

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Pavla Pospíšilová, DiS

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

**Informovanost nelékařského zdravotnického personálu o možnostech
domácí péče**

Pavla Pospíšilová, DiS

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Pavla Pospíšilová**
Osobní číslo: **Z10081**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Informovanost nelékařského zdravotnického personálu o možnostech domácí péče**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování:

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucích
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. JAROŠOVÁ, D. Úvod do komunitního ošetřovatelství. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
2. KUTNOHORSKÁ, J. Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu. 1.vyd. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci. 2008. ISBN 978 80-244-1877-3.
3. MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetřovatelství I.díl. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0429-9.
4. MASTILIAKOVÁ, D. Úvod do ošetřovatelství II.díl. 1.vyd. Praha: Karolinum. 2003. ISBN 80-246-0428-0.
5. MISCONIOVÁ, B. Integrovaná domácí sociální zdravotní péče. 1.vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2003. ISBN. 80-239-0959-2.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Kristýna Šoukalová
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 9. května 2013


MUDr. Arnošt Peřilant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedliňská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o využití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích 22. 4. 2013

Pavla Pospíšilová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Kristýně Šoukalové za odborné vedené mé bakalářské práce, za její cenné rady a připomínky. Děkuji také vrchním sestřám oddělení, kde výzkum probíhal a samozřejmě všem sestřám, které si daly práci s vyplněním dotazníku.

Souhrn

Tato bakalářská práce se věnuje problematice domácí péče. Skládá se z teoretické a výzkumné části, je rozdělena do pěti kapitol.

V úvodu teoretické části je popsána historie a vývoj domácí péče ve světě a v České republice. V druhé kapitole jsou popsány faktory, které mají vliv na rozvoj domácí péče, charakterizovány jsou typy domácí péče, nabídka fakultativních služeb, definuje se zde multidisciplinární tým a jsou zde objasněny výhody a nevýhody domácí péče. Třetí kapitola se věnuje ošetřovatelství, především výkonům prováděným v domácí péči. Agenturami domácí péče se zabývá čtvrtá kapitola teoretické části práce, která popisuje právní normy, financování, technické a materiální vybavení a další. Poslední kapitola vyzdvihuje význam rodiny a spolupráci členů rodiny s profesionálním týmem při péči o klienta.

Výzkumná část práce je zaměřena na zjištění informovanosti nelékařského zdravotnického personálu o možnostech domácí péče. Pro tento účel byl vytvořen dotazník. Výsledky výzkumného šetření by měly určit míru relevantních znalostí o problematice domácí péče u nelékařského zdravotnického personálu pracujícího v nemocnici krajského typu.

Klíčová slova

komplexní domácí péče, agentura domácí péče, domácí zdravotní péče, pečovatelská služba

Title

Informedness of paramedical personnel about the possibilities of home care

Summary

This bachelor thesis is about home care. Thesis is divided into theoretical and research part and consists out of five chapters.

In the beginning of the theoretical part it describes the history and development of home care in the world and in the Czech Republic. The second chapter describes the factors that influence the development of home care, characterized by the types of home care, offer of optional services. There is also multidisciplinary team defined and pros and cons of home care are explained. The third chapter is about nursing, particularly performances carried out in

home care. Home care agency is engaged in the fourth chapter of the theoretical part, which describes the legal standards, funding, technical and material equipment etc. The last chapter highlights the importance of cooperation between family and the family members with a professional team in the care of the client.

The research part is focused on finding the information from paramedical personnel about the possibilities of home care. For this purpose a questionnaire has been created. Results of the investigation should determine the level of relevant knowledge of home care of paramedical personnel working in the regional hospital.

Key words

complex home care, home care agency, home health care, nursing service

Seznam

<i>Úvod</i>	9
1 Teoretická část	11
1.1 Úvod do domácí péče	11
1.2 Historie domácí péče	12
1.2.1 Vývoj domácí péče ve světě.....	12
1.2.2 Vývoj domácí péče v České republice	13
1.3 Koncepce a politika domácí péče	14
1.3.1 Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče.....	14
1.3.2 Typy domácí péče	15
1.3.2.1 Akutní domácí péče.....	15
1.3.2.2 Dlouhodobá domácí péče	16
1.3.2.3 Preventivní domácí péče.....	16
1.3.2.4 Domácí hospicová péče.....	16
1.3.2.5 Domácí péče ad hoc.....	16
1.3.3 Pečovatelská služba	16
1.3.4 Multidisciplinární tým.....	17
1.3.4.1 Pracovní tým v agentuře domácí péče	17
1.3.4.2 Spolupráce ADP s lékařem.....	18
1.3.5 Výhody a nevýhody domácí péče	18
1.4 Ošetřovatelství v domácí péči, specifické pracovní podmínky	20
1.4.1 Odlišnosti práce zdravotní sestry v domácí péči	20
1.4.2 Výkony domácí zdravotní péče.....	20
1.5 Právní subjektivita agentur	21
1.5.1 Cíle ADP	21
1.5.2 Právní normy vztahující se k domácí péči	22
1.5.3 Provoz agentury jako nestátního zdravotnického zařízení	22
1.5.4 Poskytování pečovatelské služby.....	23
1.5.5 Systém financování	23
1.5.6 Materiální a technické vybavení ADP	24
1.5.7 Dokumentace vedená v agentuře domácí péče.....	24
1.6 Význam rodiny pro pacienta v domácí péči	24
2 Výzkumná část	26
2.1 Cíle výzkumné práce	26
2.2 Výzkumné otázky	26

2.3	Metodika výzkumu	26
2.4	Interpretace dat	28
3	<i>Diskuze</i>	53
4	<i>Závěr</i>	55
	<i>Soupis bibliografických citací</i>	56
	<i>Seznam použitých zkratk</i>	59
	<i>Seznam obrázků</i>	60

Úvod

Domácí péče je moderní formou zdravotní a sociální péče, která je v České republice poskytována již od roku 1990. Komplexní domácí péče poskytuje léčebné a ošetrovatelské úkony v domácím prostředí a je zaměřena na podporu zdraví, prevenci nemocí, léčbu nemocí a rehabilitaci. (Šamánková, 2002)

Domácí zdravotní péče je poskytována všem občanům bez rozdílů věku, rasy, pohlaví, náboženské a politické orientace, je poskytována na základě indikace lékaře a je hrazena zdravotními pojišťovnami. Sociální péče (pečovatelská služba) je hrazena samotným klientem.

Každý člověk se během svého života může setkat se situací, že bude potřebovat pomoc druhých, aby se vyrovnal se zátěží, kterou přináší náhlé vážné onemocnění, invalidita v důsledku nehody, imobilita v důsledku stárnutí. Mnohdy jsou lidé takovou náhlou situací zaskočeni, jsou dezorientováni, ale přáli by si ještě žít plnohodnotný život bez ztráty sociálního kontaktu s okolím. Aby se mohli s novou situací vyrovnat, potřebují vědět, zda budou moci zvládat běžné úkony, jak zajistí chod domácnosti, jakým způsobem bude zajištěno jejich ošetřování apod.

Z informačních zdrojů a statistik je známo, že klientů, kteří budou v důsledku demografického vývoje potřebovat stálou péči bude přibývat. Bude třeba stále více zdokonalovat systém péče o starší a nemocné spoluobčany. Myslím si, že je velmi důležité, aby především zdravotní personál uměl předat pacientům nezbytné a přesné informace.

V teoretické části práce se zabývám problematikou domácí péče. V úvodu teoretické části vysvětluji základní pojmy a stručně popisuji historii a vývoj domácí péče ve světě a v České republice. V druhé kapitole zmiňuji faktory, které ovlivňují rozvoj domácí péče, jaké jsou typy domácí péče, vysvětluji pojem pečovatelská služba, kdo je součástí multidisciplinárního týmu a jaké jsou výhody a nevýhody domácí péče. O odlišnostech v práci zdravotní sestry v domácí péči a výkonech, které se provádějí v rámci domácí péče se zmiňuji ve třetí kapitole. Čtvrtá kapitola může být pro čtenáře malým návodem, jak si založit vlastní agenturu domácí péče. Jsou zde popsány cíle agentur domácí péče, právní normy nutné pro provoz agentury jako nestátního zdravotnického zařízení, pravidla pro poskytování pečovatelské služby, financování domácí péče, materiální, technické vybavení agentury domácí péče a nezbytná

dokumentace v agenturách domácí péče. V poslední kapitole jsem zmínila význam rodiny v domácí péči.

Výzkumná část je zaměřena na míru informovanosti nelékařského zdravotnického personálu o domácí péči. Zjišťovala jsem pomocí dotazníkové metody, jak nelékařský zdravotnický personál subjektivně hodnotí své znalosti a zdali má zájem o další vzdělávání v této oblasti. Znalosti o domácí péči jsem testovala pomocí vědomostních otázek obsažených v dotazníku.

Cíl práce

Cílem teoretické části je shrnout problematiku týkající se rozvoje, možností poskytování domácí péče a komplexnosti služeb agentur domácí péče z dostupné literatury a internetových zdrojů.

1 Teoretická část

1.1 Úvod do domácí péče

Světová zdravotnická organizace definuje **domácí péči** jako: „*jakoukoliv formu péče poskytovanou lidem v jejich domovech.*“ (Jarošová, 2007, s. 60)

Výkladový ošetřovatelský slovník **domácí péči** označuje jako *zdravotní a sociální službu, která je poskytována v domácnostech pacienta a je odlišná od nemocničních služeb.* (2007, s. 108)

Dle učebnice Ošetřovatelství pro 4. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy je **domácí péče** definována jako: *“Vysoce humánní, efektivní, ekonomická a integrovaná pomoc nemocnému, a to v jeho vlastním sociálním prostředí s podporou rodinných příslušníků“.* (Nejedlá, Svobodová, Šafránková, 2005, s. 113)

Domácí péče je výraz, který byl před dvěma desítkami let v české medicíně téměř neznámý, pochází z mezinárodně uznávaného názvu, z anglického „**home care**“, kterým označujeme zdravotní péči v domácnostech pacienta. Je nutné odlišit další termín „**home help**“ - domácí pomoc, která je zaměřena více na faktickou pomoc v domácnosti. Pojem komplexní domácí péče (comprehensive home care) je otevřeným systémem individuální péče. (Vorlíček, 2004)

Komplexní domácí péče v sobě zahrnuje **zdravotní péči** indikovanou lékařem a **sociální péči** (pečovatelská služba), která vychází z aktuální sociální situace klienta a jeho prostředí. Nedílnou součástí je také **laická pomoc**, která se uplatňuje v oblasti sebepéče či pomoci blízkých osob klienta. (Jarošová, 2007)

Domácí zdravotní péče je terénní služba poskytovaná agenturami domácí péče na základě indikace praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře v nemocnici, který pacienta propouští z lůžkové péče. (Janečková, Hnilicová, 2009)

Agentury domácí péče jsou provozovány jako soukromá nebo státní zdravotnická zařízení nebo jsou zřizovány nestátními neziskovými organizacemi. Agentury mají poskytovat komplexní zdravotně-sociální péči v přirozeném prostředí pacienta, tedy zejména v jeho domácnosti. Agentury domácí péče nabízejí jak ošetřovatelskou péči, tak i pečovatelskou službu, či dokonce osobní asistenci v domácnostech klientů v závislosti na jejich aktuálních potřebách včetně půjčování kompenzačních pomůcek. Některé z nich nabízejí svoje služby

24hodin denně, 7dní v týdnu. Jsou schopny, i přes veškerou nedokonalost systému a nedostatečné finanční krytí, zajistit pro pacienta v terminálním stádiu i domácí paliativní a hospicovou péči, a to ve spolupráci s rodinou pacienta či blízkými lidmi. Cílem domácí péče je dosažení a upevňování zdraví klientů a podílet se na udržení, případně zlepšování soběstačnosti a začleňování klientů do přirozeného sociálního prostředí. (Janečková, Hnilicová, 2009)

1.2 Historie domácí péče

1.2.1 Vývoj domácí péče ve světě

Domácí péče byla přirozeným způsobem péče o člověka, která existuje od nejstarších dob. Lidé v rodinách prožívali společně starosti i radosti. V domácnostech se rodilo, léčilo a umíralo za účasti všech členů rodiny. Vzhledem k úrovni medicínských poznatků byla domácí péče nevyhnutelnou a jedinou formou péče. Péče o nemocné byla svěřována především ženám, které v domácnostech vypomáhaly jako bylinkářky, porodní báby...(Hanzlíková, 2007)

Moderní koncept domácí péče vzniká v Liverpoolu v roce 1859 a za jeho zakladatele je považován William Rathbon, anglický obchodník, který své bohatství a vliv využil pro dobročinnost a zlepšení života chudých. Na vytvoření konceptu a rozšíření domácí péče ho přivedla osobní zkušenost. Ve spolupráci s Florence Nightingalovou založil první školu pro sestry. (Misconiová, 2006)

Rok 1885 je významný pro domácí péči v USA, kde byly založeny organizace pro sestry v domácí péči. Práce sester byla zaměřena na pomoc chudým a opuštěným lidem se zdravotními problémy. V Evropě dochází k rozvoji domácí péči koncem 19. století, ale během obou světových válek domácí péče ustupuje do pozadí. Stále více klientů bylo léčeno ve zdravotnických zařízeních a to díky rozvoji medicíny a zdravotnické techniky. Domácí péče byla orientována především na péči o seniory. K návratu k původní myšlence domácí péče došlo v některých Evropských státech až v 70. letech 20. století, kdy náklady na zdravotnickou péči narostly a vlády jednotlivých zemí hledaly východisko a řešení tohoto problému. WHO v roce 1977 vyhlásila program „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Preferována byla primární domácí péče, kombinace pomoci státu a rodiny. (Misconiová, 2006)

1.2.2 Vývoj domácí péče v České republice

V prvorepublikovém Československu byla pomoc v domácnostech realizována pomocí Červeného kříže. Při Státním zdravotním ústavu byla založena Masarykova škola zdravotní a sociální péče. Od roku 1952 přebírá odpovědnost za provádění domácí péče stát, a tato péče je začleněna do zdravotní péče poskytované ve zdravotních obvodech. Ze sester domácí péče se staly sestry geriatrické, které pracovaly v rámci obvodních středisek. (Misconiová, 2006)

Po roce 1989 dochází ke změnám struktury, řízení a financování zdravotnictví. V roce 1990 začínají vznikat první agentury domácí péče. V Čechách vznikají první při České katolické charitě. V roce 1991 Ministerstvo zdravotnictví tuto činnost právně legalizovalo a povolilo dvouletý experiment, během kterého vzniklo 40 agentur domácí péče. (Hanzlíková, 2007)

Nové agentury domácí péče byly v roce 1993 a dalších letech zakládány většinou zdravotními sestrami, nemocnicemi, Českým červeným křížem, Diakonií, městskými úřady, atd. Odborná péče se začínala orientovat i na pooperační péči a klienty všech věkových kategorií. Téhož roku byla založena **Asociace domácí péče České republiky**, která dodnes nepovinně sdružuje poskytovatele domácí péče. V roce 1994 Asociace domácí péče eviduje 353 agentur domácí péče. V dalších letech se poptávka po domácí péči postupně nasýtila a tak nárůst dalších agentur domácí péče není již tak výrazný. V roce 2000 působilo v ČR 472 agentur domácí péče. (Jarošová, 2007)

Za zmínku stojí informace o vzniku první ADP v ČR, která vznikla při nemocnici v Pardubicích v roce 1991. Dodnes tato ADP poskytuje zdravotní domácí péči, byla známá pod názvem Niké, oficiální název dle stránek Pardubické krajské nemocnice je *Centrum primární péče - oddělení domácí péče*. Záhy vznikají v Pardubicích ADP zřizované *Charitou* či *Střediskem křesťanské pomoci* (dnes pod SKP centrem o.p.s., provozuje pouze zdravotní domácí péči). V dnešní době působí v Pardubicích tyto tři již výše zmíněné agentury, také město Pardubice má svou pečovatelskou službu – *Sociální služby města Pardubice* a v neposlední řadě, nejmladší ADP - *Kamilka*, která poskytuje své služby komplexní domácí péče již pátým rokem. (Hanzlíková, 2007)

Podle posledních dostupných statistických dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky ke konci roku 2011 poskytovalo v České republice služby domácí zdravotní péče 472 pracovišť s více než 3 tisíci odbornými zdravotnickými pracovníky. Služeb domácí péče v roce 2011 využilo 147 000 pacientů, z nichž cca čtyři pětiny byli ve věku 65 a více let a necelé dvě třetiny tvořily ženy. V průběhu roku pracovníci domácí zdravotní péče

uskutečnili u pacientů celkem 5,9 mil. návštěv, což představovalo v průměru 40 návštěv na 1 pacienta. Celkem bylo provedeno 11,6 milionu výkonů, z nichž 94 % bylo hrazených z veřejného zdravotního pojištění. (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2013)

