnava kršitve Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, jih je 64,8 % vedelo, da je to Častno razsodišče Zbornice-Zveze, 12,5 % jih je

odgovorilo, da upravni odbor Zbornice-Zveze, 2,3 %, da izvršni odbor regijskega strokovnega društva, 3,1 % predsednik Zbornice-Zveze, 3,1 %, da odbor regijskih strokovnih društev in strokovnih sekcij pri Zbornici-Zvezi, 2,3 % pa je odgovorilo, da nihče od naštetih. T-test za neodvisne vzorce je pokazal med skupinami, ki se razlikujejo glede na starost, statistično pomembno razliko v povprečni oceni (0,031).

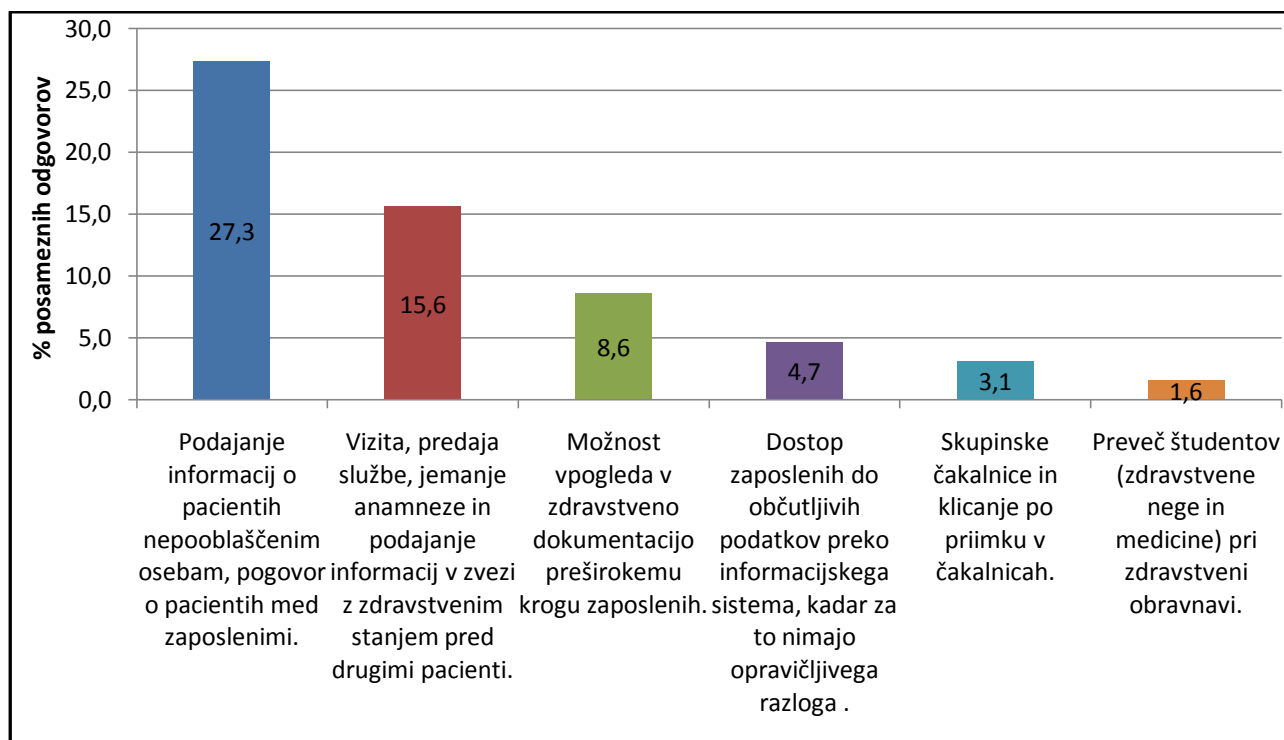
Zanimalo nas je, ali obstaja statistično pomembna razlika v poznavanju zakonodaje, ki smo jo ugotavljali z dvema vprašanjema, med tistimi, ki so se opredelili, da vedo, kateri zakoni urejajo področje varovanja osebnih podatkov pacienta oziroma poklicne molčečnosti, ter tistimi, ki menijo, da teh zakonov ne poznajo. Ugotovili smo, da anketiranci, ki so pritrdilno odgovorili, da poznajo zakonodajo na področju varovanja osebnih podatkov oz. poklicne molčečnosti, pri anketi niso dosegli statistično pomembno boljših rezultatov.

Tabela 4: Korelacija med subjektivnim mnenjem o poznavanju zakonodaje in dejanskim stanjem glede na odgovore pri dveh trditvah s področja zakonodaje

Trditev	Dejavnik	Ali poznate zakone varovanja osebnih podatkov oz poklicne molčečnosti		p
		da (n=91)	ne (n=33)	
Kdo lahko medicinsko sestro razreši dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti (molčečnosti)? (pacient sam, sodišče in za mladoletne starši oz skrbniki v %)		17,6	18,2	0,938
Zakon o pacientovih pravicah določa, da ima 15 letni pacient pravico pisno ali ustno določiti komu, kdaj in katere informacije o njegovem zdravstvenem stanju sme zdravnik ali medicinska sestra sporočiti. (drži v %)		47,2	50,0	0,785

Legenda: n = število enot v populaciji; p = p-vrednost (vrednost $\leq 0,05$ pomeni statistično značilnost)

Zadnje vprašanje anketnega vprašanja je bilo odprtega tipa. Na vprašanje: *Kaj bi vas motilo na področju varovanja osebnih podatkov pacienta, če bi bili sami v vlogi pacienta*, so anketirani zelo različno odgovarjali. Na to vprašanje je odgovorilo 66,4 % anketirancev, le 60,9 % anketirancev pa je podalo odgovor, ki se je nanašal na postavljeno vprašanje. Pri oblikovanju rezultatov smo trditve združili glede na temo, ki jo obravnavajo v 6 skupin ter izračunali, kolikšen odstotek predstavlja posamezna skupina odgovorov glede na celoten vzorec (Tabela 4).



