

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2017

Bc. Aneta Ryklová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Management kvality v domácí péči

Bc. Aneta Ryklová

Diplomová práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Aneta Ryklová**
Osobní číslo: **Z15310**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelská péče v interních oborech**
Název tématu: **Management kvality v domácí péči**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**

Forma zpracování diplomové práce: **tiskárenská/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. JAROŠOVÁ, Darja. **Péče o seniory**. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
2. JAROŠOVÁ, Darja. **Úvod do komunitního ošetřovatelství**. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.
3. MARKOVÁ, Marie (ed.). **Komunitní ošetřovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči**. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. ISBN 978-80-7013-490-3.
4. MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ. **Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR : [výstupy z aplikovaného výzkumu]**. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-499-7.
5. MISCONIOVÁ, Blanka. **Management Komplexní domácí péče**. Praha: Asociace domácí péče České republiky, [1998] 77 a.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**

Katedra informatiky, managementu a radiologie

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání diplomové práce: **5. května 2017**


prof. MUDr. Josef Fustek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horázková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2017

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci 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 užití 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 dne 2. 5. 2017

Bc. Aneta Ryklová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych na tomto místě poděkovala paní doc. Ing. Janě Holé, Ph. D. za odborné vedení mé diplomové práce, ochotu, cenné rady a vřelou spolupráci. Mé poděkování patří i mé rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

ANOTACE

Ve své diplomové práci se zabývám managementem kvality v agenturách domácí péče. Tato práce se skládá z části teoretické a praktické. Teoretická část se skládá z kapitol, které se zabývají domácí péčí, managementem kvality ve zdravotnictví a v domácí péči, sledováním kvality ve zdravotnictví, resortními bezpečnostními cíli, prostředky ke zvyšování kvality v domácí péči a legislativou vztahující se k poskytování domácí péče. V praktické části se zabývám analýzou zjištěných dat, pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Získaná data přinesla přehled o managementu kvality ve vybraných agenturách domácí péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

Management, kvalita, domácí péče

ANNOTATION

The diploma thesis focuses on the management of quality in homecare agencies. The thesis consists of theoretical and practical parts. The theoretical part is composed of chapters which deal with homecare, quality management in healthcare and homecare, following the quality in medical care, resort safety goals, means of increasing homecare quality and legislation concerning providing homecare. The practical part deals with the analysis of the discovered data by means of half-structured interviews. The obtained data have brought the overview of quality management in selected homecare agencies.

KEYWORDS

Management, quality, home care

OBSAH

| | |
|--|----|
| Úvod | 11 |
| 1 TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1.1 Domácí péče | 12 |
| 1.2 Historie domácí péče | 13 |
| 1.3 Historie domácí péče v České republice | 14 |
| 1.4 Domácí péče v České republice | 15 |
| 2 Management kvality | 17 |
| 2.1 Management kvality ve zdravotnictví | 17 |
| 2.1.1 Sledování kvality ve zdravotnictví..... | 19 |
| 2.1.2 Resortní bezpečnostní cíle | 20 |
| 2.1.3 Indikátory kvality | 23 |
| 2.1.4 Ošetřovatelské audity | 23 |
| 2.2 Management kvality v domácí péči | 24 |
| 2.2.1 Prostředky k zvyšování kvality v domácí péči | 26 |
| 2.3 Legislativa vztahující se k domácí péči..... | 27 |
| 3 Výzkumná část | 30 |
| 4 Interpretace výsledků..... | 34 |
| 5 Souhrn výsledků | 46 |
| 6 Diskuze | 47 |
| 7 Závěr | 55 |
| 8 Použitá literatura..... | 56 |
| 9 Přílohy..... | 59 |

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Identifikace organizace | 31 |
| Tabulka 2 Údaje o dotazovaném..... | 32 |
| Tabulka 3 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 1 v jednotlivých agenturách domácí péče..... | 34 |
| Tabulka 4 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 2 v jednotlivých agenturách domácí péče..... | 34 |
| Tabulka 5 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 3 v jednotlivých agenturách domácí péče..... | 35 |
| Tabulka 6 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 4 v jednotlivých agenturách domácí péče..... | 35 |
| Tabulka 7 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 5 v jednotlivých agenturách domácí péče..... | 36 |
| Tabulka 8 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 6 v jednotlivých agenturách domácí péče..... | 36 |
| Tabulka 9 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 7 v jednotlivých agenturách domácí péče..... | 37 |
| Tabulka 10 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 8 v jednotlivých agenturách domácí péče..... | 37 |
| Tabulka 11 Realizace Minimálních hodnotících standardů řízení kvality a bezpečí v jednotlivých agenturách domácí péče | 38 |
| Tabulka 12 Realizace Minimálních hodnotících standardů v péči o pacienty v jednotlivých agenturách domácí péče..... | 40 |
| Tabulka 13 Realizace Minimálních hodnotících standardů řízení lidských zdrojů v jednotlivých agenturách domácí péče | 42 |
| Tabulka 14 Realizace Minimálních hodnotících standardů zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance v jednotlivých agenturách domácí péče | 43 |

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

| | |
|-------|---|
| CMP | Cévní mozková příhoda |
| č. | Číslo |
| ČAS | Česká asociace sester |
| ČR | Česká republika |
| DP | Domácí péče |
| EU | Evropská unie |
| ISO | International Organization for Standardization |
| JCAHO | Joint Commission on accreditation of healthcare organizations |
| JCI | Joint Commission International |
| KPR | Kardiopulmonální resuscitace |
| MZ | Ministerstvo zdravotnictví |
| RBC | resortní bezpečnostní cíl |
| SAK | Společná akreditační komise |
| Sb. | Sbírka zákonů |
| SR | Slovenská republika |
| ÚZIS | Ústav zdravotnických informací a statistiky |
| WHO | World Health Organization |
| ZZ | Zdravotnické zařízení |

ÚVOD

Téma management kvality v domácí péči jsem si vybrala, protože se domnívám, že se do budoucna budeme stále častěji setkávat se starými a chronicky nemocnými lidmi, kteří budou potřebovat služby poskytované agenturami domácí péče. Právě vlivem stárnutí populace není možné v nemocnicích zajistit každému nemocnému člověku dlouhodobou hospitalizaci. Zařízení pro dlouhodobě nemocné mají také svou omezenou lůžkovou kapacitu, ale i omezenou dobu hospitalizace.

Agentury domácí péče se v České republice začaly objevovat v 90. letech minulého století a každým rokem zaznamenávaly nevídaný nárůst počtu těchto agentur po celé České republice. Již v historii byly zakládány ošetrovatelské řády, které měly na starost péči o nemocné v domácnostech. Díky rozvoji medicíny, technologií a přístrojů došlo k tomu, že péče o pacienty byla přesunuta do různých zdravotnických institucí. Dnes se, ale znovu vracíme k péči o pacienty v jejich vlastním sociálním prostředí. Pochopili jsme, že dlouhodobě nemocní pacienti, mohou být léčeni či doléčováni v domácím prostředí pod odborným dohledem agentury domácí péče. Pacienti si tak zachovají svůj stávající životní styl v kruhu své rodiny a přátel. Sami si mohou organizovat svůj denní program dle vlastních představ. Přestože je v České republice mnoho agentur domácí péče tak ne všechny agentury pracují stejně. A samozřejmě mezi agenturami roste konkurence v poskytování služeb. Proto mě zajímalo, jaký je management kvality v agenturách domácí péče a jaká je legislativa vztahující se k provozu a kvalitě domácí péče? Jak zajišťují kvalitu poskytovaných služeb?

V úvodu bych se ráda krátce zmínila o struktuře této práce. Diplomová práce obsahuje část teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám domácí péčí od historie až po současnost, dále pak managementem kvality ve zdravotnictví a v domácí péči, sledováním kvality ve zdravotnictví, prostředky ke zvyšování kvality v domácí péči a legislativou vztahující se poskytování domácí péče. Východiskem k vypracování teoretické části bylo studium odborné literatury získané pomocí rešerše a studiem legislativy vztahující se k domácí péči. Cílem praktické části bylo zjistit jaká je organizace managementu kvality v agenturách domácí péče.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Domácí péče

Světová zdravotnická organizace definuje domácí péči jako jakoukoliv formu péče, která je poskytována lidem v jejich domovech a ke které patří zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb. (Jarošová, 2006) Zatímco ministerstvo zdravotnictví definuje domácí péči jako zdravotní péči, která je poskytována pacientům na základě indikace ošetřujícího lékaře v jejich vlastním sociální prostředí. (MZ ČR, 2003) Podobnou definici domácí péče uvádí i autor knihy Podpora lidí se zdravotním postižením v kontextu dlouhodobé péče, který uvádí: „*Domácí péče je nelékařská zdravotní péče, převážně ošetrovatelská a rehabilitační, poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo, při propuštění z nemocnice, ošetřujícího lékaře příslušného oddělení.*“ (Kalvach, 2012, s. 183) Dále autor dodává, že doporučení od lékaře má platnost maximálně 14 dní.

Na rozvoj domácí péče má v posledních letech významný vliv především vzrůstající ekonomický tlak, kdy nám stále více vzrůstají náklady na zdravotní péči, dále vliv demografický a to především stárnutí populace, kdy nejčastějšími spotřebiteli jsou lidé starší 65 let, ale také vzrůstající poptávka po poskytování zdravotních služeb v domácím prostředí. Dnes již díky rozvoji moderní technologií a nejrůznějších přístrojů, vhodných k použití v domácí péči dochází k větší nabídce poskytovaných služeb. Na rozvoji domácí péče se také podílí změny ve struktuře role rodiny. V dnešní době stoupá počet rodin s jedním členem nebo bezdětné rodiny. Samozřejmě i politické faktory mají vliv na rozvoj domácí péče. V mnoha státech politici získávají hlasy voličů díky tomu, že podporují rozvoj komunitní domácí péče (Hanzlíková, 2007).

Výhodami domácí péče jsou:

- **hospodárnost** - díky zkracování hospitalizace pacienta na minimum domácí péče redukuje náklady na péči o něj,
- **mnohostrannost** - domácí zdravotní péče je služba, která je provozována multidisciplinárním týmem odborníků, kteří poskytují odbornou péči, ale i laickou pomoc a to v rozsahu, který je dán aktuálním stavem nemocného nebo jeho sociálním prostředím,

- **individualizovaná péče** - každý pacient má své individuální potřeby a podle toho se i domácí péče řídí a péči poskytuje dle konkrétních potřeb daného pacienta,
- **komplexnost** - domácí péče poskytuje veškeré činnosti spojené s léčbou, ošetřováním, rehabilitací a psychickou podporou,
- **dlouhodobá péče** - je to péče, která se poskytuje dle potřeb pacienta a jeho rodiny od několika dní až po roky,
- **podpora zdraví** - domácí péče poskytuje i služby primární, sekundární a terciární prevence (Hanzlíková, 2007).

Cílem domácí péče je pomáhat nejenom pacientovi, ale i jeho rodině dosáhnout tělesného, duševního, sociálního zdraví a pohody. Můžeme tak zachovat kvalitu života pacientů nebo umožnit pacientům v terminální fázi života umírat důstojně v kruhu svých blízkých a ve svém sociálním prostředí. Další cíl, který si klade domácí péče je komplexnost péče ve spolupráci s ústavní péčí a dalšími zdravotnickými či sociálními zařízeními, a pomocí multidisciplinárního týmu zvyšovat nebo alespoň udržet soběstačnost pacienta v jeho běžných denních činnostech, zajišťovat dodržování léčebného režimu (Jarošová, 2006).

1.2 Historie domácí péče

Již od nejstarších dob se pečovalo o člověka v jeho přirozeném sociálním prostředí. První zmínky o této péči můžeme zaznamenat již na počátku 12. století, kdy se o nemocné staraly řeholní řády a to řády Augustínek a Vincentek. Na konci 13. Století došlo k velkému rozvoji ošetrovatelství v domácnostech. Dohled nad řeholnicemi, které vykonávaly ošetrovatelské služby v domácnostech, měl farář. V 15. Století to byly Diakonky, které provozovaly v Praze návštěvní opatrovnictví. Diakonky již byly na tuto práci speciálně školeny (Jarošová, 2007).

V roce 1859 v Liverpoolu William Rathbor započal koncept domácí péče, tedy péče o nemocné v jejich domácím prostředí. Společně pak s Florence Nightingalovou založil první školu pro sestry návštěvní služby, které po dostudování dále poskytovaly péči chudým a odkázaným na pomoc ostatních. V roce 1885 v Americe na základě tamních lékařů začaly první pokusy o poskytování domácí péče ve světě. Následoval rok 1857, kdy vznikla Společnost domácí péče a zanedlouho poté v roce 1888 byla založena Oblastní asociace domácí péče. Všechny tyto organizace byly vedeny neprofesionály, až v roce 1893 si ministerstvo zdravotnictví vzalo pod záštitu ošetrovatelskou službu v domácí péči a zároveň byl zaveden nový termín veřejná zdravotní sestra. V Evropě se domácí péče rozvíjí až koncem 19. století, vývoj byl bohužel zastaven oběma světovými válkami, které v Evropě v té době

panovaly. K návratu k domácímu ošetrovatelství dochází až v 70. letech 20. století, kdy hlavním důvodem bylo to, že zdravotní systém spotřebovával stále více finančních prostředků, narostlo stárnutí populace a počet osob odkázaných na péči druhých. Jedním z řešení bylo prosadit domácí péči (Šulcová a kol., 2013).

1.3 Historie domácí péče v České republice

Ve válkách zmítané zemi na počátku 19. století bylo ošetrovatelství směřováno spíše na ošetrovatelství v terénu a na péči o raněné. Díky podpoře Československého červeného kříže se mohly zrealizovat první pokusy v oblasti domácí péče. Tato péče byla v té době zaměřena na chudé nemocné, staré lidi, ale i děti, péče měla charakter spíše jako sociální ošetrovatelství. Po druhé světové válce došlo k velkému vývoji ošetrovatelských škol, kde byl prostor i pro nově zavedený obor- Výchova sester pro úsek ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách. Díky novým medicínským objevům se začíná zdravotnictví více medicinalizovat. Z toho důvodu se civilní sestry začaly přesouvat z obcí do nemocnic a dalších institucí (Jarošová, 2007).

„Organizace ošetrovatelské a zdravotní služby v rodinách byla zajišťována nově vzniklým Ústavem národního zdraví. Od 19.8 1952 přebíral podle zákona 103/1951 Sb. odpovědnost za provádění domácí péče stát.“ (Jarošová, 2007, s. 60) Po roce 1989 se naše země navrácí k demokratickému přístupu, kdy probíhá transformace zdravotnictví, ale i společnosti a tržního hospodářství. V říjnu 1991 se konal první evropský kongres Domácí péče, na jehož základě došlo k propagaci domácí péče na území České republiky. Tehdejší ministerstvo zdravotnictví ještě v témže roce legalizuje domácí péči jako součást zdravotní činnosti. V tomto roce je velký boom v zakládání domácích péčí, již ke konci roku 1991 je na našem území České republiky celkem 26 agentur a z toho 25charitních, zabývajících se domácí péčí a tuto péči poskytují 1459 klientům. V těchto agenturách bylo zaměstnáno 451 pracovníků. Se zákonem č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, došlo k dalšímu výraznému nárůstu v počtu agentur domácí péče. Zakladateli agentur domácí péče jsou většinou sestry, nemocnice, Český červený kříž, Diakonie, řád Maltézských rytířů, městské úřady atd. V roce 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky (ADP ČR), která funguje dodnes a sdružuje nepovinně poskytovatele domácí péče (Šulcová, 2013). První domácí péče založena při nemocnici byla roku 1991 domácí péče Niké v Pardubicích. Ke konci roku 1992 již bylo v České republice celkem 68 agentur, které měli celkem 1344 pracovníků a poskytovali péči 6742 pacientům. V roce 1993 bylo již 179 agentur se 3011 pracovníků. V roce 1994 bylo zaznamenáno 353 agentur s celkovým počtem

zaměstnanců 3632. (Jarošová, 2006) Dále se s přibývajícím lety počet agentur navyšoval. Podle posledních údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) z roku 2012 se na našem území v roce 2011 nachází celkem 472 (tedy o 8 více než předchozí rok) pracovišť poskytující domácí péči, kteří zaměstnávají více než 3 tis. odborných zdravotnických pracovníků. Služeb těchto domácích péčí využilo 147 tis. pacientů. Nejčastěji ve věku 65 let a více. „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 milionů výkonů, z nichž 94% bylo hrazených z veřejného zdravotního pojištění.“ (ÚZIS ČR, 2012, s. 1)

Pro přehled uvádím vývoj domácí péče na Slovensku, který bohužel není tak úspěšný jako v Čechách. Státní agentury domácí péče na Slovensku vznikaly v roce 1994 po privatizaci primárního sektoru zdravotnictví, zde byl uvolněn velký počet obvodních sester. Roku 1995 byla domácí péče zařazena do sítě zdravotnických zařízení. V tomto roce vznikla také Asociace domácí péče na Slovensku, dále začaly vznikat i nestátní agentury domácí péče. Situace na Slovensku není z pohledu finančního zajištění ze stran pojišťoven příznivá, a proto mnoho agentur domácí péče zaniklo. Velká část agentur vybírá přímé platby od pacientů. V roce 2003 MZ SR registrovalo pouze 163 agentur domácí péče. Pro zajímavost v Čechách bylo v roce 2003 evidováno 481 pracovišť domácí péče (Hanzlíková, 2007).

1.4 Domácí péče v České republice

Domácí péče je v České republice evidována jako odbornost 925- domácí zdravotní péče a je indukovanou formou zdravotní a sociální péče poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí klienta. Domácí péče je metodicky řízena Ministerstvem zdravotnictví. U každého klienta musí být vedena samostatná ošetrovatelská dokumentace. V České republice v agenturách domácí péče není bohužel zatím ošetrovatelská dokumentace jednotná, ale zpravidla obsahuje záznam vývoje stavu pacienta a plán péče o pacienta. V České republice je doporučována nepřetržitá dostupnost domácí péče tzn. 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. Zdravotní péči, která je indikována ošetřujícím lékařem, je financována zdravotními pojišťovnami. Domácí péče hrazená ze zdravotního pojištění je stanovená na 3 hodiny denně. Pokud revizní lékař dané zdravotní pojišťovny, u níž je klient přihlášen rozhodne, že pacient potřebuje více hodin odborné péče, může ji rozšířit až na 5 hodin denně. V domácí péči dále rozlišujeme 4 typy návštěv podle časového rozsahu a to na 15, 30, 45 a 60 minut, ale stále platí maximálně 3 návštěvy denně (Jarošová, 2007).

V české republice je domácí péče poskytována v 5 základních typech.

- **Domácí hospitalizace (akutní domácí péče)** - Péče zaměřená především na pacienty v pooperačním a poúrazovém období nebo v případě, že se jejich chronické onemocnění zhorší a stává se akutním. Tento typ domácí péče se poskytuje v rozmezí dnů až týdnů.
- **Dlouhodobá domácí péče** - Péče určená chronicky nemocným pacientům, jejichž stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou péči odborného personálu. Nejčastějšími pacienty s chronickými onemocněními jsou pacienti po CMP, s roztroušenou sklerózou, s diabetickými komplikacemi, nebo se závažnými duševními onemocněními, ale i demence. Tento typ domácí péče se poskytuje v rozmezí měsíců, ale i více let.
- **Preventivní domácí péče** - Tato péče je poskytována v případě, že ošetřující lékař doporučí v pravidelných intervalech kontroly zdravotního či duševního stavu. Např.: monitoring fyziologických funkcí jako je krevní tlak, odběry biologického materiálu nebo kontroly zabezpečení a socializace.
- **Hospicová (paliativní) domácí péče** - Péče je poskytována především umírajícím pacientům a právě u tohoto typu domácí péče bývá obvykle překročena obvyklá ošetrovací doba 3 hodin denně
- **Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)** - Tento typ péče využívají především praktický nebo ošetřující lékaři, kdy je možnost provedení výkonů sester z ordinací těchto lékařů bez nutnosti zavedení domácí péče. Jde zejména o odborné jednorázové výkony jako je odběr biologického materiálu, jednorázová aplikace injekce. Tento typ péče je využíván lékaři, kteří z provozních důvodů, jako je omezení ordinčních hodin nemohou zajistit návštěvní službu sester (Kalvach, 2012).

2 MANAGEMENT KVALITY

2.1 Management kvality ve zdravotnictví

„Management kvality představuje takové aktivity všech článků řízení, které stanovují politiku kvality, cíle a odpovědnosti a realizují je prostřednictvím plánování, řízení kvality, zabezpečování kvality a zlepšování v rámci systému kvality.“ (Madar a kol., 2004, s. 35)

Z definice vyplývá, že management je obor interdisciplinární a není pouze jednorázovou činností, ale obsahuje mnoho systematicky prováděných aktivit řízení. Předvídání a plánování je základní a nejdůležitější činnosti, při kterých vedoucí pracovníci definují cíl, kterého chtějí dosáhnout. Smyslem takového plánování je koordinace jednotlivých praktických činností. Plány rozlišujeme na plány strategické, krátkodobé (operativní) nebo dlouhodobé. Účelem organizování je dávat úkoly lidem, kteří v určité oblasti práce a v čase zajišťují činnosti v zájmu plnění cílů organizace. Organizování vyjasňuje každému členu v organizaci jeho místo v procesu řízení a to vede k následnému úspěchu organizace. Vedení můžeme charakterizovat jako proces spolupráce s lidmi, jde o ovlivňování způsobu práce jednotlivců nebo týmů. Pro manažera je vedení organizace hlavní aktivitou. Manažer má několik hlavních povinností jako je motivace zaměstnanců k dosahování cílů, rozvíjet své zaměstnance, zvládání problémů v organizaci. Pojem kontrola je úzce spjatá s plánováním a rozhodováním. Kontrolou rozumíme v managementu zpětnou vazbu, která nám slouží k posouzení, zda dané činnosti spějí k námi vytyčeným cílům. Jde tedy o sběr informací o výkonnosti a činnosti. (Kilíková, Jakušová, 2008; Prymula, 1995) Pojem kvalita můžeme definovat jako celkový souhrn znaků, ovlivňující schopnost uspokojovat dané a předpokládané potřeby. Podle Donabediana je kvalita zdravotní péče jako *„takový druh péče, při které lze očekávat maximální užitek pro pacientovo zdraví, a kdy očekávaný užitek je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu.“* Kvalitu zdravotních služeb rozdělujeme do tří dimenzí a to na kvalitu služeb z hlediska pacienta, to je to co pacienti vyžadují od poskytovaných služeb ve zdravotnictví, kvalita služeb z hlediska profesionálního, zda poskytované služby jsou naplňovány tak, jak jsou definovány profesionály, kvalita služeb z hlediska řízení, zda je poskytovaná kvalita služeb ta nejekonomičtější a nejproduktivnější využití zdrojů v rámci stanovených limitů. Pojem kvalita znamená zlepšování spokojenosti zákazníků, zlepšování ekonomičnosti a zároveň snižování nákladů, profesionální audit. Kvalita poskytovaných služeb ve zdravotnictví nezajímá jen provozovatele zdravotnických zařízení, ale zajímá i plátce zdravotního pojištění, státní správu, širokou veřejnost, tedy pacienti. Česká republika

se zapojila do programu WHO „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Cíl 31 zní: „všechny členské státy by měly ve svých soustavách zdravotní péče vytvořit účinné mechanismy zajišťování kvality péče ve zdravotnických systémech“. Cíle můžeme dosáhnout uplatněním metod a postupů, pomocí kterých můžeme kontinuálně monitorovat kvalitu péče o nemocné. (Madar a kol., 2004) V posledních letech se významně zvýšil zájem o kvalitu. Jedná se tedy o pojem, kterému se v dnešní době nemůžeme vyhnout. Kvalita musí být formulována tak abychom ji mohli kdykoliv měřit nebo zjistit. Každý zaměstnanec organizace aby mohl odvádět kvalitní práci, musí kvalitu pochopit a dodržovat dané normy. O systému kvality ve zdravotnictví můžeme říci, že jde o souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procesů, procedur a zdrojů, které jsou důležité k neustálému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb. Cílem zlepšování poskytovaných služeb je zlepšování celkového stavu obyvatelstva, jejich života a spokojenosti. Podle Světové zdravotnické organizace z roku 1996 může být kvalita ve zdravotnictví definována jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice, léčbě a které jsou určovány potřebami obyvatelstva na základě získaných poznatků z lékařské vědy a praxe. Hodnotit kvalitu můžeme objektivně (celkový stav pacienta) a subjektivně, jak pacient či jeho rodina sám hodnotí svůj celkový stav (Gladkij, 2003).

Z toho vyplývá, že na kvalitu se můžeme dívat z mnoha úhlů. Nejznámější jsou tři.

1. Kvalita z pohledu personálu - jedná se jak o lékařský, tak i ošetrovatelský personál, kde hodnotíme efektivnost při spolupráci v multidisciplinárním týmu. Dále sem patří výuka, vyhodnocování stavu pacienta a péče o něho, patří sem i různé procedury a techniky, které jsou potřeba při plnění pacientových služeb.
2. Kvalita z pohledu pacienta- jedná se o to, zda je pacient spokojený se službami jemu poskytovanými, zda se v prostředí cítí dobře, zda je spokojen se zdravotnickým personálem, zda se k němu personál chová empaticky, s úctou a respektem.
3. Perspektiva výstupů- zjištění, zda došlo s využitím co nejekonomičtějších a nejproduktivnějších zdrojů k zlepšení zdraví pacienta nebo ke zlepšení kvality života (Škrla, Škrlová, 2003; Medar, 2004).

„Podstatou managementu ve zdravotnictví je poskytování co možná nejlepší péče pacientům/ klientům v rámci omezených zdrojů.“ (Plevová, 2012, s. 12)

Správným vedením kvality zabezpečujeme to, že poskytované služby budou odpovídat standardům, které si organizace stanovila a budou splňovat očekávání pacientů. Tyto činnosti

zahrnují kroky podnikané k zabezpečení toho, že bude dosažen vysoký stupeň kvality a toho, že jsou plněny a trvale udržovány stanovené standardy kvality (Armstrong, Stephens, 2008).

2.1.1 Sledování kvality ve zdravotnictví

Na webových stránkách MZ ČR můžeme nalézt odkaz *Portál kvality a bezpečí*. Na tomto portálu můžeme nalézt informace o programech realizovaných MZ ČR, které se kvalitou zabývají. Podle vyhlášky č. 102/2012 Sb. O hodnocení kvality a bezpečí zdravotní lůžkové péče jsou „*Minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí, včetně požadavků na personální zabezpečení, způsob a postup hodnocení, určeny jak pro hodnotitele kvality a bezpečí, tak i pro poskytovatele zdravotních služeb, (kteří je musí splnit, pokud chtějí získat certifikát kvality a bezpečí), s cílem zvýšení kvality a bezpečí zdravotních služeb.*“ (MZ ČR, 2016) Tyto standardy se dále dělí:

1) Minimální hodnotící standardy řízení kvality a bezpečí

- Standard zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí
- Standard sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí
- Standard sledování spokojenosti pacientů
- Standard sledování a vyhodnocování stížností a podnětů týkajících se lůžkové zdravotní péče
- Standard využívání doporučených a diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů

2) Minimální hodnotící standardy péče o pacienty

- Standard dodržování práv a pacientů a osob pacientům blízkých
- Standard stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace
- Standard zajištění konzultačních služeb
- Standard bezpečné zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky
- Standard kvalita stravování pacientů a nutrice
- Standard zajištění léčebně rehabilitační péče
- Standard podpora zdraví a prevence nemoci
- Standard kontinuita zdravotní péče
- Standard identifikace pacientů
- Standard zajištění kardiopulmonální resuscitace

3) Minimální hodnotící standardy řízení lidských zdrojů

- Standard personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče

4) Minimální hodnotící standardy zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance

- Standard bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance (Vyhláška č. 102/2012).

Na zvyšování, sledování a hodnocení kvality se mimo jiné podílejí i indikátory kvality, audity, certifikace, standardizace, akreditace. Certifikace nám při dodávání nějakého produktu dodává určitou důvěru, že je produkt shodný s danou normou. Standardizace je proces, při němž dochází k výběru, sjednocování a ustálení postupů, procesů a jejich kombinací, ale také výstupů a dalších činností, které jsou součástí procesu řízení společnosti. O akreditaci mluvíme tehdy, pokud externí organizace sleduje chod společnosti a posuzuje, zda a do jaké míry společnost postupuje dle požadavků na zvyšování kvality péče. Ve zdravotnictví se vyskytuje celá řada systémů, díky kterým zdravotnická zařízení mohou doložit své zaměření na kvalitu, jsou to: SAK (Spojená akreditační komise ČR) který se zaměřuje na dlouhodobé zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče. Problémem v ČR je, že akreditace je dobrovolnou záležitostí, zatímco v jiných, především západních zemích je akreditace nutná a tedy podmínkou pro uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovkami. Tato organizace si tedy dává za cíl, aby mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními v ČR nebyly velké rozdíly. SAK uděluje certifikát, který je platný 2-3roky, poté následuje reakreditace. Vzhledem k tomu, že většina zdravotnických zařízení, která se připravují na akreditaci, tento fakt zveřejňují, tak nedosažení akreditace může pro tato zařízení znamenat ohrožení důvěry veřejnosti pro toto zařízení. (Škrála, Škrlová, 2008) JCI (Joint Commission International) jedná se o mezinárodní organizaci, která si dává za cíl zvyšování kvality péče v mezinárodním měřítku pomocí mezinárodní akreditace. O akreditaci si může požádat jakékoliv zdravotnické zařízení, které splňuje požadavky pro akreditaci. JCI má dceřinou společnost JCAHO (Point Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), ISO (International Organization for Standardization) mezinárodní organizace pro normalizaci. Jedná se o nástroj, který dává návod firmám nebo organizacím, které chtějí, aby jejich produkty nebo služby splňovaly požadavky zákazníků a zároveň tak dokazovaly, že se jejich kvalita dál vyvíjí. Audity jsou nezbytné k získání certifikátu. Každých 5 let jsou ISO standardy přehodnoceny, aby se zajistila jejich správnost. Ve zdravotnictví se zabýváme zejména normami ISO 9001(systém managementu kvality), ISO 14001 (systém managementu životního prostředí) a OHSAS 18 001 zabývající se managementem bezpečnosti, existují celé řady dalších norem zabývajících se certifikací laboratoří a podobně (ISO home, 2013; JCI, 2005; Pokojová, 2010).

2.1.2 Resortní bezpečnostní cíle

Resortní bezpečnostní cíle jsou doporučené postupy zvyšující kvalitu péče, a které vedou ke snížení rizik poškození pacientů nebo jiných osob v procesu poskytování zdravotní péče. Proto jsem se těmito resortními bezpečnostními cíli dále inspirovala ve své práci a ptala se na

jejich realizaci ve vybraných agenturách domácí péče. RBC jsou závazné pro zdravotnické organizace zřizované MZ ČR. Pro ostatní zařízení jsou pouze doporučením. Od 1. 1. 2014 byla provedena změna díky zavedení nových akreditačních standardů, od té doby jsou Resortní bezpečnostní cíle již závazné pro veškeré akreditované zdravotnické zařízení. Resortní bezpečnostní cíle najdeme v první kapitole, což jen potvrzuje jejich důležitost. (Marx, Vlček, 2013) V roce 2015 došlo k aktualizaci, kdy byly resortní bezpečnostní cíle rozšířeny o nový RBC č. 8- Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů. Znění tohoto resortního bezpečnostního cíle schválila ČAS ČR a Česká společnost pro léčbu ran. Nový seznam resortních bezpečnostních cílů je možné nalézt ve Věstníku MZ ČR č. 16/2015 (MZ ČR, 2015).

Resortní bezpečnostní cíle jsou:

1. bezpečná identifikace pacientů,
2. bezpečnost při používání léčivých přípravků,
3. prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech,
4. prevence pádů,
5. zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče,
6. bezpečná komunikace,
7. bezpečné předávání pacientů,
8. prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů.

Minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb jsou uvedeny ve Věstníku MZ ČR č. 16/2015, kde jsou dále uvedeny i jednotlivé resortní bezpečnostní cíle pro jednotlivé typy poskytovatelů zdravotní péče. SAK dále rozpracovává jednotlivé resortní bezpečnostní cíle do akreditačních standardů. Lze se tedy inspirovat z resortních bezpečnostních cílů a standardů pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče, ambulantní péče a zdravotnické záchranné služby.

Ad1) Bezpečná identifikace pacientů

Jak uvádí SAK-ČR ve svých akreditačních standardech, tak je vyžadováno od zdravotnického zařízení, aby ve vnitřních předpisech stanovily minimálně dva nástroje pro ověření pacienta, těmito nástroji jsou jméno a datum narození pacienta. Dále uvádějí, že k těmto nástrojům nepatří označení pokoje pacienta. K identifikaci pacienta musí dojít vždy před podáním

transfúzí, léků nebo před odebráním biologického materiálu od pacienta. Identifikace se musí také provádět před diagnostickými či terapeutickými výkony (Marx, Vlček, 2014).

Ad2) Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikivosti

Za léky s vyšší mírou rizikivosti jsou považovány léky, jako jsou inzuliny, neředěné hepariny a koncentrované elektrolyty především roztok KCl 7,45% a vyšší. Na pracovištích, kde to není z klinického hlediska nutné, by se tato léčiva neměla na odděleních skladovat. Na odděleních kde je využívání těchto roztoků nevyhnutelné zajistí zdravotnické zařízení postupy k zabraňující jejich nesprávné podání. Nemocnice vnitřními předpisy stanovují jak s těmito léky zacházet, jak je objednávat a podávat (Marx, Vlček, 2014).

Ad3) Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při intervenčních výkonech

Zdravotnické zařízení má stanoveno ve svých vnitřních předpisech a standardizovaných postupech jednotný postup pro zajištění provádění správného výkonu u správného pacienta a ve správné lokalizaci. Dále ZZ má zavedený verifikační protokol a musí mít vyplněn kontrolní list WHO (Marx, Vlček, 2014).

Ad4) Prevence pádů pacienta

Zdravotnické zařízení pomocí vnitřních předpisů zajišťuje postupy pro vstupní hodnocení rizika pádů u pacientů a také opakované hodnocení tohoto rizika u pacientů, u kterých došlo ke změně zdravotního stavu. Důležité je sledování a pravidelné vyhodnocování pádů pacientů na pracovišti (Marx, Vlček, 2014).

Ad5) Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče

Do provozních řádů ZZ uvede v souladu s platnou legislativou postupy mytí rukou a používání bariérových technik a dezinfekčních prostředků. ZZ musí zajistit mýdla, dezinfekční prostředky, ručníky nebo jiné prostředky k osušení, která jsou umístěna v oblastech, kde je vyžadováno mytí rukou a dezinfekční postupy. ZZ provádí pravidelná školení v této oblasti (Marx, Vlček, 2014).

Ad6) Bezpečná komunikace

Bezpečnou komunikací se rozumí ústní a telefonické podávání ordinací. Osoba při přijmutí ústní či telefonické ordinace nebo hlášení výsledků či vyšetření musí znovu a zřetelně zopakovat danou informaci volajícímu a písemně ji zaznamenat. Volající je povinen potvrdit správnost přečteného záznamu (Marx, Vlček, 2014).

Ad7) Bezpečné předávání pacientů

ZZ má zavedeny postupy při předávání pacientů mezi jednotlivými pracovišti. Dále předpis musí obsahovat minimální kompetence pracovníků, kteří zajišťují předávání pacienta. Vnitřní předpisy také stanovují rozsah a formu dokumentace při předávání pacienta (Marx, Vlček, 2014).

Ad8) Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů

Protože výskyt dekubitů a proleženin, je jednou z nejčastějších nežádoucích událostí v ZZ, byla zavedena nutná opatření. Cílem těchto opatření je sledování rizik vzniku dekubitů, jejich předcházení a minimalizace výskytu. Zdravotnické zařízení pomocí vnitřních předpisů zajišťuje postupy pro vstupní hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů a také opakované hodnocení tohoto rizika u pacientů, u kterých došlo ke změně zdravotního stavu. Má zavedeny postupy pro prevenci vzniku dekubitů a postup při řešení pokud dekubit vznikne (Věstník MZ ČR č. 16/2015).

2.1.3 Indikátory kvality

Indikátory kvality jsou kritéria, která se dají měřit a v porovnání s určitými standardy nebo směrnici ukazují, jak dalece tohoto cíle bylo dosaženo. Indikátory kvality považujeme za jedny ze základních nástrojů pro sledování kvality poskytované péče. Efektivně monitorují výkony a lze je účinně porovnávat s minulými obdobími nebo jinými zdravotnickými zařízeními. Vůbec samotným smyslem těchto indikátorů je včas zjišťovat problémy, které ohrožují kvalitu poskytované péče. Indikátory kvality jsou důležité nejenom pro zvyšování kvality. Jsou zaměřené na záporné nebo kladné jevy. Mohou být v podstatě zaměřeny na kohokoliv jak sestry, tak lékaře, ale i systémy a podobně. Výsledky indikátorů kvality musejí být v číselném kontextu, kdy je porovnáváno něco s něčím. Pokud nejsou v kontextu, jsou pouhou statistikou. Indikátory kvality můžeme dělit na indikátory procesu to je například úroveň dokumentace, struktury- například počet zaměstnanců anebo výstupu - například počet stížností na poskytovanou péči (Černocká, 2012; Kareš, 2006).

2.1.4 Ošetřovatelské audity

Audit je považován za nejvhodnější metodu kontroly. Tuto systematickou a nezávislou kontrolu provádějí experti, kteří mají za cíl určit, zda jsou dané výsledky činnosti v souladu s plánovanými cíli. Audity rozdělujeme na externí a interní. Externí audit vykonává zpravidla

pracovník, který ke kontrolovanému zařízení nemá žádný vztah. Samozřejmostí je, že tento pracovník musí být kvalifikován, aby tento audit mohl provádět. Jeho zásadním cílem je určit, zda došlo či nedošlo k nějakým nesrovnalostem daných norem. Zodpovědnost tohoto auditora je daná zákonem. Auditor musí vypracovat objektivní zprávu o daném zařízení, které hodnocené zařízení může využít k dalšímu zlepšování v organizaci. Interní audity provádí auditor určený managementem daného zařízení. Nezávisle hodnotí a kontroluje činnosti uvnitř zařízení. Interní auditor kontroluje, zda jsou splněné a přijaté dané postupy, standardy nebo zda se plánované úkoly realizují efektivně. Jde o proces zkoumání a pozorování, kontroly dokumentace, otázky na sestru nebo manažerku a na další členy ošetrovatelského týmu. V managementu ošetrovatelství dostanou vedoucí pracovníci od auditorů zpětnou vazbu o svém řízení (Kilíková, Jakešová, 2008).

2.2 Management kvality v domácí péči

K základní kvalitní péči patří především zájem o pacienta, jeho rodinu, respekt k jeho osobnosti a vůli. Pacientovi musíme nechat maximální možnou kontrolu nad děním, nepodceňovat jeho schopnosti, posilovat jeho zodpovědnost, měli bychom mu aktivně naslouchat, komunikovat s ním přiměřeně k jeho limitacím, vcítit se do jeho situace a pomoci mu životní situaci zvládat (Kalvach, Onderková, 2006).

Pro to, aby člověk mohl čerpat kvalitní zdravotní službu je základním předpokladem to, že ví, jak taková služba vypadá a kde ji může vůbec čerpat. To je dáno informovaností pacientů a jejich rodin, ošetřujícími, praktickými lékaři nebo jiným zdravotnickým personálem. Jako významný faktor pro vnímání kvality služeb je také očekávání pacientů. Pacienti často nevědí, co všechno od služby mohou očekávat, na co mají nárok a často ani kvalitu neočekávají (Mátl, Jabůrková, 2007).

V domácí péči se využívá horizontálního managementu, kde každá sestra jako člen týmu má svou vlastní odpovědnost za kvalitu, rozsah a plánování domácí péče. Přenos a zjišťování informací se děje přímo mezi pacientem a konkrétní zdravotní sestrou zodpovědnou za určitou formu péče. Základem pro horizontální management je odpovědnost (Misconiová, 1994).

Domácí péče, která chce nabízet a poskytovat kvalitní zdravotní péči, musí umět zajistit neustálé vzdělávání zaměstnanců na vysoké úrovni a mimo jiné i zajistit technické zajištění organizace. V dnešní době je ve zdravotnictví vyžadován vysoký stupeň vzdělanosti a celoživotní vzdělávání nejen pro lékaře, ale i pro nelékařské zdravotní pracovníky. Tyto

procesy učení se novým věcem jsou nezbytné k výkonu povolání až do konce aktivního působení ve zdravotnictví (Zlámal, 2006).

Kvalita péče se měří spokojeností pacientů a jejich rodin, ale i pomocí indikátorů kvality. Tyto indikátory kvality nám ukazují, jak dalece jsme dosáhli určitého standardu, směrnice nebo požadavku. Existuje mnoho důvodů, proč se zavádí řízení kvality. Především jde o tlak okolí a potřebu zvýšit úroveň poskytovaných služeb, a tím ovlivnit život a spokojenost pacientů a jejich rodin. Dalším z důvodů zvyšování a sledování kvality je prestiž organizace a srovnávání s jinými organizacemi. Pomocí systému kvality péče je možné předcházet rizikům a chybám, stížnostem pacientů nebo také sporům s pojišťovnami. Domácí péče je financována z veřejného zdravotního pojištění podle vyhlášky MZ ČR č. 331/2007 Sb., která blíže specifikuje seznam zdravotních výkonů s jednotlivými bodovými hodnotami. Zřizovatel agentur domácí péče je povinný splňovat hygienicko-epidemiologické a zdravotní požadavky na provoz. Zřizovatel musí mít vypracovanou koncepci pro poskytování péče, vytyčenou oblast působnosti agentur, zajištěný kvalifikovaný zdravotnický personál a zajištěné financování agentury. Kvalitu domácí péče ovlivňuje i dostatečné technické a materiální vybavení, kvalifikovaný personál s možností dalšího vzdělávání, kteří jsou schopni adekvátně a samostatně reagovat při neočekávané změně stavu pacienta v jeho přirozeném sociálním prostředí. Z toho důvodu podle našich platných právních norem musí zdravotnický personál splňovat alespoň 5 let praxe v oboru zdravotnictví a z toho 2 roky u lůžka (Machová, Vonešová, 2011).

Jak uvádějí autorky Malinková a Marková pro kvalitní provoz agentur domácí péče v České republice je nutné: registrovat nestátní zdravotnické zařízení, uzavřít smlouvy se zdravotními pojišťovnami, kterým předchází výběrové řízení, vypracovat provozní řád, ze zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, vypracovat pracovní smlouvy pro pracovníky agentur domácí péče, zpracovat pracovní náplně, dle vyhlášky MZ ČR č. 424/2004 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků, vést ošetrovatelskou dokumentaci, vést knihu jízd, vést výkaznictví pro zdravotní pojišťovny (Marková, Malinková, 2010). Vyhlášku MZ ČR č. 424/2004 Sb. upravuje nová vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (MZ ČR, 2015).

Organizace mají hned několik důvodů k neustálému zlepšování kvality: zvyšování schopnosti poskytovat pacientům i dalším členům rodiny lepší služby, snižování nejrůznějších rizik,

zrychlení odpovědi na všechny změny v požadavcích i okolí organizace, vyrovnání se s vývojem konkurence, snižování nákladů (Nenadál, 2016).

Kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb v domácí péči můžeme také charakterizovat podle přítomnosti následujících vlastností: účinnost, dostupnost (DP by měla být dostupná 365 dní v roce, 7 dní v týdnu, 24 hodin denně), včasnost (péče poskytovaná klientům, kdy ji nejvíce potřebují, kdy je nejprospěšnější pro pacienta), bezpečnost, přiměřenost zdravotnímu stavu (správně zaměřená ošetrovatelská péče), soustavnost a návaznost (zabezpečení návaznosti na další možné formy pomoci), přijatelnost pro pacienty, ekonomická efektivnost. Princip kvality je: dělat správné věci ve správném čase, a to na poprvé. Odpovědnost za poskytovanou kvalitu služeb celou organizací spadá na vrcholný a střední management dané organizace. Odpovědnost za kvalitu ošetrovatelské péče, která je poskytovaná jednotlivým pacientům, náleží odborným pracovníkům vykonávající tuto ošetrovatelskou péči (Gladkij, 2003).

2.2.1 Prostředky k zvyšování kvality v domácí péči

Na zvyšování kvality domácí péče se podílí také tvorba standardů ošetrovatelské péče a jejich následné dodržování ale i vedení ošetrovatelské dokumentace. Standardy stanovují měřitelná kritéria kvality.

„Ošetrovatelské standardy jsou platné definice přijatelné (kvalitní) úrovně ošetrovatelské péče. Ošetrovatelským standardem se tedy rozumí dohodnutá profesní úroveň kvality.“ (Staňková, 2003, s. 10)

První standardy ošetrovatelské péče vznikaly v 70. letech v USA jako odezva na vyhlášení Charty práv nemocných. Standardy ošetrovatelské péče mají velký význam pro zvyšování úrovně kvality péče, protože jednoznačně vymezují minimální úroveň péče, která má být pacientovi poskytnuta. Pokud dojde k tomu, že není standard dodržen, dojde k tomu, že je ošetrovatelská péče riziková a ohrožuje zdravotní stav pacienta. Ošetrovatelské standardy nám určují závaznou normu pro kvalitní poskytování ošetrovatelské péče, umožňují nám objektivní hodnocení poskytované ošetrovatelské péče, dávají pacientům pocit bezpečí a jistoty a chrání sestry před neoprávněným postihem. Rozlišujeme 3 typy standardů: strukturální standardy (stanovují technické, personální, hygienické a další vybavení), procesuální standardy (stanovují ošetrovatelské činnosti), standardy hodnocení výsledků (zabývají se celkovým hodnocením kvality ošetrovatelské péče). Standardy je možné dále dělit na centrální a lokální standardy. Centrální standardy vydává Ministerstvo zdravotnictví jako zákonné nebo podzákonné normy. Tyto standardy určují kompetence ošetrovatelských

pracovníků, vzdělávání, pracovní náplň, atd. Lokální standardy jsou vytvořené a přijaté v daném zdravotním zařízení a vycházejí z centrálních standardů. Standardy vytvořené zdravotnickými zařízeními nesmějí být v rozporu s centrálními standardy. Všichni zaměstnanci na pracovišti musejí být s těmito standardy seznámeni a písemně se zavázat k jejich dodržování (Staňková. 2003).

Význam ošetrovatelské dokumentace ve zdravotnických zařízeních, ale i agenturách domácí péče je značný. Ošetrovatelská dokumentace slouží zdravotnickému personálu jako zdroj informací o jedinci, o jeho potřebách, cílech péče a výsledcích péče. Správně vedená dokumentace nám zajišťuje potřebnou návaznost ošetrovatelské péče, časový přehled o poskytované zdravotní péči. Zdravotnickému personálu umožňuje správné předávání informací o pacientovi, poskytuje údaje, které můžeme využít pro ošetrovatelský výzkum. Podle správně vedené dokumentace můžeme vyhodnotit účinnost anebo neúčinnost ošetrovatelských činností. Ošetrovatelská dokumentace by měla být nejen v domácích agenturách, ale v jakémkoliv zdravotnickém zařízení smysluplná, srozumitelná, přehledná, jednoduchá a dobře přístupná. Obsahem ošetrovatelské dokumentace v agenturách domácí péče je: vstupní ošetrovatelský záznam, ošetrovatelský plán péče, denní záznam vývoje stavu pacienta a o provedené péči u něj, poukaz na ošetření, propouštěcí nebo překládová zpráva. V ošetrovatelské dokumentaci sestra přesně popisuje stav pacienta, tedy přesněji, co viděla, změřila, slyšela, cítila, zda si pacient na něco stěžuje (jeho reakce na péči), jak se pacient cítí subjektivně. Zápis do dokumentace sestry provádějí co nejdříve, informace musejí být aktuální, psány přehledně, čitelně, chronologicky správně. Při provádění jakýchkoliv změn v dokumentaci, musí zůstat původní text čitelný. Všechny záznamy v dokumentaci musejí být označeny správným datem, podpisem a razítkem sestry, která u pacienta byla a provedla záznam. Zdravotní pracovníci si předávají pravidelně informace i ústně uvnitř agentury, kdy je nutné hlásit každou změnu stavu pacienta (Malinková, Marková, 2010).

2.3 Legislativa vztahující se k domácí péči

Platné právní normy vydávají dané resorty týkající se domácí péče. Poskytování domácí péče podléhá několika platným právním normám, které udávají, pro koho je forma domácí péče určena, za jakých podmínek a v jakém rozsahu lze tuto péči poskytovat. Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 2004 vydalo Věstník MZ ČR částka 12, jedná se o Koncepti domácí péče, kde nalezneme metodická opatření k zajištění jednotného postupu v poskytování domácí péče. Přestože jsou agentury domácí péče v České republice téměř 25 let, stále neexistuje žádný zákon či vyhláška vztahující se pouze k provozu domácí péče. Agentury domácí péče

se tudíž musí řídit zákony, které vymezují podmínky pro provoz zdravotnických zařízení, jako jsou ambulance, lůžková zařízení apod. Zde je přehled zákonů, kterými se řídí provoz agentur domácí péče (Sekce domácí péče, 2008).

- **Zákon č. 96/ 2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotních povoláních). Tento zákon upravuje Zákon 105/2011 Sb.
- **Zákon č. 200/ 2015 Sb.**, o veřejném zdravotním pojištění o změně a doplnění některých souvisejících zákonů definována takto: „Hrazenou péčí je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako a) domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, ...“
- **Zákon č. 372/2011 Sb.**, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Na který navazují vyhlášky ministerstva zdravotnictví, které obsahují „minimální hodnotící standardy“.
- **Zákon č. 223/ 2013 Sb.**, o ochraně veřejného zdraví ve změně pozdějších předpisů.
- **Zákon č. 366/ 2011 Sb.**, o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů a další související zákony.
- **Zákon č. 98/ 2012 Sb.**, o zdravotnické dokumentaci, nyní upravuje zákon č. 372/2011 Sb.
- **Zákon č. 31/ 2011 Sb.**, o odpadech a o změně některých dalších zákonů.
- **Zákon č. 31/ 2010 Sb.**, o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.
- **Zákon č. 101/ 2000 Sb.**, o ochraně osobních údajů.
- **Vyhláška MZČR č. 306/ 2012 Sb.**, o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.
- **Vyhláška 102/2012 Sb.**, o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče

- **Vyhláška MZČR č. 92/ 2012 Sb.**, o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.
- **Vyhláška MZČR č. 99/ 2012 Sb.**, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.
- **Vyhláška MZČR č. 326/ 2014 Sb.**, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Domácí péče je uvedena pod odborností 925 - sestra domácí zdravotní péče.
- **Vyhláška 273/2015 Sb.**, O stanovení hodnot bodu a výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016.
- **Věstník MZČR č. 12/ 2004**, koncepce domácí péče.
- **Věstník MZ ČR č. 16/2015**, kde jsou uvedeny minimální požadavky pro zavedení interního systému kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (Marková, 2010, s. 45, 50, 52; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

Tato část diplomové práce popisuje empirický výzkum a jeho jednotlivé fáze. Nejdříve je uveden hlavní cíl práce a výzkumné otázky. Poté následuje výzkumný design, v kterém popisují metodiku výzkumu. Výzkumnou část uzavírá analýza dat, ve které uvádím výsledky své práce. Pro posuzování kvality v agenturách domácí péče jsem si vybrala resortní bezpečnostní cíle a minimální hodnotící standardy jako kritéria, která zabezpečují kvalitu a bezpečí ve zdravotnických zařízeních. I když jsou tato kritéria určená pro zdravotnická zařízení, jako jsou nemocnice, ambulance, zdravotnická záchranná služba, zajímalo mě, zda je možné tato kritéria využít v agenturách domácí péče. Cílem této diplomové práce je popsat management kvality v domácí péči. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaká je organizace managementu kvality v domácí péči. V rámci hlavního cíle jsem si položila dvě výzkumné otázky. Zda existují platné legislativní normy pro agentury domácí péče? A jak je nastaven management kvality v agenturách domácí péče v praxi? Výzkumným předpokladem této práce je, že manažerky agentur domácí péče pracují a vedou svůj management v agenturách domácí péče spíše intuitivně.

Výzkumný design popisuje proces a jednotlivé fáze výzkumu. Výzkum se skládal z těchto částí:

1. Rešerše
2. Výběr vzorku
3. Sběr dat
4. Analýza získaných dat
5. Interpretace výsledku

Rešerše

Při psaní této diplomové práce jsem si vytvořila rešerši, kde jsem zadala klíčová slova (management, kvalita ve zdravotnictví, domácí péče). Pomocí vytvořené rešerše jsem získala informace z odborné literatury, odborných časopisů a internetových stránek. Výsledkem rešerše bylo zvolení kritérií k zjištění, zda je systém managementu kvality v agenturách domácí péče. Veškeré zdroje, které jsem při psaní diplomové práce přečetla a použila, uvádím v přehledu literatury. Rešerše tvořily teoretické východisko v první části práce. V rámci

rešerše jsem si vymezila pro účely této práce definice systému managementu kvality. To znamená, že systém kvality v agenturách domácí péče je nastaven, jestliže mají:

- manažera kvality,
- ošetrovatelské standardy,
- dokumentace,
- indikátory kvality,
- audity,
- sledování a vyhodnocování výsledků.

Výběr vzorku

Výzkum byl prováděn ve čtyřech záměrně vybraných agenturách domácí péče v Pardubickém kraji. Výzkum probíhal formou rozhovorů s manažerkami/ ředitelkami těchto vybraných agentur domácí péče. Hlavním kritériem byla ochota manažerek agentur domácí péče spolupracovat.

Identifikace organizace

Zde pro přehled detailně uvádím identifikaci jednotlivých agentur domácí péče.

Tabulka 1 Identifikace organizace

| | A | B | C | D |
|--------------------------------|--|--|-----------------------------|---|
| Poskytované služby a její typ | Zdravotní, sociální, hospicové, humanitární služby | Zdravotní a paliativní péče | Zdravotní služby | Zdravotní služby |
| Zřizovatel | Biskupství královéhradecké | OSVČ | nemocnice akutní péče | Kraj, jsou nezisková organizace |
| Počet klientů v registru ročně | 600 | 400 | 300 | 380-400 |
| Počet zaměstnanců | 30 z toho 16 plných úvazků zbytek na dohody | 20 sester z toho 8 plných úvazků 12 na částečný úvazek | 6 sester na plný úvazek | 6 plných úvazků, 2,5 úvazku v rámci DPP a DPČ |
| Akreditace v zařízení | Ne | Ne | Ano v rámci celé organizace | Ne |

Údaje o dotazovaném

Zde pro přehlednost uvádím získané informace o pozici a dosaženém vzdělání od dotazovaných manažerek z jednotlivých agentur domácí péče.

Tabulka 2 Údaje o dotazovaném

| | A | B | C | D |
|--------------------------------|--|--|---|---|
| Zastávaná pozice | Ředitelka | Zřizovatelka, ředitelka, vrchní sestra | Vrchní sestra | Vrchní sestra, koordinátor, zdravotní dohled |
| Dosažené vzdělání | Jsem specialistka, mám teologickou a sociální fakultu | Magisterské | Magisterské | Bakalářské v oboru ošetrovatelství a psychologie a PSP a ARIP |
| Vzdělání v oblasti managementu | Kurz v Brně | Akreditované kurzy v ČR a zahraničí | Státnice z ošetrovatelství managementu a pedagogiky, dále specializace v Brně | V rámci bakalářského studia 2 semestry |
| Délka praxe | 20 let v DP, koronární jednotka, ARO, metabolická jednotka | 37 let | 30 let, v domácí péči 15 let | 30 let |
| Délka praxe v řídicí pozici | 9 let | 23 let | 14 let | 5 let |

Sběr dat

Vlastnímu sestavování otázek k průzkumným rozhovorům na zvolené téma předcházelo nastudování odborné literatury a tedy i podrobné seznámení s danou problematikou. Polostrukturované rozhovory se skládaly z otázek vyplývající z vymezení systému kvality, z resortních bezpečnostních cílů a minimálních hodnotících standardů řízení kvality. Následovalo přesné formulování daného problému. Sběr dat probíhal od května do listopadu roku 2016. Byla provedena průzkumná sonda pomocí polostrukturovaných rozhovorů s vedoucími pracovníky zařízení, studium dokumentací agentur a studium legislativy

Realizace výzkumu byla založena na ochotě managementu dotazovaných agentur domácí péče. Veškerý výzkum se vždy odehrával v prostředí respondentek, tedy v kanceláři manažerek agentur domácí péče. Rozhovory jsem si vždy domlouvala pomocí emailu na konkrétní datum a čas, aby si respondenty mohly udělat prostor ve svém programu. Rozhovor s manažerkami byl přátelský a v místnosti, kde rozhovor probíhal, byl vždy pouze výzkumník a manažerka. Na začátku každého rozhovoru byl všem manažerkám vysvětlen záměr celé studie. Každá z manažerek byla seznámena s tím, že data jsou anonymní a budou sloužit jako podklad k mé diplomové práci. Záznam dat probíhal formou nahrávání rozhovorů na diktafon. Nahrané rozhovory byly následně doslovně přepsány do MS Word. Délka rozhovorů se pohybovala okolo 40 minut až 55 minut. Délku rozhovorů jsem nijak neomezovala.

Analýza získaných dat

Byla provedena transkripce rozhovorů. Následovalo vyhodnocení odpovědí podle předem zvolených klíčových slov- kritéria pro nastavení systému managementu kvality. Dotazované respondenty byly pro přehlednost označeny písmeny A, B, C, D.

4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Vzala jsem jednotlivé resortní bezpečnostní cíle a minimální hodnotící standardy a ptala jsem se, zda tyto cíle a standardy ve vybraných agenturách domácí péče realizují či nikoliv. Dále následuje detailnější popis k jednotlivým resortním bezpečnostním cílům a minimálním hodnotícím standardům.

Tabulka 3 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 1 v jednotlivých agenturách domácí péče

| Resortní bezpečnostní cíl č. 1 | A | B | C | D |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Bezpečná identifikace pacientů | Částečně realizují | Částečně realizují | Částečně realizují | Částečně realizují |

Všechny vedoucí pracovníce agentur domácí péče uvedly, že pacienta identifikují při první návštěvě v jeho vlastním sociálním prostředí a to nejčastěji dotazem na základní osobní údaje a požádáním o předložení identifikační karty, nejčastěji karty pojišťovny. Při dalších návštěvách pacienta již neidentifikují, protože již vědí, za kým jedou a jaký výkon je potřeba u něho provést. S tímto resortním bezpečnostním cílem se prolíná i minimální hodnotící standard, který se také zabývá identifikací pacientů.

Tabulka 4 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 2 v jednotlivých agenturách domácí péče

| Resortní bezpečnostní cíl č. 2 | A | B | C | D |
|---|-------------|--------------------|-------------|-------------|
| Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovitosti | Nerealizují | Částečně realizují | Nerealizují | Nerealizují |

Vedoucí pracovníce agentur domácí péče A, C, D uvedla, že veškeré léčivé přípravky má pacient u sebe, patří sem nejčastěji inzulíny, antikoagulační přípravky, opiáty. Pouze jedna vedoucí pracovníce z agentury B dodala, že: „ Pokud se jedná o opiáty, tak pacient nebo rodina dostane od lékaře recept, lék si vyzvednou a předají ho nám. My si vedeme opiátovou

knihu a na opiáty máme klasicky trezor. Funguje to jako v nemocnici. To je jediný co pacienti u sebe v naší domácí péči nemají.“ I s tímto resortním bezpečnostním cílem se prolíná jeden z minimálních hodnotících standardů, který je možné nalézt pod Minimálními hodnotícími standardy péče o pacienty, v kterém se nachází standard Bezpečné zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky.

Tabulka 5 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 3 v jednotlivých agenturách domácí péče

| Resortní bezpečnostní cíl č. 3 | A | B | C | D |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech | Nerealizují | Nerealizují | Nerealizují | Nerealizují |

Všechny pracovnice agentur domácí péče se shodly na tom, že tento resortní bezpečnostní cíl není možné v domácí péči realizovat.

Tabulka 6 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 4 v jednotlivých agenturách domácí péče

| Resortní bezpečnostní cíl č. 4 | A | B | C | D |
|--------------------------------|--------------------|--|--------------------|--------------------|
| Prevence pádů | Částečně realizují | Realizují zavedením škály na hodnocení rizik | Částečně realizují | Částečně realizují |

Pouze vedoucí pracovnice agentury domácí péče B uvedla, že: *„My jsme ve své dokumentaci zavedli škálu na hodnocení rizika pádu a v podstatě ta edukace pacienta se provádí pořád. Takže když nám vyjde riziko pádu tak se snažíme po domluvě s rodinou nebo pečovatelskou službou my se snažíme maximálně udělat prostor pro to, kdyby došlo k pádu, aby se co nejméně zranil, takže uklízíme konferenční stolky, židle zastrčené pod stůl, aby kdyby padaly tak aby padaly na koberec.“* Ostatní agentury domácí péče žádné hodnocení rizika pádu

zavedeno nemají, pouze edukují pacienta a rodinu o vhodnosti kompenzačních pomůcek a dalších bezpečnostních opatření, ale žádná z agentur domácí péče není zodpovědná za to, že pacient v domácím prostředí upadl.

Tabulka 7 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 5 v jednotlivých agenturách domácí péče

| Resortní bezpečnostní cíl č. 5 | A | B | C | D |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče | Realizují | Realizují | Realizují | Realizují |

Každá z agentur domácí péče má zavedené optimální postupy hygieny rukou při poskytování zdravotní péče. Toto mají ustanovené i ve vnitřních směrnících každé agentury. Vedoucí pracovnice agentury D uvádí: „...všude nám tady nad umyvadly visí nálepky jak si správně mýt ruce. Technika mytí rukou je pořád stejná, ..., problém je když doma vodu nemají.“ Dále uvádějí, že každá zdravotní sestra si vozí sebou za pacienty dezinfekci na ruce a používá ji.

Tabulka 8 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 6 v jednotlivých agenturách domácí péče

| Resortní bezpečnostní cíl č. 6 | A | B | C | D |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Bezpečná komunikace | Částečně realizují | Částečně realizují | Částečně realizují | Částečně realizují |

Žádná z agentur domácí péče nemá zavedeny standardy pro interní komunikaci ve zdravotnickém zařízení, ale udávají, že vědí jak postupovat při hlášení kritických hodnot vyšetření, jak předávat informace rodině, jak postupovat při telefonických ordinacích lékaře.

Tabulka 9 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 7 v jednotlivých agenturách domácí péče

| Resortní bezpečnostní cíl č. 7 | A | B | C | D |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Bezpečné předávání pacientů | Realizují | Realizují | Realizují | Realizují |

Vedoucí pracovnice agentury A a C uvádí, že si předávají informace o pacientech pravidelně po každé směně a o změnách stavu pacienta se informují ihned navzájem. V agentuře B navíc uvádějí: „...každý týden se navíc setkáme a předáváme si informace o pacientech...“ Vedoucí pracovnice agentury D uvádí: „Každý měsíc máme provozní schůzi, kde si pacienty hodnotíme ty, u kterých došlo k nějaký posunu ať už se zhoršili nebo zlepšili. A konzultujeme to v rámci celých naší jednotky tak, aby všechny slyšeli k čemu došlo jak jsme to řešili, pak všechny problémy co vznikají, řešíme hned.“

Tabulka 10 Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 8 v jednotlivých agenturách domácí péče

| Resortní bezpečnostní cíl č. 8 | A | B | C | D |
|---------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Prevence vzniku dekubitů a proleženin | Částečně realizují | Částečně realizují | Částečně realizují | Částečně realizují |

V každé dotazované agentuře vedoucí pracovnice uváděli, že prevenci vzniku dekubitů a proleženin částečně realizují. Mohou zajistit, pečovatelku, edukovat pacienta a jeho rodinu o prevenci vzniku. Zároveň uvádějí, že pokud se u pacienta objeví dekubity či proleženiny nenesou za to odpovědnost. Agentura D uvádí: „...pokud mají potřebu matrace tak jim mohu poskytnout matraci podle zhodnocení rizik nebo doporučit, ale nejsem za to zodpovědná, pokud se dekubit objeví, když tam jsem půl hodiny denně na převaz.“

Tabulka 11 Realizace Minimálních hodnotících standardů řízení kvality a bezpečí v jednotlivých agenturách domácí péče

| 1. Minimální hodnotící standardy řízení kvality a bezpečí | | A | B | C | D |
|---|--|-----------|--------------------|-------------|--------------------|
| | Zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí | Realizují | Částečně realizují | Realizují | Částečně realizují |
| | Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí | Realizují | Realizují | Realizují | Realizují |
| | Sledování spokojenosti pacientů | Realizují | Nerealizují | Nerealizují | Nerealizují |
| | Sledování a vyhodnocování stížností a podnětů týkajících se lůžkové zdravotní péče | Realizují | Nerealizují | Nerealizují | Realizují |
| | Využívání doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů | Realizují | Nerealizují | Realizují | Realizují |

Dále následuje detailnější popis k jednotlivým Minimálním hodnotícím standardům, které se zabývají řízením kvality a bezpečím.

Zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí

Program zvyšování kvality a bezpečí mají pouze v agentuře domácí péče C v rámci celé organizace, agentura A si není jistá, zda tento program mají, protože o tyto věci se starají metodici v Praze. Avšak všechny agentury, protože své zaměstnance vysílají na různá školení a semináře tento standard částečně realizují.

Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí

Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí mají ve všech agenturách domácí péče. Jako nejčastější nežádoucí událost bylo uváděno havarování s firemním vozidlem. Agentura C udává mimo jiné jako další nežádoucí událost, kterou zaznamenaly poranění použitou jehlou a potřísnění neředěným dezinfekčním přípravkem. Agentura D zase jako další nežádoucí událost uvedla sexuální obtěžování ze strany pacienta, kdy musela být přivolána i policie ČR.

Sledování spokojenosti pacientů

Pouze agentura A uvedla, že sledují spokojenost pacientů pomocí dotazníků spokojenosti pacientů, které si agentura sama vytváří. Agentura C uvedla, že dotazníky spokojenosti pacientů v rámci organizace, pod kterou spadají, existují, ale oni je ve své domácí péči nevyužívají. Zbylé agentury B a D spokojenost pacientů nesledují, děkovné a pochvalné dopisy vnímají jako dostatečné.

Sledování a vyhodnocování stížností a podnětů týkajících se lůžkové zdravotní péče

Agentura A uvádí, že pro sledování stížností a podnětů týkající se péče má schránku na podněty a stížnosti. Agentury B a C uvádějí, že stížnosti zatím nikdy žádné neměly. Agentura D uváděla, že stížnosti od pacientů měla, ale pouze ohledně časového plánu. „...sledování stížností já jsem kromě telefonických stížností na to, že tam sestra přijela o 20 minut později nebo dřív tak to neřeším. Většinou si to za nějaký čas sedne a udělá se to podle spokojenosti všech...“

Využívání doporučených diagnostických, léčebných a ošetrovatelských postupů

Agentury A, C, D mají ve svém zařízení vypracované ošetrovatelské výkonové standardy, podle kterých se řídí. Pouze agentura B uváděla: „My nemáme standardy, řídíme se doporučenými postupy.“ V agentuře C vedoucí pracovnice uvedla, že tvoří nové standardy a do konce března by měly být hotovy. Dále uvedla: „Zatím v první fázi to budou standardy 4 a budou se týkat výkonů, jako je odběr biologického materiálu, dezinfekce a sterilizace pomůcek, nakládání s odpady, podávání léků.“

Tabulka 12 Realizace Minimálních hodnotících standardů v péči o pacienty v jednotlivých agenturách domácí péče

| 2. Minimální hodnotící standardy péče o pacienty | | A | B | C | D |
|--|---|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | Dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých | Realizují | Realizují | Realizují | Realizují |
| | Stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace | Realizují | Realizují | Realizují | Realizují |
| | Zajištění konzultačních služeb | Realizují | Nerealizují | Nerealizují | Nerealizují |
| | Bezpečné zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky | Nerealizují | Částečně realizují | Nerealizují | Nerealizují |
| | Kvalita stravování pacientů a nutrice | Realizují | Částečně realizují | Částečně realizují | Částečně realizují |
| | Zajištění léčebné rehabilitační péče | Realizují | Realizují | Realizují | Realizují |
| | Podpora zdraví a prevence nemocí | Částečně realizují | Částečně realizují | Částečně realizují | Částečně realizují |
| | Kontinuita zdravotní péče | Realizují | Realizují | Realizují | Realizují |
| | Identifikace pacientů | Částečně realizují | Částečně realizují | Částečně realizují | Částečně realizují |
| | Zajištění kardiopulmonální resuscitace | Realizují | Realizují | Realizují | Realizují |

Dále následuje detailnější popis k jednotlivým Minimálním hodnotícím standardům, které se zabývají péčí o pacienty.

Dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých

Všechny agentury domácí péče dodržují práva pacientů a osob pacientů blízkých. Vedoucí pracovník z agentury D dále uvádí: „...oni mě podepisují souhlas, že za nimi jezdíme, že si můžeme pořizovat fotodokumentace, souhlasí s tím, že můžou být jejich rodinní příslušníci informováni o stavu to je v rámci toho vstupního informačního papíru...“

Stanovení interních pravidel vedení zdravotnické dokumentace

Každá agentura domácí péče vede podle zákona interní zdravotnickou dokumentaci. V agenturách A a D mají ošetrovatelskou dokumentaci v papírové i elektronické podobě. Agentury B a C mají ošetrovatelskou dokumentaci pouze v podobě papírové.

Zajištění konzultačních služeb

Konzultační služby může zajistit v rámci organizace pouze agentura A, protože má nasmlouvaných více lékařů, s různými specializacemi. Ostatní agentury B, C, D udávají, že tyto služby nemají a ošetřující lékaři si konzultace mezi sebou zajišťují sami.

Bezpečné zacházení s léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky

Tento standard je detailně popsán v tabulce č. 4 „Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 2 v jednotlivých agenturách domácí péče“.

Kvalita stravování pacientů a nutriční péče

U kvality stravování a nutriční péče pacientů agentura D uvedla: „...Kvalita stravování pacientů a nutriční péče se nás opravdu netýká...“ Agentury B a C uvádějí, že pacienty mohou edukovat a doporučit jim, jak se zdravě stravovat. V agentuře A mají v rámci organizace v provozu potravinovou banku, takže mohou zajistit pacientům při nedostatku financí jídlo.

Zajištění léčebné rehabilitační péče

Všechny agentury domácí péče udávají, že rehabilitaci zajišťují.

Podpora zdraví a prevence nemocí

Každá z dotazovaných agentur domácí péče uvádí, že pacienty vždy edukují, protože to je součástí ošetrování pacienta.

Kontinuita zdravotní péče

Kontinuity zdravotní péče zajišťuje každá z agentur domácí péče. Pokud se zhorší stav pacienta, jsou povinni to neprodleně řešit ať už po domluvě s ošetřujícím lékařem nebo přivoláním rychlé záchranné služby.

Identifikace pacientů

Tento standard je detailně popsán v tabulce č. 3 „Realizace Resortního bezpečnostního cíle č. 1 v jednotlivých agenturách domácí péče“.

Zajištění kardiopulmonální resuscitace

Každá vedoucí pracovníce uvedla, že jsou povinni a schopni při potřebě zajistit KPR. Dále uvedly, že všichni zdravotničtí pracovníci jsou pravidelně proškoleny a umí včas zareagovat v krizových situacích.

Tabulka 13 Realizace Minimálních hodnotících standardů řízení lidských zdrojů v jednotlivých agenturách domácí péče

| 3. Minimální hodnotící standardy řízení lidských zdrojů | | A | B | C | D |
|---|---|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče | Realizují | Realizují | Realizují | Realizují |

V každé dotazované agentuře domácí péče uvádějí, že tento minimální hodnotící standard dodržují. V agentuře D vedoucí pracovník říká: „Je to daný zákonem, to se musí dodržovat, kontrolují to a hlídají pojišťovny.“

Tabulka 14 Realizace Minimálních hodnotících standardů zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance v jednotlivých agenturách domácí péče

| 4. Minimální hodnotící standardy zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance | | A | B | C | D |
|--|---|-------------|--------------------|-------------|-------------|
| | Bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance | Nerealizují | Částečně realizují | Nerealizují | Nerealizují |

V minimálních hodnotících standardech zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance uváděli vedoucí pracovníci agentur domácí péče A, C, D, že tyto požadavky nemohou zajistit ve vlastním sociálním prostředí pacientů. V agentuře D uvádějí: „*To se nás bohužel příliš netýká, protože my chodíme do vlastního prostředí pacienta, takže my nejsme schopny to ovlivnit, můžeme ho žádat, aby uklidil nebo prostředí upravil, ale ne vždy se to setká s pochopením.*“ Pouze u agentury domácí péče B vedoucí pracovník uvádí: „*Snažíme se s pacienty domluvit a minimalizovat riziko pádů.*“

Dále uvádím detailnější popis k jednotlivým otázkám a odpovědím, kterými jsem se dotazovala manažerek agentur domácí péče na jejich pohled na kvalitu.

Otázky týkající se pohledu na kvalitu jednotlivých agentur domácí péče

1. otázka: Jaký máte názor na kvalitu? Je pro Vás kvalita důležitá, a čím?

Všechny respondentky agentur domácí péče se shodly na tom, že je pro ně kvalita důležitá a agentury A a B dále uvedly, že je potřeba kvalitu sledovat. Agentura A dále uvedla: „*Ano kvalita je pro nás důležitá, proto i sledujeme spokojenost pacientů.*“ V agentuře C jsem se setkala s názorem: „*Zdravotní péče nejde poskytovat bez dodržování kvality, kvalita se týká jak v první řadě pacientů, tak i vlastně zaměstnanců.*“ Další názor na kvalitu měla agentura D, která uvedla, že pokud budou kvalitní a efektivní tak ušetří peníze státu. Dále uvedla: „*Čím práce bude nekvalitnější tím ten čas bude delší a výkon dražší.*“

2. otázka: Co považujete za klíčové v oblasti řízení kvality?

Na tuto otázku mi nedovedla odpovědět pouze agentura A. Ostatní agentury se shodly, že za klíčové v oblasti řízení kvality považují dodržování předpisů, směrnic, legislativy, vzdělanost sester. Agentura D uvedla další pro ně klíčové oblasti v řízení kvality. „...*sledování nových technologií a nových postupů to znamená vzdělávání zaměstnanců, zajištění dostatečného ochranného materiálu pro práci, účastníme se i komunitního plánování tak abychom byli schopni upozornit na problémy toho sociálního zařízení klienta doma a působit na město a kraj, který mají další podíl na práci těch lidí, koordinace práce s pečovatelskými a sociálními službami.*“

3. otázka: Co byste potřebovali k dalšímu zvyšování kvality služeb?

Respondentky agentur A, B, D se shodly na tom, že by k dalšímu zvyšování kvality služeb potřebovaly vstřícnější pojišťovny a vůbec změny v pojišťovacím systému a v hodnotách bodů za výkon, zvýšení kompetencí sester, navýšení mzdových indexů, větší počet sester v domácí péči. Dále agentura D uvádí, že by uvítala užší spolupráci se sociální a pečovatelskou službou. Pouze agentura C uvedla, že by potřebovali k dalšímu zvyšování kvality více služebních automobilů, protože jich mají málo na počet sester v agentuře.

4. otázka: Plánujete nějaké další kroky v oblasti zvyšování kvality?

Respondentky z agentur B, C, D shodně uvedly, že chtějí dále a více posílat své zaměstnance na školení a semináře, v agentuře B, D plánují školení na cévkování muže. Dále agentura D uvádí: „...*bezpečnosti zaměstnanců každých 5 let máme nový auta tak aby měli zajištěný bezpečí při převozech, a servisovaný jsou pravidelně, mají materiály všechny ke svojí ochraně a k ochraně klientů...*“ Agentura B začala poskytovat domácí paliativní péči a uvádí: „...*takže tam je obrovský prostor, takže teď plánujeme semináře, děvčata si budou dál dělat atestaci v rámci interních oborů, takže já si myslím, že tam toho je více.*“ Pouze agentura A uvedla, že se o kvalitu snaží dostatečně již nyní, jako dostatečná zpětná vazba je pro ně spokojenost pacientů.

5. otázka: Zařízení má akreditaci/certifikát jakosti/připravuje se/zatím formálně nerealizuje

Agentury domácí péče A, B, D akreditaci nemají. Pouze agentura C akreditaci má v rámci celé organizace, pod kterou spadá. Agentura A uvádí, že: „*Nemáme akreditaci. Akreditace je drahá záležitost, já znám akreditaci z léčebny Luže, takže je to hodně o papírování a zdravotní sestry si stěžují, že nemají čas na pacienta. Jedna agentura dokonce i prošla akreditací a nemyslím si, že by ji to posunulo dál.*“ Agentura B říká: „*Akreditaci jako takovou nemáme, my máme povolení od pojišťovny a krajského úřadu vykonávat domácí péči po předložení všech potřebných dokumentů k vykonávání této péče.*“ Vedoucí pracovnice v agentuře D uvedla: „*Ze zákona zatím není povinnost, takže nemáme. Pokud by byla povinná tak bych musela. Ani se k ničemu takovému nechystáme.*“ Z toho vyplývá, že ani zájem o akreditace není žádný.

6. otázka: Ověřujete si kvalitu odvedené práce Vašich zaměstnanců?

Všechny dotazované agentury domácí péče mají zavedeny audity vnitřní a vnější. Agentura A říká: „*Vrchní sestra si občas vezme stranu, kterou sestra má a jede za pacienty a taky se jich hlavně zeptá, jak sestra komunikuje, jak jsou s ní spokojeni, zkontroluje si tu ránu, udělá si převaz sama, takže vidí jaká je třeba ta rána, takže opravdu vrchní sestra kontroluje ty jednotliví klienty, aby si byla jistá.*“ I v ostatních agenturách řídicí pracovník kontroluje práci svých zaměstnanců, stejným způsobem jako uvádí agentura A. Jako vnější audit udávají audit finanční nebo audit z pojišťoven

7. otázka: Máte zavedeny indikátory kvality?

Indikátory kvality mají pouze v agenturách B a C. V agentuře B sledují zhojení ran a účinnost poskytnuté rehabilitace. V agentuře C uvádějí: „*Indikátory kvality vedeme si statistiku pacientů podle typu, toho jestli nám je předávají z nemocnice nebo od praktických lékařů...*“

5 SOUHRN VÝSLEDKŮ

U Resortního bezpečnostního cíle č. 1 všechny agentury částečně realizují. Resortní bezpečnostní cíl č. 2 agentury A, C, D nerealizují, B realizuje částečně. U Resortního bezpečnostního cíle č. 3 všechny dotazované agentury uvedly, že tento cíl není možné v domácí péči realizovat. Resortní bezpečnostní cíl č. 4 agentury A, C, D realizují částečně pomocí edukace. Agentura B realizuje pomocí zavedení škál na rizika vzniku pádu. Resortní bezpečnostní cíl č. 5 každá z dotazovaných agentur uvádí, že tento cíl realizuje. Resortní bezpečnostní cíl č. 6 všechny agentury realizují, částečně standardy zavedeny nemají, ale vědí jak postupovat. U Resortního bezpečnostního cíle č. 7 agentury A, C uvádějí, že si předávají informace pravidelně po každé směně. Agentura B má navíc každý týden setkání všech, kde si říkají informace o pacientech. Agentura D má tuto schůzi každý měsíc. Resortní bezpečnostní cíl č. 8 každá z agentur realizuje tento cíl částečně. Minimální hodnotící standardy řízení kvality a bezpečí agentura A, C, realizují. Agentura B, D realizují částečně. Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí realizují všechny agentury. Sledování spokojenosti pacientů realizuje pomocí dotazníků pouze agentura A. Agentury B, C, D nerealizují. Sledování a vyhodnocování stížností a podnětů agentura A á schránku na stížnosti a podněty, ostatní agentury nerealizují. Využívání doporučených postupů agentury A, C, D realizují, agentura B se řídí doporučenými postupy. Dodržování práv pacientů realizují všechny agentury. Stanovení interních pravidel vedení dokumentace realizují všechny agentury. Zajištění konzultačních služeb realizuje pouze agentura A, ostatní agentury nerealizují. Bezpečné zacházení s léčivými přípravky částečně realizuje agentura B, ostatní agentury nerealizují, protože veškeré léky mají pacienti u sebe. Kvalita stravování v agentuře A realizují, B, C, D realizují částečně. Rehabilitační cvičení zajišťují všechny agentury domácí péče. Kontinuitu zdravotní péče realizují všechny agentury. Zajištění KPR musejí zajišťovat všechny agentury. Personální zabezpečení realizují všichni. Bezpečné prostředí A, C, D nerealizují, agentura B realizuje částečně. Audity jak vnitřní tak vnější realizují všichni. Akreditaci má pouze agentura C v rámci celé své organizace. Ostatní agentury akreditaci nemají ani o ni neuvažují.

6 DISKUZE

Hlavním cílem této diplomové práce bylo pomocí průzkumné sondy ve čtyřech vybraných agenturách domácí péče zmapovat management kvality v domácí péči, dále zjistit zda existují platné legislativní normy pro agentury domácí péče a které zákony se vztahují na chod domácí péče a jak řeší oblast kvality a bezpečí ve své agentuře domácí péče v praxi. Výzkumná část diplomové práce byla tvořena za pomoci získaných dat z rozhovorů od vedoucích pracovníků čtyř vybraných agentur domácí péče. Na témata jako je kvalita a bezpečí bylo napsáno už nespočet publikací, ale žádná z nich se nezabývala kvalitou a bezpečím v agenturách domácí péče. Proto jsem si také pro poskytování kvality v agenturách domácí péče zvolila kritéria, která jsou uvedena ve Věstníku MZ ČR 16/2015 kde nalezneme resortní bezpečnostní cíle a kritéria ve vyhlášce č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Resortní bezpečnostní cíle patří mezi minimální požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb a minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí.

K výzkumné otázce č. 1 se vztahují otázky k resortním bezpečnostním cílům a minimálním hodnotícím standardům. U resortního bezpečnostního cíle č. 1, který se zabývá identifikací pacientů, mi všechny dotazované vedoucí pracovníce agentur domácí péče odpověděly, že tento cíl dodržují částečně. Pacienta identifikují při první návštěvě u něho doma, kdy se ho zeptají na jméno, datum narození a vyžádají si identifikační kartu. Nejčastěji se jedná o kartu zdravotní pojišťovny. To se neshoduje s tvrzením Vlčka a Marxe (2014) kdy by měly tento postup provádět pokaždé, kdy za pacientem přijdou podat lék, odebrat biologický materiál nebo provést jiný ošetrovatelský výkon. Avšak Malinková a Marková (2010) v knize Komunitní ošetrovatelství pro sestry uvádějí, že první návštěvu u pacienta provádí zpravidla vrchní sestra nebo manažerka dané agentury domácí péče. Kdy se při této návštěvě seznámí s pacientem a jeho rodinou a představí sebe i sestru, která ho bude ošetřovat. Ošetřující sestra pacienta již při další návštěvě již nežadá o identifikaci, ví, za kým jede a jaký ošetrovatelský výkon u pacienta má provést. Což se shoduje s mými nasbíranými daty z dotazovaných agentur. Bezpečnostní při používání rizikových léků a léčiv se zabývá Resortní bezpečnostní cíl č. 2. Kdy agentury A, C, D tento cíl nerealizují, protože veškeré léky, ať již inzulíny, neředěné hepariny či opiáty mají pacienti u sebe a je to jejich majetek. Ošetřující sestra jezdí pouze tento lék podle ordinace lékaře aplikovat nebo aplikaci zkontrolovat. Pouze agentura B uváděla, že jediné léky, které pacient nemá, v jejich agentuře u sebe, jsou opiáty. Agentura opiát převezme a má ho uložen v trezoru spolu s opiátovou knihou. Což se neshoduje s autory

Marxem a Vlčkem (2014), kteří uvádějí, že organizace by měla stanovit vnitřní předpisy týkající se objednávání, skladování a podávání těchto léků s vyšší mírou rizikovosti. A to v agentuře A, C, D nemají. U Resortního bezpečnostního cíle č. 3, který se zabývá prevencí záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech, agentury shodně uvedly, že tento resortní bezpečnostní cíl není možné v domácí péči realizovat, protože jak uvádí Věstník MZ ČR 16/2015 jedná se o prevenci záměny pacienta při chirurgických výkonech a je odrazem vzájemné spolupráce mezi jednotlivými odděleními. Prevenci pádů pacientů se zabývá resortní bezpečnostní cíl č. 4. Agentury A, C, D tento cíl realizují částečně. Pacienta edukují o možném riziku pádu, o tom co tento pád může způsobit, poučit o eliminaci rizikového nábytku v okolí o které by se mohl pacient zranit. Edukují i o vhodnosti kompenzačních pomůcek, poradí s výběrem těchto pomůcek. To se neshoduje s Malinkovou a Markovou (2010), které dále uvádějí, že toto seznámení se s prostředím v kterém pacient bude ošetřován je součástí již samotné první návštěvy, kdy pacienta po zhodnocení prostředí edukují o možných rizicích. Dle Jarošové (2006) pády a nenápadné úrazové děje ve stáří vedou k poranění, nejčastěji se jedná, o zlomeniny mnohdy s komplikovaným průběhem, proto v agentuře B nejen, že edukují pacienta a jeho rodinu, ale i částečně realizují tento cíl pomocí zavedení hodnotící škály na riziko pádu a po domluvě s pacientem uspořádají okolí pacienta, tak aby riziko pádu co nejvíce eliminovali. Marx a Vlček (2014) uvádí, že pro splnění tohoto cíle je nutné, aby zdravotnické zařízení sledovalo a pravidelně vyhodnocovalo výsledky pádů. Což se neshoduje se získanými nasbíranými daty z rozhovorů agentur domácí péče. Žádná z agentur nesleduje ani nehodnotí vzniklé pády. Resortní bezpečnostní cíl č. 5 se zabývá zavedením optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče. Každá z dotazovaných agentur domácí péče realizuje tento resortní bezpečnostní cíl. Což se shoduje s autorkou Jarošovou (2006), která uvádí, že zařízení musí splňovat hygienicko-epidemiologické požadavky pro bezpečný provoz. Agentura D dále uváděla, že samozřejmě problém může nastat, pokud v domácnosti, kde pacient žije, nemají vodu. I v takovýchto podmínkách musejí terénní sestry pracovat. Z vlastní zkušenosti vím, že každá zdravotní sestra v domácí péči si sebou vozí minimálně jednu dezinfekci a pravidelně dle platných předpisů a pokynů si ruce myje a dezinfikuje. Při nastudování vnitřních dokumentů jsem zjistila, že správný postup mytí rukou a dezinfekce má každá z dotazovaných agentur domácí péče uvedeno ve vnitřních předpisech a schváleno krajskou hygienickou stanicí, která také v agenturách dělá kontroly. U resortního bezpečnostního cíle č. 6, který se zabývá bezpečnou komunikací agentury, uvedly, že standardy pro bezpečnou komunikaci nemají zavedeny, ale vědí, jak postupovat při telefonických ordinacích, při předávání informací rodině, při hlášení

kritických hodnot z vyšetření a vše si zaznamenávají do ošetrovatelské dokumentace. Což se shoduje s autorkami Malinkou a Markovou (2010), které ve své publikaci uvádějí, že jednání s praktickým lékařem, ať osobním či telefonickým, musí být vždy proveden záznam do ošetrovatelské dokumentace. A v průběhu péče je lékař informován o každé změně zdravotního stavu. Resortní bezpečnostní cíl č. 7 se zabývá bezpečným předáváním pacientů. Každá z agentur uvedla, že si informace předávají sestry mezi sebou pravidelně. Mezi agenturami však nastávají rozdíly, jak často si informace předávají v rámci celé organizace. Agentury A, C uvedly, že si informace sestry mezi sebou předávají při každé směně. Agentura B má navíc každý týden setkání všech, kde si říkají informace a změny o pacientech. Agentura D realizuje tyto schůze každý měsíc. Toto se shoduje s autorkami Malinkovou a Markovou (2010), které uvádějí, že informace uvnitř agentury se předávají denně ráno před zahájením péče, odpoledne po návratu z terénu a také během dne při jakékoliv závažné změně zdravotního stavu pacienta. Stejně tak jako agentury domácí péče tak i tyto autorky uvádějí, že jako další formy předávání informací jsou pravidelné porady celého týmu. Četnost a pravidelnost záleží na manažerkách nebo vrchních sestřích a zvyklostech agentur domácí péče. Agentury dále uvádějí, že informace si předávají i v podobě písemné a to v ošetrovatelské dokumentaci, kterou podle zákona musí každé zdravotnické zařízení vést. Resortní bezpečnostní cíl č. 8 patří mezi nové bezpečnostní cíle a zabývá se prevencí vzniku proleženin a dekubitů u hospitalizovaných pacientů. Každá z agentur domácí péče realizuje tento cíl částečně pomocí edukace, mohou zajistit pečovatelskou službu, antidekubitální pomůcky, ale jak uvádí agentura D, nejsou zodpovědní za vznik dekubitu. Agentura D: „...*...pokud mají potřebu matrace tak jim mohu poskytnout matraci podle zhodnocení rizik nebo doporučit, ale nejsem za to zodpovědná, pokud se dekubit objeví, když tam jsem půl hodiny denně na převaz.*“ To se shoduje s autorkami Malinkovou a Markovou (2010), které uvádějí, že je velmi důležité v domácí péči umět poskytovat informace a edukovat pacienta a jeho rodinu a umět doporučit nebo zajistit pomůcky. Dále autorky uvádějí, že je možné použít měřicí techniky a rizika vzniku dekubitů jako je například škála rizika dle Nortonové. To se, ale neshoduje s nasbíranými daty z rozhovorů, protože žádná z agentur domácí péče nemá zavedenou tuto škálu a u pacientů tedy toto riziko nevyhodnocují podle škál.

Jako další legislativa zabývající se kvalitou péče a bezpečím je vyhláška č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. V tomto zákoně můžeme nalézt přílohu č. 1 k této vyhlášce, která se zabývá Minimálními hodnotícími standardy a ukazateli kvality

a bezpečí. Minimální hodnotící standardy máme čtyři a pod každý spadá několik dalších standardů. U standardu zavedení programu zvyšování kvality a bezpečí agentury shodně uvedly, že vysílají své zaměstnance na různá školení a semináře, samozřejmě nejčastěji se tyto semináře a školení týkají ošetrovatelských technik a postupů. Sami si také mohou vybrat semináře, přednášky, které by je zajímaly a v které oblasti by se chtěly ještě zdokonalovat. To se shoduje s tvrzením v příloze č. 1 k vyhlášce č. 102/2012 Sb., kde se píše, že standard je splněn, jestliže osoby, které se podílejí na poskytování zdravotní péče, jsou aktivně zapojeny do programu zvyšování kvality a bezpečí. Žádná z agentur neví, že tímto vlastně tento standard splňují. Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí realizují všechny agentury. V domácí péči se, ale liší nežádoucí události od událostí spojené s hospitalizací pacienta. Nejčastější nežádoucí událost uváděly agentury domácí péče havarování s firemním vozidlem. Agentura C dále uvedla jako nežádoucí událost poranění jehlou a potřísnění neředěnou dezinfekcí. V agentuře D mají jako nežádoucí událost i sexuální obtěžování ze strany pacienta. Avšak žádná z agentur domácí péče neuvedla, že by lékově či jinak pochybily. Jak uvádí Gladkij (2003) na hodnocení péče se mají podílet všichni účastníci procesu poskytované zdravotní péče, to znamená i pacienti. Proto pro hodnocení je nutné zřídit informační a monitorovací systém z výběrových šetření mezi pacienty. To splňuje pouze agentura A, která sleduje jako jediná spokojenost pacientů pomocí dotazníků spokojenosti, který každý rok inovují. Stejně tak jediná agentura A má schránku na podněty a stížnosti pacientů. Agentura C má sice v rámci celé organizace, pod kterou spadá vytvořené dotazníky spokojenosti pacientů, ale v domácí péči je nevyužívá. Agentury B a D děkovné a pochvalné dopisy vyhodnocují jako dostatečnou zpětnou vazbu na jejich poskytované zdravotnické služby. Agentura D dále uvedla, že stížnost byla jednou a týkala se 20 minutového zpoždění ošetrující sestry. Vše se vyřešilo po telefonické domluvě s pacientem. To se shoduje s autorkou Misconiovou (1994), která uvádí, že z organizačních důvodů není možné vždy dodržet čas příjezdu ošetrující sestry k pacientovi. Autorka Černocká (2012) se ve své diplomové práci na téma Standardy ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče zabývala i počtem standardů ve vybraných agenturách. Kdy 91,4% dotazovaných agentur odpovědělo, že standardy vlastní. Pouze 8,6% dotazovaných agentur odpovědělo, že standardy nevlastní. To se shoduje s nasbíranými daty z mých rozhovorů, kdy agentura B jako jediná uvedla, že standardy nemají a řídí se pouze doporučenými postupy. Ostatní dotazované agentury ošetrovatelské standardy mají a sami si je vytvářejí. Liší se však počet ošetrovatelských standardů v jednotlivých agenturách domácí péče. V agentuře A mají 43 ošetrovatelských standardů, v agentuře C mají pouze 4 ošetrovatelské standardy

a v agentuře D mají 20 těchto standardů. Další z minimálních hodnotících standardů je i dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých. Autorky Malinková a Marková (2010) uvádějí, že již při prvním kontaktu s pacientem v jeho domácím prostředí sestra informuje a seznamuje pacienta s jeho právy. To se shoduje s daty, které jsem nasbírala v agenturách domácí péče, kdy všechny dotazované agentury práva pacientů dodržují a seznamují je s nimi při první návštěvě. Agentura D dále uvedla, že tyto informace jsou v rámci vstupního informačního papíru. Stejně jako u ostatních agentur, u kterých jsem měla možnost nahlížet do dokumentací. Každá z agentur domácí péče má vedenou ošetrovatelskou dokumentaci. Ošetrovatelská dokumentace musí být dle zákona 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, vedena ve všech zdravotnických zařízeních a zároveň je ošetrovatelská dokumentace součástí dokumentace zdravotnické. Složky, které obsahuje ošetrovatelská dokumentace v domácí péči, jsou: anamnéza, ošetrovatelský plán, záznam vývoje stavu, překladová a propouštěcí zpráva. Z praxe a výzkumu, který probíhal ve zkoumaných agenturách domácí péče, mohu potvrdit, že veškeré tyto složky v agenturách měly. Což se shoduje i s autorkami Malinkovou a Markovou (2010). Dále tyto autorky uvádějí, že veškeré záznamy musejí být splňovány datem, časem a podpisem osoby, která záznam pořizuje. Zkoumané agentury domácí péče vše splňovaly. Dalším ze standardů je i zajišťování konzultačních služeb. Tyto služby může zajistit pouze agentura A v rámci organizace, protože mají nasmlouvaných více lékařů specialistů, kteří spolu vzájemně spolupracují. Ostatní agentury B, C, D tyto služby nezajišťují, ale v případě potřeby si je zajišťují lékaři sami. Podle vyhlášky č. 102/2012 sb. je kvalita stravování pacientů a nutriční standard, který je splněn, jestliže je stanoven postup organizace a nutriční péče a také zpracován systém diet. Agentury B, C uvedly, že pacienty mohou edukovat o vhodných potravinách a zdravém životním stylu, ale nutriční péči ani systém diet zavedeny nemají. Agentura D doslovně uvedla: „...*Kvalita stravování pacientů a nutriční péče se nás opravdu netýká...*“. Agentura A má v rámci celé organizace, pod kterou spadá v provozu potravinovou banku v případě, že člověk nemá dostatečné finanční zajištění na jídlo, jsou schopni alespoň jedno teplé jídlo denně zajistit. Toto zjištění se shoduje s publikací Komunitní ošetrovatelství pro sestry, kde autorky uvádějí, že sestra by měla umět poradit s dietou v situaci způsobenou nemocí. To však neznamená, že by jídlo měla zajišťovat. Standard zabývající se podporou zdraví a prevencí nemocí každá dotazovaná agentura realizuje. Agentury vždy pacienty edukují, protože je to součástí ošetrování pacienta. Toto zjištění se shoduje s publikací Péče o seniory, kde autorka Jarošová (2006) uvádí, že vedení a edukace pacienta by mělo být součástí každé ošetrovatelské péče. Domácí péče je také povinná zajišťovat kontinuitu

poskytované zdravotní péče, což potvrzuje i autorka Hanzlíková (2007), která ve své knize uvádí, že domácí péče je nepřetržitě dostupná péče to znamená 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. To se shoduje se získanými rozhovory z agentur domácí péče, které shodně uvedly, že pokud se zhorší stav pacienta, jsou povinni neprodleně tuto situaci řešit ať již kontaktováním ošetřujícího lékaře, tak přivoláním rychlé záchranné služby. To znamená, že jsou i zároveň všichni schopni při potřebě zajistit KPR. Dále také všechny agentury domácí péče potvrdily, že jsou všichni zdravotničtí pracovníci pravidelně v KPR proškolení. A tímto tedy splňují a realizují další z minimálních hodnotících standardů. Třetí minimální hodnotící standard se zaměřuje na řízení lidských zdrojů, přesněji na personální zabezpečení lůžkové zdravotní péče. Jak uvádí Jarošová (2006) na fixní část týmu se doporučuje 7,0 plných úvazků a na variabilní část 3,0. Další 3,0 plné úvazky může agentura doplnit dle aktuálních potřeb klientů. Toto tvrzení se potvrdilo u agentury A, kde mají 30 všeobecných sester z toho 16 na plný úvazek a zbytek na dohodě. A v ročním registru mají 600 pacientů. Dále se toto tvrzení potvrdilo i v agentuře B, kde mají 20 všeobecných sester z toho 8 plných úvazků a zbylých 12 na částečný úvazek. V ročním registru mají 400 pacientů. V agentuře D mají 6 plných úvazků a 2,5 úvazku v rámci DPP a DPČ na 380-400 registrovaných pacientů ročně. Nejméně zaměstnanců má agentura C, která neodpovídá autorčinu tvrzení, protože mají pouze 6 sester na plný úvazek a to i s vrchní sestrou, mají i nejméně registrovaných pacientů ročně, 300. Čtvrtý minimální standard se zaměřuje na bezpečné prostředí pro pacienty ale i pro zaměstnance. V agentuře A, C, D tyto požadavky nemohou zajistit, protože se pohybují ve vlastním sociálním prostředí pacienta a nemohou tak narušit jejich soukromí. Pacienta mohou požádat, aby si uklidil nebo upravil domácí prostředí, ale ne vždy se to setkalo s pochopením. Toto tvrzení se shoduje s názorem autorů Kalvacha a Onderkové (2006), kteří uvádějí, že při poskytování služeb seniorům musí být zachována autonomie. Pouze agentura B se snaží s pacienty domluvit a minimalizovat riziko pádů právě úpravou bytu.

V dalších otázkách jsem se ptala vedoucích pracovníků agentur domácí péče na jejich pohled na kvalitu, a zda je pro ně důležitá. V publikaci Mátla a Jabůrkové (2007) se uvádí, že kvalita je představa o tom, jak by měla vypadat dobře odvedená práce každého člena pracovního týmu a jak by měla být poskytována péče vykonávána kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky s příslušným a dostatečným vybavením pro práci. To se shoduje s tvrzením agentury C, která uvedla, že se kvalitní péče týká pacientů, ale i zaměstnanců, kteří musí být kvalifikovaní pro svoji práci a musí mít zajištěny dostatečné pomůcky potřebné k výkonům.

V agentuře D jsem se setkala s názorem, že pokud služba bude kvalitní a efektivní tak tím ušetří peníze státu. Všechny dotazované agentury se shodly na tom, že kvalita je důležitá. Avšak pro každou agenturu znamenala kvalita něco jiného. Pro agenturu A znamenala kvalita spokojenost pacientů. Za klíčové v oblasti řízení kvality mimo kvalifikovaných zaměstnanců a zajištění dostatečného materiálu pro práci, agentury uvedly, že je pro ně klíčové dodržování směrnic, standardů, legislativy, která se vztahuje k provozu agentury domácí péče. Na dotaz, zda jsou agentury akreditované, jsem se z rozhovorů dozvěděla, že pouze jedna agentura domácí péče agentura C má akreditaci v rámci celé organizace pod kterou spadá. Ostatní agentury A, B, D akreditaci ani certifikaci dle norem ISO nemají. Do budoucna ani akreditace neplánují a nevidí v tom nic pro organizaci přínosného. Autorka Černocká (2012) ve své diplomové práci uvádí, že z 93 zkoumaných agentur domácí péče pouze 3 agentury akreditaci vlastní, 48 akreditaci nemá a u 11 agentur probíhá příprava. Z čehož vyplývá, že agentury domácí péče nemají dostatečný zájem o akreditace. Dále autorka uvádí, že u 45 z nich jsou audity prováděny a u 26 se audity neprovádí. To se neshoduje s mými poznatky, kdy každá z vedoucích pracovníků agentur domácí péče uvedla, že audity se dělají interní a to vrchními sestrami nebo manažerkami a externí audity také mají. Externí audity se týkají nejčastěji financí a z pojišťoven. Tento názor se také shoduje s názorem autora Gladkije (2003), který uvádí, že hlavní funkce manažera při řízení programů kvality je soustavné monitorování kvality a efektivity péče. Jarošová (2007) zase uvádí, že vnitřní systém kontroly kvality je vlastně hodnocení postupu poskytovatele podle daných standardů a dokumentace a tato kontrola je vedena manažerem agentury. Vnější systém kontroly kvality popisuje autorka jako kontrolu revizním lékařem pojišťovny. To se shoduje s nasbíranými daty k této diplomové práci. Indikátory kvality mají a sledují tak kvalitu pouze v agenturách B a C. V agentuře B si vedou statistiku hojení ran a účinnost rehabilitačního cvičení. U agentury C jsem se setkala se statistikou pacientů podle toho, zda jsou přeloženi z nemocnice a pokud ano tak z jakého oddělení anebo od praktických lékařů. Agentura tímto sleduje spolupráci mezi agenturou lékaři a nemocnicemi. Jiné indikátory agentury neuvádějí. Jak uvádí Kareš (2006) indikátory kvality jsou podkladem pro další zvyšování a zlepšování kvality péče. Toto tvrzení se tedy neshoduje s nasbíranými daty, protože indikátory kvality mají pouze dvě dotazované agentury domácí péče a přitom všichni agentury chtějí zlepšovat a zvyšovat kvalitu péče.

V agenturách domácí péče se řídí Věstníkem MZ ČR č. 16/2015, který je určen pro lůžková, ambulantní zdravotnická zařízení, ale i pro zařízení jako je záchranná služba. Z této legislativy není bohužel možné využít všechny standardy zvyšující kvalitu v domácí

péči. Z rozhovorů s dotazovanými manažerkami jsem se dozvěděla, že si jednotlivé standardy z těchto Věstníků a vyhlášek intuitivně vybírají. Samotný zákon či vyhláška upravující chod domácí péče zatím není vydaná. Jak jsem zjistila z rozhovorů, domácí péče splňují mnoho standardů a požadavků na zvyšování kvality aniž by si to oni sami uvědomovaly. Manažerky či vedoucí pracovníci v agenturách domácí péče pracují a kvalitu zvyšují spíše intuitivně. O akreditaci dotazované manažerky z agentur DP neměly zájem. Zatím v tom vidí pouze nadbytečné papírování a byrokracii. Akreditaci nevyhodnocují jako prospěšnou a užitečnou na svém trhu. Spojená akreditační komise doporučuje agenturám domácí péče, které mají zájem o akreditaci, řídit se akreditačními standardy pro ambulantní péči. Doposud není žádná z agentur domácí péče akreditovaná od Spojené akreditační komise.

7 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala sice rychle se rozvíjejícím tématem a to managementem kvality, ale v domácí péči je toto téma zatím stále v mnoha ohledech neprozkoumané a dalo by se říci i nové. Neexistuje mnoho publikací ani legislativy zaměřující se na kvalitu a její zvyšování v agenturách domácí péče. Přitom neustálé zlepšování a zvyšování kvality vyžadují po agenturách domácí péče nejen pacienti, zaměstnanci, zřizovatelé, pojišťovny, ale i lékaři. Legislativa je v tomto směru pro domácí péči nedostačující, zaměřená spíše na zvyšování kvality a bezpečí v lůžkových zařízeních, ambulancích a záchranných službách. Teoretická část se zaměřuje na domácí péči od vývoje až po současnost. Dále se zaměřuje na management kvality a to ve zdravotnictví, ale i v domácí péči a legislativu vztahující se k chodu domácí péče. Na teoretickou část navazuje část výzkumná, v které byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Hlavním cílem bylo zjistit, jaká je organizace managementu kvality v domácí péči. V diskuzi jsou dále shrnuty výsledky a porovnány s dostupnými publikacemi vztahujícími se k této problematice. V praktické části byl uskutečněn empirický výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů se čtyřmi vedoucími pracovníky ve vybraných agenturách domácí péče. Z výsledků empirického výzkumu vyplynulo, že v agenturách domácí péče v oblastech nastavení managementu jsou značné rozdíly. Ani jedna z vybraných agentur nepochybně nepracovala ve všech výzkumných bodech stejně. Považuji za zajímavé a přínosné, že při dotazu na standardy týkající se zvyšování kvality si respondentky nebyly zcela jisty, zda něco takového vůbec realizují ve své agentuře domácí péče. Až po bližším doptání se v rozhovorech s nimi bylo zjištěno, že mnoho standardů na zvyšování kvality realizují nebo alespoň realizují částečně, aniž by si toho byly plně vědomy. Potvrdil se mi tedy můj výzkumný předpoklad a to, že manažerky agentur domácí péče pracují a vedou svůj management v agenturách domácí péče spíše intuitivně. Management kvality v agenturách domácí péče je intuitivní.

8 POUŽITÁ LITERATURA

- 1) ARMSTRONG, Michael a Tina STEPHENS. *Management and leadership*. Praha: Grada, 2008, 268 s. Expert. ISBN 978-80-247-2177-4.
- 2) BOLEDOVIČOVÁ, Mária, Lenka CEJNKOVÁ, Jaroslava FENDRYCHOVÁ, et al., MARKOVÁ, Marie, ed. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. ISBN 978-80-7013-499-3.
- 3) ČERNOCKÁ, Alena. *Standardy ošetrovatelské péče v agenturách domácí péče*. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce PhDr. Marie Macková, Ph.D.
- 4) GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
- 5) HANZLÍKOVÁ, Alžbeta. *Komunitní ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 978-80-8063-257-1.
- 6) JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- 7) JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.
- 8) KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-7262-455-5.
- 9) KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 10) KAREŠ, J., DRLÍKOVÁ, M., BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-91.
- 11) KILÍKOVÁ, Mária a Viera JAKUŠOVÁ. *Teória a prax manažmentu v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-290-8.
- 12) MADAR, Jiří. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0585-0.
- 13) MARX, David a František VLČEK. *Akreditační standardy pro následnou péči*. 2. vyd. Praha: TIGIS, spol. s r. o., 2014. ISBN 978-80-905886-0-8. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-main/dokumenty/akreditace/>

- 14) MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ. *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.
- 15) *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči: komentovaný oficiální překlad*. Praha: Grada, 2005. Zlepšování kvality a bezpečí zdravotní péče. ISBN 80-247-1001-3.
- 16) MISCONIOVÁ, B., *Management komplexní domácí péče*. Praha: Asociace domácí péče CR – Národní centrum domácí péče, Praha, 1994, 95 s.
- 17) PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.
- 18) PRYMULA, Roman. *Základy managementu ve zdravotnictví II: Zdravotnické systémy*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně, 1995. Učební texty Vojenské lékařské akademie J. E. Purkyně v Hradci Králové. ISBN 80-85109-99-9.
- 19) ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- 20) ŠULCOVÁ, Margaréta. *Prevence a ošetrovatelská péče v komunitě*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2013. ISBN 978-80-7414-682-4.
- 21) *Zajišťování kvality ošetrovatelské péče: Etický kodex sester; Charty práv pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. České ošetrovatelství, 2. ISBN 80-7013-270-1.
- 22) ZLÁMAL, Jaroslav. *Marketing ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-441-0.

Elektronické zdroje

- 23) Domácí péče v České republice. ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. © ÚZIS ČR 2010-2013 [cit. 2017-03-07]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/domaci-zdravotni-pece?page=1>
- 24) Česko. O hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče. In: Sbirka zákonů. Tiskárna ministerstva vnitra p.o., 2012, č. 102. [cit. 2016-11-29]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html

- 25) ISO Home: About ISO. ISO Home [online]. Geneva, © 2002-2013 [cit. 2016-11-29].
Dostupné z: <http://www.iso.org/iso/home/about.htm>
- 26) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Ukazatele kvality zdravotních služeb [online]. 2013 [cit. 2017-04-03]. Dostupné z:
http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/ukazatele-kvality-zdravotnich-sluzeb_2150_1066_3.html
- 27) MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Věstník MZ 2015. [cit. 2017-03-10].
Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/2015_3242_11.html
- 28) RADKA, Pokojová. *Stručný pohled do systému kvality*. Sestra [online]. 2010, **2010**(7-8), 1-95 [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/strucny-pohled-do-systemu-kvality-453229>
- 29) Sekce domácí péče: o nás. *Sekce domácí péče* [online]. Praha, 2008 [cit. 2017-04-21].
Dostupné z: <http://www.sekcedomacipece.cz/o-nas/>
- 30) *Vliv domácího prostředí klienta na poskytování ošetrovatelské péče*. [online]. 2003.
Dostupné z: WWW<http://www.alfabet.cz/pls/portal/AHS_PROVIDER.rdh_apress_porr_tlet.Show_Apress_Clanek?Id=82276> .[citace 2017-03-07]

9 PŘÍLOHY

| | |
|-----------------------------|----|
| Příloha 1 - agentura A..... | 60 |
| Příloha 2 - agentura B..... | 64 |
| Příloha 3 - agentura C..... | 68 |
| Příloha 4 - agentura D..... | 72 |

Identifikace organizace

1) Poskytované služby a její typ (zdravotní, sociální...)

„Zdravotní, sociální služby (pečovatelskou službu, terénní službu, osobní asistenci, odlehčovací službu, ambulantní, pobytové, sociální aktivizační služby pro rodinu s dětmi, službu pro pěstouny, potravinovou banku, dobrovolnické centrum to doučuje děti, pomáhá při pořádání benefičních akcích), humanitární služby“

2) Zřizovatel

„Biskupství královéhradecký“

3) Počet klientů

„My máme dvě střediska a máme asi 600 klientů, ty klienti někdo potřebujíce jednou za měsíc návštěvu, někdo za dva měsíce někdo několikrát denně, je to různé.“

4) Počet zaměstnanců

„Celkový počet zaměstnanců i s dohodami je 30. 16 plných úvazků zbytek je na dohody.“

5) Zařízení má akreditaci/certifikát jakosti/připravuje se/zatím formálně nerealizuje

„Nemáme akreditaci. Akreditace je drahá záležitost, já znám akreditaci z léčebny Luže, takže je to hodně o papírování a zdravotní sestry si stěžují, že nemají čas na pacienta. Jedna agentura dokonce i prošla akreditací a nemyslím si, že by ji to posunulo dál. Takže my tady máme kontroly vnitřní.“

Rozhovor s řídícím pracovníkem- údaje o dotazovaném

1) Zastávaná pozice

„ředitelka“

2) Dosažené vzdělání

„Jsem specialista, mám teologickou a sociální fakultu.“

3) Vzdělání v oblasti managementu

„mám kurz v Brně“

4) Délka praxe

„20 let jsem tady a předtím na koronární jednotce, ARO, metabolické jednotce“

5) Délka praxe v řídicí pozici

„Vrchní sestru jsem dělala 12 let teď dělám devátým rokem ředitelku.“

Otázky k rozhovorům s vedoucími pracovníky

Podle čeho/ z čeho vychází Váš management kvality? *„Tak já bych řekla, že je to v první řadě z desatera a úcty k člověku, to je podstata církevní organizace. Katolická církev věří, že člověk má nesmrtelnou duši a že bůh za člověka položil život, takže ho postavil na svoji roveň z toho vyplývá ta úcta k člověku. Samozřejmě poskytujeme semináře, abychom zaměstnance motivovali k úctě k člověku. To je na prvním místě a samozřejmě k tomu managementu kvality chodíme na různá školení, já sama jsem absolvovala manažerský kurz v Brně pro zdravotní sestry, management domácí péče je to sice před 18ti lety ale samozřejmě že hledám i věci který by zaměstnancům pomohli dál.“* **Podle zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách je poskytovatel povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí (minimální požadavky) Jedním z těchto požadavků je i zavedení RBC- Je možno ve Vaší agentuře dodržovat všechny?** *„Víte, jako to po nás požaduje kraj i pojišťovna, takže když já chci vzít do pracovního poměru zdravotní sestru tak ta musí splňovat předpoklady, v dnešní době nemůžete zaměstnat sestru, která by neměla specializaci. Já samozřejmě si vybírám kvalitní sestry. A mám zde 7 sester se specializací což není málo si myslím.“* **Takže dodržujete i třeba prevence pádů, což je jeden z RBC?** *„Samozřejmě my si nemůžeme dovolit, že by nám pacient spadl. Když je klient v domácím prostředí tak za něj zodpovídá rodina, ale nesmí spadnout sestře, když je u něj a třeba s ním rehabilituje. My nezodpovídáme za to, když klient spadne a je doma sám, ale nesmí spadnout, když jsme u něho. S dekubity to samé edukujeme, můžeme zajistit pomůckami proti proleženinám nebo domluvit pečovatelskou službu, ale jinak za to nezodpovídáme“* **Jak to máte třeba s podáváním léčivých přípravků a bezpečností podáváníí?** *„Víte, v domácí péči za to sestra daleko více zodpovídá než když je v nemocnici v nemocnicích má za zády lékaře, když tady přijedete do domácího prostředí a jste zodpovědná za to, co podáváte a komu to*

podáváte. Máte sebou lékařskou zprávu a víte, za kým jedete. Takže mě přijde, že nějaká záměna, že to snad není ani možný. A ty léky má pacient u sebe.“ **Stala se Vám někdy nějaká nežádoucí událost ohledně podávání léčiv?** „Víte, to se v domácí péči nemůže stát, protože ten pacient má léky u sebe má u sebe dokumentaci a aplikuje to co tam má napsaný. Stane se, že pacient měl třeba alergickou reakci, ale jinak k záměně léků nebo pacienta nikdy nedošlo.“ **A nějaká jiná nežádoucí událost se Vám v agentuře již stala? Víte jak ji řešit?** „Ano řešit je umíme, ale zatím se nám myslím nestala.“ **V minimálních hodnotících standardech se píše o zajištění konzultačních služeb, nutriční, podpoře zdraví a nemoci, rehabilitační péči a podobně. Jak toto u Vás zajišťujete?** „ Tak konzultační služby zajistit můžeme, protože máme nasmlouvaných více lékařů s různou specializací, dále nutriční no my to chápeme v naší organizaci asi tak...pokud někdo nedosáhne svým finančním příspěvkem na alespoň jedno jídlo denně jsme schopni toto zajistit díky potravinové bance která spadá pod naší organizaci, rehabilitaci také zajišťujeme...podpora zdraví no my všechny pacienty edukujeme o zdravém životním stylu a doporučujeme co je pro ně správné, co je tam dál?“ **Další je třeba kontinuita zdravotní péče nebo zajištění KPR.** „ Ano to všechno musíme dodržovat i kontinuitu tak i KPR, kde jsou povinná školení a všichni je musejí splnit.“ **Myslíte si, že můžete zajistit bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance?** „Nejsem si jista, pacienty můžeme poučit a poprosit o přizpůsobení prostředí, ale někdy k čemu musíme chodit na ošetření... ty podmínky jsou otřesné, naše sestřičky jezdily i za bezdomovci tak si to dokážete představit, takže asi to prostředí nejsme schopni zajistit.“ **Je něco co byste chtěla změnit v legislativě?** „Jednak bych změnila materiálový kódy, mzdový indexy a to by mě asi zatím stačilo.“ **Máte ve Vaší organizaci stanovenou osobu, která je odpovědná za zavedení stanovených standardů uvedených v minimálních požadavcích hodnocení ve Věstníku MZ ČR 16/2015** „Za to je zodpovědná vrchní a staniční. Ty jsou zodpovědný za kvalitu péče. Posílají sestry na semináře, kontrolují tu péči. Žádného manažera kvality nemáme. Ta sestra má pod sebou 10 sester, takže to je úplně něco jiného než v nemocnici.“ **Řídíte se podle vyhlášky 102/2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče? Minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí-mají?** „Víte, my máme standardy na ty jednotlivé výkony. Výkonové standardy. Jinak se podle nich nevím.“ **Zřizovatel musí mít vypracovanou koncepci pro poskytování péče. Jak Vaše koncepce vypadá a co obsahuje?** „My máme vypracovanou koncepci hospicové péče. Je to vnitřní dokument. My tady se snažíme vychovávat sestry k úctě k člověku, aby se k nim chovali hezky, aby ten výkon udělali co nejlépe, aby s nima měli co nejlepší vztahy a by ten výkon popsali co nejlépe a co víc chcete? V domácí péči jde o výkon, že jo? Lékař předepíše výkon a vy uděláte

ten odběr, a to je ta podstata a by lékař a pacient byli spokojeni.“ **Jaký máte názor na kvalitu? Je pro Vás důležitá, a čím?** „Ano kvalita je pro nás důležitá, kdybychom nebyly kvalitní tak si to pacienti sami mezi sebou řeknou a nemáme tolik pacientů, potažmo zákazníků. Proto i sledujeme kvalitu pomocí dotazníků.“ **Co považujete za klíčové v oblasti řízení kvality?** „To nevím, teď mě nic nenapadá.“ **Co byste potřebovali k dalšímu zvyšování kvality služeb?** „Asi vstřícnější pojišťovny, protože já mám dojem, že 15 let je stop stav, a to není ideální, potřebovala bych, aby se navýšili sestrám mzdový indexy, v tomhle ta legislativa vázne. Česká asociace nefunguje nebo mě přijde, že tomu ani nerozumí, že jejich zástupce tomu spíš škodí, takže se v tomhle nemůžeme dostat ani o krok dál a potom ta kvalita péče z nedostatku sester strádá.“ **Plánujete nějaké další kroky v oblasti zvyšování kvality?** „Já si myslím, že se o tu kvalitu snažíme dostatečně. Když si vezmu, že dostáváme neustále děkovný dopisy tak a máme dostatek pacientů, lékaři nám věří, pacienti jsou spokojeni, ta já mám dostatečnou zpětnou vazbu.“ **Ověřuje si vedení organizace kvalitu vámi odvedené práce?** „Ano, vrchní sestra jezdí na kolegium do Hradce jednou za 2 měsíce, kontroluje dokumentaci a probírají různé věci. Je to vždy náplň na celý den 8 hodin.“ **Jak sledujete kvalitu?** „Vrchní sestra si občas vezme stranu, kterou sestra má a jede za pacienty a taky se jich hlavně zeptá, jak sestra komunikuje, jak jsou s ní spokojeni zkontroluje si tu ránu, udělá si převaz sama, takže vidí jaká je třeba ta rána, takže opravdu vrchní sestra kontroluje ty jednotliví klienty, aby si byla jistá. V domácí péči se pacient cítí daleko jistěji nemá daleko k tomu aby mě zavolal a řekl já tuhle sestřičku nechci, už mi ji sem neposílejte, on má na výběr a v minulosti se mi to už rozhodně stalo. Je to vnitřní audit. Protože jsme nezisková organizace tak máme samozřejmě i audity finanční“ **Máte zavedeny indikátory kvality?** „To ne nemáme. O to více času máme na pacienty. Víte, mě přijde, že dnešní zdravotnictví pořád sbírá nějaký certifikace a akreditace a kvalita péče je úplně na posledním místě.“

Identifikace organizace

- 1) Poskytované služby a její typ (zdravotní, sociální...)

„Poskytujeme pouze domácí zdravotní péči, jinak pokud je potřeb zajistit sociální péči jako pečovatelskou službu není problém, návaznost tady existuje, perfektně funguje a je tu dobrá spolupráce s pečovatelskou službou.“

- 2) Zřizovatel

„Sama respondentka, OSVČ“

- 3) Počet klientů

„Většinou je to zhruba 400 pacientů, ale je to různé u někoho jsme čtyřikrát do roka u někoho každý den je to variabilní to se odvozuje od stavu pacienta.“

- 4) Počet zaměstnanců

„8 sester na hlavní pracovní poměr a 12 sester je na dohodu tedy částečné úvazky“

- 5) Zařízení má akreditaci/certifikát jakosti/připravuje se/zatím formálně nerealizuje

„Akreditaci jako takovou nemáme my máme povolení od pojišťovny a krajského úřadu vykonávat domácí péči po předložení všech potřebných dokumentů k vykonávání této péče. Certifikaci kvality máme na léčbu ran od České společnosti pro léčbu rány.“

Rozhovor s řídicím pracovníkem- údaje o dotazovaném

- 6) Zastávaná pozice

„Zřizovatelka, ředitelka, vrchní sestra“

- 7) Dosažené vzdělání

„Magisterské“

- 8) Vzdělání v oblasti managementu

„Akreditované kurzy v ČR a zahraničí“

9) Délka praxe

„37 let“

10) Délka praxe v řídicí pozici

„23 let“

Otázky k rozhovorům s vedoucími pracovníky

Podle čeho/ z čeho vychází Váš management kvality? *„Ze spokojenosti pacientů, zhojení ran.“* **Podle zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách je poskytovatel povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí (minimální požadavky) Jedním z těchto požadavků je i zavedení RBC- Je možno ve Vaší agentuře dodržovat všechny?** *„Ano dodržujeme, řídíme se podle nich, my jsme ve své dokumentaci zavedli škálu na riziko pádu a v podstatě ta edukace pacienta se provádí pořád. Takže když nám vyjde riziko pádu tak se snažíme po domluvě s rodinou nebo pečovatelskou službou my se snažíme maximálně udělat prostor pro to, kdyby došlo k pádu, aby se co nejméně zranil, takže uklízíme konferenční stolky, židle zastrčené pod stůl, aby kdyby padaly tak aby padaly na koberec. Doporučujeme jim ten koberec, protože ten koberec ten pád opravdu zmírní. Zabránit pádu jde velice těžko, ale aspoň se snažíme tomu předcházet. Třeba u podávání léčiv pokud to děláme my tak máme dokumentaci kde musí být jasně napsáno název léku, síla léku, a kdy se podává, takže těm lidem podáváme z originál balení, léky polykají před námi a my jim kontrolujeme dutiny ústní, protože tak to má správně být. Jsou pacienti, kterým chystáme léky do dávkovače na týden a tam může docházet určitě k nesrovnalostem k nějakému pochybení ale ne ze strany sestry ale to že si pacient nevemu dávku, nebo naopak je špatně vidí, špatná jemná motorika, zapomenou, že už si svoji dávku za ten den vzali a veme si víc těch dávek za den z dávkovače. Nikdy u nás k pochybení ještě nedošlo.“* **Máte ve Vaší organizaci stanovenou osobu, která je odpovědná za zavedení stanovených standardů uvedených v minimálních požadavcích hodnocení ve Věstníku MZ ČR 16/2015 „Ne nemám, vše si řídím sama.“** **Řídíte se podle vyhlášky 102/2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče? Minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí-mají?** *„Podívejte my v rámci tohoto zákona fungujeme ale legislativa přímo k domácí péči není ani jeden zákon nestanovuje přesně domácí*

ošetřovatelskou péči jakýkoliv striktní dodržování nefunguje, domácí péče se řídí podle mnoha zákonů. Ještě není nic, co by bylo vypracováno pro domácí péči. My spadáme pod zdravotnickou péči. Víme o minimálních standardech, ale děláme z nich spíš doporučené postupy. Třeba vím, že tam jsou nežádoucí události to jsme neměli možná jestli by do toho spadalo havarování s autem firemním, dodržování práv to je jasný to ano, konzultační služby to nic pro nás. Jinak při všech ostatních od dekubitů počínaje tou nutriční konče my edukujeme. KPR a kontinuita péče to je jasné všichni jsou školeni a mnohokrát se nám už stalo, že díky pohotovosti a znalosti naše sestřičky zachránili někomu život., **Zřizovatel musí mít vypracovanou koncepci pro poskytování péče. Jak Vaše koncepce vypadá a co obsahuje?** *„V rámci vzdělávání, BOZP, řízení motorových vozidel, dodatky ke smlouvám, dodržování hygienických podmínek, likvidaci kontaminovaných pomůcek, ochranné pomůcky, požární ochrana a další...“* **Jaký máte názor na kvalitu? Je pro Vás důležitá, a čím?** *„Určitě, je potřeba sledovat kvalitu poskytované péče, je potřeba aby byly nějaká kritéria podle kterých se sledují. Myslím si, že poskytovaná kvalita by měla být sledována jak v nemocnic tak v agenturách.“* **Co považujete za klíčové v oblasti řízení kvality?** *„Já osobně jsem přesvědčena, že je to o kvalitě personálu, který poskytuje tu péči klientovi, ten personál musí být za prvé vztah k té práci, musí být adekvátně vzdělaná, musí se dál vzdělávat, musí být strašně pohotová, musí mít sociální citění, musí být empatický.“* **Co byste potřebovali k dalšímu zvyšování kvality služeb?** *„Určitě větší počet sester, ze strany pojišťovny aby bylo co nejmenší omezení v počtu úvazků a pochopitelně aby se zvýšila hodnota bodu za výkon, protože ta hodnota bodu která dneska je žalostně nízko.“* **Plánujete nějaké další kroky v oblasti zvyšování kvality?** *„Vzhledem k tomu, že jsme začali poskytovat oficiálně domácí paliativní péči, takže tam je obrovský prostor, takže teď plánujeme semináře, děvčata si budou dál dělat atestaci v rámci interních oborů, takže já si myslím, že tam toho je více.“* **Máte ošetřovatelské standardy?** *„My nemáme standardy, řídíme se doporučenými postupy.“* **Ověřuje si vedení organizace kvalitu vámi odvedené práce?** *„Já si ověřuju kvalitu péče, které sestřičky provádějí. Občas takhle vyjedu za nějakými pacienty a podívám se třeba na ránu, jak se hojí, jak jsou spokojeni, ale taky kdyby byly pacienti nespokojeni tak není problém aby zvedli telefon a řeknou co se dělo nedělo jestli to je podle jejich představ. Kontroluji dokumentaci každý měsíc, mezitím děláme předávání každý týden průběžně pacientů, kdy si sdělujeme změny u pacienta.“* **Jak zjišťujete/měříte kvalitu?** *„Indikátory, spokojeností pacientů, vzdělanost sester.“* **Máte zavedeny indikátory kvality?** *„Já vedu statistiku hojení ran, sleduju počet pacientů, který jsme rozcvičili po*

úrazech, mozkových mrtvicích. Dalo by se říct, že indikátor kvality je i spokojenost pacientů, kteří nám piší děkovné dopisy, volají, stavi se zde, pišou do novin.“

Identifikace organizace

1) Poskytované služby a její typ (zdravotní, sociální...)

„Pouze zdravotní služby“

2) Zřizovatel

„Nemocnice akutní péče“

3) Počet klientů

„Za den ošetříme 40-50 pacientů, v registru máme přibližně 300 pacientů“

4) Počet zaměstnanců

„6 sester na plný úvazek“

5) Zařízení má akreditaci/certifikát jakosti/připravuje se/zatím formálně nerealizuje

„Jsme akreditované v rámci nemocnice“

Rozhovor s řídicím pracovníkem- údaje o dotazovaném

1) Zastávaná pozice

„Vrchní sestra“

2) Dosažené vzdělání

„magisterské“

3) Vzdělání v oblasti managementu

„Státnice z ošetřovatelství managementu a pedagogiky, dále specializace v Brně“

4) Délka praxe

„30 let, v domácí péči 15 let“

5) Délka praxe v řídicí pozici

„14 let“

Otázky k rozhovorům s vedoucími pracovníky

Podle čeho/ z čeho vychází Váš management kvality? „*Tak jako jsme nemocniční oddělení tak se řídíme směrnicemi a vyhláškami nemocnice. Stížnosti pacientů musím zařukat nejsou, ale stížnosti jdou rovnou na ředitelství, oni nás kontaktují dál. Já jsem lokální manažer kvality nemocnice a oni nás potom dál seznamují s těmi věcmi mají tabulku každého oddělení kde je nějaké poděkování nebo stížnost.*“ **Podle zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách je poskytovatel povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí (minimální požadavky) Jedním z těchto požadavků je i zavedení RBC- Je možno ve Vaší agentuře dodržovat všechny?** „*Ano řídíme se podle nich, Ta identifikace ale u nás probíhá jinak my identifikujeme ale pouze při první návštěvě, nebo pokud sestřička toho pacienta ještě neměla a nezná ho ale i tak si sestřičky předávají informace...prostě musí vědět přece za kým jedou! Pokud je požadavek abychom aplikovali opiáty tak ano, pacienti mají opiáty u sebe, rodina si vyzvedne recept a sestra přijede a opiát přijde, dřív jsme měli opiátovou knihu a trezor, teď už ne. Změnilo se to, protože jsou doplatky na léky, když si rodina doplácí za léky tak ten lék chtějí mít doma. Takže veškeré léky má pacient u sebe doma. Proleženiny dekubity a pády u nich edukujeme zajišťujeme kompenzační pomůcky nic jiného.*“ **Je něco co byste chtěla změnit v tomto zákoně?** „*Nevím*“ **Máte ve Vaší organizaci stanovenou osobu, která je odpovědná za zavedení stanovených standardů uvedených v minimálních požadavcích hodnocení ve Věstníku MZ ČR 16/2015** „*V nemocnici jsou určení lokální manažeři kvality a já jsem jednou z nich za naše oddělení domácí péče. V dnešní době jsou v tvorbě standardy pro naše oddělení který mají být hotové do konce března. Zatím v první fázi to budou standardy 4 a budou se týkat výkonů, jako je odběr biologického materiálu, dezinfekce a sterilizace pomůcek, nakládání s odpady, podávání léků.*“ **Řídíte se podle vyhlášky 102/2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče? Minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí-mají?** „*Řídíme je pravda, že ne ve všech bodech se to v domácí péči dá realizovat. Ukažte, co tam máte? No tak zvyšování kvalitu a bezpečí to si nejsem jistá. Nežádoucí události jsme měli, ale to byly nehody, nebo potřísnění neředěnou dezinfekcí, a poranění jehlou před několika lety. Spokojenost pacientů sledovat můžeme, máme na to v rámci organizace dotazníky, ale v domácí péči je nepoužíváme. Stížnosti jsme zatím nikdy neměli. Práva pacientů samozřejmě dodržujeme se svými právy jsou i seznámení při příjmu. Co tam máme dál...no konzultační služby..to se týká asi spíš lékařů...my nic takového nemáme. Na kvalitě stravování a nutrice pacientů se nepodílíme. Pouze edukujeme jak se správně stravovat co třeba za potraviny*“

vyloučit a podobně jinak ne. Rehabilitační péči zajišťujeme. Kontinuitu zdravotní péče zajišťovat také musíme s tím souvisí i poskytování KPR všichni zaměstnanci chodí povinně na pravidelná školení týkající se právě KPR. U standardu podpory zdraví si nejsem jistá protože jako edukovat můžeme to můžeme vždycky, ale asi mu nebudu vymlouvat, když kouří celý život. Identifikaci pacientů to jsme říkali, personální zabezpečení musí být kontrolují to i pojišťovny, dál bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance no to nevím někdy naše sestřičky chodí do různých domácností takže tohle asi zajistit nemůžeme.“

Zřizovatel musí mít vypracovanou koncepci pro poskytování péče. Jak Vaše koncepce vypadá a co obsahuje? *„Naše oddělení má svůj provozně organizační řád. Obsahuje obecný ustanovení kde je třeba rozsah služeb spektrum poskytované péče, spolupráce s ambulantními subjekty, personální zabezpečení, pracovní doba na oddělení, tvorba vnitřních předpisů, provoz oddělení, bezpečnost provozu, hygienický režim, kvalita poskytované péče u té se píše hodnocení rizika vzniku dekubitů a hlášení nežádoucích událostí, to hodnocení jsme dřív dělali teď to neděláme a potom statistiku těch pacientů jakou mají diagnózu a odkud nám je teda předávají.“* **Jaký máte názor na kvalitu? Je pro Vás důležitá, a čím?** *„Zdravotní péče nejde poskytovat bez dodržování kvality, kvalita se týká jak v první řadě pacientů, tak i vlastně zaměstnanců.“* **Co považujete za klíčové v oblasti řízení kvality?** *„Dodržovat předpisy, směrnice, bezpečnost, vzdělanost sester máme pravidelná školení v rámci nemocnice, třeba v nemocnici je už druhým rokem tým ranhojiček kde ses sestry seznamují s hojením ran, školení bezpečnosti, hygieny rukou, školení řidičů, KPR, a navíc jsou to semináře, něco platí organizace vzdělávací akce od nemocnice, pokud by zaměstnavatel nás někam vyslala tak to zaplatí a my kdybychom chtěli někam do Brna na kongres něčeho, co nás zajímá tak si to zaplatíme sami.“*

Co byste potřebovali k dalšímu zvyšování kvality služeb? *„Více služebních automobilů. Máme 3 auta a 6 sester.“* **Plánujete nějaké další kroky v oblasti zvyšování kvality?** *„Určitě bych chtěla poslat sestry na nějaké další semináře a certifikovaný kurzy na rány, cévkování mužů protože to nemáme.“* **Ověřuje si vedení organizace kvalitu vámi odvedené práce?** *„Ano dělají audity pojišťovny nebo jsme i měly audity finanční a v rámci celé organizace, pod kterou spadáme, chodí auditoři neustále, a já kontroluju svoje sestry a jejich práci, takže kontroluju dokumentaci a koderství, jinak dělám kontrolu práce sester a my tady taky máme zpětnou vazbu od pacientů, průběžně když vlastně mám také nějakého pacienta tak já vidím jak má ránu převázanou a kdo byl přede mnou a dělal ten převaz a popovídám si s pacientem o tom, jak je spokojený a podobně. Je to vnitřní audit to co dělám já.“* **Jak**

zjišťujete/měříte kvalitu? „Na základě stížností nebo těch pochval, na základě nežádoucích událostí.“ **Máte zavedeny indikátory kvality?** „Indikátory kvality vedeme si statistiku pacientů podle typu, toho jestli nám je předávají z nemocnice nebo od praktických lékařů a pokud z nemocnice tak z jakého oddělení, abychom viděli tu spolupráci, kdo s námi spolupracuje a kde to vážně, jiný indikátory v současné době nemáme.“

Příloha 4 - agentura D

Identifikace organizace

- 1) Poskytované služby a její typ (zdravotní, sociální...)
„Zdravotní“
- 2) Zřizovatel organizace
„Kraj jsme nezisková organizace“
- 3) Počet klientů
„380-400 klientů ročně“
- 4) Počet zaměstnanců
„6 plných úvazků, 2,5 úvazku mám v rámci DPP a DPČ“
- 5) Zařízení má akreditaci/certifikát jakosti/připravuje se/zatím formálně nerealizuje
„Ze zákona zatím není povinnost, takže nemáme. Pokud by byla povinna tak bych musela. Ani se k ničemu takovému nechystáme.“

Rozhovor s řídicím pracovníkem- údaje o dotazovaném

- 1) Zastávaná pozice
„Zdravotní dohled nad tímto zařízením a nad zařízením Simeon což je respitní lůžková péče, pak jsem vrchní sestra jsem koordinátor ošetrovací jednotky a další a další věci.“
- 2) Dosažené vzdělání
„Bakalářské v oboru ošetrovatelství a psychologie a PSP a ARIP.“
- 3) Vzdělání v oblasti mng
„Pouze co bylo na bakalářském studiu/ 2 semestry.“
- 4) Délka praxe
„30 let“
- 5) Délka praxe v řídicí pozici
„5 let a 6 let jsem v domácí péči.“

Otázky k rozhovorům s vedoucími pracovníky

Podle čeho/z čeho vychází Váš management kvality? „Záleží na tom, čeho se to týká, pokud se to týká organizace a organizačních směrnic tak se musíme řídit určitými zákony, ty zákony nám ukládají personální vybavení příslušného zařízení to znamená tam se pohybujeme v oblasti vzdělanosti toho aby ty sestry měly registraci danou zákonem, potom směrnice toho provozu, těch je miliarda, takže ty se samozřejmě odvádějí z dalších zákonů, ať ze zákonů co vydává ministerstvo zdravotnictví, práce a sociálních věcí. Další zákony se nás můžou dotýkat i z jiných ministerstev jako třeba vodo hospodářství atd. Jinak máme směrnice ohledně BOZP, provozu, vykazování, způsobu koordinace práce jako takový, potom existují dobrovolný standardy péče to jsou výkonový, který máme zpracovaný taky, týkají se výkonů, který provádíme v té domácí péči, dále vedení dokumentace je zase dány zákonem, jak se musí vést dokumentace jakým způsobem, jak se musí archivovat, skladovat. Takže těch zákonů, který se nás týkají je asi 20 v současné době. A asi tři čtvrtiny jsou z MZČR. Výkonových standardů máme asi 20 a vytvářeli jsme je tady všichni co jsme.“ **Podle zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách je poskytovatel povinen v rámci zajištění kvality a bezpečí zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí (minimální požadavky) Jedním z těchto požadavků je i zavedení RBC- Je možno ve Vaší agentuře dodržovat všechny?** „Pro nás platí směrnice který jsou obecný pro zdravotnictví jako například jak pracovat s ostrým odpadem, s biologickým odpadem a podobně to je daný a platí to pro všechny stejně, ale výkonnostní standardy tím myslím standardy pro výkon toho pracovníka zatím nejsou ani národní ani nikde vydaný a každá jednotka si je zpracovává podle sebe, to znamená, jak chcete zajistit kvalitu výkonu, když není žádný národní standard? Držíme se striktně posledních vyučovacích metod, které jsou vyučovány na školách to znamená děvčata seženou materiály a my je zpracujeme ale naprosto obecně, nekonkrétně a upraveně pro domácí péči. Doporučených postupů například není příliš mnoho, protože zdravotnictví je příliš nevydává, mám tady doporučený postupy pro pacienta s MRSOU pro ochranu pacienta jak jeho tak nás ohledně hygieny a podobně, ty jsou z hygienických stanic, mám tady doporučený postupy na odpady a takovýchle věci, na dezinfekci a sterilizaci ta je daná že jo. Takže nějaký resortní bezpečnostní cíle, říkám, pokud to není napsaný vyloženě pro domácí péči, jako že není tak se mě to netýká. Já nepředpokládám, že dám na ruku pacientovi pásku a budu ji kontrolovat jako identifikaci pacienta. Za prvé zasahuju do jeho soukromí, protože není povinen nosit doma pásku s identifikací a je v té rodině jeden k ošetření já si ho dost dobře splést nemůžu. Pokud k pacientovi jedu poprvé tak si vyžádám kartičku pojišťovny a ověřím si dané údaje. Pro

domácí péči nemáme legislativu na podávání opiátů, takže opiáty má pacient u sebe a my je jezdíme pouze aplikovat. Je to majetek té rodiny, oni si za to zaplatí, vyzvedne a co s ním dělá je jeho věc. Tam jako domácí péče toho tolik nevyužíváme. Tady z toho pády se nás netýkají já nejsem schopna zajistit aby pacient neupadl jak? Já můžu udělat screening doporučit pacientovi nebo jeho rodině potřebné pomůcky, ale nejsem ten, který ty pomůcky předepíše nebo ten který je u něho 24 hodin, já jenom zkonstatuju, zjistím, že je nestabilní při chůzi, navrhnou mu nový, al nejsem zodpovědná za to, že padá. To samý dekubity, pokud má dekubity, tak je poučena rodina nebo pečovatelka, pokud mají potřebu matrace tak jim mohu poskytnout matraci podle zhodnocení rizik nebo doporučit, ale nejsem za to zodpovědná, pokud se dekubit objeví, když tam jsem půl hodiny denně na převaz. Tady u toho člověk musí pořád vybírat, co se do domácí péče hodí a co ne, tady například u standardu kvality a bezpečí ať teda nastavený na dekubity, na pády ať teda já nevím na záměny já nevím na co, jsou u nás irelevantní. Jediný předpis co tam byl možný je na mytí rukou, technika mytí rukou je pořád stejná, každý z nás si umí mýt ruce, problém je když doma vodu nemají. Ještě možná nežádoucí události co u nás znamená havarování s autem, nebo když pacient třeba sexuálně obtěžuje sestřičku taky se nám stalo, to všechno musím hlásit. Bezpečnou komunikaci taky můžeme využít musíme vědět, s kým mluvíme a tomu přizpůsobit naši komunikaci. Mluvit krátce a jasně.“ **Je něco co byste chtěla změnit v legislativě?** „Větší kompetence sester. To znamená, požaduju, aby indikaci výkonu zůstala na lékaři ale rozsah a četnost aby si sestra stanovila sama. Ten lékař netuší co obnáší ten výkon co provádíme, protože když mě řekne, že pacienta má za čtvrt hodiny vycévkovaného tak u něj na lehátku v ordinaci to možné je, ale ne v domácí péči.“ **Máte ve Vaší organizaci stanovenou osobu, která je odpovědná za zavedení stanovených standardů uvedených v minimálních požadavcích hodnocení ve Věstníku MZ ČR 16/2015?** „Já jsem všechno, sleduju ministerský vyhlášky, ale je pravda že máme ČAS a grémium jsem v předsednictvu grémia a všechny problémy který v domácí péči mohou vznikat ať v rámci sestra pacient, nebo v organizaci pojišťoven, nebo ministerstvo a podobně řešíme tam.“

Řídíte se podle vyhlášky 102/2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče? Minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí mají? „Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí tak my je nesledujeme my je zaznamenáme když nastanou viz bouračka auta atd., dál tam je sledování spokojenosti pacientů dodnes jsem se nedostala k tomu, abych udělala dotazníky, zda jsou ty lidi spokojený. V okamžiku kdy dostanu pacienta do péče tak je seznámený s tím, že kdyby byl kdykoliv s něčím nespokojený

může odejít k jiné domácí péči, zatím se mi to nestalo naopak z jiných agentur domácích péčí chodí k nám. Sledování stížností já jsem kromě telefonických stížností na to, že tam sestra přijela o 20 minut později nebo dřív tak to neřeším. Většinou si to za nějaký čas sedne a udělá se to podle spokojenosti všech. Já zase nemůžu jezdit cik cak, jak se to komu v daný čas hodí. Pojišťovna po mě chce abych jezdila v nějakém úsporném kruhu a ne z jednoho koutu na druhý a podle toho já si uzpůsobím časově tu péči a ten okruh pacientů. Dál dodržování práv pacientů a osob, oni mě podepisují souhlas že za nimi jezdíme, že si můžeme pořizovat fotodokumentace, souhlasí s tím že můžou být jejich rodinný příslušníci informováni o stavu to je v rámci toho vstupního informačního papíru. Interní pravidla vedení zdravotnické dokumentace samozřejmě máme podle zákona. Konzultační služby u nás neexistují, to si zajišťuje lékař. Bezpečné zacházení s léky a léčivými přípravky vzhledem k tomu, že mi léky nefasujem tak nejsme povinny se věnovat uskladnění kromě toho, že máme lednici na mastičky a tu kontrolujeme tak jak se má jednou denně teplotu v ní a expiraci mastiček. Kvalita stravování pacientů a nutriční se nás opravdu netýká, Podpora zdraví a prevence nemocí provádíme, pokaždé když přijdeme k pacientovi je to součástí toho ošetřování. Kontinuita zdravotní péče ano pokud se zhorší stav jsme povinni to řešit nebo za RZS a vyplnit překladový papír. Identifikace pacientů to jsme říkali. Resuscitace zase všechny sestry jsou poučeny, jak mají reagovat v krizových situacích. Personální vybavení je daný zákonem to se musí dodržovat kontrolují to pojišťovny a hlídají. Bezpečné prostředí pro pacienty a zaměstnance se bohužel nás příliš netýká, protože my chodíme do vlastního prostředí pacienta takže my nejsme schopny to ovlivnit, můžeme ho žádat aby uklidil nebo prostředí upravil, ale ne vždy se to setká s pochopením.“ **Zřizovatel musí mít vypracovanou koncepci pro poskytování péče. Jak Vaše koncepcie vypadá a co obsahuje?** „Máme organizační řád přístupný všem zaměstnancům, předpisy a náplně práce to obsahuje, směrnice a všechno...“ **Jaký máte názor na kvalitu? Je pro Vás důležitá, a čím?** „Kvalita péče nám umožňuje s nevyšší efektivitou ošetřit pacienta v co nejkratší době, takže šetříme peníze státu. Čím práce bude nekvalitnější tím ten čas bude delší a výkon dražší.“ **Co tedy považujete za klíčové v oblasti řízení kvality?** „Teoreticky neustále dodržovat zákony který jsou pro nás vydaný a který se nás týkají, sledování nových technologií a nových postupů to znamená vzdělávání zaměstnanců, zajištění dostatečné ochranného materiálu pro práci, účastníme se i komunitního plánování tak abychom byli schopni upozornit na problémy toho sociálního zařízení klienta doma a působit na město a kraj který mají další podíl na práci těch lidí, koordinace práce s pečovatelskýma a sociálníma službama.“ **Co byste potřebovali k dalšímu zvyšování kvality služeb?** „Menší restrikce ze strany pojišťoven protože tak jak

jsou v dnešní době nastaveny jsou téměř likvidační, zvýšení kompetencí sester a užší spolupráce se sociální a pečovatelskou službou.“ **Plánujete nějaké další kroky v oblasti zvyšování kvality?** „Samozřejmě, ať se to týká bezpečnosti zaměstnanců každých 5 let máme nový auta tak aby měli zajištěný bezpečí při převozech, a servisovaný jsou pravidelně, mají materiály všechny ke svojí ochraně a k ochraně klientů, teďka plánujeme kurzy na cévkování muže.“ **Ověřujete si kvalitu odvedené práce Vašich zaměstnanců?** „Na externí audity chodí z pojišťoven nebo z finančního úřadu. Dělán vnitřní audit kontroluji si dokumentaci, chodím za pacienty a podobně.“ **Jak zjišťujete/měříte kvalitu?** „Pro mě je kvalita spokojenost pacientů. Pacienti volají mě na mobil. Vědí, že mají svojí primární sestru, pokud něco potřebují, řeší to s ní. Pokud jde o stížnost volají mě, pokud by to nestačilo, mohou potom to poslat mému vedení panu řediteli a mají tady na to i schránku na stížnosti.“ **Máte zavedeny indikátory kvality?** „Ne nemáme indikátory kvality. My ty pacienty pouze hojíme, ale my si to neindikujeme to je přes geri centrum nebo přes kožní. Takže kvalitu si můžou hodnotit oni. Pokud já sama si řeknu tak si zhojím pacienta nějak podle sebe tak si budu hlídat kvalitu, ale my máme napsaný od lékaře, jak a čím budeme tu ránu hojit. Každý měsíc máme provozní schůzi, kde si pacienty hodnotíme ty, u kterých došlo k nějaký posunu ať už se zhoršili nebo zlepšili. A konzultujeme to v rámci celý naší jednotky tak, aby všechny slyšeli k čemu došlo jak jsme to řešili, pak všechny problémy co vznikají, řešíme hned.“