



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Možnosti domácí péče z pohledu sester a laické
veřejnosti**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

VŠEOBECNÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Petra Peňásová, DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Možnosti domácí péče z pohledu sester a laické veřejnosti*“, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 27. 4. 2023.

.....
podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce, paní PhDr. Věře Staskové, Ph.D., za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi při tvorbě věnovala. Také bych chtěla poděkovat zaměstnavateli, za vytvoření vhodných podmínek ke studiu a umožnění provedení výzkumného šetření. Dále patří poděkování všem osloveným v rámci výzkumného šetření za jejich čas a ochotu. Velký dík, rovněž patří mé rodině a přátelům za podporu a pomoc, kterou mi po celý čas studia věnovali.

Možnosti domácí péče z pohledu sester a laické veřejnosti

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na povědomí sester a laické veřejnosti o službách agentur domácí zdravotní péče. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část zahrnuje problematiku domácí péče a charakteristiku role sester v domácí péči. V praktické části jsou zpracovány a vyhodnoceny výsledky získané ve výzkumném šetření.

Pro bakalářskou práci byly zvoleny čtyři cíle, které jsou zaměřeny na informovanost sester a laické veřejnosti o možnostech domácí péče. Výzkumná část byla rozdělena do čtyř skupin. První dvě skupiny byly zaměřeny na sestry, kdy první skupinou oslovených byly sestry z lůžkových částí a druhou skupinou, sestry z ambulantních sektorů. Další dvě skupiny byly zaměřeny na laickou veřejnost, kdy třetí skupinou oslovených byla široká laická veřejnost a čtvrtou skupinu tvořili klienti aktuálně ošetřovaní agenturou domácí péče. Pro naplnění cílů byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval osmnáct otázek pro sestry a dvanáct otázek pro pacienty.

Z výsledků zaměřených na skupinu sester je patrné, že podrobnější informace o možnostech domácí péče mají pouze sestry, které jsou v tomto procesu přímo zapojeny. Dále pak na lůžkových odděleních vnímají sestry, jako zásadní bariéry v procesu předávání klientů agentuře domácí péče, nedostatek času a nedořešené smluvní vztahy s pojišťovnami. Z výsledků zaměřených na skupinu laické veřejnosti, která se osobně s touto službou nikdy nesešla, je povědomí velmi všeobecné. Oproti tomu, klienti ošetřovaní agenturou domácí péče mají díky vlastní zkušenosti přehled o možnostech domácí péče.

Předkládaná bakalářská práce umožňuje lépe porozumět problematice domácí péče, shledává nedostatky v informovanosti všeobecných sester i laické veřejnosti a poukazuje na problémy vzniklé během spolupráce mezi agenturou domácí péče a indikujícím zařízením.

Klíčová slova

domácí péče; sestra; veřejnost; informovanost; ošetřovatelství; kvalita

The possibilities of home care from the perspective of nurses and the general public

Abstract

This bachelor thesis is focused on the awareness of nurses and the general public about the services of home health care agencies. The work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part includes the issue of home care and the characteristics of the role of nurses in home care. The results obtained in the research investigation are processed and evaluated in the practical part.

Four objectives have been chosen for the bachelor thesis which focus on the awareness of nurses and the general public about the possibilities of home care. The research part was divided into four groups. First two groups were focused on nurses, where nurses from inpatient sectors were in the first group of respondents and nurses from outpatient sectors were in the second group. The other two groups were aimed at the general public, with the third group of respondents being the general public and the fourth group being clients currently treated by a home care agency. To meet the objectives, a semi-structured interview was chosen which included eighteen questions for nurses and twelve questions for patients.

It is evident from the results focused on the group of nurses, that only nurses who are directly involved in the process, have detailed information about home care options. Furthermore, in the inpatient wards, nurses perceives lack of time and unresolved contractual relations with insurance companies as major barriers in the process of referring clients to home care agencies. From the results aimed at a group of the general public who have never personally encountered the service, awareness is very marginal. In contrast, clients treated by a home care agency have a greater awareness.

Submitted thesis provides a better understanding of home care, identifies gaps in awareness among nurses and the general public, highlights the problems encountered during the collaboration between the home care agency and the referring facility.

Key words

home care; nurse; public; information; nursing; quality

Obsah

ÚVOD	9
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Domácí péče	10
1.1.1 Historie domácí péče	11
1.1.2 Pojetí domácí péče	12
1.1.3 Možnosti a formy domácí péče.....	14
1.1.4 Cíle domácí péče.....	15
1.2 Legislativní normy související s domácí péčí.....	16
1.2.1 Financování domácí péče.....	17
1.2.2 Indikace domácí péče.....	19
1.3 Kvalita domácí péče.....	20
1.3.1 Akreditace domácí péče.....	21
1.3.2 Akreditační standardy	22
1.4 Role sestry v domácí péči	24
1.4.1 Komunikace	25
1.4.2 Dokumentace v domácí péči.....	27
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	29
2.3 Cíl práce.....	29
2.4 Výzkumné otázky	29
3 METODIKA	30
3.1 Použitá metoda.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku a sběr dat	30
4 VÝSLEDKY	32
4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami z lůžkových částí.....	32
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami z ambulantních částí.....	40

4.3	Kategorizace výsledků rozhovorů s laickou veřejností	45
4.4	Kategorizace výsledků rozhovorů s klienty ošetřovanými ADP	49
5	<i>DISKUZE</i>	53
6	<i>ZÁVĚR</i>	59
7	<i>SEZNAM LITERATURY A ZDROJE</i>	61
8	<i>SEZNAM PŘÍLOH</i>	68
9	<i>SEZNAM ZKRATEK</i>	75

ÚVOD

V dobách, kdy byla medicína a ošetrovatelství na úrovních pokusů a rozvoje, bylo zcela přirozené léčit se v domácím prostředí, se zapojením rodinných příslušníků, či osoby, která se rozhodla o nemocného postarat. S postupným zdokonalováním, rozvojem medicíny a ošetrovatelství, přišlo na řadu umíst'ování nemocných do ústavních zařízení. Docílilo se tak kvalitního zajištění zdravotní péče v odborném prostředí. Očekávalo se při tomto rozvoji s demografickým vývojem? Nyní jsme v době, kdy neustále z různých zdrojů slyšíme, že populace stárne a není kapacita pro umíst'ování seniorů v zařízeních následné péče. Věková hranice pro odchod do důchodu se prodlužuje a pracovní vytížení středních generací jde stále se zrychlujícím tempem kupředu. Je tedy možné opět docílit s pomocí zapojení rodinných příslušníků, k návratu léčení v domácím prostředí?

Novým cílem pro rozvoj zdravotnictví, z důvodů přeplněných ústavních zařízení, je posilování a rozvoj sektoru domácí péče. Z mého pohledu je tedy důležité o osvětu a motivaci v řadách laické i odborné veřejnosti na toto téma. Snaha o vytvoření vhodných podmínek v možnostech pečovat o své blízké, by zajisté také dopomohlo k dosažení tohoto cíle. Rozvoj domácí péče a následně s tím související rozvoj paliativní domácí péče, jistě dokáže ve společnosti změny hlavně v mezilidských vztazích a uvědomění si důležitosti osvojení si rolí pečovatelů o své blízké. V praxi se setkávám s dvěma skupinami lidí. Jedna skupina, která péči o své blízké v případě potřeby uchopí jako jasnou, základní věc morálky a do procesu se zapojí s tímto, za mě dostačujícím postojem. Druhá skupina lidí, kteří berou starost o své blízké, jako přítěž a starost navíc, která se jim nehodí nebo je nějakým způsobem omezuje. Jak tedy vstřípit zpět do společnosti vlastnosti opatrování druhých?

Toto téma jsem si zvolila vzhledem k mému zaměstnání. Praxe mi dává možnost nahlédnout jak do světa odborného zdravotnického personálu, tak do světa laiku, kteří mají někdy zcela odlišný pohled na péči ve vlastním sociálním prostředí. Cílem práce je zjistit povědomí o službách domácí zdravotní péče u všeobecných sester a laickou veřejností. Další cíle byly zjistit, jakým způsobem ošetrovaní klienti agenturou domácí péče získali informace o možnostech poskytování péče a poukázat na problémy sester při procesu předávání klientů agenturám domácí péče.

1 SOUČASNÝ STAV

V současné době rozvoj domácí péče ovlivňuje především řada faktorů, které vyvíjejí specifický tlak na společnost a tím také na zdravotní i sociální systém. Jako jedny z nejvýznamnějších uvádí Vedlichová (2013) rozvoj nových technologií a poznatků ve zdravotním a sociálním sektoru a dále především ekonomický tlak, navyšující se poptávku po domácí zdravotní péči z řad veřejnosti a s tím související stárnutí populace. Z těchto důvodů vzniká nový prostor pro rozvoj domácí péče hlavně v oblastech, které by dříve spadaly pouze pod zdravotnická či sociální zařízení.

V současnosti je rozvoj domácí péče hojně podporován. Jako jeden z hlavních důvodů pro podporu rozvoje domácí péče, je ulehčení ústavní péči a tím i nákladům na tuto péči spojenou (Koncepte domácí péče, 2020). Pomoc v rozvoji domácí péče a tím i ke zvýšení informovanosti a dostupnosti domácí péče má v současné době pomoci novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (Novinky v roce 2022, MZČR 2022). Novela toho zákona obsahuje umožnění indikace domácí péče nejen praktickým lékařům, propouštějícím ošetřujícím lékařům z lůžkového oddělení, ale také například ambulantním specialistům, lékařům pohotovostní služby a lékařům poskytujícím službu urgentního příjmu s omezením rozsahu indikace domácí péče na 14 dní.

1.1 Domácí péče

Domácí zdravotní péče je legislativně zakotvená, moderní forma zdravotní péče poskytovaná v České republice od roku 1990 (Vedlichová, 2013). V zákoně o sociálních službách a podmínkách jejich poskytování, Zákon o zdravotních službách č.372/2011 Sb., je domácí péče popsána jako zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí klienta, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče. Podle Koncepte domácí péče Ministerstva zdravotnictví České republiky, dále MZČR (2020), dává návaznost na zdravotní péči, která je poskytována v jiných zdravotních institucích, z důvodu dosažení cíle zkrácení doby hospitalizace pacienta a nákladů na péči v lůžkových zařízeních. Dudová (2015) zastává názor mnoha odborníků z různých oborů, že péče v domácím prostředí je lepší než péče institucionální. Dále se shoduje s informací, že je domácí péče levnější než pobytová péče v ústavu a tím představuje možnost úspory

z veřejných rozpočtů. Arnoldová (2016) uvádí příklady výdajů spojených s domácí péčí, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, a které musí doplácet ten, kdo o seniora pečuje. Z údajů uvedených v této publikaci opět vyplývá, že ústavní péče je nákladnější, než péče o pacienta v domácím prostředí. Dudová (2015) se s touto myšlenkou také shoduje a proto uvádí, že je v posledních letech tento trend přemístění péče o seniory z pobytových zařízení do domácího prostředí velice podporován.

Pro účely domácí péče jsou vhodnými adepty klienti všech věkových kategorií, indikačních i diagnostických skupin, kteří jsou z důvodu změněného zdravotního stavu plně, či částečně odkázáni na odbornou péči a pomoc dalších osob (Vedlichová, 2013). Domácí péče se dle Asociace domácí péče ČR (2023) a Koncepce domácí péče (2020) soustřeďuje především na stabilizaci, podporu, navrácení a prevenci zdraví jednotlivcům, ale i rodinám či lidem, kteří mají stejné sociální prostředí. Dále se domácí péče zaměřuje na rozvoj samostatnosti, na zmírnění strachu a trápení u lidí s nevyлéčitelným onemocněním a samozřejmě také na důstojné a poklidné umírání. Jedná se o péči velmi individualizovanou, jenž vychází z aktivního nalézání a uspokojování potřeb jedince, které vychází z jeho nemoci či ze vztahu k jeho zdraví. V České republice se domácí péče stala důležitou součástí v poskytování sociální i zdravotní péče (Koncepce domácí péče, 2020).

1.1.1 Historie domácí péče

Domácí péče má dlouhou historii, nese s sebou velká pozitiva, ale také některá negativa (Kučírek, 2017). Lze těžko datovat vznik, ale můžeme hovořit o době, kdy lidé sami pečovali o své blízké. Jarošová (2007) uvádí první podložené zmínky o domácí péči v České republice na počátku 12. století u řeholních řádů. Dále se pak výraznější ošetřování nemocných v domácnostech rozmáhá až v průběhu 13. století. Od 15. století první návštěvní opatrovnictví provozovaly v Praze diakonky, které byly speciálně pro tuto činnost proškoleny (Jarošová, 2007). Další výrazný posun v této oblasti shledáváme v druhé polovině 19. století, kdy bylo rozhodnuto o potřebě vzdělané ženy v péči o nemocné a raněné (Kučírek, 2017). Po roce 1989 přinesl první zkušenosti s domácí péčí experiment MZČR ve spolupráci s Českou katolickou charitou, kdy zásadní nárůst počtu poskytovatelů domácí péče pak přinesl až zákon č. 160/1992Sb. s účinností od 1. 4. 1992,

který umožnil vznik prvních soukromých zdravotnických zařízení (Plevová, 2018). Jarošová (2007) popisuje největší období rozvoje agentur domácí péče v roce 1993, které byly zakládány především zdravotními sestrami, nemocnicemi, Českým červeným křížem, Diakonií, městskými úřady, atd. Téhož roku byla založena Asociace domácí péče ČR a v roce 1994 evidovala 353 agentur domácí péče. V dalších letech se trh postupně nasýtil a nárůst dalších agentur domácí péče nebyl tak výrazný. V roce 2000 působilo v ČR 472 agentur domácí péče (Jarošová, 2007). Ze Stručného přehledu činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2020 (2021) vyplývá, že v letech 2016–2020 došlo k největšímu nárůstu poskytovatelů domácí zdravotní péče. K roku 2020 bylo evidováno v České republice celkem 691 agentur domácí péče.

1.1.2 Pojetí domácí péče

Koncepce domácí péče (2020) uvádí definici domácí péče dle Světové zdravotnické organizace, jako jakoukoliv formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech. Domácí péče musí být vždy zaměřena ve prospěch klienta a je považována za neustále se vyvíjející oblast zdravotní péče. Pro naplnění obsahu domácí péče je důležitá komplexnost služeb, spolupráce multidisciplinárního týmu a zvýšení odpovědnosti klienta při poskytování domácí péče. Kalvach (2011) popisuje domácí péči jako nelékařskou zdravotní péči, převážně ošetrovatelskou a rehabilitační, poskytovanou klientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře nebo při propuštění z nemocnice ošetřujícím lékařem příslušného oddělení (Kalvach, 2011). Domácí péče se především soustřeďuje na stabilizaci, podporu, navrácení a prevenci zdraví jednotlivcům, ale i rodinám či lidem, kteří sdílejí stejné sociální prostředí. Další záměr je rozvoj samostatnosti, zmírnění strachu a trápení u lidí s nevyléčitelným onemocněním a také na důstojné a poklidné umírání. Důraz se klade na individualizaci péče, která je východiskem z nalézání a uspokojování potřeb jedince, které vychází z jeho nemoci či ze vztahu k jeho zdraví (Asociace domácí péče ČR, 2023).

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon č.372/2011 Sb., vymezuje domácí péči jako zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí klienta, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče. Zákon č. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění

některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, specifikuje domácí péči jako zvláštní druh ambulantní péče, prostřednictvím které je zajišťována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci, odborná péče v jejich vlastním sociálním prostředí. Koncepce domácí péče (2020) přináší nový pohled a vymezení respektující rozvoj oboru a nejnovější medicínské a ošetrovatelské poznatky v zájmu zachování bezpečného a účinného poskytování ošetrovatelské péče ve vlastním sociálním prostředí klienta. Nabízí se upozornění, že vznik Koncepce domácí péče (2020) je reakcí na potřebu zavedení koncepčního přístupu k domácí péči ve spolupráci s multidisciplinárním týmem. Je založena na spolupráci s praktickým lékařem, úzce souvisí se sociální péčí a prolíná se s dalšími odbornostmi, které poskytují péči ve vlastním sociálním prostředí. Nový koncepční model pokračuje již se zahájeným změnovým procesem, jehož cílem je zvyšovat kvalitu poskytované péče tak, aby byly lidské a finanční zdroje do budoucna efektivně využity pro následné pokračování systémových změn v segmentu domácí péče s následným posílením propojení sociálních a zdravotních služeb. Koncepce byla vytvořena s respektem k základnímu cíli Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 s definicí: „*Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje*“ (Koncepce domácí péče, 2020, s.5). V koncepci jsou dále zohledňovány připravované změny v primární péči, snaha o propojení ambulantních specialistů a praktických lékařů a v neposlední řadě snaha o posílení role sester v domácí péči s ohledem na propojení a chápání vztahu pacient – zdravotník – zdravotnický systém. Vizí celé Koncepce domácí péče je Globální cíl, „*Kontinuální zvyšování kvality, dostupnosti a efektivity domácí péče*“ (Koncepce domácí péče, 2020, s. 34). Následně je rozdělen do tří strategických cílů – posílení role sester v domácí péči, financování domácí péče a hodnocení kvality poskytované zdravotní péče. Každý strategický cíl obsahuje konkrétní specifické cíle, které daný cíl rozpracovávají tak, aby bylo možno během pěti let zjistit, zda byly naplněny. Naplněním globálního cíle dle Koncepce domácí péče (2020) má být dosaženo výhod nejen pro pacienty, jejich rodinu, ale napomáhá primární péči a vlastně celému systému zdravotní péče.

V souvislosti s pojetím domácí péče se nabízí zmínit, že Jarrín et. al. (2019) popisují průzkum o prioritách domácí péče pro budoucnost, kdy z analýzy výsledků popisují čtyři hlavní témata. Kladou důraz na vybudování důkazní základny pro domácí péči, návrh na

lepší systémy péče, rozvoj lídrů na všech úrovních a řešení problémů s platbami a zásadami.

1.1.3 Možnosti a formy domácí péče

V České republice představuje domácí péče dvě vzájemně se překrývající složky, zdravotní (home care) a sociální (home help), neboť jsou většina potřeb klientů zdravotně-sociální (Kalvach, 2011). Při poskytování služeb domácí péče, je nutno respektovat základní principy vycházející z filozofie domácí péče. Uveden je holistický přístup, podpora soběstačnosti a autonomie pacienta (zplnomocňování), princip subsidiarity, komunitní přístup, deinstitucionalizace (podpora poskytování domácí péče s důrazem na maximální zachování kvality života klienta), demedicinalizace (zohlednění medicínských aspektů na kvalitu života) a multidisciplinarita (Koncepce domácí péče, 2020).

