

# Domáce pôrody ako „právo“ pacientok v kontexte medicíny, legislatívy a judikatúry súdov

## Home births as a "right" of female patients in the context of medicine, legislation and court jurisprudence

A. Erdősová<sup>1</sup>, P. Gašparová<sup>2</sup>, Z. Ballová<sup>2</sup>, E. Dosedla<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ústav medzinárodného a európskeho práva, Fakulta práva, Paneurópska vysoká škola, Bratislava, Slovenská republika

<sup>2</sup> Gynekologicko-pôrodná klinika LF UPJŠ a Nemocnice AGEL Košice-Šaca a.s., Slovenská republika

**Súhrn:** V súčasnej dobe preferuje stále viac žien v Čechách a na Slovensku plánovaný pôrod v domácom prostredí pred pôrodom v nemocnici napriek tomu, že nemocnica poskytuje pre rodiace ženy bezpečné prostredie, vďaka možnosti v prípade komplikácií kedykoľvek zasiahnuť. Tieto ženy považujú pôrod za prirodzený proces, pričom pôrodnú starostlivosť vnímajú častokrát ako zbytočnú. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie sa dá pôrod definovať ako fyziologický len retrospektívne, po pôrode. Aj keď ženy môžu rodiť bez potreby lekárskej starostlivosti, nie je možné vopred identifikovať rodičky a novorodencov, ktorí budú počas pôrodu vyžadovať nejakú intervenciu. Hoci sa plánovaný domáci pôrod spája s menším počtom materských zásahov a vyššou pravdepodobnosťou spontánneho vaginálneho pôrodu, spája sa taktiež s dvoj- až trojnásobne vyšším rizikom úmrtia novorodencov v porovnaní s plánovaným pôrodom v nemocnici.

**Kľúčové slová:** domáci pôrod – pôrod mimo nemocnice – nízkorizikové tehotenstvo – úmrtnosť matiek – perinatálna úmrtnosť

**Summary:** Currently, in the Czech Republic and Slovakia, more and more women prefer a planned home birth to a hospital birth, despite the fact that the hospital provides a safe environment for laboring women, thanks to the possibility to intervene at any time in case of complications. These women consider childbirth a natural process, while obstetric care is often considered unnecessary. According to the World Health Organization, birth can only be defined as physiological after birth. Even though women can give birth without medical assistance, it is not possible to identify in advance the mothers and newborns who will need some kind of intervention during childbirth. Although a planned home birth is associated with fewer maternal interventions and the probability of a spontaneous vaginal birth, compared to a planned hospital birth, the risk of neonatal death is two- to three-times higher.

**Key words:** home birth – out-of-hospital birth – low-risk pregnancy – maternal mortality – perinatal mortality

### Úvod

Technický pokrok a s ním vedno aj veľké zmeny smerom k inštitucionalizácii v systéme zdravotnej starostlivosti po 2. svetovej vojne prispeli k tomu, že sa aj pôrody presunuli z dôverného domáceho prostredia do nemocníc, kde ženy rodili pod dohľadom prevažne mužských lekárov. V ostatných rokoch sme skôr svedkami opačného trendu, smerujúceho k alternatívne prístupu k životu ako takému. To spoločne s posilnenou autonómiou žien rozhodovať sa o otázkach svojej tehotnosti, pôrodu a starostlivosti

o dieťa vedú k hľadaniu optimálnych riešení, no práve domáci pôrod môže byť stále veľmi kontroverznou otázkou. Okrem toho treba vziať do úvahy geopolitické súvislosti a celkové možnosti zdravotného systému, ako aj zložitosť problematiky zdravotnej starostlivosti vrátane relatívnych rizík nemocničných a domácich pôrodov. Hľadanie rovnováhy medzi záujmami matky a jej dieťaťa, ktoré by mali byť súladné so záujmami spoločnosti na zachovanie zdravia, tak rodičky, ako aj dieťaťa, vyžadujú niekedy náročné odborné posúdenie.

Nemožno však opomenúť ani vopred nepredvídateľnú mieru individuálnych rizík a nezanedbateľné percentá prípadov, ktoré si pri domácom pôrode vyžadujú urgentný prevoz do nemocnice.

### História a charakteristika domácich pôrodov

Domáci pôrod predstavuje pôrod, ktorý sa odohráva v domácom prostredí a nie v zdravotnom zariadení, nemocnici alebo pôrodnom centre. Môže byť vedený pôrodnou asistentkou alebo laikom so skúsenosťami s vedením domá-

cich pôrodov. Domáci pôrod bol až do nástupu modernej medicíny *de facto* jediným spôsobom pôrodu.

Do začiatku 20. storočia nebol pre ženy napriek niekoľkým pokrokom pôrod stále bezpečný, keďže u mnohých žien pôrod prirodzenou cestou nemohol prebehnúť v žiadnom prípade, pretože bola veľmi rozšírená rachitída, ktorá spôsobovala významné deformácie panvy. Smrť matiek zasiahla všetky spoločenské vrstvy a jedno z 200 tehotenstiev skončilo smrťou rodičky. V pôrodniciach však bola úmrtnosť často oveľa vyššia. Vo veľkých európskych mestách boli v polovici 18. storočia založené pôrodnice s pôrodníkmi a vyškolenými pôrodnými asistentkami, ktorí sa starali o rodičky. V týchto pôrodniciach často zúrili epidémie horúčok šestonedielok, počas ktorých dosahovala úmrtnosť šestonedielok dve až osem na 100 pôrodov – čo bol približne 10-násobok úmrtnosti v domácom prostredí. Až po objavoch Semmelweissa a Listera, asepsy a antisepsy sa podarilo dramaticky znížiť úmrtia na horúčku šestonedielok [1].

Od polovice 20. storočia už rodila väčšina žien žijúcich v rozvinutých krajinách v nemocniciach [2]. Naopak, v rozvojových krajinách rodičky zväčša stále nemajú inú možnosť ako rodiť doma, vzhľadom k sťaženému prístupu k pôrodnickej starostlivosti [3].