Slika 1: Kaj bi medicinske sestre motilo na področju varovanja osebnih podatkov pacienta, če bi bile same v vlogi pacienta (n=128).

3.5 RAZPRAVA

Zanimalo nas je, kako pogosto zaposleni v zdravstveni negi zaznavajo kršitve poklicne molčečnosti na področju zdravstvene nege. Stopnja strinjanja pri posameznih trditvah prvega sklopa, v katerih so anketiranci ocenjevali samega sebe, nakazuje, da velika večina ne krši III. načela Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije oziroma, da ustrezno postopa glede varovanja osebnih podatkov. To ugotovimo tako iz odgovorov, kjer so se anketiranci opredelili, kako bi ravnali v posameznih vsakodnevnih situacijah iz kliničnega okolja, kot tudi iz odgovorov, ko smo jih vprašali, ali menijo, da kršijo poklicno molčečnost.

Rezultati pokažejo, da na področju poklicne molčečnosti ni statistično pomembnih razlik glede na stopnjo izobrazbe. Menimo, da zato, ker gre pri tem predvsem za moralno držo, ki ni toliko povezana z izobrazbo, saj, kot ugotavljata Tabak in Ozon (2004), navodila oziroma zahteve, kadar le-te izhajajo iz moralne držbe, izvajalci ponotranjijo in zvesto izpolnjujejo.

Zaradi stereotipa, da moški manj obrekujejo, smo predpostavili, da bo prišlo do statistično pomembnih razlik med spoloma. Raziskava je pokazala, da razlik ni, kar

potrjuje tudi izsledke drugih avtorjev (Baumeister, Zhang in Vohs, 2004). Opazili pa smo, da bi statistično pomembno več moških pripovedovalo svojim kolegom o zanimivih pacientih (trditev 17), kar bi lahko pripisali temu, da ženske pri t.i. obrekovanju govorijo predvsem o prijateljih in sorodnikih, moški pa več o ljudeh, ki jim pravzaprav niso blizu (Baumeister, Zhang in Vohs, 2004; Levin in Arluke, 1985).

Prav tako smo predpostavili, da se bodo pojavile razlike pri razdelitvi glede na starost in delovno dobo, a smo jo opazili le pri dveh trditvah. Statistično pomembno več mlajših anketirancev (starih med 20 in 30 let) ter tistih z najnižjo delovno dobo (od 0 do 10 let) bi svojim kolegom pripovedovalo o zanimivih pacientih (trditev 17), slednji pa bi se bili tudi statistično pomembno manj sposobni pred kolegi zadržati, če bi šlo za zelo pikantno podrobnost iz zasebnega življenja (Trditev 6). Odstotek je še vedno majhen, razliko pa pripisujemo profesionalnemu odnosu, ki je zelo odvisen od let delovnih izkušenj.

Pri vprašanju, kjer so morali anketiranci oceniti, ali njihovi sodelavci v timu kršijo poklicno molčečnost (trditev 11), so sicer večinoma prav tako kot za sebe odgovorili, da ne, a so bili nekoliko manj gotovi.

Pri zadnjem vprašanju v anketnem vprašalniku, kjer so morali anketiranci povedati, kaj bi jih motilo, če bi bili sami v vlogi pacienta, dobimo še nekoliko drugačno sliko. Več kot ena četrtnina jih je navedlo, da bi jih motilo posredovanje informacij nepooblaščenim oziroma pogovor med zaposlenimi. Odstotek je precej višjih kot pa odstotek tistih, ki so v prvem sklopu obkrožili, da kršijo poklicno molčečnost.

Raziskava pokaže, da so anketiranci, kar zadeva kršenje poklicne molčečnosti, dokaj kritični do svojih kolegov, kar je v nasprotju z interpretacijo rezultatov drugega sklopa anketnega vprašalnika. To bi lahko pomenilo, da so anketiranci ali premalo samokritični, kadar morajo ocenjevati samega sebe in pri sebi ne opazijo kršitev, ki jih pri svojih kolegih opazijo, ali pa se skušajo prikazati v čim lepši luči.

Anketiranci večinoma dobro vedo, kaj bi jih motilo na področju poklicne molčečnosti in varovanja osebnih podatkov, če bi bili sami hospitalizirani (Slika 1). Ti odgovori so zelo pomembni z vidika kakovosti pri zagotavljanju zasebnosti. Nakazujejo namreč, kakšni so ukrepi, ki bi jih morali izvesti, ter spremembe, ki jih moramo uvesti v kliničnem okolju, da bi prišlo do izboljšav na tem področju. Predvsem ugotavljamo, da jih v večji meri moti kršenje poklicne molčečnosti kot nezadostno varovanje osebnih podatkov, ter

da je najpogostejša kršitev poklicne molčečnosti pogovarjanje o pacientih. Iz odgovorov se da zaključiti, da je najnujnejši ukrep izobraževanje in ozaveščanje zaposlenih, ki pa mu morajo slediti tudi spremembe na področju organizacije dela (npr. zagotavljanje zasebnosti pri jemanju anamneze), kar ugotavljajo tudi Tabak in Ozon (2004) ter Heikkinen, Wickström, Leino-Kilpi in Katajisto (2007).

