PRINCÍP SPRAVODLIVOSTI V DOMÁCEJ OŠETROVATELSKEJ STAROSTLIVOSTI

Principle of fairness in providing nursing care in households

8: 200 - 435, 2006
ISSN 1212-4117

Mária Tabaková

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

Summary

The author analyzes in her communication certain problems of providing the nursing care in households, which make impossible implementation of the nursing care to the extent and in the quality, which could be expected under conditions of the Slovak Republic based on the level of the education of nurses and degree of the nursing development. She assesses the implementation of one of four main ethical principles delimiting providing the nursing care: Principle of fairness. In association with agencies for providing nursing care in households (ADOS), she considered several questions. Is the nursing care mediated through the ADOS accessible to patients? Is patient able to use free choice of ADOS? What is the level of the quality of ADOS services provided? She found by analyzing the situation that the attainability of this care is particularly delimited by economic parameters, which can also frequently act against ethical principles. The level of the nursing care quality is considered based on the three aspects as follows: Structure, process and outcome. Within the scope of the structure it concerns financing of the ADOS, administration, management and equipment and material tools. In a comparison of the legislative framework with the existing state of the nursing care through the mediation of the ADOS, conflicts are stressed, which are also manifested in satisfying needs of patients. Problems should be solved by discussion in expert circles and by indicating hindrances in the implementation of laws, which determine the extent of the nursing practice provided by nurses.

Key words: agency for providing nursing care in households – nursing care in households – nursing ethics – principle of fairness

Súhrn

Autorka v príspevku analyzuje niektoré problémy domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré neuvoľňujú poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v takom rozsahu a kvalite, aká by bola v podmienkach Slovenskej republiky možná z hľadiska vzdelanosti sestier a stupňa rozvoja ošetrovateľstva. Hodnotí realizáciu jedného zo štyroch základných etických princípov, ktoré vymedzujú poskytovanie zdravotnej starostlivosti, a to princíp spravodlivosti. V spojitosti s agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) si položila niekoľko otázok. Je starostlivosť prostredníctvom ADOS pre pacienta dostupná? Má pacient možnosť slobodného výberu ADOS? Akú úroveň kvality ADOS poskytujú? Analýzou situácie zistila, že dostupnosť tejto starostlivosti je vymedzená predovšetkým ekonomickými ukazovateľmi, čo môže byť a často aj je v rozpore s etickými princípmi. Úroveň kvality ošetrovateľskej starostlivosti posudzuje z troch aspektov: štruktúry, procesu a výsledku. V rámci štruktúry sa zameriava na financovanie ADOS, administratívu, manažment a zariadenie a hmotné vybavenie. Pri komparácii legislatívneho rámcu so súčasným stavom starostlivosti prostredníctvom ADOS poukazuje na rozpory, ktoré sa prejavujú aj v uspokojovaní potrieb pacienta. Problémy je potrebné riešiť formou diskusie v odborných kruhoch a upozorňovaním na prekážky v uplatňovaní zákonov, ktoré určujú rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou.

Kľúčové slová: agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti – domáca ošetrovateľská starostlivosť – ošetrovateľská etika – princíp spravodlivosti

ÚVOD

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti je vymedzené štyrmi základnými etickými princípmi, ktoré sa vzájomne dopĺňajú a tvoria jednotu (Nemčeková et al., 2004, s. 10-11):

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

Nemčeková et al. (2004, s. 11) poukazuje na to, že praktická realizácia týchto princíпов nie je jednoduchá. Problematizuje sa v súvislosti s vývojom poznania (v biomedicínskych vedách, ošetrovateľstve aj v humanitných disciplínach) a z neho vyplývajúcich priorit poskytovania starostlivosti. Napríklad medicína sa na rozdiel od ošetrovateľstva nezaobrá takými dôvodmi utrpenia spojeného s chorobou a umieraním, akými sú narušený sebaobraz, pocit nedôstojnosti, osamelosť a iné negatívne reakcie na ochorenie. Ďalším problémom realizácie etických princíпов môže byť to, že sa dostanú do vzájomného protirečenia (objektívne potreby pacienta a princíp beneficencie proti autonómii a právu na informované odmietnutie určitých výkonov či odporúčaní). Realizácia etických princíпов je limitovaná aj podmienkami praxe, napríklad možnosťami poskytovania starostlivosti, jej ohodnocovaním poisťovňami a podobne.