Nemocnica poskytuje pre rodiacu ženu bezpečné prostredie vďaka možnosti okamžite multidisciplinárne zasiahnuť v prípade komplikácií [2].

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO – World Health Organization) sa dá pôrod definovať ako normálny, fyziologický len retrospektívne, teda po pôrode [4]. To znamená, že aj keď ženy môžu rodiť bez potreby lekárskej starostlivosti, nie je možné vopred identifikovať rodičky a novorodencov, ktorí počas pôrodu budú vyžadovať nejakú intervenciu. Všeobecne potrebujú lekársku pomoc pri pôrode 2 z 10 rodičiek. Pre všetky ženy je preto najbezpečnejšie porodiť v nemocnici plne vy-

bavenej modernými technológiami a zdravotníkmi, ktorí dokážu identifikovať riziká a v prípade potreby adekvátne zasiahnuť. Kritické komplikácie sa vyskytujú aj u žien s nízkorizikovým tehotenstvom, i keď s oveľa nižšou frekvenciou. V mnohých prípadoch môžu byť novorodenci zachránení rýchlym pôrodom. Medzi kritické a nepredikovateľné komplikácie nízkorizikových pôrodov patrí abrupcia placenty, prolaps pupočníka, dystokia ramienok či pokles srdcovej frekvencie plodu [2].

V minulosti sa viaceré lekárske organizácie verejne vyjadrili odmietnutím procedúr domáceho pôrodu; Americká asociácia pôrodníkov a gynekológov (ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists) a Americká lekárska asociácia (AMA – American Medical Association) vyslovili niekoľko obáv ohľadom domácich pôrodov, i. a. nedostatok zdravotníckeho vybavenia alebo nedostatočné lekárske znalosti [5].

V roku 2008 AMA prijala rezolúciu, vylajúcu po prijatí takej legislatívy, ktorá bude vyžadovať všetky pôrody v zdravotníckom zariadení [6].

Ak sa pozrieme na incidenciu pôrodov v domácom prostredí, hodnota mediánu v rámci krajín Európskej Únie (EÚ) je 0,3. Krajinou s najvyšším percentom na 100 000 obyvateľov je Holandsko. Súčasne sa tam drží neonatálna mortalita v priemerne na úrovni 0,35 %, čo predstavuje 600 úmrtí novorodencov ročne. Tento poznatok si možno vysvetliť tak, že ide o vysoko kvalifikovaný prístup k domácim pôrodom, ako aj skutočnosťou, že nemocničná starostlivosť o matky je na vysokej úrovni, čo indikuje aj fakt, že sú bez meškania ihneď po pôrode v domácom prostredí privezené spolu s dieťaťom do zdravotníckeho zariadenia [7]. Pre úspešnosť tejto voľby podmienok pôrodu je totiž nevyhnutné, aby bola zachovaná možnosť okamžitého rozhodovania, pričom k dispozícii musí byť aj vopred dohodnutý prevoz do najbližšej nemocnice, ak vznikne akútna potreba v súvislosti s matkou alebo dieťaťom [8].

## Právna úprava domácich pôrodov a ich evidencia

Domáce pôrody sú legislatívne upravené ani nie v polovici členských štátoch Rady Európy. V týchto krajinách nie je právo na domáce pôrody nikdy absolútne a vždy závisí od splnenia určitých podmienok. Iba v 15 krajinách sú domáce pôrody plne hrazené zo zdravotného poistenia. V 23 členských štátoch Rady Európy je však otázka domácich pôrodov vnútroštátnou legislatívou upravená nedostatočne, alebo vôbec. V niektorých z týchto krajín sa síce domáce pôrody odohrávajú, avšak v právnom vákuu a bez krytia verejného zdravotného poistenia [9].

Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI) definuje pôrod mimo ústavného zdravotníckeho zariadenia (*partus extramuralis*) ako pôrod novorodenca [...] bez ohľadu na to, či k pôrodu placenty došlo v ústavnom zdravotníckom zariadení alebo mimo neho. V rámci hlásenia NCZI nesleduje dôvod, prečo k pôrodu mimo ústavného zdravotníckeho zariadenia došlo. Z tohto údaja tak nie je možné zistiť presný počet plánovaných domácich pôrodov vzhľadom na to, že do tejto kategórie spadajú aj tzv. prekotné pôrody, počas ktorých žena plánovala pôrod v zdravotníckom zariadení, ale do zariadenia prísť nestihla. Špecifické údaje o plánovaných domácich pôdoch teda NCZI nezbera [9].

Vo vzťahu k nášmu systému rýchlej zdravotnej pomoci si len ťažšie vieme predstaviť, ako by mohol systém domácich pôrodov fungovať. Ako dokumentujeme na kazuistike, nie zriedka ide o život alebo vážne poškodenie zdravia.

Ustanovenie § 13 a nasl. zákona č. 154/1994 Z. z. o matrikách v platnom znení predpokladá, že dieťa sa nemuselo narodiť v zdravotníckom zariadení, oznamovacia povinnosť o narodení potom spočíva na jednom z rodičov. Podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých

zákonov (ZoZS) aj zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode je vnímaná ako neodkladná starostlivosť. Pritom v celom zákone nie je výslovná zmienka o domácich pôrodoch. Podľa § 9 ods. 9 ZoZS sa spresňujú náležitosti prepúšťacej správy, ak ide o dieťa, ktoré sa prepúšťa do domáceho prostredia, ako aj povinnosti ošetrojúcej sestry alebo ošetrojúcej pôrodnej asistentky a tzv. ošetrovateľskej prepúšťacej správy (§ 9 ods. 10 ZoZS). Konkrétne náležitosti podčiarkujú skutočnosť, že sa s pôrodom počíta predovšetkým v rámci ústavnej starostlivosti, teda v nemocničnom prostredí.