Velika večina anketirancev sicer meni, da vedo, kateri so ključni zakonski akti s področja varovanja osebnih podatkov, a več kot ena četrtnina jih je priznala, da ne ve niti tega, kako se imenujejo. Pri obeh vprašanjih, s katerima smo preverjali, koliko anketiranci te zakone resnično poznajo, so pokazali dokaj slabo znanje. Zanimivo pri tem je, da ni bilo nobene statistično pomembne razlike v uspešnosti reševanja teh dveh vprašanj med tistimi, ki so se opredelili, da zakonodajo poznajo in tistimi, ki so priznali, da je ne, kar spet morda nakazuje na pomanjkanje samokritičnosti. Manj kot ena petina anketirancev je pravilno odgovorila, kdo lahko razreši medicinsko sestro dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti (molčečnosti), ali ima 15 letni pacient pravico določiti, kako se sme sporočati informacije o njegovem zdravstvenem stanju, pa je vedela (le) slaba polovica anketirancev. Slabo poznavanju zakonodaje s področja varovanja osebnih podatkov bi verjetno lahko pripisali predvsem pomanjkljivi izobrazbi s tega področja, pa tudi premajhni stopnji zavedanja o pomembnosti tega znanja. Človekove pravice in predvsem pacientove pravice bi morale biti obvezen sestavni del študijskega programa pri študiju zdravstvene nege, poleg tega pa bi morali redno organizirati izobraževanja s področja pacientovih pravic za medicinske sestre, ki so že zaposlene, da bi to znanje lahko takoj prenesle v prakso (Tabak in Ozon, 2004).

Predpostavljali smo, da se bodo anketiranci z visokošolsko izobrazbo pri poznavanju zakonodaje bolje izkazali od tistih s srednjo, a ni bilo nobenih statistično pomembnih razlik. Ta rezultat nakazuje, da se očitno pri študijskih programih, ki so jih anketiranci z visokošolsko izobrazbo obiskovali, temu področju ni posvečalo dovolj pozornosti ali pa, da te vsebine niso bile podane na ustrezen način. So pa rezultati pokazali, da obstaja statistično pomembna razlika glede na delovno dobo, saj anketiranci z višjo delovno dobo menijo, da bolje poznajo zakonodajo kot tisti z nižjo. To razlika je verjetno posledica tega, da je z dolžino poklicnega delovanja povezano tudi število izobraževanj. Prav tako smo ugotavljali statistično pomembno razliko, kar zadeva starost. Pri vprašanju iz prvega sklopa, s katerim smo skušali ugotoviti, ali anketiranci vedo, da je

izdaja poklicne skrivnosti kaznivo dejanje, so najboljše izkazali anketiranci, stari med 31 in 40 let, najslabše pa anketiranci, starejši od 41 let. To, da so anketiranci starejše generacije pokazali statistično pomembno slabše znanje od mlajših, bi morda lahko pripisali temu, da starejši delavci kažejo manjši interes za napredovanje in pridobivanje novega znanja (Bertolino, Truxillo in Fraccaroli, 2009).

Zanimalo nas je, kakšno je stališče anketirancev do vprašanja, kaj ima prednost, zakon ali etična načela, kadar so etična načela v navzkrižju z obstoječimi zakonskimi določili. Tukaj ni pravilnega ali napačnega odgovora, saj to vprašanje predstavlja etično dilemo. Vsak pravnik bi gotovo dal prednost zakonu – vendar, "*leges sine moribus vanae*" ("zakoni brez morale so jalovi"). Tukaj se je potrebno spomniti, da je osnovni princip v zdravstvu "*primum non nocere*" ("najprej ne škoduj") in ob tem medicinskih sester, ki so v nacistični Nemčiji zagrešile zločine, ko so dajale zakonu prednost pred etičnimi načeli (Kraljič, 2006), kar je argument za to, da naj bi bilo etično načelo nad zakonom. Pri tem vprašanju je zanimivo dvoje. Prvič, da je manj kot 45 % medicinskih sester mnenja, da ima etično načelo prednost. In drugič, da na razliko v odnosu do tega vprašanja statistično pomembno vpliva le delovna doba (predpostavljali smo namreč, da tudi spol, izobrazba in starost – slednja zaradi zgodovinskega spomina o zlorabi zakonodaje v preteklosti). Pri delovni dobi opazamo poleg statistično pomembne razlike tudi zanimivo nihanje pri odgovorih: etičnemu načelu bi dalo prednost skoraj polovica tistih z 0 – 10 let delovne dobe, le slaba tretjina tistih z 11 – 20 let delovne dobe in kar več kot polovica tistih z 21 ali več leti delovne dobe (pri razdelitvi po starosti sicer opazamo enako nihanje). Menimo, da so anketiranci z 11 – 20 let delovne dobe najbolj vpeti v klinično okolje, v katerem vladajo stroga pravila in se le-teh držijo kljub morebitnim osebnim pomislekom. Anketiranci z 0 – 10 let delovne dobe so sicer prav tako naučeni, da se morajo držati napisanih pravil, zaradi česar jih je več kot polovica mnenja, da ima zakon prednost, vendar so zaradi svoje neizkušenosti manj legalistični. Anketiranci z 21 in več let delovne dobe imajo verjetno že toliko izkušenj, da se zavedajo, da narava poklica od medicinske sestre zahteva, da je etično ravnanje pri njenem delovanju na prvem mestu in so poleg tega dovolj samozavestni na svojem področju, da to načelnost zagovarjajo.

Pri poznavanju Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije so anketiranci pokazali dobro znanje – pravih odgovorov pri obeh vprašanjih, s katerima

smo preverjali znanje anketirancev, je bilo skoraj tri četrtine, kar pomeni, da so s kodeksom etike medicinske sestre očitno dobro seznanjeni. Odgovori so potrdili našo predpostavko, da na poznavanje kodeksa etike vpliva dolžina izobraževanja. Pri tem sklopu ter pri trditvi iz II. sklopa, s katerim smo skušali ugotoviti, ali medicinske sestre vedo, da klicanje pacientov po imenu pred ostalimi pacienti v čakalnicah ni v skladu s Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, je bilo med anketiranci z visokošolsko izobrazbo statistično pomembno več pravih odgovorov. Prav tako so odgovori potrdili, da je število pravih odgovorov premo sorazmerno z leti delovne dobe oziroma s starostjo, saj je bilo njihovo število pri vsaki naslednji skupini statistično pomembno višje kot pri prejšnji. Menimo, da zato, ker z leti in delovnimi izkušnjami narašča zavest o pomembnosti poznavanja lastnega kodeksa etike.