1.3 Koncepce a politika domácí péče

1.3.1 Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče

Rozvoj komplexní domácí péče ovlivňuje řada pozitivních, ale i negativních faktorů. Patří k nim: ekonomický tlak, stárnutí populace, změna struktury rodiny, vzrůstající poptávka ve službách v domácnosti ze strany veřejnosti, rozvoj moderní technologií a politický vliv. (Hanzlíková, 2007 s.245)

Mezi nejdůležitějšími faktory současnosti je **ekonomický tlak**. Dopad ekonomické krize má za následek klesající podíl celkově vynaložených výdajů na zdravotnictví v České republice. Vzhledem k tomu, že léčba s ošetrovatelskou péčí poskytovaná v nemocnicích a léčebnách pro dlouhodobě nemocné je pro stát finančně náročná, čím dále častěji se hovoří o alternativních formách péče, které by byly finančně méně náročné, a tím by došlo ke snížování nákladů. Jednou z těchto forem je domácí péče, která vede ke zkracování hospitalizace a nebo může přímo nahradit ústavní péči. (Hanzlíková, 2007)

Další faktor, který ovlivňuje komplexní domácí péči je **stárnutí populace**. Ještě nikdy se lidstvo nedoživalo tak vysokého věku jako v současnosti, tedy 80 a někdy i 90let. I v České republice jsou tyto populační trendy a dochází k prodlužování střední délky života. Bohužel je stáří zatíženo vysokou nemocností, polymorbiditou, polypragmázií, zhoršováním fyzické výkonnosti a ztrátou soběstačnosti. Zdravotní stav a invalidita starší populace se u nás trvale zhoršuje. Z celkového počtu obyvatel, kteří využívají služby komplexní domácí péče, tvoří většinu osoby ve věku 65-75let a starší 75let. (Topinková, 2005; Hanzlíková, 2007)

Možnosti domácí péče závisí i na struktuře a **funkci rodiny**, pokud rodina neplní svoje funkce, možnosti domácí péče jsou oslabeny. V současnosti vzrůstá počet domácností s jedním členem, bezdětných rodin, mezigenerační vazby jsou rozvolněné, členové rodin žijí na opačném konci republiky a je i vysoká zaměstnanost žen. Hlavním důvodem proč se klient rozhoduje pro tento typ péče je zachování stávajícího životního stylu v domácím prostředí v kruhu rodiny a přátel. Klient se v prostředí svého domova za příznivých okolností uzdravuje

a zotavuje rychleji než v nemocničním prostředí, což umožňuje i dřívější návrat do společnosti nebo pracovního procesu. (Hanzlíková, 2007)

Výrazné ovlivnění domácí péče v ekonomicky vyspělých zemích přinesl **rozvoj technologií a přístrojů** vhodných k použití v domácí péči. V současnosti mají agentury k dispozici dialyzační přístroje, ventilátory, monitory, infuzní pumpy atd. Sestry v ADP běžně ošetřují klienty se všemi druhy stomií (nefrostomie, kolostomie, tracheostomie), klienty s poruchou výživy včetně výkonů jako jsou aplikace injekcí, podávání léků, odběry biologického materiálu, převazy veškerých defektů od pooperačních ran až po defekty cirkulární. (Hanzlíková, 2007, Turková, 2011)

Politické faktory ovlivňují změny systému zdravotní péče včetně rozvoje domácí péče. V České republice byl v roce 1994 velký nárůst počtu agentur domácí péče v souvislosti s komunálními volbami. Zřizování agentur bylo iniciováno ze strany okresních, městských a obvodních úřadů. (Hanzlíková 2007)

1.3.2 Typy domácí péče

Domácí péče je pro každého. Určující je zdravotní stav nemocného a potřeba zdravotnické péče. Poskytuje se všem bez rozdílu věku, rasy, pohlaví, náboženské či politické orientace. (Malinková a kol., 2010)

Snahou domácí péče v České republice je zajistit integrovanou formu zdravotní péče a sociální pomoci. Převládající podíl tvoří zdravotní péče (2/3 ze všech výkonů agentur domácí péče). (Jarošová 2007)

V České republice má domácí péče různé formy poskytování, Jarošová (2007) uvádí těchto pět základních forem domácí péče: akutní, dlouhodobou, preventivní, hospicovou a domácí péči ad hoc.

1.3.2.1 Akutní domácí péče

Akutní domácí péče (domácí hospitalizace) je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním, kdy není zapotřebí hospitalizace nebo se jedná o její alternativu. Nejčastěji se jedná o akutní onemocnění kardiovaskulárního, neurologického, gastrointestinálního a urologického systému. Tato forma péče zahrnuje specializovanou domácí péči a je určena především klientům v pooperačním a poúrazovém stavu. Akutní domácí péče se většinou poskytuje krátkodobě v rozsahu dnů či týdnů. (Jarošová, 2007)

1.3.2.2 Dlouhodobá domácí péče

Dlouhodobá domácí péče je nejrozšířenější formou domácí péče, je určena chronicky nemocným klientům, kdy jejich zdravotní i duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči. Obvykle se jedná o klienty po prodělané mozkové příhodě, se sclerosis multiplex, s komplikovaným diabetem mellitem, klienty s plným či částečným ochrnutím či klienty se závažným duševním onemocněním, imunodeficitem nebo chronickou bolestí. Tento typ péče bývá poskytován v rozsahu měsíců až několika let. (Jarošová, 2007)

1.3.2.3 Preventivní domácí péče

Preventivní domácí péče je určena klientům, u nichž ošetřující lékař doporučí pravidelné preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Sestra domácí péče provádí měření fyziologických funkcí, sleduje celkový stav klienta a o případných změnách zdravotního stavu neprodleně informuje ošetřujícího lékaře. Tato forma domácí péče bývá poskytována 1x za týden či 1x za měsíc. (Jarošová, 2007)

1.3.2.4 Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče zahrnuje péči o klienty v preterminálním a terminálním stádiu života. Domácí hospicová péče se týká především klientů s nádorovým onemocněním, ale i nenádorová onemocnění mohou vyústit ve stav, kdy choroba přestane reagovat na kauzální léčbu a přínosem pro pacienta je jen léčba symptomů. Základním cílem hospicové péče je zlepšení kvality života klienta a jeho rodiny. (Vorlíček, 2004)

1.3.2.5 Domácí péče ad hoc

Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče) je mimořádné využití domácí péče pro provedení jednorázových výkonů (např. jednorázová aplikace injekcí, odběr biologického materiálu). (Jarošová, 2007)

1.3.3 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je tradiční sociální službou, která je poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Pečovatelskou službou jsou zajišťovány jednotlivé úkony v předem dohodnutém časovém úseku, a to zejména v domácnostech osob nebo v zařízeních sociálních služeb, například v centrech denních služeb. (Králová, Rážová, 2008)

Pečovateľská služba obsahuje tyto základní činnosti a úkony:

1. Pomoc při zvládání běžných úkonů o vlastní osobu (pomoc a podpora při podávání jídla a pití, pomoc při oblékání a svlékání včetně použití speciálních pomůcek, pomoc v prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru, pomoc při přesunu na lůžko/vozik).

2. Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu (pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při základní péči o vlasy a nehty, pomoc při použití WC).

3. Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy (zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, dovoz či donáška jídla, pomoc při přípravě jídla a pití, příprava a podání jídla).

4. Pomoc při zajištění chodu domácnosti (běžný úklid a údržba domácnosti, údržba domácích spotřebičů, pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezónního úklidu, úklidu po malování, donáška vody, topení v kamnech a příprava topiva, údržba topných zařízení, běžné nákupy a pochůzky, velký nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti, praní a žehlení ložního, osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy).

5. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři a doprovázení zpět, doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, k orgánům veřejné moci a do institucí poskytující veřejné služby a doprovázení zpět). (Králová, Rážová, 2008)

1.3.4 Multidisciplinární tým

1.3.4.1 Pracovní tým v agentuře domácí péče

Komplexní domácí péče je zajišťována multidisciplinárním týmem (rodina, lékař, sestra, sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, aj.). (Jarošová, 2007)

Odborná způsobilost k výkonu povolání je specifikována v zákoně o nelékařských zdravotnických povoláních - předpis 96/2004 Sb.

V ADP péči o klienty zajišťují zdravotničtí pracovníci. V čele agentury je **sestra manažerka**, všeobecná sestra s vysokoškolským (minimálně bakalářským) vzděláním a specializací v domácí ošetrovatelské péči., odpovídá za její provoz z odborné, finanční a materiálně-technické stránky a kontroluje činnost agentury. Organizuje a koordinuje poskytování ošetrovatelské péče. (Hanzlíková, 2007)

V ADP pracuje všeobecná sestra bez odborného dohledu, vykonává všechny ošetrovatelské činnosti v domácnosti klienta. Hanzlíková uvádí termín **terénní sestra**, vyhláška 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků však tuto specializaci všeobecné sestry nezná. (2007)

Mezi další zdravotníky, kteří mohou pracovat v ADP patří **porodní asistentka**, **fyzioterapeut**, který vykonává odbornou rehabilitační péči zejména u dlouhodobě nemocných a chronicky nemocných. **Zdravotnický asistent**, který vykonává odbornou ošetrovatelskou činnost pod dohledem či přímým vedením. (Hanzlíková, 2007)

Dále se v ADP uplatňují **nižší zdravotničtí pracovníci**, jako jsou ošetrovatelé, pomocní pracovníci, kteří vykonávají základní a pomocnou ošetrovatelskou činnost dle pokynů sestry. (Hanzlíková, 2007)

Součástí pracovního týmu v ADP jsou i nezdravotničtí pracovníci - **administrativní pracovníci**, kteří jsou odpovědní za účetnictví, kalkulaci účtů za výkony nehrazené pojišťovnou a kontrolují úplnost dokumentace jako podklad pro pojišťovnu. Zpracovávají a vyhodnocují účetní podklady pro finanční hodnocení zaměstnanců ADP a zaznamenávají všechny příjmy a výdaje spojené s činností agentury. (Hanzlíková, 2007)

Momentálně nejsou v domácí péči vytvořeny podmínky pro práci dalších profesí. V týmu ADP by byla velice prospěšná práce psychoterapeuta, psychologa, psychiatra nebo logopeda. (Svět, 2010)

Laická péče je jako lidská pomoc nenahraditelná, může být poskytována rodinnými příslušníky, sousedy či dobrovolníky. Proto se ADP snaží do svých týmů vřadit i laickou veřejnost. Dobrovolníci jsou nezastupitelní zejména u dlouhodobě nemocných či osamělých klientů. (Misconiová, 2006)

1.3.4.2 Spolupráce ADP s lékařem

Nepochybně nezbytná je spolupráce ADP s lékařem primární péče. Lékař po skončení hospitalizace klienta kontaktuje manažerku ADP a dohodne další zabezpečení ošetrovatelské péče klienta v domácím prostředí. Sestra pravidelně informuje lékaře o změnách zdravotního stavu a dle aktuální situace přizpůsobují další léčbu a plánují ošetrovatelské intervence. (Hanzlíková, 2007)

1.3.5 Výhody a nevýhody domácí péče

O tom, že je domácí péče výhodnější pro osobu, o niž je pečováno, nemůže být sporu. I když existují v životě situace a okamžiky, kdy považujeme umístění nesoběstačného člověka do nemocničního zařízení jako nejlepší řešení. I při velké míře tolerance k činnosti registrovaných poskytovatelů sociálních služeb můžeme konstatovat, že v České republice není v současné době zařízení, které by bylo na takové úrovni, aby mohlo konkurovat prostředí fungující rodiny. Platí tvrzení, že až na naprosté výjimky je domácí péče pro člověka výhodnější, přínosnější a příjemnější než pobyt v zařízení sociálních služeb. Pokud může nemocný zůstat mezi blízkými, zpravidla lépe snáší trýzeň a omezení vyplývající z jeho zdravotního stavu. Domácí péče však stále znamená nezanedbatelnou výhodu i pro stát a jeho veřejný rozpočet. Domácí péče je pro stát daleko levnější než péče poskytovaná v nemocničních zařízeních, vzhledem k faktu, že náklady na stravu a ubytování jsou vysoké. Mohou dva až třikrát překročit náklady na osobní a ošetrovatelskou péči dohromady. (Michalík, 2010)

Hanzlíková (2007) shrnuje výhody domácí péče do těchto bodů:

1. **hospodárnost:** domácí péče snižuje náklady na péči o pacienta zkrácením hospitalizace na minimum
2. **mnohostrannost:** v domácí péči pracuje multidisciplinární tým, který poskytuje služby více odborníků
3. **individualizovaná péče:** každý klient je jedinečná osobnost, která má svoje individuální potřeby, proto i domácí péče se poskytuje podle konkrétních potřeb klienta.
4. **komplexnost:** domácí péče je kombinací všech činností spojených s léčbou, ošetřováním, rehabilitací, psychickou podporou a ošetřováním klienta.
5. **dlouhodobá péče:** je poskytována podle potřeb klienta a jeho rodiny několik dní, týdnů, měsíců i roků.
6. **podpora zdraví:** kromě konkrétní péče o klienta poskytuje i služby primární, sekundární a terciární prevence. (Hanzlíková, 2007)

Mezi obecné nevýhody můžeme řadit zpravidla nižší materiálovou a technickou vybavenost, která je pro domácí péči typická. Jedná se o absenci nejrůznějších pomůcek: rehabilitačních, technických, kompenzačních, které jednak ulehčují péči osobě pečující a jednak umožňují rehabilitaci osobě závislé na péči. (Michalík, 2010)

1.4 Ošetřovatelství v domácí péči, specifické pracovní podmínky

1.4.1 Odlišnosti práce zdravotní sestry v domácí péči

Libor Svět (2010) uvádí domácí péči jako formu péče, která navazuje na jedné straně na ambulantní péči a na straně druhé na péči ústavní. Sestry pracují zcela samostatně, což má za následek mimořádně vysoké nároky na teoretickou a praktickou stránku. Práci v domácí péči jsou schopni zvládat ti, kteří se umí samostatně rozhodovat i ve vypjatých situacích, mají schopnost komunikovat s klientem a jeho rodinou i v mimořádně obtížných podmínkách. Zdravotní sestry domácí péče se musí mnohokrát za den přizpůsobovat podmínkám jednotlivých domácností i požadavkům jednotlivých klientů. Práce v domácí péči je kompetentně blízká práci na lůžkovém oddělení zdravotnických zařízení, ale existuje celá řada rozdílů. Práce probíhá v cizím, během dne se několikrát měnícím prostředí a pod dohledem rodinných příslušníků. Nemocný je doma, ve svém vlastním sociálním prostředí, se svými mnohaletými zvyky a získat pacienta ke spolupráci je někdy velice obtížné. Během návštěvy v domácím prostředí musí sestra dbát i na svou bezpečnost. Sestra se může ocitnout zcela bez pomoci v domě s opilým či agresivním jedincem, často se také setkává s nepřátelsky se chovajícími domácími zvířaty, především psy, kteří chrání svého pána. Míra čistoty v jednotlivých domácnostech je různorodá i umytí rukou může být problém. Přesto sestra musí dodržovat veškerá pravidla čistoty a dbát na likvidaci biologického odpadu. Během práce dochází k přesunům osobním vozidlem, městskou hromadnou dopravou, na kole či pěšky a musí být zajištěn transport pomůcek, materiálu a odpadu. Důležité je umět se s originalitou jednotlivých domácností profesionálně vyrovnat. (Svět, 2010; Turková, 2011)

1.4.2 Výkony domácí zdravotní péče

Dle vyhlášky MZ ČR 134/1998 Sb. v platném znění je domácí péče evidována jako odbornost 925 – domácí zdravotní péče. O jejím obsahu a frekvenci rozhoduje ošetřující lékař klienta (praktický lékař) nebo ošetřující lékař při hospitalizaci klienta. (Jarošová, 2007)

Výkony autorské odbornosti **925 – domácí zdravotní péče** vykazují zdravotnická zařízení, která poskytují domácí zdravotní péči a tuto formu péče mají uvedenou v rozsahu platné registrace zdravotnického zařízení. Výkony 925 mohou být vykázány pouze na základě indikace praktického lékaře (platnost poukazu na ošetření je až 3 měsíce) nebo na základě indikace ošetřujícího lékaře po skončení hospitalizace a to v délce maximálně 14 dnů. Pro představu je prázdný poukaz na ošetření součástí přílohy B. (Misconiová, 2006)

Vlastní domácí péče je vykazována především výkony s názvem **ošetřovací návštěvy**. Výkony jsou plně hrazeny zdravotními pojišťovnami. Výkon může provádět nelékařský zdravotnický pracovník, který je způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. (Misconiová, 2006; Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, 2010)

Výkon začíná komplexní ošetřovatelskou anamnézou klienta i prostředí, aktuální ošetřovatelskou diagnózou a stanovením priorit ošetřovatelské péče. Končí záznamem do dokumentace klienta, předáním informací o zdravotním stavu klienta praktickému lékaři, či ošetřujícímu lékaři klienta dle předem stanoveného plánu. V případě zjištění patologických reakcí nebo změn je třeba okamžité signalizace lékaři. (Misconiová, 2006)