Procházková (2019) uvádí, že formy ošetrovatelské péče mohou být odlišné i vzhledem k individualitě klienta, prostředí a také k jeho zdravotnímu stavu, kdy následně prezentují rozdílně ohnisko zájmu, vzhledem k somatickým, psychickým, sociálním anebo spirituálním potřebám jedince. Mezi následující formy domácí péče zařazuje Kalvach (2011) domácí hospitalizaci, to znamená péči se zaměřením na pooperační a poúrazové období, kdy doba poskytování většinou trvá řadu dnů, maximálně týdnů. Dále mezi formy domácí péče řadí dlouhodobou domácí péči, která je určena pacientům s rozsáhlou skupinou chronických diagnóz, které vyžadují pravidelnou a dlouhodobou péči kvalifikovaného personálu a může také zahrnovat aktivity zdravotně sociálního směru, kdy se počítá s rozsahem trvání v řadě měsíců i několika let. Jako další uvádí preventivní domácí péči, která zahrnuje pravidelné kontroly sestrou, dle indikace lékaře se zaměřením na kontroly stavu, fyziologických funkcí, odběrům biologického materiálu a socializace pacienta. A v neposlední řadě je v publikaci zmíněna hospicová (paliativní) domácí péče, která se specializuje na poskytování péče o pacienty v terminálním stádiu s možností využití signálního kódu, který umožňuje překročení obvyklé ošetrovací doby tří hodin (Kalvach, 2011). Mezi novodobé formy domácí péče řadí Černocká (2013) také jednodenní chirurgii. Při plánování chirurgické operace zhodnotí lékař stav pacienta, jestliže nedojde bezprostředně po operaci ke komplikacím, je za asistence agentury

domácí péče pacient doléčen v domácím prostředí. Není tak nemocný vystaven po operaci riziku nemocničních nákaz a značně snižuje náklady na zdravotní péči. Nemocný je zároveň rychleji aktivizován a umožňuje tak rychlejší návrat do zaměstnání (Černocká, 2013). S rozvojem moderního ošetrovatelství dochází nově v ČR k postupnému průlomu teleošetrovatelství, které nachází své uplatnění ve více aplikovaných oborech, avšak právě pro rozvoj ošetrovatelství v domácí péči, má příznivé využití (Slezáková et al., 2022). Kladný postoj k telemedicině má i Bolton (2019), kdy využití shledává při léčbě pacientů s bércovými vředy. Oceňuje tak mezioborovou spolupráci a možnost odborné konzultace na dálku.

1.1.4 Cíle domácí péče

Obecným cílem domácí péče je udržení, podpora či navrácení zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení, zajištění klidného umírání nevyлéčitelně nemocných v přirozeném prostředí, v němž dlouhodobě klienti žijí, a snížení potřeby ústavní péče zdravotní (nemocniční, následné a dlouhodobé v LDN) i sociální (Kalvach, 2011).

Podle Koncepce domácí péče (2020) je hlavním cílem zajištění maximálního rozsahu, dostupnosti, kvality a efektivity poskytované domácí péče prostřednictvím zajištění bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb, optimalizace zdravotního a sociálního stavu s cílem zlepšení individuální úrovně kvality života, které přispívá k urychlení jeho uzdravování či ke zlepšení kvality života klienta i jeho blízkých. S cílem snižování nákladů na hospitalizaci, tedy i celkové snížení nákladů na zdravotní péči se shoduje také Šedová (2020). Rovněž uvádí, že při snaze naplnění všech výše zmiňovaných cílů má velký podíl spolupráce s rodinnými příslušníky klientů, motivace a zapojení samotného klienta do léčebného procesu. Jako zásadní však považuje zajištění kvalitní, správné a potřebné ošetrovatelské péče ve vlastním sociálním prostředí klienta (Šedová, 2020). Koncepce domácí péče (2020) dále doporučuje zachovávat zajištění respektu léčebného režimu, snižování negativního vlivu onemocnění na duševní stav klienta a jeho blízkých, udržování a zvyšování soběstačnosti, zmírňování utrpení a zajištění důstojného umírání. Na zachování důstojnosti při poskytování zdravotní péče klade důraz i Ptáček a Bartůněk (2022), kdy uvádí, že samozřejmostí by mělo být, zachovat co nejdéle možnost pacientům rozhodovat sami o sobě. Mezi další cíle zahrnuje Koncepce domácí péče (2020)

vyhledávání, monitorování a uspokojování potřeb pacienta a jeho blízkých související se změnou zdravotního stavu a narušeným zdravím pacienta s přihlédnutím k příslušné komunitě, zabezpečení komplexní péče v koordinaci s ambulantní a lůžkovou péčí, případně se sociálními službami a v neposlední řadě spolupráce a součinnosti s blízkými osobami nebo komunitou pacienta (Koncepte domácí péče, 2020).

1.2 Legislativní normy související s domácí péčí

Zákon č. 48/1997 Sb., § 22, zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů, v aktuálním znění domácí péči definuje jako hrazenou ambulantní péči, která je poskytována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, mentálně nebo smyslově postiženým a závislým na pomoci druhých a paliativní péči, poskytovanou pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí (Zákony pro lidi, 2023).

V první fázi pro založení agentury domácí péče je nutné získat platnou registraci k výkonu činnosti na příslušném krajském úřadě, který postupuje podle zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v aktuálním znění (Zákony pro lidi, 2023). V druhé fázi, je podmínkou účast výběrového řízení pro uzavření smlouvy s pojišťovny. Výběrové řízení ukládá po předchozím hlasování členů výboru souhlasné stanovisko se závěrem doporučeno. Tyto výběrové řízení se řídí zákonem č. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v aktuálním znění (Zákony pro lidi, 2023). Ještě před zahájením činnosti by měla mít agentura zpracovanou svou koncepci práce, vymezený rozsah svého působení, propagaci s reklamou, a především by měla mít vybrané zaměstnance z důvodu poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Požadavky na personální pokrytí domácí péče je uvedeno ve vyhlášce č. 99/2012 Sb., Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb v aktuálním znění (Zákony pro lidi, 2023). Mezi následující důležité kroky pro vznik agentury je zpracování Provozního řádu, který vychází ze zákona č. 258/2000 Sb., Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů v aktuálním znění (Zákony pro lidi, 2023). Dále je nutné vytvoření pracovních smluv pro pracovníky agentury domácí péče a také zpracování Pracovní náplně podle vyhlášky MZČR č.55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech

zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v aktuálním znění (Zákony pro lidi, 2022). Jednatel agentury domácí péče má také povinnost vést Knihu jízd a vykazovaných výkonů pro zdravotní pojišťovny podle vyhlášky č. 331/2007 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (Zákony pro lidi, 2023). Zde jsou výkony domácí zdravotní péče vedeny pod odborností 925 sestra pro domácí péči. Také je nutné registrovat aktuální verze metodiky pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR. Z důvodu ochrany zdraví klienta, rodinných příslušníků, ale i ošetřujícího personálu agentury je důležité správné nakládání s nebezpečnými odpady při ošetrovatelské péči. Správné nakládání s odpady vymezuje zákon č. 541/2020 Sb., Zákon o odpadech v aktuálním znění. Všechny agentury domácí péče by měly mít smluvně zajištěn odvoz nebezpečného odpadu a mít správně vedenou dokumentaci pro případ hygienické kontroly (Zákony pro lidi, 2023). Další zákonnou normou, patřící k agentuře domácí péče je zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách v aktuálním znění, kde jsou zaznamenány podmínky nároku na příspěvek na péči, význam odlehčovacích služeb a mimo jiné i povinnost mlčenlivosti sociálních pracovníků (Zákony pro lidi, 2023).

1.2.1 Financování domácí péče

K financování domácí péče je v ČR nejčastěji využito fondu veřejného zdravotního pojištění, podle vyhlášky č.331/2007 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů (Zákony pro lidi, 2023). Samotná úhrada domácí péče je tedy následně provedena na základě uzavření smluvního vztahu mezi pojišťovnou a poskytovatelem domácí péče (Koncepte domácí péče, 2020). Další formou financování může být přímá platba, nejčastěji u klientů, kteří nejsou pojištěni, nebo nemá dané zdravotní zařízení s pojišťovnou uzavřen smluvní vztah. V neposlední řadě může být potom využito sponzorských darů či prostředků nadací (Kalvach, 2011).

Jako dlouhodobý problém ve sféře financování domácí péče uvádí Kondelíková (2017) nedostatečné navyšování úhrad za vykázané výkony, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Asociace domácí péče ČR vedla v roce 2017 dohádovací řízení o

úhradách ze zdravotního pojištění s Ministerstvem zdravotnictví a pojišťovny. Bránili se tak proti nerovnoměrnému rozložení navýšených financí do segmentů zdravotnictví, kdy právě segment domácí péče byl vůči ostatním diskriminován. Pro zvýšení kvality domácí péče je potřeba nelékařský zdravotnický personál řádně finančně odměnit a motivovat, protože práce sestry v terénu obnáší zvýšenou náročnost v tom, že kromě samotné práce všeobecné sestry se musí k pacientovi dopravit, vykonává tedy práci řidiče a závisí na ní veškerá edukace rodiny a pacienta tak, aby dosáhla nejvyššího stupně sebepečení, která právě v konečném důsledku šetří prostředky veřejného zdravotního pojištění. Návrh zohledňoval nárůst ceny práce nositelů výkonu a také nárůst nákladovosti domácí péče, který je způsoben demografickým vývojem populace (Kondelíková, 2017). Pozitivní změnou a finančním přínosem do segmentu domácí péče je novela úhradové vyhlášky č. 315/2022 Sb., Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulační omezení pro rok 2023 (Zákony pro lidi, 2023). Pro rok 2023 došlo ke zvýšení hodnoty bodu pro výkon přepravy v návštěvní službě ve výši 1,12 Kč/bod, pro poskytovatele ambulantního ošetření, dle seznamu výkonů ve výši 1,15 Kč/bod. Dále pokud bude ošetřeno v hodnoceném období 35% vykázaných pojištěnců s určitou skupinou diagnóz, zahrnutých ve vyhlášce, bude hodnota bodu navýšena o 0,07 Kč/bod (Úhradová vyhláška 2023 pro domácí péče, 2022).

Seznam výkonů pro odbornost domácí péče 925 s aktuálním bodovým ohodnocením a stanovenou frekvencí výkonů je k nalezení na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR (viz. Příloha č. 4 – Seznam zdravotních výkonů). Při vykazování kódů obecně platí, že agentura domácí péče při ošetření pacienta vykáže časový kód a materiálový kód, dle požadovaného od indikujícího lékaře. Čas strávený u pacienta je omezen frekvencí maximálně tři hodin/návštěv za den, materiál lze vykázat dle rozsahu také maximálně třikrát za den (Seznam zdravotních výkonů, 2016). V souvislosti s prováděnými výkony v rámci poskytování domácí péče se nabízí zmínit, že nejen v České republice je sektor domácí péče vnímán jako podfinancovaný. Parsons et. al. (2018) provedl výzkum, který souvisel s vývojem pro využití nového modelu financování pro služby domácí péče na Novém Zélandu, který měl být citlivější a flexibilnější. Hodnotí však, že zavedení nového systému by bylo problematické.

1.2.2 Indikace domácí péče

Do června roku 2022 byly pouze dvě možnosti indikace domácí péče. Na dobu prakticky neomezenou měl možnost předepsat domácí péči praktický, registrující lékař (Köppl, 2021). Postup předpisu domácí péče uvádí Kalvach (2011). Poukaz domácí péče na žádanku 06 (viz. Příloha č. 5), může vypsát praktický lékař na maximální dobu tří měsíců a následně ho na dobu neomezenou může prodloužit. Dalším indikujícím lékařem mohl být i ošetřující lékař z lůžkového oddělení, po propuštění pacienta na dobu čtrnácti dnů. Následně lze domácí péči opět prodloužit po konzultaci, zhodnocení stavu a další indikaci praktickým lékařem (Kalvach, 2011). V Metodice zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb popisují Holmerová a Válková (2023) přesný postup při indikaci, předpisu domácí péče. Ošetřující lékař si zvolí poskytovatele domácí péče a vyplní tiskopis – poukaz pro vyšetření/ošetření pro odbornost 925. Tento dokument vyplní se všemi osobními údaji pacienta, diagnózou, informacemi o soběstačnosti, alergiích, kontinenci a medikaci. Ve spodní části tiskopisu uvede lékař příslušný typ návštěvy a k tomu stručně doplní konkrétní požadované výkony. Pokud se jedná o péči, která vyžaduje materiálové náklady, je důležité, aby lékař opět uvedl příslušný kód a rozepsal danou lokální terapii s přepokládanou spotřebou obvazového materiálu. O lokální terapii také rozhoduje lékař a předepisuje pacientovi příslušné léčivo na recept nebo poukaz, pokud se jedná o vlhkou terapii. Dále lékař stanoví dobu platnosti poukazu a s agenturou domácí péče si dohodne termín poskytnutí zpětné vazby a průběhu péče v písemné formě. Na základě poskytnutých informací lékař dále rozhodne, zda služby domácí péče v nezměněné formě prodlouží, změní frekvenci návštěv nebo případně rozhodne k ukončení služeb domácí péče (Holmerová a Válková, 2023).

Změnu v indikaci domácí péče přinesla novela zákona č. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění, která vzešla v platnost od 1.7.2022. Změna právě přináší novinky v indikaci domácí péče (Zákony pro lidi, 2023). Nyní může kromě zmíněného praktického lékaře a ošetřujícího lékaře z nemocnice indikovat domácí péči například ambulantní specialista, lékaři poskytovatele poskytující lékařskou pohotovostní službu, lékaři poskytovatele poskytujícího zdravotní služby na urgentním příjmu, a to i v případech, kdy pacient nebyl hospitalizován, ovšem na dobu omezenou čtrnácti dnů (Köppl, 2021). Pokud vyžaduje zdravotní stav pacienta přítomnost sestry delší než tři hodiny denně nebo je potřeba zvýšit frekvenci návštěv, anebo je z nějakého

důvodu potřeba větší spotřeba materiálu, je možnost požádat revizního lékaře příslušné pojišťovny, u které je pacient pojištěn o navýšení kódů. Je třeba vyplnit žádanku o schválení (povolení), řídit se platnou metodikou VZP a jejich postupu odeslání žádanky (Hakl, 2017). Dragomirecká a kol. (2020) uvádí, že právě většinou praktický lékař je jeden z prvních osob, na kterou se obrací pečující, při plánování přesunu blízkého člověk do domácího prostředí. Praktický lékař má poradit v oblasti nejen zdravotní, kdy by měl podat dostatečné informace o možnostech domácí péče, ale také doporučení z oblasti sociální. Z praxe se takto většinou neděje, a proto dochází k nedostatečnému propojení zdravotních a sociálních služeb (Dragomirecká, 2020).

Köppl (2021) popisuje systém práce speciální skupiny pracující pod ministerstvem zdravotnictví, která se věnuje přípravě návrhům systémových změn. Segment domácí péče byl dlouhodobě podfinancovaný, proto je připraven koncepční model, včetně akčních plánů pro rozvoj segmentu domácí péče. Novela zákona č. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění a nová úhradová vyhláška jistě jako jedny z mála kroků pomůžou v rozvoji tohoto segmentu (Köppl, 2021).

1.3 Kvalita domácí péče

Koncepce domácí péče (2020) vznikla s cílem zvýšení kvality poskytované péče. Strategický plán, posílení sester v agenturách domácí péče a změna úhradové vyhlášky má vést k dosažení maximální možné míry kvality a dostupnosti domácí péče. Propojení zdravotních a sociálních služeb má vést k lepší informovanosti o možnostech domácí zdravotní péče a sociálních služeb. Význam hodnocení kvality zdravotní péče poskytované agenturou domácí péče popisuje už Černocká (2013). Jako jedny z hlavních důvodů pro pozitivní význam hodnocení kvality poskytované péče uvádí ekonomické důvody – stárnutí populace, legislativní důvody – systémy hodnocení kvality poskytované péče ze zahraničí, jako motivace a dále sociální důvody – snaha o zapojení péče o vlastní zdraví. Mezi další podstatné důvody řadí vzdělávání a zvyšování kompetencí sester v sektoru domácí péče, tedy profesionální důvody. Plevová (2018) uvádí, že Česká asociace sester, jako organizace sdružující sestry, ostatní nelékařský zdravotnický personál, sociální péči, školství, a jiné, se zaměřuje na rozvoj ošetrovatelství, jako oboru a propojení multioborové spolupráce. Hlavní cílem asociace

je vytvářet podmínky pro zvyšování kvality a úrovně ošetrovatelské péče. Česká asociace sester zastupuje právě také poskytovatele služeb domácí péče a snaží se o vytváření nástrojů k prosazování jejich práv (Plevová, 2018). Kalvach (2011) uvádí, že známkou kvality domácí zdravotní péče jsou také profesní zkušenosti a vzdělávání všeobecných sester, tedy soubor poskytovaných odborných výkonů s ohledem na kompetence všeobecné sestry. Dále kladně hodnotí zavádění nových technologií a zapůjčování kompenzačních pomůcek a přístrojového vybavení klientům do jejich domácností. Kvalitu poskytovaných služeb domácí péče utváří hodnocení poskytovatele udělením akreditace či ISO certifikátu (Kalvach, 2011).

1.3.1 Akreditace domácí péče

Plevová (2012) definuje akreditaci jako proces hodnocení zdravotnického zařízení extérní organizací, která posuzuje, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na kvalitu péče. Dále lze akreditaci definovat, jako důvěryhodné doložení způsobilosti akreditačním certifikátem kvality. Cílem akreditace je neustálé zvyšování kvality a bezpečí poskytované péče, zvýšení efektivity, snížení ekonomických nákladů a posílení důvěry společnosti. Akreditace je dobrovolná, získáním certifikátu se však dané zařízení zavazuje zvyšováním kvality poskytované péče (Plevová, 2012). Proces akreditace je popsán v dokumentu Národní akreditační standardy primární péče (Seifert, 2015). Zahájení procesu akreditace spočívá v podání žádosti zdravotnického zařízení akreditační agentuře a probíhá obvykle v několika fázích. První fázi, lze definovat jako přípravou, kdy se zdravotnické zařízení snaží o organizační změny a opatření směřující k naplnění požadovaných akreditačních standardů. Období příprav většinou trvá nejméně tři měsíce. Poté si zařízení sjedná s akreditační agenturou datum návštěvy auditorského týmu, který hodnotí, zda se standardy shodují se skutečností, kontroluje dokumentaci a dodržování zásad bezpečnosti, chod pracoviště a v neposlední řadě provádí pohovory se zaměstnanci a případně i s pacienty. Výstupem tohoto auditu je hodnocení jednotlivých standardů podle indikátorů. Výstupem naplnění indikátorů je standard splněn, částečně splněn nebo nesplněn. Pro získání akreditace je nezbytné splnění některých standardů, některé mohou navyšovat skóre. Po zhodnocení je certifikát akreditace udělen na dobu tří až pěti let (Seifert, 2015).

Žaludek (2020) řadí mezi nejznámější organizace, které působí v České republice v rámci externího hodnocení kvality a bezpečí Spojenou akreditační komisi a Joint Commission International. Nejsou to samozřejmě jediné organizace, které lze využít. Společností je při dnešním konkurenčním trhu mnoho, ale je vhodné si uvědomit, že hodnotitelé nemusí mít stejnou úroveň. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations International je považována za globálně uznávanou organizací, jejíž historie sahá do roku 1951. Dodnes je nezávislou a neziskovou organizací, která publikuje standardy a doporučení pro zvyšování kvality a zabezpečuje akreditace zdravotnických zařízení. Z důvodu zájmu o akreditaci zdravotnických zařízení daleko za hranice Spojených států amerických, vznikla v roce 1998 odnož této organizace, Joint Commission International. Ve stejném roce také vznikla v České republice Spojená akreditační komise a svého času byla také jedinou organizací, která se zabývala externím hodnocením kvality ve zdravotnictví (Žaludek, 2020).

Držitelem certifikátu akreditace od Spojené akreditační komise v sektoru domácí zdravotní péče je poskytovatel Advantis Medical s.r.o.. V roce 2021 byla tato agentura domácí zdravotní péče průkopníkem v získání akreditace od Spojené akreditační komise. Certifikát akreditace agentura získala na tři roky (Akreditace domácí péče Advantis Medical, 2021).