Kar zadeva razliko med spoloma pri obeh vprašanjih, s katerima smo preverjali znanje, ni bilo statistično pomembnih razlik. Pri trditvi iz II. sklopa, ki se je nanašala na klicanje pacientov v čakalnicah, pa so medicinske sestre ženskega spola statistično pomembno bolj odgovorile od kolegov moškega spola. Menimo, da to lahko pripišemo manjši zmožnosti empatije pri moških in manjši obzirnosti, ki ju ugotavljajo tudi različne študije (Rueckert in Naybar, 2008; Mestre, Samper in Frías, 2009; Good in Sanchez, 2009).

Ugotovili smo, da se anketiranci zavedajo problematike neustreznih prostorov pri zagotavljanju varovanja osebnih podatkov, saj so tudi pri zadnjem vprašanju podali odgovore, ki sodijo povsem (skupinske čakalnice) oziroma deloma na to področje (vizita, jemanje anamneze in podajanje informacij pred drugimi pacienti). Opažamo, da izobrazba vpliva na zavedanje o tej problematiki, saj so se s trditvijo iz II. sklopa, da imajo možnost zagotoviti zasebnost ob sporočanju slabe novice pacientu, anketiranci z visokošolsko izobrazbo statistično pomembno manj strinjali od tistih s srednješolsko. Tudi Heikkinen idr. (2007) ugotavljajo, da izobrazba pomembno vpliva na občutek za zasebnost, Tabak in Ozon (2004) pa še, da imajo bolj izobražene medicinske sestre več težav z zagotavljanjem zasebnosti in da se bolj zavedajo ovir in motečih dejavnikov.

V raziskavi, ki so jo leta 2004 izvedli med medicinskimi sestrami na šestih oddelkih v eni od izraelskih bolnišnic, so skušali ugotoviti, kako njihova stališča, norme ter

obvladovanje lastnega obnašanja vplivajo na zagotavljanje zasebnosti pacientov. Ugotovili so, da obstaja povezava med osebnim stališčem glede ohranjanja in zagotavljanja pacientove zasebnosti ter njihovim dejanskim delovanjem. Avtorji načrtujejo, da se bodo rezultati te raziskave uporabili pri izobraževanju medicinskih sester ter za izdelavo smernic, kako delovati v kliničnem okolju (Tabak in Ozon, 2004). Leta 2009 je bila izvedena raziskava v Domu upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice, s katero so hoteli ugotoviti, koliko so diplomirane medicinske sestre in zdravstveni tehniki seznanjeni s poklicno molčečnostjo, Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter z zdravstveno dokumentacijo in koliko se držijo načel kodeksa etike. Rezultati so pokazali, da 80 % anketirancev ve, kdaj so se moralno dolžni poklicne skrivnosti (Kičin in Kaučič, 2009). Menimo, da so se pri tej raziskavi medicinske sestre zato navidez bolje izkazale, ker je bila raziskava narejena na veliko manjšem vzorcu ljudi in so zato rezultati manj zanesljivi in objektivni.

Edino primerljivo raziskavo, ki smo jo našli, je raziskava, ki poteka na zasebni Univerzi za zdravstvene znanosti, medicinsko informatiko in tehniko (Universität für Gesundheitswissenschaften, medizinische Informatik und Technik) v Hallu na Tirolskem z naslovom Študija upoštevanja varovanja osebnih podatkov v bolnišnici (Akzeptanzstudie zum Datenschutz im Krankenhaus). Tam namreč po nemških bolnišnicah izvajajo znanstveno študijo z namenom raziskanja akceptiranja varovanja osebnih podatkov pacientov. Cilj študije je odkriti vzroke za neupoštevanje zakonodaje na področju obravnavane tematike in drugih pravilnikov, ter le-te posredovati bolnišnicam za izboljšanje tega problema. Instrument raziskave je anketni vprašalnik, ki je namenjen vodstvu klinik, izvajalcem zdravstvene nege, zdravnikom in drugim zdravstvenim poklicem (Foth, 2010). Njihova študija še poteka, zato rezultati še niso dostopni.

Menimo, da je slabo poznavanje zakonodaje (pa tudi poznavanje Kodeksa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter organov Zbornice-Zveze npr. funkcije upravnega odbora) posledica pomanjkljivega zavedanja, da mora biti sodobna medicinska sestra vsestransko dobro izobražena, kar gre deloma tudi na račun slabe poklicne samopodobe in identitete. S preoblikovanjem zdravstvene nege v samostojno stroko se je posledično spremenila tudi vloga medicinske sestre, ki ni več le pomočnica zdravnika, temveč strokovni delavec, ki mora samostojno odločati, kaj narediti za

bolnika, kaj je strokovna vsebina njegovega dela, dobiti za vse to pristanek bolnika oziroma varovanca in za to tudi odgovarjati (Škerbinek 2000). Razvoj poklicne identitete poteka v okviru izobraževanja. Prav tako pa tudi reakcije zaposlenih v okoljih, kjer so študenti na praksi, okrepijo ali zmanjšajo njihovo identifikacijo z bodočim poklicem. Tu pa se pojavi fenomen začaranega kroga. Identiteta se torej v veliki meri izoblikuje v socialnih interakcijah (Pahor, 1997).

Če parafriziramo sholastično razlago odnosa med teologijo in filozofijo in jo uporabimo za opis odnosa med medicino in zdravstveno nego, bi rekli "*curatio ancilla medicinae est*" ("Zdravstvena nega je dekla medicine"). Vendar moramo vedeti, da skupaj stopata v temo, dekle pa hodi spredaj in nosi luč. Medicinske sestre smo do določene mere pomočnice zdravnika, vendar to tudi pomeni, da smo me tiste, ki hodimo spredaj in nosimo luč! In zanimivo naključje pri tem je, da so prav Florence Nightingale, začetnici modernega sestriinstva, rekli gospa z lučjo. Vsak zdravnik pozna Hipokratovo prisego in zanimivo bi bilo vedeti, koliko medicinskih sester pozna Nightingalevo (obžalujemo, da tega vprašanja nismo vključili v anketni vprašalnik). Prisega spada k poklicni identiteti, ki je v naši stroki premalo izoblikovana in smo zato premalokrat ponosni na svojo profesijo.