Princíp spravodlivosti zdôrazňuje právo človeka na dostupnosť kvalitnej zdravotníckej starostlivosti. Zahŕňa aj rovnoprávnosť, v rámci ktorej sa zakazuje diskriminácia z dôvodu pohlavia, náboženského vyznania alebo viery, manželského a rodinného stavu, farby pleti, jazyka, politického alebo iného zmýšľania, odborovej činnosti, národného alebo sociálneho pôvodu, zdravotného postihnutia, veku, majetku, rodu alebo iného postavenia (Zákon č. 576/2004, § 11).

Pri hodnotení realizácie princípu spravodlivosti v spojitosti s agentúrami domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) si môžeme položiť niekoľko otázok. Je starostlivosť prostredníctvom ADOS pre pacienta dostupná? Má pacient možnosť slobodného výberu ADOS?

Akú úroveň kvality ADOS dosahujú? Pri hľadaní odpovede na otázky je potrebné zistiť, aký je počet ADOS na celom území Slovenska, koľko sestier pracuje v jednej agentúre a aké je zastúpenie agentúr v jednotlivých regiónoch.

Na celom území Slovenskej republiky pôsobí 173 ADOS. Na jednu ADOS pripadá asi 32 000 až 38 000 obyvateľov. V jednej agentúre priemerne pracujú 3 až 4 sestry. Sieť ADOS je na Slovensku hodnotená ako dostatočná s výnimkou štyroch okresov (Myjava, Bytča, Žarnovica, Košice), v ktorých je potrebné túto sieť doplniť (Konceptia, 2004). Podľa Nariadenia vlády SR (č. 751/2004, § 8) minimálna sieť pre agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti je 1,00 sesterské miesto na 10 tisíc obyvateľov. Podľa Zákona č. 578/2004 (§ 5): „verejná minimálna sieť poskytovateľov je usporiadanie najmenšieho možného počtu verejne dostupných poskytovateľov na území príslušného samosprávneho kraja v takom počte a zložení, aby sa zabezpečila efektívne dostupná, plynulá, sústavná a odborná zdravotná starostlivosť s prihliadnutím na

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

Aj čl. 7 Charty..., 2001 hovorí: „Zdravotnícke služby musia byť dostupné a poskytovať sa na princípe rovnosti, bez diskriminácie a podľa finančných, ľudských a materiálnych zdrojov v spoločnosti.“

Pri vznikaní nových sesterských miest v ADOS je potrebné brať do úvahy legislatívne podmienky dané zákonom. V určitých regiónoch Slovenska je v porovnaní s inými väčšia hustota jednotlivcov v staršom veku, starobe či v období dlhovekosti. Vzhľadom k tomu je v daných územiach potrebný väčší počet sestier poskytujúcich domácu ošetrovateľskú starostlivosť. Otázkou je, či súčasná sieť ADOS berie do úvahy rozloženie obyvateľov v jednotlivých regiónoch. Sestry ADOS v niektorých oblastiach bojujú o každého pacienta a v iných je počet pacientov ošetrovaných sestrou veľmi vysoký, čo ovplyvňuje uspokojovanie potrieb pacienta (Pipíšková, 2005).

Potreba sestier je limitovaná aj ordináciou všeobecného lekára, potvrdením revízného lekára

ra a poisťovňou. Dostupnosť tejto starostlivosti je vymedzená predovšetkým ekonomickými ukazovateľmi, čo môže byť a často aj je v rozpore s etickými princípmi. Ďalším dôsledkom necitlivej politiky vo vzťahu k domácej ošetrovateľskej starostlivosti je nízke finančné ohodnotenie tejto náročnej práce, ktoré často demotivuje rozhodnutie sestier vykonávať starostlivosť v domácom prostredí.

Ďalšia z vyššie položených otázok sa dotýka možnosti slobodného výberu ADOS. Každý má právo na výber poskytovateľa. Toto právo sa nevzťahuje na:

- a. osobu, ktorá je vo väzbe alebo vo výkone trestu odňatia slobody,
- b. žiadateľa o azyl (Zákon č. 576/2004, § 11, 6).