1.3.2 Akreditační standardy

Do roku 2009 byla posuzována zařízení pro následnou a dlouhodobou péči podle akreditačních standardů pro lůžková zařízení. První vydání Akreditačních standardů pro následnou péči v roce 2009 se ukázalo být krokem správným směrem a až právě při praktickém využití, lze zjistit nepřesnosti v popisu a naplnění standardu. Druhé vydání Akreditačních standardů pro následnou péči obsahuje novou kapitolu standardů se zanesením Resortních bezpečnostních cílů vyhlášených MZČR a zapracování legislativních změn (Marx, 2014). Spojená akreditační komise rozděluje standardy do první části kapitoly, kde se standardy vztahují ke klinickým aktivitám a v druhé části rozděluje standardy organizační a manažerské. Struktura jednotlivých standardů je rozdělena do tří částí. Vlastní znění standardu, účel standardu, kde je popsán způsob naplnění standardu spolu s výčtem náležitostí nutných k naplnění indikátorů kvality a třetí

část je zaměřená na vlastní indikátory standardu, kde jsou uvedeny měřitelné položky, které se při akreditačním šetření posuzují (Marx, 2014). Spojená akreditační komise rovněž hodnotí požadavky na kvalitu a bezpečí dle vyhlášky č. 102/2012 Sb., Vyhláška o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové péče a dále úroveň poskytovaných služeb dle § 105 zákona č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákony pro lidi, 2023). Spojená akreditační komise se snaží, aby byly její procesy maximálně transparentní, a dále nabízí poradenství k přípravě zdravotnického zařízení pro akreditaci (Marx, 2014).

Brabcová (2021) popisuje rezortní bezpečnostní cíle jako požadavky MZČR pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Tento interní systém představuje spektrum požadavků, které jsou dle potřeby rozšiřovány a aktualizovány. Zavedením tohoto interního systému vzniká standardní sebehodnotící nástroj zajišťující kvalitní proces při poskytování zdravotních služeb (Brabcová, 2021). První rezortní bezpečnostní cíle byly zavedeny v rámci dokumentu Ministerstva zdravotnictví České republiky již v roce 2010. Dokument Akční plán kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 – 2012 vznikl na doporučení Rady Evropské unie o bezpečnosti pacientů a vzniku rizik infekcí spojených se zdravotní péčí (Rezortní bezpečnostní cíle, 2022). Rezortní bezpečnostní cíle jsou forma doporučených postupů, které vedou ke snížení rizik poškození pacientů a jsou závazné pro přímo řízené organizace, které potom slouží jako doporučení pro ostatní zdravotnická zařízení (Šupšáková, 2017). Do věstníku č. 16/2015 vypracovalo MZČR minimální požadavky pro poskytovatele zdravotních služeb povinnost zavedení interních systémů hodnocení kvality a bezpečí. Jako jeden z požadavků je právě zavedení resortních bezpečnostních cílů v následujícím znění: RBC1 – Bezpečná identifikace pacientů, RBC2 – Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti, RBC3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech, RBC4 – Prevence pádů, RBC5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče, RBC6 – Bezpečná komunikace, RBC7 – Bezpečné předávání pacientů, RBC8 – Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů (Rezortní bezpečnostní cíle 2022).

1.4 Role sestry v domácí péči

S rozvojem zdravotnictví dochází ke změnám a rozvoji i role všeobecných sester v segmentu domácí péče. Z dob od charitativních činností, přes chápání sestry jako pomocníka lékaře až k dnešní roli samostatné, vážené a rovnocenné členky zdravotnického týmu. Kromě multioborové spolupráce je hlavním úkolem sestry organizovat a řídit ošetrovatelskou péči, vybízet pacienty a rodiny k aktivní spoluúčasti v péči a podílet se na rozvoji a výzkumu ošetrovatelské praxe (Machová a Šuplerová, 2013).

Kompetence a vymezení obsahu práce všeobecné sestry vychází ze zákona č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů a z vyhlášky č. 55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Zákony pro lidi, 2023). V případech, kdy nepotřebuje sestra indikaci lékaře, to znamená při péči o potřeby pacienta, má zcela samostatnou roli při poskytování ošetrovatelské péče. Podíl na preventivní, léčebné, neodkladné, diagnostické péči a rehabilitačním ošetřování má sestra na základě přesné indikace lékaře (Koncepte domácí péče, 2020).

Mundilová (2015) uvádí, že domácí péče na jedné straně navazuje na ambulantní péči a na druhé straně na péči ústavní. Na všeobecné sestry v domácí péči jsou kladeny vysoké nároky jak teoretické, tak i praktické. Důvodem je samostatnost a realizace komplexního ošetrovatelského procesu. Všeobecné sestry musí být psychicky velmi odolné, protože se musí samostatně rozhodovat při vypjatých situacích, řešit je a následně komunikovat s rodinnými příslušníky klienta a s ošetřujícím lékařem, často i v mimořádně obtížných podmínkách. Kujovská (2019) také popisuje náročnost práce sester v domácí péči. Zmiňuje mimo jiné, že kromě řešení zdravotních potíží, naráží sestry i na složitou sociální situaci pacientů. Mundilová (2015) uvádí vlastnosti, které by měla mít všeobecná sestra v domácí péči. Jsou to komunikační dovednosti, které jsou důležité pro vytvoření důvěry mezi klientem a rodinou, dále organizační schopnosti a trpělivost, protože se sestry musí umět přizpůsobit podmínkám jednotlivých domácností a zároveň požadavkům klientů. V oblasti komunikace Žampachová (2013) výzkumným šetřením upozorňuje, že pacienti shledávají nedostatky ze strany sester právě v oblasti komunikace. Stasková et. al. (2019)

uvádí, že správná komunikace vede k vytvoření pevného vztahu mezi sestrou a pacientem a následně také zdůrazňují důležitost komunikace, která má být nástrojem k poskytování individuálního přístupu v ošetrovatelství. Ondrušková a Krahulcová (2020) popisují systém výkonů sester v domácí péči. Uvádí, že ačkoliv je sestra nositelkou výkonu, je determinována právě indikací lékaře a regulací zdravotních pojišťoven. Mundilová (2015) dále uvádí, že sestra často řeší i pomoc s úpravou domácího prostředí klienta z důvodu pádu a doporučení vhodné kompenzační pomůcky. Dívá se na klienta, jako na celek, proto je důležitá edukace o užívání aktuálních léčiv, o dodržování zdravé výživy a hydratace, o ošetrování stomií, permanentních katetrů a seznámení s rizikem infekcí. V rámci edukace se snaží sestra nejprve problém klientům objasnit a potom poskytnout možnost nácviku potřebných dovedností a snaží se o zapojení rodinných příslušníků v péči o klienta. Vysoká míra profesionality napomáhá ke zvládnutí této specificky náročné práce všeobecné sestry v domácí péči (Mundilová, 2015). S rostoucími požadavky na profesi všeobecné sestry je nutné, aby se zdokonalovaly také v oblastech psychologie, komunikace a poradenství. Právě při poskytování péče v domácím prostředí je sestra odkázána často pouze jen sama na sebe, proto musí mít dostatečné znalosti, aby dokázala rychle a efektivně řešit problémy a situace, které v terénu často nastávají. Z výzkumu zveřejněným v časopise Florence (2015) vyplývá, že sestry v domácí péči jsou často velmi psychicky i fyzicky zatíženy. Nepřiměřená fyzická zátěž je zřejmá právě z toho důvodu, že je sestra na pacienta sama a při manipulaci a rehabilitaci má k dispozici minimální množství kompenzačních pomůcek. Nepřiměřená psychická zátěž byla popsána z důvodů řešení konfliktních situací, cestování autem a s tím spojenou časovou tísní a v neposlední řadě manažerskou činností, která pokračuje po příjezdu domů, z důvodu organizace práce na další den a zaznamenávání ošetření, které v daný den proběhlo (Imramovská a Machová, 2015).

1.4.1 Komunikace

Při poskytování ošetrovatelské péče je komunikace považována jako prioritní, proto je dobrá komunikace mezi sestrou a pacientem základ k navázání kvalitního vztahu. Haran (2019) zastává názor, že efektivní komunikace mezi sestrou a pacientem je při poskytování zdravotní péče nanejvýš důležitá a bez ní by byla narušena kvalita poskytované péče. Kelnarová a Matějková (2014) rozlišují v ošetrovatelské praxi tři

základní druhy profesionální komunikace. Při běžném rozhovoru či kontaktu s nemocným během jakéhokoliv výkonu, je tento druh definován jako sociální komunikace. Za specifickou komunikaci je považována jakákoli edukace a motivace pacienta v dalším léčebném procesu. Při specifické komunikaci je důležitá zpětná vazba pacienta a to z důvodu ověření si, zda nemocný našemu sdělení rozuměl. Posledním a nejdůležitějším druhem komunikace v ošetrovatelství je terapeutická komunikace. Jde o kontakt mezi sestrou a pacientem v době, kdy je mu sdělována nějaká závažná nebo nepříjemná informace. Tento druh komunikace je nejdůležitější právě proto, že sestra má profesionální ošetrovatelskou povinnost, být nemocnému oporou a poskytnout mu pomoc v nelehkých životních situacích (Kelnarová, Matějková, 2014).

Hauke (2014) uvádí jako jeden z požadavků standardů kvality pro zdárnou komunikaci srozumitelnost. Mezi základní a vážená pravidla srozumitelné komunikace patří jednoduchost, která má odpovídat věku, schopnostem a respektovat omezení pacienta. Dále je důležitá uspořádanost, kdy má být podána jasná a zřetelná forma sdělovaných informací. Další pravidlo srozumitelné komunikace je vyjádření nejdůležitějšího, tedy stručnost. Podnětnost respektuje emoční stránku sdělovaného obsahu, jeho aktuálnost a zajímavost (Hauke, 2014). V domácí péči je převaha ošetrovaných klientů seniorského věku, proto je důležité respektovat omezení nejen fyzických schopností, ale také změny emocionální, kognitivní a psychosociální, které právě výrazně mohou ovlivnit kvalitu komunikace (Čeledová, Holčík, 2017). V případě, kdy je kognitivní omezení velmi výrazné, jako například u těžší formy demence, doporučuje Hauke (2014) komunikovat s rodinou nebo opatrovníkem. Při podávání informací k výkonům ošetrovatelské péče je velmi důležité při práci stále sledovat pocity libosti a nelibosti pacienta a podle jeho reakcí nastavit péči tak, aby se cítil bezpečně a komfortně. V takových případech je doporučeno využívat taktilní komunikaci, tedy dotekovou. Tomová a Křivková (2016) rozlišují doteková pásma těla, která jsou dodržována v souvislosti s taktilní komunikací. V oblasti paží a rukou se jedná o společenské neboli zdvořilostní pásmo. V oblasti paží, ramen, vlasů a obličeje rozlišují osobní (přátelské) pásmo a oblast, která je definována jako intimní je považována za neomezenou (Tomová a Křivková, 2016). Hauke (2014) spatřuje v taktilní komunikaci prostor pro vytvoření důvěry mezi sestrou a klientem, ale je důležité nespěchat, nedělat rychlé pohyby a udržovat oční kontakt. Sestra takto dobře zjistí, kam až může zajít, co dělá klientovi dobře a co naopak špatně. Nejen při

komunikaci se seniory je nutné přizpůsobit tempo řeči, hovořit přiměřeně nahlas, dobře artikulovat, přistupovat k pacientovi individuálně a trpělivě naslouchat (Hauke, 2014).

1.4.2 Dokumentace v domácí péči

Vedení kvalitní ošetrovatelské dokumentace je základní součástí ošetrovatelství jako samostatné vědní disciplíny. Jejím úkolem je výpověď o celkovém psychickém, fyzickém a sociálním stavu pacienta. Umožňuje zajištění kontinuity poskytované péče a hodnocení ošetrovatelských intervencí. Podstatnou část tvoří záznamy poskytované ošetrovatelské péče a následné umožnění hodnocení reakcí pacienta na ošetrovatelské intervence. Vedení ošetrovatelské dokumentace a záznamy v ní, jsou jediným dokladem o tom, že ošetrovatelská péče byla poskytnuta lege artis (Kapounová, 2020). Je tedy zřejmé, že i agentura domácí péče je povinna vést ošetrovatelskou dokumentaci každého klienta. Všeobecné sestry jsou povinny zaznamenávat údaje při zahájení péče, v průběhu poskytování péče a při ukončení péče. Dokumentace by měla být vedena přehledně a měla by obsahovat záznamy o celkovém stavu klienta a jeho případných změnách. Dále by měla obsahovat záznamy o provedených i plánovaných výkonech, které jsou důležité pro kontrolu kvality a jako průkaz správnosti odborných postupů (Holmerová a Válková, 2023). Vedlichová (2013) uvádí, že dokumentace v domácí péči musí hlavně plně vyhovovat potřebám dané agentury a musí být jednoduchá, přehledná a dobře přístupná. Každá složka ošetrovatelské dokumentace by měla být označena osobními údaji klienta a názvem zdravotnického zařízení, tedy poskytovatelem. Složka by měla obsahovat ošetrovatelskou anamnézu a ošetrovatelský plán, záznam vývoje péče a stavu klienta, lékařské zprávy z průběžných vyšetření nebo propouštěcí zprávy z nemocnice a záznamy o případných vzniklých nežádoucích událostech. Samozřejmostí je označení dokumentace datem, časem ošetření, razítkem a podpisem sestry, která výkon provedla. Sestra v záznamech popisuje nejen provedené výkony, ale také klientovy pocity a reakce na péči. Důležité je, aby byla dokumentace čitelná, logicky navazující, konkrétní a přesná. Při první návštěvě sestra ověří a zaznamená do dokumentace osobní údaje klienta, tedy jméno a příjmení, rodné číslo, zdravotní pojišťovnu, telefonní kontakt i případně kontaktní osobu a registrujícího praktického lékaře. Do ošetrovatelské anamnézy dále zaznamená fyziologické funkce, váhu, výšku, stav pokožky, mobilitu, vyprazdňování, smyslové omezení, výživu, orientaci, zhodnotí bolest a kožní kryt. Dále sestaví plán

ošetřovatelské péče na základě zhodnocení ošetřovatelských diagnóz se sestavením ošetřovatelských cílů (Vedličová, 2013).

Poskytovatel zdravotních služeb je povinen se řídit platnou vyhláškou, v tomto případě vyhláškou č. 98/2012 Sb., Vyhláška o zdravotnické dokumentaci (Zákony pro lidi, 2023). Dokumentaci je povinen vést a uchovávat v souladu se zásadami k této vyhlášce. Dále by měl poskytovatel posuzovat potřebnost zdravotnické dokumentace pro další poskytování zdravotních služeb a účely k jejímu vyřazení nebo uchování. Zdravotnická dokumentace by měla být uchovávána po dobu pěti let, kdy doba začíná běžet dnem prvního ledna následujícího kalendářního roku po dni, kdy byl proveden poslední záznam v kartě pacienta. Vyřazená dokumentace se značí znakem „S“ (Zákony pro lidi, 2023).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.3 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit informovanost sester o možnostech domácí péče.

Cíl 2: Zjistit povědomí laické veřejnosti o možnostech domácí péče.

Cíl 3: Zjistit, jakým způsobem ošetřovaní klienti agenturou domácí péče získali informace o možnostech poskytování péče.

Cíl 4: Poukázat na problémy sester při procesu předávání klientů agenturám domácí péče.

2.4 Výzkumné otázky

VO1: Jakými informacemi o domácí péči sestry z lůžkové části a ambulantních zařízení disponují?

VO2: Jaké je povědomí o možnostech domácí péče mezi laickou veřejností?

VO3: Jaké zdroje informací o možnostech domácí péče jsou nejčastěji využity klienty ošetřovanými agenturou domácí péče?

VO4: Jaké existují možnosti zlepšení v procesu přijímání klientů do agentury domácí péče?

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována metodou kvalitativního šetření. Výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaného rozhovoru se sestrami z lůžkových oddělení i ambulantních sektorů z nejmenovaných zařízení. Dále byl rozhovor proveden s širokou laickou veřejností náhodného výběru a s klienty, kteří byli v době výzkumu ošetřováni agenturou domácí péče Advantis Medical s.r.o. Struktura otázek se liší. Pro skupinu sester bylo zvoleno osmnáct otázek (viz. Příloha č. 1). Pro skupinu laické veřejnosti bylo zvoleno dvanáct otázek (viz. Příloha č. 2) a pro skupinu klientů ošetřovaných agenturou domácí péče bylo zvoleno jedenáct otázek (viz. Příloha č. 3). Otázky byly zformovány různorodě pro skupinu laické veřejnosti a klienty ošetřované agenturou domácí péče s ohledem na předpoklad širšího povědomí u skupiny klientů ošetřovaných agenturou domácí péče. Rozhovory byly zaznamenávány se souhlasem dotazovaných na audiozáznam a prováděny do teoretického nasycení vzorku. Výsledky byly podrobeny analýze „tužka-papír“ a následně seskupeny do kategorií a podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku a sběr dat

Výzkumný vzorek byl rozdělen do čtyř skupin, tak aby dával souvislosti pro naplnění cílů bakalářské práce. Prvním cílem bylo zjistit informovanost sester o možnostech domácí péče. K naplnění tohoto cíle byly sestry rozděleny do dvou skupin. První skupina dotazovaných byly sestry z lůžkových částí interního, chirurgického a traumatologického oddělení. Z důvodu zachování anonymity není uvedeno zařízení, kde byly rozhovory prováděny. Celkem bylo dotázáno šest sester. Druhou skupinou dotazovaných byly sestry z ambulancí praktických lékařů a ortopedické ambulance, kdy bylo dotázáno celkem pět sester. Z těchto dvou skupin bylo možno také analyzovat výsledky pro dosažení čtvrtého cíle, který měl poukázat na problémy sester při procesu předávání klientů agenturám domácí péče. Druhým cílem práce bylo zjistit povědomí laické veřejnosti o možnostech domácí péče. K naplnění druhého cíle bylo dotázáno celkem šest osob různé věkové kategorie a povolání. Třetím cílem bylo zjistit, jakým způsobem ošetřování klienti agenturou domácí péče získali informace o možnostech poskytování péče. K naplnění

tohoto cíle bylo dotázáno celkem šest klientů, kteří byli v době výzkumu aktuálně ošetřováni agenturou domácí péče.

4 VÝSLEDKY

4.1 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami z lůžkových částí

Následující kategorizace výsledků byla analyzována z rozhovorů se skupinou sester z lůžkových oddělení. Celkem bylo dotazováno šest sester různých věkových kategorií a délky praxe. Rozhovor poskytly dvě sestry z interního oddělení, dvě sestry z traumatologického oddělení a dvě sestry z chirurgického oddělení.

Tabulka č. 1: Skupina 1 – sestry z lůžkových oddělení

Sestry z lůžkových oddělení	Oddělení	Pracovní pozice	Věk	Vzdělání	Délka praxe
SL 1	interna	Všeobecná sestra	48 let	Středoškolské, ARIP	19 let
SL 2	traumatologie	Staniční sestra	38 let	Vyšší odborné	15 let
SL 3	chirurgie	Všeobecná sestra	38 let	Středoškolské	16 let
SL 4	traumatologie	Všeobecná sestra	39 let	Vyšší odborné	17 let
SL 5	chirurgie	Staniční sestra	41 let	Vysokoškolské	19 let
SL 6	Interna-plicní	Všeobecná sestra	32 let	Vysokoškolské, ARIP	13 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Kategorie 1 Informovanost v oblasti domácí péče

V této kategorii je popsáno jaké mají sestry z lůžkových částí povědomí o možnostech domácí péče, jakým způsobem získaly sestry informace o domácí péči, případně kde jsou schopny informace dohledat a následně předat v dostatečné míře pacientům.