Pokiaľ ide o bližšie určenie, čo sa myslí ošetrovateľskou praxou, nachádzame ho v § 2 od. 14 ZoZS, ktorý v našom kontexte zahŕňa činnosti sestry a pôrodnej asistentky pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencii. Čo presne táto prax pôrodnej asistentky zahŕňa, je uvedené v § 2 ods. 18 ZoZS, ktorý vo vzťahu k získaniu špecializácie ďalej odkazuje na § 33 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov [10]. Do roku 2018 bola účinná vyhláška č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určoval rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. Podľa § 4 ods. 3 písm. f) tejto vyhlášky mohla pôrodná asistentka samostatne odvádzať fyziologický pôrod vrátane pôrodu, pri ktorom sa vyžaduje epiziotómia len v zdravotníckom zariadení. Plánovaný domáci pôrod s účasťou pôrodnej asistentky v Slovenskej republike teda, podľa tejto vyhlášky, nebol povolený. V roku 2018 ju nahradila vyhláška MZ SR č. 95/2018 Z. z., v ktorej už ide o podrobný rozpis úkonov, ktoré môže pôrodná asistentka vykonávať. Je tam zahrnutá aj možnosť odvádzať fyziologický pôrod vrátane pôrodu, pri ktorom sa vyžaduje epi-

ziotómia. Obmedzenie týchto činností na prostredie zdravotníckeho zariadenia tam absentuje, z čoho vyplýva, že sa tak môže stať aj mimo neho, na druhej strane plánované odvedenie fyziologického pôrodu v inom ako ústavnom zariadení by mohlo byť posudzované ako prekročenie kompetencií pôrodnej asistentky.

Ak by sme vychádzali *stricto sensu* z formálnej stránky právnej úpravy, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je aj zdravotnícky pracovník (napr. pôrodná asistentka), ktorý poskytuje zdravotnú starostlivosť na základe licencie na výkon samostatnej zdravotníckej praxe podľa § 4 písm. b) vo väzbe na § 10 ZoZS. Pritom § 10 ods. 2 ZoZS priamo predvída, že samostatná zdravotnícka prax môže byť poskytovaná aj na inom mieste ako v zdravotníckom zariadení.

Ako uvádza komentár k ZoZS, podľa § 8 ods. 1 ZoZS, ambulatná starostlivosť sa poskytuje aj v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí („domáca starostlivosť“), pričom podľa § 8 ods. 7 ZoZS, „domáca starostlivosť, ktorú poskytuje sestra alebo pôrodná asistentka s príslušnou odbornou spôsobilosťou metódou ošetrovateľského procesu, je domáca ošetrovateľská starostlivosť.“ Z toho sa podľa uvedeného komentára javí, že ak to zdravotný stav tehotnej ženy a plodu dovoľuje, môže sa naplánovať a vykonať pôrod v súlade s požiadavkami ženy v domácom prostredí, čo by súčasne nezakladalo konanie pôrodnej asistentky v zmysle *non lege artis* [10].

Právna úprava teda síce neaprobuje domáce pôrody, ale súčasne ich ani nezakazuje a neprikazuje žene rodiť v zdravotníckom zariadení, no nie je ani nijako riešená otázka bezpečnosti a podporných opatrení pri domácom pôrode. Problematicky pre nás vyznieva aj otázka právnej zodpovednosti pôrodnej asistentky, keď pomáha pri takomto pôrode a nezistí prípadné komplikácie, pretože k tomu napr. nemá potrebné medicínske vzdelanie, technické vybavenie,

alebo nedokáže pre tieto prekážky včas a vhodne intervenovať a poskytnúť potrebnú zdravotnú pomoc či už matke alebo novorodencovi.

Nestojí mimo pochybností, či by plánovaný pôrod mimo zdravotníckeho zariadenia pôrodnou asistentkou v spolupráci s rodičkou nemohol byť posudzovaný ako prekročenie právomocí, pretože síce činnosť pôrodnej asistentky je ošetrovateľskou starostlivosťou, no pod tieto činnosti zákonodarca *expressis verbis* neurčil vykonávanie domácich pôrodov.

### Prípady praxe pôrodnej asistentky ako memento pre domáce pôrody v ČR

Obetou omeškania pri prevoze do najbližšieho zdravotného zariadenia bolo dieťa aj v jednom z viacerých dávnejších medializovaných prípadov pôrodnej asistentky Ivany Köningsmarkovej, vtedy prezidentky Únie pôrodných asistentiek v ČR. Pôrod trval 3 dni, napriek tomu, že dieťa sa má narodiť do 24 hod po odtečení plodovej vody, pričom asistentka k domácomu pôrodu včas neprihovorila lekárovi, ktorý sa narodil, prišla záchranná služba neskoro, nebola včas odhalená hypoxia, nebol riadne resuscitovaný, v dôsledku čoho došlo k poškodeniu mozgu, nevidel, nepočul, nehýbal sa a v 20. mesiaci života zomrel. Rodička si pritom bola vedomá toho, že prekonalá už dva komplikované pôrody, no napriek tomu sa rozhodla pre domáci pôrod a pôrodnú asistentku o tejto skutočnosti neinformovala, no ani tá nezistovala anamnézu rodičky. Na svoju obhajobu potom v rámci konania pred súdom tvrdila, že rodičke dôverovala, ale ak by bola vedela o tejto skutočnosti, domáci pôrod by nebola odporučila. Trestné oznámenie následne podalo Ministerstvo zdravotníctva, nie však rodičia, ktorí pôrodnú asistentku zo smrti dieťaťa nevinili. Proti pôrodnej asistentke bolo vznesené obvinenie pre trestný čin ublíženia na zdraví podľa § 122 zákona č. 40/2009 Sb. Z. Česká republika (Trest-

ního zákona) v platnom znení a bol jej uložený trest odňatia slobody v trvaní 2 rokov s podmieneným odkladom na 5 rokov, trest zákazu výkonu povolania pôrodnej asistentky na 5 rokov a povinnosť náhrady škody v prospech poškodenej vo výške takmer 3 mil. Kč. Napokon 29. januára 2014 Obvodní soud pro Prahu 3 oslobodil p. Köningsmarkovú spod obžaloby, pretože na základe právneho názoru ÚS ČR, bol tu nedostatok dôkazov, čiastočne zaujatý znalecký posudok a pochybnosti o vine [11].