V diplomskem delu smo predstavili problematiko, ki se je marsikateri zdravstveni delavec niti ne zaveda. Čeprav se nam zdi tema zelo pogosto obravnavana, temu ni tako. V prihodnosti bi bilo produktivno našo raziskavo ponoviti tako, da bi jo izvedli v več bolnišnicah po Sloveniji (pri čemer bi uporabili tudi čim bolj reprezentativen vzorec) ter da bi večji poudarek namenili ugotavljanju vzrokov. Dobljene rezultate bi veljalo primerjati z rezultati nemške Študije upoštevanja varovanja osebnih podatkov v bolnišnici, ki trenutno še poteka na več nemških bolnišnicah in jo izvaja Univerza za zdravstvene znanosti, medicinsko informatiko in tehniko (Foth, 2010). S tem bi lahko ugotovili prednosti in pomanjkljivosti določenega zdravstvenega sistema in se tako učili drug od drugega. Prav tako bi bilo dobro izbrati še druge metode raziskovanja za postavljena raziskovalna vprašanja, kot je na primer opazovanje v kliničnem okolju, saj bi tako lahko primerjali rezultate različnih raziskovalnih metod.

4 ZAKLJUČEK

Menimo, da je poznavanje zakonodaje ključni element osnovne izobrazbe vsake medicinske sestre. Neznanje na tem področju je s pravnega vidika tudi nevarno za zdravstveno ustanovo. Le-ta bi morala poskrbeti za več izobraževanj na področju zakonodaje – kajti, kot smo povedali že na začetku diplomskega dela – pravo, zdravstvena nega in medicina se tesno prepletejo. Znanja na področju zakonodaje so tudi del obveznih vsebin, da si zaposleni v zdravstveni negi lahko pridobijo licenco za delo, zato se lahko v prihodnosti pričakuje, da se bo nivo znanja na tem področju povečal.

Ljudje so vse bolj osveščeni in se vedno bolj zavedajo svojih pravic. Bolnišnice bodo zato morale v prihodnosti izvesti ukrepe, ki bodo izboljšale kakovost na področju zagotavljanja zasebnosti in varovanja osebnih podatkov. Poleg izobraževanja zaposlenih bodo morale uvesti tudi spremembe na področju organizacije dela.

Ozaveščeni izvajalci in klinično okolje, ki pacientom (in zaposlenim) omogoča spoštovanje zasebnosti, bodo bodočim študentom omogočili, da bodo tekom izobraževanja pridobljeno teoretično znanje med opravljanjem prakse ponotranjili in se naučili, kako to znanje tudi uporabiti v konkretni situaciji.

Vedno boljje izobraženo osebje, ki bo poznalo pomen znanja s področja varovanja osebnih podatkov, bo tudi motivirano za nadaljnje raziskovanje, kar bo pomembno za zdravstvene ustanove, ki bodo hotele doseči izboljšave na tem področju, poleg tega pa bo tudi dodatno pripomoglo k zavedanju pomembnosti te problematike.

5 LITERATURA

1. American hospital association. Patient's bill of rights. b.l. Dostopno na: <http://www.aha.org/resource/pbillofrights.html> (18.10.2010).
2. Baumeister RF, Zhang L, Vohs KD. Gossip as cultural learning. *Rev Gen Psychol* 2004; 8 (2): 111 – 21.
3. Bertolino, Truxillo in Fraccaroli. Age as moderator of the relationship of proactive personality with training motivation, perceived development from training, and training behavioral intentions. *JOBE* 2009; 30: 1 – 16.
4. Bohinc M, Gradišar M. Informacijska zasebnost pacientov v zdravstvu. *Obzor Zdr N* 1999; 33: 239 – 42.
5. Bučar F. Ustava Republike Slovenije. Ljubljana: Mladinska knjiga; 1992.
6. Cijan R. Osnove zdravstvene zakonodaje. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 1999.
7. Čebulj J. Varstvo osebnih podatkov z zakonom in pojasnili. Ljubljana: Inštitut za javno upravo pri Pravni fakulteti v Ljubljani; 1990.
8. Čebulj J. Načela varstva osebnih podatkov na področju medicine. In: Reberšek Gorišek J, Flis V, eds. *Medicina in pravo*; 1998: 205 – 15.
9. Čebulj J, Žurej J. Varstvo osebnih podatkov in informacije javnega značaja. Ljubljana: Nebra; 2005.
10. Direktiva Evropskega parlamenta in Sveta o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov. Uradni list L 281/1995.
11. Dolenc A. Medicinska etika in deontologija II., Razprave. Ljubljana: Mihelač, 1997.
12. Dujič S. Direktiva Evropske unije o varstvu posameznikov glede na obdelovanje osebnih podatkov. *Javna uprava* 1996; 37 (1): 51 – 74.
13. Evropska konvencija o človekovih pravicah. Ur. l. RS 33/1994, Mednarodne pogodbe, št. 7 – 41/1994.
14. Flis V. in Zwitter M. Pravica do zasebnosti v medicini. *Pravnik* 1996; 51: 539.
15. Foth M. Akzeptanzstudie zum Datenschutz im Krankenhaus. UMIT, 20010. Dostopno na: http://www.umit.at/page.cfm?vpath=departments/human/forschung/akzeptanzstudie_zum_datenschutz_im_krankenhaus&expanddiv=subDeptItem188 (18.10.2010).

