



Smernice a štandardy pre poskytovateľov biofeedbacku a služieb klinickej psychofyziológie

Úvod

Tvorba noriem, smerníc a štandardov pre definovanú zdravotnú starostlivosť, alebo pre veľmi špecifické terapeutické a preventívne metódy psychologické a psychoterapeutické, nemá tradíciu a často je prijímaná profesionálmi pomáhajúcich profesií ako nejaké obmedzenie, alebo direktívne zasahovanie do ich práce. Aplikovaná psychofyziológia (AP) a jej subdisciplína klinická psychofyziológia (KP), pokiaľ sa deklarujú ako vedecky podložené a klinicky overené, sú však určitou výnimkou a od začiatku osemdesiatych rokov sa formujú normy, smernice a štandardy pre KP, zjednocujúce naše tréningové a terapeutické intervencie a procedúry tak, aby mali pevný etický, právny a profesionálny rámec zakotvený v dokumentoch. Čiže, pokiaľ je niekto certifikovaný v biofeedbacku alebo v neurofeedbacku, pracuje s metódami KP v klinickej praxi či už v sieti zdravotníckych zariadení, alebo mimo nej, sú tieto smernice a normy pre neho záväzné. Nie sú to prísne normy – akoby sa mohlo zdať na prvý pohľad. Je v nich premietnuté úsilie dôsledne chrániť klienta a pacienta pred neprofesionálnymi aplikáciami, neetickými postupmi a v neposlednom rade aj chrániť svoju špecializáciu a profesiu.

*Text Smerníc a štandardov sa opiera o **Practice Guidelines and Standards for Providers of Biofeedback** (Sebastian Striefel, AAPB 2004). Sotva si možno predstaviť, že by sme vymysleli lepšie normy a smernice, aké vydala Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback v roku 2004, a ktoré **Slovenská asociácia pre biofeedback a neuroreguláciu** prijala pri svojom vzniku, ako svoj základný dokument. Preto preberáme to, čo je v súčasnosti vo svete najlepšie v tejto oblasti s nádejou, že Smernice a normy prijmu do svojej terapeutickej praxe všetci, ktorí sú certifikovaní v klinickej psychofyziológii (biofeedbacku a neurofeedbacku).*

Kapitola 1

Ciele

Prečo sú potrebné smernice a normy pre poskytovateľov biofeedbacku?

1. Poskytnúť poradenstvo poskytovateľom, užívateľom, tretej strane (zdravotným poisťovňam, rodičom, učiteľom a pod) a iným o tom, ako určiť primeranosť služieb aplikovanej psychofyziológie a s nimi spojených služieb, či už poskytovaných alebo ponúkaných.
2. Sprístupniť poradenstvo tým, ktorí chcú poskytovať služby aplikovanej, špeciálne klinickej psychofyziológie (biofeedback a neurofeedback), a s tým spojené služby, poskytnúť usmernenie, ako primerane poskytovať kvalitné služby.
3. Ochrániť práva a záujmy klientov a súčasne minimalizovať riziko poškodenia, minimalizovať predpoklad neprimeraných služieb a minimalizovať riziká pre poskytovateľa.

Poznámka: Niektoré časti textu, platné skôr v podmienkach USA, sú písané kurzívou

4. Minimalizovať riziko zbytočnej regulácie štátnymi zákonodarcami a súčasne maximalizovať autonómnosť AAPB (SABN), najmä dodržiavanie etických princípov a týchto smerníc a noriem.
5. Sú potrebné pre zvyšovanie vierohodnosti aplikovanej psychofyziológie a biofeedbacku, tých ktorí aplikovanú psychofyziológiu využívajú v praxi pod aktívnym vedením AAPB (SABN) a členstvom v nej.
6. Zlepšiť efektivitu a dostupnosť primeraných služieb klinickej psychofyziológie, najmä neurofeedbacku a biofeedbacku.
7. Poskytnúť poradenstvo tým, ktorí sa podieľajú na výcviku a vzdelávaní neurofeedback a biofeedback terapeutov poskytovateľov, ktorí certifikujú rôznych odborníkov pre klinickú psychofyziológiu.
8. Poskytnúť poradenstvo o tom, ako dodržiavať etické princípy.

Predpoklady

Aby mohli byť dodržiavané tieto smerníc a normy, je nutné vytvoriť a zachovať nasledovné podmienky:

- A) bude zachovaná multidisciplinárna povaha Asociácie pre biofeedback a neuroreguláciu (SABN).
- B) SABN bude neustále rozširovať svoju pôsobnosť a sústreďovať nové poznatky získané z klinickej praxe a výskumu.
- C) *Hodnotiac súčasný stav aplikovanej psychofyziológie a jej pokrokov v poslednej dobe, možno predpokladať, že začne existovať nová profesionálna disciplína nazvaná aplikovaná alebo klinická psychofyziológia s pridelovaním akademických hodností a licencií, alebo že aplikovaná alebo klinická psychofyziológia sa stane novou oblasťou existujúcich disciplín.*
- D) Ak sa má udržiavať trvalá životaschopnosť SABN, je potrebný aktívny dialóg medzi poskytovateľmi a výskumníkmi, t.j., klinické intervencie a zákroky musia byť verifikované výskumom, a poznatky výskumu musia byť prenesené do klinických aplikácií a zákrokov.
- E) Tieto normy a smernice sú otvorenými dokumentmi s prebiehajúcimi aktualizáciami zabezpečujúcimi, že problematrické miesta budú objasnené alebo odstránené a nové usmernenia budú pridané, ak to bude potrebné.
- F) Profesionáli potrebujú na výkon služieb, unikátnych vzhľadom na ich primárny špecializačný odbor, viac než vzdelávanie, znalosti, schopnosti a skúsenosti – potrebujú vedieť, ako riadiť oblasť organizovanej starostlivosti (psychologickej, liečebno-pedagogickej a špeciálno-pedagogickej, logopedickej, fyziatrickej a pod), používať zákony a predpisy, ako určovať ceny za svoje služby atď. Okrem toho, poskytovatelia

majú povinnosť zabezpečiť tok nových poznatkov do oblasti aplikovanej psychofyziológie, vzhľadom k svojej špecializácii.

- G)** Smernice a normy musia poskytovať určité usmernenia na úrovni starostlivosti očakávanej od poskytovateľa tak, aby pomohli rozhodovať sa v praktických otázkach. Vo všeobecnosti „Smernica“ je niečo čo by sa mal poskytovateľ snažiť dosiahnuť. Je to cieľ o ktorý sa treba usilovať. „Norma“ je skúsenosť, alebo správanie požadované od všetkých poskytovateľov pretože sa stalo akceptovanou „úrovňou starostlivosti“.
- H)** Tieto smernice a normy musia poskytovateľa viesť ku konaniu toho najlepšieho v záujme klienta alebo pacienta. Každá revízia by mala viesť k zlepšeniu týchto kritérií a smerníc. Nové smernice a normy by mali byť založené na skúsenostiach nadobudnutých na základe momentálne platných smerníc a noriem.
- I)** Smernice a normy by mali pokrývať praktické aktivity všetkých poskytovateľov aplikovanej psychofyziológie a biofeedbacku, bez ohľadu na disciplíny, špecializácie, licencie alebo certifikácie, alebo sektoru (verejný/súkromný), v ktorom pracujú.
- J)** Smernice a normy musia počítat' s inováciami experimentálnych prístupov, ktoré sú dané postupujúcim vývojom aplikovanej a klinickej psychofyziológie.
- K)** smernice a normy by nemali byť v rozpore so žiadnymi existujúcimi štátnymi koncepciami jednotlivých odborov, alebo smernicami pre poskytovateľov špecifických disciplín.
- L)** Tieto smernice a normy zohľadňujú kritériá pre tvorbu takýchto usmernení, ktoré formulovala Americká psychologická asociácia.

DEFINÍCIE

Táto časť definuje niektoré základné pojmy, ktoré môžu pomôcť pri porozumení a aplikovaní týchto smerníc a noriem.