Součástí typů I, II, III, IV ošetřovacích návštěv je vždy stejný soubor výkonů. Je plně v kompetenci ošetřujícího lékaře a po dohodě s agenturou domácí péče se stanovuje u konkrétního klienta taková časová dispozice návštěvy, která odpovídá aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta a indikovanému rozsahu péče. Jednotlivé typy ošetřovacích návštěv se liší pouze v časovém rozsahu 15, 30, 45 a 60 minut. Podrobnosti k výkonům domácí péče jsou uvedeny v příloze C. (Misconiová, 2006)

Další výkony ohodnocují spotřebovaný materiál. K výkonu ošetřovací návštěvy domácí zdravotní péče se přičítají jen materiálové náklady výkonu. Tyto výkony jsou uvedeny v přehledu materiálových výkonů v příloze D. (Misconiová, 2006; Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, 2010)

Ošetřující návštěvu sestry v době od 22 do 06 hodin a lze ve dnech pracovního volna nebo pracovního klidu vykázat pouze tehdy, pokud byla provedena na základě indikace ošetřujícího lékaře. (Misconiová 2006; Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, 2010)

1.5 Právní subjektivita agentur

1.5.1 Cíle ADP

Mezi hlavní cíle práce agentur domácí péče patří zejména zabezpečit ošetřovatelskou péči ve spolupráci s ambulantní a ústavní péčí. Další cíle ADP jsou :

- zachovat kvalitu života klienta a jeho rodiny
- umožnit nemocným v terminálním stádiu života umírat v kruhu blízkých a ve svém domácím prostředí

- zajistit dostupnost, rozsah, kvalitu a efektivitu domácí ošetrovatelské péče a pomoci pacientům, kterým je tato péče poskytována na základě doporučení příslušného lékaře
- zvyšovat povědomí a zodpovědnost klientů za vlastní tělesné a duševní zdraví
- zvyšovat všeobecné povědomí o činnosti ADP
- přesvědčit občany o výhodách ADP pro společnost, úspora finančních prostředků při zkrácení hospitalizace dlouhodobě a chronicky nemocných. (Hanzlíková, 2007; Špaček, 2006)

1.5.2 Právní normy vztahující se k domácí péči

V České republice rozlišujeme dva druhy zdravotnických zařízení domácí péče a to státní a nestátní. Zřizovatelem ADP mohou být právnické či fyzické osoby, státní instituce, organizace či obce. Mezi nestátní zřizovatele ADP řadíme humanitární sdružení (Český červený kříž), církevní instituce jako je České katolická charita, Maltézští rytíři, Diakonie, apod. ADP mohou vznikat při státních nemocničních komplexech nebo poliklinikách. Města a obce, která se snaží řešit zdravotní a sociální péči o své občany také zřizují ADP. (Hanzlíková, 2007)

Právní rámec vymezující poskytování domácí péče v České republice je:

- zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotních povoláních a navazující prováděcí vyhlášky v platném znění,
- zákon č. 66/2013 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách),
- zákon č. 115/2012 Sb. o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů,
- vyhláška MZ ČR č. 306/2012 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení a vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče,
- zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. (Malinková a kol., 2010)

1.5.3 Provoz agentury jako nestátního zdravotnického zařízení

Základním předpokladem pro založení vlastní agentury domácí péče je **registrace k výkonu činnosti** na Krajském úřadě. Součástí registračního řízení je zajištění pracoviště po technické, prostorové a materiální stránce. Po splnění požadavků pracovníků Krajského úřadu je organizaci vydáno **Rozhodnutí o registraci zdravotnického zařízení** (zcela obdobně je tomu

při registraci sociální služby). Toto rozhodnutí je nezbytným požadavkem pro následnou účast na výběrovém řízení poskytování zdravotnických služeb. Výběrové řízení na poskytování sociálních služeb vyhlašuje Krajský úřad. V komisi výběrového řízení zasedají odborní pracovníci z Krajského úřadu a zástupci zdravotních pojišťoven. Výsledkem řízení je případné doporučení zdravotnickým pojišťovám na uzavření smlouvy o poskytování zdravotní péče s uchazečem. Pro uchazeče je důležité je mít zpracovanou strategii agentury (cíle, skupiny, zaměření) a její nezbytnost pro daný územní celek. Předpokladem pro zajištění chodu ADP je zpracované poslání, účel, vize, cíle, hodnoty agentury, vymezení rozsahu působnosti, výběr a vzdělání pracovníků, zajištění financování, propagace a reklamy. (Malinková a kol., 2010)

1.5.4 Poskytování pečovatelské služby

Pravidla pro poskytování pečovatelské služby jsou stanoveny zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v jeho aktuálním znění. Příspěvek na péči je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem jejího zajištění a posiluje finanční soběstačnost uživatele sociálních služeb. Stanovení nároků na příspěvek a jeho výši, způsob vyplácení příspěvku řeší zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. „*Účelem příspěvku na péči je umožnit osobě v nepříznivé situaci, aby sama rozhodla o způsobu zajištění potřebné pomoci buď prostřednictvím své rodiny, nebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb.*“ (Vítová, 2010 s.33)

Zákon rozeznává čtyři stupně závislosti péče jiné osoby, které mají vliv na výši příspěvku. Podle přiznaného stupně závislosti v roce 2013 obdrží osoba částku 800 Kč, 4 000 Kč, 8 000 Kč či 12 000 Kč měsíčně. (Sbírka zákonů ČR, 2012)

Maximální výše úhrady od uživatele pečovatelské služby je dána vyhláškou č. 505/2006 Sb. a v platném znění od 1.1.2012 činí 120 Kč na hodinu. Tato částka se účtuje podle skutečně spotřebovaného času potřebného na provedení úkonu, takže se hodinová sazba účtuje poměrově (v praxi se účtuje po minutách). (Sbírka zákonů ČR, 2012)

1.5.5 Systém financování

Financování domácí (zdravotní) péče je ve většině případů z veřejného zdravotního pojištění. Přímé platby se vyskytují jen v minimálním rozsahu. Týkají se pacientů, kteří nejsou pojištěni. Přímou platbou je také honorován výkon, který nelze hradit ze zdravotního pojištění – například rehabilitační cvičení nepředepsané ošetřujícím lékařem. Dalším zdrojem

financování jsou dotační podpory ze státního rozpočtu, které jsou časově omezené a jsou většinou vázány na nějakou inovaci, zavedení nové služby a podobně. Sponzorské dary jsou spíše výjimečným zdrojem financování. (Svět, 2010)

Financování je stanoveno dle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb. v platném znění od 1.1.2013, kterou se vydává seznam zdravotních úkonů s bodovými hodnotami. Úhrada zdravotní péče je prováděna na základě smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnami dle příslušné vyhlášky. (Malinková a kol., 2010)

1.5.6 Materiální a technické vybavení ADP

Technické a prostorové vybavení zařízení, které poskytuje domácí péči, musí splňovat požadavky pro bezpečný provoz podle přílohy č. 9 k vyhlášce MZ ČR č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Pracoviště je vybaveno přístroji a pomůckami určenými k ošetřování a provádění výkonů v domácí péči. (Sbírka zákonů ČR, 2012; Špaček, 2010)

1.5.7 Dokumentace vedená v agentuře domácí péče

Ošetřovatelská dokumentace pacienta je hlavním informačním a komunikačním nástrojem ošetřovatelských profesionálů i dalších zdravotnických pracovníků. Komplexní ošetřovatelská dokumentace v domácí péči je důležitým předpokladem kvalitní kontinuální péče, a to zejména, je-li celý ošetřovatelský proces dokumentován v logické struktuře. V porovnání s lůžkovým zařízením je ošetřovatelský záznam v domácí péči specifický, především vzhledem k odlišné struktuře klientů a jejich potřeb. Ošetřovatelský proces je zde zaměřen především na poskytování kontinuální individuální péče dlouhodobě nemocným klientům. Každý záznam o ošetřovatelské dokumentaci podle platných vyhlášek ministerstva zdravotnictví má obsahovat tři části: **Ošetřovatelskou anamnézu, ošetřovatelský plán, ošetřovatelskou propouštěcí zprávu.** Stěžejní pro zahájení ošetřovatelské péče je pak zhodnocení zdravotního stavu pacienta, jeho potřeb a problémů a stanovení ošetřovatelské diagnózy (ošetřovatelská anamnéza a diagnostika). (Jarošová a kol., 2012)

1.6 Význam rodiny pro pacienta v domácí péči

Rodina sehrává významnou roli v otázce zdraví a nemoci jedince. V případech, kdy vážně onemocní jeden člen rodiny je zasažena také celá rodina pacienta. Pokud se jedná o onemocnění s trvalými následky, mění se pozice, role nemocného člena v rodině. Vyrovnání

se s nepříznivou situací je obtížné i pro ostatní členy rodiny. Také jejich role a úlohy, které plnili před onemocněním, se mění. Často také dochází k zásadním změnám situace celé rodiny, především v sociální oblasti. Jedná se zejména o finanční problémy, stres z následků nemoci, zodpovědnost, změny společenských zvyklostí. Mluvíme o tzv. „nemocné rodině“. (Bártlová, 2010)

Proto je nutné v domácí péči zahrnout do péče i rodinu klienta, neboť je důležitým partnerem v péči o nemocného a spolupodílí se na poskytování péče. Postoj rodiny a její ochotu pečovat o nemocného v domácím prostředí ovlivňuje především onemocnění a jeho závažnost, dlouhodobost a prognóza onemocnění. O krátkodobě nemocného (např. při zlomenině paže) je rodina schopna se bez větší problémů postarat, obtížnější je ošetřování imobilního, inkontinentního pacienta nebo klienta s poruchou intelektu. Stabilitu ošetřování v domácím prostředí ohrožuje nezvládnutelné chování, onemocnění pečující osoby, konflikty v rodině nebo špatná finanční situace. (Bártlová, 2010)

Pro ošetrovatelskou a léčebnou péči je rodina významným zdrojem informací. Sestra si může vytvořit celistvější obraz o klientovi, pokud je v kontaktu s jeho rodinou. Důležitá je aktivní spoluúčast rodiny na péči, jejímž objektem je sám nemocný, tedy na péči přímé. Rodina může mít funkci především ochranou, preventivní a podpůrnou. (Bártlová, 2010)

2 Výzkumná část

2.1 Cíle výzkumné práce

Cílem výzkumné části bakalářské práce je zjistit míru informovanosti nelékařského zdravotnického personálu o všech možnostech poskytování domácí péče. Hlavním cílem je zmapovat úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu. Druhým cílem je zjistit zájem a ochotu se v této oblasti dále vzdělávat.

2.2 Výzkumné otázky

Před zahájením samotného výzkumu byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jak respondenti subjektivně hodnotí svoje znalosti?
2. Mají respondenti dostatečné informace o možnostech domácí péče?
3. Znájí respondenti rozdíl mezi zdravotnickou a pečovatelskou službou?
4. Jsou respondenti ochotni se v této oblasti více vzdělávat?

2.3 Metodika výzkumu

Cílovou skupinou výzkumu byl zvolen nelékařský zdravotnický personál, který zahrnuje zdravotnické asistenty, všeobecné sestry, staniční a vrchní sestry. Tento vzorek jsem vybrala záměrně pro účel mého výzkumu.

Technikou výzkumu byl zvolen dotazník, který je souborem otázek, jež jsou připraveny na určitém formuláři (Kutnohorská, 2009). Tato technika byla zvolena především proto, že umožňuje stejné podmínky pro všechny respondenty. I z hlediska časového i ekonomického se jeví dotazník jako nejsnazší metoda. V úvodu dotazníku je krátké vysvětlení, proč respondent vyplňuje dotazník, dále informace, jak se má správně postupovat při jeho vyplňování. Nechybí zde ani ujištění o anonymitě, která byla při sběru informací a zpracování dodržena. Účast v dotazníkovém šetření byla dobrovolná a základním předpokladem výzkumného šetření byla ochota respondentů vyplnit dotazník.

Dotazník se skládá z 25 otázek, zařazeny zde byly otázky uzavřené, polouzavřené, polytomické, také filtrační otázka a grafická škála. Otázka č. 1 má zjistit, zdali respondent podává pacientům informace o domácí péči, otázka č. 2 se dotazuje na respondentovo subjektivní hodnocení svých znalostí, otázky č. 3 - 17 jsou vědomostního rázu (jedná se všeobecné informace o domácí péči, o agenturách domácí péče, o zdravotní domácí péči, o

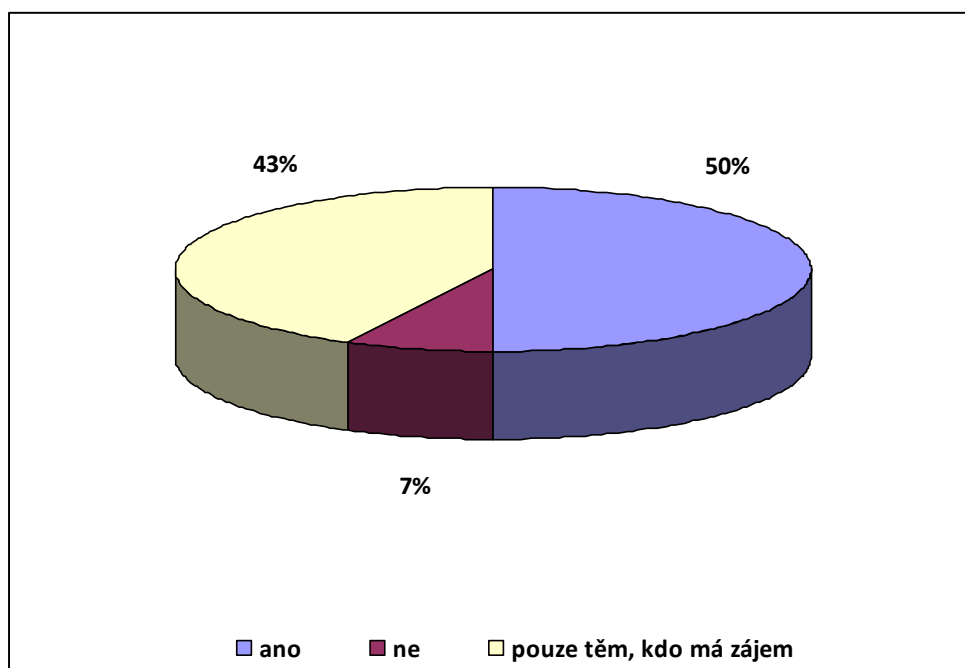
pečovatelské službě), zbylé otázky (č. 21 – 25) jsou identifikační. Dotazník je součástí přílohy A.

Před vlastním sběrem dat proběhl test (pilotáž) se zkušebním vzorkem respondentů (sestry pracující ve zdravotnických zařízeních), který prokázal, že dotazník je připraven k distribuci. Sběr dat byl uskutečněn v nemocnici krajského typu v období od 18. 2. do 8. 3. 2013 a byl vydán souhlas k provedení výzkumu od pověřené osoby z oddělení výchovy a vzdělávání. Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků na čtyři různá oddělení. Distribuce proběhla prostřednictvím mé osoby, oslovila jsem všechny sestry; vrchní sestry, staniční sestry a další personál. Během zpracování dat byla zajištěna 100% anonymita. Vyplněno bylo 56 dotazníků, návratnost je tedy 70 %, 2 dotazníky byly pro neúplnost vyřazeny, celkový počet vyhodnocovaných je tedy 54. Každá otázka dotazníku je vyhodnocena v grafu s komentářem. Výsledky výzkumu jsou vyhodnocovány v absolutních a relativních četnostech a zpracovány v programech MS Word a MS Excel.

2.4 Interpretace dat

Otázka č. 1

Informujete pacienty při propouštění do domácího prostředí o možnostech využití služeb agentur domácí péče?