Předávání informací

Ze získaných informací vyplývá, že na lůžkových odděleních je systém předávání informací pacientům v režii staniční nebo vrchní sestry, toto tvrzení se shoduje v rozhovoru SL1 a SL3, kdy sestra v rozhovoru SL 1 uvádí: „Většinou jsou pacienti obeznámeni s tím, že je tady ta možnost, že sestřička může přijet k nim domů a může poskytnout vlastně v rámci jejich zdravotního stavu péči, ať už to jsou odběry, převazy, rehabilitace, veškeré vlastně ty úkony, které ta daná agentura domácí péče poskytuje. Tohle je ale v kompetenci vrchní sestřičky, která vlastně veškeré takové nějaké změny s pacienty řeší. Víím, že k tomu má i nějaké prospekty a letáčky, ale k tomu moc velký přístup nemáme, všechno si zařizuje staniční nebo vrchní sestřička. Víím, že vlastně jsou tam nějaké prospekty, pacienti mají možnost nahlédnout, je to na denní místnosti, kde můžou si i přečíst ten letáček, co obnáší ta daná péče.“ Obdobnou odpověď poskytla i sestra v rozhovoru SL 3: „Letáčky od některých agentur domácí péče visí vepředu na nástěnce, takže si to tam můžou pacienti přečíst. My jim žádné informace neposkytujeme, ani o tom moc nevím, protože to zařizuje vše paní staniční.“ V dalším rozhovoru od sestry z lůžkové části traumatologie vyplývá stejná informace, ale její povědomí o možnostech agentur domácí péče je obohaceno i vlastní zkušeností, kdy využívali agenturu domácí péče pro zhojení rány u tatínka, rozhovor SL 4: „Tak já dávám informace pacientům asi spíš jenom, když se zeptají, kdy by mohly domů, na jak dlouho to tady je, tak jim nabízím, nebo jim řeknu, že je možnost, že se nechodí domů úplně zcela po vyhojení, ale je možnost potom propuštění a sestřičky právě z domácí péče z těch agentur jsou schopni pokrýt tu ambulantní péči s tím, že kontrolují rány a tady s tím už odkážu spíš na paní staniční, která už má tak jako víc informací, víc zkušenosti, takže tohle si ona ohlídá. Spíš jenom tu možnost, že to vlastně existuje těm pacientům říkám a víc do toho vlastně ani moc nevidím. Povědomí o službách domácí péče mám i z vlastní zkušenosti, kdy jsme využívali agenturu u tatínka po operaci kýly.“ Proces předání informací pacientům, popisuje v rozhovoru staniční sestra z traumatologie, rozhovor SL 2: „Pacienty informuji já, na základě pokynu lékaře, pokud lékař, chce při propuštění, aby na operační ránu nebo ten další, ten stav dohlídla další péče, tak vlastně informuju pacienta o tom, že je tu ta možnost, řeknu jim, jaké ty agentury tu jsou, buď si pacient pak vybere, nebo už sám má zkušenosti s tím, že u nějaké agentury byl, takže si ji chce vyžádat zase zpátky, že byl třeba spokojený.“ Další proces předání informací pacientům je shodný i s odpovědí v rozhovoru SL 5, kdy staniční sestra uvádí: „Tak určitě poskytuji informace, dávám jim

povědomí, když je při propuštění potřeba nějaká následná péče, tak kontaktuji domácí péči. Mám tady letáčky a kontakty na agentury domácí péče. Zeptám se, jestli k nim už někdo jezdil, a když ne, dám jim Charitu, s tou spolupracujeme nejvíc, protože má všechny pojišťovny.“ Sestra SL 6 uvedla překvapivé vyjádření: *„Informace, ježiši to já žádný nevím, mě se to tak nějak netýká, tak mě to ani nezajímá. Nevím asi bych je odkázala na naši vrchní sestru, na nějakou sociální pracovníci anebo na internet. Víc mě nenapadá, když to řeknu blbě, mě se to netýká, od nás jdou skoro všichni pacienti, když potřebuji další péči zdravotní sestry na LDN-ku a s tímhle opravdu nepřijdem do kontaktu.“* Z tohoto tvrzení plyne informace, že primárně využívají spíše služby domácí zdravotní péče, obory lůžkové chirurgie a v podstatě uvedla sestra v rozhovoru SL 6, další zajímavou informaci: *„Tak asi mám informace takový, jaký mě zajímají, když budu chtít vědět víc, tak si to zjistím.“*

Zdroje informací

V této podkategorii je poukázáno na samotný zdroj informací, ze kterého lze na odděleních čerpat. Při vyhodnocování se sjednotily informace o letáčích v rozhovorech SL 1, SL 2, SL 3, SL 4 a SL 5. Pouze je rozdíl v dostupnosti prospektů, kdy zřejmě pouze na oddělení chirurgie jsou vyvěšeny na nástěnce v jídelně, více vyjádření z rozhovoru SL 3: *„No to mají vepředu na nástěnce, to si přečtou sami.“* Tvrzení sestry se shoduje s vyjádřením v rozhovoru SL 5: *„Ano, ano to tady máme, je to i vyvěšeno na nástěnce ty agentury.“* Na dalších odděleních a to traumatologie a interním oddělení se shodují informace o tom, že prospekty má založeny u sebe staniční nebo vrchní sestra. Z vyjádření sestry v rozhovoru SL 3 i SL 2 se shodují informace o tom, že je možno kontaktovat i přímo vrchní sestru agentury domácí péče a v případných nejasnostech se s ní poradit. Internet a oslovení případně sociální sestry, jako zdroj informací zmínila pouze sestra v rozhovoru SL 6. Velmi kladně lze hodnotit názor sestry v rozhovoru SL 1, kdy vnímá, jako problém to, že právě sestry u lůžka, které se věnují nejvíce pacientům a znají jejich potřeby, mají informace o službách domácí péče často velmi okrajové, jako návrh na lepší informovanost sester uvádí: *„Větší informovanost těch zdravotních sestřiček, vlastně o tom, jak ta domácí péče vlastně funguje, nějaké proškolení, kde by mohly i ony už v průběhu hospitalizace pacientům vysvětlit, jak domácí péče probíhá, na co mají nárok takže, už, už v tom samotném procesu, při hospitalizaci vysvětlování*

sestřiček o tom jak to, ta agentura domácí péče má, jak funguje, aby ten pacient měl dostatek času a spoustu informací k tomu, co ho vlastně potom čeká po propuštění. “

Plánování propuštění

V této podkategorii, lze hodnotit různorodost a zvyklosti daných oddělení v procesu spolupráce s agenturou domácí péče. Z poskytnutých informací je zřejmé, že někde je tato služba využívána hojně, avšak preferují pouze spolupráci s jednou agenturou domácí péče, rozhovor SL 3: na dotaz, když pacient řekne, že před hospitalizací nevyžíval služeb domácí péče, byla odpověď: „*Tak jim dáme Charitu. “* Jinde zase pacientům tu možnost nenabídnou a rovnou je přeloží na oddělení následné péče, rozhovor SL 6. Dalším příkladem propuštění je situace, kdy se rozhodne o propuštění náhle a není čas pacientovi poskytnout dostatek informací, rozhovor SL 2: „*Někdy doktor plánuje propuštění až za tři dny, odpoledne však rozhodne, že půjde pacient domů a zavolá se mu na převazy domácí péče. Takže to tady právě není tak, že by se to dalo vyloženě plánovat a předem připravit na propuštění. “* Toto vyjádření je v rozporu s vyjádřením staniční sestry (SL 5) z chirurgie, která zmiňuje, že: „*Informace mají pacienti dostatečný i ten čas se jim snažím při propuštění věnovat, takže ty informace mají. Samozřejmě, když cokoliv neví, na koho se obrátit a tak, tak volají právě nám na oddělení. “*

V rámci plánování propuštění je zohledněno pacientovo přání, předchozí zkušenost a spokojenost s agenturou domácí péče. Vyjádření sester v rozhovorech se shodovalo v tom, že pokud má pacient jasno ve výběru nebo již dříve měl sestřičku z konkrétní agentury, je mu vyhověno. Konkrétní vyjádření v rozhovoru SL 1: „*Řekneme pacientovi, že ta možnost tady je, aby sestřička z domácí péče jezdila, že jich tady je několik, a záleží na výběru pacienta, který se rozhodne pro danou péči. “* Staniční sestra z traumatologie (SL 2) dává pacientům na výběr agenturu domácí péče, což lze potvrdit její výpovědí: „*No dáváme na výběr, a v rámci, taky záleží hodně na diagnóze pacienta, na pojišťovně jestli ta agentura má s pojišťovnou smlouvu a máme tu možnost těch letáčku, kde vlastně i ti pacienti si mohou přečíst, co všechno ta agentura poskytuje. “* S tímto vyjádřením se shoduje i odpověď sestry SL 4: „*Ptá se paní staniční, ptá se určitě a dává na výběr, nebo když je nějaká předchozí zkušenost, třeba, že jo, je pravda, že se tady objevují pacienti, kteří už mají zkušenost před, s nějakým, s nějakými výkony nebo třeba s čímkoliv, tak si i vyžádaj tu agenturu, kterou už měli a jsou spokojený. “* Další vyjádření sestry na lůžkovém

oddělení chirurgie, SL 3: „*No paní staniční se jich zeptá, kdo k nim předtím jezdil a kdyžtak se zeptá, jestli někoho chtěou.*“. I sestra SL 5 dává bez problémů na výběr agenturu domácí péče.

Bariéry v procesu předávání informací

Podkategorie je zaměřena na případné bariéry v procesu předávání informací pacientům. Jak staniční sestra z traumatologie (SL 2) tak všeobecná sestra z traumatologie (SL 4) udávají stejný problém, bariéru v procesu předávání informací a to nedostatek času. Sestra SL 4: „*Tak asi ty informace je to tady tak ve spěchu, že není tolik času na veškerý zodpovězení všech otázek, na podání všech informací.*“ Staniční sestra SL 2: „*Nedostatek času to je to, ten je tady největší problém. A asi i tím že vlastně to propuštění takové rychlé nebo plánujete předem propuštění nebo většinou se to v ten den rozhodne, že půjde pacient domů.*“ Sestra z interního oddělení a sestra z chirurgického oddělení se vyjádřily k odlišnému problému. Vyjádření sestry z interny SL 1: „*Myslím, že je problém právě v té přehšle práce, kdy tam toho má taky ta sestřička hodně, takže spoustu dalších výkonu, které ta sestra musí udělat, staniční sestra propouštět a plní další povinnosti, které ji čekají, takže je to hodně o tom prostoru, dostatečně to vysvětlit a aby to ten pacient dostatečně pojmul.*“ Oproti tomu sestra z chirurgie uvádí odlišnou zkušenost, rozhovor SL 3: „*No někdy, některé agentury nejezdí k pacientům, jak mají, ale jinak asi tak nic, jenom to že někam třeba nedojedou, zapomenout, takže pacienti pak volají na oddělení, že nikdo nepřijel. No je jedna agentura, která toto prostě dělá, zapomene a nedojedou a jinak všichni ostatní bez problému.*“ A další důležitý poznatek z praxe staniční sestry rozhovor SL 2: „*Maximálně potom ještě, že pacient nahlásí špatně adresu nebo telefonní číslo, takže pak ta agentura, ta sestřička se nemůže dovolat pacientovi nebo nemůže ho najít na té adrese, takže to je takový jako zásadní problém no že špatně podají informace i ti pacienti.*“

Kategorie 2 Domácí péče

Následující kategorie znázorňuje samotné zaměření ošetřovatelství v domácí péči. Při analýze jednotlivých rozhovorů bylo zjištěno, zda sestry chápou rozdíl v poskytování domácí zdravotní péče a pečovatelských služeb. Dále zda znají kompetence sestry v domácí péči a zda mají povědomí o specializačním vzdělávání sester v domácí péči.

Sestry v rozhovorech SL 1, SL 2, SL 3, SL 5 i SL 6, s jistým tvrzením odpovídají, že zdravotní domácí péče je hrazena pojišťovnou, v malé míře se může podílet pacient, jako samoplátce a pečovatelské služby jsou na plnou úhradu pacienta. Sestra v rozhovoru SL 4 podává odpověď velmi nejistou, spíše větou tázací.

Povědomí sester o poskytování péče

Podkategorie představuje, zda mají sestry z lůžkových částí povědomí o výkonech, které sestry v domácí péči nejčastěji provádí, jaké mají kompetence a zda by dokázaly vyjmenovat určité specializační výkony, které může sestra bez odborného dohledu vykonávat po předchozím absolvování certifikačního kurzu. Sestry v rozhovorech SL 1, SL 2, SL 3, SL 5 a SL 6, mají jasno v tom, že v domácí zdravotní péči musí pracovat pouze vystudovaná sestra bez odborného dohledu. Přesně toto tvrzení popisuje sestra v rozhovoru SL 1: *„Tak, týká se to zdravotního ošetřování toho pacienta, netýká se to pečovatelské péče, jako jsou hygieny, nákupy, mytí oken, ale je to opravdu péče o toho pacienta se zdravotním za měřením, to znamená aplikace injekcí, převazy, rehabilitace, edukace, kontroly léků, intravenózní podávání, potom už ty specializovanější výkony, jako jsou katetrizace mužů, ventilovaný pacienti a tak dál, musí mít sestra certifikát.“* S povědomím o zaměstnání praktických sester či zdravotnických asistentů se shoduje i tvrzení sestry v rozhovoru SL 3: *„Tak to asi asistenti nedělají, ne v domácí péči.“* Z rozhovoru se sestrou SL 4, není možné tvrdit, že má jasné povědomí o kompetencích všeobecné sestry v domácí péči, uvádí: *„Myslím si, že to tam je rozdělené, že prostě tady třeba ta praktická sestra tam může dělat tu pečovatelskou, ty hygieny a takovou tu pomoc? Tak to tam asi může dělat ten asistent.“* Staniční sestra v (SL 2) na otázku, jaké kompetence má sestra v domácí péči odpovídá: *„Sestra má kompetence v rámci vzdělání bez odborného dohledu. Zdravotní asistenti a praktické sestry, tak ty musí pracovat pod odborným dohledem, tak ti by asi v terénu pracovat neměli.“* Na povědomí ohledně specializačních výkonů SL 2 odpověděla: *„Vím, že to cévkování mužů, potom ošetřování invazivních vstupů, jako jsou Midline, Porty a PICC katetry a potom jsou ještě nějaké péče tracheostomie?“* Sestra v rozhovoru SL 6 jasně rozděluje výkony všeobecné sestry a pečovatelské služby: *„Sestra může dělat jako převazy, odběry, injekce, měření FF, rehabilitaci nějakou částečnou. Potom mají různě dodělané kurzy na podávání parenterální výživy, cévkování mužů, péče o ty katetry invazivní, cévní a to je asi tak*

všechno co mě napadá. Zdravotníci asistenti si myslím si, že v domácí péči asi dělat nemůžou.“

Z analýzy rozhovorů se sestrami z lůžkových oddělení je zřejmé povědomí sester o rozdílu v úhradách těchto dvou subjektů. Sestra v rozhovoru SL 1 má přehled následující: *„Tak úhrada, co se týká zdravotních výkonu, by mělo být právě hrazené pojišťovnou, pokud není teda samoplátce a ošetrovatelské výkony tak jsou hrazeny jakoby keš, že si vlastně pacient za to zaplatí. „Tohle tvrzení se shoduje i v rozhovoru SL 2: „Tak pod tu pečovatelskou službu, tak dopomoc při hygieně, jestli ti pacienti něco potřebují v rámci pečovatelských služeb, třeba nakoupit nebo pomoct uklidit doma a tam si vlastně všechno hradí ten klient sám, a ta zdravotní že je to vlastně všechno přes pojišťovnu.“* Rozdíl v úhradě chápe správně i sestra v rozhovoru SL 3: *„No tak zdravotní péče je hrazená pojišťovnou a pečovatelská služba se platí.“* Sestra v rozhovoru SL 4 si až tak jistá v této oblasti není a odpovídá větou tázací: *„No pečovatelská služba no to mi něco říká, že to bude spíš asi všechno keš, nebo, že ? Že jo?“* Podobně odpověděla i sestra v rozhovoru SL 6: *„Tak tu pečovatelku si ti lidi platěj sami a tu zdravotní hradí ta pojišťovna ne? No o ta pečovatelská, to je spíš umývání, hygieny, umývání oken, nákupy a tak.“*

Poskytovatelé domácí zdravotní péče

Následující podkategorie je zaměřena na povědomí o poskytovatelích domácí zdravotní péče v okrese Znojmo. Dále bylo zajímavé zjistit, na koho by se sestra v případě potřeby předpisu domácí péče obrátila a že jsou jisté nedostatky a rozdíly v pokrytí pojištěnců touto službou. Zde byly tvrzení celkem rozdílné. Z rozhovorů lze vyhodnotit, že sestry drží v povědomí agentury domácí péče, které jsou často oslovovány. Staniční sestra z chirurgie (SL 5), zřejmě díky tomu, že se s tímto procesem setkává poměrně často, jasně reagovala: *„Tak povědomí mám, vím, že tady fungují 4 agentury, ale nejčastěji asi spolupracujeme s charitou.“* Stejně odpověděla i sestra z téhož oddělení (SL 3), pravděpodobně proto, že mají letáčky vyvěšeny na nástěnce v jídelně: *„Tak ty, co tady máme, jsou 4 péče, myslím, ano, asi 4 co vím z těch letáček, co máme na oddělení.“* Z vyjádření staniční sestry z traumatologie (SL 2), lze sledovat, že díky pozici, která obnáší přímou spolupráci s agenturou, má povědomí následující: *„Vím, že jsou tu tři agentury, je tu ještě čtvrtá, ale ta tady moc nejezdí, ta agentura Sestřička, ale spolupracujeme s Charitou, HC Moravou a Advantis Medical.“* Z rozhovoru se sestrou SL 6, která

v přímém procesu zajišťování této péče není a měla vyjmenovat agentury domácí péče, je tvrzení následující: „*Co já vím, tak asi dvě? Charita a Advantis Medical.*“ Zajímavě odpověděla SL 6 na reakci, že pokrývá péči i agentura HC Morava: „*Aha, ti ještě fungují, jo?*“ Další zajímavá odpověď byla i od sestry v rozhovoru SL 4: „*Tak to bych řekla, co tak vím asi jedna, dva, tři, ano tři jsou. A nebyla pak ještě jedna?*“ Z tohoto tvrzení usuzuji, že situaci v okrese úplně jistě zmapovanou nemá. Obdobná reakce je sestry SL 1: „*Tak vím, že jich je několik v našem okrese, by to měly být tři agentury domácí péče, co tak moje podvědomí ví, tři a možná více, možná.*“

Indikace domácí péče

Následující podkategorie vypovídá o tom, zda mají sestry z lůžkových částí představu, kdo vlastně určuje sestře práci v samotném terénu, zda jsou nějakým způsobem ve své práci omezeny a kdo určuje délku trvání ošetření v domácí péči. Stejně povědomí o tom, zda je domácí péče limitována věkem, mají sestry SL 2: „*Myslím si, že ne, můžou být samozřejmě ošetřovány i děti, ale záleží taky na diagnóze na zdravotním stavu, na tom co ten lékař vlastně by chtěl třeba u dítěte sledovat nebo tak*“ a SL 1: „*Myslím si, že neexistuje nějaká daná hranice, můžou to být i malé děti, nějaká rehabilitace, klidně i odběry, starší lidi je převážně, že jo ta rehabilitace anebo nějaké defekty, také odběry, takže myslím si, že hranice jako taková neexistuje.*“ Staniční sestra (SL 5), odpověděla s jistotou: „*Tak to u nás není, samozřejmě je to individuální to využití, dle potřeb a diagnózy pacienta.*“ Nejistou odpověď podala sestra SL 4: „*Já si asi myslím, že by to nemělo být omezený věkem, ne? Není, není?*“ a zajímavá byla úvaha sestry SL 6, kdy uvádí: „*Nemyslím si, možná je zvlášť pro děti a dospělé, ale asi to není omezeno věkem, nevím.*“ V oblasti indikace domácí péče sestry vždy zmiňují lékaře. V rozhovoru SL 1 sestra uvádí: „*Měl by to být lékař, který by měl indikovat domácí péči.*“ Stejnou reakci uvedla sestra s rozhovoru SL 6: „*Tak asi praktický lékař, nevím a asi i na doporučení propouštěcí zprávy od propouštějícího lékaře, takže asi lékař.*“ Povědomí o indikaci i od ambulantních specialistů má sestra SL 2: „*Domácí péči předepisují ambulantní lékaři, v nemocnici jsou to vlastně lékaři na lůžkovém oddělení, kteří vlastně propouští pacienta domů, teď vlastně nově i lékaři specializovaných ambulancí.*“ a také sestra SL 3: „*No my tady, pan doktor na oddělení, pak asi obvodáci a z ambulance doktor.*“ S váháním opět odpovídá sestra SL 4: „*Myslím si, že tady určitě teda od nás předepisujeme, takže lékaři v nemocnici, praktický lékař asi i odborný lékaři, specialisté?*“ Povědomí o tom, že právě

lékař je ten, který koriguje sestry v domácí péči je patrné ze všech odpovědí. Dále se shodují informace o délce trvání ošetřování agenturou domácí péče. SL 1 vysvětluje: „Vlastně to celé ošetření, k té dané problematice, ať je to převaz nebo rehabilitace, takže záleží na lékaři, zda rozhodne, jestli je to ošetřování na měsíc na dva, na půl roku nebo na týden.“ Dále uvádí informaci sestra SL 5: „U nás to máme na 14 dní, specialisté taky na 14 dní a pak, jak si to prodlouží praktik je asi individuální, i ty výkony to už asi záleží, záleží na lékaři a vyloženě na problémech toho pacienta.“

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů se sestrami z ambulantních částí

Kategorizace výsledků se skupinou sester z ambulantních částí byla analyzována z rozhovorů s pěti sestrami různých věkových kategorií a délky praxe. Rozhovor poskytly čtyři sestry z ordinace praktického lékaře a jedna sestra z odborné, ortopedické ambulance.