Aplikovaná psychofyziológia. Vyvíjajúca sa vedecká disciplína a špecializácia zahrňujúca chápanie a modifikovanie vzťahov medzi správaním a fyziologickými funkciami pomocou metód zahrňujúcich neinvazívne fyziologické merania. Termín aplikovanej psychofyziológie je pojem zahrňujúci hodnotenie, diagnostikovanie, výučbu, liečenie a optimalizáciu, alebo zvyšovanie výkonu.

Aplikovaná psychofyziológia zahŕňa skupinu zákrokov a metód hodnotenia/merania s prvoradým cieľom pochopiť a navodiť zmeny, ktoré ľuďom pomôžu napredovať a dosiahnuť zdravšie psychofyziologické fungovanie. Aplikovaná psychofyziológia zahŕňa pomoc ľuďom zmeniť fyziologické fungovanie a psychologické fungovanie (merané, teoretické a potenciálne), alebo dosiahnuť zmyslovo-motorické spojenie a motorické učenie počas fyzickej rehabilitácie.

Skupina zákrokov využívajúca všetky formy biofeedbacku, relaxačných metód, dýchacích metód, kognitívnych terapií správania, výučby pacienta/klienta, zmien správania, hypnózy, meditatívnych techník a imaginatívnych techník. V niektorých situáciách diétne a iné biochemické (nemedicínske) zmeny, môžu byť považované za súčasť aplikovanej psychofyziológie.

Vyšetrovacie metódy využívajú všetky formy psychofyziologických meraní. Psychofyziologické fungovanie zahŕňa presne merané zmeny v kostrových svaloch, všetkej autonómnej fyziológii, meranie dýchania, biochémie, elektroencefalografických aktivity, normálne aj abnormálne, a zobrazovacie techniky. Autonómne merania zahŕňujú elektrodermálnu aktivitu, teplotu kože, krvný tlak, tep, gastrointestinálnu motilitu a vazomotorické zmeny

Predošlá definícia aplikovanej psychofyziológie je formulovaná na základe série článkov žurnálu *Applied Psychophysiology and Biofeedback* tak, aby mohla byť postupom času modifikovaná, ak sa sprístupnia nové informácie. Táto séria článkov začala článkom Schwartz, (1999a), pokračovala sériami reagujúcich článkov na navrhnutú definíciu (Birbaumer & Flor, 1999; Blanchard, 1999; Engel, 1999; Hubbard, 1999; Rosenfeld, 1999; Striefel, 1999a; end Wolf, 1999), a pokračovala revidovanou definíciou Schwartz (1999b).

Aplikovaná psychofyziológia zahŕňa biofeedback, klinickú psychofyziológiu a aplikácie pre zlepšenie zdravia (prevenčné aktivity) a zvýšenie výkonu (tréning špičkových výkonov) a pre jednotlivcov, potrebujúcich liečenie diagnostikovaných symptómov alebo dysfunkcií. Je to vyvíjajúca sa disciplína alebo špecializácia študujúca a aplikujúca poznatky zo základných vied a všetkých oblastí zdravotnej starostlivosti sledujú pomoc ľuďom pri dosahovaní sebaregulačných schopností a správania potrebného na zlepšenie ich psychologického a/alebo fyziologického fungovania. Zahŕňa to model redukovania alebo zastavenia problematických symptómov a presadzujúci sa model zvyšovania ľudských potencialít a zvýšenie všeobecnej výkonnosti.

Biofeedback. Pozostáva zo “skupiny terapeutických procedúr, ktoré využívajú elektrické a elektronické nástroje na presné meranie, spracovanie a spätnú väzbu osobám a ich terapeutom, informáciu s naučnými a posilňujúcimi vlastnosťami o ich neuromuskulárnej a autonómnej aktivite, normálnej a abnormálnej, vo forme analógovej alebo binárnej, sluchovej, alebo vizuálnych signálov. Cieľom je kompetentným profesionálom dosiahnuť lepšie uvedomovanie si, dôveru a zlepšenie vôľovej kontroly svojich fyziologických procesov, ktoré sú mimo uvedomovania si, alebo sú pod menšou vôľovou kontrolou, a to kontrolovaním vonkajších signálov a následným použitím poznatkov, vnemov alebo iných podnetov na predchádzanie, alebo zredukovanie symptómov“

Klinický psychofyziológ. Poskytovatelia kvalifikovaní pre klinickú prax v určitom odbore zdravotnej starostlivosti, oprávnení alebo overení existujúcou štátnou regulačnou normou (licenčnou radou) a tí čo poskytujú služby klinickej psychofyziológie nezávisle. Títo jednotlivci majú vysokoškolské vzdelanie v disciplíne zdravotnej starostlivosti a mali by byť certifikovaní národnou certifikačnou agentúrou (e.g., BCIA, APA, APTA, na Slovensku SABN).

Klinická psychofyziológia. Oblasť klinickej praxe využívajúcej kombináciu psychologických (e.g., kognitívnych, týkajúcich sa správania, podporných a iných prístupov a terapií), a psychofyziologických (biofeedback, relaxačné tréningy, fyzikálna terapia) prístupov v hodnotení, liečbe alebo prevencii diagnostikovateľných fyzických a psychických symptómov, alebo dysfunkcií. Klinická psychofyziológia je súčasťou aplikovanej psychofyziológie.

Prax klinickej psychofyziológie. Hodnotenie, liečba alebo prevencia psychofyziologických problémov alebo zlepšenie sebaregulácie psychofyziologického fungovania, používanie služieb aplikovanej alebo klinickej psychofyziológie zahrňujúce:

- A. Vyšetrenie** podmienok fungovania jednotlivca v zhode so štandardami praxe aplikovanej poskytovateľom.
- B. Určenie psychofyziologických a iných diagnóz** v zhode s relevantnými danými štandardami pre klientov problém, pre jednu profesionálnu disciplínu, alebo primerane bežnej praxi.
- C. Vytvoriť plán** prevencie alebo liečby príznakov, alebo na zlepšenie úrovne fungovania užívateľa.
- D. Samotná terapeutická intervencia** - aplikovanie stanovených metód a procedúr.
- E. Poskytovanie konzultácií alebo dohľadu** poskytovateľom niektorých služieb uvedených vyššie v položkách A,B,C, alebo D.

Rozsah služieb klinickej psychofyziológie je špecifikovaný vo vzťahu ku klinickým jednotkám.

EEG biofeedback. Je to proces, v ktorom jednotlivec využíva spätnú väzbu a špecifické parametre EEG (frekvencia, trvanie, amplitúda), na modifikovanie a elektrofyziologickej aktivity vlastného mozgu. (Cantor 1999; Thatcher 1999)

Neurofeedback. Využíva elektroencefalografický biofeedback, feedback krvného prietoku (hemoencefalografický biofeedback (HEG), audiovizuálnu stimuláciu (AVS) alebo iné primerané postupy na zmenu kôrových aktivít, zmien vedomia a modifikovanie fyziologického a psychologického fungovania (La Vaque, 2003, Striefel 1999). Termín neurofeedback zahŕňa medicínsky model a často zahŕňa aj netradičné využitia, ako napríklad tréning vrcholových výkonov (Striefel, 1999).

Neuroterapia. Je klinická aplikácia elektroencefalografického (EEG) biofeedbacku, biofeedbacku toku krvi (HEG), AVS (audiovizuálna stimulácia), a iných primeraných prístupov na zmenu kôrovej aktivity spôsobmi, ktoré sú klinicky prospešné (La Vaque, 2003, Striefel 1999). Termín neuroterapie zahŕňa aj terapeutický vzťah medzi profesionálom a pacientom (Striefel, 1999). Termín môže takisto zahrnúť požiadavku certifikácie (Striefel, 1999).

Smernice. Sú ustanovenia navrhujúce alebo odporúčajúce špecifický manažment alebo spôsoby správania, ktoré by sa poskytovateľ mal dodržiavať, ako určité záväzné normatívy. Smernice nie sú určené ako povinné, definitívne alebo konečné a nemusia byť aplikované vo všetkých situáciách, takisto nemajú prednosť pred odborným úsudkom poskytovateľa – či už lekára, psychológom logopéda atď. (Reed, McLaughlin, & Newman, 2002). Tieto smernice chcú pomôcť uľahčiť vývoj aplikovanej psychofyziológie a biofeedbacku a zároveň podporiť vysoký stupeň profesionálnej praxe členov SABN. A sú takisto určené na výučbu a informáciu o praxi aplikovanej psychofyziológie a biofeedbacku.