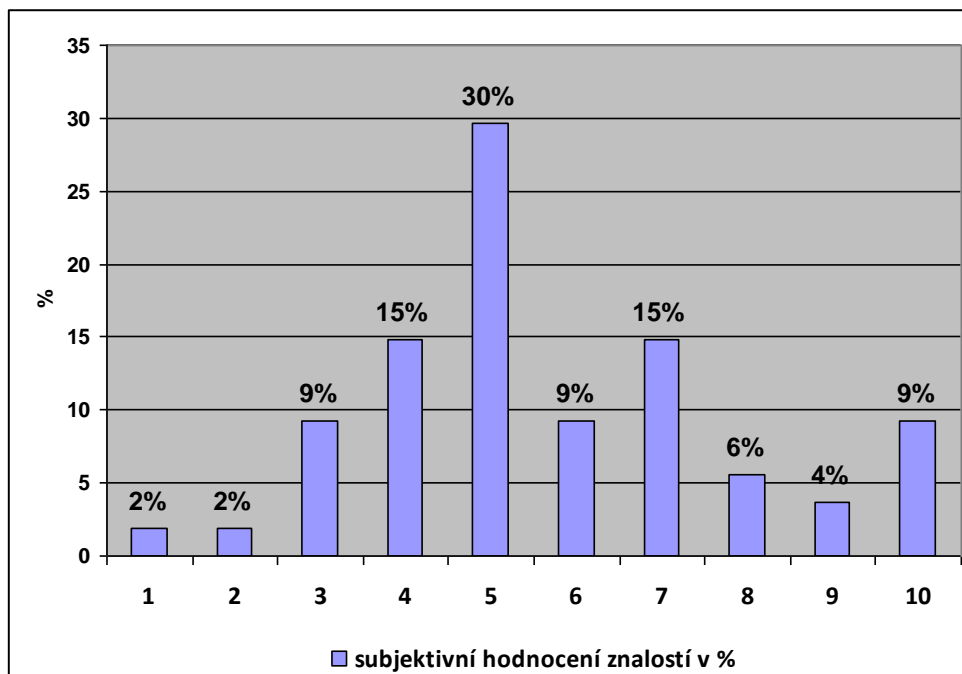


Obrázek 1 Graf týkající se předávání informací pacientům

Tato otázka byla zodpovězena respondenty převážně kladným způsobem. Z celkového počtu 54 respondentů (100 %) o možnostech využití ADP informuje 27 respondentů (50 %), 23 respondentů informuje pouze pacienty, kteří mají o služby zájem (43 %) a 4 respondenti pacienty neinformují (7 %).

Otázka č. 2

Jak subjektivně hodnotíte Vaše znalosti v oblasti domácí péče? Označte na stupnici od 1 do 10 (1 = nemám informace, 10 = mám dostatečné informace).

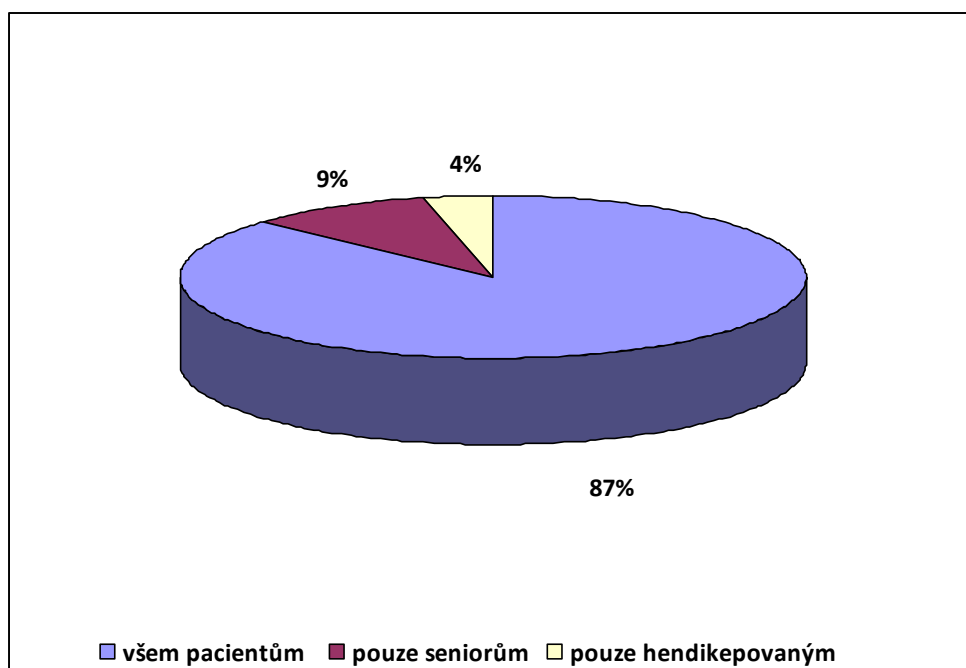


Obrázek 2 Graf týkající se subjektivního hodnocení znalostí

Cílem této otázky bylo zjistit, do jaké míry respondenti hodnotí své znalosti v oblasti domácí péče. Na grafické škále od 1 do 10 respondenti označili subjektivní hodnocení svých znalostí. Nejvíce respondentů – 16 odpovědí (30 %) označilo bod 5, což odpovídá 50% znalostí. Pět respondentů (9 %), hodnotí své znalosti jako 100%. Jeden respondent (2 %) se domnívá, že nemá žádné informace, označil bod 1.

Otázka č. 3

Komu může být domácí péče poskytována?

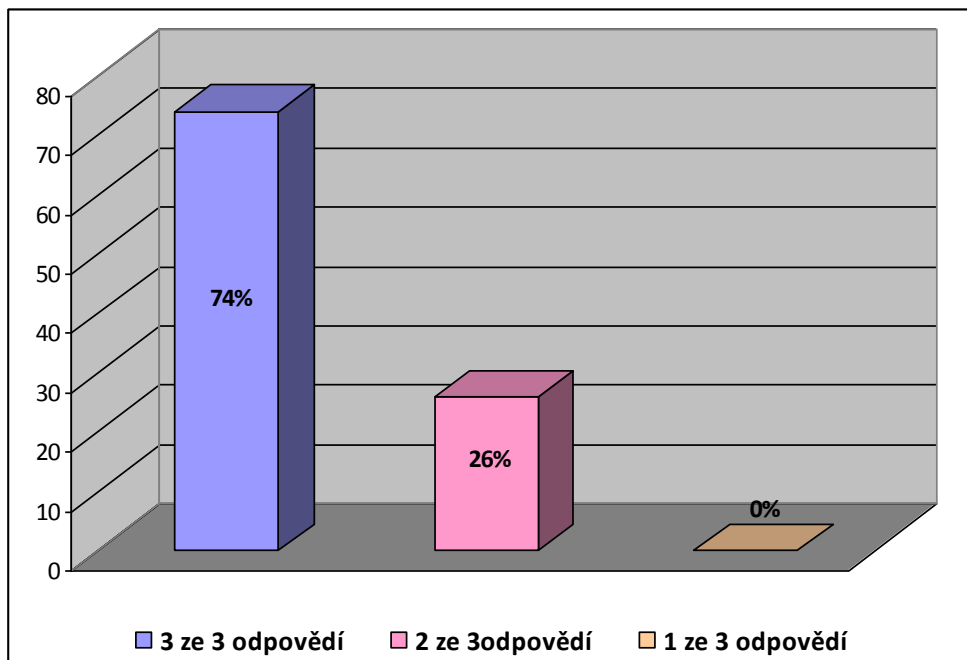


Obrázek 3 Graf týkající se poskytování domácí péče

Správná odpověď u této otázky je „všem pacientům“, odpovědi „pouze seniorům“ a „pouze hendikepovaným“ jsou chybné. Správnou odpověď zvolilo 47 respondentů (87 %), chybnou odpověď „pouze seniorům“ zvolilo 5 respondentů (9 %) a druhou chybnou odpověď zvolili pouze 2 respondenti (4 %).

Otázka č. 4

Zdravotní domácí péči může předepsat:

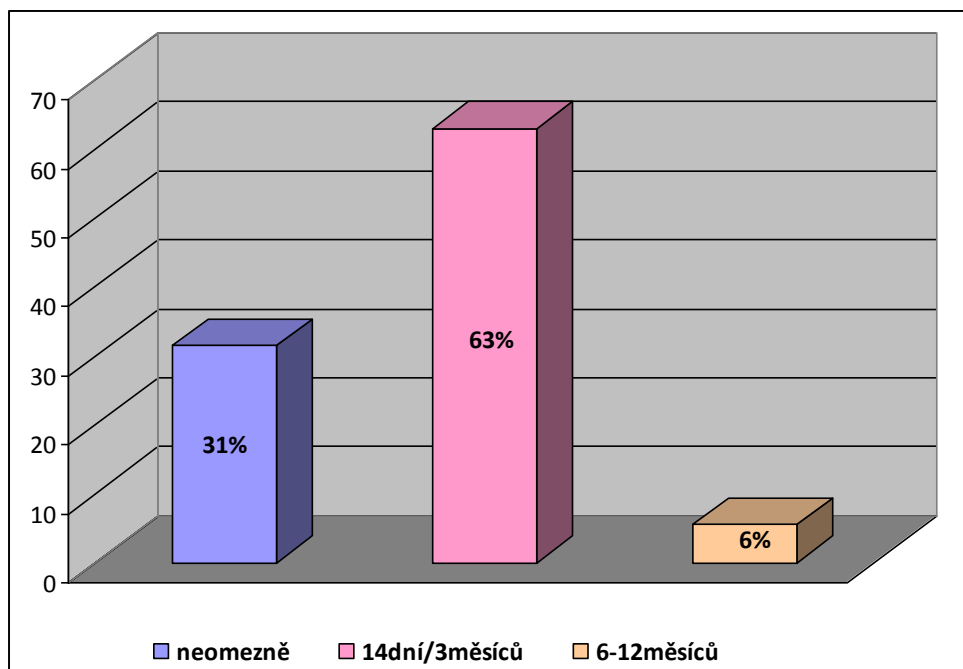


Obrázek 4 Graf týkající se předeptání zdravotní péče

Správné odpovědi jsou ošetřující a praktický lékař, odpověď vrchní sestra je chybná. Sloupec v grafu označený „3 ze 3 odpovědí“ znamená, že respondenti označili obě správné odpovědi a zároveň správně neoznačili chybnou odpověď. Analogicky jsou vyhodnocovány další sloupce v tomto grafu. Stejný způsob hodnocení je použit i u otázek č. 7, 8, 9, 10, 13, 15, 18 a 20. Z tohoto grafu je patrné, že správně odpověděla většina respondentů. 40 respondentů (74 %) odpovědělo naprosto správně, jednu chybnou odpověď mělo 14 respondentů (26 %), dvě chybné odpovědi nevyplnil žádný z respondentů (0 %).

Otázka č. 5

Jak dlouho platí poukaz na ošetření v domácí péči?

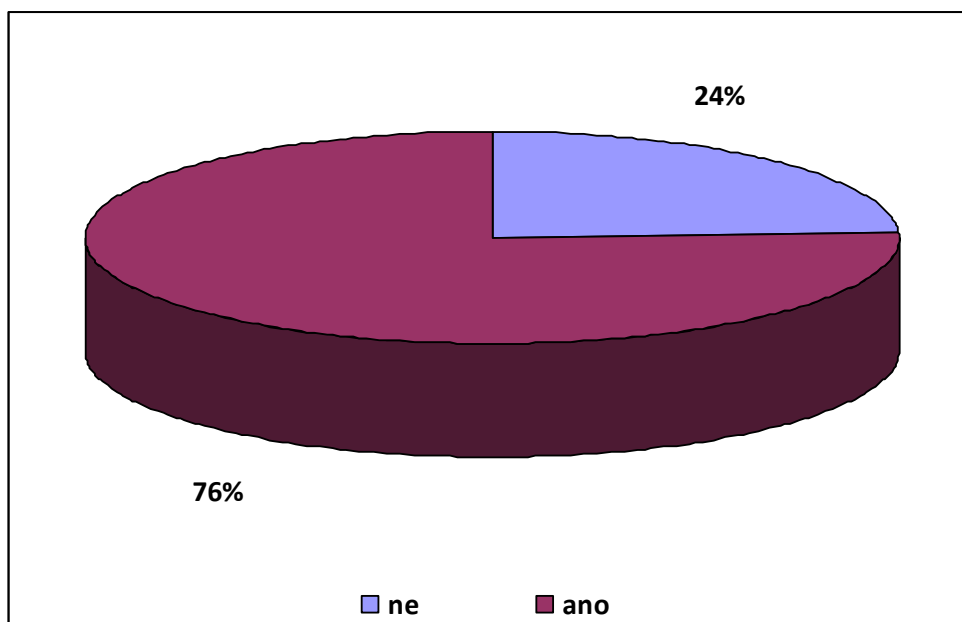


Obrázek 5 Graf týkající se platnosti poukazu na ošetření v domácí péči

Správná odpověď je: platnosti poukazu na ošetření je 14dní nebo 3 měsíce dle typu lékaře. Z celkového počtu 54 respondentů 34 dotazovaných osob (63 %) vybralo správnou odpověď. 17 respondentů (31 %) zvolilo chybnou odpověď „neomezeně“, druhou chybnou odpověď „6-12 měsíců“ vybrali pouze 3 respondenti (6 %).

Otázka č. 6

Je návštěva zdravotní sestry u pacienta nějak limitována?

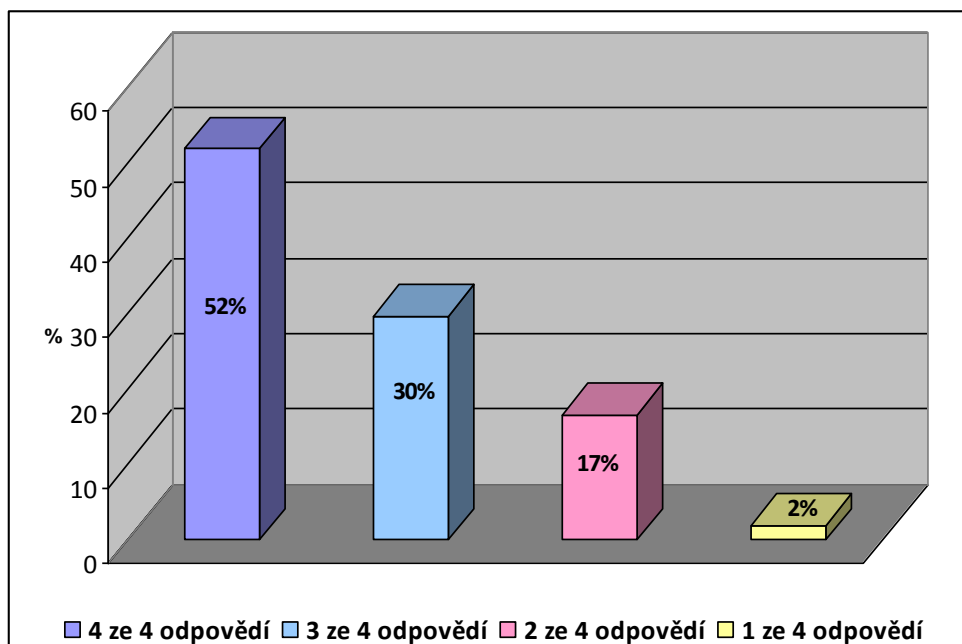


Obrázek 6 Graf týkající se limitu návštěvy zdravotní sestry

Správnou odpověď „ano je, záleží na typu a ošetření a jeho časovém vymezení“ zvolilo 43 respondentů (76 %), špatnou odpověď „není“ zaškrtnulo 13 respondentů (24 %).

Otázka č. 7

Co všechno mohou ADP svým klientům poskytovat?

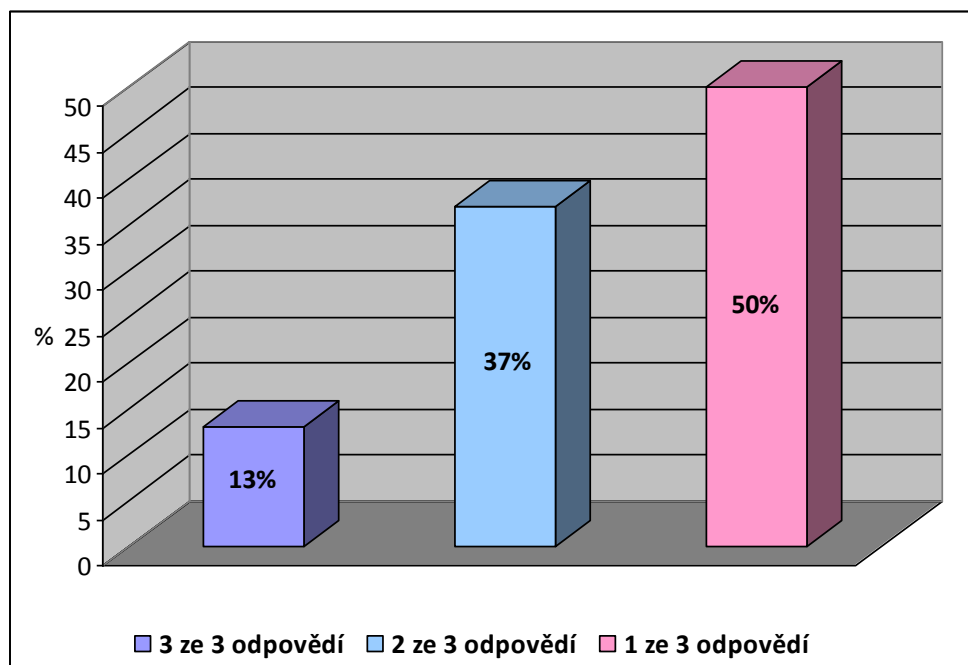


Obrázek 7 Graf týkající se znalostí NLZP o možnostech poskytování péče

ADP mohou svým klientům poskytovat zdravotní domácí péči, pečovatelské výkony, osobní asistenci i zapůjčit kompenzační pomůcky. Všechny možnosti v této otázce jsou tady správné. 28 respondentů (52 %) označilo správně všechny odpovědi, 16 respondentů (30 %) chybovalo v jedné odpovědi, 9 respondentů (17 %) mělo správně dvě odpovědi a 1 respondent (2 %) uvedl pouze 1 správnou odpověď.