Aj čl. 2 Charty, 2001 hovorí: „Pacient má právo na výber a zmenu lekára a zdravotníckeho zariadenia s výnimkou obmedzení, ktoré ustanovuje osobitný zákon.“ Samosprávny kraj v rámci preneseného výkonu štátnej správy prideloval jednotlivým ADOS územné oblasti (Zákon č. 416/2001). Napriek tomu pacientom ostávala možnosť slobodného výberu zariadenia, ale ju nevyužívali. Je otázne, ako sestry uvítajú skutočnosť, že po slobodnom výbere ADOS budú starostlivosť poskytovať na väčšom území. Vzhľadom k skutočnosti, že poisťovňa neuhrádza cenu za dopravu, agentúry poskytujúce starostlivosť na väčšom území budú znevýhodnené, čo zároveň môže znižovať dostupnosť domácej ošetrovateľskej starostlivosti pre pacienta.

Princíp spravodlivosti zahŕňa aj úroveň kvality ošetrovateľskej starostlivosti poskytovanej v agentúrach. Pacienti a zdravotnícki pracovníci hodnotia kvalitu z rôznych aspektov. Pacient vníma kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti ako bezprostrednú starostlivosť

a interpersonálny vzťah medzi sestrou a pacientom. Zdravotnícki pracovníci hodnotia kvalitu ošetrovateľskej starostlivosti z rôznych hľadísk. Posúdiť možno tri aspekty starostlivosti: štruktúru, proces a výsledok (Kozierová et al., 1995, s. 235). Vyhodnotenie štruktúry, v ktorej sa poskytuje starostlivosť, sa zameriava na organizáciu systému starostlivosti o pacientov, napr. na financovanie ADOS, administratívu, manažment (riadenie činnosti v ADOS), zariadenie a hmotné vybavenie agentúry.

Financovanie

Financovanie ADOS závisí od príslušnej regionálnej zdravotnej poisťovne, ktorá prepláca výkony na základe bodového ohodnotenia. Spektrum výkonov s bodovým ohodnotením, ktoré sa môžu uskutočňovať sestrami a pôrodnými asistentkami v domácom prostredí pacienta, je stanovené Nariadením vlády SR č. 223/2005 Z. z. Pri výkonoch sa môže vykazovať bodové zvýhodnenie u imobilných pacientov, u pacientov s obmedzenou hybnosťou, u pacientov s psychiatrickou diagnózou a u detí do veku 7 rokov.

Problémy financovania ADOS súvisia najmä s tým, že nie sú preplácané všetky výkony uvedené v zákone. Revízný lekár príslušnej regionálnej poisťovne schvaľuje, ktoré z naplánovaných výkonov poisťovňa preplatí.¹ Medzi vykázanými a uhradenými výkonmi je rozdiel. Ako príklad uvádzame údaje Všeobecnej zdravotnej poisťovne (Pechová, 2004, s. 28).

Tab. č. 1 Rozdiel vykázaných a uhradených výkonov v rokoch 1999-2002

Obdobie	Vykázané výkony	Úhrada výkonov	Rozdiel
1999	32,5	30,2	2,3
2000	51,8	45,5	6,3
2001	74,1	64,4	9,7
2002	85,1	72,0	12,9

Z tabuľky vyplýva kontinuálny medziročný nárast úhrady za výkony, ale zároveň narastá aj výška vykazovaných, ale neakceptovaných výkonov.

Niektoré poisťovne už pri uzatváraní zmluvy s ADOS predkladajú zoznam výkonov, ktoré preplácajú. Iné k niektorým výkonom majú určené jedno alebo viacero obmedzení. Ako príklad uvádzame nasledujúce obmedzenia s výkonomi, ktorých sa to týka:

1. výkony bez bodového zvýhodnenia

- prijem pacienta do ADOS a odobratie sesterskej anamnézy;
- poučenie príbuzných alebo členov komunity;
- vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti;
- odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti;
- starostlivosť o chorého s permanentným katétrom vrátane výmeny permanentného katétra u ženy;

2. výkony, ktoré si sestry môžu vykázat iba 1 krát v danom prípade

- vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti;
- odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti;

3. výkon, ktorý si môže sestra vykázat 1 krát mesačne

- starostlivosť o chorého s permanentným katétrom vrátane výmeny permanentného katétra u ženy;

4. výkon, ktorý si môže sestra vykázat 1 krát týždenne

- odmeranie krvného tlaku, pulzu a teploty;