Tabulka č. 2: Skupina 2 – sestry z ambulantních sektorů

Sestry ambulantní část	Odbornost	Pracovní pozice	Věk	Vzdělání	Délka praxe
SA 1	Praktický lékař	Všeobecná sestra	47 let	Středoškolské	27 let
SA 2	Praktický lékař	Všeobecná sestra	32 let	Vyšší odborné	8 let
SA 3	Praktický lékař	Všeobecná sestra	46 let	Středoškolské	21 let
SA 4	Praktický lékař	Všeobecná sestra	32 let	Vyšší odborné	8 let
SA 5	Traumatologická ambulance	Všeobecná sestra	44 let	Středoškolské	19 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Kategorie 3 Spolupráce s agenturou domácí péče

Tato kategorie popisuje nejen povědomí o pokrytí služeb agentur domácí péče, ale hlavně samotný systém spolupráce. Z reakcí ohledně pokrytí služeb je patrné, že konkrétní sestra

má povědomí o těch agenturách, s kterými jsou v úzkém spojení. To potvrzuje vyjádření celé skupiny respondentů. Povědomí o pokrytí agentur domácí péče v okrese Znojmo, lze dle výsledků rozdělit do dvou skupin. První skupina se shoduje na počtu, tři agentury, kdy SA 1 uvádí: „*Myslím, že spolupracujeme se všemi s Charitou, Advantis Medical i s HC Moravou, takže tedy tři agentury domácí péče.*“. Sestra v rozhovoru SA 2 reaguje obdobně: „*My třeba spolupracujeme s Advantis Medical, máme i Charitní službu, pak je tam teda ještě nějaká domácí péče, ale to jsme snad jen jednou něco řešili a pak víckrát jsme se nespojili, a my hlavně ten Advantis, takže teda si tři, co vím.*“. Poslední shodná odpověď je od sestry SA 5, kdy odpovídá: „*Tak je tu Charita, HC Morava a Advantis Medical.*“. Další dvě sestry, které byly dotazovány a reagují rozdílným počtem, vysvětluje poloha jejich ordinací. Tyto ambulance praktických lékařů sídlí v okolí Moravského Krumlova, kde má sídlo i čtvrtá agentura domácí péče, proto o ní mají větší povědomí. Sestra v rozhovoru SA 3 vyjmenovala správně všechny agentury: „*Tak tady fungují čtyři agentury, Charita, Advantis Medical, Sestřička a HC Morava.*“ a u sestry SA 4 je patrné, že dvě agentury nevyužívají vůbec: „*Spolupracuji se dvěma, vím ale, že jsou tu čtyři - Advantis, Charita, Sestřička a ještě jedna v nemocnici.*“.

Dále je v této kategorii popsán samotný proces předání informací o agenturách od sester z ambulantní části. Sestra SA 1, poskytuje informace následovně: „*V podstatě jim řeknu název agentury, jenom krátce teda představím, co všechno ta agentura může, aby byl trošku v obraze, a to je tak asi jako všechno. Zjišťuju, jestli teda tam nějaká agentura jezdila předtím, abychom navázali na tu péči se stejnou agenturou.*“. Obdobný systém předání informací má i sestra SA 2: „*Tak většinou, když k nám přijdou pacienti tak pořádně pacienti neví, nemají představu o těchto službách, takže jim předáme informace o té agentuře, se kterou jsme nejvíce spokojeni, a kterou vlastně nejčastěji využíváme. Předám jim vizitku, ale většinou jim to zajistíme hned my z té ordinace anebo jim, i když chtějí, předáme letáčky.*“. Dále je shodný postup sestry u praktického lékaře (SA 3) a sestry z traumatologické ambulance (SA 5), kdy po indikaci domácí péče lékařem ihned volají vrchní sestře agentury a domácí péči zajistí, potom předají pacientovi telefonní číslo na vrchní sestru a upozorní pacienta, aby čekal na hovor od terénní sestry, kdy se k němu dostaví.

V této kategorii jsou znázorněny i problémy vyskytující se v interakci mezi ambulancí a agenturou domácí péče. Shodující se výsledek u sester SA 5 a SA 4 je zaměřen na smluvní

vztahy s pojišťovnami. Tuto situaci vysvětluje SA 4: „Na žádné konflikty takto nenarážíme, spíš jediný problém, že nemůžeme předat pacienta, protože ta agentura nemá smlouvu s nějakou pojišťovnou.“. SA 5 popisuje situaci takto: „Jako překážku vnímám to, že nemají agentury všechny smlouvy s pojišťovnama, když po mě chce doktor, ať objedná agenturu, musím se ještě podívat jakou má pojišťovnu a podle toho taky tu agenturu vybrat. Kdyby měly všechny agentury, všechny pojišťovny bylo by to jednodušší, ale všechny tady má jenom Charita.“. Sestry v rozhovorech SA 3 a SA 2 překážky nebo problémy žádné nevedly. Pouze sestra SA 1 uvedla negativní zkušenost s nejmenovanou agenturou: „Tak to bude asi individuální a bude se to odvíjet asi od nějaké konkrétní agentury domácí péče, ale většinou je to o lidech a v minulosti se samozřejmě nějaké problémy vyskytli v komunikaci ale, no s jednou nejmenovanou agenturou domácí péče jsme, spíš nám bylo diktováno sestřičkou z domácí péče, co by jsme měli, a vlastně o tom by měla rozhodnout paní doktorka a ne ta sestra, takže skrz tohle byl jakoby rozpor a neshoda.“.

V této kategorii je také znázorněno kladné hodnocení spolupráce mezi ambulancí a agenturou domácí péče. Z výsledků je patrné, že komunikace mezi ambulancí a agenturou je velmi důležitá a na základě toho dochází k budování kvalitního partnerského vztahu. To potvrzuje například sestra SA 4: „Nám vyhovuje ta telefonická domluva – takhle to je perfektní předám info, jak agentuře, tak pacientům. Potom od agentur co s nimi pracujeme, mám informace dostatečné v rámci zpětné vazby. Sestry z terénu píší pravidelně měsíční ošetřovatelské zprávy a dokonce vrchní sestra z jedné agentury chodí za námi a kontroluje, zda vše probíhá jak má.“ Podobně reaguje i sestra SA 5: „Máme pravidelnou zpětnou vazbu, jak od sester z terénu, tak od vrchní sestry, pokud je nějaká komplikace v hojení okamžitě z agentury někdo volá a problém se řeší, komunikace je mezi námi strašně důležitá a když funguje toto, jsou všichni spokojení.“. Sestra SA 3 a SA 2 zmiňují větší množství letáček, SA 2 doslova: „Letáčků není nikdy dost, jinak ale vše funguje a my jsme spokojení.“.

Kategorie 4 Povědomí sester o nabídce služeb agentury domácí péče

Tato kategorie je zaměřená na možnosti poskytovaných služeb agentur domácí péče, povědomí o úhradách služby a porovnání domácí zdravotní péče a domácí pečovatelské služby. Sestry v ambulantních částech mají samozřejmě jasné povědomí o tom, že domácí

zdravotní péči indikuje lékař, ale podrobnosti indikace, limitů ošetření a délku platnosti poukazu neznají. To vyplývá z rozhovorů sester SA 1: „*Vím, že je to praktik, a vím, že teď je nějak nově může předepsat i odborná ambulance, ale myslím, že to je jen nějak na omezenou dobu, myslím jen jako nějaký ten prvotní ten poukaz a pak už to musí prodloužit ten praktik, ale teď si v tom úplně nejsem jistá a samozřejmě automatika lékař z lůžkového oddělení. A nějaké omezení ten počet výkonů a časové omezení to teda vážně nevím.*“ a obdobně reaguje sestra SA 4: „*Předepsat to může lékař praktik nebo odborný a z lůžkového oddělení a nějaký omezení, tak tohle vůbec nevím, ale tak určitě tam bude, každej poukaz má nějakou platnost.*“. Povědomí o možnostech domácí péče má vzhledem k předchozí praxi v agentuře domácí péče sestra SA 3, kdy reaguje na možnosti indikace a limitů péče následovně: „*Zdravotní péči může předepsat praktický lékař nebo tedy vlastně i nějaký ambulantní specialista a hlavně když jdou lidi z nemocnice, když odcházejí do domácího doléčení a je potřeba tam práce sestry. Limit je u specializované ambulance a lůžkového oddělení na čtrnáct dní a potom to přechází na praktika, kde je možno určit na tři měsíce a pak je možno to kdykoli prodloužit. Potom je to mezené podle výkonu vím, že lze vykázat 15 minu, 30 minut 45 minu i hodina, ale vím, že maximálně tři hodin denně.*“ Sestra SA 5 má aktuálně přehled o indikaci z ambulance odborného specialisty, protože pozitivně uvítali změnu ve vyhlášce, která jim také umožňuje indikaci, které začali hojně využívat, (SA 5): „*Předepsat domácí péči může praktik, lékař z oddělení a konečně už i lékař v odborné ambulanci. Za tuto možnost jsme strašně rádi, protože dříve, když jsme potřebovali zajistit převaz, museli jsme o to žádat praktika a na to tady není čas a kolikrát už měl ten daný praktik i po pracovní době a pak agentuře třeba i odmítl poukaz podepsat. A ta doba čtrnáct dní nám úplně stačí, je pak čas, aby si to agentura s praktikem pak vyřídila.*“.

Dále je kategorie zaměřena na povědomí o rozdílu mezi zdravotní péčí a pečovatelskou službou. Sestry v ambulancích mají jasno v této oblasti, sestra SA 3 rozděluje: „*Agentura domácí péče je placena pojišťovnou a pečovatelské služby si pacient sám hradí a to je právě třeba jako hygiena, úklid, donáška obědů a taky nákupy.*“. Sestry v rozhovorech SA 1, SA 2, SA 4 i SA 5 odpovídají totožně.

Kategorie 5 Poskytování péče v domácím prostředí klienta

Tato kategorie je zaměřena na samotného klienta, na jeho přání, potřeby a aktuální diagnózu, které zohledňuje sestra či lékař při výběru agentury domácí péče. Z výzkumu vyplývá, že pozitivní zkušenost s agenturou je respektována a hraje velkou roli při budoucí spolupráci. To je patrné s rozhovoru SA 4: „*Dáváme pacientovi agenturu na výběr, ale rádi doporučíme konkrétní společnost. Pak podle toho na kom se dohodneme, tak využiju ten letáček nebo vizitku a předám ústně informace.*“ a také z rozhovoru SA 5: „*Ptáme se vždy pacienta, jestli už k němu někdo jezdil, nebo teď aktuálně jezdí a podle toho se domluvíme, třeba si i sám ten pacient zkontaktuje sestřičku a pokud ne, zavolám já agenturu, se kterou se mi dobře komunikuje.*“. V tom, že se pacienta sestra zeptá a respektuje jeho přání, se shodly i SA 1 a SA 2. Z vyjádření SA 3 je také patrné, že při výběru agentury pro pacienta, je důležitá diagnóza, se kterou se pojí schopnost agentury zabezpečit individuální péči: „*Je taky důležité, která agentura má různé odborné způsobilosti k výkonům, třeba na DÚPV, katetry, parenterální výživu, mám informace, které agentury jaké výkony provádí.*“

Pozitivní vliv domácího prostředí

V této podkategorii je vyjádřena motivace, která vyplynula z rozhovorů při předávání informací o agentuře domácí péče pacientům. Z reakcí SA 1 a SA 5 je patrné, že se snaží pacientům vysvětlit pozitiva a přednosti ošetření v domácí péči. Příklad vysvětlení pacientovi od sestry SA 1: „*Vysvětlím jim výhody (smích), to znamená, že oni sem nemusejí jezdit, nemusí jezdit do infekčního prostředí, pokud je zhoršená mobilita, že je to pro ně snazší, prostě se jim snažím upřednostnit ty výhody pro ně.*“. Obdobně motivuje pacienty i sestra SA 5: „*Snažím se pacientů vysvětlit, že když to lékař dovolí, mají být rádi, protože jim sestřička přijede až přímo domů, takže nemusí nikam dojíždět a nemusí sedět a čekat někdy i dlouhé hodiny před ambulancí a na to ošetření čekají v teple doma.*“. Sestra v ambulanci praktického lékaře (SA 2), nejen že vysvětlí výhodu ošetření v tom, že nikam pacient nemusí jezdit, ale také je uklidní, že péče proběhne stejně odborně, jako by byli ve zdravotnickém zařízení: „*Takže, je to vlastně jako v nemocnici, ale výhoda je že přijede ta zdravotní sestřička přímo domů jim odebrat krev, nebo udělat převaz, polohování, rehabilitace, ale vlastně je to pro ně lepší v tom, že to mají v domácím prostředí, že nejsou deprimovaní tou nemocnicí.*“

Ošetrovatelská péče

V podkategorii ošetrovatelská péče je vyhodnoceno povědomí sester z ambulancí k problematice výkonů a kompetencí sester v domácí péči. Zde bylo vyhodnocení také velmi jednoduché, sestřám jsou kompetence velice dobře známy, vyjádření sestry SA 3: „*Sestra v domácí péči, musí mít vzdělání podle vyhlášky bez odborného dohledu.*“ se shoduje i s vyjádřením sester SA 1, SA 2, SA 4 i SA 5. Co se týká specializačních výkonů v domácí péči, kromě SA 6, všechny dotazované zmínily, katetrizaci mužů. Parenterální výživu v odpovědi zahrnuly sestry SA 4 a SA 3. Sestra SA 2 neměla vůbec povědomí o takové škále výkonu, sdělila: „*No tak to si neumím vůbec představit, s tím jsem se nikdy nesetkala.*“. Při konkretizaci výkonů všeobecné sestry v terénu, všechny oslovené zmínily převazy, odběry krve, injekce a rehabilitaci.

4.3 Kategorizace výsledků rozhovorů s laickou veřejností

Následující kategorizace výsledků byla analyzována z rozhovorů s laickou veřejností. Celkový počet dotazovaných bylo šest a byli vybráni náhodně bez ohledu na věk, pohlaví a pracovní pozici.

Tabulka č. 3: Skupina 3 – Laická veřejnost

Laická veřejnost	Pracovní pozice	Věk
L 1	Manažerka úklidové firmy	53 let
L 2	Prodavačka v oční optice	38 let
L 3	Důchodkyně	67 let
L 4	Důchodce	63 let
L 5	Prodavačka v potravinách	41 let
L 6	Finanční poradce	44 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Kategorie 6 Povědomí veřejnosti o domácí zdravotní péči

Tato kategorie je zaměřena na skupinu laické veřejnosti v rámci přehledu o těchto službách. Je zde znázorněno chápání pojmu domácí zdravotní péče, přehled

poskytovatelů, osobní zkušenosti, či přehled o tom, jak tyto služby fungují. Dále je zde zobrazeno povědomí o výkonech zdravotní sestry v domácí péči a chápání rozdílů mezi pečovatelskou službou a domácí zdravotní péčí. Z výsledků je zřejmé chápání služeb domácí zdravotní péče, kdy lze hodnotit, že oslovení L 1, L 2 a L 6 dokáží, tuto problematiku lépe vysvětlit, z důvodu osobní zkušenosti se službami domácí zdravotní péče, jež využívali jejich rodinní příslušníci. Další oslovení L 3, L 4 a L 5 dokáží tyto služby definovat, protože v jejich okolí bydlí sestry z agentur domácí péče a díky jejich pohybu v terénu, při ošetřování jejich známých povědomí o těchto službách získali. Tato kategorie také popisuje chápání či vysvětlení pojmu domácí zdravotní péče. Reakce L 1: *„Představím si pod tím, že zdravotní sestřička přijede k pacientovi domů a tam provede jakékoliv úkony, co se týká ošetření převazů, podání léků, masáže a rehabilitace například.“*, se ztotožňuje s vysvětlením L 2: *„No vím, že je možnost, aby zdravotní sestra jezdila ke klientům domů, třeba hlavně když jsou v nemocnici, tak aby tam nemuseli trávit takový dlouhý čas.“* L 6 reagoval velmi podobně: *„Tak vím, že zdravotní sestry jezdí domů ke starým lidem, aby jim třeba vzaly krev, dávaly léky a třeba mojí babičce jezdí převazovat ránu, potom co jí uřezali nohu.“* Oslovení L 3 a L 4 definovali tuto službu jako pomoc sestry v domácím prostředí. Oslovená L 5 uvedla: *„No o této službě jsem se dozvěděla v práci. Chodí k nám nakupovat jedna sestra, která to dělá. Tak když se třeba bavíme, říkála právě, že jezdí domů k těm lidem a bere jim třeba krev, převazuje rány a tak.“* Z výsledků je tedy zřejmé, že nějaké povědomí i laická veřejnost o těchto službách má a to buď na základě vlastní zkušenosti, anebo jsou tyto služby v povědomí díky pohybu sester v terénu.