Otázka č. 8

Jak je financována zdravotní domácí péče v ČR?

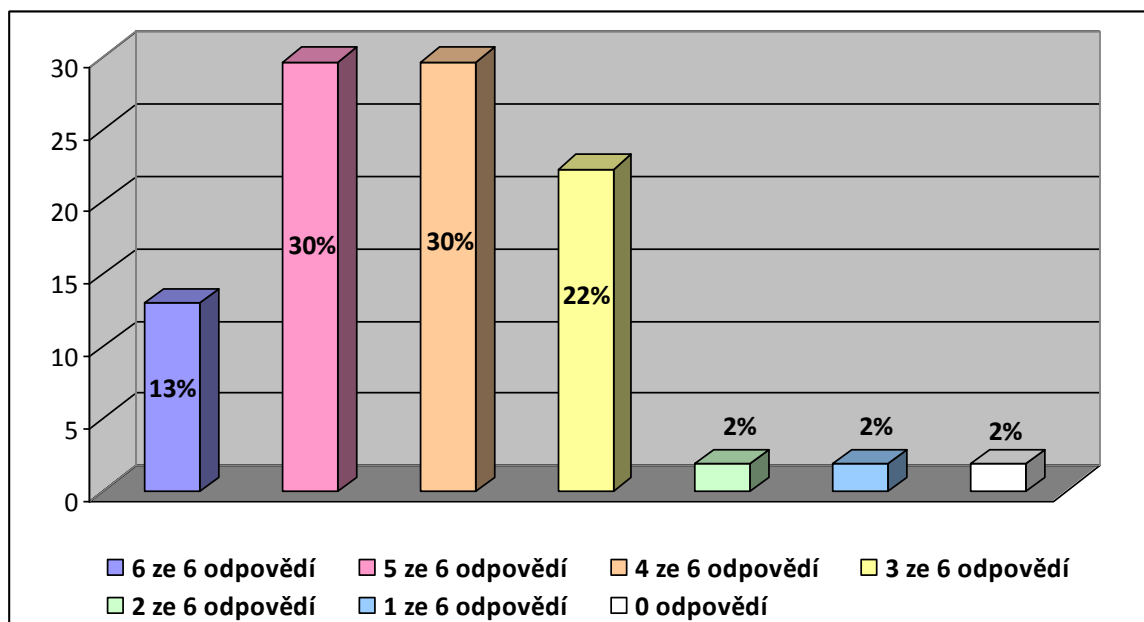


Obrázek 8 Graf týkající financování zdravotní domácí péče

Zdravotní domácí péče v ČR je financována z veřejného zdravotního pojištění, přímou platbou, sponzorskými dary a z nadací grantů. Všechny možnosti v této otázce jsou považovány za správné. Pouhých 7 respondentů (13 %), označilo všechny tři správné odpovědi, dvě správné odpovědi uvedlo 20 respondentů (37 %), pouze jednu správnou odpověď určilo 27 respondentů (50 %).

Otázka č. 9

Kdo může být zřizovatelem/provozovatelem agentury domácí péče?

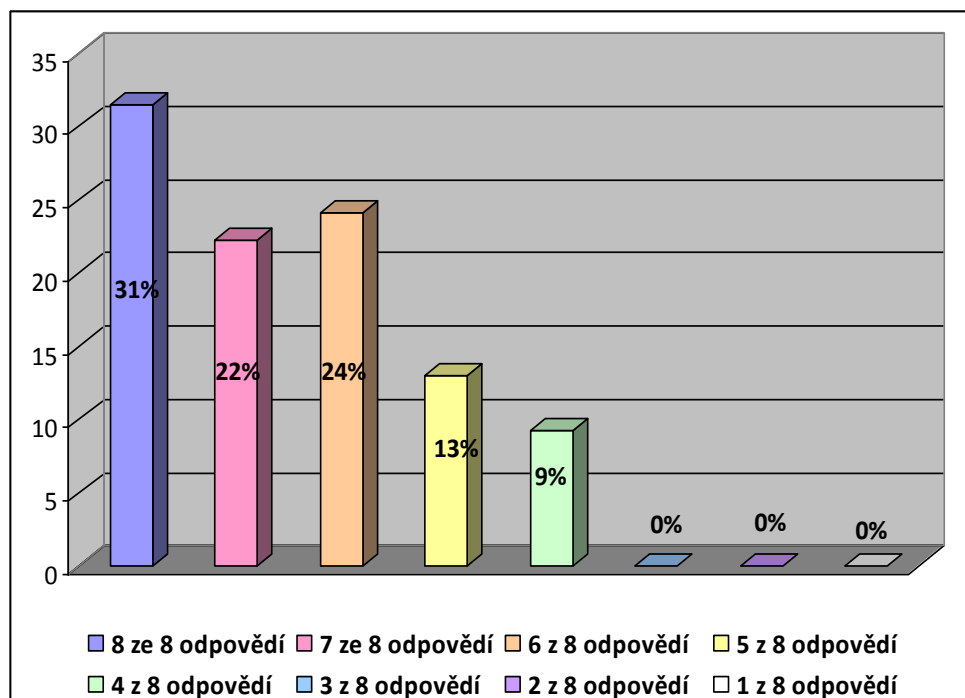


Obrázek 9 Graf týkající se zřizovatele/provozovatele ADP

Zřizovatelem/provozovatelem ADP může být právnická osoba, fyzická osoba, humanitární sdružení, církevní sdružení a města či obce. Odpověď „každý občan“ považuji za chybnou. Nejvíce respondentů - 16 (30 %) odpovědělo správně na 4 otázky z 6, dalších 16 respondentů chybovalo pouze v jedné z otázek. 7 respondentů (13 %) mělo správné všechny odpovědi. 3 správné odpovědi mělo 12 respondentů (22 %). Dvě, jednu a žádnou správnou odpověď zvolil vždy jeden respondent (2 %).

Otázka č. 10

Které úkony patří do zdravotní domácí péče?

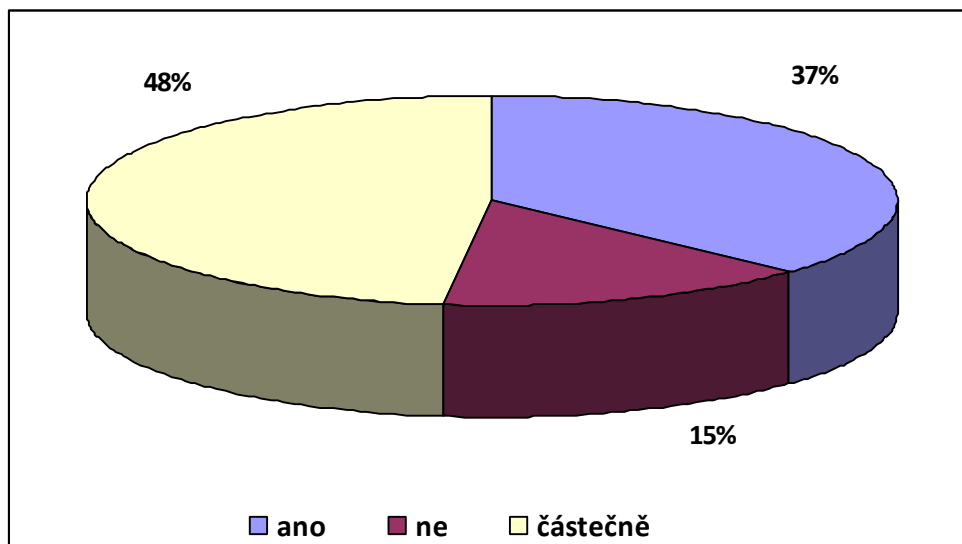


Obrázek 10 Graf úkony zdravotní domácí péče

Mezi úkony domácí zdravotní péče patří aplikace injekcí, klyzma, cévkování, odběr biologického materiálu a ošetření stomií. Všechny správné odpovědi odznačilo 17 respondentů (31 %), jednu chybnou odpověď mělo 12 respondentů (22 %), dvě chyby mělo 13 respondentů (24 %), pět správných odpovědí uvedlo 7 respondentů (13 %), nejméně možných správných odpovědí (4 z 8) uvedlo 5 respondentů (9 %).

Otázka č. 11

Jsou hrazeny pečovatelské úkony ze zdravotního pojištění?

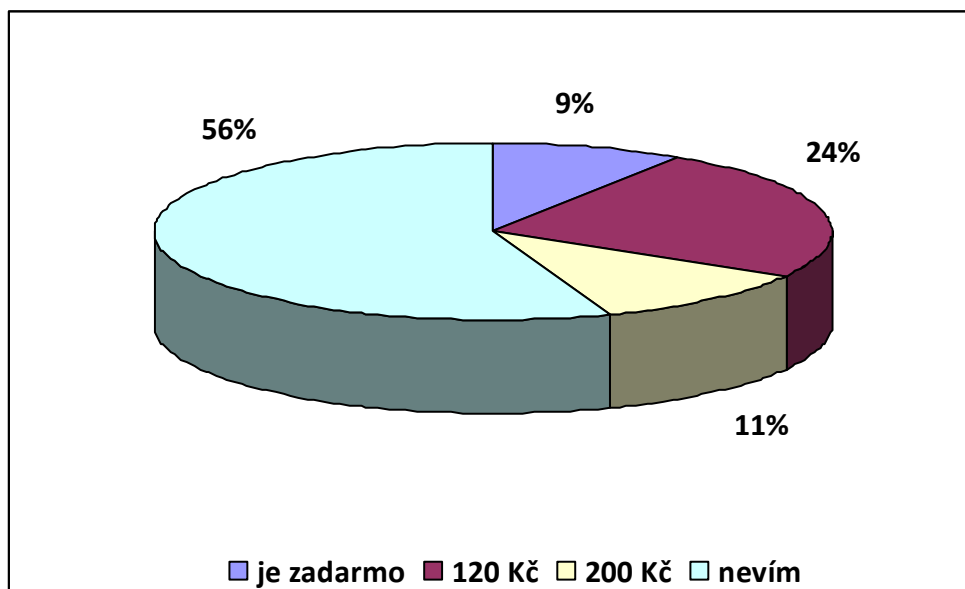


Obrázek 11 Graf týkající se hrazení pečovatelských úkonů ze zdravotního pojištění

Správnou odpověď „ne“ zvolilo 8 respondentů (15 %). 20 respondentů (37 %) se domnívá, že pečovatelské úkony jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, částečné hrazení pečovatelských úkonů uvedlo 26 respondentů (48 %).

Otázka č. 12

Kolik si myslíte, že stojí pacienta/klienta hodina pečovatelské služby?

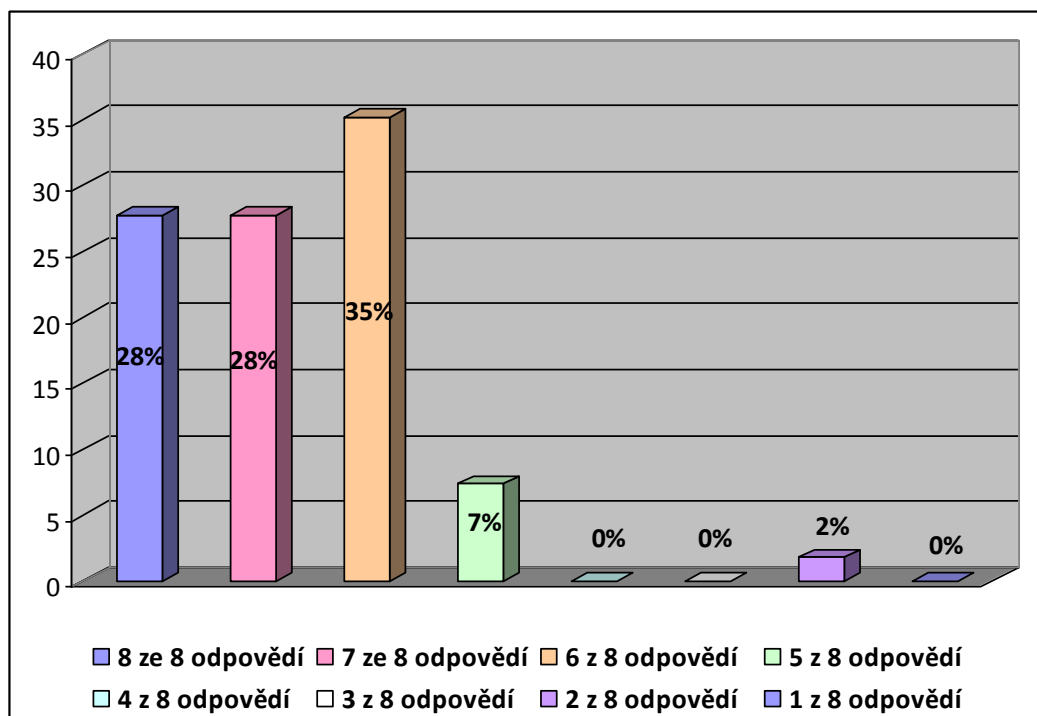


Obrázek 12 Graf cena pečovatelské služby za hodinu

Hodina pečovatelské služby stojí pacienta/klienta 120Kč. Tento graf ukazuje, že nejvíce respondentů – 30 (56 %) neví, kolik stojí hodina pečovatelské služby. Správnou odpověď „120Kč“ zodpovědělo 13 respondentů (24 %) chybnou odpověď „200Kč“ zvolilo 6 respondentů (11 %),) a odpověď „zadarmo“ zvolilo 5 respondentů (9 %).

Otázka č. 13

Které úkony patří mezi pečovatelské úkony?

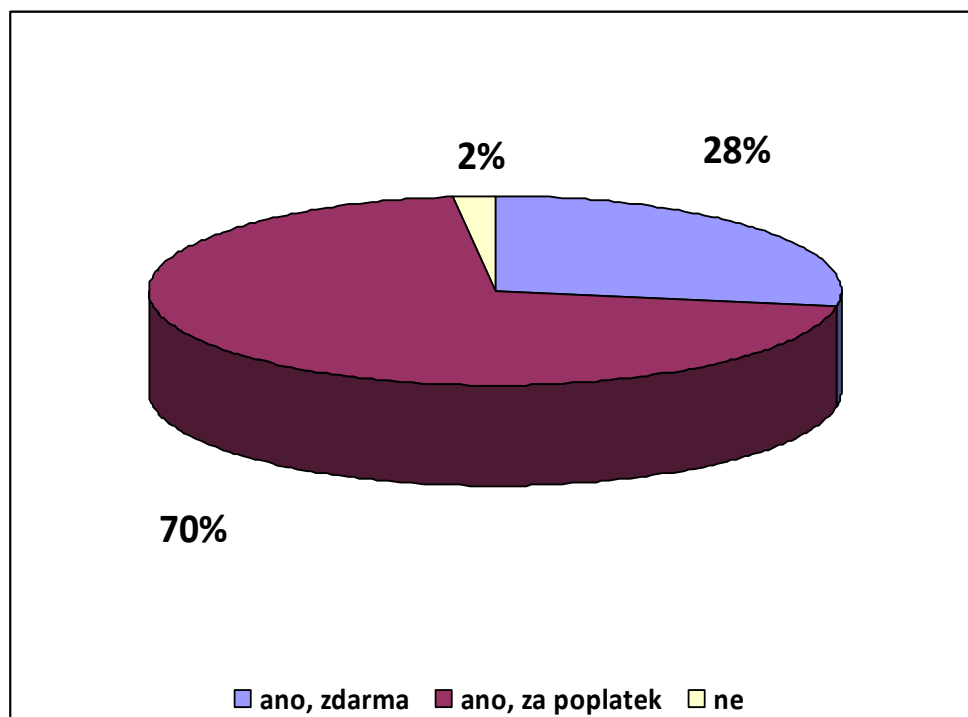


Obrázek 13 Graf týkající se pečovatelských úkonů

V této otázce respondenti mohli opět volit více odpovědí. Mezi pečovatelské úkony patří pomoc při podávání jídla a hygiena. Správně na tuto otázku zodpovědělo 15 respondentů (28 %) stejný počet respondentů mělo 1 chybu. 19 respondentů (35 %) mělo 6 odpovědí z 8 správně, 5 správných z 8 odpovědí měli 4 respondenti (7 %), pouze 1 respondent (2 %) měl správně 2 odpovědi z 8.

Otázka č. 14

Myslíte si, že ADP zapůjčují pacientům do domácího prostředí pomůcky (kloset, postel, invalidní vozík, atd.)?