Zákony. Definujú minimálny štandard vzdelávania, ktorý spoločnosť toleruje (Corey, Corey, & Callanan, 2000). Tieto štandardy sú upravované vládou vo forme legislatívne zakotvených koncepcií a štatútov (na Slovensku špecializačné a certifikačné štúdijné programy), ktoré keď nie sú dodržované, môžu vyústiť do sankcií. John Crosby uviedol

„ak je niečo legálne neznamená to že je to etické, a keď niečo nie je nelegálne neznamená to že je to etické“ (Smith, 2003, p.18).

Smernice a normy praxe. Nemali by sa zamieňať so smernicami a normami liečby. Aj keď sa do určitej miery prekrývajú, liečebné smernice a normy zahŕňajú špecifické odporúčania alebo nariadenia o liečbe, ktoré by mali byť klientom poskytované alebo ponúkané a sú zamerané viac na klienta, ako na prevádzkovateľa. Zachytávajú špecificky primárnu prevenciu, včasné rozoznanie špecifických okolností (napr. rakovinu prostaty), alebo ich liečbu (napr. depresiu) (Reed, McLaughlin, & Newman, 2002). Smernice a normy praxe sa zameriavajú na prístup poskytovateľa vo všetkých aktivitách a nie sú zamerané špeciálne na prevenciu, skoré objavenie alebo liečbu špecifických okolností, v podstate sa zameriavajú viac na celkový prístup poskytovateľa alebo na relevantné pokyny pri špeciálnych situáciách alebo u klinickej populácii (Reed, McLaughlin, & Newman, 2002). Smernice a normy praxe sú zahrnuté v jednom dokumente na zlepšenie flexibility poskytovateľa, vysporiadania sa so situáciami, v ktorých sa prístup očakávaný od providera ťažko špecifikuje kvôli veľkým variáciám v prístupe medzi poskytovateľmi. Flexibilita v smerniciach a normách praxe by mala poskytovateľom dovoliť zladenie prístupov a služby k čo najlepšiemu uspokojeniu potrieb jednotlivca v rôznych situáciách.

Profesia. *Disciplína vyžadujúca špeciálne vedomosti a intenzívnu akademickú prípravu napr. psychológia, logopédia a pod. V budúcnosti sem môže byť plnohodnotne zaradená klinická psychofyziológia*

Profesionál. *Jednotlivci, ktorí získali diplom v príslušnej oblasti zdravotnej starostlivosti regulovanej licencovaním alebo certifikáciou (napr. fyzioterapia, sociálna práca, medicína, psychológia, atď)*

Poskytovateľ. *Hocikto, kto poskytuje priame služby klientom, alebo dozerá na tieto služby.*

Smernica. *Pravidlo pre riadenie nejakej oblasti, ktoré musia aplikovať členovia AAPB (SABN). Smernice sú povinné pravidlá riadenia, alebo minimálne smernice starostlivosti. Tvoria ich právne alebo regulačné orgány.*

Odborník - biofeedback asistent. *Poskytovatelia, ktorí nie sú licencovaní ani certifikovaní štátnou regulačnou autoritou. Toto zahŕňa tých, ktorí sú certifikovaní a tých, ktorí nie sú certifikovaní v žiadnej oblasti biofeedbacku národne uznávanou certifikačnou asociáciou (napríklad SABN). Títo jednotlivci poskytujú služby v súlade so všetkými relevantnými zákonmi, t.j. zákon im môže zakazovať nezávislú prax, v tomto prípade môžu služby poskytovať len pod dohľadom riadne kvalifikovaného vedúceho. (Niektoré štáty ich môžu limitovať alebo im zakázať poskytovať niektoré služby bez primeraného dozoru. Napr. licenčný zákon pre psychológov v Texase limituje služby poskytované odborníkom alebo asistentom bez dozoru licencovaného psychológa. Odborníci a asistenti môžu viesť prax v súlade so všetkými relevantnými zákonmi, pravidlami a obmedzeniami.*

Užívateľ/klient. *Jednotlivec alebo organizácia dostávajúca služby od poskytovateľa:*

- A. **Klient alebo pacient,** podľa bežného označenia je to každý jednotlivec konzultujúci vypočutý, ohodnotený, liečený alebo ináč obslužený od poskytovateľa aplikovanej alebo klinickej psychofyziológie. Klientom môže byť jednotlivec obslužený pre neklinický problém (tréning vrcholových výkonov), môže zahŕňať študentov, praktikantov, atď.
- B. **Agentúra, organizácia , inštitúcia alebo zariadenie** je hocijaká neindividuálna jednotka získavajúca služby od poskytovateľa aplikovanej alebo klinickej psychofyziológie.

Úvod

Tieto smernice a normy majú za úlohu motivovať poskytovateľa biofeedbacku a aplikovanej psychofyziológie vynaložiť úsilie na zlepšovanie služieb klinickej (aj neklinickej) praxe. Zahrňujú **smernice**, ktoré by sa mali snažiť dodržiavať všetci poskytovatelia a **normy** definujúce minimálne štandardy starostlivosti, ktoré musia spĺňať. Časti týchto smerníc a noriem praxe boli odvodené z etických princípov AAPB (AAPB, 1995, 2003), niektoré z otázok s prihliadnutím na názory Benneta, Bryanta, Van den Bosa a Greenwooda (1990), a niektoré z iných zdrojov zahrňujúcich bežnú prax.

Tieto smernice a normy praxe sú určené pre využitie všetkými poskytovateľmi služieb aplikovanej psychofyziológie, reagujúc na ich status v AAPB. Súdy, platcovia (poisťovne), iní poskytovatelia a takisto užívatelia často používajú takéto dokumenty – ako sú aj tieto smernice a normy praxe - na posúdenie prístupu poskytovateľa. Malo by byť v záujme všetkých poskytovateľov byť členom AAPB (SABN) a držať sa týchto smerníc, noriem a Etických princípov aplikovanej psychofyziológie a biofeedbacku (AAPB,1995, SABN 2004). Čitateľ by si mal pamätať, že termín „(provider) – poskytovateľ“ môžeme používať v súvislosti s členmi a nečlenmi poskytujúcimi služby aplikovanej alebo klinickej psychofyziológie.

Tejto verzii smerníc a noriem praxe pre poskytovateľa služieb v klinickej psychofyziológii predchádzali **tri verzie** smerníc a noriem (Schwartz & Fehmi,1982; Amar et al., 1992; Striefel et al., 1999). Vedenie AAPB určilo predchádzajúce smernice za zastaralé a nahradilo ich týmito smernicami, normami a štandardami, ktoré platia od 2004.

Povinnosť starostlivosti

Hocikto, kto sa považuje na verejnosti za profesionálneho poskytovateľa služieb, alebo je nim vedený, preberá na seba povinnosť poskytovať služby, ktoré spĺňajú aspoň minimálny štandard opatery poskytnutej ostatnými „priemernými“ poskytovateľmi (Stromberg et al.,1998). Tento minimálny štandard opatery je často nazývaný „povinnosť starostlivosti.“ Zlyhania pri poskytovaní služieb, ktoré aspoň trochu spĺňajú túto povinnosť, by sa prejavia v absencii pozitívnych výsledkov, alebo v poškodeniach a môžu nadbytočne zvýšiť riziko žaloby za zanedbanie starostlivosti na základe nedbanlivosti a postup komisie profesionálnych organizácií, ku ktorým patrí American Psychological Association, 2002. Patterson a Wilkins (1991) uvádzajú otázky, ktoré môžu pomôcť v uskutočnení praktických rozhodnutí:

- ktoré sú moje povinnosti a ku komu ?
- ako sa vysporiadam s plnením povinností voči klientovi (pacientov) legálnym, etickým a profesionálnym spôsobom?
- Nieкто sa môže opýtať aj: „Robím to, čo je v najlepšom záujme môjho klienta ?“ (Striefel, 2000b, p.45).