16. Fry ST, Johnstone MJ. Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making. Geneva: International Council of Nurses; 2002.
17. Good J, Sanchez DT. Communal stereotypes prime men's benevolent sexism: Implications for romance and family. PMM 2009; 10 (1): 88 – 94.
18. Grbec V. Dekleracija o promociji bolnikovih pravic v Evropi. Obzor Zdr N 1995; 29: 1 – 2.
19. Grbec V. Prvi kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003: 127 – 8.
20. Hansen OMalley B. The Nightingale Pledge – Updates for Contemporary Nursing Practice in Canada. Registered nurse Canada, 2009. Dostopno na: http://www.registered-nurse-canada.com/nightingale_pledge.html (18.10.2010).
21. Heikkinen A, Wickström G, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Sensitivity towards patient needs in the occupational health consultation. Occup Med 2007; 57: 355 – 61.
22. Höfert R. Von Fall zu Fall – Pflege im Recht: Rechtsfragen in der Pflege von A – Z. Heidelberg. Springer Medizin Verlag; 2009.
23. Informacijski urad Sveta Evrope v Republiki Sloveniji. Konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin. 2010a Dostopno na: http://www.coe.si/sl/evropsko_sodisce_za_clovekove_pravice/evropska_konvencija_o_varstvu_clovekovih_pravic_in_temeljnih_svoboscin/besedilo_konvencije/ (18.10.2010).
24. Informacijski urad Sveta Evrope v Republiki Sloveniji. Evropska konvencija o človekovih pravicah, 1950. 2010b Dostopno na: http://www.coe.si/sl/evropsko_sodisce_za_clovekove_pravice/evropska_konvencija_o_varstvu_clovekovih_pravic_in_temeljnih_svoboscin/predstavitev/ (18.10.2010).
25. International Council of Nurses. The ICN code of ethics for nurses. Geneva: International Council of Nurses, 2006. Dostopno na: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf (18.10.2010).
26. Jalen P. Pristojnosti in status informacijskega pooblaščenca [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2009.

27. Javne informacije Slovenije, Informacijski pooblaščenec. Evropske smernice za zdravstvene delavce o zaupnosti in zasebnosti. B.l. Dostopno na: http://www.ip-rs.si/fileadmin/user_upload/Pdf/Evropske_smernice_za_zdravstvene.pdf (18.10.2010).
28. Kay Hall J. Nursing ethics and law. Philadelphia. Saunders, 1996.
29. Kazenski zakonik. Uradni list Republike Slovenije št. 22/2008 in št. 55/2008
30. Kičin A in Kaučič BM. Poklicna molčečnost in varovanje osebnih podatkov o pacientu. In: Filej B, Kaučič BM, Skela Savič B, eds. Partnerstvo, znanje in razvoj v študiju zdravstvenih ved – 1. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved; 2009 Jun 23; Jesenice, Slovenija. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2009.
31. Knez M. Varovanje zasebnosti in zaščita podatkov na internetu [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2009.
32. Kocmur M. Pravica do zasebnosti bolnika in zdravnika – pogled zdravnika – 143. redna letna skupščina slovenskega zdravniškega društva pravice zdravnikov; 2006 Okt. 13. – 14.; Velenje, Slovenija.
33. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2005.
34. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije; 2005.
35. Korošec T. Varovanje zdravstvenih podatkov v Sloveniji [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2008.
36. Kraljič S. Pravna vprašanja v delu medicinskih sester. In: Reberšek Gorišek J, Rijavec V, Flis V, Planinšec V, Kraljič S, eds. Medicina in pravo: sodobne dileme. Maribor: Pravna fakulteta Univerze v Mariboru: Splošna bolnišnica Maribor; 2006: 325 – 37.
37. Krušič Mate Z. Pravica do zasebnosti v medicini: zdravnikova pojasnilna dolžnost, pacientova informirana privolitev, varstvo osebnih podatkov. Ljubljana: GV Založba; 2010.
38. Lampe R. Sistem pravice do zasebnosti. Ljubljana: Bonex založba; 2004.
39. Levin J, Arluke A. An exploratory analysis of sex differences in gossip. Sex roles 1985; 12 (3/4): 281 – 6.
40. Lexexakt.de. Inter omnes / inter partes / erga omnes. Dostopno na: <http://www.lexexakt.de/glossar/interomnes.php> (18.10.2010).

41. Marinič M. Partnerstvo pacienta v zdravstveni negi po zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP) – 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: "Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč"; 2009 maj 11. – 13; Ljubljana, Slovenija.
42. Markota M, Ilič M., Vegnuti M. Varovanje osebnih podatkov v zdravstvu – Sedanje stanje in usmeritve. Zdravstveno varstvo 1995; 34 (5/8): 356 – 60.
43. Mestre MV, Samper P, Frías MD, Tur AM. Are women more empathetic than men? A longitudinal study in adolescence. Span J Psychol 2009; 12 (1): 76 – 83.
44. Miličinski J. Medicinska etika in deontologija: razprave in članki. Ljubljana: DDU Univerzum; 1982.
45. Ministrstvo za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo. 60. obletnica Splošne deklaracije človekovih pravic. 2008 Dostopno na: <http://www.unesco.si/projekti-in-aktivnosti/2008-60-obletnica-splosne-deklaracije-clovekovih-pravic.html> (18.10.2010).
46. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill; 1994.
47. Office of the high Commissioner for human rights. Universal Declaration of Human Rights. United nations, 1998. Dostopno na: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=slv> (18.10.2010).
48. Pahor M. Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene vzgoje na univerzi v Ljubljani. Doktorska disertacija, PeF; Ljubljana 1997.
49. Pirc Musar N. Predpisi s področja prava varstva osebnih podatkov in dostopa do informacij javnega značaja. Ljubljana: GV založba; 2006.
50. Pirc Musar N. Ne boli, dokler se ne zgodi nam. Pravna praksa 2008; 27 (33), 3.
51. Poredoš P. Zdravnik bolnikov zagovornik. Zdrav Vestn 1998; 10: 557 – 60.
52. Praprotnik D. Varovanje podatkov in zasebnosti na internetu [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani; 2006.
53. Rueckert L, Naybar N. Gender differences in empathy: The role of the right hemisphere. Brain Cogn 2008; 67: 162 – 7.
54. Splošna bolnišnica Jesenice. Letno poročilo za leto 2009. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; 2009.
55. Starc I. Poklicna molčečnost v zdravstvu. Pravna praksa 2006; 25 (33): 3.
56. Strojín T. Uvod v zdravstveno pravo. Časopisni zavod Uradni list RS. Ljubljana; 1998.

57. Šelih A. Pravni vidiki odgovornosti in varstva medicinske sestre. Obzor Zdr N 31, 205 – 10. 1997.
58. Škerbinek, AL. Poklicna identiteta slovenskih medicinskih sester. Obzor Zdr N 2000: 34 (1 – 2): 10 – 5.
59. Tabak N, Ozon M. The influence of nurses' attitudes, subjective norms and perceived behavioral control on maintaining patients' privacy in a hospital setting. Nurs Ethics 2004; 11 (4): 366 – 77.
60. Tingle J, Cribb A. Nursing Law and Ethics. Oxford: Blackwall Publishing; 2007.
61. Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004.
62. Ule M. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej; 2003.
63. Urad Vlade RS za komuniciranje. Lizbonska pogodba. B.l. Dostopno na: <http://www.evropa.gov.si/si/lizbonska-pogodba/> (18.10.2010).
64. Velepich M. Prvi kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2003: 123 – 6.
65. World health organization Regional office for Europe. A declaration on the Promotion of Patient's Rights in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1994. Dostopno na: http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf (18.10.2010).
66. World medical association. WMA declaration on the rights of the patient. 2010 Dostopno na: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/14/index.html> (18.10.2010).
67. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008.
68. Zakon o ratifikaciji konvencije o varstvu posameznikov glede na avtomatsko obdelavo podatkov. Uradni list Republike Slovenije št. 3/1994.
69. Zakon o razglasitvi Zakona o ratifikaciji Lizbonske pogodbe, ki spreminja Pogodbo o Evropski uniji in Pogodbo o ustanovitvi Evropske skupnosti. Uradni list Republike Slovenije št. 20/2008.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK

POKLICNA MOLČEČNOST IN VAROVANJE OSEBNIH PODATKOV PACIENTA NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE

Spoštovani,

pred vami je anketni vprašalnik, ki je sestavni del diplomskega dela z naslovom *Poklicna molčečnost in varovanje osebnih podatkov pacienta na področju zdravstvene nege*. Diplomsko delo pripravljam v okviru visokostrokovnega študija prve stopnje Zdravstvena nega na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice (v nadaljevanju VŠZNJ) pod mentorstvom doc. dr. Brigite Skele Savič. Z raziskavo želimo ugotoviti stanje na področju poklicne molčečnosti in varovanja osebnih podatkov z vidika zakonodaje in etike med zaposlenimi v zdravstveni negi. Anketiranje se izvaja po predhodni pridobitvi soglasja s strani vodstva dejavnosti zdravstvene nege. Raziskava poteka v dveh slovenskih bolnišnicah.

Vljudno vas prosimo za sodelovanje v raziskavi. Zagotavljamo vam anonimnost pri izpolnjevanju vprašalnika in obdelavi podatkov. Rezultati raziskave bodo uporabljeni za pripravo diplomskega dela na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. Anketiranje upošteva etične vidike raziskovanja. Prosim, da izpolnjeni anketni vprašalnik oddate v zanj namenjeno priloženo pisemsko ovojnico, zaprto pisemsko ovojnico pa v mapo A4 formata (z napisom anketni vprašalniki), v kateri se zbirajo izpolnjeni anketni vprašalniki.

Hvala za vaše sodelovanje!

Katja Terseglav, absolventka rednega študija VŠZNJ

I. SKLOP: DEMOGRAFSKI PODATKI

1. Spol (obkrožite):

- a) moški
- b) ženski

2. Starost (obkrožite):

- a) 20 – 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 – 60 let

3. Delovna doba (obkrožite):

- a) 0 – 5 let
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 in več let

4. Izobrazba (obkrožite najvišjo doseženo izobrazbo):

- a) srednješolska izobrazba
- b) višješolska izobrazba
- c) visoko strokovna izobrazba
- d) univerzitetna izobrazba
- e) podiplomska izobrazba / specializacija
- f) podiplomska izobrazba – strokovni magisterij ali magisterij znanosti
- g) podiplomska izobrazba – doktorat znanosti

5. Obkrožite pridobljeni naziv/poklic po končani srednji šoli: (obkrožite)

- a) gimnazijski maturant
- b) zdravstveni tehnik
- c) drugo (navedite): _____

6. Kje živite? (obkrožite ustrezen odgovor)

- a) na podeželju
- b) v primestnem naselju
- c) v mestu

II. SKLOP: POKLICNA MOLČEČNOST IN VAROVANJE OSEBNIH PODATKOV PACIENTA V VSAKODNEVNIH SITUACIJAH PRI DELU:

Ocenite trditve, ki se nanašajo na vaše vsakodnevno delovanje v kliničnem okolju. Ocenjujete po Likertovi lestvici od 1 do 5, pri čemer 1 – pomeni se sploh ne strinjam, 2 – pomeni se ne strinjam, 3 – pomeni se niti ne strinjam niti strinjam, 4 – pomeni se strinjam, 5 – pomeni se popolnoma strinjam.

TRDITVE	1	2	3	4	5
Izdajo poklicne skrivnosti (molčečnosti) kazenski zakonik definira kot kaznivo dejanje.					
Družba, v kateri se vsi do potankosti držimo zakonskih predpisov, je idealna.					
Če bi bila hospitalizirana slavna osebnost, bi to takoj povedali najboljši prijatelji.					
Vaša sosedka, ki vam ni blizu, ima prijateljico, ki je hospitalizirana v bolnišnici, kjer ste zaposleni. Prosi vas, da ji poveste podatke o zdravljenju. To bi storili.					
Delate na ginekološkem oddelku in imate pacientko, ki je prišla narediti splav. Je še mladoletna, vendar je prepovedala, da se njenim staršem kaj pove. Obenem jo lahko že takoj "ocenite", da je neodgovorna in nezrela. Starši so zelo zaskrbljeni, na vas pa takoj naredijo dober vtis in jih zanima, zakaj je prišla h ginekologu. Povedali bi jim, zakaj je njihova hči hospitalizirana.					
Pacientka vam pri jutranji negi zaupa, da živi promiskuitetno, vi pa veste, da je poročena. Prosi vas, da tega nikomur ne poveste – nekemu se je namreč morala izpovedati. To bi povedali nekemu iz zdravstvenega tima na oddelku.					
Zgoraj navedeno zgodbo o pacientki, bi povedali prijatelji.					
Zdravnik vam pove, da bo pacientka kljub začasemu izboljšanju kmalu umrla. Ima dva otroka, stara dobrih trideset let. Oba sta polna upanja, kako bo mama kmalu zdrava, kako bo prišla domov in bo vse po starem. Zdravnik vas je prosil, da slabe prognoze ne poveste svojcem, saj je mama pred časom to izrecno prepovedala. Upoštevali bi njegovo prošnjo.					
Zaenkrat ste še zdravstveni tehnik, vendar ob delu študirate na visoki zdravstveni šoli. Imate klinično prakso na Onkološkem inštitutu. Veste, da so vaši najboljši prijatelji pred kratkem postavili diagnozo karcinom dojke. Ničesar vam noče povedati, kako se zdravi itd. Njene podatke o zdravljenju bi pogledali na računalniškem informacijskem sistemu.					
Pogosto kršim svojo poklicno molčečnost.					
Vaši sodelavci v timu zdravstvene nege pogosto kršijo poklicno molčečnost.					
Klicanje pacientov po imenu pred ostalimi pacienti v čakalnicah je v skladu s Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.					
Informacije o pacientih posredujete njihovim svojcem po telefonu.					
Včasih razmišljate, da ne ravnate dovolj profesionalno s pacientovimi podatki.					
V bolnišnici, kjer ste zaposleni, imate možnost zagotoviti zasebnost ob sporočanju slabe novice pacientu.					
Izkoriščate, da vam je dana možnost dostopa do vseh občutljivih podatkov o pacientih.					
Kolegom iz drugih oddelkov pogosto pripovedujete o zanimivih pacientih.					
Ker smo majhna bolnišnica, večinoma poznamo paciente, ki so pogosto hospitalizirani. Takrat kolegom govorimo o pacientu kar z imenom. Npr.: zdaj imamo spet Lojzeta... Ali veš, da smo mu amputirali še drugo nogo. Itd. To počnete pogosto.					
Velikost bolnišnice vpliva na pogostost kršenja poklicne molčečnosti in varovanja osebnih podatkov pacienta. Torej, manjša kot je bolnišnica, več je kršitev na omenjenem področju.					

III.SKLOP: ZAKONODAJA NA PODROČJU POKLICNE MOLČEČNOSTI IN VAROVANJA OSEBNIH PODATKOV

- 1. Ali veste, kateri zakoni urejajo področje varovanja osebnih podatkov pacienta oziroma poklicne molčečnosti?**
 - a) Ne.
 - b) Da, vendar vem le, kako se imenujejo.
 - c) Da, okvirno poznam tudi njihovo vsebino.
 - d) Da, tudi njihovo vsebino poznam dokaj dobro.

- 2. Dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti (molčečnosti) lahko medicinsko sestro razreši (obkrožite 3 pravilne odgovore):**
 - a) Pacient sam
 - b) Ministrstvo za zdravje RS
 - c) Častno razsodišče Zbornice – Zveze
 - d) Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve RS
 - e) Sodišče
 - f) Center za socialno delo
 - g) Za mladoletne osebe in osebe pod skrbništvom starši oziroma skrbniki

- 3. Zakon o pacientovih pravicah določa, da ima 15 letni pacient pravico pisno ali ustno določiti komu, kdaj in katere informacije o njegovem zdravstvenem stanju sme zdravnik ali medicinska sestra sporočiti? (obkrožite pravilni odgovor)**
 - a) Da.
 - b) Ne, saj je še mladoleten.
 - c) Da, vendar samo v določenih okoliščinah.

IV.SKLOP: POZNAVANJE IN UPOŠTEVANJE III. NAČELA KODEKSA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

- 1. Če so etična načela v navzkrižju z obstoječimi zakonskimi določili, ima etično načelo prednost pred zakonom (obkrožite pravilni odgovor).**
 - a) Drži.
 - b) Ne drži.

- 2. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije pravi, da se medicinska sestra moralno ni dolžna držati poklicne molčečnosti (obkrožite pravilni odgovor):**
 - a) Če sta pri otroku starša neprištevena ali če otrok zaradi določenih okoliščin nima staršev in skrbnikov.
 - b) Če bi bila zaradi pomanjkanja informacij ogrožena varnost pacienta, družine ali skupnosti.
 - c) Pri množičnih nesrečah.
 - d) Pri zapornikih, saj so dolžne poročati vse podatke zavodu, kjer je le-ta v času prestajanja zaporne kazni.
 - e) V vojni, saj se le-ta šteje kot posebna okoliščina.

- 3. Kdo obravnava kršitve Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (obkrožite pravilni odgovor)?**
 - a) Upravni odbor Zbornice-Zveze
 - b) Častno razsodišče Zbornice-Zveze
 - c) Izvršni odbor regijskega strokovnega društva
 - d) Predsednik Zbornice-Zveze
 - e) Odbor regijskih strokovnih društev in strokovnih sekcij pri Zbornici-Zvezi
 - f) Nihče od naštetih

- 4. Kaj bi vas motilo na področju varovanja osebnih podatkov pacienta, če bi bili sami v vlogi pacienta (navedite dva moteča dejavnika)?**

-
-