Z vyjadrení p. Köningsmarkovej vyplýva, že podľa dostupných prameňov, bolo v tom čase v ČR menovaných 41 súdnych znalcov v odbore pôrodnictvo, čo si vyžaduje sústavné vzdelávanie, pričom to boli a sú aj súčasne všetci praktizujúci zdravotníci-lekári. Zároveň majú ako všetci lekári povinnosť združovať sa v Českej lekárskej komore (ČLK) a byť jej členom. Tá je dlhodobým odporcom plánovaných pôrodov mimo zdravotníckych zariadení, čo ČLK potvrdila aj v odbornom stanovisku z roku 2012. Z neho vyplýva, že každý plánovaný pôrod mimo zdravotníckeho zariadenia je postupom non lege artis.

Podľa tohto vyjadrenia, opierajúc sa podporne aj o názor Českej gynekologickej a pôrodnickej spoločnosti, *jedinou zárukou riadneho a bezpečného vedenia pôrodu lege artis je pôrodná sála, ktorá je vybavená pre stanovenie diagnózy a riešenie náhle vzniknutých komplikácií pred pôrodom, počas jeho priebehu a aj v popôrodnom období a je tu zároveň splnená požiadavka na personálne a organizačné zabezpečenie činnosti* [12].

### Odpovede štrasburského súdu k domácim pôrodom

V rámci rozhodnutí štrasburského súdu sa v súvislosti s domácimi pôrodmi často spomína prípad **Ternovszky vs. Maďarsko**, kde sa podľa nariadenia vlády pôrodná asistentka, alebo akýkoľvek zdravotnícky pracovník asistujúci pri domácom pôrode, vystavovali riziku trestného stíhania, ku ktorému aj naozaj došlo

v tomto prípade. Sťažovateľka sa obrátila na Európsky súd pre ľudské práva (ESĽP), lebo podľa nej dochádzalo k zjavnej diskriminácii. Namietala preto porušením čl. 8 a čl. 14 Dohovoru o ochrane základných práv a slobôd (Dohovor) [13]. Zároveň odkazovala aj na doporučenie WHO, že domáci pôrod je rovnocennou alternatívou k pôrodu v nemocničnom zariadení. A hoci domáce pôrody neboli výslovne zakázané, tvrdila tiež, že judikatúra v otázkach rodičovstva pokrýva právo stať aj nestáť sa rodičom. Sťažovateľka tvrdila, že z hľadiska práva stať sa rodičom, je v tejto voľbe implikované aj právo zvoliť si, za akých okolností sa tak stane. Ako ESĽP skonštatoval, sťažovateľka sa v skutočnosti nemohla slobodne rozhodnúť či rodiť doma, a to z dôvodu trvalej hrozby trestného stíhania, ktorému čelia zdravotnícki pracovníci ako aj absencie konkrétnych a komplexných právnych predpisov v tejto oblasti, čím Maďarsko porušilo článok 8 Dohovoru (právo na rešpektovanie súkromného a rodinného života). Podľa ESĽP sú okolnosti pôrodu nespochybniteľne súčasťou práva na súkromný život človeka v zmysle článku 8 Dohovoru. V danom prípade však skonštatoval, že žena „má právo na právne a inštitucionálne prostredie, ktoré jej umožňuje výber“ [14]. Ako zdôraznil ESĽP, je tu predovšetkým vyžadovaná ochrana zo strany štátu, aby jeho právna regulácia poskytovala dostatočnú právnu istotu, potrebnú na výkon určitej slobody. K tomu však nepostačuje liberalizácia domáceho pôrodu ako takého.

Posolstvo spočívajúce v podmienke vytvorenia právnej istoty je zrejme dôvodom, prečo toto rozhodnutie ESĽP neraz slúžilo aktivistom v argumentáciách ako podpora domácim pôrodom, ktoré je možné požadovať za každých okolností.

Treba poukázať aj na jeden z viacerých prípadov ilustrujúci domáce pôrody cez optiku práv dieťaťa. Ide o rozhodnutie vo veci **Hanzelkovi vs. Česká republika** [15]. Sťažovatelia predovšetkým sponchybňovali primeranosť predbežného

opatrenia, ktorým bol sťažovateľke a jej synovi (novorodencovi – tiež sťažovateľovi) nariadený niekoľko hodín po pôrode návrat do nemocnice, čím malo byť porušené ich právo na rešpektovanie súkromného a rodinného života (článok 8 Dohovoru) a nakoľko nemali k dispozícii účinný prostriedok nápravy, namietali aj porušenie článku 13 Dohovoru. Sťažovatelia sponchybňovali primeranosť tohto opatrenia a štátnym orgánom vyčítali, že nezážili alternatívne, šetrnejšie opatrenia a nezážili do úvahy starostlivosť dostupnú mimo nemocnice. Vláda ČR naopak tvrdila, že zásah sledoval legitímny cieľ ochrany zdravia a ochrany práv sťažovateľov. Pokiaľ išlo o primeranosť, podľa stanoviska Vlády ČR, bolo treba vziať do úvahy že sa to týkalo naliehavého opatrenia (pozri *K. a T. proti Fínsku*, č. 25702/94, z 12. júna 2001, § 165), čo dávalo štátu široký priestor pre uváženie (viď *Haase vs. Nemecko*, sťažnosť č. 11057/02, rozsudok z 8. 4. 2004, § 90); ďalej tiež skutočnosť, že sťažovateľ nebol od sťažovateľky odlúčený (dieťa od matky – poznámka autor.) a nebol ani schopný rozpoznať, či sa nachádza v domácom prostredí rodičov alebo v nemocnici, ako aj to, že **verejný záujem vyžaduje predovšetkým ochranu zdravia detí, ktoré majú obmedzené možnosti chrániť svoje práva** (*J. R., G. R., R. R. a Y. R. vs. Švajčiarsko*, sťažnosť č. 22398/93, rozhodnutie o prijateľnosti z 5. 4. 1995, § 3).