V této kategorii lze také posoudit, jakou má laická veřejnost představu o pokrytí služeb domácí péče v okrese Znojmo. Z výsledků je patrné, že povědomí je získáno opět buď z důvodu osobní zkušenosti, anebo v souvislosti s pohybem sester v terénu. Vyjádření L 1, L 2 a L 6 se shoduje, z důvodu zkušenosti s využitím služeb domácí péče v rodině. Oslovená L 1 uvádí: *„Tak k mojí mamince jezdila firma HC Morava, ale vím, že ještě v nemocnici je Advantis a asi nejnámější tady je Charita.“* L 2 reaguje: *„Za mojí babičkou jezdili z toho Advantis, ale pak je tady ještě Charita, ti určitě dělají taky to domácí ošetřování.“* A oslovený L 6 se shoduje: *„Ta sestra co jezdí k mojí babičce je z té agentury Advantis Medical, další názvy nevím, ale napadá mě, že ještě Charita bude určitě i něco takového dělat, z Charity má babička půjčenou polohovací postel.“* Další oslovení jsou si s odpovědí celkem nejistí, příkladem je vyjádření L 3: *„Tak názvy*

agentur si asi nevybavím, vím, že určitě Charita, ale jestli to mají nějak rozdělené nevím. Potom tady potkávám takový bílý autíčka s nálepkama, ale na ten název si nevzpomenu.“. Obdobně odpověděli i oslovení L 4 a L 5, kdy reagovali na rozdělení, vzhledem k odlišnosti popsaných automobilů, které sestry využívají. Z odpovědí dále vyplynulo, odkud se oslovení o agentuře domácí péče dozvěděli, případně na koho by se obraceli, kdyby potřebovali informace o těchto službách získat. Ti, kteří tyto služby znají ze zkušenosti s využitím u jejich blízkých, byl primárním zdrojem lékař. Příklad L 1: „Když nám maminku chtěli propouštět domů z nemocnice, bylo to z důvodu toho, že umírala a muselo se jí doma píchat Morfium. Taťka si ji chtěl vzít domů, tak jsem zavolala její obvodní lékařce a ona mi řekla, že to zařídí. Maminku pustili z nemocnice a ještě v ten den večer, přijela sestra z agentury a ukázala to i taťkovi, jak to má píchat, protože to maminka potřebovala i v noci. Takže vlastně na obvodní lékařku jsem se obrátila“. L 2 se shoduje s L 6: „Babička byla po operaci, a bylo potřeba tu ránu převazovat, takže z nemocnice jí pustili s tím, že druhý den přijede sestra a bude za ní pravidelně jezdit na převazy. Takže, kdyby to bylo v souvislosti s propuštěním, tak je asi potřeba se obracet na toho lékaře v nemocnici“. Internet, jako zdroj informací by využila oslovená L 2 a L 5. Na praktického lékaře by se obrátili L 3 a L 4, kdy L 3 popsala: „Tak podle toho co si myslím, ta péče vlastně souvisí s nějakým zdravotním problémem, takže bych tu péči vyhledávala nebo se na ni vlastně informovala u praktického lékaře.“.

Kategorie 7 Osobní zkušenost

V této kategorii je znázorněno povědomí o domácí zdravotní péči v rámci spojitosti s osobní zkušeností oslovených. L 1, L 2 i L 6 osobní zkušenost již zmínili. K vyjádření L 1, bylo připojeno i hodnocení poskytnuté péče: „Jak jsem říkala už, že k nám jezdila sestra píchat to Morfium, trochu se mi nelíbila jedna věc, hned při první návštěvě řekla tatínkovi, že sem nemůžou jezdit každých těch šest hodin, co to maminka potřebovala píchat, takže mu to ukáže a v ty ostatní časy, to musí píchat sám. Naštěstí, to trvalo asi tři dny a maminka v klidu odešla, ale zpětně když se nad tím zamyslím, ten přístup mi nepřišel vůbec profesionální.“. Oslovení L 2 a L 6 dostali k dispozici sestru z domácí péče přímo z oddělení v nemocnici a oslovená L 2 sdělila následující zkušenost: „Obě moje babičky využívaly tuto službu. Jedna babička měla otevřenou nohu, a pořád se střídalo období, kdy to bylo lepší a kdy horší. Párkrát jsem ji doprovázela na chirurgii a vím, že se tam doktor ptal, jak často sestry jezdí a co na tu nohu dávají, takže k té babičce jezdily sestry

asi 4 roky, než zemřela. Vím, že když to bylo horší, jezdily o víkendech, takže každý den, když to bylo lepší tak třeba třikrát do týdne. Potom druhá babička spadla a měla zlomeninu pánve snad, tak to zase jezdila sestra taky myslím třikrát v týdnu a pomáhala jí s chůzí a cvičila s ní. Ale to nejezdila nijak dlouhodobě, jen myslím, tak tři měsíce.“. Další oslovení přímo spojitou zkušenost s ošetřováním blízkých agenturou domácí péče nemají, ale například L 3 uvedla: „Před půl rokem jsem spadla a zlomila jsem si zápěstí, měla jsem prvně ruku v sádře a po nějaké době mi pan doktor na traumatologii řekl, že už bych s tím měla cvičit, že mi dá žádanku na rehabilitaci. Na radu známé, jsem se obrátila na praktického lékaře a ptala jsem se ho, že mi známá řekla, že bych nikam nemusela a sestra by mohla jezdit mě cvičit domů. Tak mi řekl, že v mém případě musím jezdit na rehabilitaci do nemocnice, že mám nohy zdravý a manžel mě tam může vozit. Takže je to taková zkušenost na půl a vlastně teda nevím ani jak to funguje, když ta známá to měla to stejný, ale teda byla po operaci té ruky, a tu sestru jí volali přímo z nemocnice.“. Z následujících vyjádření, lze posoudit, že indikace domácí péče lékařem je zcela individuální a zřejmě i závislá na řadě okolností.

Ošetrovatelská péče

Tato podkategorie znázorňuje přehled o výkonech sestry agentury domácí péče, povědomí o úhradách a indikaci lékařem. Dále pak zobrazuje výsledky chápání rozdílu mezi pečovatelskou službou a domácí zdravotní péčí. Jako příklady výkonů sestry v domácí péči, zahrnuli všichni oslovení převazy ran, rehabilitace a odběry krve. Dále pak L 2 a L 6 uvedli i píchání inzulínu. Z výsledků je tedy zřejmé, že laická veřejnost rozumí tomu, že se jedná o poskytování odborných sesterských výkonů v přirozeném sociálním prostředí klienta. Z této kategorie zároveň plyne povědomí o úhradách domácí zdravotní péče. Vyjádření L 1: „Tato služba je hrazena pojišťovnou.“, s tímto tvrzením se ztotožňuje i L 6: „No babička, vím, že nic neplatí, takže to bude asi účtováno přes pojišťovnu, tak jako když jdu k doktorovi, ne?“. L 3, L 4 i L 5 podali shodnou odpověď a to, že neví. Nikdy těchto služeb osobně nevyužívali a proto nad tím ani nikdy nepřemýšleli. Dále je v této podkategorii zahrnuto povědomí o době trvání domácí péče a následně, kdo dobu trvání návštěvnosti sestry určuje. L 1: „Určitě to bude ovlivněno tím, v jaké kondici je ten pacient, jaké potřebuje to ošetření, myslím si, že je to po tu nejdůležitější dobu, co to ten pacient potřebuje. Pak si myslím, že je to ten lékař, který to určí a sestřička vyhodnotí co je důležité a co není.“. L 2 uvažuje obdobně: „Tak, asi je

to dané v závislosti, jak je potřeba tu danou ránu, nebo ten daný problémy řešit, ale asi se to musí nějak konzultovat s tím lékařem.“. Odpověď L 3, L 4 a L 5 byla, že neví. Logicky si odvodil odpověď L 6, kdy sdělil, že: „*Tak asi vzhledem k tomu, že tu péči nastavuje nebo určuje ten doktor, tak on o tom bude rozhodovat a když teda toho člověka nevidí, měl by nějak ten stav konzultovat s tou danou sestrou, co tam jezdí.*“. Jako poslední tato podkategorie znázorňuje povědomí o pečovatelské službě. L 1 a L 2 mají povědomí o rozdílu mezi zdravotní a pečovatelskou službou. Uvedli, že v případě zdravotní péče se jedná o odborné výkony zdravotní sestrou a v případě pečovatelských služeb se jedná o pomoc v denních potřebách, jako je koupání, nákup a případně i pomoc s obědem. Na podobné odpovědi se shodli dotazovaní L 3, L 4, L 5 i L 6, kdy L 4 konkrétně uvádí: „*Tak myslím, že tam rozdíl nebude, prostě sestra, když je u toho pacienta, tak mu asi musí pomoci se vším, co potřebuje, ne?*“ Obdobná reakce L 6: „*Tak vím, že když tam je ta sestra a babička se potřebuje před převazem umýt, pomůže jí, takže v tom asi rozdíl nevidím, maximálně, že by si za to musela něco připlatit, ale to si nejsem jistý.*“. Opět lze tedy hodnotit, že pokud se v situaci člověk neocítl na vlastní kůži, nebo ji pro své blízké bezprostředně nezajišťuje, rozdíl v úhradách a službách pečovatelka a zdravotních sester v terénu moc nevnímají.

4.4 Kategorizace výsledků rozhovorů s klienty ošetřovanými ADP

Následující kategorizace byla analyzována z rozhovorů s klienty ošetřovanými agenturou domácí péče. Celkový počet dotazovaných bylo šest, bez ohledu na věk, pohlaví a diagnózu.

Tabulka č. 4: Skupina 4 – klienti ošetřovaní ADP

Klienti ADP	Využití služeb	Věk
K 1	Převazy, podávání léků	92 let
K 2	Převazy	68 let
K 3	Ošetřovatelská rehabilitace, odběry krve	69 let
K 4	Ošetřovatelská rehabilitace, péče o PMK, odběry krve	72 let
K 5	Bandáže lymfedému DKK	81 let
K 6	Převazy a rehabilitace po operaci kolena, injekce	68 let

Zdroj: Vlastní výzkum, 2023

Kategorie 8 Zkušenosti pacientů s domácí péčí

Z výzkumného šetření je patné, že nejdůležitější pro tuto skupinu oslovených lidí, je vytvořený vztah s primární sestrou dané agentury a vnímají ji jako svoji pravou ruku a oporu při řešení svých problémů. To potvrzuje vyjádření K 1: *„Mně vyhovuje, že mám svoji sestřičku a cokoliv potřebuju, mi vyřídí, zjistí a pak řekne. Měla jsem nohu strašně bolavou a teď vidím, že se to hodně, hodně zlepšilo a je to zásluhou té sestřičky, která mě chodí ošetřovat.“*. Z odpovědí dotazovaných vyplývá, že pokud je pacient v péči agentury, s jakoukoli potřebou se obrátí na svoji primární sestru, to potvrzuje rozhovor s klientem K 5: *„Myslím, že vím všechno, co potřebuju a když ne, tak mi to sestřička zjistí a jsem rád hlavně tady za Janičku, ta mi se vším vždycky poradí.“*. Oslovení klienti K 1 a K 2 se shodují, že se prvně poradí se svou sestřičkou a ta jim řekne, jak dál postupovat. K 1 vysvětluje: *„Všechny informace mi moje sestřička vždycky řekne, nebo to zjistí a pak se obracím na moji paní doktorku obvodní, Ivanku Vokurkovou.“*. Klientka K 2 uvádí: *„Prvně se obrátím na svoji sestřičku Radku, ta mi vždycky poradí a pak na pana doktora obvodního nebo specialistu.“*. Klientka K 3 jako jediná zmiňuje, že se snaží prvně informace zjistit sama a až po té oslovuje, známé rodinu a neposlední řadě lékaře: *„Tak já si zatím zvládám vše nějak zjistit najít sama na internetu i a tak, ale pokud bych to už nezvládala, tak se obrátím na rodinu, přátele a taky pana doktora.“*

Z analýzy rozhovorů je dále zřejmé, že lékař je v oslovené skupině, spolu s propojením informací od ošetřující sestry, vnímám, jako hlavní koordinátor této služby. Jako zdroj informace a nabídky návštěv sestry domácí péče, je zmíněn obvodní lékař u osloveného K 4: *„Informace o domácí péči a tuto službu mi nabídl nás obvodní lékař.“* a také podobné vyjádření K 5: *„Informace mě dala obvodní lékařka.“*. Jako další zmínění byli lékaři z nemocnice, a to jak propouštějící lékař z oddělení, tak ze specializované ambulance. Toto potvrzuje odpověď K 6: *„Mě byla nabídnuta péče dvakrát. Jednou od obvodního lékaře, kdy jsem měla bolesti zad, tak zavolal sestru, aby mi jezdila domů píchat injekce. Potom jsem byla v nemocnici na operaci s kolenem a to mi hned po propuštění taky zavolali sestru a ta mi jezdila převazovat tu ránu po operaci, vyťahovala mi stehy, abych tam zase nemusela a taky mi tu nohu rozcvičila.“*. Také klienti K 3 i K 2 měli doporučenou agenturu domácí péče po propuštění z nemocnice. V souvislosti s převazy rozsáhlého cirkulárního bércového vředu dolní končetiny dostala nabídku

domácí péče klientka K 2: „*Když mě propouštěli z chirurgie ze Znojenské nemocnice, tak mi byla ta služba nabídnuta, tak jsem ji přijala.*“. Obdobnou zkušenost má i klientka (K 3), které byla služba nabídnuta, když byla propouštěna z léčebny: „*Šla jsem domů z léčebny pro ty dlouhodobě nemocné a huř jsem chodila a měla taky hadičku na čůrání, tak mi doporučili sestru z domácí péče.*“. Z výsledků lze tedy vyhodnotit, že tyto oslovení měli službu domácí zdravotní péče doporučenou přímo lékařem. Se zaměřením na probíhající službu, určováním péče a případnou dobu trvání se klienti vyjadřují následovně. Klient K 3 uvádí příklad: „*No vím, že sestřička když se cokoliv se mnou děje volá panu obvodnímu lékaři, takže s ním můj stav vždy řeší.*“. Menší rozpor s dobou trvání péče měla zkušenost K 2, která popisuje: „*Určitě pan doktor tuto službu řídí a ptá se té moje sestry, jak ta noha vypadá. Mám nohu otevřenou celou dokola a bylo mi řečeno, že se nikdy nezažije a pak doktor mi jednou řekl, že už bych si to měla umět převazovat sama, protože přece mi nebude do smrti posílat sestru z agentury.*“. Zajímalo mě tedy, jak tuto situaci klientka řešila, závěr K 2: „*Popravdě jsem brečela sestřičce a ta mi poradila, že až půjdu s nohou na chirurgii, mám to tam říct panu doktorovi a poprosit ho, ať do zprávy napíše, že si to sama nezvládnou dělat a že dále prosí obvodního o zajištění domácí péče ve stejném ošetřování třikrát v týdnu. Takhle mi to pan doktor napsal, já jsem s tou zprávou pak šla k obvodnímu a ten to teda zatím pořádkem dovolil.*“. Z vyjádření oslovených je tedy zřejmé, že je důležitá spolupráce a zpětná vazba mezi agenturou domácí péče a lékaři.

Kategorie 9 Pohled klienta na ošetrovatelskou péči

Tato kategorie je zaměřena na povědomí o výkonech sestry agentury domácí péče, úhradách péče a povědomí o pečovatelských službách. Z výzkumu této skupiny vyplývá, že klienti, jež jsou v procesu ošetřování a mají osobní zkušenost, povědomí o rozdílu v úhradách domácí zdravotní péče a pečovatelských služeb mají. Dále je zde zmíněna spokojenost klientů s probíhající péčí a budování důvěry mezi sestrou a klientem. Z výsledků je patrné, že na základě spokojenosti s prací sestry se klienti i s jejich zdravotním deficitem cítí díky sestře, ve které vnímají oporu jistěji. Velkou spokojenost popisují klienti K 3, K 4 a K 5. Klientka K 3 se vyjadřuje: „*Ke mně chodí sestřička asi půl roku a zkušenosti s ní mám zatím ty nejlepší.*“. Obdobně odpovídá i K 4: „*S prací moje sestřičky jsem velice spokojená.*“. Stejný názor má i klient K 5: „*Abych řekl, tak zkušenosti mám velice dobré, jsme velice spokojení a lepší sestřičku bych asi nenašel.*“.

Aktuální spokojenost vyjadřuje i klientka K2, ovšem agenturu domácí péče má již druhou a popisuje, že s první spokojená nebyla: „*No teď jsem velice spokojená s touto agenturou, ale předtím jsem měla jinou agenturu a to jsem spokojená nebyla. Stávalo se často, že jsem seděla s rozbalenou nohou klidně celý den a nikdo se třeba ani neozval a nikdo nepřišel. Nebo mi často i odpoledne zavolali, ať si to převážu sama, že nestíhají a to se mi teda nelíbilo.*“. Z následujících tvrzení je tedy patrné, že spokojenost klientů s jejich primární sestrou a celkově se službami agentury domácí je pro ně v žebříčku hodnot na prvních místech.

Tato kategorie také popisuje povědomí klientů o dalších poskytovatelích v okrese Znojmo a povědomí o porovnání služeb domácí zdravotní péče a pečovatelských služeb. Dále také zobrazuje jejich představu o formách úhrady. Klienti K 1, K 2, K 3, K 4, K 5 i K 6 se shodují s povědomím o výkonech domácí zdravotní péče, zmiňují převazy, injekce, odběry krve a rehabilitace. Lze z odpovědí usoudit, že tento přehledu mají z důvodu osobní zkušenosti. Všichni tihle oslovení jsou obeznámeni i se systémem financování, K 1, K 2, K 3 i K 4 odpověděli: „*Tato služba je hrazena pojišťovnou.*“. Reakce klienta K 5 byla směřována k financím, kterými by měla být ohodnocena zdravotní sestra v terénu, (K 5) : „*Tak hlavně si myslím, že by se mělo tady těm sestřičkám přidat.*“, obdobně reagovala i klientka K 1: „*No a hlavně, aby ta úhrada byla dobrá, protože sestřičky se tady toho s náma nadělají, že to skutečně zasluhuje opravdu velikou odměnu.*“. Klientka K 6 odpověděla: „*To nevím, ale já nic neplatím.*“. Když vyhodnotíme reakce ohledně pečovatelských služeb, lze opět rozdělit odpovědi do dvou skupin. Ti, kteří využívají i služeb pečovatelek, povědomí mají, ti kteří je nikdy nevyužili, neměli představu. Vzhledem k osobní zkušenosti, je reakce K 1: „*No ty pečovatelky chodíjou koupat, nakupovat, uklízet, obědy donést a tak, ale to musím zaplatit.*“. Klientka K 2 má také povědomí jasné: „*Ty pečovatelky, chodí umývat, obědy nosí a pomáhají i s úklidem, třeba.*“, obdobně odpověděli i klienti K 3, K 4. Žádné povědomí o pečovatelských službách neměl klient K 5, jeho odpověď: „*Tak to nevím, co bych řekl, no nevím pečovatelky tady u mě nikdy nebyly tak to nemůžu posoudit, bydlím se synem, tak co nezvládnou, mi pomůžou.*“.

5 DISKUZE

Tato část bakalářské práce komparuje výsledky získané výzkumným šetřením. Prvním cílem práce bylo zjistit informovanost sester o možnostech domácí péče. Pro dosažení cíle bylo zkoumáno, jaké mají sestry povědomí o pokrytí domácí zdravotní péče v okrese Znojmo, odkud získaly informace o domácí péči, zda mají přímé zkušenosti s agenturou domácí péče a zda mají jasno v indikaci domácí péče.

