

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta**

**Multidisciplinarita v poskytování domácí ošetrovatelské péče**

**Diplomová práce**

**Vedoucí práce:**

**Mgr. Ivana Chloubová**

**Autor:**

**Bc. Alena Packanová**

## **Abstract**

### **Multidisciplinary in the provision of home nursing care**

The objective of this thesis was to determine whether home care agencies provide care, which focuses on a patient's certain health problem, to clients at home by only a non-medical health worker, or whether they have the option of comprehensive home care provided by a multidisciplinary team. The results of the thesis should give an answer to how these various activities of a multidisciplinary team overlap in nursing, whether they are sufficient and if not, whether the employees of home care agencies would prefer cooperation of some members of the multidisciplinary team. Furthermore, the thesis is aimed to find out whether the staff visiting a client has time for a holistic approach. That means whether the staff has enough time and space to care also for, in addition to a health problem, the client's mental well-being and appropriate social environment.

The quantitative research involved a research group consisting of employees of home care agencies from the Pilsen and South Bohemian regions. The results of the research show that some home care agencies seek to provide home nursing care, within the legislative framework, by a multidisciplinary team. Still, they would prefer more frequent and closer cooperation of this team. This research also shows that there are some efforts of nursing home care providers to access their clients not only in terms of biological needs, but also with regard to their clients' psychological, social and spiritual aspects.

Key words: multidisciplinary, multidisciplinary team, nursing care, home care, holistic approach

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Multidisciplinarita v poskytování domácí ošetrovatelské péče vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích.....

.....

Bc. Alena Packanová

**Poděkování:**

Děkuji paní Mgr. Chloubové za pomoc, trpělivost a za odborné vedení. Dále děkuji všem zaměstnancům agentur domácí péče, které byly ochotné spolupracovat a podíleli se na vyplňování dotazníků.

## Obsah

### Úvod

1. Současný stav .....	3
1.1 Multidisciplinarita – vymezení pojmu.....	4
1.1.1 Multidisciplinární tým agentur komplexní ošetrovatelské péče	5
1.1.2 Činnosti jednotlivých členů multidisciplinárního týmu.....	5
1.2 Historie domácí péče .....	9
1.2.1 Vývoj domácí péče v České republice do roku 1990.....	10
1.2.2 Vývoj komplexní domácí péče od roku 1990.....	12
1.3 Definice pojmů domácí péče.....	13
1.3.1 Definice domácí péče.....	13
1.3.2 Holistický přístup.....	13
1.3.3 Komplexní domácí péče.....	14
1.4 Formy komplexní domácí péče.....	17
1.4.1 Akutní komplexní domácí péče.....	17
1.4.2 Dlouhodobá komplexní domácí péče.....	18
1.4.3 Preventivní komplexní domácí péče.....	18
1.4.4 Komplexní domácí hospicová péče.....	19
1.4.5 Jednorázová domácí péče nebo také ad hoc.....	19
1.5 Jednotlivé aspekty v poskytování primární péče.....	20
1.5.1 Poskytovatelé primární zdravotní péče.....	24
1.6 Právní zakotvení v oblasti domácí ošetrovatelské péče.....	25
1.6.1 Zřizovatelé agentury domácí péče.....	26
1.6.2 Organizace komplexní domácí péče.....	28
1.6.3 Financování komplexní domácí péče.....	28
1.6.4 Pojem dlouhodobá péče.....	29
1.6.5 Celoživotní vzdělávání sester v komunitní péči.....	30
1.6.6 Zahájení komplexní domácí péče.....	32
1.7 Kvalita ošetrovatelské péče.....	33
1.8 Jednotlivé činnosti v poskytování komplexní ošetrovatelské péči.....	36

1.8.1	Činnosti indikované lékařem v domácí péči.....	36
1.8.2	Domácí péče neindikovaná lékařem.....	38
2.	Cíl práce.....	41
2.1	Hypotézy.....	41
3.	Metodika.....	42
3.1	Výzkumné metody a techniky.....	42
3.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	42
4.	Výsledky.....	44
5.	Diskuze.....	73
6.	Závěr.....	84
7.	Seznam použitých zdrojů.....	87
8.	Klíčová slova.....	93
9.	Přílohy.....	94

## Úvod

Ošetřovatelství vždy plnilo a i v novodobé historii České republiky plní významnou úlohu. Po listopadu 1989, kdy plánovaná ekonomika se změnila v ekonomiku tržní, prošlo zdravotnictvím, a tím i ošetřovatelstvím, mnoha významnými změnami. Došlo ke změnám v organizační struktuře státních zdravotnických zařízení a k výrazným změnám v určení kompetencí privátních zařízení. Důsledkem nákladnosti nemocniční péče a snižování počtu akutních lůžek je snaha při reformě zdravotní péče v členských státech evropského regionu přenést péči o nemocného do domácího prostředí.

Dnešní doba umožňuje mnoha nemocným, kteří ještě před několika lety byli se svou nemocí upoutáni na lůžka v nemocnicích, léčbu v jejich sociálním prostředí, kde se o ně starají kvalifikované, zkušené zdravotní sestry. Je to dáno novými možnostmi jak v oblasti léčivých přípravků, kompenzačních a podpůrných přístrojů, tak změnou přístupu státních orgánů k této problematice. Tato péče může probíhat doma za pomoci jednotlivých členů multidisciplinárního týmu z řad profesionálních pracovníků agentur domácí péče a také zapojením rodinných příslušníků. Tuto péči poskytují zdravotní sestry s registrací a dlouholetou praxí. Sestry v domácí péči navštěvují pacienty dle jeho potřeby a ordinace lékaře v časovém rozsahu, který lékař stanoví. Některé agentury domácí péče poskytují komplexní ošetřovatelskou péči, která je hrazena ze zdravotního pojištění, jiné zajišťují i sociální pomoc klientům, kterým stát pomáhá uhradit náklady na péči sociálním příspěvkem. Ošetřovatelská péče v domácím prostředí nemocného je pro stát méně finančně nákladná a pro nemocného z bio – psycho – sociálního hlediska prospěšná. Téma diplomové práce jsem si vybrala z toho důvodu, že pracuji v ambulanci, kde mnoho našich nemocných potřebuje domácí péči a tímto výzkumem jsem chtěla zjistit kteří odborníci se podílejí na poskytování komplexní domácí péče.

Cílem této práce je zjistit, jak se jednotlivé činnosti multidisciplinárního týmu prolínají a jak na sebe navazují a zda personál při své návštěvě u klienta má čas na holistický, tedy celostní přístup. Znamená to postarat se kromě zdravotního problému také o klientovu psychiku a vhodné sociální prostředí. Zaměstnanci agentur jsou

mnohdy jediní, kteří zajišťují klientovi společenský kontakt a komunikaci s okolním světem.



## 1. Současný stav

Kvalitní domácí ošetrovatelská péče je jedním z cílů mezinárodní zdravotnické organizace (dále jen WHO). Podle WHO *Regional Office for Europe* je nutné stanovit společný postup zákonodárců a pravidla ve zdravotnictví v jasné a srozumitelné formě. To vysvětluje, proč zdravotní a sociální služby mohou poskytovat vysokou kvalitu cílené péče pro nemohoucí a starší občany. To dokazuje efektivitu domácí péče, ukazuje, jak se celý proces může vyvíjet a zajišťovat určitou kvalitu. Tato publikace také popisuje rozdílné potřeby ošetrovatelské domácí péče s ohledem na kulturní rozdílnosti v péči v různých zemích. Též doporučuje, jak vzdělávat profesionály i laickou veřejnost v této problematice. Demografické, epidemiologické, sociální a kulturní trendy v evropských zemích se odlišují od tradičních modelů péče. V příštím desetiletí budeme svědky narůstajícího počtu lidí závislých na péči díky nárůstu chronických onemocnění, které povedou k omezení aktivit denního života. Rozpadem tradičních rodinných celků a pokročilou urbanizací dochází ke změnám v péči o nemohoucí a starší občany. Tyto změny budou vyžadovat rozdílný přístup k sociálnímu a zdravotnímu sektoru a službám. Dřívější model orientovaný pouze na samotnou nemoc je již dnes nevhodný.<sup>1</sup>

Cílem domácí péče je poskytnout maximální úroveň zdravotní péče ve známém domácím prostředí klienta v okruhu jeho nejbližších a minimalizovat potřebu umístění nemocného na lůžkovou část (ať již v nemocnici nebo lůžkách sociální péče). Klienty domácí péče se stávají lidé, u kterých dochází ke změně jejich zdravotního nebo sociálního stavu a jsou odkázáni částečně nebo zcela na pomoc druhých. Domácí péče je kvalifikovaná a odborná péče, která umožňuje zkrácení pobytu nemocného v lůžkovém zdravotnickém zařízení na dobu nezbytně nutnou. Cílem reformy zdravotnictví je holistický (celostní) přístup ke klientovi a zohledňování bio - psycho – sociálního a spirituálního faktoru. Díky pokroku techniky, vědy a výzkumu se nacházejí

---

<sup>1</sup> THE SOLID FACTS HOME CARE IN EUROPE. [www.google.cz/search](http://www.google.cz/search) [online]. 2008 [cit. 2010-02 21]. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/96467/E91884.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf)

stále nové možnosti v medicíně a ošetrovatelství, což nám dovoluje poskytovat vysoce odbornou specializovanou komplexní domácí péči.<sup>2</sup>

Dnes je již častá kombinovaná domácí odborná péče ( home care) s domácí laickou péčí (home help). Laická péče, je péče o nemocného rodinnými příslušníky a známými rodiny. Tato péče začíná již narozením dítěte a péčí, kterou matka věnuje novorozenci a končí péčí o umírajícího blízkého.<sup>3</sup>

### 1.1 Multidisciplinarita – vymezení pojmu

Termín multidisciplinarita vyjadřuje spolupráci více vědních oborů. V ošetrovatelství domácí péče jde o sehraný tým odborníků, kteří se podílí na komplexně poskytované domácí péči v oblasti uspokojování potřeb klientů v jejich sociálním prostředí.<sup>4</sup>

Spolupráce v multidisciplinárním týmu umožňuje především jednotnou komunikaci, zjednodušení analýzy problémů nemocného, jednotnou kontinuální a návaznou ošetrovatelskou péči a ucelenou dokumentaci i hodnocení kvality ošetrovatelské péče u nemocného. Tímto způsobem je možné zlepšit ošetrovatelskou péči u nemocného a také snížit ekonomickou náročnost (paušální částka na lůžko/den v nemocnici je hrazena zdravotní pojišťovnou , dle výše bodového hodnocení, 1200,- Kč., domácí péče při indikaci 3x denně je hrazená pojišťovnou 485, Kč.). Klíčovou a nezastupitelnou roli v ošetrovatelské péči má sestra.<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> HAJŠMANOVÁ, B. Co je to domácí péče. *Multidisciplinární péče*. 2006, 1, 4, s. 13-14. Dostupný také z WWW: <<http://www.mpece.com/>>. ISSN 1801-0199

MISCONIOVÁ, B. *Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0* [online]. © 2006 [cit. 2009-12-29]. [Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>>

<sup>3</sup> BARTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4

<sup>4</sup> KŘEMENOVÁ, E. Nejčastější stížnosti při poskytování zdravotní péče a jejich řešení . *Sestra*. 2006, 16, 4, s. 15-16. ISSN 1210-0404

KUČERA, R. *Http://slovník.abz.cz* [online]. 2005-2006, 06.04.2010 [cit. 2010-02-03]. *Abz.cz*. Dostupné z WWW: <[slovník-cizich-slov.abz.cz](http://slovník-cizich-slov.abz.cz)>.

<sup>5</sup> PINKAVOVÁ, H. Multidisciplinární spolupráce. In Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Katedra ošetrovatelství. *Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí* . 1. Brno: [s.n.], 2006. s. 5-6. ISBN 80-7013-437-2.

### 1.1.1 Multidisciplinární tým agentur komplexní ošetrovatelské péče

Tento tým by v ideálním případě měli tvořit lékaři, sestry, fyzioterapeuti, psychologové, ergoterapeuti, sociální pracovníci, nutriční terapeut, rodina a blízcí klienta. Do multidisciplinárního týmu v domácí hospicové péči patří také duchovní. K povinnostem poskytovatele komplexní domácí péče patří péče o zdraví a následná odborná péče a pomoc v případě zdravotní či sociální krize ohrožující jedince, komunitu i společnost. Úkolem týmu komplexní domácí péče je chránit život a zdraví klienta, poskytovat pomoc v době onemocnění a mírnit fyzické i psychické utrpení klienta i jeho rodinných příslušníků. Každý z odborníků působících v multidisciplinárním týmu komplexní domácí péče má zákonem Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 160/92 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních jasně daný rozsah kvalifikace a potřebnou délku praxe pro odbornou způsobilost v poskytování péče v oblasti domácího ošetřování. Každý pracovník je povinen se kontinuálně vzdělávat a doplňovat si své odborné vědomosti. Klient se svou rodinou jsou aktivními účastníky procesu ochrany zdraví, prevence nemocí a jejich případné léčby. Základem je rozvoj všech zbytkových potenciálů klienta za pomoci celého týmu.<sup>6</sup>

### 1.1.2 Činnosti jednotlivých členů multidisciplinárního týmu

Lékaři v agenturách domácí péče zajišťují činnost praktickou, což je náplní práce praktického lékaře a činnost metodickou, která plní funkci klinického manažera. Praktický lékař nebo odborný lékař z nemocničního zařízení domácí péči indikují dle stavu nemocného, odborný lékař z nemocničního zařízení pouze na 14 dní.

---

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 3. Praha: Sociologické nakladetství, 2007. 128 s. ISBN 80-86429-36-9

<sup>6</sup> Domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc [online]. © 2006 [cit. 2010-02-11].

Národní centrum domácí péče.info/. Dostupné z WWW: </www.domaci-pece.info/>

MISCONIOVÁ, M. *Komplexní domácí péče '94*. 1. Praha: Asociace domácí péče - Národní centrum domácí péče, 1994. 85 s. ISBN neuvedeno

SOLDÁNOVÁ, D. Co je multidisciplinární tým. In Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Katedra ošetrovatelství. . *Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí* . 1. Brno: [s.n.], 2006. s. 5-6. ISBN 80-7013-437-2.

TRACHTOVÁ, E, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* . 2. Brno: NCO NZO, 2004. 185 s. ISBN 80-7013-324-4

V souvislosti s vyhláškou MZ č.472/2009 Sb., kterou se vydává novela Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, od 1.1. 2010 v autorské odbornosti 925 – sestra domácí zdravotní péče. Je v *Sazebníku zdravotnických výkonů* uveden nový výkon 06349. Je to takzvaný signální kód pro paliativní ošetrovatelskou péči bez omezení frekvence výkonů u nemocných v terminálním stavu. Dle novelizace této vyhlášky může být domácí paliativní péče v terminálním stavu indikována, kromě již zmíněného praktického lékaře a specializovaného lékaře z nemocničního lůžka, také ambulantním specializovaným lékařem. Vždy musí být vykázán signální kód 06349.<sup>7</sup>

Všeobecné sestry zde vystupují v mnoha rolích, které zahrnují základní ošetrovatelskou, ale také specializovanou nebo vysoce specializovanou komplexní ošetrovatelskou péči. Musí splňovat registraci a kreditní systém dle platného zákona 96/2004 Sb., *O nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách*. Jsou průběžně školeny v nových trendech moderního ošetrovatelství, standardech a používání technických pomůcek. Podílí se na celém ošetrovatelském procesu od sběru dat, k posouzení klienta, diagnostiky problému, plánování ošetrovatelských aktivit, realizaci plánu a zhodnocení klientova stavu. Důležité je celoživotní studium – specializační studium v úseku práce domácí péče, od roku 2005 specializační studium – obor komunitní sestra.<sup>8</sup>

Sociální pracovníci se zajímají o aktuální sociální potřeby klienta, provádějí sociální diagnostiku a podílejí se na sociální prevenci. Sociální pracovník, také určí, v jakém rozsahu bude pečovatelská služba poskytována. Současně uvede i výši spoluúčasti klienta na úhradě pečovatelské služby, která je stanovena platnou právní

---

<sup>7</sup> ČAS SEKCE DOMÁČÍ PÉČE.[online]. 2008-2009 [cit. 2010-01-29]. Dostupné z WWW: <:/www.cna.cz/o-spolecnosti/historie>

Domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-standovy.doc [online]. © 2006 [cit. 2010-02-11]. Národní centrum domácí péče.info/. Dostupné z WWW: </www.domaci-pece.info/>

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 3. Praha: Sociologické nakladetství, 2007. 128 s. ISBN 80-86429-36-9

<sup>8</sup> LÁVIČKOVÁ, J. Kvalita ošetrovatelské péče očima pacientů. *Sestra*. 2006, 16, 4, s. 30-31. ISSN 1210-0404

MISCONIOVÁ, B. *Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0* [online]. © 2006 [cit. 2010-12-29].

Domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-. Dostupné z WWW: <http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 3. Praha: Sociologické nakladetství, 2007. 128 s. ISBN 80-86429-36-9

normou. Agentury komplexní domácí péče tyto pracovníky nezaměstnávají, ale snaží se s nimi úzce spolupracovat.<sup>9</sup>

Do kategorie rehabilitačních pracovníků jsou zařazeni fyzioterapeuti a ergoterapeuti, kteří odbornou činnost provádějí dle potřeb klienta v domácím prostředí. Snaží se své odborné výkony a techniky optimálně přizpůsobit podmínkám ve kterých klient setrvává a cítí se bezpečně. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, která jsou pro jeho život smysluplná a nepostradatelná. Ergoterapeuti se snaží o podporu zdraví a psychické pohody prostřednictvím vhodné zvolené činnosti. Snaží se napomáhat při náviku činností, ve kterých je klient limitován v jeho domácím prostředí s ohledem na sociální, osobní, kulturní a ekonomické potřeby nemocného. Ergoterapeut prakticky aplikuje ergoterapeutické postupy a metody, navrhuje kompenzační a technické pomůcky a také se zabývá poradenstvím v otázkách adaptace a úprav domácího prostředí.<sup>10</sup> Fyzioterapii v domácím prostředí zajišťují pracovníci, kteří mají osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru fyzioterapeut, podle zákona č. 96/2000 Sb. Provádí polohování, nácvik aktivního pohybu na které navazuje aktivní cvičení. Doporučuje kompenzační pomůcky dle stavu pacienta. Dle možností a schopností nemocného provádí různá kondiční cvičení. Hodnotí výsledný efekt fyzioterapeutické péče.<sup>11</sup>

Nižší a pomocní zdravotničtí pracovníci jsou odborně proškoleným personálem (dle zákona 108/2006 Sb.), který provádí jednoduchou pečovatelskou intervenci, pokud se nezapojí rodinní příslušníci sami. V rámci domácí péče jsou u sociálně potřebných klientů nejčastěji prováděny následující úkony pečovatelské služby: jednoduché

---

<sup>9</sup> MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2010-12-29].  
[Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW:  
<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>

<sup>10</sup> JELÍNKOVÁ, J; KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Koncepce oboru ergoterapie*. Praha: Česká asociace ergoterapeutů., 2007. 16 s. ISBN neuvedeno.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie : České ošetrovatelství 10, praktická příručka pro sestry*. 1. Brno: IDVPZ, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTU. [online]. 2004, [cit.2010-02-11]. Dostupné z WWW:  
<[ergoterapie.org/modules.php?name=informace](http://ergoterapie.org/modules.php?name=informace)>

<sup>11</sup> ANDREJKIVOVÁ, P. [www.ladara.eu/rehabilitacni\\_pece/fyzioterapeut.html](http://www.ladara.eu/rehabilitacni_pece/fyzioterapeut.html) [online]. 2007, 2010 [cit. 2010-02-13]. Dostupné z WWW: <<http://www.ladara.eu>>

ošetřovatelské úkony, ošetření nohou - pedikúra, masáž, zástřih a úprava vlasů, dopomoc při oblékání, přesunu na vozík, WC, lůžko, donáška léků, jídla a pití, příprava a uvaření snídaně, svačiny, oběda, večeře, dopomoc při podávání jídla a pití, hygiena prostředí, práce spojené s udržováním chodu domácnosti, praní, žehlení a drobné opravy prádla, doprovod na vyšetření, nákupy, nutné pochůzky. Pečovatelská služba je prováděna za plnou nebo částečnou úhradu.<sup>12</sup>

Rodinní příslušníci jsou pak nepostradatelnou součástí multidisciplinárního týmu v poskytování komplexní domácí ošetřovatelské péče. Jejich zapojení napomáhá překonávat klientovi překážky v bio-psycho-sociální rovině a tím najít jeho ztracenou jistotu a důstojnost. K sociální potřebě každého jedince patří komunikace a pocit akceptace osobnosti.<sup>13</sup>

Dobrovolníci - jinak řečeno též volentéři (např. ženy v domácnosti, studenti, apod.) jsou zaměstnanci, kteří mohou vykonávat svoji činnost po absolvování padesátihodinového školení. Jejich péče je bezplatná, ale je velice důležitá zejména u dlouhodobě nemocných a pacientů v terminálním stadiu nemoci. Dopravu, pomůcky a další technické zázemí zajišťuje agentura domácí péče.<sup>14</sup>

Duchovní poskytují dle přání klienta splnění spirituálních potřeb. Každý z nás má potřebu lásky, hledá bezpečí, jistotu, hledá smysl života a klade si otázky po jeho naplnění. Tyto otázky jsou zvláště důležité v náročných životních situacích, především v prožívání bolesti, ztráty, vážné nemoci, nebo sklonku života. Smyslem duchovní služby, bez ohledu na vyznání, je poskytnout při rozhovoru nebo modlitbě tomu, kdo o

---

<sup>12</sup> Domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc [online]. © 2006 [cit. 2010-02-11].

Národní centrum domácí péče.info/. Dostupné z WWW: <[www.domaci-pece.info/](http://www.domaci-pece.info/)>

HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitní ošetřovatelství: 1. české vydání*. 1. Martin: Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7

<sup>13</sup> HAJŠMANOVÁ, B. Co je to domácí péče. *Multidisciplinární péče*. 2006, 1, 4, s. 13-14. Dostupný také z WWW: <<http://www.mpece.com/>>. ISSN 1801-0199

MISCONIOVÁ, M. *Komplexní domácí péče '94*. 1. Praha: Asociace domácí péče - Národní centrum domácí péče, 1994. 85 s. ISBN neuvedeno

<sup>14</sup> JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7

MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2009-12-29].

[Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW:

<<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>>

pomoc požádá, útěchu a uklidnění. Jde o pomoc k důstojnému zvládnutí složité životní situace včetně procesu umírání.<sup>15</sup>

## 1.2 Historie domácí péče

První zmínky o domácí péči jako přirozeném způsobu péče o člověka existují od nejstarších dob. Už ve 12. století byla péče poskytována potřebným nemocným prostřednictvím řeholních řádů. Na konci 13. století se rozvíjelo ošetřovatelství masivněji v domácnostech, když byla členkám církevních řádů zakázána služba ve špitálech. Řeholnice z řádu Bekyně například vykonávaly péči v domech nemocných. Dohled nad nimi a jejich prací vykonával místní farář.<sup>16</sup>

V roce 1859 byl zahájen koncept domácí péče v Liverpoolu Williamem Rathonem, známým filantropem a obchodníkem. Spolupracoval při ní se zakladatelkou moderního ošetřovatelství Florence Nightingalovou a společně založili první školu pro sestry v návštěvní službě, které poskytovaly potřebným nemocným a chudým lidem ošetřovatelskou péči. Na tuto myšlenku Rathona přivedlo vážné onemocnění jeho manželky.

V roce 1886 byla v Londýně zřízena Asociace oblastního komunitního ošetřovatelství. Vrchní ředitelkou byla zvolena slečna Florence Leeová, absolventka Nightingale school. Především koncem 19. století došlo k rozvoji domácí péče v rámci celé Evropy zaměřené zejména na ošetřování stárnoucí populace. Výjimku tvořilo Holandsko. Tam se dodnes poskytuje domácí péče všem věkovým skupinám. V průběhu dvou světových válek 20. století se tento vývoj zbrzdil díky přesunu klientů do lůžkových zařízení a také díky koncentraci a rozvoji zdravotnické techniky v nich.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> MIŠOŇOVÁ, A Mobilní hospic: Na cestě s nemocnými a jejich rodinami. In *Na cestě s nemocnými a jejich rodinami Seminář Mobilní hospic Phare III*, [online]. [s.l.] : [s.n.], 2006, 2010 [cit. 2010-02-11]. Dostupné z WWW: <www.umirani.cz/res/data/010/001139.ppt>.

<sup>16</sup> STAŇKOVÁ, M. Z historie charitativní a řádové ošetřovatelské péče . *Sestra*. 2003, 3, s. 3-3. ISSN 1210-0404

<sup>17</sup> MISCONIOVÁ, M. *Komplexní domácí péče '94*. 1. Praha : Asociace domácí péče - Národní centrum domácí péče, 1994. 85 s. ISBN neuvedeno

TOTHOVÁ, V. Dáma s lampičkou . *Florence*. 2006, 5, s. 3-5. ISSN 1801-464x

Ve Spojených státech amerických byla v roce 1885 založena organizace sester v návštěvní službě, která pomáhala nemocným a chudým lidem se zdravotními problémy. První pokusy o poskytování domácí péče podle pokynů lékařů se začaly objevovat v roce 1885 v americkém městě Buffalo. V návaznosti na tyto aktivity vznikla v roce 1887 ve Philadelphii společnost domácí péče a v roce 1888 v Bostonu oblastní asociace domácí péče. Tyto organizace vytvořili a poté řídili neprofesionálové. Byli nemocní byli ošetřováni v zařízeních různých typů - lazaretech, špitálech nebo nemocnicích. Pod záštitou ministerstva zdravotnictví a pod vedením sester Lilian Waldové a Mary Brewsterové byla o pět let později zřízena ošetrovatelská služba a současně zaveden termín veřejná zdravotní sestra. Později byla založena škola zaměřená na poskytování ošetrovatelské péče v domácnostech.<sup>18</sup>

70. léta minulého století přinesla neustálý nárůst nákladů na zdravotní péči v souvislosti s rozvojem moderních technologií a nových léčebných a diagnostických metod. Proto se v ošetrovatelské péči hledají různé možnosti jak zvýšit kvalitu a přitom snížit náklady. Jednou z nich se stala myšlenka domácího ošetřování.<sup>19</sup>

### 1.2.1 Vývoj domácí péče v České republice do roku 1990

Už od počátku 12. století můžeme v českých zemích zaznamenat určitou formu domácí péče potřebným v rodinách různými řeholními řády. Tohoto poslání se zhostili především členové řádů Milosrdní bratři, řád Svatého ducha, Johanitky, Alžbětinky a Klarisky. Křížovníci s červenou hvězdou, kteří vznikli z laického špitálního bratrstva založeného v roce 1223 svatou Anežkou Přemyslovnou, spravovali za vlády Karla IV. již v Zemích koruny české 60 špitálů.

---

<sup>18</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku: české ošetrovatelství č. 9 - praktická příručka pro sestry*. 1. Brno : IDVPZ, 2001. 57 s. ISBN 80-7013-349-X

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2

MISCONIOVÁ, M. *Komplexní domácí péče '94*. 1. Praha : Asociace domácí péče - Národní centrum domácí péče, 1994. 85 s. ISBN neuvedeno

<sup>19</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku: české ošetrovatelství č. 9 - praktická příručka pro sestry*. 1. Brno : IDVPZ, 2001. 57 s. ISBN 80-7013-349-X

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2



Za vlády Marie Terezie se stavěly útulky a zakládaly spolky na ochranu a pro pomoc potřebným. Tak nastala snaha o zlepšení péče o poddané v sociální sféře.<sup>20</sup>

V roce 1874 byla založena z iniciativy Karolíny Světlé a Elišky Krásnohorské první ošetřovatelská škola a vznikly různé spolky pořádající dobročinné akce na podporu sociálně slabých.<sup>21</sup>

Se vznikem Československého červeného kříže (ČSČK) v roce 1919 byla mimo jiné zahájena systematická ošetřovatelská a zdravotní služba v rodinách. Československý červený kříž začal ve spolupráci s městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou realizovat domácí zdravotní péči zejména u dětí, chudých nemocných a starých občanů. Od této doby můžeme hovořit o vzniku a rozvoji sociálního ošetřovatelství. Tyto aktivity se úspěšně rozvíjely za pomoci dcery prvního prezidenta republiky T. G. Masaryka Alice Masarykové, která byla tehdejší předsedkyní Československého červeného kříže.<sup>22</sup>

Na sjezdu Spolku diplomovaných sester byly formulovány tři hlavní úkoly sociální zdravotní péče a to ošetřovatelský, sociální a lidovýchovný. Po druhé světové válce došlo k rozvoji ošetřovatelských škol a mezi nově zavedené obory patřila také odborná výchova sester pro úsek ošetřovatelské a zdravotní služby v rodinách. S rozvojem medicíny a zdravotnické techniky se ošetřovatelství více medicinalizuje. Po roce 1948 byly řádové sestry ze zdravotnictví vytěsněny a hlavní těžiště práce civilních sester se přesunulo z obce do nemocnic a dalších institucí. Se vznikem Ústavu národního zdraví se nadále rozvíjela organizace ošetřovatelské a zdravotní služby. Podle zákona 103/1951 Sb. přebral odpovědnost za provádění domácí péče stát a to od 19. srpna 1952. Tato činnost se stala součástí zdravotní péče, jež byla poskytována ve zdravotních obvodech tzv. geriatrickými sestrami. Ve spolupráci pediatrie a gynekologie prováděly ženské sestry návštěvní službu v domácím prostředí u rodiček a

---

<sup>20</sup> STAŇKOVÁ, M. Z historie charitativní a řádové ošetřovatelské péče . *Sestra*. 2003, 3, s. 3-3. ISSN 1210-0404.