ESĽP bol nútený konštatovať, že pokiaľ súd zvažoval radikálne opatrenie, ako je prevoz sťažovateľa (novorodenca) do nemocnice za prítomnosti polície a súdneho vykonávateľa, pričom išlo o opatrenia okamžite vykonateľné, mal sa zaoberať, či by nebolo možné v tomto zásadnom životnom okamžiku sťažovateľov použiť menej extrémne zásahy do ich rodinného života. Tiež sa ESĽP domnieval, že takto závažný zásah do rodinného života prekročil medze voľného uváženia, ktoré mal štát k dispozícii, čo malo nepríjemný dopad na možnosť sťažovateľov tešiť sa z rodinného života po narodení dieťaťa. **Aj keď mohli byť**



**nevyhnutné použiť preventívne opatrenia k ochrane zdravia novorodenca, nemožno považovať zásah do rodinného života, ku ktorému došlo predbežným opatrením, za nevyhnutný v demokratickej spoločnosti.**

Domáci pôrod je komplexom rôznych podmienok, ktoré nie vždy dokáže zmluvný štát naplniť, čo bolo plauzibilné z rozhodnutia v prípade **Dubská a Krejzová proti Českej republike** [16], ktorý sa dostal až pred Veľkú komoru Európskeho súdu pre ľudské práva. Veľká komora v pomere 12 hlasov proti 5 rozhodla, že skutočnosť, na základe ktorej nemohli sťažovateľky využiť služby pôrodnej asistentky pri domácom pôrode, ktorý si priali, čomu zásadne bránila právna úprava v ČR, nepredstavuje porušenie ich práva na rešpektovanie súkromného života podľa článku 8 Dohovoru [16]. Pre ESĽP pritom nebolo pochýb, že sa na prípad vzťahuje článok 8 Dohovoru, pretože pôrod je vecou súkromného života, ale vznikla otázka, či je takýto zásah legitímny, ergo, či politika ČR, ktorá nabáda len na pôrody v zdravotných zariadeniach, sleduje ochranu zdravia, bezpečnosti matky a dieťaťa počas pôrodu a po ňom. A keďže bola odpoveď súhlasná, ďalej ESĽP skúmal, či bol zásah nevyhnutný. A nakoľko medzi členskými štátmi nepanuje zhoda v otázkach domácich pôrodov, je štátom ponechaný pomerne široký priestor pre voľné uváženie (margin of appreciation). V tomto kváziodvolacom konaní pristúpila ako intervenient aj Vláda SR, pričom podporila záver 7-člennej komory, ktorá v rozsudku z 11. decembra 2014 rozhodla o neporušení práv sťažovateľiek podľa článku 8 Dohovoru. Vláda SR najmä odkázala na to, že v krajinách, kde sú domáce pôrody s asistenciou zdravotníckeho personálu možné, nezanedbateľné percento prípadov vyžaduje okamžitý prevoz do nemocnice, pričom nie je ani možné predvídať, či sa tehotenstvo skončí fyziologickým pôrodom, alebo sa bude vyžadovať núdzová operácia. Samozrejme pôrod sa môže skomplikovať

v ktorejkoľvek fáze [17]. Ako ESĽP poznamenal; hoci vo všeobecnej rovine nedoručádza ku konfliktom v záujmoch medzi matkou a dieťaťom, určité voľby matky, pokiaľ ide o miesto, okolnosti alebo metódu pôrodu, môžu znamenať zvýšené riziko pre zdravie a bezpečnosť novorodencov, ktorých úmrtnosť v týchto prípadoch nie je zanedbateľná, a to napriek pokroku v lekárskej starostlivosti.

Ďalej potom konštatoval, že Výbor pre odstránenie diskriminácie žien odporučil žalovanému štátu, aby zaistil rešpektovanie práv pacientok. Pritom ale zobral do úvahy, že súčasne musia byť splnené podmienky: nízka rizikovosť pôrodu, kvalifikovaná pôrodná asistentka, ktorá v prípade potreby odovzdá rodičku nemocnici a napokon časové aspekty, aby bolo možné, ak nastanú komplikácie, zabezpečiť bez meškania prevoz matky a dieťaťa do najbližšieho zdravotného zariadenia. ESĽP vzal do úvahy aj argument ČR, podporený SR a Chorvátskom, že riziko pre matky a novorodencov je v prípade domácich pôrodov vyššie ako v prípade nemocníc, ktoré disponujú personálom a technickým a materiál- ným vybavením, ak by sa počas pôrodu vyskytli komplikácie. Českej republike sa následne zaviedla alternatíva pre ženy, ktorá je kompromisným riešením. V súčasnosti je teda v českých pôrodniciach možnosť rodiť tzv. **ambulantným pôrodom, ktorý však nemá nejaké jasné legislatívne zázemie**. Je však určený matkám, ktoré chcú opustiť nemocničné zariadenie niekoľko hodín po pôrode, pričom náplňou ambulantného pôrodu v podstate nie je nejaký pôrodný plán, ide skôr o ukončenie hospitalizácie skôr, zvyčajne už po 24 hod [18].

V otázkach legalizácie domácich pôrodov súladne so spomínaným rozhodnutím Dubská a Krejzová vs. Česká republika rozhodol ESĽP aj vo veci **Pojatina vs. Chorvátsko** [19]. V novembri 2011 zaslala sťažovateľka list Chorvátskej komore pôrodných asistentiek (Hrvatska Komora Primarja), v ktorom sa pýtala na možnosť odbornej asistencie pri

domácom pôrode. Vysvetlila, že jej prvé tri nemocničné pôrody prebiehali normálne, bez potreby podstatnejších lekárskeho zákrokov, ale že sa potom necítila naplnená. Chcela preto porodiť svoje štvrté dieťa doma.