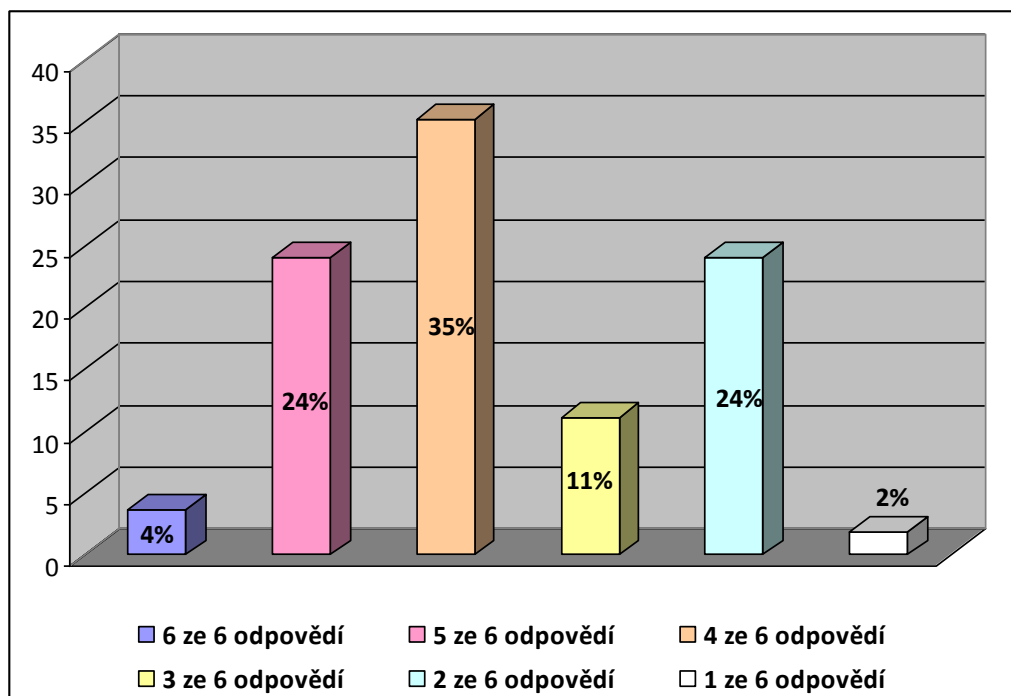


Obrázek 14 Graf týkající se zapůjčování pomůcek

ADP zapůjčují pomůcky do domácího prostředí a za poplatek. Z grafu je patrné, že na tuto otázku správně zodpovědělo 39 respondentů (70 %), chybnou odpověď zvolilo 15 respondentů (28 %) a 1 respondent (2 %) se domnívá, že ADP pomůcky nepůjčují.

Otázka č. 15

Kdo podle Vás pracuje v ADP?

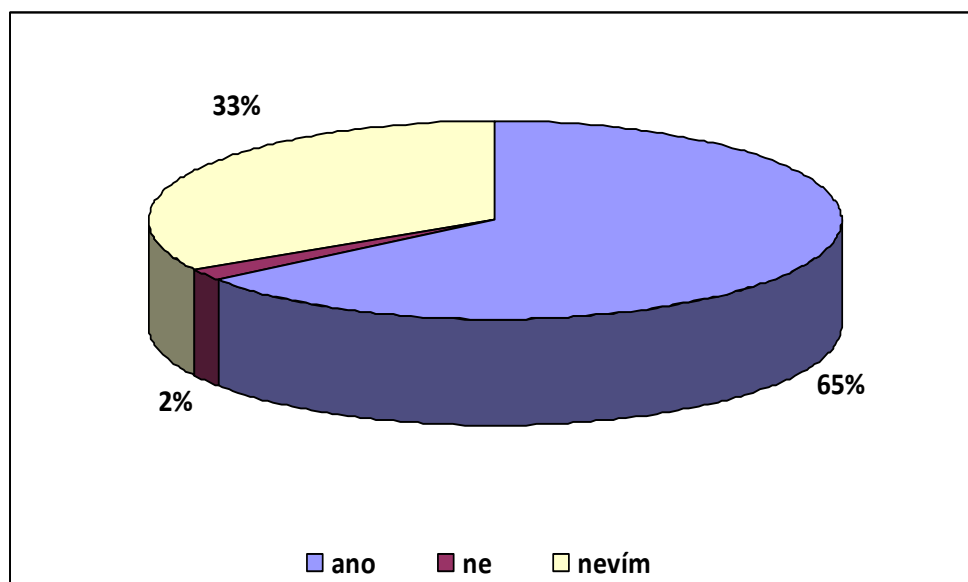


Obrázek 15 Graf personální zastoupení v ADP

Všechny odpovědi v této otázce byly správné. V ADP mohou pracovat: všeobecné setry, porodní asistentky, fyzioterapeuti, zdravotničtí asistenti, pečovatelky a dobrovolníci. Pouze 2 respondenti (4 %) zodpověděli zcela správně. 1 chybu mělo 13 respondentů (24 %), 2 chyby mělo 19 respondentů (35 %), 6 respondentů (11 %) mělo správně 3 ze 6 odpovědí, 2 správné odpovědi vyznačilo 13 respondentů (24 %), a jeden respondent (2 %) měl pouze jednu správnou odpověď.

Otázka č. 16

Myslíte si, že ADP poskytují paliativní péči?

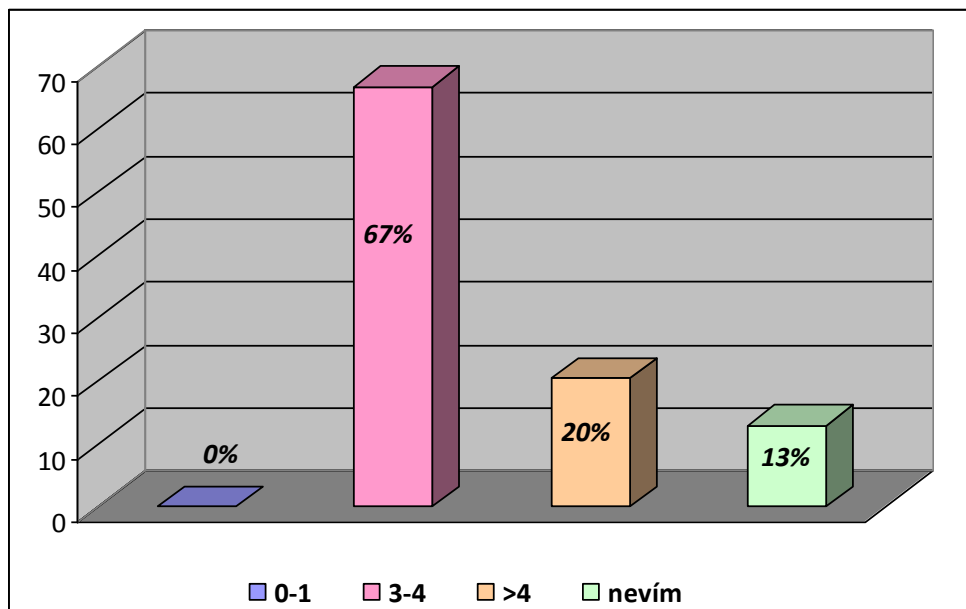


Obrázek 16 Graf týkající se poskytování paliativní péče

Správná odpověď je ano, ADP mohou poskytovat paliativní péči. Více než polovina respondentů uvedla správně odpověď „ano“ 35 (65%), 18 respondentů (33%) neví, zda ADP paliativní péči poskytují, pouhý jeden respondent (2%) si myslí, že ADP paliativní péči neposkytují.

Otázka č. 17

Kolik si myslíte, že je v našem městě agentur domácí péče?

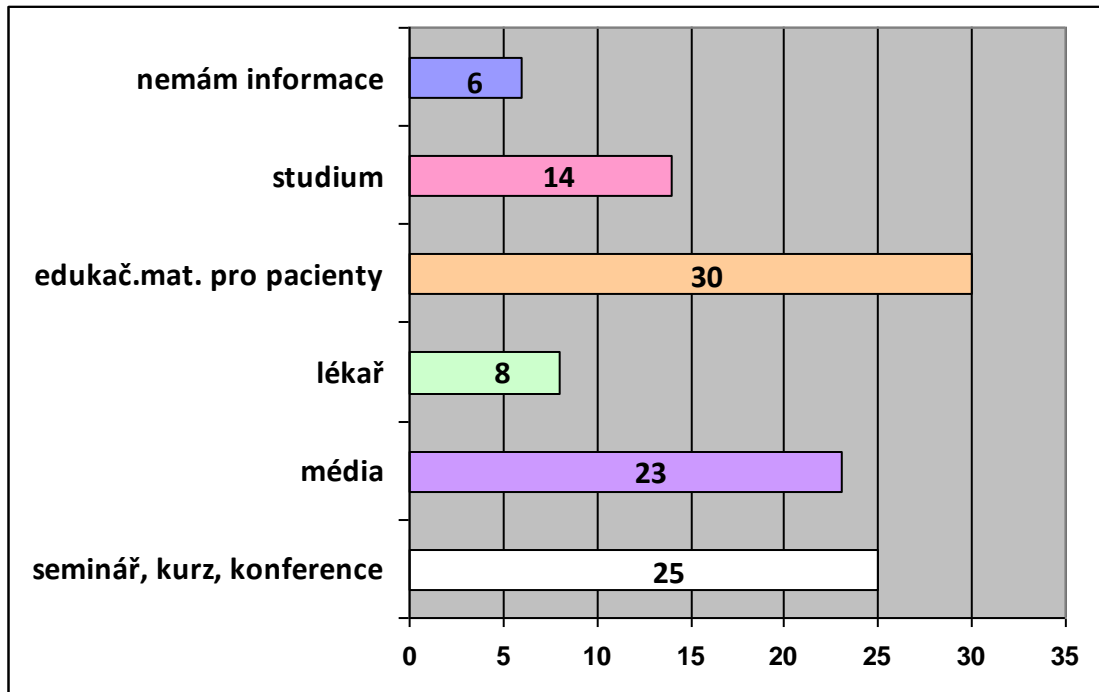


Obrázek 17 Graf týkající se počtu ADP

V našem městě poskytuje své služby pět ADP, správná odpověď je tedy „více než 4“. Více než polovina respondentů 36 (67%) považuje za správnou odpověď „3-4“ agentur, avšak správnou odpověď „více než 4“ zvolilo pouze 11 respondentů (20%), odpověď na tuto otázku nezná 7 respondentů (13%).

Otázka č. 18

Odkud čerpáte informace o ADP?

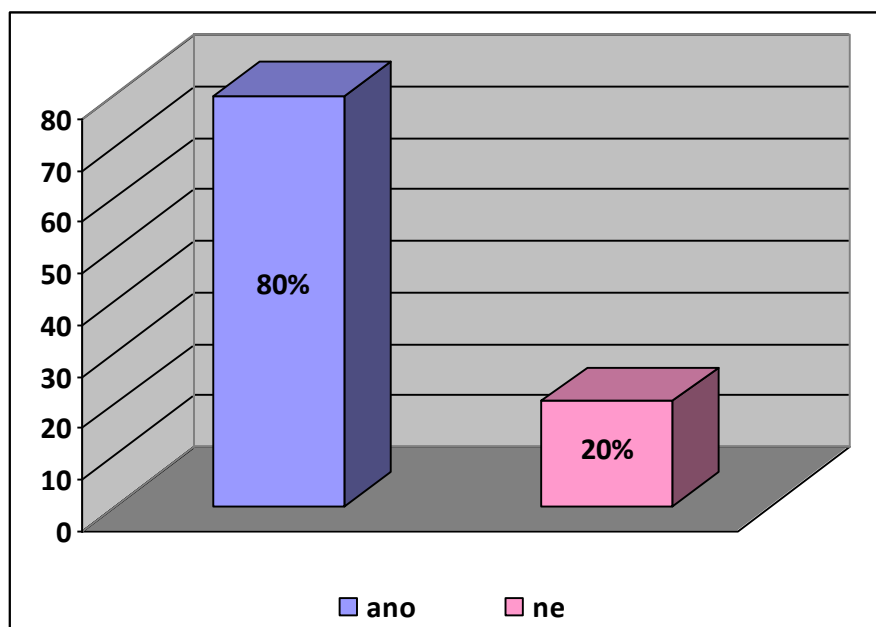


Obrázek 18 Graf týkající se zdrojů informací o ADP

U této otázky respondenti mohli vybrat více odpovědí, proto jsou hodnoty v grafu uváděny v absolutních číslech. Nejvíce krát byla zvolena odpověď edukační materiál pro pacienty a to 30x, 25x byl uveden seminář, kurz, konference, 23x média, 14x studium, 8x lékař, 6x byla uvedena odpověď „nemám informace“.

Otázka č. 19

Chtěl/a byste být více informována o domácí péči a jejích možnostech?

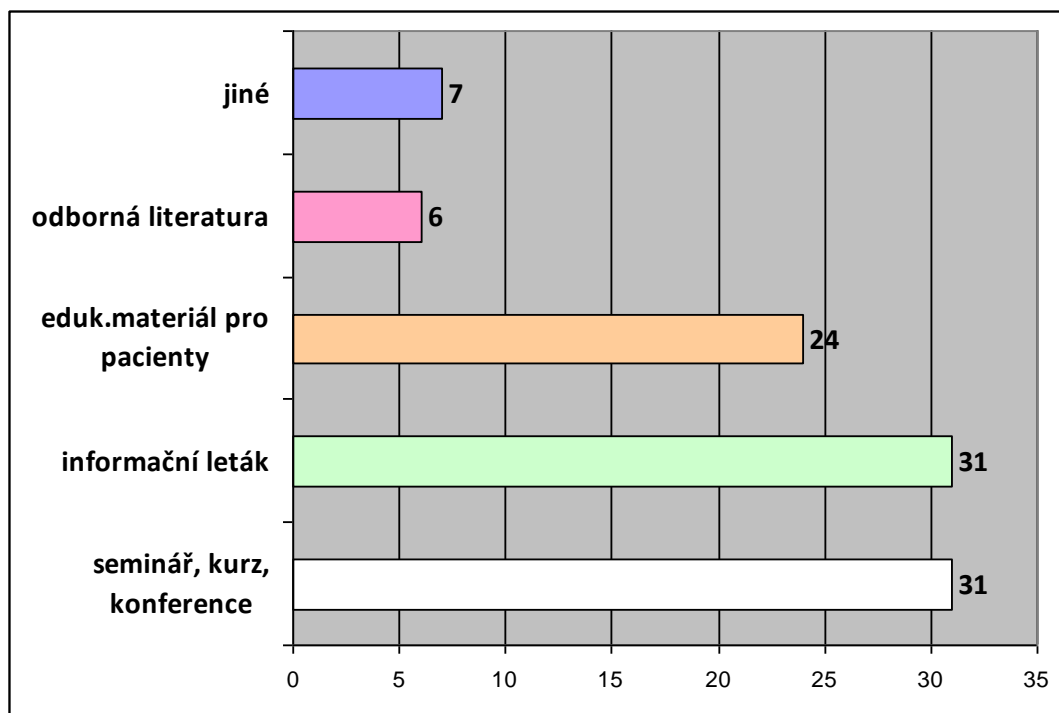


Obrázek 19 Graf ochota k větší informovanosti

Z grafu je patrná převažující odpověď ano, kterou zvolilo 43 respondentů (80 %), 11 respondentů (20 %) nechce již další informace o domácí péči.

Otázka č. 20

Pokud chcete být více informován/a o domácí péči a jejích možnostech, jaký způsob by Vám nejvíce vyhovoval?

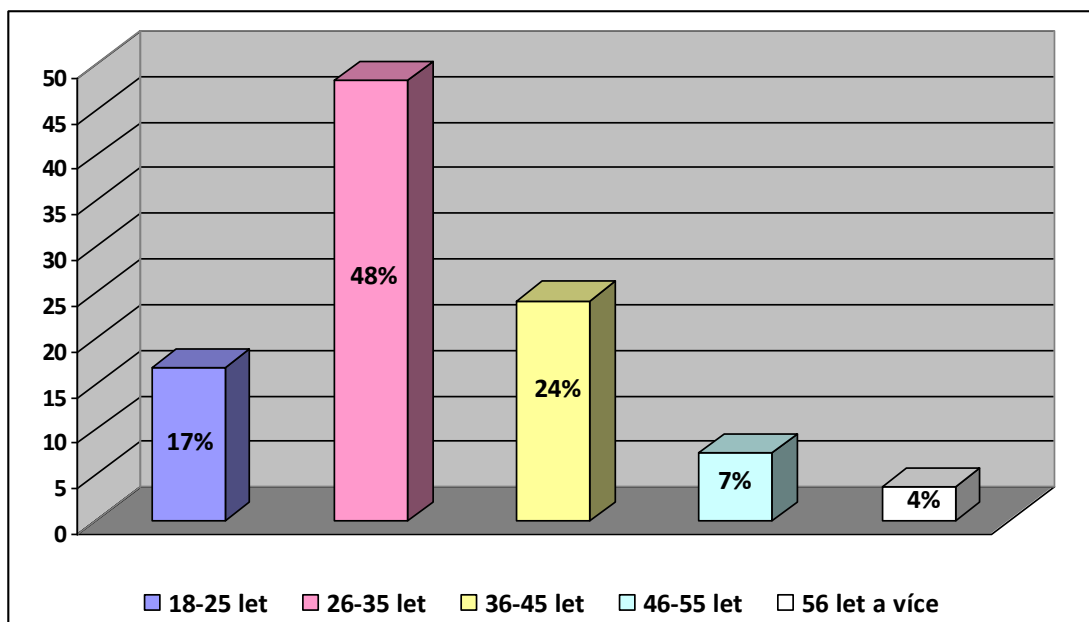


Obrázek 20 Graf týkající se dalších zdrojů informací

Tato otázka navazuje na filtrační otázku. Respondenti měli opět možnosti volit více odpovědí. Hodnoty v grafu jsou v absolutních číslech. Další informace by respondenti chtěli získat na semináři, kurzu, konferenci či z informačního letáku, obě tyto možnosti byly uvedeny 31krát, 24krát byla uvedena možnost získávání informací z edukačního materiálu pro pacienty, odborná literatura se v odpovědích objevila 6x, 7x byl označen jiný způsob získávání informací, respondenti zde uvedli např. osobní kontakt s vedoucím pracovníkem ADP nebo internet.

Otázka č. 21

Jaký je Váš věk?

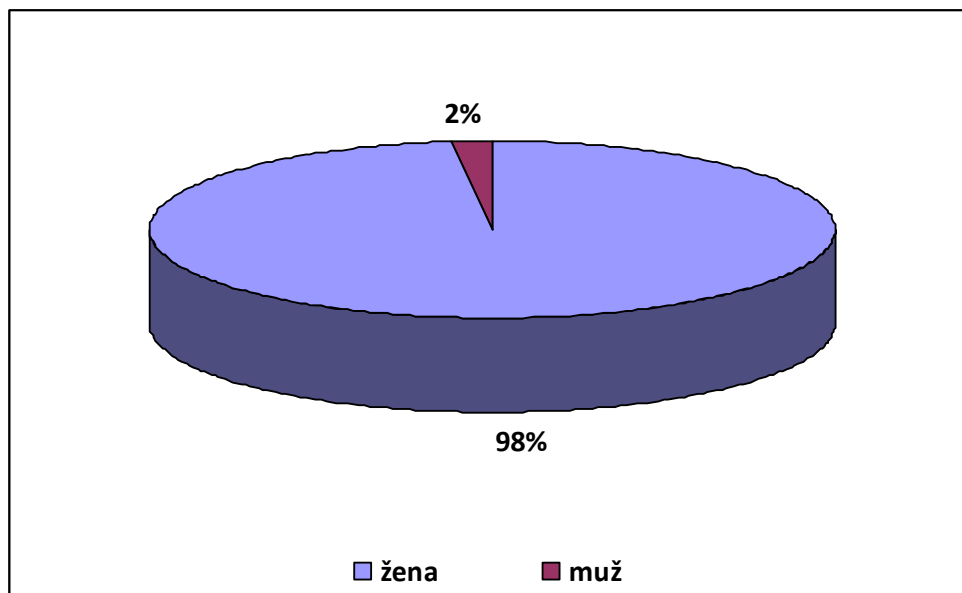


Obrázek 21 Graf věkové rozložení

Z grafu je patrné, že věkové rozložení respondentů se téměř z poloviny pohybuje mezi 26 až 35 lety, uvedlo to tak 26 respondentů (48 %), věk v rozmezí 36-45 let označilo 13 respondentů (24 %), 9 respondentů (17 %) se zařadilo do kategorie mezi 18 až 25 lety, 4 respondenti (7 %) jsou ve věkovém rozmezí 46-55 let, nejvyšší věkovou kategorií 56 let a více označili 2 respondenti (4 %).

Otázka č. 22

Jaké je Vaše pohlaví?

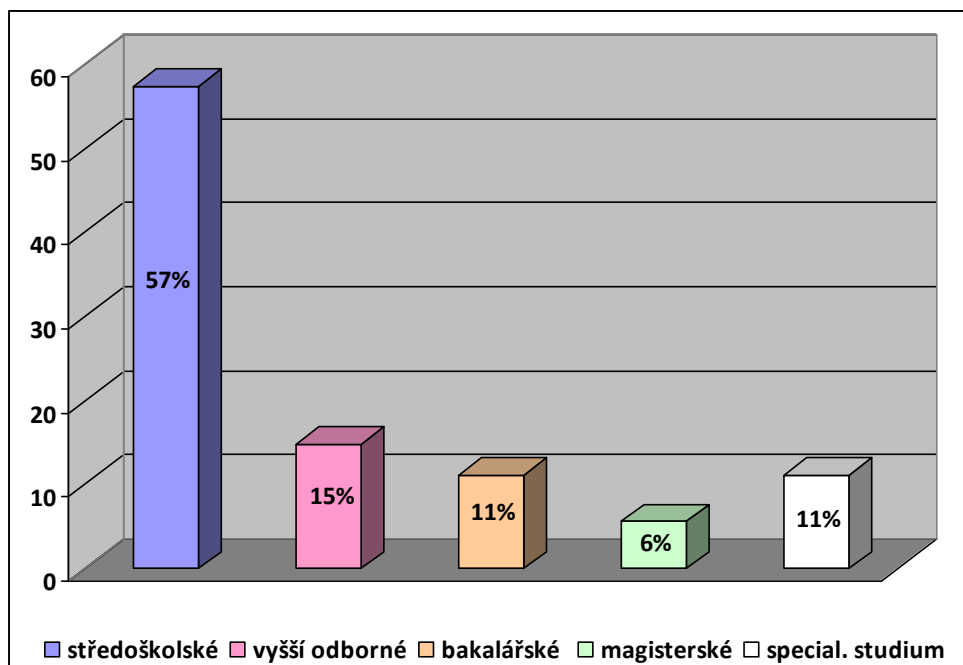


Obrázek 22 Graf rozložení pohlaví

Rozložení souboru dle pohlaví je jednoznačné, převaha respondentů jsou ženy – 54 (98 %), dotazník vyplnil jediný muž (2 %).

Otázka č. 23

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

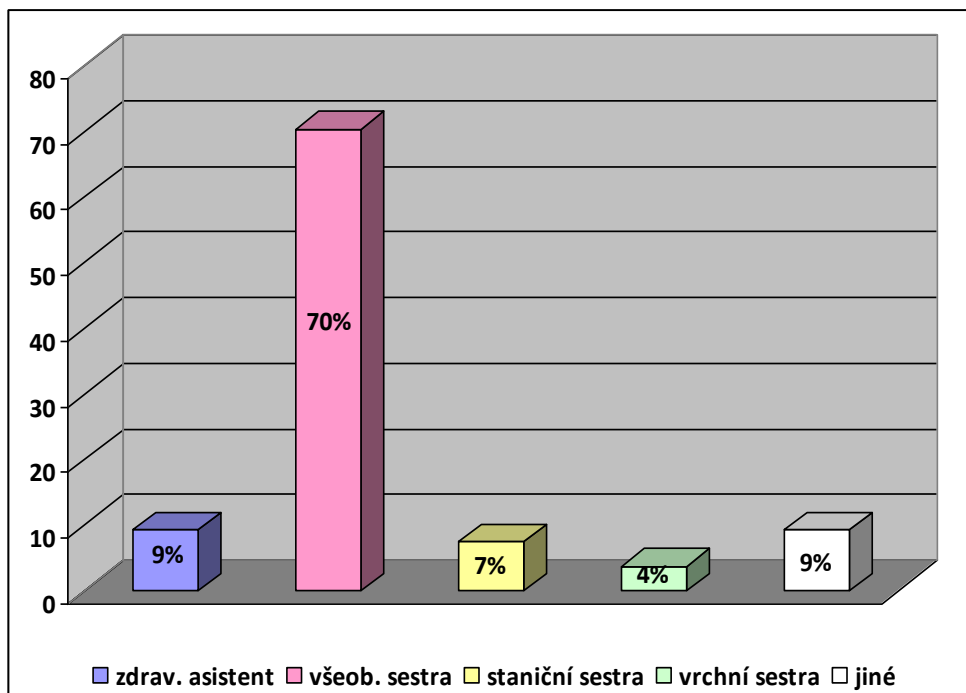


Obrázek 23 Graf týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání

V této skupině respondentů je nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské, jak uvádí 31 respondentů (57 %), 9 respondentů (15 %) má vyšší odborné vzdělání, vysokou školu absolvovalo 9 respondentů. Z toho bakalářský titul má 6 respondentů (11 %) a titul magistr mají 3 respondenti (6 %), 6 respondentů (11 %) navštěvovalo specializační studium.

Otázka č. 24

Jaká je Vaše pracovní pozice?

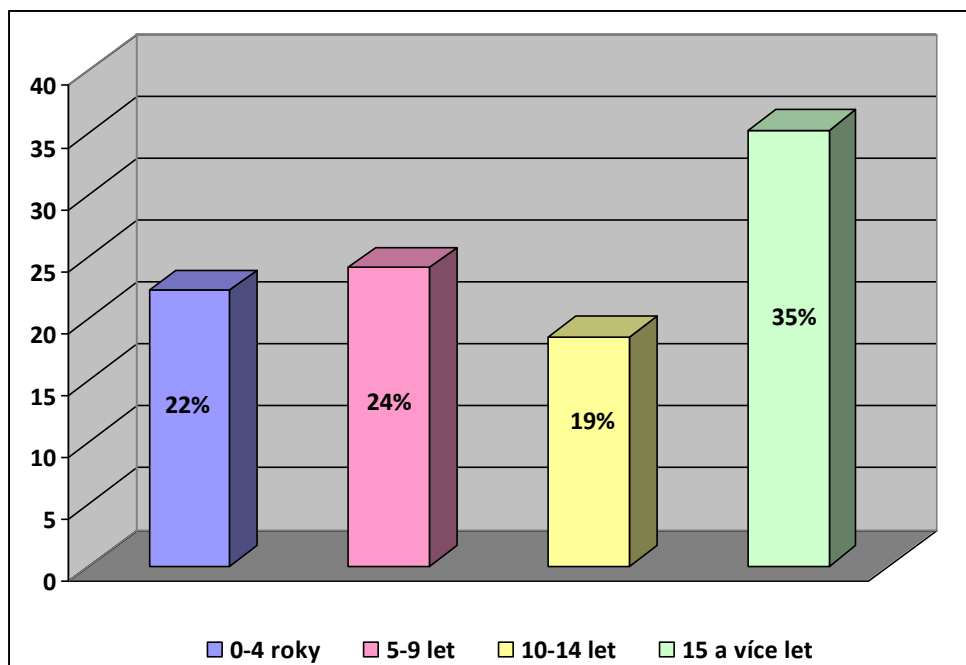


Obrázek 24 Graf pracovní pozice

Obrázek 24 ukazuje rozložení vzdělání v souboru, největší zastoupení je všeobecných sester 38 respondentů (70 %), 5 dotazníků (9 %) vyplnili zdravotničtí asistenti, 4 staniční sestry (7 %), 2 vrchní sestry (4 %) a 5 respondentů (9 %) uvádí své vzdělání v kolonce jiné.

Otázka č. 25

Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnickém zařízení?



Obrázek 25 Graf týkající se délky praxe ve zdravotnickém zařízení

Z grafu je patrné, že nejvíce respondentů 19 (35 %) vykonává praxi 15 a více let, zbylé kategorie mají velice podobné rozložení, 0-4 roky praxe uvádí 12 respondentů (22 %), 5-6let praxi má 13 respondentů (24 %). Praxi 10-14 let získalo 10 respondentů (19 %).

3 Diskuze

Na začátku výzkumné části práce byly stanoveny výzkumné otázky, které budou nyní vyhodnoceny. První výzkumná otázka: **“Jak respondenti subjektivně hodnotí svoje znalosti?”** je řešena v otázce č. 2. Respondenti měli označit na grafické škále od 1-10 bodů svoje subjektivní hodnocení vědomostí v oblasti domácí péče. Nejvíce respondentů, tedy 16 (30 %) považuje své znalosti za 50%. Pomineme-li ty respondenty, kteří se domnívají, že jejich znalosti jsou na 100 % (5 respondentů - 9 %), připomíná zbytek grafu Gaussovo normální rozložení hodnot.

Druhá výzkumná otázka má za úkol zjistit, zda **mají respondenti dostatečné informace o možnostech domácí péče**. Dotazník obsahuje 15 vědomostních otázek, mezi které patří otázky č. 3 – 17. Jako „správné“ považujeme zodpovězení dané otázky na více než 70 %. Z 15 vědomostních otázek jsme vyhodnotili **7 správně** zodpovězených otázek a **8 špatně**. Můžeme konstatovat, že respondenti vědí, že domácí péče je poskytována všem pacientům, jedná se o otázku číslo 3 - „Komu může být domácí péče poskytována?“, která je zodpovězena na 87 %. Respondenti vědí, že domácí péči může předepsat ošetřující i praktický lékař, vycházíme z otázky číslo 4 „Zdravotní domácí péči může předepsat“, která byla zodpovězena na 74 % správně. O existenci typu ošetření a časové vymezení, který limituje návštěvu zdravotní sestry u pacientů má informace 76 % respondentů, jedná se o otázku č. 6 - „Je návštěva zdravotní sestry u pacienta nějak limitována?“ Dotazovaní také mají znalosti o tom, co ADP nabízejí za služby. Otázka č. 7 - „Co všechno mohou ADP svým klientům poskytovat?“ byla zodpovězena na 82 %. Známé jsou také informace o úkonech, které se mohou provádět v rámci zdravotní domácí péče a pečovatelské služby, jedná se o otázku č. 10 - „Které úkony patří do zdravotní domácí péče?“ a otázku č. 13 - „Které úkony patří mezi pečovatelské úkony?“ 77 % respondentů má dostatečné informace o úkonech zdravotní domácí péče a 91 % má informace i o úkonech pečovatelské služby. Poslední otázkou, která byla vyhodnocena jako správná, je otázka č. 14 - „Myslíte si, že ADP zapůjčují pacientům do domácího prostředí pomůcky?“. Byla zodpovězena na 70 %. **Nedostatečná informovanost je především v oblasti financování zdravotní péče a o úhradě pečovatelských úkonů**. Otázka č. 8 „Jak je financována zdravotní domácí péče v ČR?“ byla vyhodnocena jako nejhůře zodpovězená otázka, pouhých 13% respondentů ji zodpovědělo správně, otázka č. 11 „Jsou hrazeny pečovatelské úkony ze zdravotního pojištění?“ byla zodpovězena pouhými 15 % respondentů. Vědomostní nedostatky byly zjištěny v otázkách, které se dotazovaly na

množství agentur v našem městě, na personální obsazení v ADP, na platbu za pečovatelskou službu, na zřizovatele/provozovatele ADP a na platnost poukazu na ošetření v domácí péči (jsou to otázky č. 17 - „Kolik si myslíte, že je v našem městě agentur domácí péče?“, č. 15 - „Kdo podle Vás pracuje v ADP?“, č. 12 - „Kolik si myslíte, že stojí pacienta/klienta hodina pečovatelské služby?“, č. 9 - „Kdo může být zřizovatelem/provozovatelem agentury domácí péče?“, č. 5 „Jak dlouho platí poukaz na ošetření v domácí péči?“) Po vyhodnocení všech vědomostních otázek, které jsou obsaženy v dotazníku, můžeme konstatovat nedostatečné vědomosti respondentů. Všechny 15 otázek bylo zodpovězeno správně pouze na 55 %. Můžeme však dodat, že vyhodnocené vědomosti korespondují se subjektivním hodnocením respondentů (nejvíce respondentů – 30 % hodnotí své subjektivní znalosti právě na 50 %).

Třetí výzkumná otázka: **„Znají respondenti rozdíl mezi zdravotnickou a pečovatelskou službou?“** je vyhodnocena z otázek č. 10, 11, 12 a 13. Respondenti správně označili úkony, které se mohou provádět v rámci zdravotní domácí péče a pečovatelské služby, 91 % má informace o úkonech pečovatelské služby a 77 % respondentů má dostatečné informace i o úkonech zdravotní domácí péče. Zbylé dvě otázky měly velice nízké procento správných odpovědí. U této výzkumné otázky byl předpoklad, že NLZP nebude mít informace o pečovatelské službě, která je spíše doménou nižšího zdravotnického personálu či sociálních pracovníků. Respondenti znají rozdíl mezi zdravotnickou a pečovatelskou službou pouze na 52 %.

Za zamyšlení stojí, **jaké informace se dostávají k pacientům**, když vědomostní test odhalil pouhou 55% znalost, přičemž téměř celá většina respondentů uvedla, že pacienty o domácí péči informuje (53 % informuje pacienty, 40 % pouze pacienty, kteří mají zájem, celkem 93 % respondentů).

Ke čtvrté výzkumné otázce: **„Jsou respondenti ochotni se v této oblasti více vzdělávat?“** se vztahuje otázka č. 19 a 20. **Respondenti se chtějí v oblasti domácí péče více vzdělávat**, tento fakt potvrdilo 80 % respondentů. Přičemž dosavadní informace mají získány z edukačního materiálu pro pacienty (30 %), ze seminářů, kurzů, konferencí (25 %) a z médií (23 %). Nejvíce by jim vyhovovalo získat informace opět prostřednictvím seminářů, kurzů, konferencí nebo pomocí informačních letáků.

4 Závěr

Domácí péče má již v České republice vybudované své místo. Ekonomické, demografické, společenské a další vlivy staví domácí péči i v budoucnosti do perspektivní a stále se rozvíjející služby.

Teoretická část práce shrnuje poznatky o domácí péči. Je zde popsána historie, faktory, typy, výhody a nevýhody domácí péče, personální obsazení a fungování agentur domácí péče, jsou zde uvedeny výkony prováděné v domácí péči.

Hlavním cílem práce bylo zmapovat úroveň znalostí nelékařského zdravotnického personálu. Dalším cílem bylo zjistit zájem a ochotu se v této oblasti dále vzdělávat.

Z výzkumného šetření je patrné, že v oblasti informovanosti o domácí péči má NLZP zjevné nedostatky. Nejvíce problematickou oblastí bylo financování (financování zdravotní domácí péče a úhrada pečovatelských úkonů). Snaha ověřit, zda respondenti rozlišují rozdíly mezi zdravotní domácí péčí a pečovatelskou službou, dopadla také neuspokojivě. Pozitivním zjištěním je ochota k dalšímu vzdělávání v této oblasti.

Na základě zjištěných výsledků týkající se informovanosti NLZP o možnostech domácí péče, navrhuji, aby se odborníci, kteří se zabývají poskytováním služeb domácí péče, více zaměřili na propagaci svých služeb formou vzdělávání zdravotnických pracovníků pořádáním semináře či kurzu a propagace domácí péče prostřednictvím informačních letáků.

Soupis bibliografických citací

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. Význam rodiny pro pacienta v domácí péči. In: BÁRTLOVÁ, Sylva et al. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, 46- 48. ISBN 978-80-7013-499-3.
2. ČESKO. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 2010. In: *Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 472/2009 Sb.*
3. HANZLÍKOVÁ, Alžbeta. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. čes. vyd. Martin: Osveta, 2006, 271 s. ISBN 978-808-0632-571.
4. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, 294 s. ISBN 978-807-3675-929.
5. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 99 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-507.
6. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1. vyd. Překlad Veronika Di Cara, Helena Vidovičová. Praha: Grada, 2008, 568 s. ISBN 978-802-4722-405.
7. KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 2. vyd. Olomouc: ANAG, 2008, 374 s. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-807-2634-620.
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.
9. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483..
10. MALINKOVÁ, Marie et al. Domácí péče. In: BÁRTLOVÁ, Sylva. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, s. 41-80. ISBN 978-80-7013-499-3.
11. MICHALÍK, Jan. *Malý právní průvodce pečujícími*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2010, 127 s. Pečuj doma. ISBN 978-802-5473-337.
12. NEJEDLÁ, Marie, Hana SVOBODOVÁ a Alena ŠAFRÁNKOVÁ. *Ošetrovatelství IV: pro 4. ročník středních zdravotnických škol a vyšší zdravotnické školy*. Vyd. 1. Praha: Informatorium, 2004-2005, 2 sv. (190, 136 s.). ISBN 80-7333-034-22.

13. SVĚT, Libor. Domácí péče v České republice. In: BICKOVÁ, Lucie. *Pečovatelská služba v České republice*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, 147- 172. ISBN 978-80-904668-0-7.
14. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, Martina HUŠKOVÁ a Karel MATOUŠOVIC. *Základy ošetrovatelství: pro studující lékařských fakult*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 272 s. ISBN 80-246-0477-9.
15. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-726-2365-6.
16. VÍTOVÁ, Marcela. Současné koncepty poskytování pečovatelské služby v ČR. In: BICKOVÁ, Lucie. *Pečovatelská služba v České republice*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010, s. 31-50. ISBN 978-80-904668-0-7.
17. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada-Avicenum, 2004, 537 s., [4] s. barev. obr. příl. ISBN 80-247-0279-7.

Periodika

1. JAROŠOVÁ, Darja et al. *Elektronická dokumentace pro ošetrovatelskou diagnostiku v domácí péči*. Praktický lékař., 2012, roč. 92, č. 2. ISSN 0032-6739.
2. TURKOVÁ, Alena. *Proč se o nás stále moc neví a všichni nás podceňují*. Sestra, 2011, roč. 21, č. 4. ISSN 1210-0404.
3. VONEŠOVÁ, Petra a Alena MACHOVÁ. *Vliv domácího prostředí klienta na poskytování ošetrovatelské péče*. Sestra, 2011, roč. 21, č. 4. ISSN 1210-0404.

Elektronické zdroje

1. ČESKO. Předpis č. 92/2012 Sb. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Zákony pro lidi .cz* [online]. 2013. vyd. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92/>

2. ČESKO. Předpis č. 391/2011 Sb: Vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. [online]. 2013. vyd. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>
3. Činnost ve vybraných oborech léčebně preventivné péče 2011. *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky* [online]. 2010-2013. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>
4. Dokumenty: *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR*. [online]. [cit. 2013-04-30]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/tiskopisy-vyuctovani-vzp-06dp-poukaz-na-vysetreni-osetreni-dp.pdf>
5. Napsali o nás. *Orion: Komplexní informační systém pro terénní a ambulantní poskytovatele sociálních služeb* [online]. 2013. vyd. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z http://www.iscygnus.cz/files/pr/PR_3_2012_novy_modul_zdravotni_cast.pdf
6. MISCONIOVÁ, Blanka. Metodika vykazování domácí péče. *Národní centrum domácí péče České republiky* [online]. 2006. vyd. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/metodika-vykazovani-domaci-pece>
7. ŠPAČEK, Miroslav. Legislativa, Věstníky, Věstník 12/2004. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2010. vyd. [cit. 2013-04-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3651_1778_11.html

Seznam použitých zkratk

ADP	agentura domácí péče
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
p.o.	perorální
s.c.	subcutánní
i.m.	intramusculární
i.v.	intravenózní
UV	ultrafialové
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Seznam obrázků

Obrázek 1 Graf týkající se předávání informací pacientům	28
Obrázek 2 Graf týkající se subjektivního hodnocení znalostí	29
Obrázek 3 Graf týkající se poskytování domácí péče.....	30
Obrázek 4 Graf týkající se předepsání zdravotní péče	31
Obrázek 5 Graf týkající se platnosti poukazu na ošetření v domácí péči	32
Obrázek 6 Graf týkající se limitu návštěvy zdravotní sestry	33
Obrázek 7 Graf týkající se znalostí NLZP o možnostech poskytování péče.....	34
Obrázek 8 Graf týkající financování zdravotní domácí péče	35
Obrázek 9 Graf týkající se zřizovatele/provozovatele ADP	36
Obrázek 10 Graf úkony zdravotní domácí péče	37
Obrázek 11 Graf týkající se hrazení pečovatelských úkonů ze zdravotního pojištění	38
Obrázek 12 Graf cena pečovatelské služby za hodinu	39
Obrázek 13 Graf týkající se pečovatelských úkonů.....	40
Obrázek 14 Graf týkající se zapůjčování pomůcek.....	41
Obrázek 15 Graf personální zastoupení v ADP	42
Obrázek 16 Graf týkající se poskytování paliativní péče	43
Obrázek 17 Graf týkající se počtu ADP	44
Obrázek 18 Graf týkající se zdrojů informací o ADP	45
Obrázek 19 Graf ochota k větší informovanosti.....	46
Obrázek 20 Graf týkající se dalších zdrojů informací	47
Obrázek 21 Graf věkové rozložení	48
Obrázek 22 Graf rozložení pohlaví.....	49
Obrázek 23 Graf týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání	50
Obrázek 24 Graf pracovní pozice	51
Obrázek 25 Graf týkající se délky praxe ve zdravotnickém zařízení	52

Seznam příloh

Příloha A - Dotazník

Příloha B - Poukaz na ošetření

Příloha C - Přehled výkonů ošetřovací návštěvy zdravotní péče

Příloha D - Přehled materiálových výkonů

Příloha A - Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Pavla Pospíšilová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce, která je zaměřena na **informovanost zdravotních sester a dalšího nelékařského personálu v nemocnicích o poskytování domácí péče.**

Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění níže uvedeného dotazníku. Zaručuji Vám, že tento dotazník je anonymní a bude sloužit jen k účelům mé bakalářské práce.

U otázek označených “○“ zvolte, prosím, jednu správnou odpověď. U otázek označených “□“ je možno zvolit více odpovědí.

Děkuji za ochotu a spolupráci.

1. Informujete pacienty při propuštění do domácího prostředí o možnostech využití služeb agentur domácí péče (dále jen ADP)?

- ano
- ne
- pouze pacienti, kteří mají o tyto služby zájem

2. Jak subjektivně hodnotíte Vaše znalosti v oblasti domácí péče? Označte na stupnici od 1 do 10 (1 = nemám informace, 10 = mám dostatečné informace).



3. Komu může být domácí péče poskytována?

- všem pacientům
- pouze seniorům

- pouze hendikepovaným

4. Zdravotní domácí péči může předepsat:

- ošetřující lékař
- praktický lékař
- vrchní sestra

5. Jak dlouho platí poukaz na ošetření v domácí péči?

- neomezeně
- 14 dní nebo 3 měsíce - podle typu lékaře, který poukaz předepsal
- 6 - 12 měsíců

6. Je návštěva zdravotní sestry u pacienta nějak limitována?

- není
- ano je, záleží na typu ošetření a jeho časovém vymezení

7. Co všechno mohou ADP svým klientům poskytovat?

- zdravotní domácí péči
- pečovatelské úkony
- osobní asistenci
- zapůjčení kompenzačních pomůcek

8. Jak je financována zdravotní domácí péče v ČR?

- z veřejného zdravotního pojištění
- přímou platbou
- sponzorskými dary, z nadací, grantů

9. Kdo může být zřizovatelem/provozovatelem agentury domácí péče?

- každý občan České republiky

- právnická osoba (nemocnice, poliklinika)
- fyzická osoba (zdravotnický pracovník)
- humanitární sdružení (Český červený kříž)
- církevní sdružení (Česká katolická charita, Diakonie)
- města, obce

10. Které úkony patří do zdravotní domácí péče?

- aplikace injekcí
- klyzma, cévkování
- masáže
- pomoc při podávání jídla a pití
- hygiena
- odběr biologického materiálu
- pedikúra
- ošetření stomíí

11. Jsou hrazeny pečovatelské úkony ze zdravotního pojištění?

- ano
- ne
- částečně

12. Kolik si myslíte, že stojí pacienta/klienta hodina pečovatelské služby?

- je zadarmo
- 120Kč
- 200Kč
- nevím

13. Které úkony patří mezi pečovatelské úkony?

- aplikace injekcí

- klyzma, cévkování
- masáže
- pomoc při podávání jídla a pití
- hygiena
- odběr biologického materiálu
- pedikúra
- ošetření stomií

14. Myslíte si, že ADP zapůjčují pacientům do domácího prostředí pomůcky (kloset, postel, invalidní vozík, atd.)?

- ano, zdarma
- ano, za poplatek
- ne

15. Kdo podle Vás pracuje v ADP?

- všeobecné sestry
- porodní asistentky
- fyzioterapeuti
- zdravotničtí asistenti
- pečovatelky
- dobrovolníci

16. Myslíte si, že ADP poskytují paliativní péči?

- ano
- ne
- nevím

17. Kolik si myslíte, že je v našem městě agentur domácí péče?

- 0 - 1

- 2 - 4
- více než 4
- nevím

18. Odkud čerpáte informace o ADP?

- seminář, kurz, konference
- média
- lékař
- edukační materiál pro pacienty
- studium
- nemám informace

19. Chtěl/a byste být více informována o domácí péči a jejích možnostech?

- ano
- ne

20. Pokud chcete být více informován/a o domácí péči a jejích možnostech, jaký způsob by Vám nejvíce vyhovoval?

- seminář, kurz, konference
- informační leták
- edukační materiál pro pacienty
- odborná literatura
- jiné.....

21. Jaký je Váš věk?

- 18 - 25
- 26 - 35
- 36 - 45
- 46 - 55

- 56 a více

22. Jaké je Vaše pohlaví?

- žena
- muž

23. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- středoškolské
- vyšší odborné
- bakalářské
- magisterské
- specializační studium

24. Jaká je Vaše pracovní pozice?

- zdravotnický asistent
- všeobecná sestra
- staniční sestra
- vrchní sestra
- jiné.....

25. Jaká je délka Vaší praxe ve zdravotnickém zařízení?

- 0 - 4 roky
- 5 - 9 let
- 10 - 14 let
- 15 a více let

Příloha B - Poukaz na ošetření (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2013)

Kód pojišťovny <input style="width: 100%;" type="text"/>	požaduje díl A	IČP <input style="width: 100%;" type="text"/>	Datum <input style="width: 100%;" type="text"/>	Pořadové číslo poukazu nepřerušené DP: <input style="width: 100%;" type="text"/>
		Odbornost <input style="width: 100%;" type="text"/>		
POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ DP				Platnost do: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Pacient <input style="width: 100%;" type="text"/>				
Č. pojištěnce <input style="width: 100%;" type="text"/>	Základní diagnóza <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Variabilní symbol <input style="width: 100%;" type="text"/>	Ost. dg. <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Ad zařízení domácí péče:		Kód náhrady <input style="width: 100%;" type="text"/>		
		_____ 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)				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				
<input style="width: 100%;" type="text"/>				

Příloha C – Tab. Přehled výkonů ošetrovací návštěvy zdravotní péče

Výkon	Ošetrovací návštěva	Časový rozsah	Obsah
06311	Zavedení, ukončení, domácí zdravotní péče, administrativní činnost sestry v domácí zdravotní péči	60 min.	zavedení, ukončení, domácí zdravotní péče, administrativní činnost sestry v domácí zdravotní péči
06313	Typ I.	30 min.	-vyšetření stavu klienta, -sledování fyziologických funkcí klienta -odběr biologického materiálu -prevence kožních lézí, lokální ošetření kožních lézí, poranění, ran -aplikace inhalační a léčebné terapie per os, subcutaně, intramuskulárně, intravenózně a další způsoby instalace léčiv
06315	Typ II.	45 min.	-aplikace parenterální terapie a dohled nad průběhem infúzní terapie -podání enterální formy léčiv
06317	Typ III.	60 min.	-nácvik aplikace insulínu -edukace a reedukace klienta k udržení či navození schopnosti sebeobsluhy a soběstačnosti -ošetrovatelská rehabilitace -komplexní hygienická péče -sestavení dietního a pitného režimu pacienta
06318	Typ IV.	15 min.	klyzma, výplachy, cévkování, ošetření permanentních katétrů, -ošetření stomií -zácvik rodinných příslušníků ke zvládnutí jednoduchých ošetrovatelských intervencí

Příloha D – Tab. Přehled materiálových výkonů

Výkon	Ošetrovací návštěva	Časový rozsah	Frekvence	Obsah
06319	Fyzická asistence při poskytování domácí péče.	30 minut	3x denně	Provedení ošetrovatelského výkonu u klienta, jehož náročnost vyžaduje přítomnost dalšího člena týmu agentury domácí péče.
06321	Vyšetření stavu klienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí	0	max. 1x týden	Vyšetření glykémie glukometrem, registrace EKG křivky u imobilních klientů v rámci dispenzárních a preventivních prohlídek.
06323	Odběr biologického materiálu	0	3x denně	-odběr kapilární krve -odběr žilní krve -odběr ostatního biologického materiálu
06325	Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti	0	3x denně	-aplikace i.v infuze u dospělého, či dítěte nad 10 let -kontinuální i.v. aplikace léčiva injekční pumpou
06327	Ošetření stomií	0	3x denně	-ošetření kolostomie -ošetření urostomie -ošetření nefrostomie -ošetření ileostomie -ošetření gastrostomie -ošetření dalších typů stomií
06329	Lokální ošetření	0	3x denně	-běžný převaz -lokální ošetření jedné ohraničené kožní léze, defektu, či poranění. -čištění výměna a tracheální kanyly - ošetření katetru pro parenterální výživu
06331	Klyσμα, výplachy,	0	3x denně	-cévkování ženy -ošetření permanentní cévky u

	cévkování, ošetření permanentních katetrů			muže i ženy -klyisma léčebné, očistné, výživné i terapeutické -výplach pochvy -laváže
06333	Aplikace inhalační a léčebné terapie p.o, s.c, i.m., i.v, UV, eventuelně další způsoby aplikace terapie či aplikace léčiv	0	3x denně	opakovaná aplikace léčiv do epidurálního katetru -inhalační aerosolová léčba -aplikace i.m,s.c, i.v, injekce -aplikace léků p.o -různé typy aplikace léčiv -aplikace UV záření -další typy aplikace ordinované léčebné terapie
06335	Nácvik a zaučování aplikace insulinu	0	max. 30x za 14 dní	
06349	Signální kód, ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stádiu	0	neomezeně	