<sup>21</sup> MISCONIOVÁ, M. *Komplexní domácí péče '94*. 1. Praha: Asociace domácí péče - Národní centrum domácí péče, 1994. 85 s. ISBN neuvedeno

<sup>22</sup> JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory* . 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2

novorozenců. K zásadním změnám pak došlo až v posledním desetiletí minulého století, kdy vznikaly první agentury domácí péče v současné podobě.<sup>23</sup>

### 1.2.2 Vývoj komplexní domácí péče od roku 1990

Se systémem domácí péče jsme se začali zcela seznamovat v České republice až po roce 1989. První informace přivezli ze zahraničí lékaři a sestry, kteří se po revoluci s domácí péčí seznámili na svých prvních výjezdech. V roce 1990 vzniklo při České katolické charitě první pracoviště, které zajišťovalo domácí ošetrovatelskou péči. V roce 1991 byla ministerstvem zdravotnictví tato forma péče legalizována a na jeho konci už poskytovalo domácí péči 26 agentur. S přijetím zákona 160/92 Sb., *O zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů*, byl zaznamenán nárůst agentur domácí péče a na konci roku 1992 pracovalo po celém území České republiky 69 agentur. Díky větší informovanosti, medializaci a propagaci činnosti domácí péče bylo v následujícím roce registrováno 179 agentur státního i nestátního typu. Rovněž v témže roce byla založena Asociace domácí péče České republiky (ADP ČR). Další nárůst nových agentur byl zaznamenán roku 1995, kdy bylo registrováno 399 poskytovatelů domácí péče. Došlo k rozvoji rozsahu a objemu poskytované ošetrovatelské péče. Do roku 2005 se síť agentur domácí péče stabilizovala. Mezi jednotlivými kraji však přetrvávají rozdíly v kapacitách i činnosti jednotlivých agentur domácí péče.<sup>24</sup>

Dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS) využilo domácí zdravotní péči v roce 2009 o 145 000 lidí více než v roce 2008, což činí 0,6 %. Z toho jsou tři čtvrtiny klientů využívajících domácí péči ve věku 65 let a více. Zaměstnanci agentur domácí péče vykázali za rok 2009 5,7 milionu návštěv, což činilo průměr 40 návštěv na jednoho klienta. Celkový počet výkonů byl 11,4 milionu, z nichž bylo hrazeno 89 % zdravotními pojišťovnami. Dále ÚZIS uvádí, že v roce 2009 bylo

---

<sup>23</sup> JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. Praha : Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2

PAVLICOVÁ, J. Domácí péče v České republice. *Sestra*. 2003, 3, s. 11-12. ISSN 1210-0404

registrováno 473 pracovišť zdravotní domácí péče, které zaměstnávaly přes 3000 odborných pracovníků, převažoval obor všeobecná sestra, fyzioterapeut a zdravotně sociální pracovník. Ze všech klientů domácí péče bylo 85 % chronicky nemocných, následnou domácí péčí v důsledku úrazu mělo 17 735 klientů a pooperační domácí péči využilo 12 027 klientů. 9 626 klientům byla poskytnuta domácí hospicová péče.<sup>25</sup>

### 1.3 Pojem domácí péče

Domácí péče ve vyspělých zemích je jedním z nejrychleji se rozvíjejících odvětví zdravotnictví. Díky pokroku medicínských oborů mezi které patří zdokonalování diagnostické techniky, nové možnosti v léčbě nemocí (ať již po stránce medikamentózní nebo dokonalých technologií v různých klinických oborech) a v ošetřovatelství (inzulínové pumpy, glukometry, domácí koncentrátor kyslíku, polohovací lůžka a další), je možné poskytovat kvalitní péči nemocným v prostředí jim známém a v okruhu jejich nejbližších. To vše přispívá k psychické vyrovnanosti a odráží se významně v procesu uzdravování.<sup>26</sup>

#### 1.3.1 Definice domácí péče

Domácí péče je Světovou zdravotnickou organizací definována jako *jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech. Patří k ní zajišťování fyzických, psychických, paliativních a duchovních potřeb.*

Podle Americké asociace sester je *domácí péče vysoce humánní, kvalitní, efektivní, ekonomická a maximálně dostupná forma péče poskytovaná individuálně klientovi v jeho vlastním prostředí s podporou komunity při využití zbytkových potenciálů klienta a začlenění rodinných příslušníků a blízkých do multidisciplinárního týmu agentury domácí péče poskytujícího individuální péči a vzájemnou pomoc.*

---

<sup>25</sup> ÚZIS. Domácí zdravotní péče. *Sestra*.2010, 9, s. 5. ISSN 1210-0404

<sup>26</sup> JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory* . 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2

Česká asociace sester prezentuje domácí péči jako odbornou zdravotní péči poskytovanou pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Je zaměřena zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.

Ministerstvo zdravotnictví definuje ve své poslední zveřejněné koncepci domácí péči, jako zdravotní péči poskytovanou pacientům na základě indikace ošetřujícího lékaře v jejich vlastním domácím prostředí, jejichž pobyt není nutný ve zdravotnickém zařízení pro jejich léčení nebo udržování stability zdravotního stavu. Domácí péče je poskytována jako integrovaná, ošetrovatelská, diagnostická, léčebná a paliativní péče a jako rehabilitační péče poskytovaná podle zvláštních právních předpisů. Je poskytována jako akutní domácí péče, dlouhodobá domácí péče a domácí hospicová péče.<sup>27</sup> (str.54)

### 1.3.2 Holistický přístup

Každý živý tvor je otevřeným systémem, který je v interakci s vnějším prostředím. Člověk jako myslící bytost nereaguje na tyto vnější podněty pouze instinktem, ale vnímá jakoukoliv nerovnováhu velice intenzivně a přemýšlí o každém podnětu, kterému není schopen se okamžitě přizpůsobit. Proto, jak již bylo uvedeno, je velice důležité v domácí komplexní ošetrovatelské péči chápat podstatu bio-psycho-sociální a spirituální interakce (bereme v úvahu nejen tělesnou ale i duševní, sociální a duchovní stránku člověka). Snažíme se poskytovat péči celému člověku včetně jeho nejbližších nejen ve zdraví, ale i v nemoci. Musíme mít na mysli, že mezi jeho nejbližší nemusí patřit rodina, která je spojena pokrevním nebo právním svazkem. Rodinu mohou tvořit též přátelé, sousedé a nebo členové jiné komunity (např. homosexuální partner, nevlastní děti). Je důležité mít na zřeteli všechny zmíněné složky, které se podílejí na interakci člověka s vnějším prostředím, aby snaha o péči nemocného

---

<sup>27</sup> JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2

v domácím prostředí vedla k úspěšnému společnému cíli celého multidisciplinárního týmu.<sup>28</sup>

### 1.3.3 Komplexní domácí péče

Komplexní domácí péče (comprehensive home care) je maximálně dostupnou integrovanou formou péče, která vždy vychází z individuálních potřeb klienta a je poskytována v jeho vlastním sociálním prostředí. Je to vysoce kvalitní, ekonomická, humánní forma péče. Respektuje lidská práva, snaží se o maximální využití zbytkového potenciálu klienta, zapojení rodinných příslušníků a přátel do multidisciplinárního týmu poskytujícího komplexní domácí péči. Jedná se o formu poskytování kvalitní, odborné, efektivní a kontinuální péče a vzájemné pomoci v rozsahu 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Klade se při ní důraz na ekonomické aspekty a přehlednost využití finančních prostředků, které plynou z více zdrojů. Komplexní domácí péče je forma zdravotní péče (home care) a sociální péče (home help). Ty jsou navzájem propojeny včetně péče laické a vychází se při nich vždy z potřeb klienta v prostředí jemu známém, což obvykle bývá jeho vlastní domov.<sup>29</sup>

Komplexní domácí ošetrovatelská péče je poskytována, stejně jako ve zdravotnických institucích, metodou ošetrovatelského procesu a probíhá ve všech pěti základních fázích: V jeho první fázi se zaměřuje na hodnocení zdravotního stavu klienta a na získání anamnestických údajů. Na základě informací, které od nemocného získala provádí diagnostiku problému klienta (2.fáze). Nezaměřuje se pouze na aktuální problémy, ale též určí i rizikové, které mohou u pacienta nastat. Na základě stanovených diagnóz pak společně s pacientem plánuje ošetrovatelské činnosti –

---

<sup>28</sup> MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. Brno: NCO NZO, 2007. 164 s. ISBN 97-8807-01-3457-3

O'CONNOR, M. et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. Praha: Grada, 2005. 352 s. ISBN 80-247-1295-6

VORLÍČEK, J; ADAM, Z; POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*, 2. přepracované a doplněné vyd. . Praha: Grada, 2004. 540 s. ISBN 80-247-0279-7

STAŇKOVÁ, M. Na mnohá zlepšení ošetrovatelské péče nepotřebujeme peníze. *Sestra*. 2002, 12, 11, s. 6-6. ISSN 1210-0404

<sup>29</sup> CHYBOVÁ, M. Komplexní domácí péče. *Kontakt*. 2003, 5, 3, s. 185-188. Dostupný také z WWW: <<://www.zsf.jcu.cz>. ISSN 1212-4117

intervence, které vedou ke zmírnění či odstranění jeho problému. Ve čtvrté fázi pak realizuje naplánované ošetrovatelské intervence. Ve fázi poslední, páté, pacientův stav zhodnotí, vzhledem k očekávaným výsledkům a stanoveným cílům péče. Veškeré fáze – jejich plánování i realizace – probíhají za přímé účasti pacienta. Za realizaci naplánovaných aktivit plně odpovídá sestra. Dojde-li ke zlepšení zdravotního stavu klienta, úrovně sebedpěče a funkčních schopností natolik, že je rodina schopna sama zajistit jeho základní péči, může sestra navrhnout ukončení domácí péče.<sup>30</sup>

Komplexní domácí péče (comprehensive home care) je maximálně dostupnou integrovanou formou péče, která vždy vychází z individuálních potřeb klienta a je poskytována v jeho vlastním sociálním prostředí. Je to vysoce kvalitní, ekonomická, humánní forma péče. Respektuje lidská práva, snaží se o maximální využití zbytkového potenciálu klienta, zapojení rodinných příslušníků a přátel do multidisciplinárního týmu poskytujícího komplexní domácí péči. Jedná se o formu poskytování kvalitní, odborné, efektivní a kontinuální péče a vzájemné pomoci v rozsahu 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Klade se při ní důraz na ekonomické aspekty a přehlednost využití finančních prostředků, které plynou z více zdrojů. Komplexní domácí péče je forma zdravotní péče (home care) a sociální péče (home help). Ty jsou navzájem propojeny včetně péče laické a vychází se při nich vždy z potřeb klienta v prostředí jemu známém, což obvykle bývá jeho vlastní domov.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-standovy.doc [online]. © 2006 [cit. 2010-02-11].  
Národní centrum domácí péče.info/. Dostupné z WWW: </www.domaci-pece.info/>  
JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7

<sup>31</sup> CHYBOVÁ, M. Komplexní domácí péče. *Kontakt*. 2003, 5, 3, s. 185-188. Dostupný také z WWW: <</www.zsf.jcu.cz>. ISSN 1212-4117

## 1.4 Formy komplexní domácí péče

V České republice je komplexní domácí péče poskytována v pěti formách. Akutní domácí péče nebo-li také domácí hospitalizace, dlouhodobá domácí péče, preventivní domácí péče, hospicová domácí péče, jednorázová domácí péče.<sup>32</sup>

### 1.4.1 Akutní komplexní domácí péče

Je poskytována klientům s akutním, krátkodobým onemocněním. Je určena klientům, jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci. Tato forma zahrnuje specializovanou domácí péči a je určena především pro klienty po operaci či úrazech. Bývá poskytována převážně v rozsahu dnů až týdnů. Je poskytována pacientům, kteří jsou propouštěni z nemocnice a umožní jejich rychlé propuštění z nemocničního lůžka do prostředí jim známého a pacienti tak mohou využít pohodlí svého domova. Tato forma domácí péče je ve větších městech, kde se provádí jednodenní chirurgie, velice často využívána. Zde již o pacienta mohou pečovat zkušené všeobecné sestry s tím, že je úroveň péče srovnatelná s nemocniční péčí. Mnohé zkušenosti z praxe ukazují, že psychická pohoda domácího prostředí urychluje doléčení po operacích, úrazech, léčbě kardiovaskulárních chorob a nemocí spojených s neurologickým aparátem. Tento druh péče ordinuje lékař, který pacienta propouští z nemocnice. Takový předpis má platnost 14 dní po propuštění. Domácí péči poté hradí zdravotní pojišťovna a to až do rozsahu 3 hodin denně. Pokud je doléčování prováděno delší dobu, platí pravidla jako u chronicky nemocných pacientů.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2009-12-29]. [Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>>

<sup>33</sup> JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2  
JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7

MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2009-12-29]. [Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>>

#### 1.4.2 Dlouhodobá komplexní domácí péče

Tato forma je nejrozšířenější formou domácí péče. Klienty se stávají pacienti s chronickým onemocněním, kteří sice nepotřebují hospitalizaci, ale jejich zdravotní stav potřebuje dlouhodobou a pravidelnou péči kvalifikovaného zdravotnického personálu. Tuto péči ordinuje registrující praktický lékař a je plně hrazena zdravotní pojišťovnou a to do rozsahu 3 hodin denně. U nemocných v terminálním a preterminálním stádiu nemoci může tato péče být navýšena až o 2 hodiny, to je na 5 hodin denně. Pracovnice v domácí péči pak navštěvují pacienty dle indikace lékaře v dobu, kterou lékař stanoví. Jelikož chronických nemocí v populaci narůstá, tento typ péče je nejrozšířenější. V péči o chronicky nemocného jde o dlouhodobou a pravidelnou pomoc kvalifikovaným personálem. K dlouhodobým ošetrovatelským intervencím dochází převážně u pacientů s komplikovaným diabetem, u neurologicky postižených nemocných s roztroušenou sklerózou nebo po náhlých příhodách mozkových s plným nebo částečným ochrnutím, Alzheimerovou chorobou, Parkinsonovou chorobou. K dlouhodobým ošetrovatelským intervencím dochází i u pacientů s chronickým onemocněním plic a dýchacích cest při dlouhodobé domácí oxygenoterapii, a rovněž u onkologicky nemocných v terminálním a preterminálním stavu. Také se poskytuje dlouhodobě domácí péče nemocným s psychickým postižením. Dlouhodobá péče, jak již plyne z názvu, je poskytována v rozsahu měsíců až let.<sup>34</sup>

#### 1.4.3 Preventivní komplexní domácí péče

Tato péče se zaměřuje na klienty u nichž lékař doporučí kontroly fyzického a duševního stavu v pravidelných intervalech. Pracovnice domácí péče provádí především měření fyziologických funkcí a sleduje celkový stav klienta. Lékař je následně o stavu

---

<sup>34</sup> HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1. Praha: Grada, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7

MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2009-12-29].

[Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW:

<<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>>



klienta informován sestrou domácí péče telefonicky nebo osobně. Dobu a intervaly jednotlivých kontrol určí lékař.<sup>35</sup>

#### 1.4.4 Komplexní domácí hospicová péče

Tato péče je určena klientům v preterminálním a terminálním stadiu života, jestliže lékař předpokládá ukončení tohoto stádia v období přibližně do šesti měsíců. Návštěvní služba v hospicové domácí péči je indikována ošetřujícím lékařem 3x denně, pokud je potřeba, je možné ji rozšířit po schválení revizním lékařem až na 5x denně. V této formě je velmi důležité sledování a vyhodnocování intenzity bolesti a také emocionální podpora klienta i jeho rodiny, aby se ulehčil proces umírání. Umírání doma je důstojnější, nicméně péče o umírajícího klienta v domácím prostředí je pro rodinu i pro ošetřující personál velmi náročná. Zdravotní sestra zde zajišťuje v rámci multidisciplinárního týmu management bolesti, čímž zmírňuje utrpení nemocného a poskytuje emociální podporu jeho blízkým v procesu umírání. Dle Haškovcové do péče o umírajícího je zahrnuta i péče o jeho nejbližší. Rodina umírajícího potřebuje vědět, že jejich blízký netrpí. Toto vše vyžaduje od zdravotnického personálu vysokou profesionalitu, samostatnost, psychickou a fyzickou odolnost a hlubokou míru empatie a tolerance.<sup>36</sup>

#### 1.4.5 Jednorázová domácí péče nebo také ad hoc

Tato forma domácí péče se využívá při jednorázových výkonech. Jedná se zpravidla o odborné výkony, např. odběr biologického materiálu, jednorázové aplikace

---

<sup>35</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku : české ošerřovatelství č. 9 - praktická příručka pro sestry*. 1. Brno: IDVPZ, 2001. 57 s. ISBN 80-7013-349-X

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2

<sup>36</sup> Domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc [online]. © 2006 [cit. 2010-02-11].

Národní centrum domácí péče.info/. Dostupné z WWW: </www.domaci-pece.info/>

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie : České ošerřovatelství 10, praktická příručka pro sestry*. 1. Brno: IDVPZ, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5

SOFAER, B. *Bolest-příručka pro zdravotní sestry*. 1. Praha: Grada, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X

STAŇKOVÁ, M. *České ošerřovatelství 11 : Sestra-reprezentant profese*. 1. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6

injekcí. V tomto případě se jedná o jednorázovou návštěvu u pacienta, kdy zdravotní sestra provede jeho kompletní vyšetření a kontrolu všech důležitých tělesných funkcí. Pokud je zapotřebí, provede převaz, případně bandáž nebo jiný jednoduchý zákrok. Klient je poučen o dietního režimu, hygieně po operačním zákroku, způsobech rehabilitace. Tato forma je indikována v případech, kdy stav klienta vyžaduje poskytnutí odborné péče bez indikace dlouhodobé domácí ošetrovatelské péče.<sup>37</sup>

## 1.5 Jednotlivé aspekty v poskytování primární péče

Komplexní péče, která je poskytovaná v rámci zdravotní péče, se rozděluje podle zaměření aktivit na primární, sekundární nebo terciální.

Principem primární péče je zaměření ošetrovatelské péče především na prevenci onemocnění, ochranu a upevňování zdraví. Její součástí jsou očkování, edukace o zdravotním stylu, výživě, zdravotního prostředí. Dodržováním pravidelných termínů docházek na preventivní prohlídky umožňují poskytovatelům primární péče poznat životní styl klientů.

V sekundární zdravotní péči, která je realizována ve zdravotnických zařízeních, se určuje diagnostika a léčba. Tato péče je zaměřena na prevenci komplikací určitého onemocnění.

Cílem terciální péče je dokončit léčebný proces a maximálně zlepšit zdravotní stav nemocného. V tomto směru je ošetrovatelská péče zaměřena na komplexní a základní péči, léčebné výkony, edukaci, rehabilitaci, paliativní péči. V rámci zdravotnické soustavy se domácí ošetrovatelská péče stala v posledních desetiletích nejdůležitějším poskytovatelem terciální zdravotní péče. Klientům domácí péče jsou poskytovány tyto ošetrovatelské intervence zdravotní sestrou přímo nebo nepřímo.<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2  
JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7

<sup>38</sup> CHYBOVÁ, M. Komplexní domácí péče . *Kontakt*. 2003, 5, 3, s. 185-188. Dostupný také z WWW: <<://www.zsf.jcu.cz>. ISSN 1212-4117  
JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2  
JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*. Praha: Grada, 2005. 148 s. ISBN 80-247-1001-3

Součástí přímé ošetrovatelské péče (face to face) jsou ošetrovatelské intervence, které se uskutečňují v přímém kontaktu s klientem a jeho rodinou. Jedná se o různé ošetrovatelské výkony, fyzická vyšetření a hodnocení klienta (převazy, aplikace injekcí, zavádění katétrů, infuzní terapie. Sem je rovněž zahrnuta edukace a aktivní pomoc při osvojování návyků změny zdravotního stylu podporující zdraví. Všechny indikované a provedené výkony musí být evidovány v ošetrovatelské dokumentaci klienta a jsou vykazovány příslušné zdravotní pojišťovně k proplacení.

Do kompetencí nepřímé péče spadá vedení ošetrovatelské dokumentace a spolupráce s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Je žádoucí, aby péče, která je poskytována, byla především kvalitní a koordinovaná. (multidisciplinární spolupráce, organizování a účast na poradách všech klientových poskytovatelů péče, obhajoba klientových práv v kontextu zdravotního systému, zdravotních pojišťoven, dohled nad domácí výpomocí, dokumentační práce.<sup>39</sup>

Hraje zde velkou roli dostupnost, účelnost, kvalita, přehlednost a citlivost poskytované péče. Tyto aspekty vytváří kvalitní poskytování zdravotní péče.

Dostupností se rozumí, že každý občan, který je ze zákona povinen platit zdravotní pojištění, má nárok na poskytnutí domácí ošetrovatelské péče v rámci státem garantované zdravotní péče v plném rozsahu až 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu.

Účelnost spočívá v poskytování komplexní zdravotnické a ošetrovatelské péče tak, aby tato péče splnila očekávané výsledky v bio-psycho-sociálních a spirituálních potřebách klienta. Vychází se z demografických možností klienta.

Aspekt kvality v poskytování komplexní zdravotnické a ošetrovatelské péče vychází z aktuálních finančních a technických možností klienta. K tomu je zapotřebí znát zevní sociální podmínky klienta.

---

<sup>39</sup> CHYBOVÁ, M. Komplexní domácí péče. *Kontakt*. 2003, 5, 3, s. 185-188. Dostupný také z WWW: <<://www.zsf.jcu.cz>. ISSN 1212-4117

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*. Praha: Grada, 2005. 148 s. ISBN 80-247-1001-3

Přehlednost záznamů o potřebách klienta v ošetrovatelské dokumentaci pomůže k orientaci dalším členům multidisciplinárního týmu v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče.

Citlivost spočívá v celostním přístupu k poskytování komplexní domácí péče, která díky dobré koordinaci všech zúčastněných dokáže pokrýt převážnou část potřeb klienta v domácím prostředí.

Humánností se rozumí poskytování komplexní zdravotnické a ošetrovatelské péče, takovým způsobem, aby byla zachována lidská důstojnost. Berou se při tom na vědomí pocity klienta, a také to, že si na poskytovanou péči vytváří názor.<sup>40</sup>

### **1.5.1 Poskytovatelé primární zdravotní péče**

Mezi poskytovatele primární zdravotní péče patří praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, ambulantní gynekologové, stomatologové, agentury domácí péče, lékařská služba první pomoci a lékárenská pohotovostní služba,

Hlavním úkolem praktických lékařů pro dospělé je poskytovat komplexní péči, která zahrnuje podporu zdraví, prevenci onemocnění, léčbu, rehabilitaci a podpůrnou péči. Další z jejich povinností je také provádět preventivní prohlídky dle harmonogramu a vykonávat návštěvní službu v rodinách.

Úkolem praktických lékařů pro děti a dorost je poskytování léčebně preventivní péče, očkování dětí, od narození do 19 let, dle harmonogramu. Vykonávají návštěvy v rodinách, zjišťují hygienické podmínky a poskytují rady maminkám jak pečovat o dítě, správně kojit a sledují správnou ontogenezi.

Ambulantní gynekologové provádí pravidelné preventivní prohlídky dle harmonogramu, sekundární prevenci a léčbu.

Stomatologové vykonávají preventivní prohlídky, sekundární prevenci a léčbu.

Agentury domácí péče poskytují odborné a specializované zdravotní a ošetrovatelské služby, které indikuje registrující praktický lékař pro dospělé, registrující

---

<sup>40</sup> Domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc [online]. © 2006 [cit. 2010-02-11]. Národní centrum domácí péče.info/. Dostupné z WWW: <[www.domaci-pece.info/](http://www.domaci-pece.info/)>

praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař ze zdravotnického zařízení. Péče je zajišťována 24 hod. denně a je hrazena ze zdravotního pojištění. Poskytování sociálních služeb si klient hradí sám.

Lékařská služba první pomoci poskytuje ošetření náhlých stavů, u kterých není indikace pro výjezd ZZS. Tyto služby jsou zřizovány krajem nebo obcí, které jejich provoz také financují. Lékařská pohotovostní služba poskytuje služby 24 hodin denně.<sup>41</sup>

## 1.6 Právní zakotvení v oblasti domácí ošetrovatelské péče

Od roku 1992 je poskytování domácí péče upraveno následujícími právními normami:

Zákon č. 20/1966 Sb., *O péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů.*

Zákon č. 160/1992 Sb., *O zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů*, které určují za jakých podmínek a v jakém rozsahu má být domácí péče poskytována, je zde přesně vymezeno, kdo je příjemcem a kdo poskytovatelem.

Vyhláška MZČR č. 49/1993 Sb., *O technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.*

Zákon č. 48/1997 Sb., *O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů* Způsob a výše úhrady jednotlivých výkonů v poskytování zdravotní péče řeší sazebník diagnostických a terapeutických výkonů s danými bodovými hodnotami. Tímto sazebníkem, který je součástí zákona č. 48/1997 Sb., je domácí péče určena jako součást primární péče.

Vyhláška MZČR č. 440/2000 Sb., *kteřou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření nazokomiálních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče v platném znění.*

Zákon č. 258/2000 Sb., *O ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů.*

---

<sup>41</sup> Domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-standovy.doc [online]. © 2006 [cit. 2010-02-11].  
Národní centrum domácí péče.info/. Dostupné z WWW: <www.domaci-pece.info/>  
JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2

Zákon č. 95/2004 Sb., *O zdravotnickém povolání lékaře, zubaře a farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách.*

Zákon č. 96/2004 Sb., *O nelékařský zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách.*

Zákon č. 108/2006 Sb., *Zákon o sociálních službách.*

Vyhláška č. 472/2009 Sb. *kteou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kteou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpis.*

### **1.6.1 Zřizovatelé agentury domácí péče**

Agentury komplexní domácí péče můžeme rozdělit podle zřizovatele. Zřizovateli domácí péče v České republice mohou být právnické osoby, které mají sídlo na území České republiky. Těmi jsou nejčastěji různé humanitární charitativní organizace, ale také samotné nemocnice. Mohou to být agentury zřizované státem působící při fakultních nemocnicích. Dále jsou to typy agentur komplexní domácí péče zřizované příslušnou obcí nebo pouze fyzickou osobou, kde existují dvě možné varianty. V prvním případě se může jednat o solventní osobu, která při registraci musí uvést odborného zástupce - podle platné legislativy je podmínkou minimálně 5 let praxe v oboru, z toho 2 roky u lůžka anebo všeobecnou setru s registrací, která splňuje veškeré náležitosti, které jí zákon č. 160/1992 sb., *O zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů* ukládá. V druhé variantě jsou podle Zákona č. 160/1992 zřizovateli agentur *právnické osoby*, například různá církevní, humanitární a občanská sdružení nebo obchodní společnosti.<sup>42</sup>

Dále mohou být zřizovatelem fyzické osoby s trvalým pobytem na území České republiky. V této skupině se jedná zejména o zdravotní sestry, které zároveň zaujímají

---

<sup>42</sup> ČAS SEKCE DOMÁCÍ PÉČE. [online]. 2008-2009 [cit. 2010-29-01]. Dostupné z WWW:

<http://www.cna.cz/sekce-a-regiony>

[Domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc](http://www.domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc) [online]. © 2006 [cit. 2010-02-11]. Národní centrum domácí péče.info/. Dostupné z WWW: <[www.domaci-pece.info/](http://www.domaci-pece.info/)>

MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2009-12-29].

[Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW:

<<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>>

první místo mezi zřizovateli domácí péče u nás. Poslední skupinu tvoří stát, přesněji řečeno orgány veřejné správy - tedy regiony a obce.<sup>43</sup>

Pokud je provozovatelem nestátního zařízení fyzická osoba – například zdravotní sestra - musí být způsobilá k právním úkonům, bezúhonná a mít odbornou způsobilost, která odpovídá druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované agenturou domácí péče. K jejímu provozování je nutná registrace k výkonu činnosti na příslušném zdravotním odboru krajského úřadu. Dále musí být vyhlášeno výběrové řízení a uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Předpokladem k činnosti agentury domácí péče je vypracování koncepce agentury, vymezení rozsahu působnosti, které určuje zdravotní pojišťovna ( jedná se o nasmlouvání odborností - 925 a 918, územní rozhodnutí – v jakém regionu, městě či části města bude činnost agentury domácí péče poskytována), výběr kvalifikovaných pracovníků, zajištění financování.

Zřizovatel musí mít trvalý pobyt a sídlo na území České republiky. Agentura je založena zakládací smlouvou (ta obsahuje: jméno a příjmení, bydliště, rodné číslo, označení hlavní činnosti). Podmínkou k vykonávání činnosti je také materiální a technické vybavení podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 49/1993 Sb. *O technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.*

Jedná se o přístroje a pomůcky určené k ošetřování a zvyšování komfortu v domácí péči. Kontaktní pracoviště zdravotní sestry při poskytování domácí péče je vybaveno telefonní linkou, pracovním stolem, kartotékou, skříní na léčiva, zdravotnickým materiálem, chladničkou. Zařízení musí splňovat všechny zdravotnické a hygienicko-epidemiologické požadavky pro bezpečný provoz.<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitní ošetrovatelství: 1. české vydání*. 1. Martin: Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1

MISCONIOVÁ, M. *Komplexní domácí péče '94*. 1. Praha: Asociace domácí péče - Národní centrum domácí péče, 1994. 85 s. ISBN neuvedeno

<sup>44</sup> ČAS SEKCE DOMÁCÍ PÉČE. [online]. 2008-2009 [cit. 2010-29-01]. Dostupné z WWW:

<http://www.cnaa.cz/sekce-a-regiony>

[Domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc](http://www.domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc) [online]. © 2006 [cit. 2010-02-11]. Národní centrum domácí péče.info/. Dostupné z WWW: <[www.domaci-pece.info/](http://www.domaci-pece.info/)>

MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2009-12-29].

[Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW:

<<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>>

### 1.6.2 Organizace komplexní domácí péče

Komplexní domácí péče je zdravotní péče, kdy je klient aktivním účastníkem procesu a je mu poskytována péče v rozsahu prevence, monitoringu léčby a diagnostiky. Účelem domácí péče není, aby tato forma pomoci, jak zdravotní, tak sociální, byla klientem a jeho rodinou přijímána pasivně. Ale je zde důležité, aby byl vytvořen pocit důvěry mezi klientem a poskytovatelem domácí péče a předcházelo se komplikacím nemoci. Tato služba je poskytována, jak již bylo zmíněno, - 24 hodin denně 7 dní v týdnu. To znamená, že se klient dovolá pomoci, kdykoliv ji bude potřebovat. Základním principem uspokojování potřeb v poskytování služeb, jak v domácí tak sociální péči, je přizpůsobování se potřebám klienta. Role rodinných příslušníků a blízkých klienta spočívá v pomoci překonávání studu při provádění delikátních ošetrovatelských postupů. Při každodenní péči o klienta získávají přehled o vývoji onemocnění a zároveň jistotu vlastní role a možného ovlivňování dalšího celkového stavu klienta. Zkušenými sestrami jsou rodinní příslušníci „zacvičení“ a vzdělávání pro poskytování některých odborných výkonů a tím přispívají ke komplexnosti odborného týmu.<sup>45</sup>

### 1.6.3 Financování komplexní domácí péče

Jakékoliv poskytování zdravotní péče se řídí právními normami, které garantují občanovi naší republiky nárok na bezplatnou zdravotní péči, volbu lékaře a změnu pojišťovny v určitých intervalech daných zákonem. Z toho vyplývá, že i zdravotnické služby poskytované agenturami domácí péče jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Záleží na typu poskytovaných služeb. Každá agentura domácí péče musí mít uzavřenou smlouvu s jednotlivými zdravotními pojišťovnami, kde je jasně stanovena

---

<sup>45</sup> BÍLÁ KNIHA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH [online]. Praha: 2003, [cit. 2010-01-09]. Dostupné [http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)

CHYBOVÁ, M. Komplexní domácí péče . *Kontakt*. 2003, 5, 3, s. 185-188. Dostupný také z WWW: <<://www.zsf.jcu.cz>. ISSN 1212-4117

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory* . 1. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2

MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2010-12-29].

[Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW:

<<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>>



bodovým sazebníkem úhrada jednotlivých činností, odborných výkonů, poskytovaných v domácí ošetrovatelské péči. Nemá-li agentura s některou zdravotní pojišťovnou klienta uzavřenou smlouvu, jsou jednotlivé úkony financovány formou přímé úhrady. Úhrada sociální péče se řídí zákonem 108/2006 Sb., *O sociálních službách*.<sup>46</sup>

Stávající úprava financování komplexní domácí ošetrovatelské péče se však jeví jako nevyhovující a nedostačující. Jedním z problémů mimo jiné je fakt, že domácí ošetrovatelská péče, tedy domácí ošetrovatelská péče poskytovaná ideálně právě multidisciplinárním týmem je částečně financována ze zdravotního a částečně ze sociálního pojištění. Což úzce souvisí s pojmem dlouhodobé péče, viz níže.

#### **1.6.4 Pojem dlouhodobá péče**

Dlouhodobá péče není ve stávajících právních předpisech dostatečně vymezena. Současná organizace včetně finančního zajištění je nesystémově rozdrobena mezi resorty Ministerstva zdravotnictví ČR, Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, kraje, obce a klienty péče, resp. jejich rodiny. Tato situace vede k významným nerovnostem mezi srovnatelnými klienty různých poskytovatelů a nedostatečnému zajištění kvality a dostupnosti. Hlavní bariérou je rozhraní mezi zdravotním a sociálním systémem – klienti se stejnými potřebami dnes mohou do značné míry náhodně skončit v institucích, které jsou různě řízeny a mají zásadně odlišné financování včetně spolu platby klienta.

Další významný problém bezesporu leží uvnitř zdravotnictví jako takového. Je jím nejasné vymezení následné a dlouhodobé péče. Obě oblasti mají zjevně jiný účel, a měly by tím pádem také mít jiné financování a hlavně požadavky na poskytovatele. V mnoha dnešních zařízeních typu LDN (léčebna dlouhodobě nemocných) a OLÚ (odborný léčebný ústav) apod. se ale ve skutečnosti starají o pacienty s potřebou jak intenzivní rehabilitační (tedy následné), tak i podpůrné (dlouhodobé) péče.

---

<sup>46</sup> MATOUŠEK, O, et al. *Sociální služby-legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 80-7367-310-X

MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2010-12-29]. [Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW: <http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>

PAVLICOVÁ, J. Domácí péče v České republice. *Sestra*. 2003, 3, s. 11-12. ISSN 1210-0404

Dosavadní snahy o vyřešení tohoto problému byly zaměřeny spíše na vymezení určité jasně dané hranice mezi odpovědností zdravotnictví a sociálních služeb. Tuto hranici ale ve skutečnosti dost dobře vytyčit nelze, protože dlouhodobá péče je charakteristická právě prolínáním zdravotní a sociální složky. Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR na přelomu roku 2010/2001 schválily návrh tezí dlouhodobé péče. Cílem by mělo být vypracování samostatného zákona o dlouhodobé péči, který tuto oblast jasně vymezí a s pomocí prováděcích předpisů stanoví nárok na dlouhodobou péči, její rozsah, způsob registrace poskytovatelů, personální, materiální a technické požadavky včetně standardů péče a zdroje financování. Otázkou ovšem je, jestli právě toto řešení je tím správným, protože otázkou zůstává, zda by nebylo lepší sloučit a sjednotit stávající právní předpisy upravující zdravotní a sociální péči než kupit na již tak velkou a nepřehlednou hromadu právních předpisů další zákonnou a na ní navazující podzákonné normy. Nicméně kladně lze hodnotit fakt, že bude tímto bude vymezena určitá oblast, ve které se neoddělitelně prolíná zdravotní a sociální péče. Cílem je zřejmě srovnat podmínky pro všechny klienty, zajistit lepší využití finančních prostředků, které jsou k dispozici, a zvýšit dostupnost a kvalitu dlouhodobé péče. V ideálním případě klienti, kteří mohou zůstat ve svém domácím prostředí, potřebují integrovanou zdravotní a sociální domácí péči a větší dostupnost stacionářů. Ti, kteří se neobejdou bez pobytové péče, musejí mít zajištěn určitý standard kvality a jasně vědět, jaká je úroveň spolufinancování. Na jedné straně je třeba více zapojit rodinu do financování tohoto druhu péče, na druhé straně najít cestu, jak vhodně podpořit opravdu chudé.<sup>47</sup>

### **1.6.5 Celoživotní vzdělávání sester v komunitní péči**

V České republice je dle nařízení vlády č. 463/2004 Sb. specializační vzdělávání v oboru komunitní ošetrovatelská péče. *Cílem je připravit všeobecné sestry pro poskytování specializované ošetrovatelské péče jedincům i skupinám osob vymezených*

---

<sup>47</sup> [Domaci-pece.info/\[online\]](http://www.domaci-pece.info/). © 2006 [cit. 2011-04-29]. Národní centrum domácí péče [info/aktuality](http://www.domaci-pece.info/aktuality). Dostupné z [http://www.domaci-pece.info/aktualni-problematika-zdravotne-socialni-pece-/5773240/obcansiti2011\\_01.pdf](http://www.domaci-pece.info/aktualni-problematika-zdravotne-socialni-pece-/5773240/obcansiti2011_01.pdf)

zejména společným sociálně-kulturním prostředím, územím, věkem, zdravotním stavem nebo rizikovými faktory v jejich vlastním sociálním prostředí (Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. *Rámcové vzdělávací programy pro specializační vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků*, 2006, částka 2.) 1. NCO NZO v Brně – subkatedra ošetrovatelské péče o dospělé - ve spolupráci s Domovem pro seniory Nopova, p. o. nabízí specializační vzdělávání v oboru „*Komunitní ošetrovatelská péče*“ (120 kreditů za celý program). Tento kurz je určen pro všeobecné sestry pracující v agenturách domácí péče, v hospicích, lázních, ústavech sociální péče a domovech pro seniory. Dalším kurzem je „*Komunitní sestra v domácí péči*“ pro sestry pracující v agenturách domácí péče (82 kreditů). Pro porodní asistentky je určen kurz „*Komunitní péče v porodní asistenci*“. Subkatedra výživy nabízí kurz „*Komunitní nutriční péče a poradenství u seniorů*“ určený pro nutriční terapeutky pracující s komunitou seniorů (48 kreditů).<sup>48</sup>

V rámci celoživotního vzdělávání jsou pro sestry pracující v komunitní péči připraveny i kurzy formou e-learningu. Evropskou komisí byl v programu *Leonardo da Vinci* schválen mezinárodní projekt s názvem *E-learning v komunitní péči*. Projekt probíhal od 1.11.2007 do 31.10.2009, hlavní řešitel je NCO NZO v Brně, partnerskými státy jsou Slovensko, Maďarsko, Polsko, Francie. Program je určen pro sestry a porodní asistentky v komunitní a primární péči, předností e-learningové formy je větší dostupnost a pružnost vzdělávání, zároveň klade větší nároky na samostatnost a samostudium studujících. Struktura programu je uspořádána do modulů. Povinný je modul základní a odborný. Další čtyři moduly jsou speciální – pro všeobecné sestry jsou zaměřeny na práci komunitní sestry v domácí péči, v péči o rodinu, v péči o seniory a v prevenci pracovních rizik. Speciální moduly pro porodní asistentky se zaměřují také na péči o rodinu, prevenci pracovních rizik, ultrazvukovou diagnostikou v práci porodní asistentky, a v poradenství při kojení. Další kurzy celoživotního

---

<sup>48</sup> [NCONZO.cz/web/vzdelavani/158](http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/158) [online]. © 2008 [cit. 2010-01-29]. dostupné <http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/158>

vzdělávání jsou zaměřené na osobní rozvoj, bazální stimulaci, na kontinuální zvyšování kvality poskytované péče.<sup>49</sup>

Dne 14. 3.2011 vyšla ve sbírce zákonů částka 20/2011 vyhláška č. 55/2011 Sb. *O činnostech zdravotnických pracovníků*, kterou se ruší vyhláška 424/2000 Sb. kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků vyhláška č. 401/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 424/2004 Sb. došlo k redukci a sloučení některých oborů specializačního vzdělávání a tímto k novému označení některých odborností nelékařských zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí a naopak nově vznikly 3 obory specializačního vzdělávání pro radiologické asistenty. Vzhledem k tomu, že specializovaná způsobilost získaná podle dřívějších právních předpisů zůstává nedotčena, jsou ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. ponechány činnosti u specializačních oborů, které zanikly a které nebyly nahrazeny jiným obdobným oborem specializačního vzdělávání.<sup>50</sup>

### **1.6.6 Zahájení komplexní domácí péče**

Zavedení, ukončení domácí ošetrovatelské péče a administrativní činnost sestry v domácí péči je pod číselným výkonem 06311 – tento výkon je definován jako první či poslední návštěva v domácí ošetrovatelské péči a zpracování či ukončení ošetrovatelského plánu u nemocného. Tento výkon je uveden v *Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*, které vydalo jako svou vyhlášku Ministerstvo zdravotnictví č.55/2000 Sb., ve znění vyhlášky 134/98 Sb. Sestrou je posuzován komplexní stav pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí, vychází se z indikace praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře ve zdravotnickém zařízení.. Sestra odebírá osobní, rodinnou, a psychosociální anamnézu klienta. Po analýze získaných informací vytvoří ošetrovatelský plán, který může být podle stavu klienta krátkodobý nebo dlouhodobý. Ošetrovatelský proces se

---

<sup>49</sup> MARKOVÁ, M. BÁRTLOVÁ, S. Mezinárodní projekt e-learning v komunitní péči. *Florence* . 2008, 4, 2, s. 59-59. ISSN 1801-464X

<sup>50</sup> NCONZO.cz/web/vzdelavani/158 [online].© 2008 [cit. 2011-04-29].dostupné <http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/158>

skládá z pěti částí. Jde o posouzení a zhodnocení nemocného, dále určení ošetřovatelské diagnózy, plánování ošetřovatelské péče, realizace plánu ošetřovatelské péče a vyhodnocení jejich výsledků. Veškeré získané údaje zdravotní sestra zapíše do ošetřovatelské dokumentace včetně ordinací, požadovaných služeb, frekvenci a dobu trvání návštěv. Domácí ošetřovatelská péče může být zahájena po schválení a podpisu indikujícího lékaře. Lékař schvaluje plánování výkonů, jejich frekvenci a časové vymezení.<sup>51</sup>

Ošetřovatelská dokumentace slouží jako důkaz, že při ošetřovatelské péči bylo postupováno dle daných norem a péče byla přiměřená zdravotnímu stavu klienta, aby mohla být uhrazena zdravotní pojišťovnou. Ošetřovatelská dokumentace je důležitým podkladem pro jednání s pojišťovnami a soudy.<sup>52</sup>

### **1.7 Kvalita ošetřovatelské péče**

Kvalita znamená splnění určitých požadavků na poskytování ošetřovatelské péče. Nároky na poskytování komplexní ošetřovatelské a zdravotní péče se neustále zvyšují. Do tzv. modelu (4P) programu kontinuálního zvyšování kvality patří plánování, realizace, kontrola, pokračování. K předpokladům dodržení kvality ošetřovatelské péče patří úzká spolupráce jednotlivých členů multidisciplinárního týmu ,kteří se podílejí na uspokojování všech potřeb klienta, pro dosažení společného cíle. Jedním z hlavních ukazatelů kvality péče je spokojenost klienta s poskytovanou péčí celého týmu. Dalším

---

<sup>51</sup> Domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc [online]. © 2006 [cit. 2010-02-11].

Národní centrum domácí péče.info/. Dostupné z WWW: </www.domaci-pece.info/>

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7

MISCONIOVÁ, B. *Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0* [online]. © 2006 [cit. 2010-12-29].

*Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-*. Dostupné z WWW:

<*http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0*>

<sup>52</sup> POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. Praha : Grada, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7

BOCZAR, N, et al. *Průvodce ošetřovatelskou dokumentací od A do Z*. 1. Praha: Grada, 2002. 39 s. ISBN 80-247-0278-9

měřítkem jsou reálné výsledky péče o pacienta. Zde zjišťujeme zda došlo ke zlepšení zdravotního stavu klienta a kvality života.<sup>53</sup>

V České republice byl přijat již zmiňovaný zákon č.96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který uzákonil povinnost celoživotního vzdělávání. Jednotlivé vzdělávací aktivity, jako jsou např. stáže, konference, specializační vzdělávání a další, jsou stanoveny vyhláškou a ohodnoceny daným počtem kreditních bodů. Vzdělání sester podmiňuje jejich analytické schopnosti, kritické myšlení, týmovou práci, komunikaci a flexibilitu. Vzdělání zajišťuje schopnost sester plnit své povinnosti dobře a efektivně a podílí se na spokojenosti pacientů s poskytovanou ošetrovatelskou péčí.<sup>54</sup>

Základní podmínkou poskytování vysoce kvalitní péče je, aby organizace poskytující tyto služby zajistila vzdělání a kontinuální vzdělávání zaměstnanců, technické zajištění, organizační zajištění péče, frekvenci výkonů (klinickou zkušenost) a zpětnou vazbu o správnosti počínání.<sup>55</sup>

Péče o nemocného je vždy týmová a komplexní. Holistické ošetrovatelství chápe člověka jako bio-psycho-sociální-spirituální bytost, která je ošetrována s ohledem na všechny tyto aspekty. Poskytování kvalitní profesionální péče vyžaduje speciální dovednosti, vědomosti a postoje kvalifikované sestry. Profese sestry s sebou nese určité role. Role sester ovlivňují vždy změny ve společnosti, nové poznatky, technologie, systém účastnosti. Způsob a rozsah zdravotnického vzdělávání je přizpůsoben normám Evropské unie tak, aby bylo dosaženo požadavku o volném pohybu pracovníků v členských zemích Evropské unie. Povolání všeobecných sester patří do tzv. regulovaných povolání, která jsou nezastupitelná a mohou ji vykonávat jen kvalifikovaní pracovníci v oboru. Kvalitní poskytování komplexní péče o pacienty závisí rovněž na celoživotním vzdělávání všech účastníků multidisciplinárního týmu

---

<sup>53</sup> ŠKRLA, P; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1

<sup>54</sup> AITKEN, L; PATRICIAN, P. The Revised Nursing Work Index. *Measuring organizational traits of hospitals: Nursing research*. 2000, 49, 3, s. 146-153. ISSN 0029-6562  
BARTLOVÁ, S. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace. *Florence*. 2006, II, 4, s. 48-49. Dostupný také z WWW: <florence.cz>. ISSN 1801-464x

<sup>55</sup> KAREŠ, J; DRLÍKOVÁ, M; BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. České Budějovice: ZSF-JCU, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9

poskytujících tuto péči. Je prokázáno, že získáváním celoživotního vzdělávání pozitivně ovlivňuje a zkvalitňuje péči o klienty. Mezi indikátory kvality v nemocnicích jsou zařazeny pády pacientů, vznik dekubitů, spokojenost nemocných a zaměstnanců a další.<sup>56</sup>

Kvalitu ošetrovatelské péče určují ošetrovatelské standardy, které stanovují její měřitelná kritéria. Ošetrovatelský standard je dohodnutá profesní úroveň vykonávané ošetrovatelské činnosti. Standardy jsou vydávány buď jako právní předpisy, metodická opatření Ministerstva zdravotnictví (MZ) stanovená ve Věstníku MZ, nebo mohou být vypracovány profesní organizací, zdravotnickým zařízením a dalšími účastníky poskytujícími ošetrovatelské služby. Ošetrovatelské standardy se týkají kvalifikace a kategorií ošetrovatelského personálu, ošetrovatelské dokumentace, realizace ošetrovatelského procesu, vybavení, pracovních postupů a personálního obsazení pracoviště. Závazně určují normu kvality pro konkrétní péči. Umožňují objektivní hodnocení poskytované péče, poskytují pocit bezpečí a jistoty nemocným. Kvalitní péče chrání sestry před neoprávněným postihem. Základními požadavky, které jsou na ošetrovatelský standard kladeny jsou jasné a srozumitelné znění. Ošetrovatelský standard musí obsahovat kritéria, podle kterých se bude hodnotit jeho dosažení či dodržování. Cíle standardu musí být nutně přesně specifikovány tak, aby jim sestry i pacienti rozuměli. Každý standard odpovídá potřebám a možnostem příslušného zdravotnického zařízení, nebo pracoviště. Jen tak mohou být sestry za jeho dodržování odpovědné. Cíle i standardy musí být dosažitelné a reálné. Musí obsahovat požadovanou úroveň péče. Vedoucí pracovníci v ošetrovatelství mají povinnost na svém pracovišti průběžně hodnotit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, organizaci práce ošetrovatelských pracovníků, profesionální přístup ošetrovatelského personálu k pacientům a spokojenost pacientů s ošetrovatelskou péčí.<sup>57</sup>

---

<sup>56</sup> BARTLOVÁ, S. Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*. 2007, 9, 2, s. 254-259. Dostupný také z WWW: <://www.zsf.jcu.cz>. ISSN 1212-4117  
STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11 : Sestra-reprezentant profese*. 1. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6

ŠAMÁNKOVÁ, M, et al. *Základy ošetrovatelství*. 1. Praha: Karolinum, 2006. 153 s. ISBN 80-246-1091-4

<sup>57</sup> KAREŠ, J; DRLÍKOVÁ, M; BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. České Budějovice: ZSF-JCU, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9

## 1.8 Jednotlivé činnosti v poskytování komplexní ošetrovatelské péči

Jednotlivé činnosti prováděné v domácí péči jsou dány vyhláškou MZ ČR č.472/2009 sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v platném znění. Samotné ošetrovací návštěvy u nemocného jsou vykazovány výkonem 06313, 06315, 06317, 06318. Tyto ošetrovatelské návštěvy jsou poskytovány agenturou domácí péče u nemocných, kde se předpokládá dlouhodobá domácí péče a pacient je odkázán na ošetrování druhou osobou pro neschopnost zvládat běžné denní aktivity pro imobilitu, inkontinenci, dezorientaci a specifickou náročnost domácí péče. Při těchto návštěvách sestry provádějí pravidelné měření fyziologických funkcí, hygienickou péči, prevenci dekubitů ( edukace rodiny, jak nemocného polohovat), odběry biologického materiálu, aplikují injekce, ošetřují a převazují kožní defekty, podávají enterální formy léčiv, infuzní terapie, ošetřují permanentní katetry a u žen provádějí cévkování. Dále kontrolují dietní a pitný režim. a další intervence o kterých je zmínka níže. Jednotlivé typy ošetrovacích návštěv se liší pouze v časovém rozsahu 15 - 30 – 45 – 60 minut.<sup>58</sup>

### 1.8.1 Činnosti indikované lékařem v domácí péči

Vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí, odběr biologického materiálu, aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti, ošetření stomií, lokální ošetření (ošetření ran), klyzma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katétrů, aplikace inhalační

---

MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2010-12-29].  
[Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW:  
<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>

MISCONIOVÁ, M. *Komplexní domácí péče '94*. 1. Praha: Asociace domácí péče - Národní centrum domácí péče, 1994. 85 s. ISBN neuvedeno

<sup>58</sup> Vyhláška č. 472/2009 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů  
MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2010-12-29].  
[Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW:  
<<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>>



a léčebné terapie (p.o., s.c., i.m., i.v. ev. další způsoby aplikace terapie či instalace léčiv), Návčik a zaučování aplikace inzulinu.<sup>59</sup>

Jednou z intervencí zdravotní sestry v domácí péči je dlouhodobá domácí oxygenoterapie. Jedná se o pacienty s CHOPN (chronická plicní nemoc), kteří splňují indikaci domácí oxygenoterapie, je jim zapůjčen domácí koncentrátor kyslíku. U nemocných s respirační insuficiencí a s hypoxemií je poskytována komplexní ošetrovatelská péče včetně fyzikální a psychické . U nemocných se provádí návčik dechové rehabilitace.<sup>60</sup>

Další z možností využití domácí péče je jednodenní chirurgie. V dnešní době velice preferované provedení chirurgického výkonu a následného propuštění do domácí péče. V zahraničí je velká část operací prováděna s následnou péčí jednodenní chirurgie a dnes se tato forma chirurgických zákroků provádí i ve větších městech v ČR. Pacient je ráno přijat, tentýž den operován, do večera propuštěn a léčba se uskutečňuje v pohodlí vlastního domova. Klient je poučen v oblastech o dietním režimu, hygieně po operačním zákroku, způsobech rehabilitace. Informace o zdravotním stavu pacienta jsou urychleně předány lékaři. Toto je také jedna z cest, jak ušetřit finanční prostředky. Nejen že se ušetří finanční náklady za hospitalizaci, které mohou být vynaloženy na léčbu závažných onemocnění, ale i pro pacienta je tento způsob léčení příjemnější a mnohdy méně stresující.<sup>61</sup>

Mezi další nabídky komplexní domácí péče je poskytnutí cenných rad těhotným ženám a maminkám novorozenců v těhotenských centrech Těhotenství je pro budoucí maminky obdobím krásného očekávání a současně i zvýšené tělesné a duševní zátěže. Přestože se jedná o přirozený děj a organismus zdravé ženy je na něj připraven, je pro budoucí maminku vhodnější pomáhat organismu i vlastními aktivitami. Některé agentury poskytují tuto péči prostřednictvím akreditovaných porodních asistentek. Pokud má agentura domácí péče nasmlouvány výkony se zdravotními pojišťovnami, je

---

<sup>59</sup> ČAS SEKCE DOMÁCÍ PÉČE. [online]. 2008-2009 [cit. 2010-29-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.cnaa.cz/sekce-a-regiony> >

<sup>60</sup> ČAS SEKCE DOMÁCÍ PÉČE. [online]. 2008-2009 [cit. 2010-29-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.cnaa.cz/sekce-a-regiony> >

<sup>61</sup> Domaci-pece.info/aktuality[online]. © 2006 [cit. 2011-01-29]. Národní centrum domácí péče info/aktualiy. Dostupné z <http://www.domaci-pece.info/mpsv-chysta-novou-koncepci-integrované-domaci-pece>

tato péče plně hrazena. Ostatní nadstandardní péči (příprava k porodu maminky a tatínka, cvičení před porodem, mimořádné těhotenské přednášky, kojení, manipulace s novorozencem) si klientky hradí.<sup>62</sup>

### **1.8.2 Domácí péče neindikovaná lékařem<sup>63</sup>**

V tomto případě se jedná o péči vyžádanou samotným klientem nebo jeho rodinnými příslušníky. Jsou to sociální služby, které jsou součástí komplexní domácí péče. Tyto služby vymezuje již zmiňovaný zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách. Stanovuje rozsah poskytované péče, sociální dávky a možnost jejich vyplácení. Kvalitně poskytovaná domácí péče a pečovatelská služba umožňuje zkrátit dobu hospitalizace v nemocnici či jiném zdravotnickém nebo sociálním zařízení pouze na nezbytně nutnou dobu. Při kvalitně poskytované domácí péči je dokonce někdy možné se hospitalizaci zcela vyhnout.

Pečovatelská služba je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění. Je vykonávána v domácím prostředí nebo zařízení sociálních služeb. Pomáhá klientovi při zajišťování stravování, úklidu, doprovodu nebo transportu k lékaři, na nákup, vycházky apod.<sup>64</sup>

Další službou kterou si klient může vyžádat je osobní asistence. Tato pomoc je určena lidem, kteří potřebují zajištění nezávislého života v domácím prostředí. Asistent(ka) pomáhá lidem, kteří z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění nezvládají potřebné životní úkony. Doprovod k lékaři k odbornému vyšetření, vycházky do přírody.

V dnešní době se větší města snaží o příspěvní dotací, aby mohla vznikat Centra denních služeb. Centra poskytují ambulantní péči osobám se sníženou soběstačností. Jedná se o pomoc při hygieně, poskytnutí stravy. Provozují se zde výchovné,

---

<sup>62</sup> ŠEBESTOVÁ, D. [Http://www.pomadfm.cz/index.php?id=27&tema=tema3](http://www.pomadfm.cz/index.php?id=27&tema=tema3) [online]. 2007 [cit. 2010-02-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.pomadfm.cz>>.

<sup>63</sup> MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2010-12-29]. [Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>>

<sup>64</sup> ČAS SEKCE DOMÁCÍ PÉČE.[online]. 2008-2009 [cit. 2010-01-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.cnaa.cz/o-spolecnosti/historie>>

vzdělávací, aktivizační programy. Jde o sociálně terapeutické činnosti i právní pomoc. Jsou to tzv. odlehčovací služby. Cílem odlehčovacích služeb je umožnit odpočinek pečující osobě, která poskytuje péči nemocnému se sníženou soběstačností v domácích podmínkách. Jsou to ambulantní, terénní nebo pobytové služby.

V denních stacionářích jsou služby obdobné jako v centrech denních služeb. Jsou poskytovány ambulantně lidem se sníženou soběstačností vyžadující pomoc druhé osoby. Denní stacionář je určen pro seniory a handicapované, kteří potřebují z důvodu vysokého věku či zdravotního nebo psychického stavu pomoc se sebeobsluhou. Z kapacitních a provozních důvodů jsou služby poskytovány především lidem, kteří rozumí jednoduché verbální komunikaci, mají zájem o sociální kontakt a aktivní využití času. Velice přínosnou nabídkou služeb agentur domácí péče jsou týdenní stacionáře, které poskytují respitní péči o klienta v rozsahu 24 hodin denně po přechodnou dobu. Například v případě, kdy pečující osoba pocítuje potřebu načerpání dalších psychických a fyzických sil. Dlouhodobá péče o osobu s postižením totiž vede časem k naprostému fyzickému a psychickému vyčerpání pečující osoby. Během doby pobytu klienta ve stacionáři si může pečovatel zařídit nutné záležitosti mimo domov, ale získá tak i volný čas na odpočinek, vzdělání a další aktivity, které patří k plnohodnotnému životu.<sup>65</sup>

Jednou z dalších sociálních služeb na které se podílí krajská města jsou domovy pro seniory. Poskytují pobytové služby klientům se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé osoby. Tyto služby zahrnují stejnou sociální pomoc jako v denních a týdenních stacionářích.

Mnoho agentur domácí péče zřídilo pro zdravotně handicapované osoby a seniory tzv. tísňovou péči. Klient si stiskem bezdrátového tísňového tlačítka nebo tlačítka na panelu přístroje může přivolat sestru nebo osobu blízkou. Zařízení je určeno

---

<sup>65</sup> 1.8.2.3-1.8.2.6 Domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-stanovy.doc [online]. © 2006 [cit. 2010-02-11]. Národní centrum domácí péče.info/. Dostupné z WWW: </www.domaci-pece.info/>

k přenosu stavu tísně u zdravotně handicapovaných osob a seniorů prostřednictvím sítě GSM na mobilní telefon.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> Domaci-pece.info/aktuality[online]. © 2006 [cit. 2011-01-29]. Národní centrum domácí péče info/aktualiy. Dostupné z <http://www.domaci-pece.info/mpsv-chysta-novou-koncepci-integrované-domaci-pece>

## **2. Cíl práce**

Cílem této práce je zjistit, zda je domácí ošetrovatelská péče poskytována multidisciplinárním týmem. Jak se jednotlivé činnosti multidisciplinárního týmu prolínají a jak na sebe navazují a zda personál při své návštěvě u klienta má čas na holistický, tedy celostní přístup. Znamená to postarat se kromě zdravotního problému také o klientovu psychiku a vhodné sociální prostředí. Zaměstnanci agentur jsou mnohdy jediní, kteří zajišťují klientovi společenský kontakt a komunikaci s okolním světem.