V januári 2011 dostala odpoveď, že podľa príslušných vnútroštátnych právnych predpisov nie sú zdravotnícki pracovníci, vrátane pôrodných asistentiek, oprávnení asistovať pri domácich pôdoch. Chorvátska komora poznamenala, že domáce pôrody sa však v Chorvátsku uskutočňujú, preto aj urgovala ministerstvo zdravotníctva, aby túto oblasť čo najskôr jasne legislatívne upravilo. Dňa 15. 2. 2012 sťažovateľka porodila jej dieťa doma za asistencie pôrodnej asistentky zo zahraničia. Po narodení pediatra a gynekológa údajne odmietli vyšetriť sťažovateľku a jej dieťa, no nakoniec sa sťažovateľke podarilo nájsť iných lekárov, ktorí ich oboch vyšetřili. Zo stanoviska ministerstva vyplýva, že lekári boli povinní uskutočniť zdravotnú prehliadku detí, avšak nesmeli zapísať informácie, ktoré si neboli schopní overiť (pozri § 14 rozhodnutia).

Pokiaľ išlo o námietku sťažovateľky, že ženy rodiace doma, čelili ťažkostiam pri zápise ich detí na matrikách, pretože im príslušná právna úprava ukladala povinnosť predložiť zdravotnú dokumentáciu na preukázanie ich materstva, ESĽP poznamenal, že táto požiadavka skutočne podľa vnútroštátneho práva existuje. Zároveň ju však považuje za pochopiteľnú, pretože je jasne namierená na vyhýbanie sa možným obchádzaniam zákona v situáciách, kedy neexistuje žiadna oficiálna informácia o narodení dieťaťa jeho biologickým rodičom. S prihliadnutím na vyššie uvedené úvahy, ESĽP vyslovil názor, že neprijatím právnej úpravy, ktorá by v praxi umožnila ženám asistenciu zdravotníckeho personálu pri domácom pôrode v rámci chorvátskeho zdravotníckeho systému, **štát neprekročil širokú mieru voľného uváženia a z tohto dôvodu sa Chorvátsko nedopustilo porušenia článku 8 Dohovoru**.

## Súčasná prax a potreba ochrany života a zdravia matky a dieťaťa

V súčasnosti si dáva laická verejnosť do súvislosti s tehotenstvom a pôrodom strach o zdravie dieťaťa, ale najmä strach z bolesti. Obavy o život a zdravie rodičky ustúpili do pozadia, pričom v minulých storočiach prevládali. Výborné výsledky v novorodeneckej mortalite i morbidite nutkajú mnoho laikov k nebezpečnému polypragmatizmu. Bezpečnosť tehotenstva a pôrodu považujú za samozrejmy a prirodzený jav, pričom pôrodnícku starostlivosť považujú za zbytočnosť, ba niekedy až za nebezpečnú. Tomuto nesprávne spiatočnickému trendu môže zabrániť len adekvátne a čo najpodrobnejšia informovanosť žien [20].

Treba uviesť, že stále viac žien v Čechách a na Slovensku by dalo prednosť plánovanému domácomu pôrodu, pričom v západnej Európe (najmä v Holandsku) došlo v poslednej dekáde k významnému poklesu domácich pôrodov. Motivácia rodiť doma často u nich tkvie v podpore pocitu väčšej kontroly nad ich pôrodom, ako aj v možnosti rýchlejšie a lepšie integrovať dieťa do rodiny. Môže taktiež pochádzať z ich presvedčenia, že pôrod je pre ženy prirodzeným procesom. Ženy môžu tiež prechovávať úzkosť a strach z pôrodu, ktorý sa môže zmierniť v domácom prostredí. Iatrogenizáciu pôrodu v nemocničnom prostredí často vnímajú ako odstrašujúci prekážku k plneniu svojej fyziologickej, prirodzenej ženskej úlohy [21].

Tieto ženy túžia po vysokom stupni autonómie pri pôrode a preberajú plnú zodpovednosť za svoje rozhodnutia [22].

Domáci pôrod sa spája s nižším rizikom inštrumentálneho vaginálneho pôrodu, cisárskeho rezu a vyššou pravdepodobnosťou spontánneho vaginálneho pôrodu oproti pôrodu v nemocnici, avšak tieto argumenty sú logické, keďže žiaden z týchto zásahov nie je možné vykonať v domácom prostredí, resp. bez lekárskeho vedeného pôrodu [23]. Hoci je plánovaný domáci pôrod spojený s menším počtom materských zásahov, je spojený aj s viac ako dvojnásobne vyšším rizikom

perinatálnej smrti (1–2 promile) a trojnásobne vyšším rizikom novorodeneckých záchvatov alebo závažnej neurologickej dysfunkcie (0–0,6 promile) [24].

Rovnako sa spája s dvoj až trojnásobne vyšším rizikom úmrtia novorodencov v porovnaní s plánovaným pôrodom v nemocnici [25].

Značný počet nepriaznivých výsledkov pripisovaných pôrodom v nemocničných zariadeniach je výsledkom presunov pacientok počas pôrodov v domácom prostredí do nemocnice [25]. Z výsledkov štúdie z Anglicka vyplýva, že až 45 % prvoroďčiek bolo pri pokuse o domáci pôrod prevezených do nemocnice [26].

Vo väčšine štatistických súborov sa výsledky rodičiek, ktoré boli prevezené po pokuse o domáci pôrod do nemocničného zariadenia počítajú ako výsledky pôrodnickej zdravotnej starostlivosti v nemocnici. Nie sú uvádzané ako výsledky pôvodného prostredia mimo nemocnice. Je zrejme, že korekcia tohto faktora by ešte viac negatívne ovplyvnila nepriaznivé výsledky pre pôrody doma [25].

Ak sa pozrieme na incidenciu pôrodov v domácom prostredí, hodnota mediánu v rámci krajín EÚ je 0,3. Krajinou s najvyšším percentom na 100 000 obyvateľov je Holandsko napriek spomínanej klesajúcej tendencii. Súčasne sa tam drží neonatálna mortalita v priemerne na úrovni 0,35 %, čo predstavuje 600 úmrtí novorodencov ročne. Tento poznatok si možno vysvetliť tak, že ide o vysoko kvalifikovaný prístup k domácim pôrodom, ako aj skutočnosťou, že nemocničná starostlivosť o matky je na vysokej úrovni, čo indikuje aj fakt, že sú bez meškania ihneď po pôrode v domácom prostredí privezené spolu s dieťaťom do zdravotníckeho zariadenia [7]. Pre úspešnosť tejto voľby podmienok pôrodu je totiž nevyhnutné, aby bola zachovaná možnosť okamžitého rozhodovania, pričom k dispozícii musí byť aj vopred dohodnutý prevoz do najbližšej nemocnice, ak vznikne akútna potreba v súvislosti s matkou alebo dieťaťom [8].

## Záver

Rozhodnutia kde, ako, s kým porodiť dieťa sú podstatné rozhodnutia týkajúce sa zdravia. Pre mnohé zahŕňajú veľmi intímne úvahy viažuce sa na skúsenosť s privádzaním detí na svet, spoznávaním dieťaťa, spojením s partnerom častokrát na pozadí duchovného zážitku. Ústavné právo má chrániť hodnotu práva na súkromný život, ktorý implikuje aj rozhodnutia o reprodukcii, pôrode a rodičovstve [26].

Zodpovednosť za dodržiavanie ľudských práv žien v súvislosti s pôrodmí majú však jednotliví poskytovatelia zdravotnej starostlivosti, zdravotnícki pracovníci, ale hlavným nositeľom zodpovednosti je štát, ktorý musí tieto práva rešpektovať, chrániť a naplňovať [27].

Ako konštatoval Najvyšší súd ČR, zodpovednosť poskytovateľa zdravotnej starostlivosti za škodu na zdraví (podľa § 420 a 421a obč. zák.) v *prípade nedostatočného poučenia o možných rizikách a alternatívach zákroku, aj keď bola poskytnutá starostlivosť lege artis nastáva vtedy, ak preukáže pacient, že pri znalosti rozhodných skutočností (o ktorých mal byť poučený) bolo reálne pravdepodobné, že by sa rozhodol inak, t.j. že zákrok nepodstúpi. Pri úvahe, o čom poučiť pacienta, je treba vychádzať z kombinácie pravdepodobnosti rizika určitých možných nepriaznivých následkov zákroku a závažnosti takýchto následkov pre celkový zdravotný stav pacienta. Čím budú závažnejšie nepriaznivé následky pri naplnení rizika, tým menšia pravdepodobnosť bude stačiť ku vzniku povinnosti o nich pacienta poučiť* [28].

Z toho vychádza, že úmerne rizikovosti spojenej s pôrodom v domácom prostredí, vzniká aj povinnosť poučenia o možných rizikách a následkoch.

Ako vyplýva z ustálenej judikatúry ESLP, domáce pôrody v nej nemajú automaticky garantovanú podporu, preto možno usudzovať, že je to stále záležitosťou vnútroštátnej legislatívy, ako tieto otázky upraví a za akých podmienok garantuje pôrod v domácom prostredí.

Treba si tiež uvedomiť, že hoci privádzanie detí na svet je odjakživa priro-

dzenou fyziologickou záležitosťou a psychická pohoda je súčasťou celkového bezproblémového priebehu, pôrod je zároveň aj vopred nepredvídateľná udalosť, ktorá sa môže dramaticky meniť v priebehu či následne pri popôrodnej adaptácii, a to tak ženy, ako aj dieťaťa.

Napriek snahe eliminovať prípadné komplikácie, napriek zlepšeniu podmienok vybavenia pôrodných asistentiek pre pôrod v domácom prostredí, vždy existuje viacero rizík, ktoré môžu mať v jednom prípade tragické následky [29].

V súčasnosti je potrebný ďalší výskum, aby sme pochopili nesúlad medzi zdravotnými potrebami tehotných žien a systémom materskej starostlivosti v rozvinutých krajinách [21]. Udržanie výborných výsledkov v perinatológii je možné v našich podmienkach len zabezpečením odbornej, empatickej a veľmi intímnej zdravotnej starostlivosti v nemocničných zariadeniach.