Dostálová et. al. (2018) zastává názor, že má sektor domácí zdravotní péče své nezastupitelné místo ve zdravotnictví. Proto je důležité, aby všeobecné sestry měly o těchto službách povědomí a mohly pacientům v případě potřeby poskytnout kvalitní informace. Z výsledků je patrné, že dostatečné množství informací pacient získá v případě lůžkového oddělení od staniční nebo vrchní sestry, která je přímo do procesu předávání pacientů agentuře domácí péče zapojená. Toto potvrzuje vyjádření sester SL 1 a SL 3, kdy obecné povědomí o těchto službách mají, ale odkazují pro více informací na vedoucí sestru oddělení. Další vyjádření sestry SL 6: „*Informace, ježiši to já žádný nevím, mě se to tak nějak netýká, tak mě to ani nezajímá. Nevím asi bych je odkázala na naši vrchní sestru, na nějakou sociální pracovníci anebo na internet. Víc mě nenapadá, když to řeknu blbě, mě se to netýká, od nás jdou skoro všichni pacienti, když potřebují další péči zdravotní sestry na LDN-ku a s tímhle opravdu nepřijdem do kontaktu.*“. Takové vyjádření lze považovat za velice neprofesionální. Domníváme se, že každá sestra by si měla v případě potřeby udělat čas na svého klienta a poskytnout mu dostatek informací k dané problematice. Jako jedno z doporučení profesionálních psychologických přístupů sestry k pacientům uvádí Vorlíček et al. (2012): „*Snažte se udělat si chvilku volna pro naslouchání svých pacientů. Pamatujte, že empatie je vstřícnost, vnímavé vcítění se a reagování na potřeby pacientů.*“. Překvapivé je vyjádření SL 1, kdy na interním oddělení prakticky služby domácí péče ani nabízeny nejsou a sestry, které pracují přímo u lůžka pacienta, nemají k dispozici žádné materiály, z kterých by mohly čerpat a případně se o této službě pacientům nebo rodinným příslušníkům zmínit. Pozitivní je však zjištění, že jako návrh pro zlepšení informovanosti sester u lůžek v nemocnici uvedla SL 1: „*Větší informovanost těch zdravotních sestřiček, vlastně o tom, jak ta domácí péče vlastně funguje, nějaké proškolení, kde by mohli i oni už v průběhu hospitalizace pacientům vysvětlit, jak domácí péče probíhá, na co mají nárok takže, už, už v tom samotném procesu, při hospitalizaci vysvětlování sestřiček o tom jak to, ta agentura domácí péče*

*má, jak funguje, aby ten pacient měl dostatek času a spoustu informací k tomu, co ho vlastně potom čeká po propuštění. “. Z tohoto tvrzení, lze sledovat aktivní zapojení sestry pro zvyšování informovanosti v této problematice mezi nelékařským zdravotnickým personálem. Zhodnocení povědomí o poskytovatelích domácí zdravotní péče v okrese Znojmo, je možno rozdělit opět do kategorie sester, které jsou v přímém spojení s agenturou domácí péče, tedy vedoucí sestry a sestry, které vědí o „nějakých“ letáčcích, ale konkrétně v procesu zapojeny nejsou. Jako nejvíce a nejčastěji využívané agentury byly zmíněny Charita, Advantis Medical a HC Morava. Takovou zkušenost mají vedoucí sestry SL 2 a SL 5 (Kategorie 1), protože jsou přímo v kontaktu s agenturami domácí péče. Ostatní vyjádření sester byla velmi nejistá, kdy se nabízí uvést příklad SL 3: „*Tak ty, co tady máme, jsou čtyři péče, myslím, ano, asi čtyři co vím z těch letáčků, co máme na oddělení. “*, SL 6: „*Co já vím, tak asi dvě? “* a SL 4: „*Tak to bych řekla, co tak vím asi jedna, dva, tři, ano tři jsou. A nebyla pak ještě jedna? “*. Z námi provedeného výzkumného šetření, lze tedy usoudit, že zvýšení povědomí o možnostech agentur domácí péče, by mělo význam v řadách sester z lůžkových oddělení. Při zaměření na povědomí o těchto službách v ambulantním sektoru vyplynulo, že základ spolupráce je nastaven v rámci spokojenosti a dobrých vztahů mezi lékařem a sestrou z agentury domácí péče. Také Vévoda (2013) zastává názor, že základem kvalitní spolupráce jsou dobré vztahy mezi sestrou a lékařem. Ve výzkumu bylo zjištěno, že v ambulantním sektoru je pro lékaře důležitá zpětná a vazba, podání informací o pacientově stavu a také spokojenost pacienta s danou agenturou. Vyjádření o spokojenosti se spoluprací a zavedeným systémem s agenturou domácí péče potvrzuje SA 4: „*Nám vyhovuje ta telefonická domluva – takhle to je perfektní předám info, jak agentuře, tak pacientům. Potom od agentur co s nimi pracujeme, mám informace dostatečné v rámci zpětné vazby. Sestry z terénu piší pravidelně měsíční ošetrovatelské zprávy a dokonce vrchní sestra z jedné agentury chodí za námi a kontroluje, zda vše probíhá jak má. “*. Obdobná reakce byla od SA 5: „*Máme pravidelnou zpětnou vazbu, jak od sester z terénu, tak od vrchní sestry, pokud je nějaká komplikace v hojení okamžitě z agentury někdo volá a problém se řeší, komunikace je mezi námi strašně důležitá a když funguje toto, jsou všichni spokojení. “*. Tato zpětná vazba je propojená s povědomím o možnostech agentur domácí péče. Sestry v ambulancích jsou zprostředkovatelé těchto služeb a předávají požadavky lékaře. Proto mají sestry v tomto sektoru větší povědomí o předpisu domácí péče než sestry z lůžkových oddělení. Z analýzy rozhovorů se sestrami SA 1, SA 2, SA 3, SA 4 i SA 5*

lze konstatovat, že v indikaci mají jasno, uvádí primárně praktického lékaře a lékaře propouštějícího z lůžkového oddělení. Povědomí o novele zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kdy může přepsat domácí péči na 14 dní lékař specializované ambulance má SA 1, SA 3 a SA 5 (Kategorie 4). Při hledání souvislostí mezi výsledky výzkumného šetření skupiny sester z lůžkových oddělení a skupiny sester z ambulancí, je zřetelné, že sestry z ambulancí mají více informací a zkušeností s touto problematikou, právě proto, že jsou sami zprostředkovatelé této služby. Sestry z lůžkových částí je potřeba rozdělit do skupiny vedoucích sester, které mají o službách povědomí a do skupiny sester přímo pečujících o pacienty, které se k těmto informacím dostávají pouze z vlastní iniciativy.

Druhým cílem bylo zjistit povědomí o možnostech domácí péče mezi laickou veřejností. Ze získaných výsledků lze uvést, že vysvětlení pojmu domácí zdravotní péče dokáže lépe definovat veřejnost, která se s touto službou osobně setkala, to potvrzuje vyjádření L1: *„Představím si pod tím, že zdravotní sestřička přijede k pacientovi domů a tam provede jakékoliv úkony, co se týká ošetření převazů, podání léků, masáže a rehabilitace například.“*, L 2: *„No vím, že je možnost, aby zdravotní sestra jezdila ke klientům domů, třeba hlavně když jsou v nemocnici, tak aby tam nemuseli trávit takový dlouhý čas. Sestru z domácí péče jsme využívaly u obou babiček.“* i L 6: *„Tak vím, že zdravotní sestry jezdí domů ke starým lidem, aby jim třeba vzaly krev, dávaly léky a třeba mojí babičce jezdí převazovat ránu, potom co jí uřezali nohu.“*. Představu o výkonech, které může sestra v domácí péči vykonávat, měli všichni oslovení obdobnou. Nejčastěji uváděli převazy, odběry krve a rehabilitaci. Dále z analýzy odpovědí dotazovaných vyplynulo, že veřejnost, která má zkušenosti s agenturou u ošetřování rodinných příslušníků má i přehled o tom, že je tato služba hrazena pojišťovnou. Veřejnost, která osobní zkušenost nemá, odpověděli, že neví jak je služba hrazena. Opět lze z výsledků usuzovat, že povědomí a informovanost závisí na osobních zkušenostech popřípadě kontaktech z řad nelékařských zdravotnických pracovníků. Vzhledem k demografickému vývoji a stárnutí populace Čeledová a Holčík (2017) popisují nárůst potřeby domácí péče, nejen v kategorii seniorů, ale i pacientů v produktivním věku, zejména po operačních výkonech, polytraumatech a cévních mozkových příhodách. Je tedy nezbytné si uvědomit, že potřeba těchto služeb může zasáhnout každého z nás. Můžeme se ocitnout, jak v roli pacienta, tak v roli pečovatele o osobu blízkou. Klevetová (2017) navíc upozorňuje, že ve stáří je dobře fungující rodina zárukou psychické, fyzické i hmotné

pomoci. Dále popisuje současné společenské klima, kdy je považováno za vhodnější, aby staří lidé pobývali v sociálních zařízeních, protože rodina tímto přesune povinnost pečovat o seniora na druhé. I Hrozenková a Dvořáčková (2013) považují za důležité při poskytování domácí péče stabilizovaný stav pacienta, spolupráci s lékařem a nezastupitelnou funkci rodiny. Z námi provedeného výzkumného šetření dále lze pozorovat, na koho by se veřejnost v případě potřeby agentury domácí péče obracela. Oslovení L 1, L 2 a L 3 popisují osobní zkušenost, kdy získali informace prostřednictvím nemocnice. Péče byla objednána spolu s propuštěním a oni následně kontaktovali praktického lékaře (Kategorie 7). Jako zdroj informací by ocenili dotazování L 2 a L 5 internetový zdroj, tedy dobře dohledatelné informace na internetu.

Třetím cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem ošetřování klienti agenturou domácí péče získali informace o možnostech poskytování péče. Tato skupina klientů má osobní zkušenost a vědí, že pro přepis domácí péče se musí obrátit na lékaře. Oslovení K 1, K 4 a K 5 měli služby domácí péče zařízeny praktickým lékařem. Ostatní K 2, K 3 a K 6 (Kategorie 8) měli doporučenou domácí péči od lékaře s propuštěním z nemocnice. Výsledky našeho šetření se shodují s Dragomireckou (2020), která uvádí, že první koho pečující vyhledají, pro odborné rady je právě praktický lékař. Ten by měl pečujícím poradit, na co mají nárok nebo by je měl odkázat někam, kde patřičné informace dostanou. V praxi se takto většinou neděje a tím dochází k projevům nedostatečného propojení zdravotních a sociálních služeb (Dragomirecká, 2020). Lékař je tedy vnímán jako hlavní koordinátor péče, ale pacienti vědí, že jejich stav lékaři konzultují na základě poskytovaných informací od ošetřujících sester v domácí péči, kdy se vyjadřuje K 3 : „*No vím, že sestřička když se cokoliv se mnou děje volá panu obvodnímu lékaři, takže s ním můj stav vždy řeší.*“. Oproti tomu negativní zkušenost zmínila K 2: : „*Určitě pan doktor tuto službu řídí a ptá se té moje sestry, jak ta noha vypadá. Mám nohu otevřenou celou dokola a bylo mi řečeno, že se nikdy nezahojí a pak doktor mi jednou řekl, že už bych si to měla umět převazovat sama, protože přece mi nebude do smrti posílat sestru z agentury.*“. V těchto případech je nutné zapojení ošetřující sestry, kdy zhodnotí stav a snaží se doporučit jisté kroky, K 2: „*Popravdě jsem brečela sestřičce a ta mi poradila, že až půjdu s nohou na chirurgii, mám to tam říct panu doktorovi a poprosit ho, ať do zprávy napíše, že si to sama nezvládnou dělat a že dále prosí obvodního o zajištění domácí péče ve stejném ošetřování třikrát v týdnu. Takhle mi to pan doktor napsal, já jsem s tou zprávou pak šla k obvodnímu a ten to teda zatím pořádkem dovolil.*“. Nejen z tohoto vyjádření

je zřejmé, že je sestra pro pacienta, kterého ošetřuje jakási „první spojka“, či „pomocná ruka“ v řešení problémů týkající se zdravotního stavu. Z výsledků našeho výzkumného šetření lze sledovat i vnímání role sestry edukátorky, kdy K 2 uvedl: *„Prvně se obrátím na svoji sestřičku Radku, ta mi vždycky poradí a pak na pana doktora obvodního nebo specialistu.“*. Naše zjištění lze opřít i o vyjádření Plevové (2018), která v domácí péči nachází své místo zejména v roli edukátorky, kdy se podílí na zapojení klienta a rodiny do léčebného procesu, motivuje k podpoře zdraví a řeší komplikace (Plevová a kol., 2018).

Čtvrtý cíl bakalářské práce byl poukázat na problémy sester při procesu předávání klientů agenturám domácí péče. Při analýze výsledků sester z lůžkové části, vyplynul problém s nedostatkem času, na kterém se shodly na oddělení traumatologie sestry SL 2: *„Nedostatek času to je to, ten je tady největší problém. A asi i tím že vlastně to propuštění takové rychlé nebo plánujete předem propuštění nebo většinou se to v ten den rozhodne, že půjde pacient domů.“* a SL 4: *„Tak asi ty informace je to tady tak ve spěchu, že není tolik času na veškerý zodpovězení všech otázek, na podání všech informací.“*. Obdobně popisovala i SL 1 předávání informací pacientům na lůžkovém oddělení od vrchní sestry: *„Myslím, že je problém právě v té přehšle práce, kdy tam toho má taky ta sestřička hodně, takže spoustu dalších výkonu, které ta sestra musí udělat, staniční sestra propouštět a plní další povinnosti, které ji čekají, takže je to hodně o tom prostoru, dostatečně to vysvětlit a aby to ten pacient dostatečně pojmul.“* Sarafis (2016) popisuje studii, která měla přezkoumat interakci pracovního stresu všeobecných sester a jejich chování v péči o pacienty a také vliv na kvalitu zdraví a života sester. Dále popisuje, že stres má za následek ztrátu empatie a zvýšený výskyt praktických chyb a má tedy záporný dopad na kvalitu péče. Jako další problém uvádí sestry SL 3 a SL 2 (Kategorie 1) špatné předání kontaktních údajů, kdy popisují, že pacient nepodá aktuální informace o svém bydlišti nebo případnou změnu telefonního čísla a volají sestřičky z agentury, že nemůžou pacienta najít. Chybějící uzavřené smluvní vztahy s pojišťovnou. Tento problém lze hodnotit i z výsledků sester z lůžkové části, kdy jako překážku vnímají to, že ne všechny agentury mají smlouvu se všemi pojišťovnami, to potvrdila SL 2 i SL 5. Obdobně reagovaly sestry z ambulancí, SA 4: *„Na žádné konflikty takto nenarážíme, spíš jediný problém, že nemůžeme předat pacienta, protože ta agentura nemá smlouvu s nějakou pojišťovnou.“* a SA 5 popisuje situaci takto: *„Jako překážku vnímám to, že nemají agentury všechny smlouvy s pojišťovnami, když po mě chce doktor, ať objednám*

agenturu, musím se ještě podívat jakou má pojišťovnu a podle toho taky tu agenturu vybrat. Kdyby měly všechny agentury, všechny pojišťovny bylo by to jednodušší, ale všechny tady má jenom Charita.“. Na základě vlastních zkušeností mohu uvést, že nedořešené smluvní vztahy s pojišťovnami negativně ovlivňují proces v následné spolupráci mezi agenturou domácí péče a praktickým lékařem. Jako další bariéru zmínila SA 1: „Tak to bude asi individuální a bude se to odvíjet asi od nějaké konkrétní agentury domácí péče, ale většinou je to o lidech a v minulosti se samozřejmě nějaké problémy vyskytly v komunikaci ale, no s jednou nejmenovanou agenturou domácí péče jsme, spíš nám bylo diktováno sestřičkou z domácí péče, co bysme měli, a vlastně o tom by měla rozhodnout paní doktorka a ne ta sestra, takže skrz tohle byl jakoby rozpor a neshoda.“

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce zaměřená na informovanost o možnostech domácí péče z pohledu sester a laické veřejnosti, měla stanoveny čtyři cíle. Na základě analýzy výsledků je zřejmé, že služby agentury domácí péče jsou využívány nejčastěji v chirurgických oborech, kdy je cílem zkrátit dobu hospitalizace, která by se prodlužovala pouze z důvodu potřeby převazů, které může nahradit právě agentura domácí péče. Toto zjištění hodnotím velmi pozitivně, protože dosahuje perspektivy MZČR, kdy je považováno zkrácení doby hospitalizace jako jeden z důvodů pro podporu rozvoje segmentu domácí péče.

Prvním cílem bylo zjistit informovanost sester o možnostech domácí péče. Na základě analýzy odpovědí dotazovaných lze uvést, že informovanost sester o možnostech domácí péče, lze rozdělit do dvou skupin. Sestry, které jsou propojeny přímou spoluprací s agenturou domácí péče, mají pochopitelně přehled o těchto službách. To se týká staničních sester, vrchních sester a sester z ambulantních částí. U sester, které osobně tuto problematiku neřeší, dokáží definovat pouze význam domácí zdravotní péče, ale konkrétní povědomí o rozsahu služeb a indikaci a postrádají. Druhý cíl byl zaměřen na zjištění povědomí laické veřejnosti o možnostech domácí péče. Ten, kdo měl možnost zajištění domácí péče, povědomí má. Pozitivní bylo zjištění, že laik dokáže vysvětlit pojem domácí zdravotní péče. Rozdíly v úhradách a povědomí o podrobnostech, ale laická veřejnost nemá. Výzkumná část práce potvrdila, že pro zjištění informací by se veřejnost obracela zejména na svého praktického lékaře. Třetí cíl byl zjistit, jakým způsobem ošetřovaní klienti agenturou domácí péče získali informace o možnostech poskytování péče. Z výsledků vyplynulo, že domácí péče jim byla nabídnuta od praktického lékaře, lékaře z lůžkového oddělení i od ambulantního specialisty. Pozitivně hodnotím, že všem osloveným byly tyto služby nabídnuty přímo od indikujících lékařů. Čtvrtý cíl měl poukázat na problémy sester při procesu předávání klientů agenturám domácí péče. Jako největší bariéru v procesu předávání klientů do domácí péče zmínily sestry z lůžek nedostatek času, tím málo prostoru pro ověření kontaktních údajů a dále smluvní vztahy s pojišťovny s agenturou domácí péče.

Význam ve zpracování této práce vidím hlavně pro využití k osobním účelům. Z dosažených výsledků jsou zřejmá slepá místa a bude potřeba se snažit o implementaci v praxi. Dále byl na základě zpracovaných výsledků vytvořen hromadný informační leták

(viz. Příloha č. 6), který zahrnuje stručný přehled o možnostech agentur domácí péče, který by měl pomoci v případě nedostatku času k rychlému najetí kontaktů na danou agenturu a z uvedených stručných informací zvýšit povědomí o možnostech domácí péče.

7 SEZNAM LITERATURY A ZDROJE

1. Akreditace domácí péče Advantis Medical, 2021. In: *Spojená akreditační komise* [online]. [cit. 2023-2-6]. Dostupné z: <https://www.sakcr.cz/page/news/261>
2. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5148-1.
3. Asociace domácí péče ČR, 2023. In: *Domácí zdravotní péče* [online]. [cit. 2023-2-6]. Dostupné z: <https://www.adp-cr.cz/domaci-zdravotni-pece/o-domaci-peci>
4. Bolton L., *Telemedicine Improves Chronic Ulcer Outcomes*. *Wounds* [online]. 2019 Apr;31(4):114-116 [cit. 2023-03-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30924792/>
5. BRABCOVÁ, S., 2021. *Péče o rány: pro sestry a ostatní nelékařské profese*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-3133-4.
6. ČELEDOVÁ, L. a HOLČÍK J., 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3809-6.
7. ČERNOCKÁ, A., 2013. *Ošetřovatelská péče: odborný časopis zdravotnických pracovníků v sociálních službách*. Kontakt 5(6). Brno: Siviliania, 2013. ISSN 2336-1603.
8. DOSTÁLOVÁ, V., et al., 2018. *Analýza vývoje počtu pacientů domácí zdravotní péče, hospitalizovaných pacientů a klientů pobytových zařízení sociálních služeb v letech 2000–2016*. *Geriatric a Gerontologie* [online]. 7(3), 99-105 [cit. 2023-4-23]. Dostupné z: https://cello-ilc.fhs.cuni.cz/CEL-19-version1-analyza_vyvoje_poctu_pacientu.pdf
9. DRAGOMIRECKÁ, E., 2020. *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory*. Praha: Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4598-8.
10. DUDOVÁ, R., 2015. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: SLON, 2015. ISBN 978-80-7419-182-4.
11. HAKL, M., 2017. Zjednodušili jsme schvalovací a povolovací proces, využít můžete i VZP Point. In: *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. [cit. 2023-1-31]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/zjednodusili-jsme-schvalovaci-a-povolovaci-proces-vyuzit-muzete-i-vzp-point>

12. HARAN R. "The Importance of Effective Communication in Healthcare Practice." *Harvard Public Health Review* [online]. 2019, 1–6(23). [cit. 2023-1-31]. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/48546767>
13. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
14. HOLMEROVÁ, I. a VÁLKOVÁ M., 2023. Metodika zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky* [online]. [cit. 2023-1-31]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Metodika_k_zajisteni_zdravotni_pece.doc.pdf/2014d728-8a7f-a4bf-fbc6-c71a801a1a72
15. HROZENSKÁ, M. a DVOŘÁČKOVÁ D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
16. IMRAMOVSKÁ, S. a MACHOVÁ, A., 2015. Psychické a fyzické faktory v profesi sestry v domácí péči. *Florence*, 1-2(2015), [online]. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/1/psychicke-a-fyzicke-faktory-v-profesi-sestry-v-domaci-peci/>
17. JARRÍN, O. F., POULADI F. A. a MADIGAN E.A., 2019. International priorities for home care education, research, practice, and management. *Qualitative content analysis*. *Nurse Education Today* [online]. 2019, 73, 83-87 [cit. 2023-03-26]. ISSN 02606917. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30550942/>
18. JAROŠOVÁ, D., 2007. *Péče o seniory. 1. vydání*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. ISBN: 80-7368-110-2.
19. KALVACH, Z., et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
20. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetřovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-0130-6.
21. KELNAROVÁ, J. a MATĚJKOVÁ E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2., přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5203-7.
22. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.
23. KONDELÍKOVÁ, L., 2017. *Medical Tribune: Domácí péče potřebuje více peněz od zdravotních pojišťoven*. *Kontakt* 7(12), E15517. ISSN: 1214-8911.