### **2.1 Hypotézy**

H 1. Domácí ošetrovatelská péče je realizována multidisciplinárním týmem.

H 2. Domácí ošetrovatelská péče je poskytována v pojetí moderního ošetrovatelství holistickým přístupem.

H 3. Zaměstnanci poskytující domácí ošetrovatelskou péči, by uvítali užší spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Výzkumné metody a techniky**

Ke zpracování praktické části diplomové práce bylo použito kvantitativního šetření. Pro získání informací byl použit vlastní anonymní dotazník, který obsahoval 27 otázek. Respondentky odpovídaly na otázky formou výběru z nabídnutých možností i formou volných odpovědí na otázky. Otázky byly koncipovány jako otevřené i jako uzavřené.

#### **3.2. Charakteristika výzkumného vzorku**

Výzkum byl prováděn v agenturách domácí péče v Plzeňském a Jihočeském kraji, konkrétně v Plzni, Tachově, Klatovech a Českých Budějovicích. Respondenty byly zaměstnanci agentur domácí péče, tedy všeobecné sestry s registrací schopné pracovat bez odborného dohledu. Respondentky byly dotazovány formou uzavřených a otevřených otázek. (Příloha č.1).

Souhlas s výzkumným šetřením v jednotlivých agenturách domácí péče jsem získala od majitelek a vedoucích jednotlivých agentur domácí péče a to prostřednictvím osobního kontaktu. Dle dohody s příslušnými odpovědnými pracovníky mi bylo povoleno zanechat k vyplnění stanovené počty dotazníků – v naprosté většině rovnající se počtu zaměstnanců.

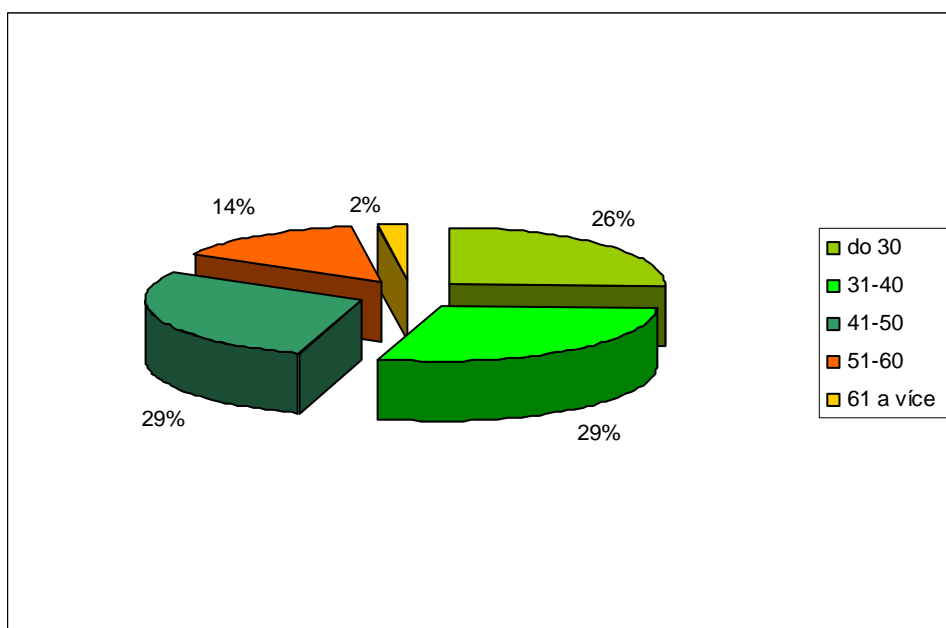
V průběhu března a dubna roku 2010 formou osobního předání a následného osobního sběru v termínu 14 dnů od předání k vyplnění bylo mezi respondenty vyexpedováno 200 dotazníků. Z toho jich 41 nebylo vráceno a 20 bylo vyřazeno jako nevalidní (rozpory v odpovědích, neúplné vyplnění, chybné vyplnění, apod.). Hodnotitelných a validně vyplněných dotazníků bylo celkem 139. Výsledky jsou zpracovány formou grafů jednotlivě ke každé zpracovávané otázce. K vyhodnocení byly použity dva základní druhy grafů a to graf výsečový (u otázek, na které bylo možné vybrat pouze jednu odpověď) a sloupcový (u otázek, u kterých měly

respondentky možnost volby několika odpovědí najednou). V základním hodnocení bylo vycházeno z počtu odpovědí a procentuálního podílu, přičemž u otázek s pluralitním výběrem odpovědí bylo k objektivizaci a k přehlednosti výsledku a možnosti zadání základních údajů (počet respondentek – počet odpovědí – procentuální zastoupení) využito sloupcového grafu, který se zadáním těchto proměnných počítá. U zavřených otázek (s jednou možností odpovědi) pak byl zvolen graf výsečový, který je jednodušší avšak dostatečně přehledný a naprosto postačující danému účelu.

## 4. Výsledky

### Graf 1:

#### Věk respondentek

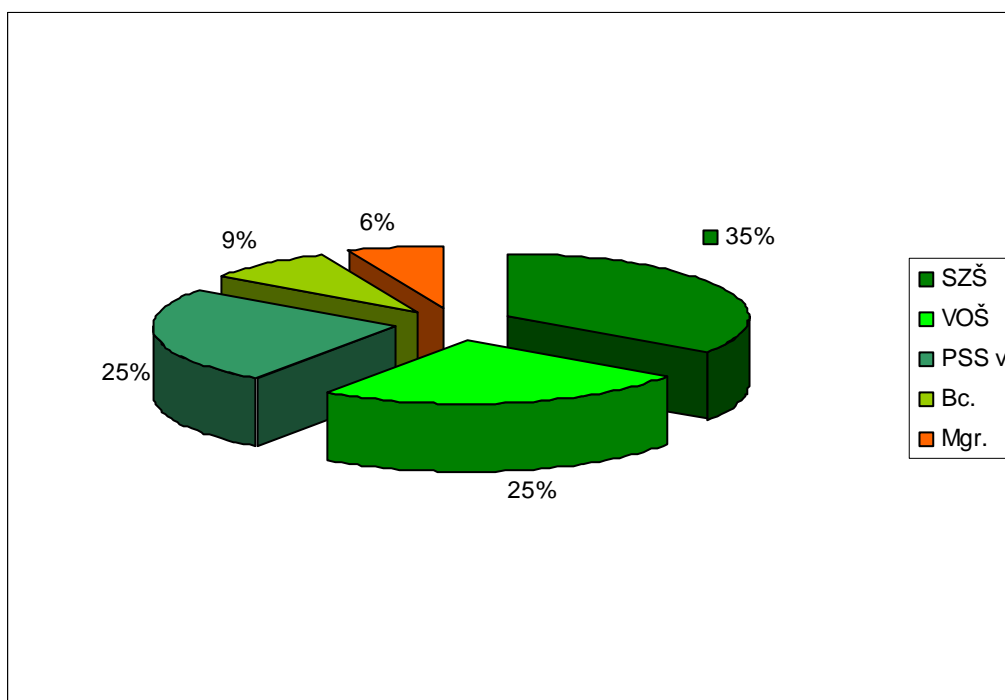


Z odpovědí na otázku č. 1 vyplynulo, že 40 (29%) odpovídajících je ve věku 31-40 let, 40 (29%) je ve věku 41-50 let, 36 (26%) je ve věku do 30 let, 20 (14%) je ve věku 51-60 let a 3 (2%) jsou ve věku 61 a více let. Dá se shrnout, že největší počet respondentů je v produktivním věku, kdy je minimální rozdíl v rozmezí do 30 let, mezi 31-40 lety a mezi 41 a 50 lety.



## Graf 2:

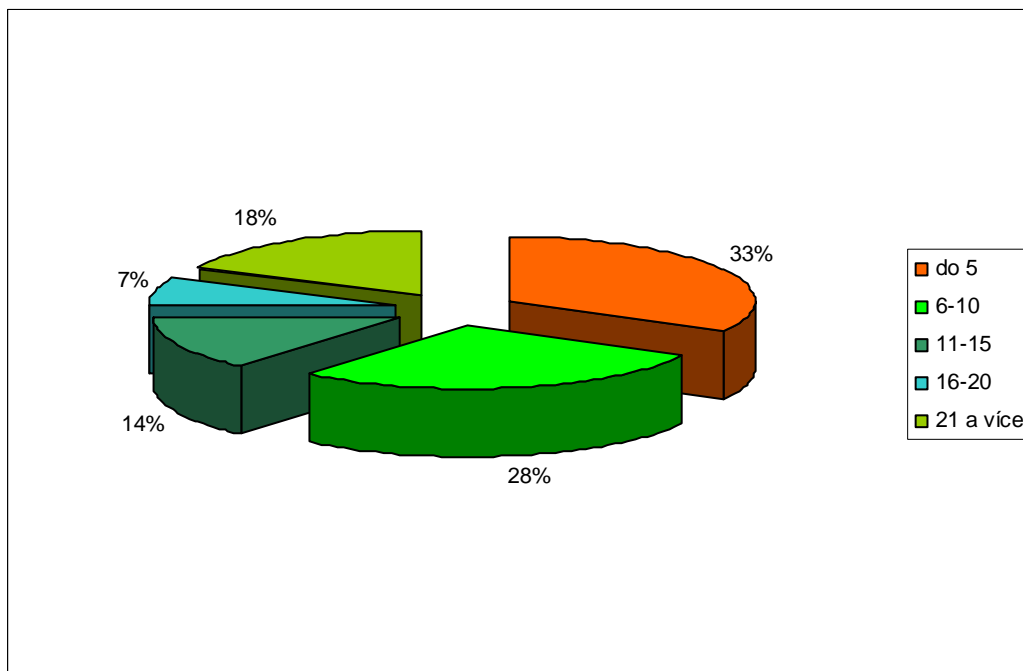
### Nejvyšší dosažené vzdělání



Nejvyšší procento odpovídajících jsou absolventky Střední zdravotní školy 48 (35%). 35 (25%) respondentek absolvovalo specializaci, 35 (25%) pak Vyšší odbornou školu. Mnohem menší podíl pak mají vysokoškolsky vzdělané sestry a to v bakalářském studijním programu 12 (9%) a v magisterském studijním programu 9 (6%).

### Graf 3:

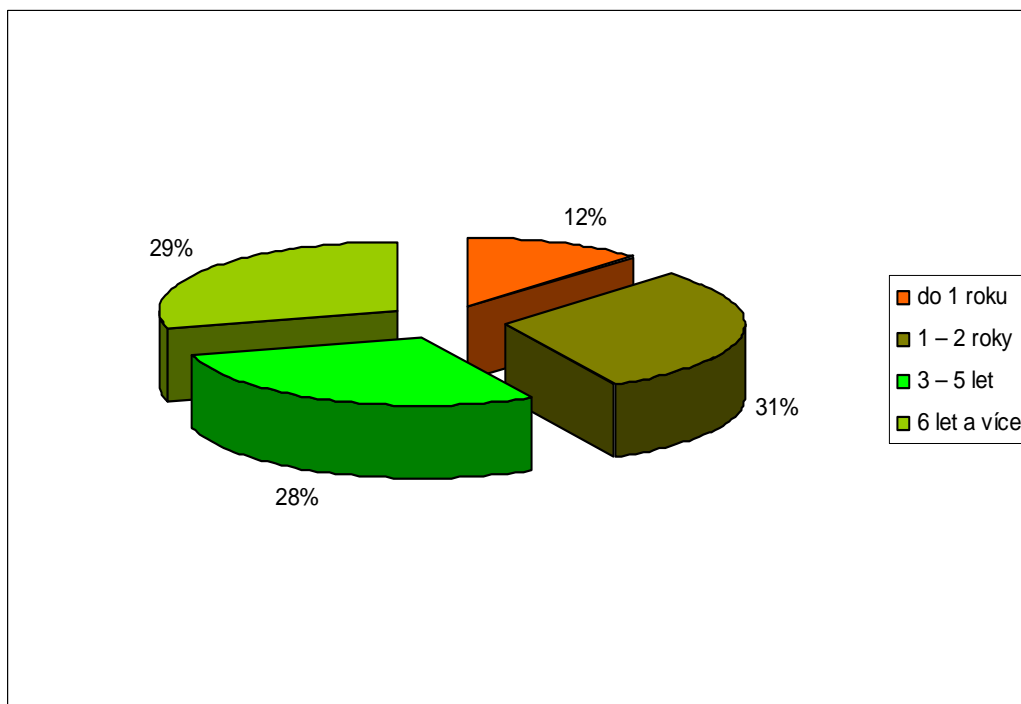
#### Délka praxe ve zdravotnictví



Méně než 5 let pracuje ve zdravotnictví 46 (33%) dotázaných. 39 (28%) dotázaných pracuje ve zdravotnictví 6-10 let. 25 (18%) dotázaných pracuje ve zdravotnictví 21 a více let. Mezi 11 a 15 lety pracuje ve zdravotnictví 19 (14%) dotázaných a 10 (7%) dotázaných pracuje ve zdravotnictví 16-20 let.

#### Graf 4:

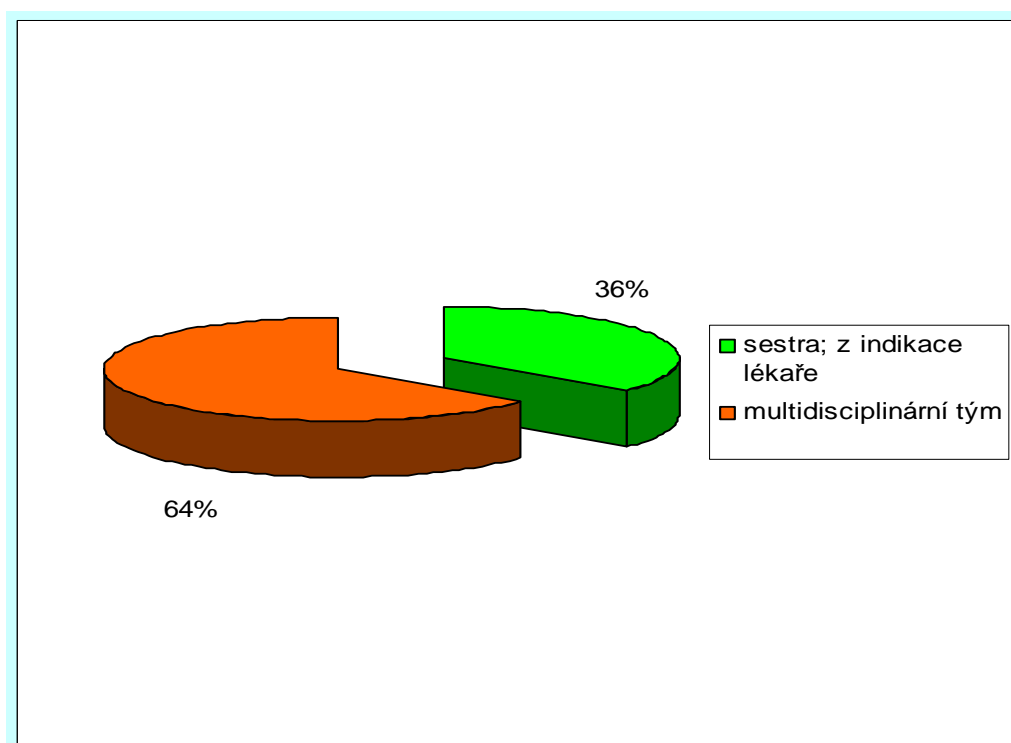
#### Délka praxe v agentuře domácí péče



V agenturách domácí péče pracuje stejný podíl tzn. 42 (31%) dotázaných 1-2 roky a 6 let a více také 41 (29%). 39 (28%) dotázaných pracuje v agentuře domácí péče 3-5 let a 17 (12%) dotázaných pracuje v tomto oboru méně než 1 rok.

## Graf 5:

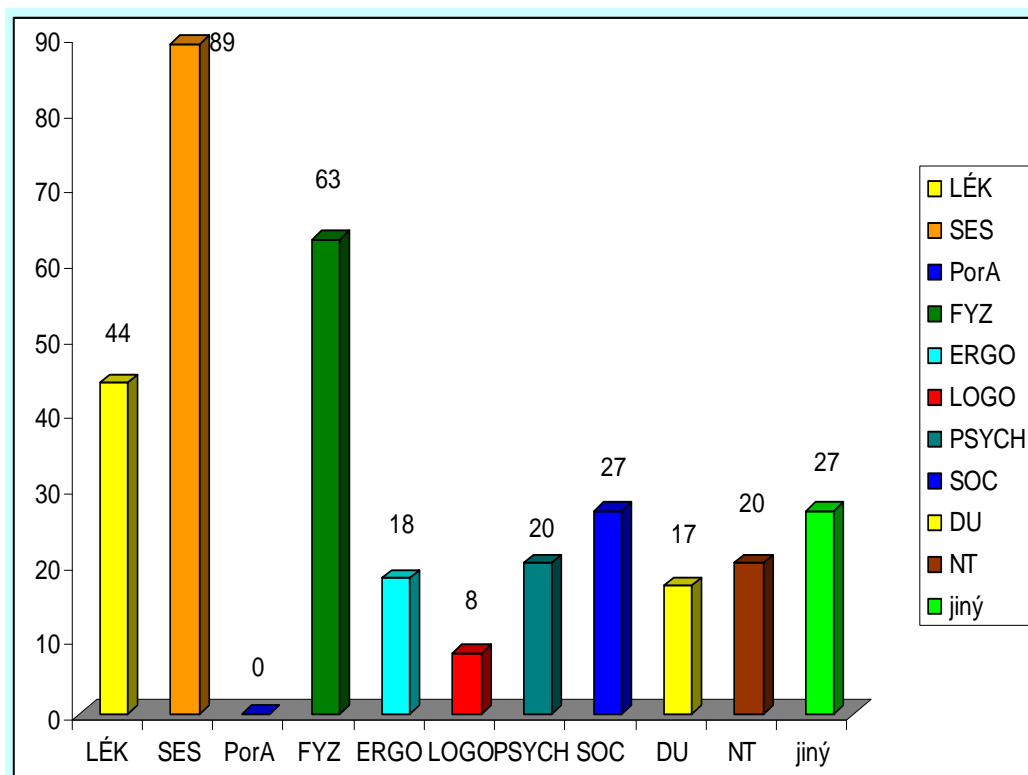
### Typ poskytované péče?



Z odpovědí na otázku, jaký druh péče poskytuje agentura, ve které pracujete, vyplývá, že většina 89 (64%) dotázaných pracuje v domácí agentuře, která poskytuje ošetrovatelskou péči z indikace lékaře multidisciplinárním týmem. 50 (36%) dotázaných pak pracuje v domácí agentuře, která poskytuje ošetrovatelskou péči z indikace lékaře a která je prováděna pouze sestrou.

**Graf 6:**

**Složení multidisciplinárního týmu**

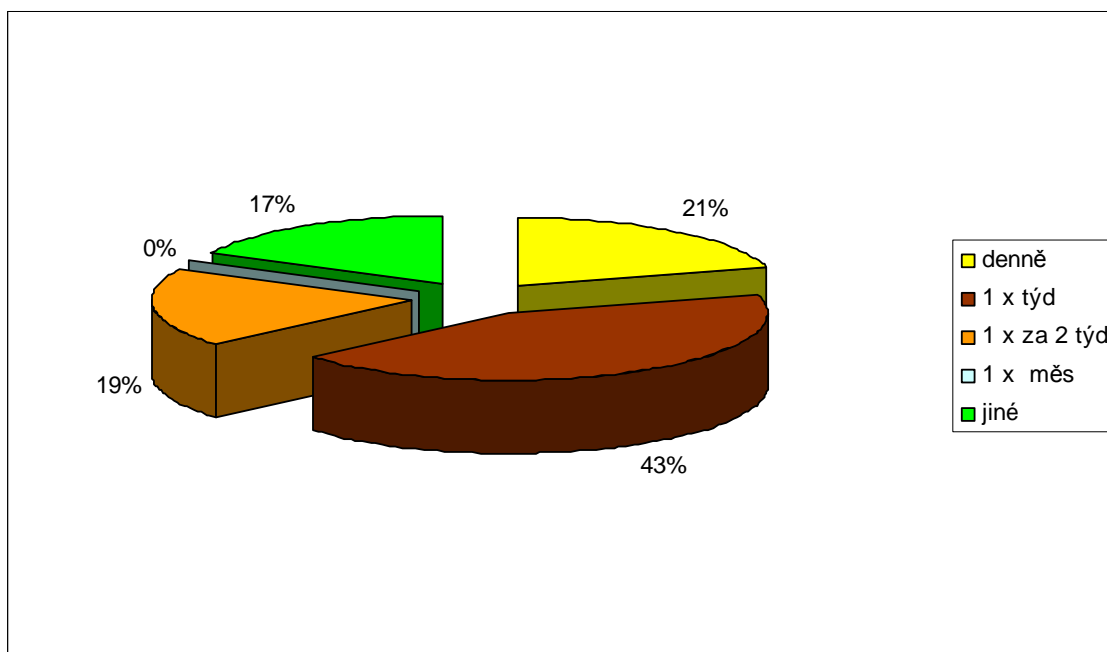


(Legenda: LÉK – lékař, SES. – sestra, PorA – porodní asistentka, FYZ. – fyzioterapeut, ERGO – ergoterapeut, LOGO – logoped, PSYCH – psycholog, SOC – sociální pracovník, DU – duchovní, NT – nutriční terapeut, jiný – jiný člen multidisciplinárního týmu, který nebyl konkrétně jmenován v otázce)

Na otázku, kdo tvoří multidisciplinární tým v poskytování ošetrovatelské péče, přičemž bylo možné zaškrtnout více variant, byla nejčastější odpověď sestra 89x (100%) a fyzioterapeut 63x (71%). 44 (49%) multidisciplinárních týmů má pak k dispozici lékaře, 27 (30%) pak sociálního pracovníka nebo jiného odborníka (ve výsledku asistent 4 a pečovatelka 23), 20 (22%) pak psychologa a nutričního terapeuta, 18 (20%) ergoterapeuta, 17 (19%) duchovního, 8 (9%) logopeda. Žádný z multidisciplinárních týmů, ve kterém dotazované pracují nemá k dispozici porodní asistentku. Procenta za číslem v závorce vyjadřují podíl zastoupení dané pracovní pozice v multidisciplinárních týmech.

## Graf 7:

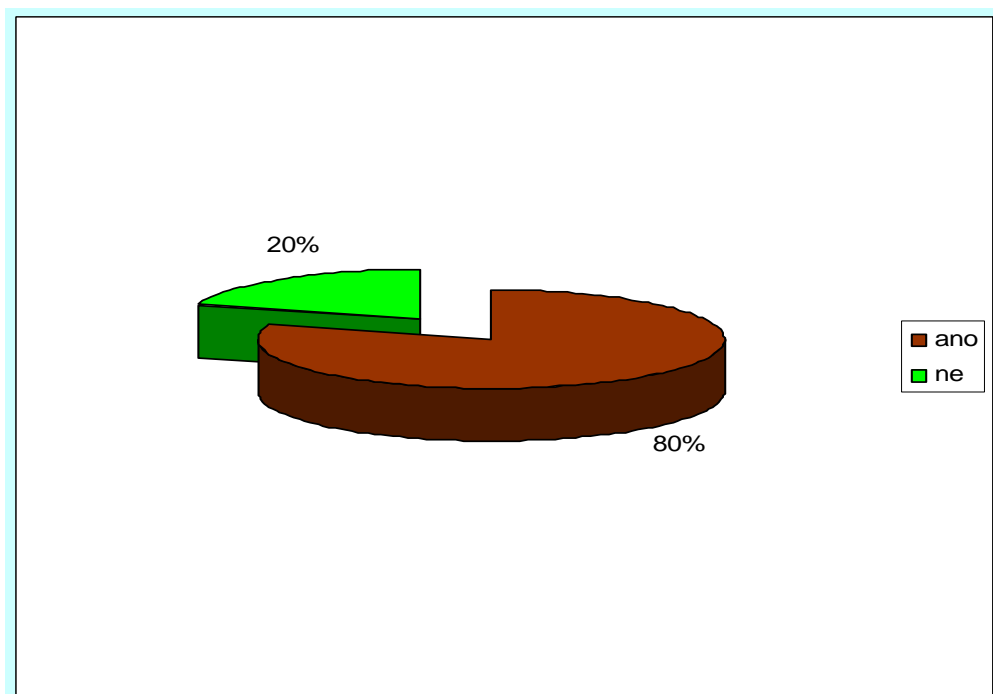
### Spolupráce s fyzioterapeutem



Respondentky odpovídaly na dotaz, jak často s nimi spolupracuje fyzioterapeut v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější je spolupráce 1x týdně a to u 27 (43%) dotázaných. Třináct – 13 (21%) spolupracuje s fyzioterapeutem denně a 12 (19%) jednou za dva týdny. 11 (17%) dotázaných využilo možnost odpovědi – jiné, přičemž shodně uvedly, že rodiny si zajišťují fyzioterapeuty samy s ohledem na potřeby klienta. Odpověď jednou měsíčně pak nezaškrtnla žádná z dotázaných.

**Graf 8:**

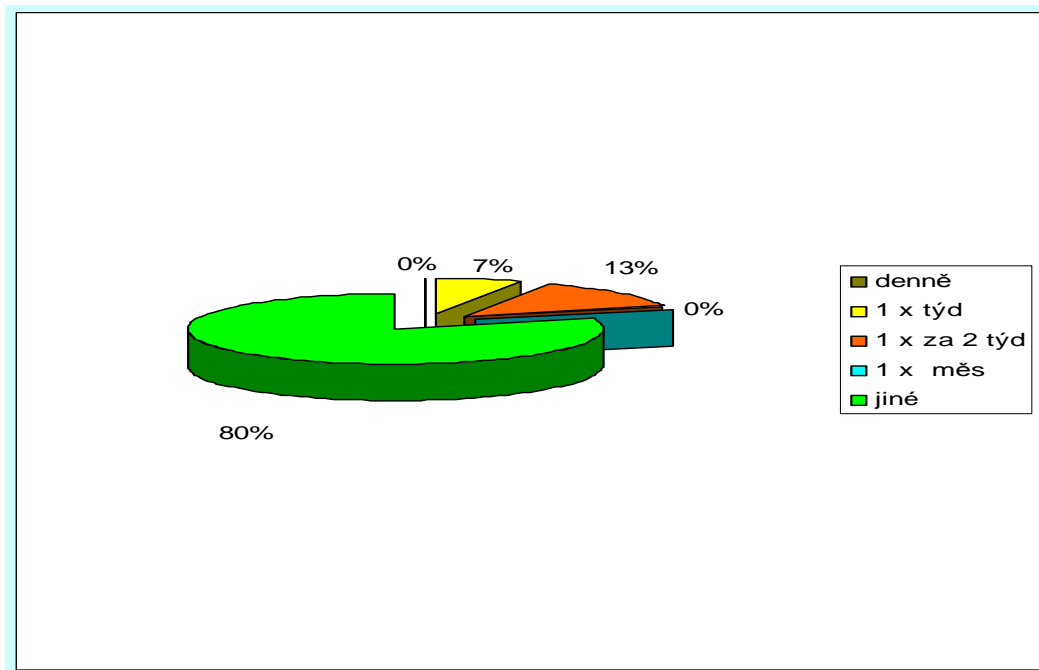
**Preference častější spolupráce s fyzioterapeutem**



Častější spolupráci s fyzioterapeutem by uvítalo 71 (80%) dotázaných a 18 (20%) dotázaných považuje spolupráci s fyzioterapeutem za dostačující.

### Graf 9:

#### Spolupráce s ergoterapeutem

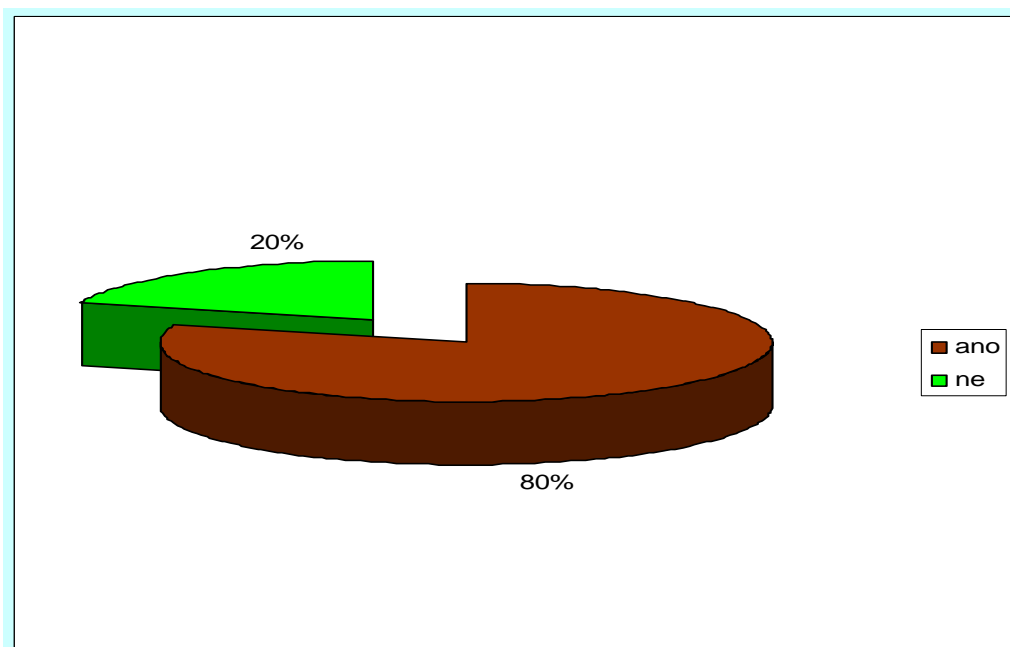


Respondentky byly dotázány, aby odpověděly, jak často s nimi spolupracuje ergoterapeut v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější odpověď byla jiné 71 (80%) – kdy respondentky shodně uváděly, že agentura zajistí návštěvu v případě potřeby. 12 (13%) dotázaných spolupracuje s ergoterapeutem denně a 6 (7%) dotázaných spolupracuje s ergoterapeutem jednou za dva týdny. Odpověď jednou týdně a jednou měsíčně pak nezaškrtnla žádná z dotázaných.