Preambula

Od všetkých členov AABP (a analogicky SABN) sa očakáva, že budú chrániť práva a blaho klientov do takej miery, do akej im to umožní daná situácia. Od poskytovateľov sa očakáva plnenie aspoň minimálnych štandardov starostlivosti; pridržovať sa Etických princípov Aplikovanej Psychofyziológie a Biofeedbacku; týchto smerníc a noriem praxe platných pri primárnu špecializáciu.

Časť II

Smernice a normy praxe

Kapitola 2

Všetky smernice sú predznačené písmenom „S“.

Všetky normy v tabuľke a číslo normy sú uvedené písmenom „N“.

KOMPETENTNOSŤ

Byť kompetentný znamená, že poskytovateľ má schopnosť rozumieť klientovmu problému a navrhnúť primeraný liečebný plán, má schopnosti potrebné na aplikáciu týchto úkonov, rozhodnutí, procedúr a metód a úsudok na primerané použitie týchto schopností. **Poskytovateľ vie čo robiť, alebo nerobiť, kedy to robiť, alebo nerobiť a ako to robiť.** (Striefel, 1995, 2003b).

S - 3.1 Kompetentné služby. Všetci poskytovatelia sa snažia poskytovať služby iba v tých oblastiach, v ktorých sú kompetentní, ktoré sú založené na vzdelaní, tréningu a/alebo skúsenostiach, s výnimkou ak sú primerane vedení osobou kompetentnou v daných oblastiach (AAPB, 2003; Striefel, 1995, 2003b, v tlači). V niektorých lokalitách a s niektorými novými terapeutickými procedúrami, môže byť namáhavé získať primerané vedenie. V týchto situáciách sa poskytovatelia snažia získať vhodnú konzultáciu.

<p>N-3.1 Kvalifikácia. Poskytovatelia nezveličujú, alebo nefalzifikujú svoju kvalifikáciu a schopnosti.</p>
--

Takáto činnosť je neetická a môže byť právnym priestupkom (AAPB, 1995,2003; Striefel, tlač). Čestnosť je jadrom etických princípov pre poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti (Striefel, 2003 a & b, tlač; Welch,2001). Poskytovatelia sa snažia zvýšiť svoje schopnosti a kvalifikáciu a vždy keď je to možné, získať náležitú certifikáciu, alebo licenciu v príslušnom

odbore alebo špecializácii v zdravotnej starostlivosti. Poskytovatelia sa snažia pestovať svoje schopnosti vzdelávaním a aktivitami zvyšujúcimi ich sebavedomie a kompetenciu (AAPB, 1995, 2003).

S - 3.2 Sebauvedomovanie. Poskytovatelia sú si vedomí stupňa svojich schopností a kvalifikácie, takisto obmedzení a deficitu pre poskytovanie špecifických služieb (Koocher& Keith-Spiegel, 1998; Striefel, 2003b, tlač; Striefel, Whitehouse, & Schwartz, 2003), cez jednu, alebo viaceré z nasledujúcich aktivít:

- a) trvalé vzdelávacie aktivity
- b) spätná väzba od kolegov, supervízorov, alebo konzultantov
- c) údaje o pokroku konkrétnych klientov a výsledkov vyšetrení po intervencii
- d) spätná väzba od klientov, zahrňajúca vyžiadané aj nevyžiadané komentáre (pozitívne alebo negatívne),
- e) sebahodnotenie, t.j. sebareflexia, self-monitoring a/alebo self-manažment.

S - 3.3 Hľadanie supervízií a konzultácií. Poskytovateľ zvažuje, alebo hľadá supervíziu, alebo konzultáciu, alebo posunie klienta vždy keď:

- a) neexistuje žiadna overená liečebná procedúra
- b) klient nezaznamenáva pokrok ani napriek najväčšej snahe poskytovateľa
- c) používaná procedúra je uznaná za neplatnú (publikovaná literatúra neuviedla túto procedúru za platnú a spoľahlivú, alebo sú tu stále sporné nesúhlasy o statusu procedúry v otázkach platnosti a spoľahlivosti),
- d) používaná procedúra je pre poskytovateľa nová,
- e) typ klienta (vek, etnikum, kultúra) je pre poskytovateľa nový
- f) poskytovateľove emócie, pozitívne alebo negatívne sa krížia s jeho schopnosťou objektívne jednať s klientom.

N - 3.4 Požadovaná supervízia. Poskytovatelia, ktorí nemôžu vykonávať prax nezávisle, musia na základe zákona získať primeraný, kompetentný a pretrvávajúci dozor na poskytovanie služieb.

N - 3.5 Trvalé vzdelávanie. Poskytovatelia sa snažia zostať kompetentní a rozširovať oblasti svojej kompetencie trvalými vzdelávacími aktivitami.(AAPB, 1995, 2003; Striefel, tlač; Welch, 2001) ako napr:

- a) čítanie a samoštúdium
- b) branie hodín
- c) zúčastňovanie sa krátkych kurzov, seminárov a konferencií
- d) tréning a diskusie pod dohľadom

S - 3.6 Primerané získavanie súhlasu. Poskytovatelia sa snažia zistiť, kedy, kde a ako získať primeraný súhlas v najlepšom záujme klienta. (Corey, Corey,&Callanan, 2000; Striefel, 2003b, tlač; Zuckerman, 2003).

N - 3.7 Etické princípy. Všetci poskytovatelia musia poznať a dodržiavať Etické princípy AAPB (1995, 2003) a princípy svojej odbornosti a špecializácie, ak nejakú majú. Ak nemajú primárnu disciplínu, dodržujú etické princípy disciplíny svojho supervízora.

N - 3.8 Zákony. Všetci poskytovatelia by mali poznať a dodržiavať štátne a lokálne zákony, pravidlá a obmedzenia aplikovateľné na ich prácu. (Striefel,2000b). Ako napr.:

- a) licenčné a certifikačné zákony
- b) zákony o zneužití a zanedbaní
- c) povinnosť upozorňovať na zákony a dodržiavať ich
- d) zákony o hlásení infekčných chorôb
- e) účtovné a majetkové zákony
- f) zákony o nedobrovoľných hospitalizáciách a úkonoch v prípade otázok mentálneho zdravia
- g) všetky smernice a zákony aplikované na klinickú psychofyziológiu a biofeedback (smernice SABN, nariadenia MZ SR)
- h) zmluvné záväzky so zdravotnými poisťovňami

S - 3.9 Profesionálne vyhorenie. Poskytovatelia sú citliví a reagujú na signály únavy, vyhorenia a emocionálnych problémov, ktoré môžu negatívne ovplyvniť službu klientom (Striefel,1995, 2003b; Zuckerman, 2003). Poskytovatelia posúdia a budú primerane korektívne konať, aby ochránili komfort klientov. Potenciálne korektívne akcie zahŕňajú:

- a) hľadanie profesionálnych služieb pre seba na vysporiadanie sa s problémami (napr. terapia)
- b) pozastavenie poskytovania služieb a referovania o klientoch počas vysporiadávania sa so svojimi problémami
- c) hľadanie supervízie, alebo konzultácie na určenie najvhodnejšej akcie na ochránenie seba aj klientov

S - 3.10 Kompetencia supervízie. Poskytovatelia sa snažia dozerat' na ostatných, ak sú na to kompetentní a iba v daných oblastiach demonštrovaných vzdelaním, tréningom a skúsenosťami. (Striefel, 2003b, tlač)

Kapitola 3

Klinická supervízia

Dohľad a supervízia sú procesom prenášania vedomostí a schopností od jednej osoby k druhej. Jedna osoba (vedúci) dohliada na aktivity druhej (vedený). Zhŕňa to špeciálny vzťah vedenia a podpory vedeného, v ktorom vedúci a vedený zdieľajú povinnosti a záväzky pre služby poskytované klientom a pacientom (Striefel, 2003a & b). Zameranie vzťahu je na vývoj špecifických schopností a vedomostí presahujúcich očakávané štandardy opatery pri poskytovaní služieb klienta.

Existuje zákonná doktrína známa ako *zástupná zodpovednosť* (respondeat superior), ktorá znamená to, že osoba v pozícii autority (vedúci) je zodpovedná za činnosť tých, ktorých má pod dohľadom (Huber, 1994). Vedúci majú takisto zodpovednosť za svoje vlastné činy, napr. zlyhanie pri poskytnutí adekvátneho stupňa vedenia a dohľadu. (Corey et al., 2000). Neadekvátny dohľad môže spôsobiť zákonné a etické sankcie. Vedúci musia dohliadať, predísť prisúdeniu všetkej zodpovednosti vedenému a musia byť oboznámení všetkými prípadmi každého vedeného (Comier and Bernard, 1982; Huber, 1995; Zuckerman, 2003). Ďalšie zákonné otázky zahŕňajú zákonnú povinnosť vedúceho ochraňovať klientov, splniť štandard opatery a dodržať dôvernosť (Corey et al., 2000).

Vedúci majú aj etické záväzky, zahŕňajúce kvalifikáciu vedúceho, povinnosti a záväzky; súhlas vedených, klientov, otázky financovania; obojstranného vzťahu; blaho klientov a vedených, kompetencia, morálne a legálne štandardy. Etické otázky vedenia sú definované v etických princípoch, smerniciach a normách praxe AAPB, a sú takisto aj v licenčných zákonoch.

Osoba nemôže zanechať etické a zákonné povinnosti dohľadu. Zlyhanie pri poskytnutí plného adekvátneho dohľadu tomu, nad kým má autoritu, môže vyústiť do zákonných sankcií, straty finančných zdrojov, súdnych konaní ohľadom zanedbania starostlivosti, straty licencie (Striefel, 1995, 2003b; Zuckerman, 2003).

Zákonná a etická zodpovednosť pre vzdelávacie, administratívne a podporné funkcie je zahrnutá v definícii klinického dohľadu (Taibbi, 1995). Vzdelávacia funkcia zahŕňa odovzdávanie vedomostí a vývin schopností trénovaných, študentov alebo klinikov. Administratívna funkcia zahŕňa všetky aktivity zmyslajúce koordinovať, viesť, zlepšovať a zvyšovať výkony trénovaných, študentov alebo vedených klientov v úmysle chrániť blaho klienta zaručením že služby sú účinné a efektívne. Podporná funkcia hraničí s rolou psychoterapeuta a zahŕňa emočnú podporu a asistenciu trénovaným, študentom a klinikom pri vysporiadaní sa so stresom, frustráciou, zastrášaním, hraničnými situáciami a rovnováhou medzi osobným a pracovným životom.

Sú to rôzne stupne dohľadu. Vedúci musí uvážiť vedomosti, schopnosti a skúsenosti vedeného v klinických aktivitách, jeho špecifické funkcie a pri rozhodovaní sa o primeranom stupni dohľadu pre vedeného. Vzťah medzi vedúcim a vedeným sa mení počas profesionálneho vývinu vedeného. Vedúci začína ako učiteľ a na koniec vzťah prechádza do typu rovnocenných alebo typu konzultant – konzultujúci (Raymond, 1995). **Proces začína zapojením sa vedúceho do aktivít primerane odpovediam na 2 otázky. Prvá, čo všetko už vedený vie? Druhá, čo sa tento vedený potrebuje naučiť aby mohol vykonávať svoju prácu.**

Taibbi (1995) prezentoval štvorstupňový proces dohľadu na zlepšenie vývoja vedeného. Je to iba jeden z mnohých možných modelov. **V štádiu stáže** vedúci je zároveň

učiteľom učiaca informácie a schopnosti, ktoré najviac potrebuje využiť. Vedúci sa snaží nájsť medzery v klinických vedomostiach a schopnostiach vedeného a jeho úzkostiach, obavách, rigiditách a potom pomôcť mu ich prekonať v kontexte pomoci klientom. Táto fáza môže trvať od zopár týždňov do 18 mesiacov. Záleží na schopnostiach a postupe vedeného (Taibbi, 1995).

V druhom štádiu vedúceho rola prechádza do role inštruktora, je menej autoritatívny a vedený sa učí akceptovať viac zodpovednosti pri svojom profesionálnom a osobnom vývoji (Taibbi, 1995). Je tu väčšie zameranie na vzťah medzi klinikom (vedeným) a klientom, na vysporiadanie sa s emóciami a otázkami prenosu a protiprenosu a ak sa prihodí, tak na ich riešenie. V podstate sa vedúci stane vzorom, inštruktorom a mentorom. Modelový biofeedback so samým sebou, rolové hry, práca z fantáziou sú počas tohto štádia bežné. Záleží na disciplíne vedúceho a vedeného.

V treťom štádiu slúži vedúci viac „vrátnik“ selektujúci aktivity vedeného. Vedený sa snaží uviesť problémy sám. Vedený sa začína pýtať na vedúceho pohľad a proces dohľadu sám od seba. Vedený začína využívať vedúceho viac ako odozvu na vlastné nápady, čo sa týka klientových otázok a ako ich čo najlepšie adresovať. V podstate vedený je na dobrej ceste vyriešiť svoj štýl. Vedúci je stále zodpovedný za dodržanie kvalitnej kontroly a svojej administratívnej moci počas vplyvu. Vedúci sa snaží používať svoju moc opatrne a iba keď je to potrebné na ochranu záujmov klienta alebo pomoc vedenému byť informovaný účinkom jeho činov (Taibbi, 1995). Vedený sa začína vzdávať vedúcemu ako adolescent pri odbúraní rodičovskej kontroly.

V štvrtom štádiu sa vedúci stáva rovnocenným alebo konzultantom s porozumením, že stále má etickú a zákonnú zodpovednosť za klienta. Vedený zlepšil svoje schopnosti, vlastný štýl a vo všeobecnosti pozná svoje silné a slabé stránky ako klinik. Vedený sa cíti viac ako nezávislý profesionál a samostatne lieči klientov.

Primeraný typ vedenia sa často mení. Napr. študent s malými klinickými skúsenosťami začína štádiom 1. zatiaľ čo klient s istými skúsenosťami môže začínať na stupňoch 2, 3 alebo 4.

Proces klinického dohľadu je veľmi podobný procesu existujúcemu medzi poskytovateľom a klientom, v podmienkach prepojenia. Podobne ako vedci, snažia sa byť opatrní a nekrižovať terapeutické pole alebo rušiť poskytovanie terapie vedeným (čo môže byť dvojité vzťah a môže sa stať problematickým konfliktom záujmov). Vedúci je zodpovedný za pomoc vedenému stať sa a zostať kompetentným, správať sa eticky zákonne a profesionálne a chrániť a dodržať povinnosti opatery a ochraňovať dôstojnosť a blaho klienta. Stupeň potrebného dohľadu sa mení na základe vedomostí, schopností a skúseností vedeného a inými faktormi prediskutovanými v tejto kapitole, zahŕňajúc zákonné povinnosti (napr. na získanie licencie potrebuje vedený špecifický počet hodín dohľadu za týždeň).

Počet prístupov k dohľadu, ktoré sú primerané (povolené zákonom) zahŕňajú, ale nie sú obmedzené iba na nasledujúce:

- Dohľad zariadený, alebo poskytovaný zamestnávateľom pre svojich zamestnancov
- Dohľad poskytovaný niekým najatým špeciálne pre tento účel
- Dohľad poskytovaný niekým, kto nie je zamestnaným v organizácii, v ktorej vedený pracuje
- Dohľad poskytovaný niekým najatým kvôli dosiahnutiu primeranej supervízie

- Dohľad zariadený, alebo poskytovaný zákonne primeraným a kompetentným vedúcim cez telemedicínske mosty, ako obojsmerné komunikačné kanály (internet, bezdrôtová komunikácia)

Vo všetkých aktivitách dohľadu, supervízor musí mať autoritu zapojiť sa do aktivít, ktoré sú v najlepšom záujme klienta. Supervízor je eticky aj zákonne zodpovedný za to čo urobí, alebo neurobí a za akciu, alebo nedostatok akcie vedeného. V podstate, podľa zákona je supervízor zodpovedný za služby poskytnuté, alebo neposkytnuté klientom vedených. (Huber, 1994).

N -4. Kompetencia supervízora. Supervízori sa stávajú kompetentnými a zostávajú nimi počas prebiehajúceho vzdelávania a tréningu praxe, alebo konzultácie (Striefel 2003).

S - 4.1 Kompetentný dohľad . Poskytovatelia sa snažia dohliadať na iných, iba vtedy ak sú na to kompetentní (získané vzdelanie a tréning na to, ako poskytnúť kompetentný dohľad) (Striefel, 2003,tlač).Výnimkou je supervízor, ktorý je súčasne pod dohľadom a v supervízii. Supervízori tých, ktorí sú zapojení v aplikovanej psychofyziológii a biofeedbacku zostávajú aktívni v aplikovanej psychofyziológii a biofeedbacku počas pretrvávajúceho vzdelávania, profesionálnej afiliácie, alebo priamych služieb klientovi, učenia a výskumu.

S - 4.2 Metódy a procedúry. Poskytovatelia sa snažia poskytovať dohľad iba v metódach a procedúrach, v ktorých sú kompetentní, založených na vzdelaní, tréningu a skúsenostiach.

S - 4.3 Kultúrna primeranosť. Poskytovatelia sa snažia byť vedomí otázok týkajúcich sa premenných ako vek, rod, etnikum, rasa, kultúra, jazyk, sexuálna orientácia a fyzické a mentálne nedostatky. Supervízori sa snažia dohliadať na ostatných v poskytovaní služieb v skupinách, v ktorých majú vzdelanie, tréning a skúsenosť na zaistenie, že klient dostáva kompetentné služby, ktoré počítajú s jeho kultúrnym a etnickým pozadím..

S - 4.4 Primeraný dohľad. Pri poskytovaní dohľadu sa supervízor snaží zaistiť, aby bol primeraný potrebám a stupňu schopností vedeného a potrebám klienta.

S - 4.5 Stupeň dohľadu. Supervízori sa snažia zariadiť typ a stupeň dohľadu podľa potreby vedených, zákonných požiadaviek štátu, v ktorom pôsobia a aplikovateľných predpisov profesionálnej skupiny, ku ktorej patria (profesijné asociácie). Primeraný minimálny stupeň dohľadu môže byť tým, čo je žiadané štátnymi licenčnými zákonmi, t.j. najmenej hodina dohľadu „ tvárou v tvár“, alebo iné primerané dohľady každých 40 hodín služieb poskytovaných vedeným (Striefel, 1995). Je možné poskytnúť viac dohľadu ako je primerané, alebo nutné , ak to vyžaduje zákon, smernica alebo etika.

S - 4.6 Podpora a vedenie. Supervízor sa snaží poskytnúť podporu a vedenie potrebné na pomoc vedenému získavať schopnosti a vedomosti potrebné na poskytovanie kompetentných profesionálnych služieb. Supervízori pomáhajú vedeným vyvíjať svoj pracovný štýl a cit pre to kým sú a kým chcú byť ako poskytovatelia služieb (Taibbi, 1995).

- S - 4.7 Určenie rozsahu schopnosti vedeného.** Supervízori (a ostatní, ktorí pracujú s klientami), by nemali poveriť vedených na službu klientom, ktorých potreby presahujú schopností vedených.
- Supervízori sa snažia určiť vedených iba na úlohy, na ktoré sú kvalifikovaní a zákonne a eticky kompetentní na vykonanie úlohy podľa stupňa dohľadu.
 - Supervízori sa snažia nastaviť svoj dohľad na základe potrieb vedených a klientov.
 - Supervízori vedú vedených ako rozhodovať, ktorí z klientov je za hranicou schopností vedeného.

N - 4.8 Očakávania supervízora. Supervízori informujú a očakávajú od vedených dodržiavanie najvyšších etických a profesionálnych zásad (Corey et al., 2000; Striefel, v tlači).

- S - 4.9 Informácie od supervízora.** Supervízor sa snaží držať vedených informovaných o cieľoch tréningu a ich vývoji. Vedúci dokumentuje všetky pokroky, zahrňujúce pozitívne a negatívne aspekty výkonov vedených.

N - 4.10 Dôvernosť supervízora. Supervízori dodržiajú dôvernosť vedených a informujú ich do miery, ktorá im náleží.

- S - 4.11 Dokumentácia.** Supervízori sa snažia dokumentovať dohľad poskytnutý vedeným tak, že môžu poskytovať presné informácie, alebo referencie licenčným a certifikačným radám a agentúram, momentálnym a potenciálnym zamestnancom vedených (Striefel, 2003b).

- S - 4.12 Práva supervízora.** Supervízori sa snažia dodržať právo odmietnuť dohľad nad nekvalifikovaným jednotlivcom nespôsobilým na poskytovanie služieb aplikovanej alebo klinickej psychofyziológie a biofeedbacku. Takéto rozhodnutia sú robené na báze objektívnych a subjektívnych informácií, dokumentovaných a dostačujúcich na presvedčenie profesionálov v rovnakej pozícii. Konzultácia sa odporúča vždy keď je tu pochybnosť o primeranosti dohľadu.

- Supervízori sa snažia pomôcť vedeným neprispôsobeným a nekvalifikovaným na poskytovanie služieb aplikovanej a klinickej psychofyziológie k pochopeniu, prečo by si mali hľadať iné možnosti uplatnenia a kariery v inej oblasti .

- S - 4.13 Počet vedených.** Supervízori sa snažia limitovať počet ľudí, na ktorých dohliadajú, aby sa uistili, že môžu s nimi pracovať kompetentne. Všeobecne to znamená 3-6 vedených, záleží na stupni schopností a type klienta. Supervízori sú oboznámení a snažia sa pridržiavať zákonných a etických požiadaviek pre ich špecializáciu limitujúci počet vedených.

- S - 4.14 Vedenie prípadu.** Supervízori sa snažia byť oboznámení s prípadmi vedených a keď je to praktické, snažia sa stretnúť s každým klientom aspoň raz zoči voči, aby sa uistili, že informácie poskytnuté vedeným sú adekvátne.

- S - 4.15 Dvojité vzťahy.** Supervízori sa snažia predísť vytváraniu akýchkoľvek problematických dvojitých väzieb so sledovanými.

- Supervízori sa nezapájajú do sexuálnych aktivít s vedenými ani do sexuálneho harašmentu.
- Supervízori sa snažia nevyužívať vedených nijakým spôsobom.
- Supervízori sa snažia nezapájať do terapeutických vzťahov s vedenými.

N -4.16 Zodpovednosť. *Supervízori vedia a akceptujú, že sú priamo zodpovední za to, čo vykonajú a za to v čom zlyhajú a takisto za skutky a zlyhania vedených.*

N - 4.17 Účtovanie. *Supervízor sa prispôsobuje a uisťuje, že vedení zostávajú verní všetkým zákonom, pravidlám a zmluvám s treťou stranou (poisťovne), pri predkladaní účtov za poskytnutie služieb. Supervízori by si mali ujasniť svoju úlohu a úlohu vedených pri podpise akýchkoľvek zúčtovaných formulárov.*

S - 4.18 Práva vedeného Supervízor sa snaží informovať vedených o ich právach v procese dohľadu napr. limity dôvernosti, a snažiť sa chrániť tieto práva, napr. supervízor zaobchádza s vedeným dôstojne a s rešpektom.

S - 4.19 Povinnosti vedeného. Vedený je zodpovedný za priebežné informovanie supervízora o všetkých otázkach týkajúcich sa služieb. Je takisto povinný za hľadanie dodatočného dohľadu potrebného na čo najlepšiu službu klientovi alebo pacientovi. Nelicencovaní vedení poskytujúci služby pod licenciou, alebo dohľadom niekoho iného, informuje klientov o ich statuse, že sú vedení a kto je ich supervízor, o tom že ich supervízor bude mať prístup ku všetkým klientovým informáciám, takže bude môcť pomôcť vedenému poskytnúť najlepšie možné služby. Vedení sú zodpovední za adresné dodržiavanie všetkých relevantných zákonných a etických smerníc, štátnych a federálnych pravidiel a predpisov a smerníc noriem praxe a liečby. Mal by so svojim vedúcim prediskutovať, či je kompetentný liečiť daného klienta a uistiť sa, že klient nie je poškodený a že dostáva podštandardnú opateru.

Kapitola 4

Informovaný súhlas

Informovaný súhlas je vzdelávací proces začínajúci prvým kontaktom s klientom alebo pacientom a pokračuje až do posledného kontaktu, napr. ak je tu odozva pre informovanie klienta iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (Hyman, 2000; Striefel, 1995, 2003b, tlač). Hyman (2000) ustanovil, že „informovaný súhlas neznamena podpisanie formuláru, nie je to iba recept, kryjúci doktorovi chrbát“. Informovaný súhlas je plnovýznamový proces zdieľania informácií založený na práve všetkých klientov, nedbajúci na ich kapacitu porozumenia, mať vysvetlenú špecifickú informáciu, takže môžu uskutočniť informované rozhodnutia o vstupe do profesionálneho vzťahu s poskytovateľom pre účel zdieľania problémov a aktivít, ktoré sa udejú počas liečebných sedení. Informovaný súhlas vyžaduje, aby kompetentná osoba (klient, rodič) súhlasila s liečením pred jeho začatím. (Conner & Christner, 1994). Väčšinou osoba dávajúca súhlas je klient/pacient. Snaha je ochrániť práva klienta na sebaurčenie a predídenie neskorších nezhôd, čo sa týka vzájomných dohôd. Klient má právo byť informovaný o možnostiach efektívnej liečby, alternatívnej liečby, žiadnej liečby a rizík a prínosov (Alves & Lupton, 1994; Striefel, 1995, 2003B). Informovaný súhlas vyžaduje, aby klient:

- mal kapacitu na udelenie súhlasu
- mal dostatok informácií o tom, čo sa môže stať, keby nebol schopný rozhodnutia
- mal dostatočný stupeň porozumenia poskytnutej informácie, ako je demonštrovaná otázkami klienta a odpoveďami poskytovateľa
- mal vôľu podieľať sa na navrhnutom procese, bez nejakej koercie a nežiadúcich vplyvov
- dal aktuálny verbálny, alebo písomný súhlas, napr. podpísal súhlasný formulár (neprotestovať nie je to isté, ako súhlasiť)
- bol chránený primeranou dokumentáciou (informovaného súhlasu), čo takisto pomáha ochrániť poskytovateľa (Striefel, 2003b, tlač).

Sú tu výnimky získania informovaného súhlasu. To zahŕňa situácie, v ktorých a) klient bol súdne objednaný na vyšetrenie, alebo liečbu, b) klient bol nedobrovoľne hospitalizovaný, c) klient nemá dostatok kapacity na udelenie súhlasu, t.j. nie je kompetentný (určené súdom, vekom, mentálnym stavom, alebo d) klient dostáva núdzové služby (Striefel, 1995, tlač). Za týchto okolností je užitočné snažiť sa získať súhlas klienta a potom keď prejde kríza, taktiež informovaný súhlas.

Väčšina klientov má právo stiahnuť súhlas hocikedy. Výnimkou sú situácie, v ktorých je zákonne žiadané získať hodnotenie, alebo liečbu (súdne objednané). Informovaný súhlas nie je jednorázová záležitosť a je aplikovateľná všetkými aspektmi profesionálneho vzťahu, zahŕňa poplatky, účtovne splatné procedúry, limit dôvernosti, hodnotenie a liečbu a hocijaké zmeny vo všetkých vyššie uvedených veciach. Informovaný súhlas by mal zahŕňať faktory ako:

- a) plánovanú liečbu, súčasné alternatívne liečby, žiadnu liečbu, predtým uvedené riziká a prínosy
- b) poskytovateľov prístup k liečbe a kvalifikáciu
- c) odhady, procedúry, zmeny počas liečby, ciele liečby (dlhodobé krátkodobé ciele)
- d) frekvencia a pravdepodobné trvanie liečby
- e) ceny, účtovanie, splatné procedúry
- f) obmedzenia klientovej poistnej zmluvy (počet sedení) a ich vplyv na liečbu
- g) poskytovateľova a klientova úloha počas liečby (očakávania)
- h) limit dôvernosti zahŕňajúci tie spojené použitím technológie a tie, pri ktorých zákon potrebuje odkrytie ak nastanú isté situácie, podozrenie z týrania, alebo zanedbania dieťaťa
- i) klientovo právo klásť otázky v každom čase a dostávať na ne odpoveď (Alves & Lupton, 1994; Striefel, 1999; Zuckerman, 2003).

N - 5. Získanie súhlasu. Poskytovatelia získajú primeraný informovaný súhlas od klientov. Ak to nie je možné kvôli klientovmu veku, alebo stupňu kompetencie, získajú informovaný súhlas od klientovho zákonného zástupcu, alebo legálne autorizovaného advokáta, ak to určuje zákony? (Striefel, 1995, 2003b; Zuckerman, 2003). V takýchto situáciách poskytovatelia informujú klienta o navrhovanom zákroku a snažia sa získať súhlas.

S - 5.1 Zrozumiteľnosť informácie. Poskytovatelia sa snažia prezentovať informácie počas procesu, ktorý je presný, vyrovnaný, na úrovni pochopenia klienta v jeho primárnom jazyku bez žargónu.

- S - 5.2 Jazykové bariéry.** Poskytovatelia sa snažia využívať služby tlmočníka (môže byť príbuzným klienta) počas procesu informovaného súhlasu s tými, čo nerozumejú jazyku poskytovateľa. Keď pravdivý informovaný súhlas nie je dostupný kvôli jazykovej bariére, poskytovateľ preradí klienta niekde inde, ak je to možné.
- S - 5.3 Hluchota.** Poskytovateľ sa snaží využiť služby tlmočníka, ak je to potrebné v získavaní informovaného súhlasu hluchého klienta.
- S - 5.4 Stiahnutie súhlasu.** Poskytovateľ sa snaží uistiť, že klienti vedia, že majú právo stiahnuť súhlas hocikedy, z hocijakého dôvodu, ak tomu nebráni zákon.
- S - 5.5 Kultúrne bariéry.** Poskytovatelia sa snažia byť citliví ku kultúrnym bariéram a iným špecifickým okolnostiam pri získavaní informovaného súhlasu a použiť služby konzultanta, alebo supervízora pri vysporiadaní sa s podobnými okolnosťami, alebo postúpiť klienta inde, ak je to možné.
- S - 5.6 Procedúry ešte neplatné.** Písomný informovaný súhlas bude získaný od klientov na všetky ešte neplatné (nové alebo experimentálne), alebo iné procedúry, ktoré sú výrazne odlišné od tých typicky používaných na liečenie problémov (Striefel, 1997).

Poskytovatelia by sa mali snažiť byť šetrní a opatrní v definovaní čo sa považuje za platnú (neexperimentálnu) procedúru, spoliehajúc sa na publikovanú literatúru a iné zdroje informácií v podobných rozhodnutiach. Odpoveď na nasledujúce otázky v daných situáciách môže byť užitočná: „Budú moji lokálni konkurenti považovať túto procedúru, alebo prístup za platný (neexperimentálny)?“ *Oficiálny postoj AAPB je, že žiadny zákrok, ktorý nemá aspoň dve publikované, kontrolované štúdie atestujúce účinnosť zákroku (procedúry), by sa mal považovať za neplatný, čiže experimentálny (Striefel, 1997, 1998; Moss & Gunkelman, 2002).*

*Spoločná komisia AAPB a Medzinárodná spoločnosť pre neurofeedback a výskum (ISNR), vypracovali Podklady pre vývoj smerníc pre posudzovanie klinickej účinnosti psychofyziologických intervencií (Moss & Gunkelman, 2002). Tieto podklady boli vytvorené v snahe ukázať cestu, ako dosiahnuť klinickú účinnosť špecifických zákrokov a mať kritériá pre posúdenie efektivity týchto intervencií. Kritériá sú na päť bodovom kontinuu s rozsahom od empiricky nepodporených po účinné a špecifické. Podobné päťbodové kritérium bolo navrhnuté Striefelom (1998), ako spôsob na určovanie stavu platnosti alebo neplatnosti daných klinických zákrokov. Rozsiahlejšia správa o podklade bola publikovaná v žurnáloch, *Aplikovaná psychofyziológia a biofeedback* (LaVaque, et al, 2002) a *Žurnál Neuroterapia* (LaVaque, et al, 2002). Čitatelia sú takisto odkazovaní na štvrt'ročník Biofeedback leto/2002, kvôli rozsiahlej diskusii o otázkach spojených s platnosťou klinických prístupov. **Poznámka:** Použitie zariadení biofeedbacku na liečbu presahuje to, čo bolo schválené Úradom pre potraviny a drogy (FDA) je v očiach zákona považovaná za experimentálnu. Na determinovanie použitia hocijakej časti biofeedbacku schváleného FDA sa jednotlivci musí dohodnúť s výrobcom. Kritériá a stupnica efektivity pre posudzovanie efektivity biofeedbacku a neurofeedbacku u jednotlivých*

indikačných skupín sú publikované aj na webovej stránke Slovenskej asociácie pre biofeedback a neuroreguláciu.

S - 5.7 Dokumentácia. Poskytovatelia sa snažia dokumentovať podstatu a zmysel procesu informovaného súhlasu tak, aby dokumentácia poslúžila na ujasnenie, čo bolo alebo nebolo dohodnuté. Toto môže byť dokončené mnohými spôsobmi, zahŕňajúc: detailné poznámky v klientovom spise o poskytnutých informáciách, písomný súhlas podpísaný klientom, typizované brožúry a verifikácia, že klient obdržal brožúru a porozumel informáciám, dokumentácia klientovho súhlasu, s cieľmi liečby a liečebným plánom, alebo použitím iných vhodných nahrávaní (audio alebo video nahrávka procesu súhlasu).

S - 5.8 Overovanie informácie. Poskytovatelia sa snažia overiť, či klient pochopil informáciu prezentovanú počas procesu získavania súhlasu využívaním iných primeraných spôsobov, napr. klient musí informácie vysvetliť vlastným spôsobom.

N - 5.9 Klientovo odmietnutie informácie. *Klient má právo odmietnuť informáciu počas procesu informovaného súhlasu. V podobných situáciách poskytovatelia starostlivo dokumentujú detaily odmietnutia v klientovom spise, starostlivo zvažujú dôsledky odmietnutia a primerane postupujú.*

S - 5.10 Načasovanie. Poskytovatelia sa snažia získať informovaný súhlas tak skoro, ako je to možné, najlepšie pred koncom 1. sedenia pre úkony ako sú poplatky, účtovanie, splatné procedúry, limity dôvernosti, hodnotenie a prístup k zákroku. Ak je to neprijateľné z núdzových dôvodov, stupňa kompetencie a iných faktorov, poskytovatelia sa snažia získať informovaný súhlas hneď, ako je to prijateľné.

N - 5.11 Riziká a prínosy. Poskytovatelia sa uistia, že klient obdrží informáciu o rizikách a prínosoch ponúkaných zákrokov, bežne používaných alternatívnych zákrokov a žiadneho zákroku.

S - 5.12 Pretrvávajúci súhlas. Poskytovatelia sa snažia dospieť k rozhodnutiu spolupracovať čo sa týka zmien cieľov, prístupov k liečeniu, alebo iných faktorov majúcich dopad na klienta a možnosti, v priebehu profesionálneho vzťahu. Klienti, ktorí sú informovanými partnermi, sú lepšie schopní držať sa svojej autonómie, alebo stať sa viac autonómny.

S - 5.13 Najlepší výsledok. Každý poskytovateľ má právo a povinnosť použiť zákrok, pre ktorý existuje najlepší dokumentácia empirického výsledku, ak taký je. Poskytovateľ zaručuje, že je kompetentný pre dosahovanie takéhoto výsledku. Klient by mal byť informovaný o procedúre zákroku, ktorá má najlepší empirickú podporu a ak klient chce tento zákrok a poskytovateľ je nekompetentný, aby ho poskytol, klient by mal byť posunutý poskytovateľovi kompetentnému použiť ho. Táto smernica je vymedzená okolnosťou ako vhodnosť postupu špecifického zákroku v geografickom území, pacientov prístup ku špecifickému zákroku, pacientove preferencie a špecifické

charakteristiky klienta/pacienta a jeho problému počas rámca pacientovho informovaného súhlasu a participácie v procese výberu liečby.

V našich podmienkach príkladom môže byť aplikácia biofeedbacku HRV poskytovateľom, ktorý má zariadenie a software pre biofeedback HRV, minimálnu inštrukciú o metodike, ale žiadne klinické skúsenosti s metódou a jej aplikáciu napríklad u panickej poruchy, alebo psychofyziologickej dysfunkcie. Alebo nemá dostatočné vedomosti o kardiorepiračnej psychofyziológii a začína terapiu s pacientom. Biofeedback HRV je typickou oblasťou vyžadujúcou si supervízne vedenie najmenej u 10 pacientov, ako podmienku získania certifikátu.

S - 5.14 Minimálny štandard starostlivosti. Poskytovatelia sa snažia poskytovať služby, ktoré sú aspoň rovnocenné kvalite tých, ktoré môžu byť očakávané od iných porovnateľných poskytovateľov služieb, čo označujeme ako **minimálny štandard starostlivosti** (Corey et al., 2000; Striefel, 1995, 2003b; Zuckermann, 2003). Správanie sa podľa nich pomáha zaručiť, že poskytnuté služby vyhovujú vysloveným aj očakávaným podmienkam zmluvy o opatere existujúcej v liečebnom vzťahu. Poskytovateľ musí poznať akceptovateľný stupeň vedomostí a schopností iných kvalifikovaných poskytovateľov a musí dosiahnuť minimálne akceptovanú mieru starostlivosti a usilovnosti v aplikovaní týchto vedomostí a schopností. (Alves & Lupton, 1994). Takéto správanie predchádza a minimalizuje vedľajšie účinky a poškodenia klienta a môže pomôcť predísť obvineniu zo zanedbania. Etické princípy, smernice a normy praxe a liečby, zákony, pravidlá, predpisy, všetky pomáhajú definovať minimálne očakávané štandardy starostlivosti. Jednou z ciest objektívne demonštrovať akceptovateľný stupeň vedomostí je byť certifikovaný v biofeedbacku (všeobecnom alebo EEG biofeedbacku, v SR aj biofeedbacku HRV).

Pri výkone zdravotníckej starostlivosti je často zložitá získať súhlas o tom, čo robiť v špecifických situáciách. Poskytovatelia by mali považovať za jednoduchšie dohodnúť sa na tom čo by nemali robiť kvôli škodám, ktoré to môže spôsobiť. Poskytovateľ sa bude musieť zaoberať nasledujúcimi otázkami. Akými spôsobmi sú, alebo môžu byť veci, ktoré robím škodlivé klientom, výskumným subjektom, rodine, alebo ostatným? Čo môžem urobiť, aby som predišiel a minimalizoval škody? Aké zmeny potrebujú moje praktiky, postupy a procedúry, napr. proces informovaného súhlasu ?

S - 5.15 Postavenie necertifikovaných. Študenti, praktikanti a certifikanti vo výcviku alebo inak povinní byť pod dohľadom niekoho iného napr. licencovaného poskytovateľa, informujú klientov a pacientov o svojom postavení (napr. sú študentmi v tréningu, certifikantmi vo výcviku, alebo pracujú pod supervíziou) sú sledovaní, zdieľajú informácie so supervízorom a špecifiká o tom, kto je supervízor. Toto dáva klientovi možnosť klásť otázky o kvalifikácii vedeného, súhlasiť s poskytnutím liečby od vedeného, alebo vyžiadať si liečbu od niekoho iného. V niektorých situáciách je všetka liečba poskytnutá študentmi pod dohľadom . V týchto situáciách, ak klient chce liečbu od niekoho iného, bude doporučený inde, čo môže zvýšiť poplatok za služby.