## Literatúra

- Drife J. The start of life: a history of obstetrics. *Postgrad Med J* 2002; 78(919): 311–315. doi: 10.1136/pmj.78.919.311.
- Olsen O, Clausen JA. Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 9(9): CD000352. Doi: 10.1002/146 51858.
- Kyei-Nimakoh M, Carolan-Olah M, McCann TV. Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa – a systematic review. *Syst Rev* 2017; 6(1): 110. doi: 10.1186/s136 43-017-0503-x.
- WHO – World Health Organization. Maternal and newborn health/safe motherhood unit. Care in normal birth: a practical Guide. Geneva, WHO: 1996.
- ACOG – the American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 476: planned home birth. *Obstet Gynecol* 2011; 117(2 Pt 1): 425–428. doi: 10.1097/AOG.0b013e31820eee20.
- Newman A. Bad medicine: AMA seeks to outlaw home births. 2008 [online]. Available from: <http://rhrealitycheck.org/article/2008/06/16/bad-medicine-ama-seeks-to-outlaw-home-births/>.
- Galková G, Böhm P, Hon Z et al. Comparison of frequency of home births in the member states of the EU between 2015 and 2019. *Glob Pediatr Health* 2022; 9: 2333794X211070916. doi: 10.1177/2333794X211070916.
- Ziougou R, Zografou K. Homebirth and homecare during COVID-19. *Eur J Midwifery* 2020; 4: 14. doi: 10.18332/ejm/120972.
- Patakyová M. Hovorme otvorene o pôrodoch: ľudskoprávny prístup pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pri pôrodoch. 2021 [online]. Dostupné z: [https://vop.gov.sk/wp-content/uploads/2021/09/Sprava\\_porody\\_FINAL.pdf](https://vop.gov.sk/wp-content/uploads/2021/09/Sprava_porody_FINAL.pdf).
- Humeník I, Kováč P et al (eds). Zákon o zdravotnej starostlivosti. Komentár. § 2 ods. 18 ZoZs. 2. vydanie. Bratislava: C. H. Beck 2023: 956.
- Nález ÚS ČR z 24. 7. 2013, I. ÚS 4457/12. Ústavní soud ČR. 2015 [online]. Dostupné z: <https://www.usoud.cz/aktualne/plne-zneni-nalezu-sp-zn-i-us-4457-12>.
- Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. Stanovisko k porodům doma. 2012 [online]. Dostupné z: <https://www.cls.cz/stanovisko-k-porodum-doma>.
- Dohovor o ochrane základných práv a slobôd, podpísaný v roku 1950 Radou Európy, nadobudol platnosť 3. 9. 1953. 1992 [online]. Dostupné z: <https://www.upn.gov.sk/data/pdf/209-1992.pdf>.
- Ternovszky v. Maďarsko. Sťažnosť č. 67545/09, rozsudok zo 14. 12. 2010. 2014 [online]. Dostupné z: [www.pravo-medicina.sk/aktuality/855/eslp-privad-ternovsky-v-madarsko](http://www.pravo-medicina.sk/aktuality/855/eslp-privad-ternovsky-v-madarsko).
- Hanzelková v. Česká republika Sťažnosť č. 43643/10, rozsudok z 11. 12. 2014. 2023 [online]. Dostupné z: [eslp.justice.cz](http://eslp.justice.cz).
- Dubská a Krejzová v. Česká republika Sťažnosť č. 28859/11 a 28473/12, rozsudok z 15. 11. 2016. 2023 [online]. Dostupné z: [eslp.justice.cz](http://eslp.justice.cz).
- Stanovisko Vlády SR vo veci Dubská a Krejzová v. Česká republika Sťažnosť č. 28859/11 a 28473/12, rozsudok z 15. 11. 2016. 2016 [online]. Dostupné z: <https://www.ustavnysud.sk/documents/10182/1270872/ESLP+29.pdf/3db96614-cdea-4191-8c48-d111db86d3ef>.
- Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR 8/2013. 2013 [online]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/8527/36184/V%204%209Bstn%C3%Adk%20MZ%20C4%8CR%208-2013.pdf>.
- Pojatina v. Chorvátsko. Sťažnosť č. 18568/12, rozsudok z 4. 10. 2018. 2023 [online]. Dostupné z: [eslp.justice.cz](http://eslp.justice.cz).
- Dosedla E. Moderný cisársky rez. *Martin, SK: Osveťa* 2022: 7–10.
- White C, Tarrant M, Hodges R et al. A pathway to establish a publicly funded home birth program in Australia. *Women Birth* 2020; 33(5): e420–e428. doi: 10.1016/j.wombi.2019.09.007.
- Holten L, Miranda E. Women's motivations for having unassisted childbirth or high-risk home-birth: an exploration of the literature on 'birthing outside the system'. *Midwifery* 2016; 38: 55–62. doi: 10.1016/j.midw.2016.03.010.
- Galera-Barbero TM, Aguilera-Manrique G. Planned home birth in low-risk pregnancies in Spain: a descriptive study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(7): 3784. doi: 10.3390/ijerph18073784.
- ACOG Committee on Obstetric Practice. Planned home birth. Number 697, 2017 reaffirmed 2020. 2017 [online]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/04/planned-home-birth>.
- Grünebaum A, McCullough LB, Orosz B et al. Neonatal mortality in the United States is related to location of birth (hospital versus home) rather than the type of birth attendant. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 223(2): 254.e1–254.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2020.01.045.
- Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011; 343: d7400. doi: 10.1136/bmj.d7400.
- Law SA. Childbirth: an opportunity for choice that should be supported. *New York: N.Y.U. REV. L. & SOC. CHANGE* 2008; 32: 345–352.
- Babiaková K, Debrecéniová J, Hlinčíková M et al. Ženy – matky – telá. Ľudské práva žien pri pôrodnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach na Slovensku. Bratislava: Občan, demokracia a zodpovednosť 2015: 17.
- Rozsudek Nejvyššího soudu České republiky ze dne 29. dubna 2015, sp. zn. 25 Cdo 1381/2013. 2015 [online]. Dostupné z: [kraken.slv.cz/25Cdo1381/2013](http://kraken.slv.cz/25Cdo1381/2013).

## ORCID autorov

A. Erdősová 0000-0002-5430-5788  
P. Gašparová 0000-0002-6354-6911  
Z. Ballová 0000-0002-0605-948X  
E. Dosedla 0000-0001-8319-9008

*Doručené/Submitted: 25. 4. 2023*

*Prijaté/Accepted: 12. 5. 2023*

*doc. MUDr. Erik Dosedla, PhD., MBA  
Gynekologicko-pôrodnická klinika*

*LF UPJŠ a Nemocnice Agel  
Lúčna 57*

*040 15 Košice-Šaca  
Slovenská republika*

*erik.dosedla@nke.agel.sk*

**Publikačné etika:** Redakčná rada potvrdzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritériá pre publikácie zasielané do biomedicínskych časopisov.

**Publication ethics:** The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE uniform requirements for biomedical papers.

**Konflikt záujmov:** Autori ďakujú všetkým pracovníkom gynekologicko-pôrodnických pracovísk za spoluprácu pri zbere a kompletizovaní údajov.

**Conflict of interests:** The authors would like to thank all the employees of the gynecology and obstetrics departments for their cooperation in collecting and completing the data.





AVENIER

# ELIMINUJTE DALŠÍ ZDRAVOTNÍ RIZIKA SVÝCH PACIENTŮ

**Virová hepatitida** způsobuje zánětlivé onemocnění jater a je rozšířena po celém světě. Existuje několik typů hepatitid (A, B, C, D a E). Hepatitida typu A a B je preventabilní očkováním, které patří mezi základní výbavu pro cestování jak zahraničí, tak v tuzemsku.

Léčba virových hepatitid je velmi náročná a nákladná, proto je **očkování** nejlepší dlouhodobou prevencí.

Doporučte svým pacientům návštěvu **očkovacího centra**.

## Očkovací centra Avenier

- Odborník v oblasti očkování a cestovní medicíny
- Objednání online na čas a bez čekání
- Hlídání termínů a účinnosti očkování
- Elektronický očkovací průkaz
- Přijímáme platební karty a poukázky



545 123 321

[www.ockovacikum.cz](http://www.ockovacikum.cz)

Naleznete nás po celé České republice