5. výkon, ktorý si môže sestra vykázat 1 krát denne

- čistenie a dezinfekcia tracheálnej kanyly;

6. povinná revízia

- starostlivosť o výživu v príslušnej kvalite a kvantite, vypracovanie individuálneho diétného režimu;
- výživa pacienta sondou;
- očistná klyzma;

7. výkony, o ktorých rozhodne revízný lekár

- sledovanie diurézy za každých 12 hodín;

- cievkovanie ženy;
- aplikácia neinjekčnej liečby;
- ošetrovanie dekubitu s veľkosťou do 5 cm;

8. zákaz kombinácie nasledujúcich dvojíc výkonov

- priebežné hodnotenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a zmena plánu ošetrovateľskej starostlivosti vrátane dokumentácie a konzultácie – vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti;
- odborný nácvik potrebných výkonov pri ošetrovaní chorého v domácnosti – poučenie príbuzných či členov komunity;
- ošetrovateľská hygiena – ošetrovateľská starostlivosť zameraná na prevenciu dekubitov;

9. medzi neuhrádzané výkony niektorými regionálnymi poisťovňami napríklad patrí

- poučenie príbuzných alebo členov komunity;
- priebežné hodnotenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a zmena plánu ošetrovateľskej starostlivosti vrátane dokumentácie a konzultácie;
- ošetrovateľská hygiena;
- polohovanie pacienta;
- výživa bezvládneho pacienta;
- doprava biologického materiálu, za každých 30 minút.

Činnosť sestry je určená legislatívnym rámcom. Ošetrovateľská starostlivosť je zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra s odbornou spôsobilosťou (Zákon č. 578/2004, § 33) metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe pri plánovaní, poskytovaní, koordinácii a vyhodnocovaní ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie (Zákon č. 576/2004, § 2). Ošetrovateľský proces je charakterizovaný ako: „Systematická, racionálna a individualizovaná metóda plánovania, poskytovania a dokumentovania ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie. Jeho cieľom je určiť skutočné alebo predpokladané problémy osoby v súvislosti so starostlivosťou o zdravie, naplánovať uspokojenie zistených potrieb, vykonať, dokumentovať a vyhodnotiť špecifické ošetrovateľské zásahy na ich uspokojenie. Súčasťou ošetrovateľského procesu je určenie sesterskej diagnózy“ (Zákon č. 576/2004, § 2).

Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z. určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej ses-

trou a pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. V rozsahu ošetrovateľskej praxe poskytovanej registrovanou sestrou samostatne (§ 2) je okrem iného uvedené:

„a) identifikuje potreby ošetrovateľskej starostlivosti osoby, rodiny alebo komunity a zabezpečuje alebo vykonáva uspokojovanie potrieb súvisiacich so zdravím, chorobou alebo umieraním;

b) rozhoduje o úkonoch týkajúcich sa poskytovania a riadenia ošetrovateľskej starostlivosti v závislosti od zistených potrieb osoby, rodiny alebo komunity, ktorej poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť;

c) organizuje a zabezpečuje plnenie intervencií v poradí, ktoré zodpovedá potrebám osoby a je v súlade s liečebným plánom určeným lekárom, ak osoba potrebuje lekársku starostlivosť.“

Z uvedeného vyplýva, že podmienky financovania ADOS sú utvorené tak, že sestry nemôžu naplňovať ani základné ustanovenia, ktoré pre ne vyplývajú zo zákona a ďalších legislatívnych ustanovení. Aj Žiaková (2004, s. 148) uvádza: „Ďalší rozvoj domácej starostlivosti u nás brzdia nielen problémy vyplývajúce z legislatívneho modelu (preplácanie ošetrovateľských výkonov v domácej starostlivosti poisťovňami), ale aj skutočnosť, že túto ošetrovateľskú starostlivosť môže indikovať len lekár.“ V podmienkach Slovenskej republiky činnosť sestry v ADOS závisí predovšetkým od rozhodnutia lekára primárnej starostlivosti a revízneho lekára. Lekár primárnej starostlivosti domácu ošetrovateľskú starostlivosť indikuje na základe zdravotného stavu pacienta, na návrh lekára špecialistu alebo na návrh ošetrojúceho lekára lôžkového zdravotníckeho zariadenia. Lekár okrem základných údajov o pacientovi uvedie dátum začatia domácej starostlivosti, plánovaný počet návštev, ich náplň, ciele, ktoré sa majú dosiahnuť a predpokladaný termín skončenia ošetrovania. Pacient svojím podpisom vyjadrí súhlas s poskytovanou starostlivosťou.

Revízny lekár poisťovne schvaľuje, ktoré z naplánovaných výkonov poisťovňa preplatí. Ako vyššie uvádzame, pri niektorých výkonoch sú určité obmedzenia vzťahujúce sa na frekvenciu daného výkonu, na jeho realizáciu, na zákaz kombinácie určitých výkonov. Samostatná činnosť sestry je v ADOS ovplyvnená závislosťou a-

mi, ktoré sa prejavujú aj v uspokojovaní potrieb pacienta.

Základným problémom je, že lekári vychádzajú z lekárskej diagnózy a s veľkou pravdepodobnosťou nepoznajú problémy pacienta, vyžadujúce ošetrovateľské intervencie. Ošetrovateľské povolanie sa nevykonáva ako samostatná a nezávislá činnosť, ktorú garantuje Vyhláška MZ SR č. 364/2005 Z. z. určujúca rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou a pôrodnou asistentkou samostatne. Tým sú poškodzovaní a diskriminovaní nielen pacienti, ale aj sestry z hľadiska svojho postavenia vo vzťahu k lekárom a poisťovňami.

Na rozdiel od Českej republiky v SR zdravotné poisťovne neuhrádzajú ani cenu za dopravu (v ČR agenturam domáci péče je uhradené za 1 km 8,07 Kč). To znevýhodňuje tie agentúry, ktoré poskytujú starostlivosť pacientom na väčšom území, zároveň to môže znížiť dostupnosť domácej ošetrovateľskej starostlivosti pre pacienta ako aj ovplyvňovať jej kvalitu, pretože sestra by mohla venovať pacientovi čas, ktorý strávi cestovaním alebo dochádzaním do domácností.

V niektorých krajinách je problém financovania riešený spoluúčasťou pacienta. V našich podmienkach pacient ošetrovaný ADOS nehradí doplatok za výkony. Napríklad v Belgicku je príspevok pacienta priamo úmerný tzv. „škále príjmu“, ktorá berie do úvahy psychický a fyzický stav pacienta, ako aj jeho príjem.

Pre ďalší rozvoj domácej ošetrovateľskej starostlivosti je vhodné rozšíriť viaczdrojovú formu financovania s jasnou transparentnosťou finančných zdrojov pre zdravotnú a pre sociálnu starostlivosť (Martinson, Widmer, 1989, s. 387).

Administratíva

Sestra o svojej činnosti vedie podrobnú dokumentáciu, ktorá je uvedená v Odbornom usmernení (2005, č. 68, príloha č. 5, 5a, 5b, 9). Dokumentácia určená pre ADOS obsahuje Záznam domácej ošetrovateľskej starostlivosti, Plán ošetrovateľskej starostlivosti, Ošetrovateľskú anamnézu, Priebežné pozorovanie a hodnotenie domácej ošetrovateľskej starostlivosti a Ošetrovateľskú prepúšťacu správu. Ošetrovateľská dokumentácia je dôverný právny dokument, ktorý slúži na komunikáciu medzi členmi tímu, plánovanie zdravotníckej starostlivosti, audit, vzdelávanie, výskum, štatistiku a iné. V Katalógu

zdravotných výkonov (Nariadenie, 2005) sú uvedené aj výkony týkajúce sa ošetrovateľskej dokumentácie. Patria sem výkony:

- a. vypracovanie plánu komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti;
- b. priebežné hodnotenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a zmena plánu ošetrovateľskej starostlivosti vrátane dokumentácie a konzultácie s ošetrovateľským lekárom;
- c. vyhodnotenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a záverečná správa.

Niektoré regionálne poisťovne ich nepreplácajú, ak sú u jedného pacienta vykázané vo vzájomnej kombinácii.

Manažement

Problémy ADOS vyplývajú aj z neochoty všeobecných lekárov spolupracovať. Ekonomické záujmy vedú všeobecných lekárov k tomu, že sa snažia so sestrami pracujúcimi v ambulancii vykonať komplexnú starostlivosť o svojho pacienta, v prípade potreby aj v teréne. Rozsah a kvalita starostlivosti zodpovedá prevažne požiadavkám vyplývajúcim z lekárskej diagnózy. Nekontaktujú ADOS, aby tým nestratili body získané starostlivosťou o pacienta. Rozvíjajú sa konkurenčné vzťahy charakterizované súťažou o pacienta, ktorá spravidla nie je v jeho záujme. Ďalší konkurenčný vzťah môžeme charakterizovať medzi jednotlivými ADOS ako súťaž o získanie dôvery ošetrovateľského lekára. Táto prvá fáza konkurencie postupne prerastá do druhej fázy, v ktorej je potrebné rešpektovať názor, že sú oblasti, v ktorých musíme spolupracovať v záujme rozvoja domácej ošetrovateľskej starostlivosti. Dôležité je formovať vzťahy v konkurenčnom prostredí, ale na podklade vzájomného rešpektu a etiky kultivovanej konkurencie (Slaný, 1996, s. 37). Konkurenčné prostredie by malo vytvárať podmienky pre pacienta, pre jeho slobodnú voľbu zvoliť si najvhodnejší spôsob starostlivosti. V rámci Asociácie ADOS a odbornej sekcie ADOS, ktorá pracuje v Slovenskej komore sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA), by sa malo vytvárať prostredie vhodné na diskusiu, úlohou ktorej by bolo odstrániť negatívne stránky konkurenčných vzťahov a hľadať spoločné riešenie problémov.

Zariadenie a hmotné vybavenie agentúry

Štandardy pre minimálne personálne a mate-

riálno-technické vybavenie ADOS ustanovuje Vyhláška MZ SR č. 428/2006. K materiálno-technickému vybaveniu je zaradené priestorové a základné vecné vybavenie.

Proces starostlivosti

Ďalším aspektom kvality v záujme pacienta, ktorý môžeme posúdiť, je proces starostlivosti. Ohniskom zamerania vyhodnocovacieho procesu sú ošetrovateľské činnosti, t.j. vykonávanie činnosti poskytovateľa starostlivosti vo vzťahu k pacientovým potrebám.

Presné kritéria, podľa ktorých môžu pacienti, sestry i zamestnávateľia vyhodnocovať účinnosť poskytovanej starostlivosti, poskytujú štandardy ošetrovateľskej starostlivosti. Ministerstvo zdravotníctva SR schválilo ošetrovateľské štandardy pre sestry pracujúce v ADOS. Každý štandard obsahuje charakteristiku, kritérium štruktúry, kritérium procesu, kritérium výsledku a ošetrovateľský audit. (Rámcové procesuálne štandardy v domácej ošetrovateľskej starostlivosti, 2005)

Podľa Zákona č. 578/2004 (§9) „poskytovateľ je povinný nepretržite zabezpečovať systém kvality na dodržiavanie a zvyšovanie kvality tak, aby

- a. sa vzťahovala na všetky činnosti, ktoré môžu v zdravotníckom zariadení ovplyvniť zdravie osoby alebo priebeh jej liečby,
- b. personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia zodpovedalo ustanoveným požiadavkám.“²

Dodržiavanie kvality v ADOS je potrebné kontrolovať. V podmienkach Slovenskej republiky činnosť sestry v ADOS môže byť kontrolovaná nasledovnými inštitúciami:

1. Vyšší územný celok (VÚC) – vydáva povolenie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti v ADOS (Zákon č. 416/2001).
2. Zdravotná poisťovňa – má právo vykonať kontrolu kedykoľvek aj bez predchádzajúceho oznámenia. Kontrolná činnosť je zameraná na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Je vykonávaná revíznymi lekármi. Revízni lekári kontrolujú rozsah a kvalitu poskytnutej zdravotnej starostlivosti vzhľadom na zdravotný stav poistenca a účtovné doklady vzhľadom

na rozsah poskytnutej starostlivosti. (Zákon č. 581/2004, § 9) Revízný lekár môže vykonávať kontrolu v ADOS alebo priamo v domácom alebo inom prirodzenom prostredí pacienta.

3. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou - vykonáva dohľad na diaľku (napríklad získavaním a vyhodnocovaním informácií predložených úradu a vyhodnocovaním informácií uvedených v hláseniach výkazoch a iných podkladoch) a dohľad na mieste (získavanie informácií spravidla priamo u dohliadaného subjektu alebo od jeho zamestnancov). (Zákon č. 581/2004, § 9). Ústredie regionálnych úradov je v Bratislave, kde je hlásený každý prípad.

Z hľadiska uplatňovania princípu spravodlivosti je kontrolná činnosť sporná minimálne z dvoch dôvodov. Jednak je zameraná na účelnosť, efektívnosť a hospodárnosť vynakladania prostriedkov verejného zdravotného poistenia, čo nemusí znamenať vždy prospech pacienta, najvyššiu kvalitu a dostupnosť starostlivosti. Ďalším faktorom je objektívnosť kontroly kvality, ktorú možno zaručiť iba za predpokladu, že odborná kompetencia tých, ktorí hodnotia kvalitu poskytovanej starostlivosti, bude minimálne na rovnakej úrovni ako tých, ktorí komplexnú domácu ošetrovateľskú starostlivosť poskytujú. Podľa Misconiovej (1996, s. 7) revíziu komplexnej domácej ošetrovateľskej starostlivosti vykonávajú pracovníci, ktorí nemajú žiadnu prax či odbornú prípravu pre kompetenciu revízie. Nie sú výnimkou situácie, že kontrolu vykonáva stomatológ či iný odborný lekár.

ZÁVER

Princíp spravodlivosti by mal byť dodržiavaný aj v starostlivosti o pacienta v domácom prostredí. Spolu s princípom autonómie, ktorý je charakterizovaný úctou k autonómnej osobnosti pacienta, k jeho ľudskej dôstojnosti a spôsobilosti rozhodovať o sebe, sú základom novej kvality vzťahov nielen medzi zdravotníkom a pacientom, ale v domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa rozširujú aj v súvislosti rodinnými vzťahmi. Ochorenie nepostihuje len osobu samu, ale má vplyv aj na rodinných príslušníkov a blízky. Vzhľadom na súčasné podmienky financovania zdravotnej starostlivosti a kompetenciami lekárov, nie sú pre činnosť ADOS vytvorené podmienky praktického uplatnenia

nových legislatívnych noriem, čo môže viesť aj k porušovaniu princípu spravodlivosti. Týka sa to problémov, ktoré sú prezentované sestrami ADOS (Pacient v strede záujmu – starostlivosť o pacienta v domácom prostredí, 2005):

1. neuhrádzanie dopravy ku pacientovi
2. neuhrádzanie všetkých vykázaných výkonov zdravotnými poisťovňami
3. nízka cena za bod výkonu (1bod/0,30 Sk – cena za bod nezmenená od roku 1995)
4. limitovanie financií zo strany poisťovní.

Pre odstránenie týchto najzávažnejších problémov je nevyhnutné nielen viesť diskusie v odborných kruhoch, ale snažiť sa poukazovať na prekážky v uplatňovaní Zákona 576/2004 Z.z. ako aj Vyhlášky MZ SR č. 364/2005 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistentky poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom. Požadovať, aby tieto platné právne normy boli rešpektované aj poisťovňami.

LITERATÚRA

- BULLOUGH, B., BULLOUGH, V.: *Nursing in the community*, United States of America: Mosby Company, 1990. p. 712.
- Domáci a primární péče včera, dnes a zítra*. Adresář agentur domácí péče. Vydáva Národní centrum domácí péče České republiky ve spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky, Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky a Ministerstvem zdravotnictví České republiky, 1998. s. 41.
- GLASA, J.: Praktický přístup k řešení etických problémů v ošetrovateľskej praxi. *Medicína etika a bioetika*, Bratislava: Charis Publishing Hou, 2000. Vol. 7, no 3-4, s. 6-13.
- HAŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika*. 3. vyd., Praha: Galén, 2002. s. 272.
- How To Choose a Home Care Provider*. National Association for Home Care, 1996, [online], [cit. 2005-04-08]. Dostupné z: <http://www.nahc.org/Consumer/wphc.html>.
- Charta práv pacienta v Slovenskej republike, 2001*. [online], [cit. 2005-04-20]. Dostupné z: http://www.pravapacientov.sk/charta_prav_pacienta.doc.
- JAROŠOVÁ, D.: Manažment sociálno-zdravotnej starostlivosti o seniorov v komunite. *Sestra*, Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia, 2002. Vol. 1, no 9, s. 26-27.
- KERKSTRA, A., HUTTEN, J. B.: Organization and financing of home nursing in the European Union. *Journal Adv Nurs*. [online]. 5/1996 [cit. 2005-04-14]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=8933263&dopt=Abstract
- Koncepcia zdravotnej starostlivosti o geriatrických pacientov a pacientov dlhodobo chorých*. 2004. MZ SR. [online], [cit. 2005-02-01]. Dostupné z: <http://>

www.health.gov.sk/redsyst/
rsi.nsf/0/619BB40A9AF97FB7C1256E1C0039AACE?
OpenDocument.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R.: *Ošetrovateľstvo* 1., 2. 1. vyd., Martin: Osveta, 1995. s. 1474.

MARTINSON, I. M., WIDMER, A.: *Home Health Care Nursing*. United States of America: W. B. Saunders Company, 1989. p. 423.

MISCONIOVÁ, B.: Koncepcie moderní domácí péče v České republice. In: *Rok 2000 prelom v ošetrovateľství?* Hradec Králové: Nucleus HK, 2000. s. 9-11.

MISCONIOVÁ, B.: *Cíle komplexní domácí péče v České republice*. In: *Almanach VI. mezinárodního kongresu komplexní domácí péče 1996*. Praha: Asociace domácí péče – Národní centrum domácí péče České republiky, 1996. s. 5-9.

Nariadenie vlády SR č. 751/2004 Z. z., o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

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

NEMČEKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K., MIŠTUNA, D.: *Práva pacientov: medicínske, ošetrovateľské a filozoficko-etické súvislosti*. 2. vyd., Martin: Osveta, 2004. s. 198.

Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení ošetrovateľskej dokumentácie, normatívna časť č. 68. In: *Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky*, časť 35, dňa 30. júna 2005, ročník 53.

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

Pacient v strede záujmu – starostlivosť o pacienta v domácom prostredí. 2005. Medzinárodná konferencia: Sanatórium Dr. Guhru. Tatranská Polianka. 26. – 28. 10. 2005. Diskusia.

PECHOVÁ, J.: Domáca ošetrovateľská starostlivosť z pohľadu VŠZP. *Sestra*, Bratislava: Sanoma Magazines Slovakia, 2004. Vol. 3, no 11, s. 28-31.

PIPIŠKOVÁ, M.: *Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti RIA*, Pauleho 1, Prievidza. 27. 7. 2005. Osobná komunikácia.

Rámcové procesuálne štandardy v domácej ošetrovateľskej starostlivosti. V. časť, MZ SR odbor ošetrovateľstva. 2005. In: *Sestra – Odborný mesačník pre ošetrovateľstvo*, 2005. č. 3, s. 3-38, mimoriadna príloha.

ROBBINS, A. D.: Ethical and Legal Issues in Home Health and Long-Term Care. *Challenges and Solution*, Gaithersburg: An Aspen Publication, 1996. p. 236.

SLANÝ, P.: Regionální vztahy a spolupráce – důvody vzniku Regionálních výborů ADP ČR. *Almanach VI. Mezinárodního kongresu komplexní domácí péče 1996*. Praha: Asociace domácí péče České republiky, 1996. s. 37-38.

Vyhláška MZ SR č. 428/2006 Z. z., o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálne-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení

tech-
nické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení

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

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

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

Zákon č. 578/2004 Z. z. Národnej rady Slovenskej republiky o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 581/2004 Z. z. Národnej rady Slovenskej republiky o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ŽIAKOVÁ, K. et al.: *Ošetrovateľstvo: teória a vedecký výskum*, 1. vyd., Martin: Osveta, 2003. s. 319.

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

Vysvetlivky k článku:

Spoločná zdravotná poisťovňa, Dôvera a Sidéria vyžadujú preukázať výkony na schválenie revíznemu lekárovi pred začatím ošetrovateľskej starostlivosti, čo značne zaťažuje činnosť sestier ADOS a obmedzuje uplatnenie princípu spravodlivosti. Metodický pokyn Všeobecnej zdravotnej poisťovne toto ustanovenie od 1. 1. 2005 zrušil. Revízny lekár nahliada do dokumentácie v priebehu ošetrovateľskej starostlivosti.

§9 zákona č. 578/2004 nadobúda účinnosť 1. januára 2007.

* Príspevok vznikol ako súčasť teoretickej časti spracovanej doktorandskej dizertačnej práce.

Mária Tabaková
tabakova@lefa.sk