24. Koncepce domácí péče, 2020. MZČR [online]. [cit. 2023-1-31]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf
25. KÖPPL, D., 2021. Domáci péči čeká od ledna řada novinek. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit.2023-01-14]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/domaci-peci-ceka-od-ledna-rada-novinek/>
26. KUČÍREK, J., 2017. *Aplikovaná psychologie: vybraná témata : teleworking, leadership, sociálně psychologický výcvik*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0187-0.
27. KUJOVSKÁ, D., 2019. Domáci péče v ohrožení, zdravotní pojišťovny nám svazují ruce. In: *Oblastní charita Polička* [online]. [cit.2023-01-14]. Dostupné z: <https://policka.charita.cz/aktualne/archiv-clanku/domaci-pece-v-ohrozeni-zdravotni-pojistovny-nam-svazuji-ruce/>
28. LORMAN, J., 2023. Žít déle doma. In: *Život 90* [online]. [cit.2023-01-14]. Dostupné z: <https://www.zitdeledoma.cz/index.php?r=post/view&id=2>
29. MARX, D. a VLČEK, F., 2014. *Akreditační standardy pro následnou péči*. Praha: Tigris, 2014. ISBN: 978-80-905886-0-8.
30. MUNDILOVÁ, M., 2015. *Vytíženost sester v domácí péči*. Plzeň. Bakalářská práce. FZS ZCU.
31. Novinky v roce 2022 při poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí, 2022. In: *MZČR* [online]. [cit.2023-01-14]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/novinky-v-roce-2022-pri-poskytovani-zdravotni-pece-ve-vlastnim-socialnim-prostredi/>
32. ONDRUŠOVÁ, J. a KRAHULCOVÁ, B., 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4383-0.
33. PARSONS M, ROUSE P., SAJTOS L., HARRISON J., PARSONS J. a GESTRO L., 2018. Developing and utilising a new funding model for home-care services in New Zealand. *Health & Social Care in the Community* [online]. 2018, 26(3), 345-355 [cit. 2023-03-26]. ISSN 09660410. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29292847/>
34. PLEVOVÁ, I., et al., 2018. *Ošetřovatelství I: 2.*, přepracované a doplněné vydání. 2. Praha: Grada, 2018. 288 s. ISBN 978-80-271-2327-8.

35. PLEVOVÁ, I., 2012. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
36. PROCHÁZKOVÁ, E., 2019. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.
37. PTÁČEK, R. a BARTŮNĚK, P., 2022. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3411-3.
38. Rezortní bezpečnostní cíle, 2022. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit.2023-01-14]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/resortni-bezpecnostni-cile/>
39. SARAFIS P., ROUSAKI E., TSOUNIS A. et al., 2016. Vliv pracovního stresu na pečující chování sester a kvalitu jejich života související se zdravím. *BMC Nurs* [online]. 2016, 15(56). [cit. 2023-4-21]. Dostupné z: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0178-y>
40. Sbírka zákonů, 2023. In: *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. [cit. 2023-1-31]. Dostupné z: <https://www.mvcr.cz/sbirka-zakonu.aspx>
41. SEIFERT, B., et al., 2015. Národní akreditační standardy primární péče. In: *Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví* [online]. [cit. 2023-1-31]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2320-narodni-akreditacni-standardy-primarni-pece.pdf>
42. Seznam zdravotních výkonů, 2016. In: *MZČR* [online]. [cit. 2023-1-31]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?sort=Odbornost&dir=Dsc&cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=925&aktivni=true&cols=Odbornost%2CCisloVykonu%2CNazevVykonu%2CKategorie%2CDobaTrvani%2CMezimest%2CMezimestFrekvence%2CPrimeNaklady%2COsobni%2CBodyRezijni%2CBodyCelkem%2CRevize%2CDetail>
43. SLEZÁKOVÁ, Z., et. al., 2022. *Teleošetrovatelství*. Praha: Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3175-4.
44. STASKOVÁ, V. et. al., 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2206-6.
45. Stručný přehled činnosti oboru domácí zdravotní péče za období 2007–2020, 2021. In: *ÚZIS, Obor domácí zdravotní péče 2020*. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008403/nzis-rep-2021-k31-a089-domaci-zdravotni-pece-2020.pdf>

46. ŠEDO VÁ, L., 2020. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelství: pro obor Zdravotněsociální péče*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2020. 95 s. ISBN 978-80-7394-822-1.
47. ŠUPLEROVÁ, M. a MACHOVÁ, A., 2013. Domácí návštěvní služba jako náplň práce všeobecné sestry v ordinaci praktického lékaře pro dospělé. *Medicína pro praxi*, 10(10), 2013. [online]. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/10/11.pdf>
48. ŠUPŠÁKOVÁ, P., 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0062-0.
49. TOMOVÁ, Š. a KŘIVKOVÁ J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0064-4.
50. Úhradová vyhláška 2023 pro domácí péče, 2022. In: *Info pro lékaře* [online]. [cit. 2023-04-14]. Dostupné z: <https://www.infoprolekare.cz/uhradova-vyhlaska-2023-pro-domaci-pece>
51. VEDLICHOVÁ, M., 2013. *Domácí péče*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013, 1 CDROM(64 s.). ISBN 978-80-7435-296-6.
52. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4732-3.
53. VORLÍČEK, J., et. al., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3742-3.
54. Věstník č. 16/2015, Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, 2023 [online]. [cit. 2023-2-14]. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR*, částka 16. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/10927/36163/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%2016-2015.pdf>
55. Vyhláška č. 55/2012 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků – znění od 1.7.2022 (verze 5), 2023 [online]. [cit. 2023-2-7]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39/2012. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
56. Vyhláška č. 98/2012 Sb., Vyhláška o zdravotnické dokumentaci – znění od 1.7.2020 (verze 7), 2023 [online]. [cit. 2023-2-7]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39/2012. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

57. Vyhláška č. 99/2012 Sb., Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb – znění od 1.1.2023 (verze 6), 2023 [online]. [cit. 2023-2-7]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39/2012. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>
58. Vyhláška č. 315/2022 Sb., Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2023 – znění od 1.1.2023 (verze 1), 2023 [online]. [cit. 2023-2-7]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 145/2022. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-315>
59. Vyhláška č. 331/2007 Sb., Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů– znění od 1.1.2008 (verze 1), 2023 [online]. [cit. 2023-2-7]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 105/2007. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-331>
60. Zákon č. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů – znění od 1.1.2023 (verze 83), 2023 [online]. [cit. 2023-2-7]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39/2012. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
61. Zákon č. 96/2004 Sb., Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) – znění od 24.1.2023 (verze 17), 2023 [online]. [cit. 2023-2-7]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30/2004. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
62. Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách – znění od 1.2.2023 (verze 36), 2023 [online]. [cit. 2023-2-7]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37/2006. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
63. Zákon č. 258/2000 Sb., Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů - znění od 1.1.2023 (verze 63), 2023 [online]. [cit. 2023-2-7]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39/2012. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>
64. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) – znění od 1.1.2023 (verze 29), 2023

- [online]. [cit. 2023-2-7]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131/2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
65. Zákon č. 541/2020 Sb., Zákon o odpadech – znění od 1.1.2022 (verze 2), 2023 [online]. [cit. 2023-2-7]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 222/2020. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2020-541#Top>
66. ŽALUDEK, A., 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2275-2.
67. ŽAMPACHOVÁ, M., 2013. Vlastnosti a dovednosti sester z pohledu sester a pacientů. *Florence* 4 (2013) [online]. [cit. 2023-04-6]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2013/4/vlastnosti-a-dovednosti-sester-z-pohledu-sester-a-pacientu/>

8 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Otázky k rozhovoru se skupinou sester z lůžkové části a ambulantních sektorů
- Příloha č. 2 Otázky k rozhovoru s laickou veřejností
- Příloha č. 3 Otázky k rozhovoru s klienty ošetřovanými agenturou domácí péče
- Příloha č. 4 Seznam zdravotních výkonů
- Příloha č. 5 Poukaz domácí péče
- Příloha č. 6 Informační leták

Příloha č. 1 :

Otázky k rozhovoru se skupinou sester z lůžkové části a ambulantních sektorů

(Zdroj vlastní)

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Kde aktuálně pracujete?
4. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnickém zařízení?
 - Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnictví?
5. Jaké je Vaše povědomí o agenturách domácí péče v okrese Znojmo?
 - Kolik agentur domácí zdravotní péče působí v okrese Znojmo?
6. Jaké poskytujete informace pacientům o možnostech využití služeb agentur domácí péče?
7. Jak představujete jednotlivé agentury domácí péče pacientům?
 - Dáváte pacientovi/rodině na výběr agenturu domácí péče?
8. Existuje věková hranice pacientů ošetřovaných agenturou domácí zdravotní péče?
9. Kdo může předepsat domácí zdravotní péči? Je předpis nějak limitován?
 - Dobou platnosti?
 - Počtem výkonů za den?
 - Časové omezení za den?
10. Znáte dobu platnosti poukazu na ošetření v domácí péči?
 - Existuje limit platnosti poukazu na ošetření v domácí péči?
11. Jaké kompetence má sestra v domácí péči?
12. Jaké druhy výkonů nejčastěji sestra v domácí péči provádí?
 - Vyjmenujete i odborné výkony, které může sestra po předchozí certifikaci v domácím prostředí vykonávat?
13. Jak jsou možnosti úhrady výkonů agentury domácí péče?
14. Jaký je rozdíl v úhradě výkonů domácí zdravotní péče a pečovatelských služeb?
15. Máte k dispozici dostatečné informace o možnostech domácí péče?
16. Na jaké problémy v souvislosti s agenturou domácí péče v praxi narážíte?
17. Vnímáte nějaké bariéry/problémy v procesu předávání pacientů k ošetření agenturám domácí péče?
18. Co by Vám pomohlo zkvalitnit/urychlit proces předávání informací o agenturách domácí péče pacientům?

Příloha č. 2 :

Otázky k rozhovoru s laickou veřejností (Zdroj vlastní)

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké je Vaše vzdělání a zaměstnání?
3. Jaké je Vaše povědomí o službách/možnostech agentury domácí zdravotní péče?
4. Vyjmenujte agentury domácí péče, které působí v okrese Znojmo?
5. Jaké jsou Vaše zkušenosti s agenturou domácí péče?
 - V jaké souvislosti jste se setkal/la se službami agentury domácí péče?
 - Byl nebo je ošetřován agenturou domácí péče někdo z Vašeho okolí?
6. Jakých zdrojů byste využil/la k získání informací o těchto službách?
 - Kdo Vám může předepsat služby domácí péče?
7. Jaké výkony/druhy ošetření můžete očekávat od sestry agentury domácí péče?
8. Jaká je Vaše představa o úhradách/proplácení služeb agentury domácí péče?
9. Jaké je Vaše povědomí o době trvání služeb agentury domácí péče?
 - Myslíte si, že je služba omezená dobou a rozsahem výkonů?
 - Věděl/la byste, kdo určuje dobu trvání služby a rozsah výkonů?
10. Jaké informace o službách/možnostech domácí péče postrádáte?
 - Vnímáte informace, které máte jako dostatečné a srozumitelné?
11. Jak vnímáte rozdíl mezi domácí zdravotní péčí a pečovatelskou službou?
 - Jaké služby můžete čekat od zdravotní sestry agentury domácí péče?
 - Jaké služby můžete očekávat od pečovatelky?
12. Jaký způsob informací o možnostech domácí péče by byl pro vás vyhovující?

Příloha č. 3:

Otázky k rozhovoru s klienty ošetřovanými agenturou domácí péče (Zdroj vlastní)

1. Jaký je Váš věk?
2. Jaké jsou Vaše zkušenosti s agenturou domácí péče?
3. V jaké souvislosti využíváte služeb domácí péče?
4. Jak jste získal/la informace o službách domácí péče?
 - Vyjmenujete agentury domácí péče, které působí v okrese Znojmo?
5. Na koho se můžete obrátit pro předpis služeb domácí péče?
 - Kdo Vám může předepsat služby domácí péče, případně na koho byste se obracel/la k získání více informací o těchto službách?
6. Jaké výkony/druhy ošetření můžete očekávat od sestry agentury domácí péče?
7. Jaká je Vaše představa o úhradách/proplácení služeb agentury domácí péče?
8. Jaké je Vaše povědomí o době trvání služeb agentury domácí péče?
 - Myslíte si, že je služba omezená dobou a rozsahem výkonů?
 - Věděl/la byste, kdo určuje dobu trvání služby a rozsah výkonů?
9. Jaké informace o službách/možnostech domácí péče postrádáte?
 - Vnímáte informace, které máte jako dostatečné a srozumitelné?
10. Jak vnímáte rozdíl mezi domácí zdravotní péčí a pečovatelskou službou?
 - Jaké služby můžete čekat od zdravotní sestry agentury domácí péče?
 - Jaké služby můžete očekávat od pečovatelky?
11. Jaký způsob informací o možnostech domácí péče by byl pro vás vyhovující?

Příloha č. 4:

Seznam zdravotních výkonů (Zdroj: MZČR, 2016)

Kód	Časový kód, název	Celkem
06311	ZAVEDENÍ, UKONČENÍ DP, ADMINISTRATIVNÍ ČINNOST V DOMÁCÍ PÉČI - 60 minut	543
06313	OŠETŘOVACÍ NÁVŠTĚVA - DOMÁCÍ PÉČE - TYP I. - 30 minut	238
06315	OŠETŘOVACÍ NÁVŠTĚVA - DOMÁCÍ PÉČE - TYP II. - 45 minut	357
06317	OŠETŘOVACÍ NÁVŠTĚVA - DOMÁCÍ PÉČE - TYP III. - 60 minut	476
06318	OŠETŘOVACÍ NÁVŠTĚVA - DOMÁCÍ PÉČE - TYP IV. - 15 minut	119
06319	FYZICKÁ ASISTENCE PŘI POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE - 30 minut	185
Materiálový kód, název		
06321	VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ	8
06323	ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU	6
06324	PŘEVAZ PICC	476
06325	APLIKACE ORDINOVANÉ PARENTERÁLNÍ TERAPIE PRO ZAJIŠTĚNÍ HYDRATACE, ENERGETICKÝCH ZDROJŮ A LÉČBY BOLESTI - PERIFERNÍ VSTUPY	44
06326	APLIKACE ORDINOVANÉ PARENTERÁLNÍ TERAPIE PRO ZAJIŠTĚNÍ HYDRATACE, ENERGETICKÝCH ZDROJŮ A LÉČBY BOLESTI - CENTRÁLNÍ VSTUPY	46
06327	OŠETŘENÍ STOMIÍ STŘEVNÍCH TYPŮ	1
06328	OŠETŘENÍ STOMIÍ TYPU PEG, NEFROSTOMIE, EPICYSTOSTOMIE A TRACHEOSTOMIE	25
06329	LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ DO 10 CM ²	54
06330	LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ NAD 10 CM ²	78
06331	CĚVKOVÁNÍ, LAVÁŽE A OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ	51
06332	KLYZMA, VÝPLACH	47
06333	APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE S. C., I. M., I. V., EVENT. DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV	5
06334	APLIKACE LÉČEBNÉ TERAPIE P.O., GTT, PŘÍPADNĚ DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV	1
06335	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU	5
06349	SIGNÁLNÍ VÝKON - OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA V TERMINÁLNÍM STAVU	0

Tabulka č.5: Seznam zdravotních výkonů

Příloha č. 5:

Poukaz domácí péče (Zdroj vlastní)

Kód pojišťovny	požaduje díl A	ICP	Datum	Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP:
		Odbornost		
POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP				Platnost do:
Pacient				
Č. pojištěnce		Základní diagnóza		
Variabilní symbol		Ost. dg.		
Ad zařízení domácí péče:		Kód náhrady		

razítko a podpis požadujícího

Adresa pacienta (místo poskytování DP) a telefon: _____

Další příslušníci domácnosti na této adrese: ano – ne

Kontaktní osoba pro DP (jméno, vztah k pacientovi, adresa a telefon – je-li rozdílná od adresy pacienta): _____

Pacient v péči pečovatelské služby : ano – ne

Mobilita pacienta: a) plná
b) omezená: _____

Smyslové omezení: _____

Schopnost základní sebeobsluhy, včetně dodržování léčebného režimu: a) plná
b) omezená: _____

Významné údaje o současné medikaci, včetně aplikace inzulínu a diety: _____

Další informace (alergie, kontinence, údaje o bydlišti atd.): _____

Cíl předepsané DP, kterého má být dosaženo: _____

Požadováno: (Pro úhradu požadované péče pojišťovnou je nezbytná jednoznačná specifikace požadavku, včetně počtu v jednom dni a frekvence v týdnu)

Příloha č. 6:

Informační leták (Zdroj vlastní)

Domácí zdravotní péče

= zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

Zdravotní sestry u pacientů zajišťují:

- ✓ Odběry biologického materiálu (krev, moč, stolice)
- ✓ Měření glykémie, fyziologických funkcí
- ✓ Podávání léků, aplikace inzulínů
- ✓ Aplikace injekcí, včetně infuzí
- ✓ Chirurgické převazy, převazy operačních ran, extrakce stehů
- ✓ Ošetrovatelskou rehabilitaci – kondiční cvičení, návrat mobility
- ✓ Péče o invazivní vstupy – PICC, Midline, PORT
- ✓ Podávání parenterální a enterální výživy
- ✓ Cévkování žen i mužů
- ✓ Péče o pacienty s domácí umělou plicní ventilací

Po předchozí indikaci lékařem, je služba hrazena ze zdravotního pojištění!

Agentury domácí zdravotní péče v okrese Znojmo



Petra Peňásová, DiS., tel.: 703 169 769

penasova@advantismedical.cz

Smlouvy s poj.: 111, 211, 201, 207, 209, 213



Jana Horníková, DiS., tel.: 724 207 382

kancelar@hc-morava.cz

Smlouvy s poj.: 111, 211, 201, 205



Angelika Osovská, tel.: 604 294 176

dzp@znojmo.charita.cz

Smlouvy s poj.: 111, 211, 201, 207, 205

9 SEZNAM ZKRATEK

ADP	Agentura domácí péče
ČR	Česká republika
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MVČR	Ministerstvo vnitra České republiky
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
SAK	Spojená akreditační komise
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna