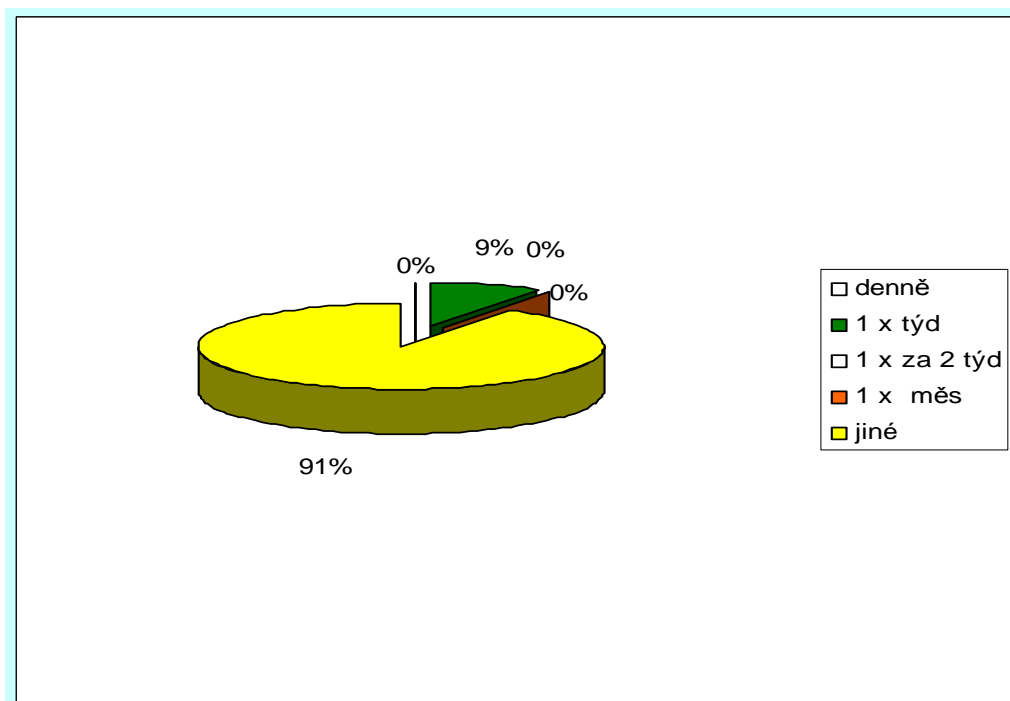
**Graf 10:**

**Preference častější spolupráce s ergoterapeutem**



Častější spolupráci s ergoterapeutem by uvítalo 71 (80%) dotázaných a 18 (20%) dotázaných považuje spolupráci s ergoterapeutem za dostačující.

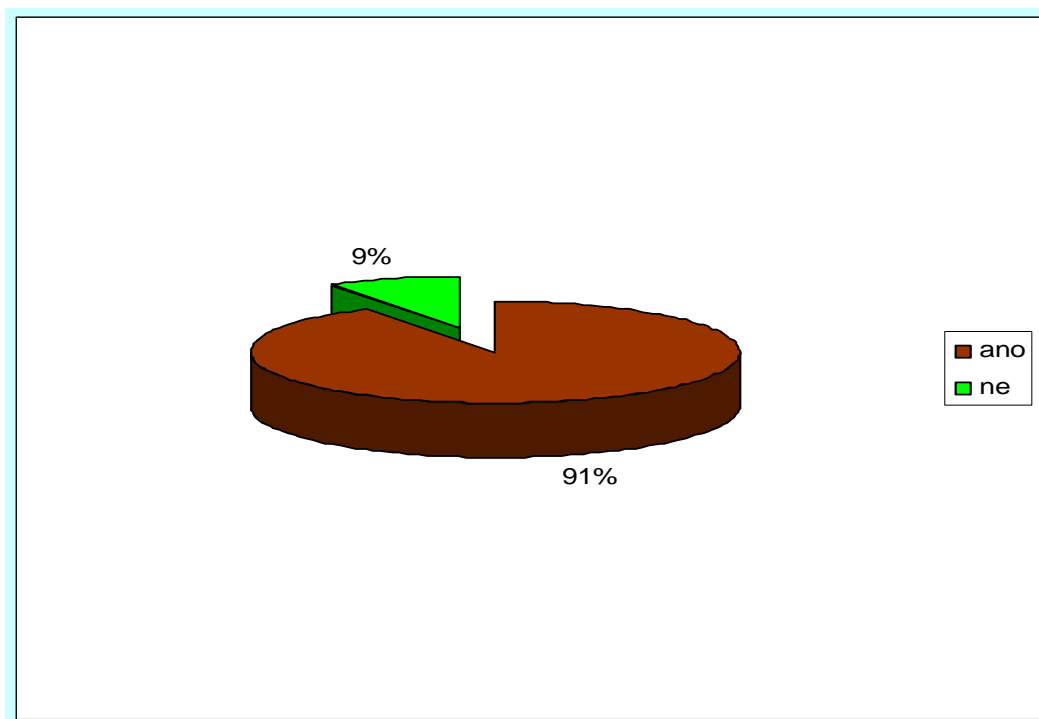
**Graf 11:**  
**Spolupráce s logopedem**



Respondentky byly dotázány, aby odpověděly, jak často s nimi spolupracuje logoped v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější odpověď byla jiné 81 (91%) – kdy respondentky shodně uváděly, že agentura zajistí návštěvu v případě potřeby. 8 (9%) dotázaných spolupracuje s logopedem jednou týdně. Odpověď denně, jednou za dva týdny a jednou měsíčně pak nezaškrtnla žádná z dotázaných.

**Graf 12:**

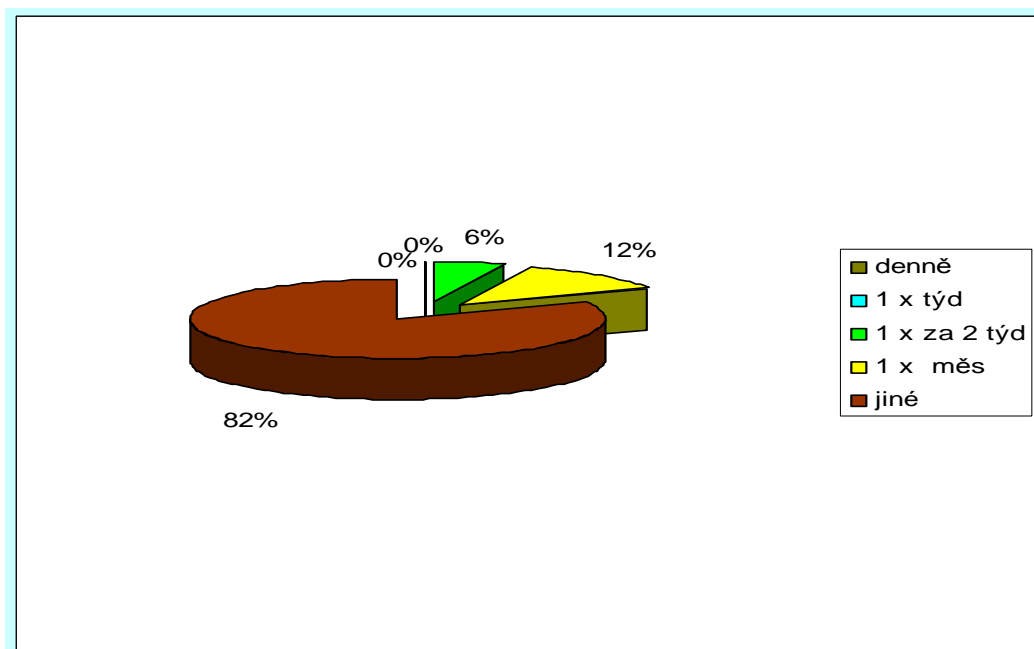
**Preference častější spolupráce s logopedem**



Častější spolupráci s logopedem by uvítalo 81 (91%) dotázaných a 8 (9%) dotázaných považuje spolupráci s logopedem za dostačující.

### Graf 13:

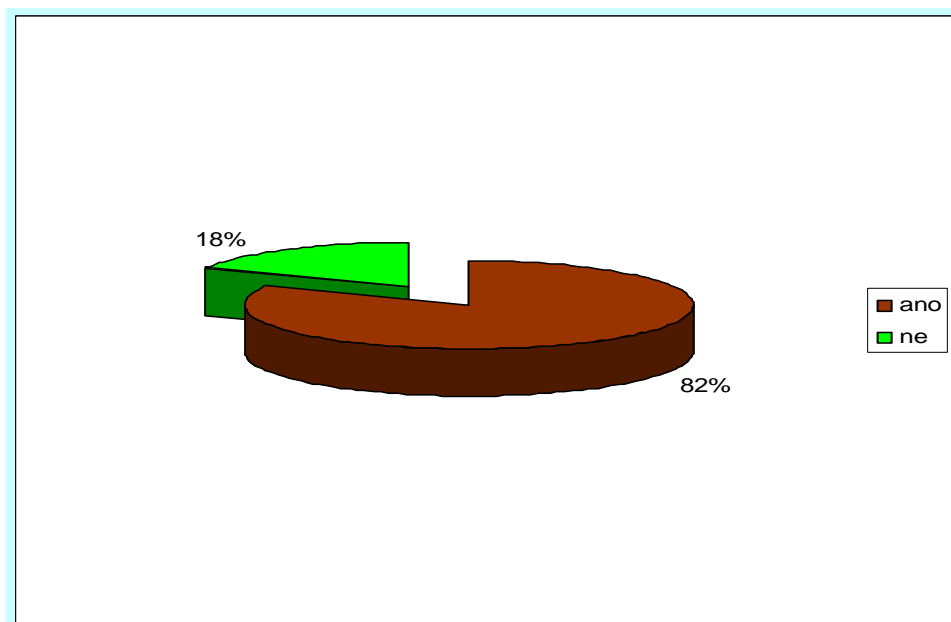
#### Spolupráce s psychologem



Respondentky byly dotázány, aby odpověděly, jak často s nimi spolupracuje psycholog v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější odpověď byla jiné 73 (82%) – kdy respondentky shodně uváděly, že agentura zajistí návštěvu v případě potřeby. 11 (12%) dotázaných spolupracuje s psychologem jednou měsíčně a 5 (6%) pak jednou za dva týdny. Odpověď denně a jednou týdně pak nezaškrtnla žádná z dotázaných.

**Graf 14:**

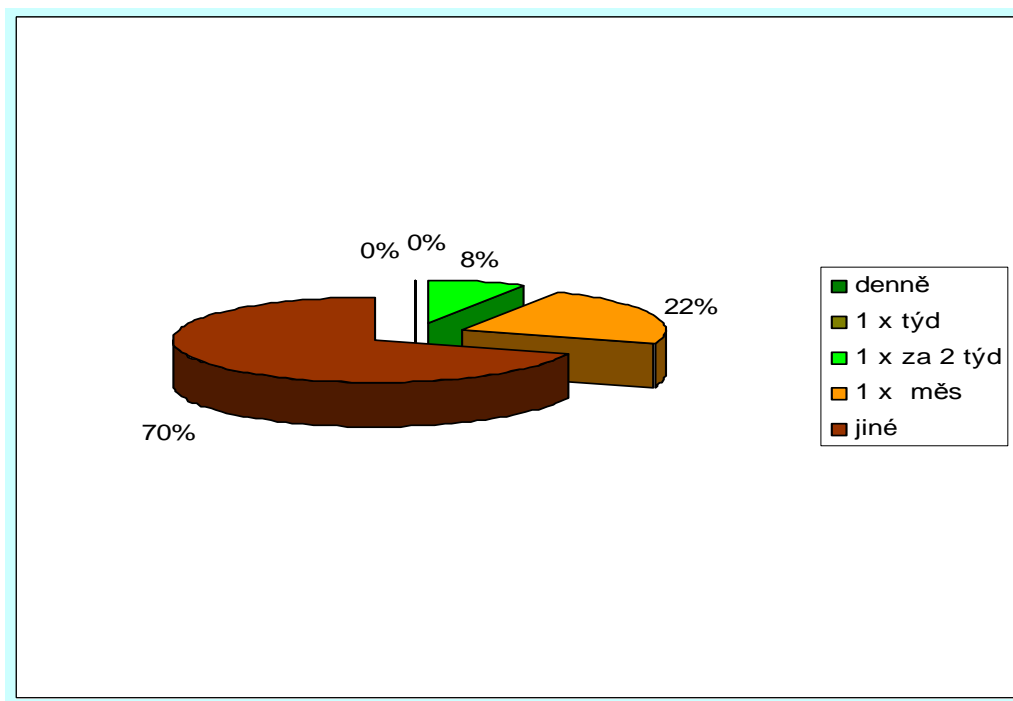
**Preference častější spolupráce s psychologem**



Častější spolupráci s psychologem by uvítalo 73 (82%) dotázaných a 16 (18%) dotázaných považuje spolupráci s psychologem za dostačující.

### Graf 15:

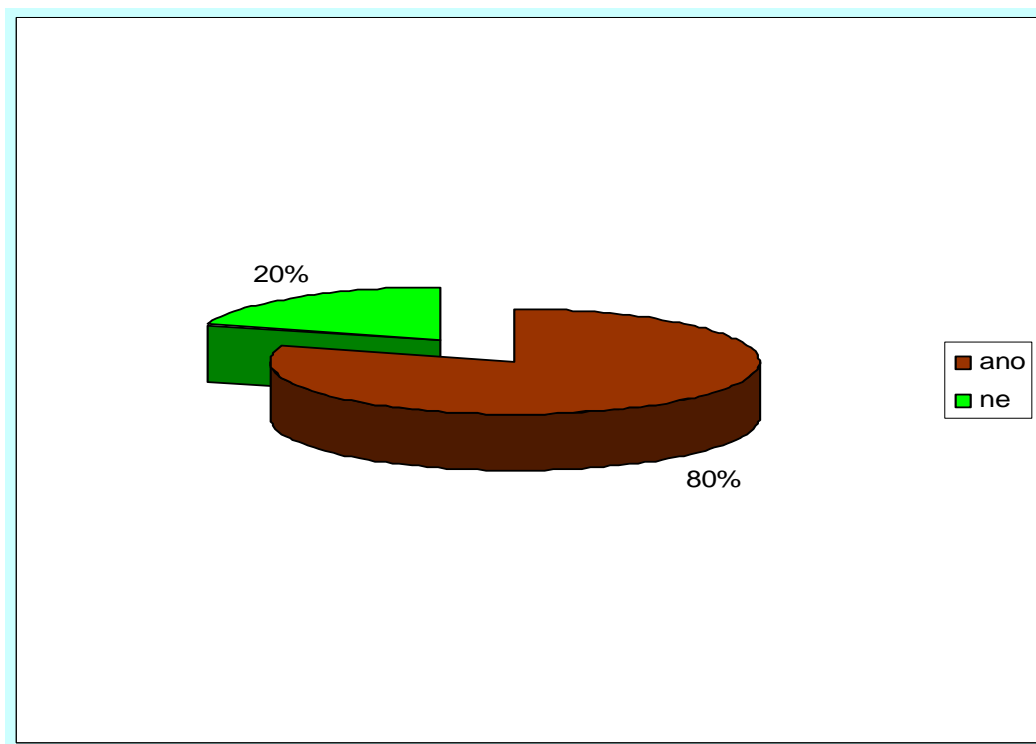
#### Spolupráce se sociálním pracovníkem



Respondentky byly dotázány, aby odpověděly, jak často s nimi spolupracuje sociální pracovník v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější odpověď byla jiné 62 (70%) – kdy respondentky shodně uváděly, že agentura zajistí návštěvu v případě potřeby, či že s nimi pracuje sociální pracovník příležitostně. 20 (22%) dotázaných spolupracuje se sociálním pracovníkem jednou měsíčně a 7 (8%) pak jednou za dva týdny. Odpověď denně a jednou týdně pak nezaškrtnla žádná z dotázaných.

**Graf 16:**

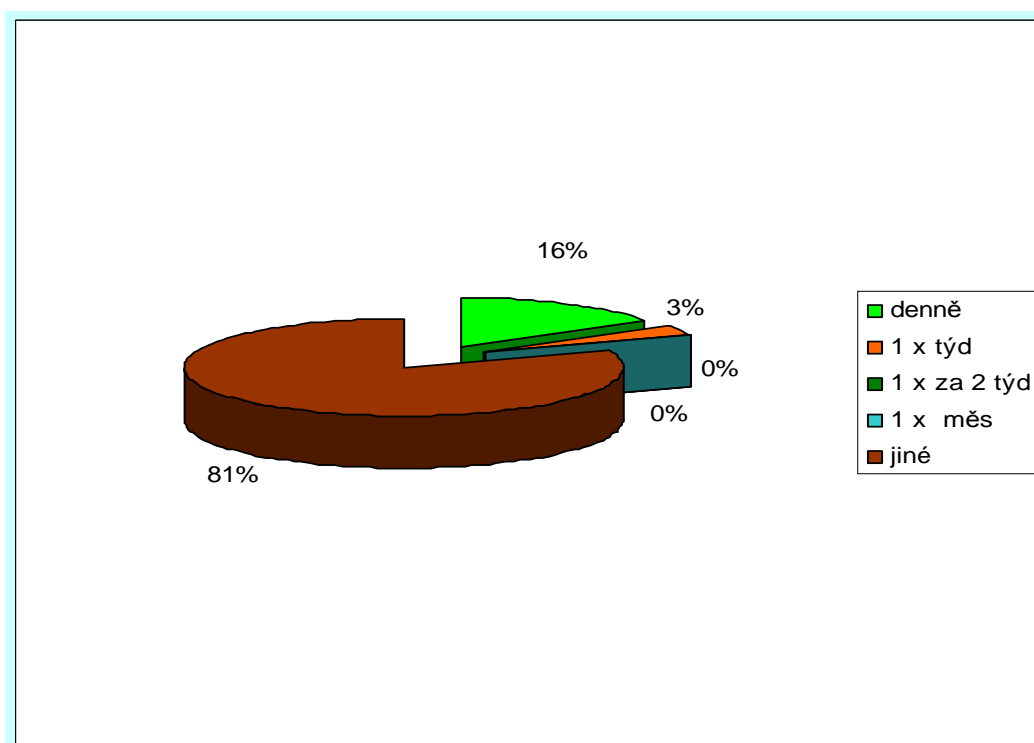
**Preference častější spolupráce se sociálním pracovníkem**



Častější spolupráci se sociálním pracovníkem by uvítalo 71 (80%) dotázaných a 18 (20%) dotázaných považuje spolupráci se sociálním pracovníkem za dostačující.

## Graf 17:

### Spolupráce s duchovním

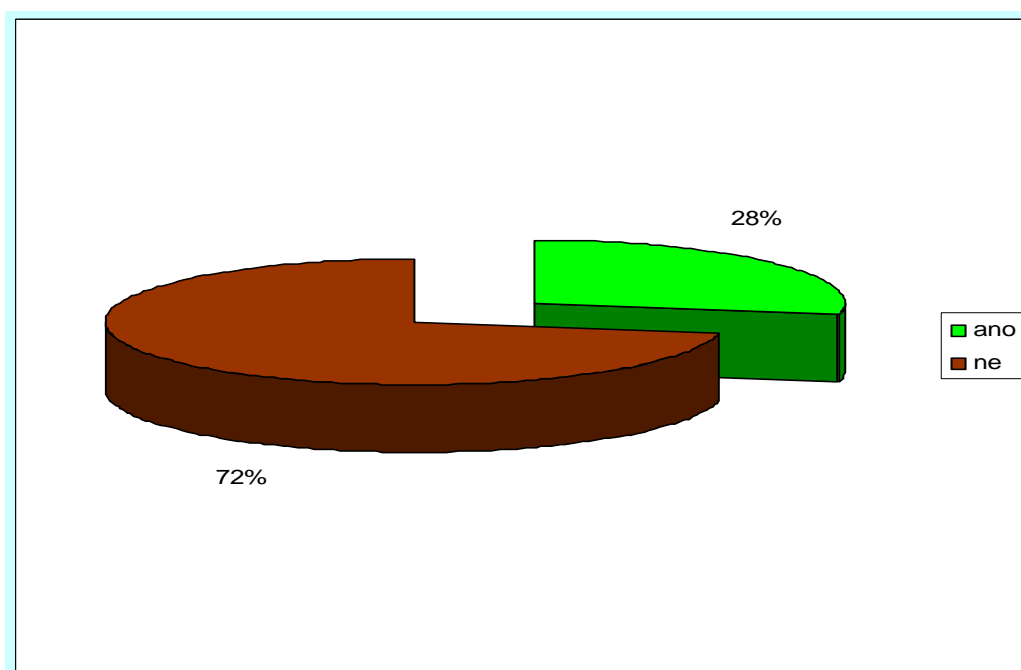


Respondentky byly dotázány, aby odpověděly, jak často s nimi spolupracuje duchovní v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější odpověď byla jiné 72 (81%) – kdy respondentky shodně uváděly, že agentura zajistí návštěvu v případě potřeby, či že s nimi pracuje duchovní příležitostně. 14 (16%) dotázaných spolupracuje s duchovním denně a 3 (3%) pak jednou týdně. Odpověď jednou za dva týdny a jednou za měsíc pak nezaškrtila žádná z dotázaných.



### Graf 18:

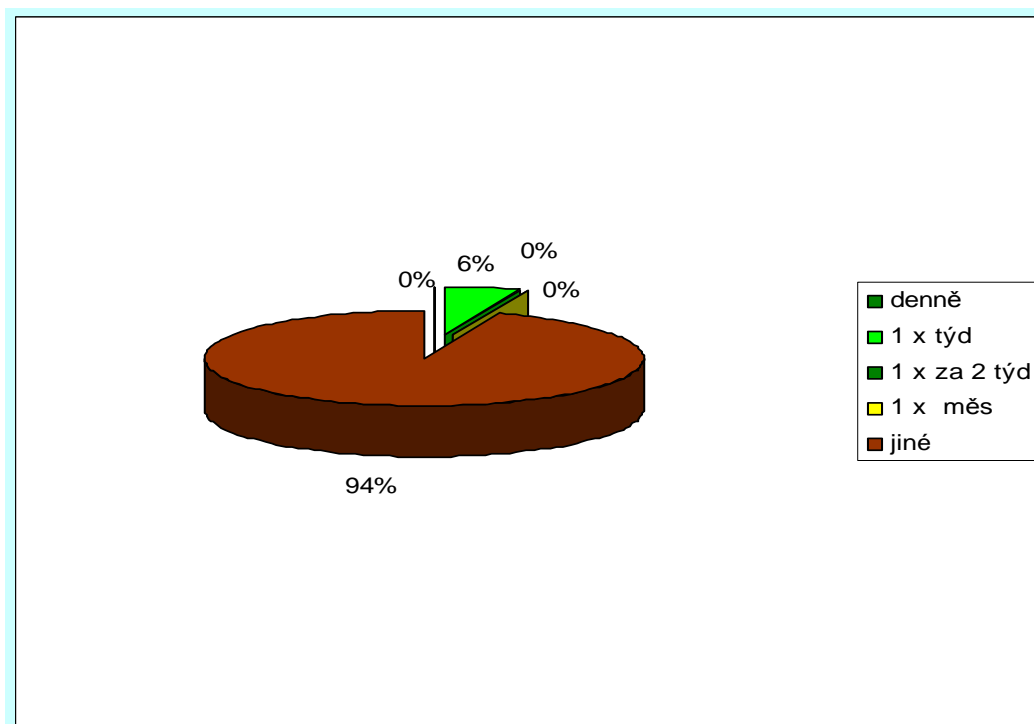
#### Preference častější spolupráce s duchovním



Častější spolupráci s duchovním by uvítalo 25 (28%) dotázaných a 64 (72%) dotázaných nemá potřebu častější spolupráce s duchovním a to buď proto, že spolupráci považuje za dostatečnou nebo proto, že klienti mají svého duchovního.

### Graf 19:

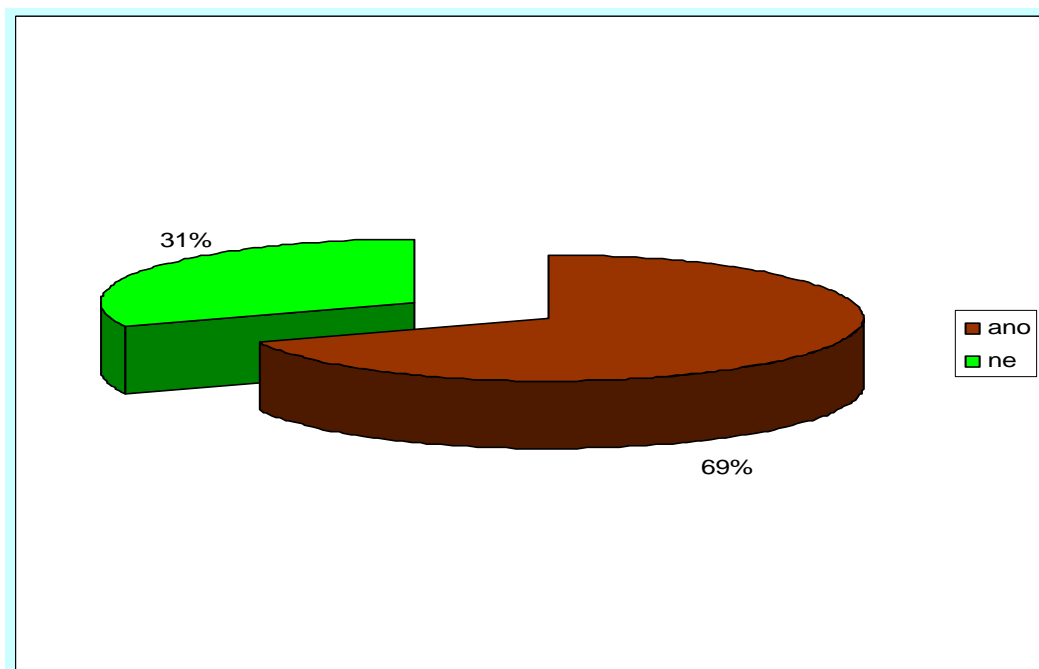
#### Spolupráce s nutričním terapeutem



Respondentky byly dotázány, aby odpověděly, jak často s nimi spolupracuje nutriční terapeut v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější odpověď byla jiné 84 (94%) – kdy respondentky shodně uváděly, že agentura zajistí návštěvu v případě potřeby. 5 (6%) dotázaných spolupracuje s nutričním terapeutem jednou týdně. Odpověď denně, jednou za dva týdny a jednou za měsíc pak nezaškrtila žádná z dotázaných.

**Graf 20:**

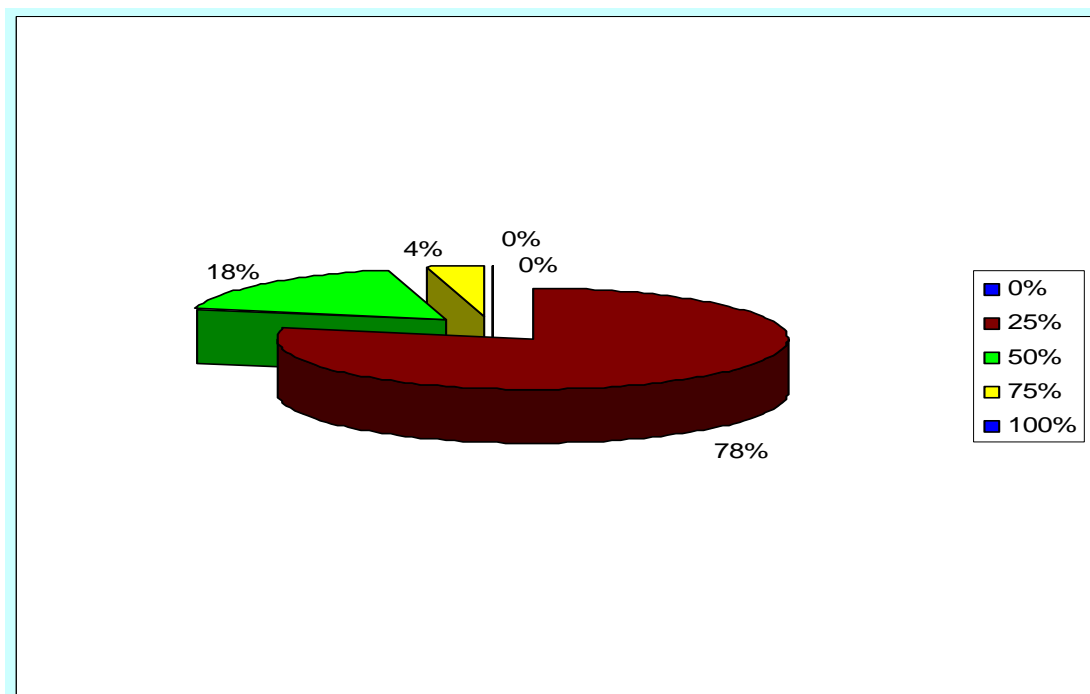
**Preference častější spolupráce s nutričním terapeutem**



Častější spolupráci s nutričním terapeutem by uvítalo 61 (69%) dotázaných a 28 (31%) dotázaných považuje spolupráci s nutričním terapeutem za dostatečnou.

### Graf 21:

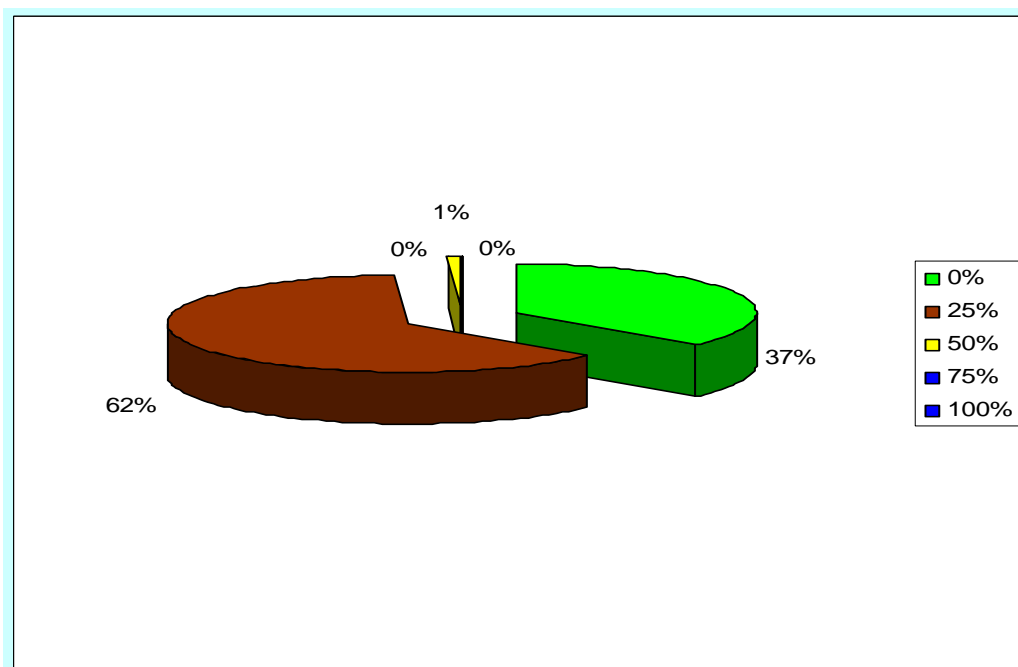
#### Zaměření na fyzické potřeby při ošetření klienta v rámci domácí péče



Respondentky byly dotázány, v jaké míře při ošetřování nemocného v poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí se věnujete jednotlivým obtížím? Na výběr byly dány čtyři možnosti: fyzické, psychické, sociální a duchovní obtíže. Respondentky měly rozdělit 100% péče mezi tyto čtyři sféry. 109 odpovídajících věnuje při domácím ošetření čtvrtinu času, tedy 25%, fyzickým obtížím. 25 dotázaných věnuje polovinu času, tedy 50%, fyzickým obtížím a 5 pak věnují 75% času fyzickým obtížím. Možnost 0% a 100% nezaškrtnla žádná z dotázaných.

## Graf 22:

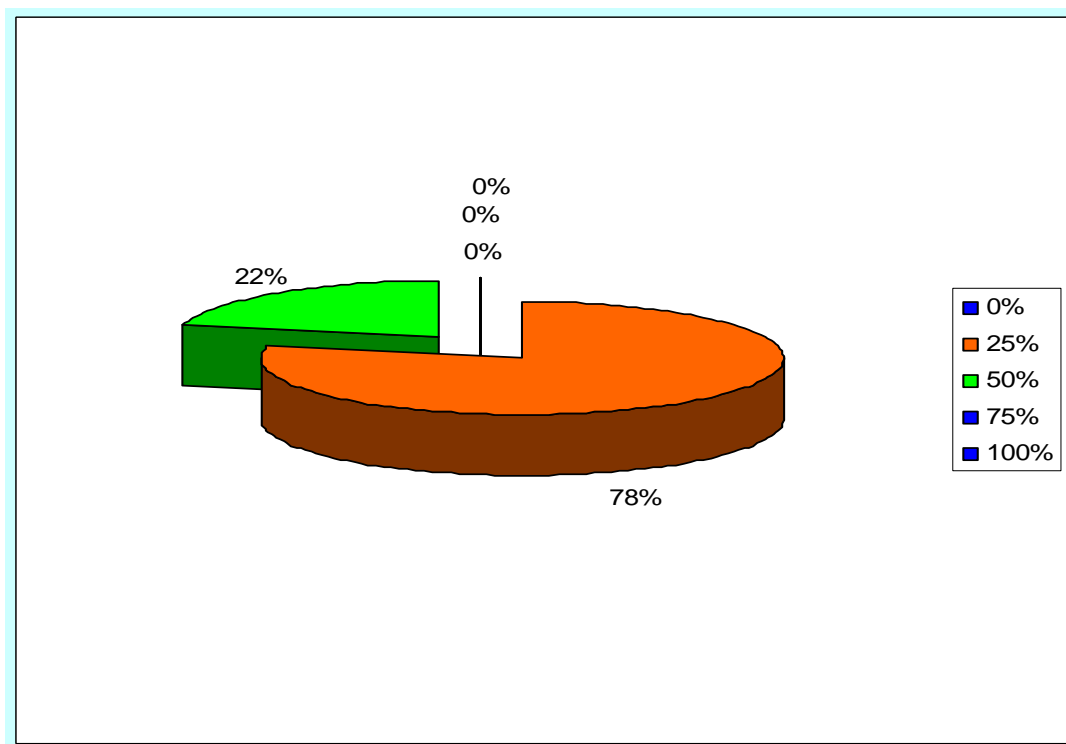
### Zaměření na psychické potřeby při ošetření klienta v rámci domácí péče



Respondentky byly dotázány, v jaké míře při ošetřování nemocného v poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí se věnujete jednotlivým obtížím? Na výběr byly dány čtyři možnosti. Fyzické, psychické, sociální a duchovní obtíže. Respondentky měly rozdělit 100% péče mezi tyto čtyři sféry. 87 odpovídajících věnuje při domácím ošetření čtvrtinu času, tedy 25%, psychickým obtížím. 1 dotázaná věnuje polovinu času, tedy 50%, psychickým obtížím a 51 se pak psychickým potížím nevěnuje vůbec. Možnost 75% a 100% pak nezaškrtnla žádná z dotázaných.

### Graf 23:

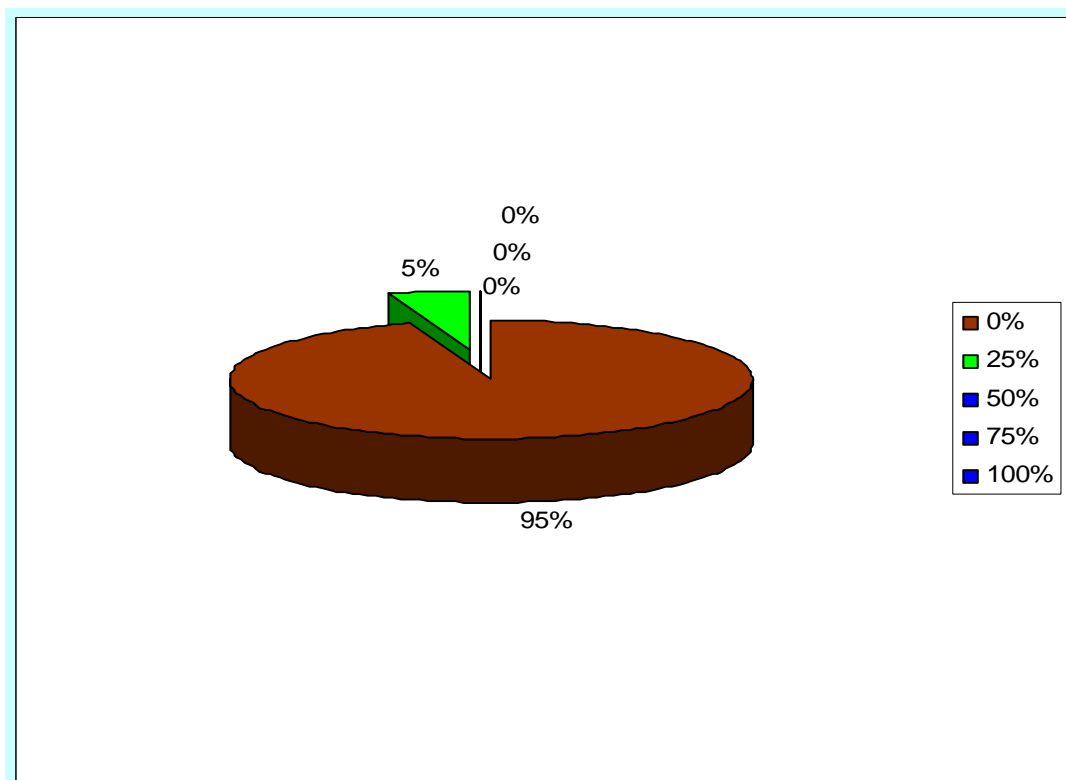
#### Zaměření na sociální potřeby při ošetření klienta v rámci domácí péče



Respondentky byly dotázány, v jaké míře při ošetřování nemocného v poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí se věnujete jednotlivým obtížím? Na výběr byly dány čtyři možnosti. Fyzické, psychické, sociální a duchovní obtíže. Respondentky měly rozdělit 100% péče mezi tyto čtyři sféry. 109 odpovídajících věnuje při domácím ošetření čtvrtinu času, tedy 25%, sociálním obtížím a 30 se pak sociálním potížím nevěnuje vůbec. Možnost 50%, 75% a 100% pak nevybrala ani jedna z dotázaných.

### Graf 24:

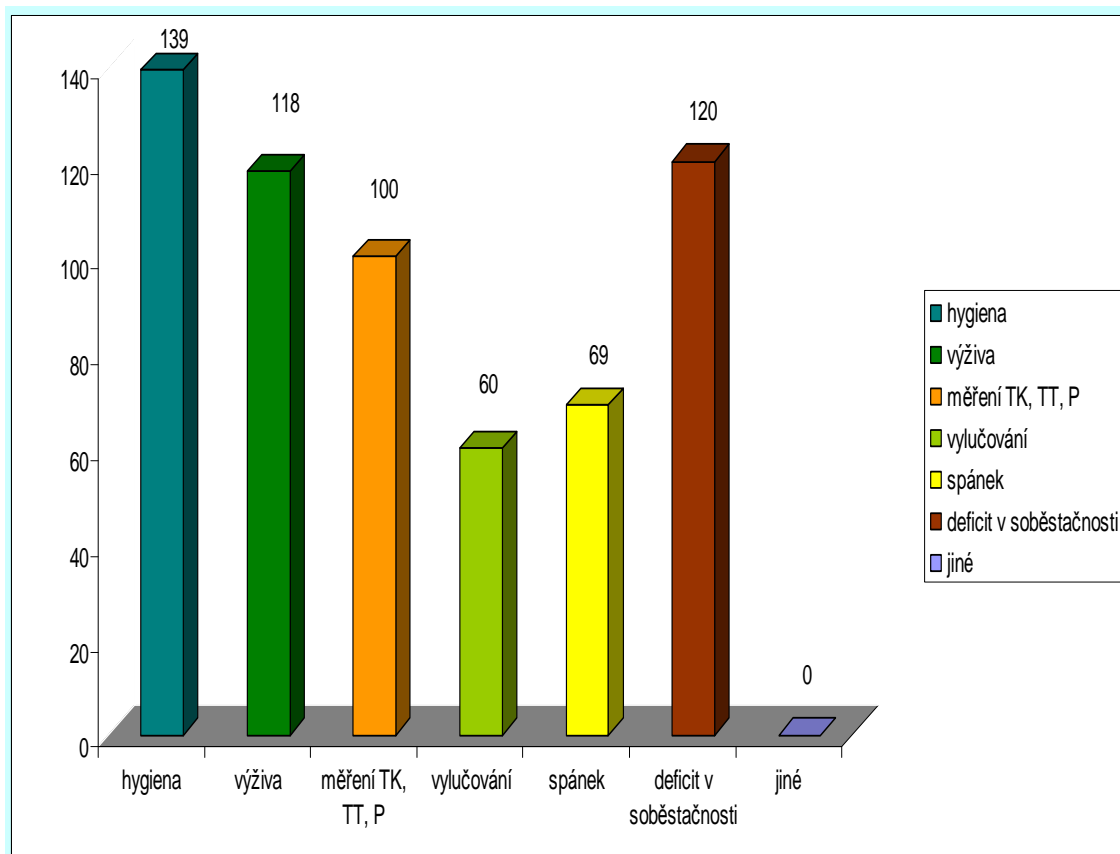
#### Zaměření na duchovní potřeby při ošetření klienta v rámci domácí péče



Respondentky byly dotázány, v jaké míře při ošetřování nemocného v poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí se věnujete jednotlivým obtížím? Na výběr byly dány čtyři možnosti. Fyzické, psychické, sociální a duchovní obtíže. Respondentky měly rozdělit 100% péče mezi tyto čtyři sféry. 7 odpovídajících věnuje při domácím ošetření čtvrtinu času, tedy 25%, duchovním obtížím a 132 (95%) se pak duchovním potížím nevěnuje vůbec. Možnost 50%, 75% a 100% pak nevybrala žádná z dotázaných.

**Graf 25:**

**Nejčastější fyziologické potřeby řešení při domácí péči**

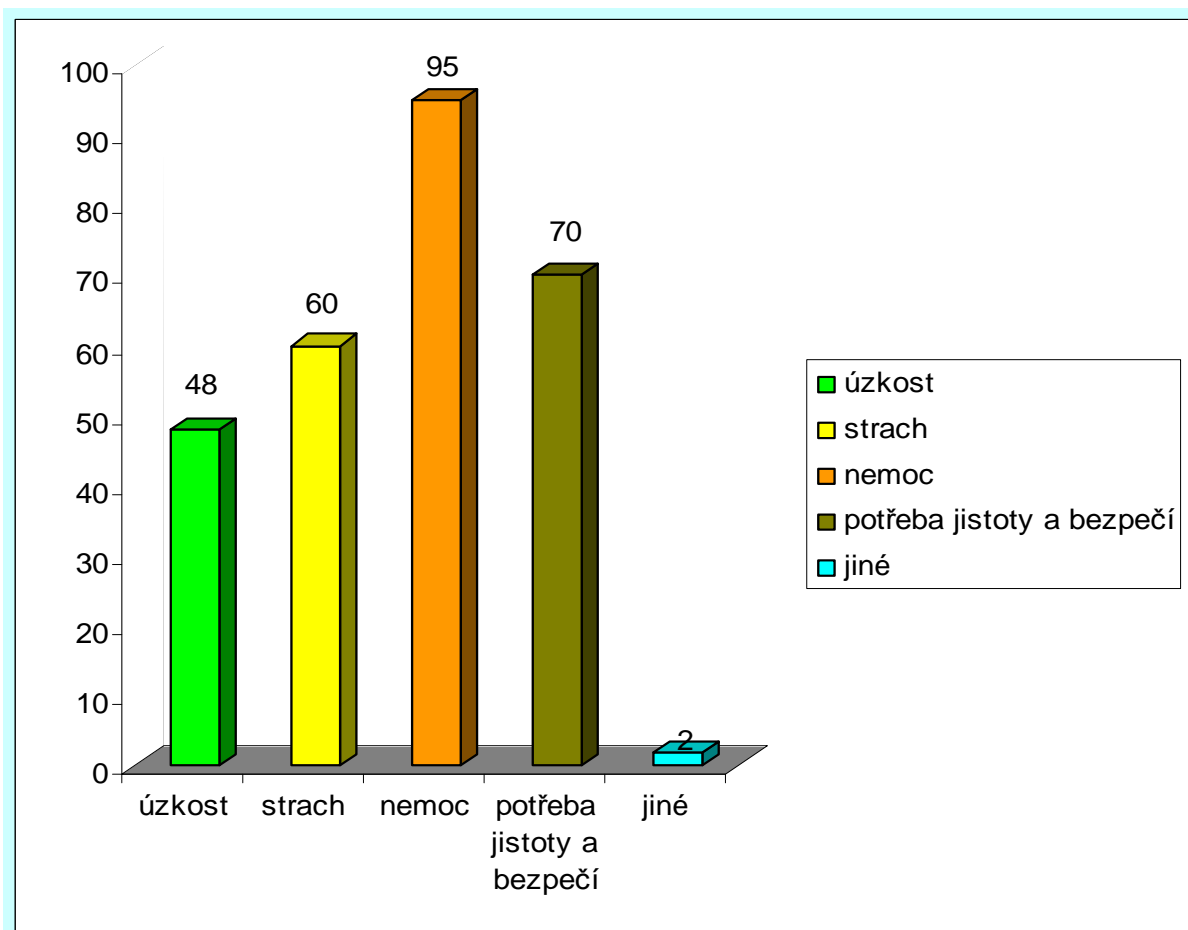


Respondentky byly dotázány, které z fyziologických potřeb řeší při ošetrovatelské péči u klienta, přičemž měly možnost označit více odpovědí. Všechny respondentky tedy 139 (100%) se věnuje hygieně, 120 (86%) se věnuje deficitu soběstačnosti, 118 (85%) se věnuje výživě, 100 (72%) se věnuje měření TK, TT, P, 69 (50%) se věnuje spánku, 60 (43%) se věnuje vylučování a žádná z respondentek nezaškrtnula možnost jiné.



**Graf 26:**

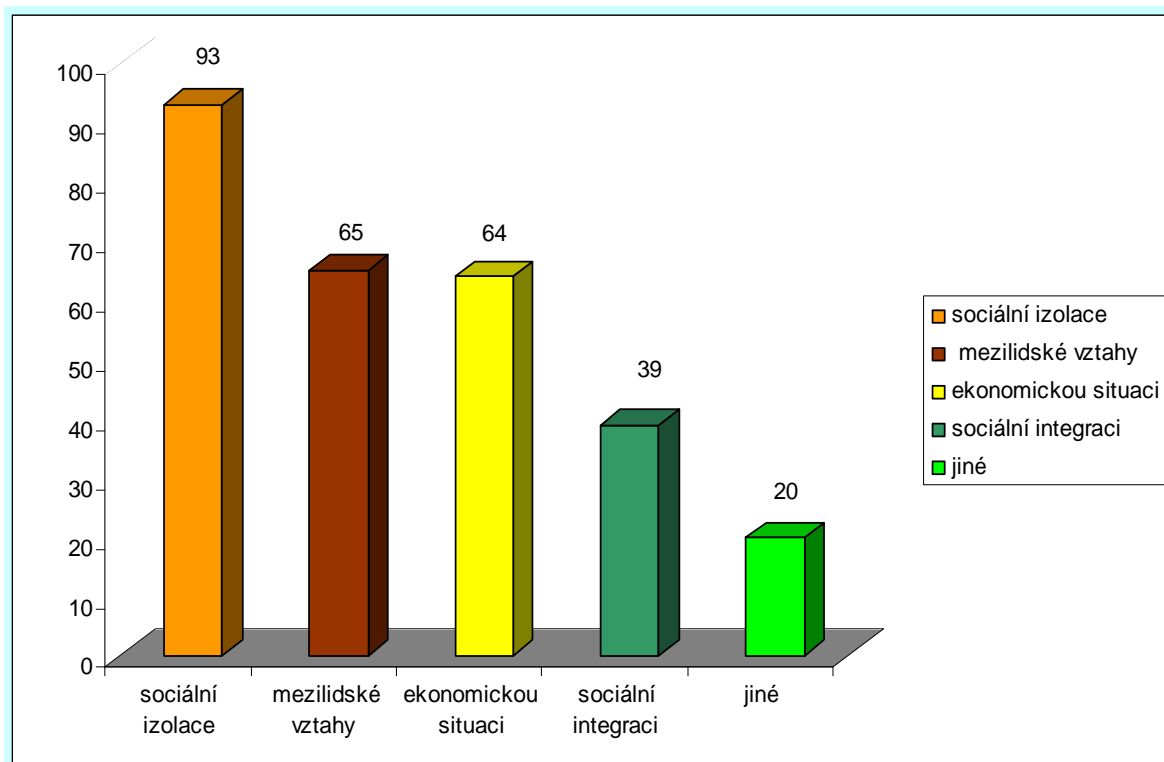
**Nejčastější psychické potřeby řešení při ošetrovatelské péči**



Na otázku, které z psychických potřeb řeší dotázané při ošetrovatelské péči u klienta (opět s možností označit více odpovědí) odpovědělo 95 (68%), že řeší nemoc, 70 (50%) řeší potřeby jistoty a bezpečí, 60 (43%) řeší strach, 48 (43%) řeší úzkost a 2 (1%) zaškrtnulo možnost jiné, přičemž uvedly deprese jako řešený problém.

**Graf 27:**

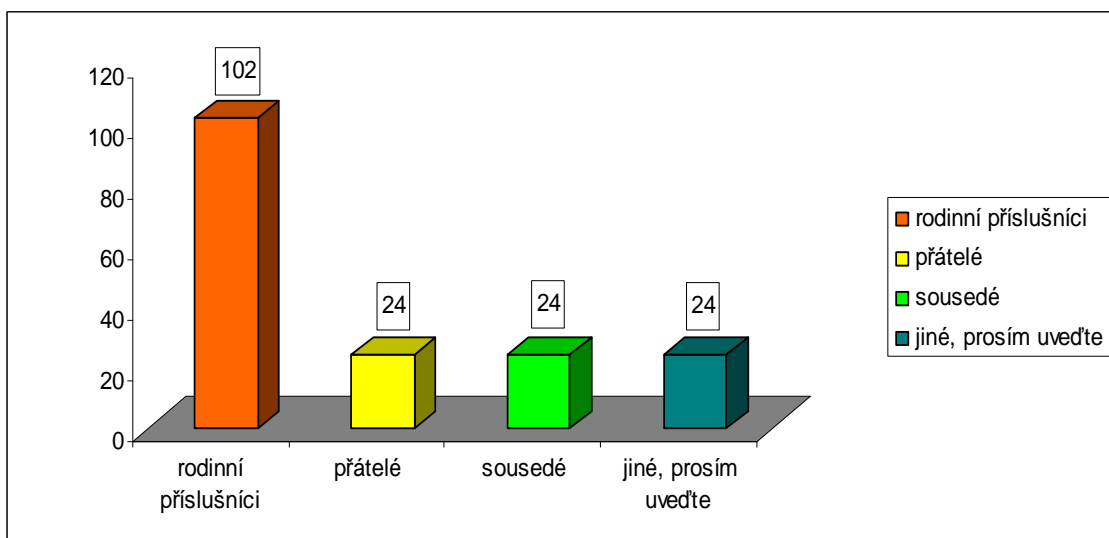
**Nejčastější sociální potřeby při ošetrovatelské péči**



Na otázku, které ze sociálních potřeb řeší dotázané při ošetrovatelské péči u klienta (opět s možností označit více odpovědí) odpovědělo 93 (67%), že řeší problém sociální izolace, 65 (47%) narušené mezilidské vztahy, 64 (46%) ekonomickou situaci, 39 (28%) sociální integraci a 20 (14%) zaškrtnulo možnost jiné, přičemž shodně uvedly, že pomáhají zjišťovat klientům, na co mají v rámci sociálního systému nárok.

### Graf 28:

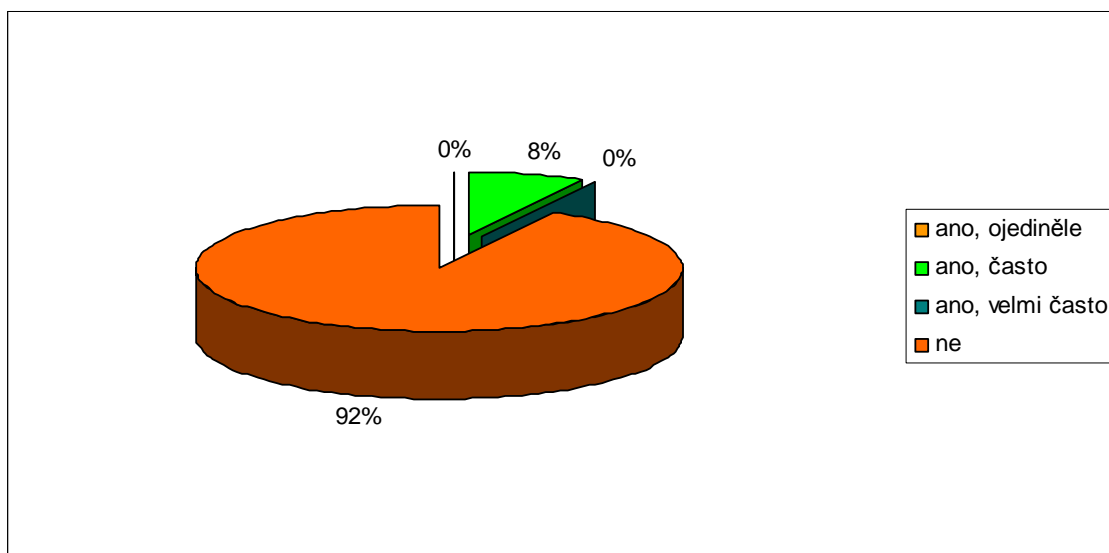
#### Osoby nejčastěji zapojené do domácí ošetrovatelské péče



Nejčastěji zapojovanými osobami do domácí ošetrovatelské péče jsou dle odpovědí dotázaných rodinní příslušníci a to v 68 (49%) odpovědích. Stejný počet 24 (17%) odpovědí jsou pak přátelé a sousedé. V možnosti jiné pak respondentky uvedly dvě varianty a to 20 (14%) dobrovolníci a 4 (3%) osobní asistence, dohromady 24 (17%).

**Graf 29:**

**Zkušenost s pastorem v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče**



Na dotaz, jestli se respondentky setkaly při své práci v poskytování domácí ošetrovatelské péče s poskytováním duchovních služeb s pastorem odpovědělo 128 (92%) ano ojediněle a 11 (8%) ano často. Možnost ano velmi často a ne nevybrala žádná z odpovídajících.

## 5. Diskuze

Cílem práce bylo zjistit, zda je při poskytování domácí ošetrovatelské péče využíváno multidisciplinárních týmů, či zda je více preferována forma poskytování domácí ošetrovatelské péče prostřednictvím všeobecné sestry s registrací schopné pracovat bez odborného dohledu. K danému tématu byly stanoveny tři základní hypotézy. H1. Domácí ošetrovatelská péče je realizována multidisciplinárním týmem. H2. Domácí ošetrovatelská péče je poskytována v pojetí moderního ošetrovatelství holistickým přístupem. H3. Zaměstnanci poskytující domácí ošetrovatelskou péči, by uvítali užší spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu.

K potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz bylo použito kvantitativního šetření. Pro získání informací byl použit vlastní anonymní dotazník. Dotazník byl sestaven tak, že byly použity jak otázky s možností jedné volby odpovědi, tak otázky ve kterých bylo možné vybrat více možností či odpověď přímo vypsát. Při sestavování dotazníku byl kladen důraz na zjištění třech základních skutečností: zjištění výzkumného souboru (respondentek), zjištění praktického využívání multidisciplinárních týmů a zjištění preference užší spolupráce v rámci jednotlivých multidisciplinárních týmů.

Výzkum byl prováděn v agenturách domácí péče v Plzeňském a Jihočeském kraji, konkrétně v Plzni, Tachově, Klatovech a Českých Budějovicích a to v březnu a dubnu roku 2010. Celkem bylo dáno do oběhu 200 dotazníků. Z toho jich 41 nebylo vráceno a 20 bylo vyřazeno jako nevalidní (rozpory v odpovědích, neúplné vyplnění, chybné vyplnění, nelogické odpovědi apod.). Hodnotitelných a tedy validně vyplněných dotazníků bylo celkem 139.

První okruh otázek (tedy otázky 1-4) byl zaměřen na zjištění výzkumného souboru. Z výsledných odpovědí vyplynulo, že největší počet respondentů respektive respondentek je v produktivním věku, kdy je minimální rozdíl v rozmezí do 30 let, mezi 31-40 lety a mezi 41 a 50 lety. (29%) odpovídajících je ve věku 31-40 let, též (29%) je ve věku 41-50 let, (26%) je ve věku do 30 let, (14%) je ve věku 51-60 let a (2%) jsou ve věku 61 a více let.

Nejvyšší procento odpovídajících jsou absolventky Střední zdravotní školy (35%), (25%) respondentek absolvovalo specializaci, (25%) pak Vyšší odbornou školu. Mnohem menší podíl pak mají vysokoškolsky vzdělané sestry a to v bakalářském studijním programu (9%) a v magisterském (6%). Pro srovnání vysokoškolsky vzdělané sestry v bakalářském studijním programu jsou ve věkové skupině do 30 let (6) a 41-50 let (5). Vysokoškolsky vzdělané sestry v magisterském studijním programu jsou pak ve věku do 30 let (4), 31-40 let (2) a 41-50 let (2).

Délka praxe ve zdravotnictví je pak nejčastěji méně než 5 let (33%) dotázaných. (28%) dotázaných pracuje ve zdravotnictví 6-10 let. (18%) dotázaných pracuje ve zdravotnictví 21 a více let. Mezi 11 a 15 lety pracuje ve zdravotnictví (14%) dotázaných a 8 (7%) dotázaných pracuje ve zdravotnictví 16-20 let. Lze tedy shrnout, že největší počet respondentek pracuje ve zdravotnictví v rozmezí méně než 5 let až 10 let. Přičemž přímo v agentuře domácí péče pracuje (31%) dotázaných 1-2 roky a (29%) 6 let a více. (28%) dotázaných pracuje v agentuře domácí péče 3-5 let a (12%) dotázaných pracuje v tomto oboru méně než 1 rok.

Ve zkratce je tedy nejtypičtějším adresátem kvantitativního dotazníku všeobecná sestra ve věku mezi méně než 30 a 50 lety, s nejvyšším dosaženým vzděláním středoškolským tzn. Střední zdravotní škola, s délkou praxe mezi méně než 5 a 10 lety ve zdravotnictví a mezi 1 až 2 lety či více než 6 lety v agentuře domácí péče.

Otázkou č. 5 bylo zjišťováno jaký druh ošetrovatelské péče agentura domácí péče, ve které respondentky pracují, poskytuje. Ošetrovatelská péče poskytovaná z indikace lékaře multidisciplinárním týmem odpovídalo (64%) dotázaných a ošetrovatelské péče z indikace lékaře poskytovaná pouze sestrou odpovídalo (36%) z dotázaných. Většina ošetrovatelské péče poskytované v domácím prostředí je tedy poskytována v rámci multidisciplinárních týmů. Skupina respondentek, která odpovídala, že pracuje v agentuře domácí péče, která poskytuje domácí ošetrovatelskou péči z indikace lékaře a která je prováděna pouze zdravotní sestrou, pokračovala s vyplňováním dotazníku až od otázky 22 a na část 6-21 pak odpovídala pouze skupina respondentek, které pracují v agentuře domácí péče, jež poskytuje ošetrovatelskou péči multidisciplinárním týmem (max. 89). Po vyhodnocení odpovědí na tuto otázku je

zřejmé, že agentury domácí péče se snaží poskytovat, v rámci legislativních možností, ošetrovatelskou péči v rámci multidisciplinárního týmu, jak popisuje Hajšmanová.<sup>67</sup>

Na otázku č. 6 pak měly respondentky uvést, kdo tvoří multidisciplinární tým, ve kterém je poskytována domácí ošetrovatelské péče. Bylo možno vybrat více odpovědí a případně doplnit možnost, která nebyla nabízena do odpovědi jiné. Možnost jiné využilo (30%) dotázaných, které jako jiného odborníka označily asistenta 4x a pečovatelku 23x, což je služba, která je placená klientem. Vždy je pak součástí multidisciplinárního týmu sestra (100%). Dalším nejfrekventovanějším členem multidisciplinárního týmu je pak fyzioterapeut (71%). Je zajímavé, možná alarmující, že pouze (49%) respondentek uvádělo lékaře, jako člena multidisciplinárního týmu, bez jehož indikace není možné domácí péči poskytovat. (30%) dotázaných sociálního pracovníka, (22%), psychologa a nutričního terapeuta, (20%) ergoterapeuta, (19%) duchovního, (9%) logopeda. Žádný z multidisciplinárních týmů, ve kterém dotazované pracují nemá k dispozici porodní asistentku. K tomuto je nutno doplnit, že zaměstnancem agentury domácí péče je pak pouze všeobecná sestra, sociální pracovník a fyzioterapeut. Ostatní odborníci se podílejí na poskytování domácí ošetrovatelské péče v rámci smluvní spolupráce. Z tohoto vyhodnocení odpovědí vyplývá, že je snahou agentur domácí péče o zastoupení většiny členů multidisciplinárního týmu, jak popisuje Misconiová na internetových stránkách Národního centra domácí péče.<sup>68</sup>

Z informací získaných při rozhovorech s jednotlivými řediteli Agentur domácí péče vyplynulo, že fyzioterapii u klientů provádí všeobecné sestry v rámci ošetrovatelské rehabilitace. Tyto sestry mají zároveň vystudovanou vysokou školu v bakalářském studijním programu fyzioterapeut. Výkony ergoterapeuta pak nejsou propláceny zdravotními pojišťovnami, takže toto agentury domácí ošetrovatelské péče řeší tak, že všeobecné sestry jsou proškoleny v tomto oboru. V podstatě je pak

---

<sup>67</sup> HAJŠMANOVÁ, B. Co je to domácí péče. *Multidisciplinární péče*. 2006, 1, 4, s. 13-14. Dostupný také z WWW: <<http://www.mpece.com/>>. ISSN 1801-0199.

<sup>68</sup> MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2010-12-29]. [Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>>.

všeobecná zdravotní sestra stejně tak sestrou jako fyzioterapeutem a ergoterapeutem. Vzhledem k tomu, že návštěva logopeda u klienta v domácím prostředí rovněž není proplácena zdravotními pojišťovnami, je tento problém řešen tak, že klienti, pokud je to možné navštíví logopeda v jeho ordinaci a následně pak cvičení dle jeho instrukcí provádí za pomoci a pod dohledem všeobecné sestry, přičemž tato práce je jednou za měsíc logopedem kontrolována.

V otázkách 8-22 byly respondentky požádány, aby se vyjádřily pouze u těch spolupracovníků, kteří jsou součástí jejich multidisciplinárního týmu (tedy ti, které označily v otázce č. 6). Dotazy jsou zaměřeny na frekvenci spolupráce s jednotlivými odborníky v rámci multidisciplinárního týmu a na preferenci případné častější spolupráce.

Respondentky měly odpovědět, jak často s nimi spolupracuje fyzioterapeut v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější je spolupráce 1x týdně a to u (43%) dotázaných. (21%) spolupracuje s fyzioterapeutem denně a (19%) jednou za dva týdny. (17%) dotázaných využilo možnost odpovědi – jiné, přičemž shodně uvedly, že rodiny si zajišťují fyzioterapeuty samy s ohledem na potřeby klienta. Odpověď jednou měsíčně pak nezaškrtnla žádná z dotázaných. Častější spolupráci s fyzioterapeutem by uvítalo (80%) dotázaných a (20%) dotázaných považuje spolupráci s fyzioterapeutem za dostačující. Zde je však potřeba doplnit, že jistě záleží na složení a s tím souvisejících potřebách a požadavcích jednotlivých klientů. Za dostačující v naprosté většině považují spolupráci ty respondentky, které odpovídaly, že spolupracují s fyzioterapeutem denně či jednou týdně. Respondentky, které odpovídaly, že s fyzioterapeutem spolupracují jednou za dva týdny či si jej rodiny zajišťují samy by častější spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu uvítaly.

Další otázka byla zaměřena na to, jak často s dotázanými spolupracuje ergoterapeut v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější odpověď byla jiné (80%) – kdy respondentky shodně uváděly, že agentura zajistí návštěvu v případě potřeby. (13%) dotázaných spolupracuje s ergoterapeutem denně a (7%) dotázaných spolupracuje s ergoterapeutem jednou za dva týdny. Odpověď jednou týdně a jednou měsíčně pak nezaškrtnla žádná z dotázaných. Častější spolupráci



s ergoterapeutem by uvítalo (80%) dotázaných a (20%) dotázaných považuje spolupráci s ergoterapeutem za dostačující. Lze tedy shrnout, že většina dotázaných by uvítala vyšší frekvenci spolupráce s ergoterapeutem v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče, což se shoduje s tvrzením Jelínkové a Krivošíkové o legislativní potřebě zařazení ergoterapeutů do multidisciplinárního týmu agentur domácí péče a bodovém ohodnocení jejich činnosti v domácím prostředí klienta zdravotními pojišťovny.<sup>69</sup>

Otázka č. 11 zjišťovala četnost spolupráce s logopedem v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější odpověď byla stejně jako u předchozí otázky jiné (91%) – kdy respondentky shodně uváděly, že agentura zajistí návštěvu v případě potřeby. (9%) dotázaných spolupracuje s logopedem jednou týdně. Odpověď denně, jednou za dva týdny a jednou měsíčně pak nezaškrtnla žádná z dotázaných. Častější spolupráci s logopedem by uvítalo (91%) dotázaných a (9%) dotázaných považuje spolupráci s logopedem za dostačující. Opět lze shrnout, že za stávající situace by respondentky uvítaly častější spolupráci s logopedem. I zde je však třeba připomenout, že preference respondentek vychází z aktuálního složení klientů a je možné, že se v průběhu času bude měnit. Zároveň je potřeba upozornit na skutečnost, že logoped nemůže poskytovat péči, která je hrazena ze zdravotního pojištění v domácím prostředí a předpokladem pro poskytnutí péče tímto odborníkem, pokud má být hrazena ze zdravotního pojištění, je návštěva logopeda v ordinaci.

Respondentky byly dále dotázány, jak často s nimi spolupracuje psycholog v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější odpověď byla jiné (82%) – kdy respondentky shodně uváděly, že agentura zajistí návštěvu v případě potřeby. (12%) dotázaných spolupracuje s psychologem jednou měsíčně a (6%) pak jednou za dva týdny. Odpověď denně a jednou týdně pak nezaškrtnla žádná z dotázaných. Častější spolupráci s psychologem by uvítalo (82%) dotázaných a (18%) dotázaných považuje spolupráci s psychologem za dostačující. Opět je zde patrná preference častější spolupráce.

---

<sup>69</sup> JELÍNKOVÁ, J; KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Koncepce oboru ergoterapie*. Praha: Česká asociace ergoterapeutů., 2007. 16 s. ISBN neuvedeno.

Respondentky byly dotázány na četnost spolupráce se sociálním pracovníkem v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější odpověď byla jiné (70%) – kdy respondentky shodně uváděly, že agentura zajistí návštěvu v případě potřeby, či že s nimi pracuje sociální pracovník příležitostně. (22%) dotázaných spolupracuje se sociálním pracovníkem jednou měsíčně a (8%) pak jednou za dva týdny. Odpověď denně a jednou týdně pak nezaškrtnla žádná z dotázaných. Častější spolupráci se sociálním pracovníkem by uvítalo (80%) dotázaných a (20%) dotázaných považuje spolupráci se sociálním pracovníkem za dostačující. Znovu se potvrzuje, že respondentky by četnější spolupráci s konkrétním odborníkem uvítaly.

Další otázkou byla zjišťována spolupráce s duchovním v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější odpověď byla jiné (81%) – kdy respondentky shodně uváděly, že agentura zajistí návštěvu v případě potřeby, či že s nimi pracuje duchovní příležitostně. (16%) dotázaných spolupracuje s duchovním denně a (3%) pak jednou týdně. Odpověď jednou za dva týdny a jednou za měsíc pak nezaškrtnla žádná z dotázaných. Častější spolupráci s duchovním by uvítalo (28%) dotázaných a (72%) dotázaných nemá potřebu častější spolupráce s duchovním a to buď proto, že spolupráci považuje za dostatečnou nebo proto, že klienti mají svého duchovního. Zde je naopak zřejmé, že spolupráci s duchovním považují dotázané za dostačující. Služby duchovního sice nepatří do zdravotní domácí péče, z hlediska legislativy, ale jsou součástí holistického přístupu k nemocnému jak bylo Mišoňovou zdůrazněno na semináři. Z výsledků vyplývá, že je snahou jednotlivých agentur poskytovat domácí péči v intencích celostního přístupu k nemocným.<sup>70</sup>

Dále byly respondentky dotázány, jak často s nimi spolupracuje nutriční terapeut v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta. Nejčastější odpověď byla jiné (94%) – kdy respondentky shodně uváděly, že agentura zajistí návštěvu v případě potřeby. (6%) dotázaných spolupracuje s nutričním terapeutem jednou týdně. Odpověď denně, jednou za dva týdny a jednou za měsíc pak nezaškrtnla žádná z dotázaných.

---

<sup>70</sup> MIŠOŇOVÁ, A Mobilní hospic: Na cestě s nemocnými a jejich rodinami. In *Na cestě s nemocnými a jejich rodinami Seminář Mobilní hospic Phare III*, [online]. [s.l.] : [s.n.], 2006, 2010 [cit. 2010-02-11]. Dostupné z WWW: <[www.umirani.cz/res/data/010/001139.ppt](http://www.umirani.cz/res/data/010/001139.ppt)>.

Častější spolupráci s nutričním terapeutem by uvítalo (69%) dotázaných a (31%) dotázaných považuje spolupráci s nutričním terapeutem za dostatečnou. Častější spolupráce s nutričním terapeutem by tedy byla ve většině případů vítána.

Otázka 21 je zaměřena na zjištění podílů, ve kterých se sestry zaměřují na jednotlivé potřeby klienta, přičemž byla čtyři základní kritéria a to fyzické potřeby, psychické potřeby, sociální potřeby a duchovní potřeby. Respondentky měly rozdělit 100% péče mezi tyto čtyři sféry. U fyzických potřeb bylo zjištěno, že (78%) odpovídajících věnuje při domácím ošetření čtvrtinu času, tedy 25%, fyzickým potřebám klienta. (18%) dotázaných věnuje polovinu času, tedy 50%, fyzickým potřebám klienta a (4%) pak věnují 75% času fyzickým potřebám klienta. Možnost 0% a 100% nezaškrtnla žádná z dotázaných. U psychických potřeb bylo zjištěno, že (62%) respondentů věnuje při domácím ošetření čtvrtinu času, tedy 25%, psychickým potřebám. (1%) dotázaná věnuje polovinu času, tedy 50%, psychickým potřebám a (37%) se pak psychickým potížím nevěnuje vůbec. Možnost 75% a 100% pak nezaškrtnla žádná z dotázaných. U části sociálních potřeb pak bylo zjištěno, že (78%) odpovídajících věnuje při domácím ošetření čtvrtinu času, tedy 25%, sociálním potřebám a (22%) se pak sociálním potížím nevěnuje vůbec. Možnost 50%, 75% a 100% nevybrala ani jedna z dotázaných. U duchovních potřeb bylo zjištěno, že (5%) odpovídajících věnuje při domácím ošetření čtvrtinu času, tedy 25%, duchovním potřebám a (95%) se pak duchovním potřebám klienta nevěnuje vůbec. Možnost 50%, 75% a 100% pak nevybrala žádná z dotázaných. Při komplexním pohledu na jednotlivé sekce odpovědí na otázku je zřejmé, že stejný podíl při domácím ošetření je věnován fyzickým, psychickým a sociálním potřebám, kdy nejvíce odpovídajících uvedlo, že věnují každému z těchto problémů třetinu času. Naopak je zřejmé, že duchovním potřebám se při domácí ošetrovatelské péči věnuje naprosté minimum dotázaných.

Otázkou 22 bylo zjišťováno, které z uvedených fyziologických potřeb řeší respondentky při ošetrovatelské péči u klienta. Přičemž bylo možné označit více odpovědí. Všechny respondentky (celkem 139, tedy 100%) se věnuje hygieně, (86%) se věnuje deficitu soběstačnosti, (85%) se věnuje výživě, (72%) se věnuje měření TK, TT, P, (50%) se věnuje spánku, (43%) se věnuje vylučování a žádná z respondentek

nezaškrtna možnost jiné. Z odpovědí je zřejmé, že ačkoliv hygiena nepatří do zdravotnických výkonů, věnují se jí všechny dotázané.

Na otázku, které z psychických potřeb řeší dotázané při ošetrovatelské péči u klienta (opět s možností označit více odpovědí) odpovědělo (68%), že řeší nemoc, (50%) řeší potřeby jistoty a bezpečí, (43%) řeší strach, (43%) řeší úzkost a (1%) zaškrtno možnost jiné, přičemž uvedly deprese jako řešený problém.

Na otázku, které ze sociálních potřeb řeší dotázané při ošetrovatelské péči u klienta (opět s možností označit více odpovědí) odpovědělo (67%), že řeší problém sociální izolace, (47%) narušené mezilidské vztahy, (46%) ekonomickou situaci, (28%) sociální integraci a 20 (14%) zaškrtno možnost jiné, přičemž shodně uvedly, že pomáhají zjišťovat klientům, na co mají v rámci sociálního systému nárok.

Lze shrnout, že odpovědi na otázky 22-24 potvrzují výsledky odpovědí na otázku 21, tedy že domácí ošetrovatelská péče je rozdělena stejným dílem na fyzické, psychické a sociální potíže. Což potvrzuje předpoklad Vorlíčka, Adama a Pospíšilové o poskytování domácí ošetrovatelské péče holistickým přístupem.<sup>71</sup>

Na otázku č. 25, měly respondentky odpovídat, které z nabízených osob zapojují do ošetrovatelské péče o klienta nejčastěji. Z odpovědí je zřejmé, že nejčastěji zapojovanými osobami do domácí ošetrovatelské péče jsou rodinní příslušníci a to v (49%) odpovědí. Stejný počet tedy (17%) odpovědí jsou pak přátelé a sousedé. V možnosti jiné pak respondentky uvedly dvě varianty a to (14%) dobrovolníci a (3%) osobní asistence, celkem jiné (17%).

Otázkou č.26 bylo zjišťováno, zda mají respondentky zkušenost při poskytování domácí ošetrovatelské péče s poskytováním duchovních služeb pastorem. Na tento dotaz odpovědělo (92%) respondentek ano ojedinele a (8%) ano často. Možnost ano velmi často a ne nevybrala žádná z odpovídajících. Poskytování duchovních služeb pastorem v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče není běžné. Pastor zřejmě poskytuje duchovní služby mimo rámec domácí ošetrovatelské péče.

---

<sup>71</sup> VORLÍČEK, J; ADAM, Z; POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*, 2. přepracované a doplněné vyd. . Praha: Grada, 2004. 540 s. ISBN 80-247-0279-7.

Po shrnutí výše uvedeného bylo nutné zhodnotit, zda se dané hypotézy potvrdily či nikoliv. První hypotéza – tedy H1. Domácí ošetrovatelská péče je realizována multidisciplinárním týmem se potvrdila, když (64%) respondentek uvedlo, že pracuje v rámci multidisciplinárního týmu. Poměr domácí ošetrovatelské péče poskytované z indikace lékaře pouze sestrou a domácí ošetrovatelské péče poskytované z indikace lékaře multidisciplinárním týmem je 50 : 89. Podíl ošetrovatelské péče poskytované z indikace lékaře multidisciplinárním týmem je o 28% vyšší než podíl ošetrovatelské péče poskytované z indikace lékaře pouze sestrou.

Druhá hypotéza – tedy H2. Domácí ošetrovatelská péče je poskytována v pojetí moderního ošetrovatelství holistickým přístupem se potvrdila. K potvrzení nebo vyvrácení byly použity otázky 21-26. Z vyhodnocení těchto otázek jednoznačně vyplynulo, že domácí ošetrovatelská péče je poskytována holistickým přístupem, kdy je kladen důraz na bio-psycho-sociální a spirituální aspekty péče o klienta.

Třetí hypotéza – tedy H3. Zaměstnanci poskytující domácí ošetrovatelskou péči, by uvítali užší spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu se rovněž potvrdila. Na potvrzení či vyvrácení byly použity otázky 7-20. Kdy bylo zjišťováno, jak často vybraní spolupracovníci pracují v rámci multidisciplinárního týmu a zda je tato frekvence spolupráce považována za dostačující. Ve většině případů by byla preferována častější spolupráce s jednotlivými specializovanými členy multidisciplinárního týmu. Zde je však třeba dodat, že spolupráce je realizována v rámci legislativního rámce platných právních předpisů ČR a EU. Změnu frekvence spolupráce bude možné realizovat v souladu s harmonizací a případnou úpravou právě tohoto legislativního rámce.

Na základě výše uvedeného lze shrnout, že všechny tři stanovené hypotézy byly potvrzeny a v současné době je patrná snaha o poskytování domácí ošetrovatelské péče v pojetí moderního holistického přístupu prostřednictvím multidisciplinárních týmů, přičemž je tendence preference častější spolupráce v rámci jednotlivých multidisciplinárních týmů. Nejčastější překážkou ve využívání možností multidisciplinárního týmu, je fakt, že řada úkonů, které by bylo potřeba provádět odborníky – tedy jednotlivými členy multidisciplinárního týmu jako jsou psycholog, logoped a ergoterapeut, nejsou zdravotními pojišťovkami propláceny. Není možné na

tyto výkony nasmlouvat úhradu se zdravotní pojišťovnou a to právě díky nedostačující a ne zcela vyhovující stávající legislativní úpravě. Návrhy de lege ferenda týkající se právní úpravy nejsou a ani nemohou být předmětem této práce, nicméně z provedených výzkumných šetření je zřejmé, že za stávající situace reálně existuje společenská potřeba legislativní úpravy v duchu výše uvedeného. Nejenom že je poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí pro klienta příjemnější, akceptovatelnější a jednoznačně přínosnější řešení, ale hlavně je pro stát – tedy v přeneseném významu pro nás všechny, nesrovnatelně levnější než umístění dlouhodobě nemocných v léčebných či sociálních zařízeních. Je otázkou, čím zájmy jsou prosazovány v podobě kladení překážek k rozšíření možností využití poskytování ošetrovatelské péče v domácím prostředí. Lze se jen dohadovat, zda jsou to zájmy zdravotních pojišťoven či lobby jiných podobných institucí. Nicméně s ohledem na nezadržitelný trend stárnutí populace a zároveň s tím probíhající snižování akutních lůžek v nemocnicích, bude otázkou blízké budoucnosti, kdy bude preferováno řešení péče o dlouhodobě nemocné formou domácího ošetření. Jistě by nebylo od věci, kdyby se zákonodárci místo navyšování všemožných poplatků za to či ono raději zamysleli nad tím, jak legálně a hlavně legislativně zastřešit domácí ošetrovatelskou péči jako takovou.

Dle sdělení mluvčí Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) Štěpánky Filipové Meziresortní komise vedená Ministerstvem práce a sociálních věcí připravuje novou koncepci rozvoje zdravotních a sociálních služeb zaměřených na péči o seniory a zdravotně postižené v domácím prostředí. Mělo by dojít ke vzniku nových profesí, jako jsou komunitní pracovníci, domácí asistenti či manažeři služeb. Tento nový systém by měl zahrnovat kromě lékařů, ústavů či lůžkových zařízení dlouhodobé péče také fyzioterapii, ambulanci pro poruchy paměti, nutriční poradenství, paliativní péči, chráněné bydlení a další formy péče odpovídající individuálním potřebám seniorů. V novém systému by měly nezastupitelnou roli obce, které by poskytování dlouhodobé péče koordinovaly.

Experti sdružení v pracovní komisi se shodli na tom, že je potřeba sjednotit zdravotní a sociální služby ústavní, ambulantní i poskytované v domácnostech.<sup>72</sup>

---

<sup>72</sup> Domaci-pece.info/aktuality[online]. © 2006 [cit. 2011-01-29]. Národní centrum domácí péče info/aktualiy. Dostupné z <http://www.domaci-pece.info/mpsv-chysta-novou-koncepci-integrované-domaci-pece>

## 6. Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, zda je domácí ošetrovatelská péče poskytována v rámci multidisciplinárních týmů. Přičemž bylo vycházeno ze současného stavu ve vyspělých státech, kdy je domácí péče (Home Care) systémem zdravotní péče, který udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci. Domácí ošetrovatelská péče je dle možností (zejména zdravotního stavu pacienta, dostupnosti zdravotní péče v dané lokalitě apod.) preferována před hospitalizací v nemocničním zařízení. Hospitalizace se omezuje pouze na případy, kdy péči o nemocného již nelze poskytovat v domácím prostředí. Domácí ošetrovatelská péče je v ideálním případě prováděna multidisciplinárním týmem, což zaručí komplexní odbornou péči dosažitelnou bez zbytečných prodlev. Systém moderní zdravotní péče vyžaduje pravidelnou a kvalitní výměnu informací o nemocných, která by se měla provádět formou porad jednotlivých členů multidisciplinárního týmu. Členem tohoto týmu je zejména lékař, všeobecná sestra, fyzioterapeut, sociální pracovník, psycholog, ergoterapeut a další.

Na základě provedeného kvantitativního průzkumu ve stávajících agenturách domácí ošetrovatelské péče v oblasti Plzeňského a Českobudějovického kraje bylo zjištěno, že jednotlivé agentury domácí ošetrovatelské péče jednoznačně preferují využití multidisciplinárního týmu, ovšem není vždy v možnostech agentur domácí ošetrovatelské péče takto domácí péči poskytovat a to zejména díky nevyhovujícím právním předpisům a problémům s financováním ze stran zdravotních pojišťoven. Navíc práce sociálních pracovníků není na území ČR financována ze zdravotního pojištění nýbrž z pojištění sociálního a tedy i zde je pluralita způsobu financování ze strany klienta agentur poskytujících domácí ošetrovatelskou péči. Výkony sociálního pracovníka si hradí klient sám z příspěvku, který je mu poskytován místně příslušným úřadem Okresní správy sociálního zabezpečení dle stupně zdravotního postižení, zatímco zdravotnické výkony, které jsou nasmlouvány se zdravotními pojišťovnami jsou hrazeny přímo prostřednictvím zdravotních pojišťoven agenturám domácí ošetrovatelské péče a jejich financování tedy klienta nezatěžuje.



Nejpalčivějším problémem v možnostech poskytování domácí ošetrovatelské péče v takovém rozsahu, aby jím bylo možné nahradit stávající nevyhovující řešení, tedy hospitalizaci pacienta v nemocničním zařízení, je problém úhrad zdravotních pojišťoven. V současné době totiž překračuje poptávka po domácí ošetrovatelské péči nabídku a to zejména z jednoho prostého důvodu – možnost existence agentury domácí ošetrovatelské péče stojí a padá s možností jejího financování. Za situace, kdy zdravotní pojišťovny nemají zájem uzavírat smlouvy s nově vznikajícími agenturami domácí ošetrovatelské péče, je možnost otevření takovéto agentury téměř nereálná. Zvláště pak pokud se agentuře nepodaří uzavřít smlouvu s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, u které je do dnešní doby pojištěna většina obyvatel České republiky, je poskytování domácí ošetrovatelské péče pro klienty ostatních zdravotních pojišťoven možné v mnohem menším rozsahu, jelikož počet těchto klientů je minimální a agentura domácí ošetrovatelské péče pak nemá možnost hradit platy svých zaměstnanců a tudíž reálně existovat. Bylo by teoreticky možné poskytovat domácí ošetrovatelskou péči klientům, kteří si budou péči hradit samy, ovšem i zde je předem zřejmé, že jejich počet bude tak nízký, že ani toto není řešením.

V ideálním případě by nebylo od věci, kdyby byla zákonná úprava v oblasti poskytování domácí ošetrovatelské péče reagovala na stávající situaci a tudíž i potřeby obyvatelstva, které, ať chceme, či nechceme, nezadržitelně stárne. V současné době se připravuje zákon o dlouhodobé péči, který by měl jasně a srozumitelně vymezit oblast týkající se dlouhodobé péče jako takové a spojit financování v rámci zdravotního i sociálního pojištění. Při kvantitě a kvalitě schvalovaných právních norem v současnosti je však otázkou, jestli právě tento, byť jistě dobře míněný, zákon stávající problémy vyřeší. V rámci financování domácí ošetrovatelské péče jako takové by sice velmi radikálním, avšak ne nerealizovatelným řešením bylo sjednocení plateb zdravotního a sociálního pojištění tak, aby jednotlivé úkony vykonávané prostřednictvím agentur domácí ošetrovatelské péče (myšleno jednotlivými členy multidisciplinárních týmu, tedy i sociálních pracovníků apod.) byly hrazeny dle jednoho a jasně stanoveného pravidla či vyhlášky. Nedochozelo by pak ke zbytečným kolizím v tom, že tento či onen úkon je hrazen ze zdravotního pojištění, tento či onen ze sociálního a tento či onen již

uhrazen nebude, protože agentura domácí ošetrovatelské péče již k dnešnímu dni ošetřila příliš velký počet klientů. K dnešnímu dni je stále aktuální limitace úhrady za péči – tedy limit 50 pojištěnců za pololetí, který je bez dalšího naprosto neadekvátní. O neaktuálnosti v rámci úpravy poskytování domácí ošetrovatelské péče, mimo jiné svědčí i prostá skutečnost, že pracovní listy k jednotlivým výkonům pro odbornost 925 byly vypracovány před rokem 1996 a dosud nebyly nijak aktualizovány, ani nebyl zohledněn nárůst cen materiálů a náročnost výkonů, které agentury domácí péče poskytují. Takovýto nesrovnalostí existuje bezpočet, avšak nejsou přímo předmětem této diplomové práce.

Tato diplomová práce má za cíl zmapovat stávající situaci v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče a to konkrétně zda tato je či není poskytována v rámci multidisciplinárních týmů. Informace a poznatky v této práci shromážděné lze využít pro potřeby stávajících agentur domácí ošetrovatelské péče, které v rámci spolupráce na této diplomové práci již projevily zájem o její využití. Dále je možné ji použít jako určité vodítko pro ty, kteří uvažují o založení agentury poskytující domácí ošetrovatelskou péči. Mohla by být využívána v ordinacích praktických lékařů jako informace pro jejich pacienty, kterým budou v rámci své praxe předepisovat právě ošetření formou domácí ošetrovatelské péče. V jistém směru by mohla tato práce sloužit jako jeden z podkladů pro příslušný výbor Ministerstev zdravotnictví a sociálních věcí při zpracovávání nových právních předpisů – konkrétně například zákona o dlouhodobé péči. Dalo by se uvažovat i o využití v rámci jednotlivých zdravotních pojišťoven, například při přípravě podkladů pro provádění úhrad výkonů apod. V jistém směru by se jistě dala využít místně příslušnými obecnými úřady a jejich sociálními odbory pro styk s veřejností – tedy jako informační brožurka pro občany, pokud by byla doplněna například seznamem místních agentur domácí ošetrovatelské péče apod.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. AITKEN, L; PATRICIAN, P. The Revised Nursing Work Index. *Measuring organizational traits of hospitals: Nursing research*. 2000, 49, 3, s. 146-153. ISSN 0029-6562.
2. ANDREJKIVOVÁ, P. [www.ladara.eu/rehabilitacni\\_pece/fyzioterapeut.html](http://www.ladara.eu/rehabilitacni_pece/fyzioterapeut.html) [online]. 2007, 2010 [cit. 2010-02-13]. Dostupné z WWW: <<http://www.ladara.eu>>.
3. BARTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
4. BARTLOVÁ, S. Význam celoživotního vzdělávání pro sestry a zdravotnické organizace. *Florence*. 2006, II, 4, s. 48-49. Dostupný také z WWW: <[florence.cz](http://florence.cz)>. ISSN 1801-464x.
5. BARTLOVÁ, S. Profese sestry, profesionalizace a elitářství v ošetrovatelství ze sociologického pohledu. *Kontakt*. 2007, 9, 2, s. 254-259. Dostupný také z WWW: <[://www.zsf.jcu.cz](http://www.zsf.jcu.cz)>. ISSN 1212-4117.
6. BÍLÁ KNIHA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH [online]. Praha: 2003, [cit. 2010-01-09]. Dostupné [http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)
7. BOCZAR, N, et al. *Průvodce ošetrovatelskou dokumentací od A do Z*. . 1. Praha: Grada, 2002. 39 s. ISBN 80-247-0278-9
8. ČAS SEKCE DOMÁCÍ PÉČE. [online]. 2008-2009 [cit. 2010-29-01]. Dostupné z WWW: <<http://www.cnaa.cz/sekce-a-regiony>>.
9. ČAS SEKCE DOMÁCÍ PÉČE.[online]. 2008-2009 [cit. 2010-01-29]. Dostupné z WWW: <[://www.cnaa.cz/o-spolecnosti/historie](http://www.cnaa.cz/o-spolecnosti/historie)>.
10. ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTU. [online]. 2004, [cit.2010-02-11]. Dostupné z WWW: <[ergoterapie.org/modules.php?name=informace](http://ergoterapie.org/modules.php?name=informace)>.
11. [Domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-standovy.doc](http://domaci-pece.info/asociace-adp-cr/246873/adp-cr-standovy.doc) [online]. © 2006 [cit. 2010-02-11]. Národní centrum domácí péče.info/. Dostupné z WWW: <[://www.domaci-pece.info/](http://www.domaci-pece.info/)>.

12. Domaci-pece.info/aktuality[online]. © 2006 [cit. 2011-01-29]. Národní centrum domácí péče info/aktualiy. Dostupné z <http://www.domaci-pece.info/mpsv-chysta-novou-koncepci-integrované-domaci-pece>
13. Domaci-pece.info/[online]. © 2006 [cit. 2011-04-29]. Národní centrum domácí péče info/aktuality. Dostupné z [http://www.domaci-pece.info/aktualni-problematika-zdravotne-socialni-pece-5773240/obcanvsiti2011\\_01.pdf](http://www.domaci-pece.info/aktualni-problematika-zdravotne-socialni-pece-5773240/obcanvsiti2011_01.pdf)
14. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči* . 1. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
15. HAJŠMANOVÁ, B. Co je to domácí péče. *Multidisciplinární péče*. 2006, 1, 4, s. 13-14. Dostupný také z WWW: <<http://www.mpece.com/>>. ISSN 1801-0199.
16. HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitní ošetrovatelství: 1. české vydání*. 1. Martin : Osveta, 2007. 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1.
17. HAŠKOVCOVÁ, H. *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku : české ošetrovatelství č. 9 - praktická příručka pro sestry*. 1. Brno: IDVPZ, 2001. 57 s. ISBN 80-7013-349-X.
18. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie : České ošetrovatelství 10, praktická příručka pro sestry*. 1. Brno: IDVPZ, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
19. HAVRDOVÁ, Z; HAJNÝ M. et al. *Praktická supervize*. 1. Praha: Galén, 2008. 211 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
20. HOLEKSOVÁ, T. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1. Praha: Grada, 2002. 92 s. ISBN 80-247-0212-6.
21. CHYBOVÁ, M. Komplexní domácí péče . *Kontakt*. 2003, 5, 3, s. 185-188. Dostupný také z WWW: <<[://www.zsf.jcu.cz](http://www.zsf.jcu.cz)>. ISSN 1212-4117.
22. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající pro pomáhající profese*. 1. Praha: Triton, 2003. 219 s. ISBN 80-7254329-6.
23. JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory* . 1. Ostrava : Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

24. JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství* . 1. Praha: Grada, 2007. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
25. JELÍNKOVÁ, J; KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Koncepce oboru ergoterapie* . Praha: Česká asociace ergoterapeutů,, 2007. 16 s. ISBN neuvedeno.
26. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči* . Praha: Grada, 2005. 148 s. ISBN 80-247-1001-3.
27. KAREŠ, J; DRLÍKOVÁ, M; BRABCOVÁ, I. *Moderní metody v řízení*. 1. České Budějovice: ZSF-JCU, 2006. 137 s. ISBN 80-7040-852-9.
28. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese s předmluvou Jiřiny Šiklové*. 5. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
29. KŘEMENOVÁ, E. Nejčastější stížnosti při poskytování zdravotní péče a jejich řešení . *Sestra*. 2006, 16, 4, s. 15-16. ISSN 1210-0404.
30. KUČERA, R. [Http://slovník.abz.cz](http://slovník.abz.cz) [online]. 2005-2006, 06.04.2010 [cit. 2010-02-03]. Abz.cz. Dostupné z WWW: <slovník-cizich-slov.abz.cz>.
31. LÁVIČKOVÁ, J. Kvalita ošetřovatelské péče očima pacientů. *Sestra*. 2006, 16, 4, s. 30-31. ISSN 1210-0404.
32. MARKOVÁ, M. BÁRTLOVÁ, S. Mezinárodní projekt e-learning v komunitní péči. *Florence* . 2008, 4, 2, s. 59-59. ISSN 1801-464X.
33. MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. Brno: NCO NZO, 2007. 164 s. ISBN 97-8807-01-3457-3.
34. MATOUŠEK, O, et al. *Sociální služby-legisaltiva, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 80-7367-310-X.
35. MISCONIOVÁ, B. [Http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0](http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0) [online]. © 2006 [cit. 2009-12-29]. [Http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-](http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty-). Dostupné z WWW: <<http://www.domaci-pece.info/domaci-pece0>>.
36. MISCONIOVÁ, M. *Komplexní domácí péče '94*. 1. Praha: Asociace domácí péče - Národní centrum domácí péče, 1994. 85 s. ISBN neuvedeno.

37. MIŠOŇOVÁ, A Mobilní hospic: Na cestě s nemocnými a jejich rodinami. In *Na cestě s nemocnými a jejich rodinami Seminář Mobilní hospic Phare III*, [online]. [s.l.] : [s.n.], 2006, 2010 [cit. 2010-02-11]. Dostupné z WWW: <[www.umirani.cz/res/data/010/001139.ppt](http://www.umirani.cz/res/data/010/001139.ppt)>.
38. [www.nconzo.cz/web/vzdelavani/158](http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/158)[online].© 2008 [cit. 2010-01-29].dostupné <http://www.nconzo.cz/web/vzdelavani/158>
39. O'CONNOR, M. et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. Praha: Grada, 2005. 352 s. ISBN 80-247-1295-6.
40. PAVLICOVÁ, J. Domácí péče v České republice. *Sestra*. 2003, 3, s. 11-12. ISSN 1210-0404.
41. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetřovatelství v kostce* . 1. Praha: Grada, 2006. 150 s. ISBN 80-247-1211-3.
42. PINKAVOVÁ, H. Multidisciplinární spolupráce. In Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Katedra ošetřovatelství. *Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí* . 1. Brno: [s.n.], 2006. s. 5-6. ISBN 80-7013-437-2.
43. POLICAR, R. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1. Praha : Grada, 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7.
44. SOFAER, B. *Bolest-příručka pro zdravotní sestry*. 1. Praha: Grada, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X.
45. SOLDÁNOVÁ, D. Co je multidisciplinární tým. In Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Katedra ošetřovatelství. . *Sborník z Odborné konference s mezinárodní účastí* . 1. Brno: [s.n.], 2006. s. 5-6. ISBN 80-7013-437-2.
46. THE SOLID FACTS HOME CARE IN EUROPE. [Www.google.cz/search](http://www.google.cz/search) [online]. 2008 [cit. 2010-02-21]. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/96467/E91884.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf)
47. STAŇKOVÁ, M. Z historie charitativní a řádové ošetřovatelské péče . *Sestra*. 2003, 3, s. 3-3. ISSN 1210-0404.

48. STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 11 : Sestra-reprezentant profese*. 1. Brno: IDV PZ, 2002. 78 s. ISBN 80-7013-368-6.
49. STAŇKOVÁ, M. Na mnohá zlepšení ošetrovatelské péče nepotřebujeme peníze. *Sestra*. 2002, 12, 11, s. 6-6. ISSN 1210-0404.
50. ŠAMÁNKOVÁ, M, et al. *Základy ošetrovatelství* . 1. Praha: Karolinum, 2006. 153 s. ISBN 80-246-1091-4.
51. ŠEBESTOVÁ, D. [Http://www.pomadfm.cz/index.php?id=27&tema=tema3](http://www.pomadfm.cz/index.php?id=27&tema=tema3) [online]. 2007 [cit. 2010-02-05]. Dostupné z WWW: <<http://www.pomadfm.cz>>.
52. ŠKRLA, P; ŠKRLOVÁ, M. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. Praha: Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.
53. TKÁČ, L. [Http://cms.nvb.cz/www/cl-830/114-duchovni-pece/](http://cms.nvb.cz/www/cl-830/114-duchovni-pece/) [online]. 2007 [cit. 2010-02-08]. Dostupné z WWW: <<http://cms.nvb.cz/www/cl-830/114-duchovni-pece/>>.
54. TOTHOVÁ, V. Dáma s lampičkou . *Florence*. 2006, 5, s. 3-5. ISSN 1801-464x.
55. TRACHTOVÁ, E, et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* . 2. Brno: NCO NZO, 2004. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
56. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 3. Praha: Sociologické nakladetství, 2007. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.
57. ÚZIS. Domácí zdravotní péče. *Sestra*. 2010, 9, s. 5. ISSN 1210-0404
58. VORLÍČEK, J; ADAM, Z; POSPÍŠILOVÁ, Y. *Paliativní medicína*, 2. přepracované a doplněné vyd. . Praha: Grada, 2004. 540 s. ISBN 80-247-0279-7.
59. ZACHAROVÁ, E; HERMANOVÁ, H; ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1. Praha : Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.
60. Vyhláška č. 472/2009 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

61. Vyhláška MZČR č. 49/1993 Sb., *O technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů*
62. Vyhláška MZČR č. 440/2000 Sb., *kteou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření nazokomiálních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče v platném znění*
63. Vyhláška č. 55/2011 Sb., *o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*
64. Zákon č. 20/1966 Sb., *O péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů*
65. Zákon č. 160/1992 Sb., *O zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízení ve znění pozdějších předpisů*
66. Zákon č. 48/1997 Sb., *O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů*
67. Zákon č. 258/2000 Sb., *O ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů*
68. Zákon č. 95/2004 Sb., *O zdravotnickém povolání lékaře, zubaře a farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách*
69. Zákon č. 96/2004 Sb., *O nelékařský zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách*
70. Zákon č. 108/2006 Sb., *Zákon o sociálních službách*



## **8. Klíčová slova**

Multidisciplinarita,  
multidisciplinární tým,  
ošetřovatelská péče,  
domácí péče,  
holistický přístup.

## **9. Přílohy**

- 1) Dotazník
- 2) Standard domácí péče č. TP13
- 3) Standard domácí péče č. ADP7
- 4) Standard domácí péče č. ADP21
- 5) Standard domácí péče č. ADP27

Dobrý den,

jmenuji se Alena Packanová, jsem studentkou Jihočeské univerzity, zdravotně-sociální fakulty, navazující magisterské studium. Žádám Vás o vyplnění následujícího dotazníku, který potřebuji k vypracování praktické části mé diplomové práce na téma *Multidisciplinarita v poskytování domácí ošetrovatelské péče*. Tento dotazník je anonymní a bude použit pouze ke studijním účelům. Z uvedených odpovědí zakroužkujte jednu odpověď. Je-li nabízeno více možností, je toto vždy u otázky uvedeno.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu!

Bc. Alena Packanová

**1. Kolik je Vám let?**

- a) do 30 let
- b) 31-40 let
- c) 41-50 let
- d) 51-60 let
- e) 61 a více let

**2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Středoškolské
- b) Vyšší odborné
- c) PSS v
- d) Vysokoškolské - Bc.
- e) Vysokoškolské - Mgr.

**3. Kolik let pracujete ve zdravotnictví?**

- a) do 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-15 let
- d) 16-20 let
- e) 21 a více let

**4. Kolik let pracujete v agentuře domácí péče?**

- a) do 1 roku
- b) 1 – 2 roky
- c) 3 – 5 let
- d) 6 let a více

**5. Jakou ošetrovatelskou péčí agentura domácí péče, v které pracujete poskytuje? (Pokud zvolíte odpověď a) přejděte, prosím, rovnou k otázce č.22)**

- a) ošetrovatelská péče z indikace lékaře prováděna pouze sestrou
- b) ošetrovatelská péče z indikace lékaře prováděna multidisciplinárním týmem

**6. Kdo tvoří váš multidisciplinární tým v poskytování domácí ošetrovatelské péče? – možno zakroužkovat více možností.**

- a) lékař
- b) sestra
- c) porodní asistentka
- d) fyzioterapeut
- e) ergoterapeut
- f) logoped
- g) psycholog
- h) sociální pracovník
- i) duchovní
- j) nutriční terapeut
- k) jiný spolupracovník – uveďte konkrétně .....

V následujících otázkách 7-22 se vyjádřete, prosím, pouze u těch spolupracovníků, kteří jsou součástí Vašeho multidisciplinárního týmu – tj. které jste označili v otázce 6.

**7. Jak často s Vámi spolupracuje fyzioterapeut v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta?**

- a) denně
- b) 1 x týdně
- c) 1 x za 2 týdny
- d) 1 x měsíčně
- e) jiné - uveďte konkrétně .....
- .....
- .....

**8. Uvítala byste spolupráci fyzioterapeuta v rámci domácí ošetrovatelské péče častěji?**

- a) ano
- b) ne, uveďte prosím důvod .....

**9. Jak často s Vámi spolupracuje ergoterapeut v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta?**

- a) denně
- b) 1 x týdně
- c) 1 x za 2 týdny
- d) 1 x měsíčně
- e) jiné - uveďte konkrétně .....
- .....
- .....

**10. Uvítala byste spolupráci ergoterapeuta v rámci domácí ošetrovatelské péče častěji?**

- a) ano
- b) ne, uveďte prosím důvod .....
- .....

**11. Jak často s Vámi spolupracuje logoped v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta?**

- a) denně
- b) 1 x týdně
- c) 1 x za 2 týdny
- d) 1 x měsíčně
- e) jiné - uveďte konkrétně .....
- .....
- .....

**12. Uvítala byste spolupráci logopeda v rámci domácí ošetrovatelské péče častěji?**

- a) ano
- b) ne, uveďte prosím důvod .....
- .....

**13. Jak často s Vámi spolupracuje psycholog v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta?**

- a) denně
- b) 1 x týdně
- c) 1 x za 2 týdny
- d) 1 x měsíčně
- e) jiné - uveďte konkrétně .....

**14. Uvítala byste spolupráci psychologa v rámci domácí ošetrovatelské péče častěji?**

- a) ano
- b) ne, uveďte prosím důvod .....
- .....

**15. Jak často s Vámi spolupracuje sociální pracovník v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta?**

- a) denně
- b) 1 x týdně
- c) 1 x za 2 týdny
- d) 1 x měsíčně
- e) jiné - uveďte konkrétně .....
- .....
- .....

**16. Uvítala byste spolupráci sociálního pracovníka v rámci domácí ošetrovatelské péče častěji?**

- a) ano
- b) ne, uveďte prosím důvod .....
- .....

**17. Jak často s Vámi spolupracuje duchovní v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta?**

- a) denně
- b) 1 x týdně
- c) 1 x za 2 týdny
- d) 1 x měsíčně
- e) jiné - uveďte konkrétně .....
- .....
- .....

**18. Uvítala byste spolupráci duchovního v rámci domácí ošetrovatelské péče častěji?**

- a) ano
- b) ne, uveďte prosím důvod .....
- .....

**19. Jak často s Vámi spolupracuje nutriční terapeut v rámci poskytování domácí ošetrovatelské péče u klienta?**

- a) denně
- b) 1 x týdně
- c) 1 x za 2 týdny
- d) 1 x měsíčně
- e) jiné - uveďte konkrétně .....
- .....
- .....

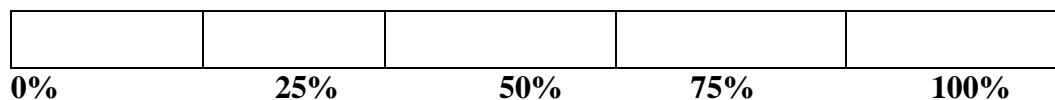
**20. Uvítala byste spolupráci nutričního terapeuta v rámci domácí ošetrovatelské péče častěji?**

- a) ano
- b) ne, uveďte prosím důvod .....
- .....

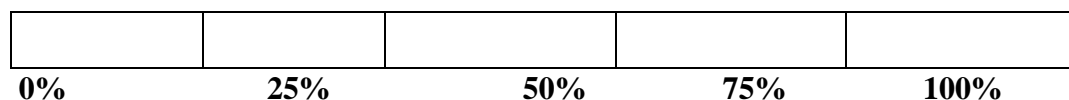


**21. V jaké míře se při ošetřování nemocného v poskytování ošetřovatelské péče v domácím prostředí věnujete jednotlivým potřebám? Procenta označte křížkem. Součet všech potřeb musí být 100%**

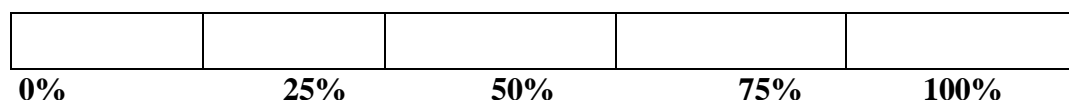
a) fyzické potřeby



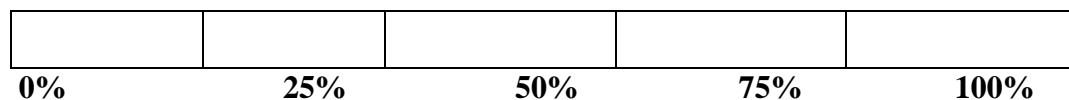
b) psychické potřeby



c) sociální potřeby



d) duchovní potřeby



f) jiné – uveďte konkrétně .....

.....

.....

**22. Které z uvedených fyziologických potřeb řešíte při ošetřovatelské péči u klienta? Můžete označit více odpovědí.**

- a) hygiena
- b) výživa
- c) měření TK, TT, P
- d) vyprazdňování
- e) spánek
- f) deficit v soběstačnosti
- g) jiné, prosím vypište .....

**23. Které z uvedených psychických potřeb řešíte při ošetrovatelské péči u klienta? Můžete označit více odpovědí.**

- a) úzkost
- b) strach
- c) nemoc
- d) potřeba jistoty a bezpečí
- e) jiné, prosím vypište .....

**25. Které z uvedených sociálních potřeb řešíte při ošetrovatelské péči u klienta? Můžete označit více odpovědí**

- a) sociální izolace
- b) narušené mezilidské vztahy
- c) ekonomickou situaci
- d) sociální integraci
- e) jiné, prosím vypište .....

**26. Které z nabízených osob zapojujete do ošetrovatelské péče o klienta nejčastěji?**

- a) rodinné příslušníky
- b) přátelé
- c) sousedé
- d) jiné, prosím uveďte .....

**27. Setkala jste se při Vaší práci v poskytování domácí ošetrovatelské péče s poskytováním duchovních služeb pastorem?**

- a) ano, ojediněle
- b) ano, často
- c) ano, velmi často
- d) ne

Název:	<b>STANDARD KVALITY Č. TP13 – Tísňová péče PROSTŘEDÍ A PODMÍNKY</b>
--------	---

#### KRITERIUM

a)	Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob
b)	Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám

#### PROCES

a)	<p>Tento standard navazuje na standard č. TP1 a TP5, ve kterém jsou specifikovány podmínky pro poskytování tísňové péče, okruhu osob, tak stanoveným individuálním plánem uživatelem.</p> <p>Technické podmínky K výkonu své práce v terénu pracovníci potřebují telefon a automobil, z důvodu rychlého kontaktu a event. přesunu mezi domácnostmi uživatelů.</p> <p>Automobil má sjednané povinné a havarijní pojištění</p> <p>Poskytovatel TP Domovinka má uzavřeno také pojištění v souvislosti s poskytováním sociálních služeb na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a – bylo uzavřeno poskytovatelem pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování sociálních služeb. Bezpečnostní předpisy jsou uvedeny v příloze č. TP13/P1</p>
b)	Poskytovatel TP Domovinka poskytuje své služby uživatelům v jejich domácnostech, to znamená v terénu. Z tohoto důvodu TP Domovinka jako poskytovatel tísňové péče nezajišťuje pobytové ani ambulantní služby, a také nezajišťuje prostředí ani podmínky ve vnitřních prostorech.

#### VÝSLEDEK

a)	Podmínky pro poskytování služby jsou zajištěny.
----	---

#### **Příloha č. TP13/P1a - Bezpečnostní předpisy a zásady pro zaměstnance**

1. Zaměstnanec je povinen dbát o svou vlastní bezpečnost, o své zdraví i o bezpečnost a zdraví osob, kterých se bezprostředně dotýká jeho jednání, případně opomenutí při práci.
2. Zaměstnanec se musí účastnit školení a výcviku zajišťovaného zaměstnavatelem v zájmu bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.
3. Zaměstnanec je povinen dodržovat rozsah práce, který má specifikován v Náplni

práce (viz. příloha pracovní smlouvy).

4. Zaměstnanec nesmí požívat alkoholické nápoje a zneužívat jiné návykové látky na pracovišti a v pracovní době i mimo pracoviště, také nesmí nastupovat pod jejich vlivem do práce.
5. Zaměstnanec je povinen pojistit se proti škodě na majetku zaměstnavatele, proti škodě způsobené na majetku klientů a proti úrazu klientů jsou pojištěni u zaměstnavatele
6. Zaměstnanec je povinen seznámit se s informacemi o rizicích práce v jednotlivých zařízeních organizace a s opatřeními na ochranu před jejich působením.
7. Zaměstnanec nesmí mít žádný sexuální kontakt s klienty.
8. Zaměstnanec nesmí od klientů přijímat finanční částky ani kupovat žádné věci.
9. Zaměstnanec má zakázáno poskytovat klientům adresu a telefonní číslo do svého bydliště.
10. Zaměstnanec má zakázáno setkávat se s klienty mimo pracovní dobu a pracoviště.
11. Zaměstnanec je povinen zachovávat mlčenlivost o všech údajích týkajících se klientů.
12. Zaměstnanec je povinen seznámit se s bezpečnostními předpisy zařízení, ve kterém bude pracovat.
13. Zaměstnanec je povinen se podrobit vstupní a pravidelným zdravotním prohlídkám.

Potvrzuji, že jsem seznámen s Bezpečnostními předpisy a zásadami organizace a zavazuji se je dodržovat. V případě nedodržení výše uvedených předpisů a zásad nese organizace odpovědnost za škody a újmy způsobené při práci.

### **Příloha č. TP13/P1b - Bezpečnostní předpisy pro práci v terénu**

1. Zaměstnanec v terénu je povinen účastnit se pravidelné supervize.
2. Zaměstnanec v terénu je povinen dodržovat při práci v terénu tyto zásady:
  - mít u sebe vždy občanský průkaz nenosit u sebe větší finanční obnos ani cenné předměty
  - nosit pevnou uzavřenou obuv
  - dbát o to, aby měl plně vybavenou tašku pracovníka v terénu
  - v případě poranění o použitou injekční stříkačku, nebo v případě jiného rizikového kontaktu s případným infekčním zdrojem, je pracovník povinen hlásit tuto událost neprodleně svému nadřízenému a zachovat postup, který je pro tuto situaci předepsán.
  - před jakoukoli konzumací během služby je pracovník povinen přerušit práci a umýt si ruce
  - vyhýbat se situacím, při kterých se pracovník necítí bezpečně (např. agresivní konflikty s klienty), pokud se v takové situaci ocitne, snaží se místo neprodleně opustit.

3. V případě ošetřování klienta, v případě odběru moči, slin a ostatních sekretů je zaměstnanec povinen použít zdravotnické rukavice a používat pouze sterilní zdravotnický materiál.

4. Při práci s použitými injekčními stříkačkami a jehlami je třeba dbát těchto zásad:

- na použité injekční stříkačky a jehly sahej pouze v gumových rukavicích na jedno použití a jen v nevyhnutelných případech tehdy, máš-li jistotu, že se o ně neporaníš.
- kontejnery se nesmí otevírat a jejich obsah v žádném případě vyndávat
- použité injekční stříkačky a jehly přenášej pouze v kontejnerech k tomu určených
- s kontejnery manipuluj opatrně.
- po každé výměně injekčních stříkaček a jehel kontejner uzavři víčkem.
- při práci buď pozorný a přísně dbej hygienických pravidel.
- při nedodržování těchto zásad se terénní pracovník vystavuje zvýšenému riziku nákazy infekčními chorobami (HIV/AIDS, hepatitis, aj.)

5. Organizace doporučuje zaměstnanci, aby se nechal očkovat proti hepatitidě typu A a B.

Plné kontejnery s použitým injekčním materiálem pečlivě uzavři a doprav do kanceláře TP na místo k tomu určené.

V případě nedodržení výše uvedených předpisů a zásad nenese organizace odpovědnost za škody a újmy způsobené při práci.

Název:	<b>ADP7 STÍŽNOSTI NA KVALITU NEBO ZPŮSOB POSKYTOVÁNÍ DOMÁČÍ PÉČE</b>
--------	--

#### KRITERIUM

a)	Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování DP, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
b)	Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele
c)	Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě
d)	Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti

#### PROCES

a)	<p>Uživatel, který má výhrady k poskytované domácí péči ADP Domovinka, může dle svého práva uplatnit stížnost jak podáním ústním, tak podáním písemným. Uživatel podáním stížnosti nesmí být ohrožen.</p> <p>Stížnosti poskytovatel ADP chápe na jedné straně jednak jako právo uživatele a na straně druhé jako cenný zdroj informací o tom, jak je uživatel spokojen s poskytovanou službou nebo jak je služba vnímána jeho rodinnými příslušníky. Zda naplňuje očekávání uživatelů a kde jsou slabá místa poskytovaných služeb. Stížnost je vyjádření nespokojenosti uživatele a spolu s hodnocením služby ve standardu č. ADP15 je stížnost také jedním z podnětů k hledání cesty zlepšení a zkvalitnění služby.</p> <p>Uživatel může jednak vyjádřit připomínku k poskytované službě, nebo označí své vyjádření jako stížnost, poté ADP Domovinka postupuje dle vnitřních pravidel uvedených v příloze č. ADP7/P1 a řeší ji, byť by byl obsah jakýkoliv.</p> <p>Vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností jsou uvedena v příloze č. ADP7/P1.</p>
b)	<p>Informace o podání, formě, osoby pověřené k vyřizování stížností jsou uvedeny v příloze č. ADP7/P1.</p> <p>Uživatel je seznámen s těmito informacemi seznámen při jednání se zájemcem o službu a při podpisu smlouvy viz. Standard č. ADP3 a ADP4.</p> <p>Pracovníci jsou s pravidly seznamováni při nástupu do pracovního poměru viz. Standard č. ADP9.</p>
c)	Evidence a lhůta pro vyřízení stížnosti je uveden v příloze č. ADP7/P1.
d)	<p>ADP Domovinka informuje uživatele o vyřizování stížností při jednání se zájemcem o službu a při podpisu smlouvy viz. Standard č. ADP3 a ADP4.</p> <p>V příloze č. ADP7/P1 jsou rovněž uvedeny instituce sledující dodržování lidských práv, kde může uživatel svoji stížnost uplatnit v případě nespokojenosti s vyřízením v ADP Domovinka.</p>

## VÝSLEDEK

<b>a)</b>	Všichni pracovníci i uživatelé znají způsob podávání a vyřizování stížností. Veškeré stížnosti jsou evidovány.
<b>b)</b>	Každý uživatel je seznámen při nástupu s možností, jak a u koho si lze stěžovat v ADP Domovinka. Pracovníci znají postup vyřizování stížnosti, existuje dokument evidující seznámení pracovníků s předpisem.
<b>c)</b>	Vyřízení stížností je dokumentováno.
<b>d)</b>	ADP Domovinka informuje uživatele o nadřazených institucích pro vyřizování stížností.

## **PŘÍLOHA č. ADP7/P1 VNITŘNÍ PRAVIDLA PRO PODÁVÁNÍ STÍŽNOSTÍ NA KVALITU A POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB ADP DOMOVINKA**

Kdo může stížnost podat:

- uživatel
- osoba uživatelem pověřená
- rodinný příslušník
- opatrovník, pokud má uživatel opatrovníka

Forma stížnosti:

- ústní - osobně
- písemná
- anonymní

Kam stížnost podat:

- vhození do schránky ADP Domovinka – Úslavská 75, Plzeň.
- vhození do poštovní schránky
- do rukou sestry, nebo klíčového pracovníka která stížnost předá na vedení ADP Domovinka

Vyřizování stížností:

- Schránky jsou vybírány 1x denně. Písemné stížnosti jsou převzaty pracovníkem ADP Domovinka a předány pověřenému pracovníkovi.
- Stížnosti na služby jsou pak předány vrchní sestře DP, která stížnost prošetří sama. Nejdříve je stížnosti přiděleno číslo jednací.
- Vyřizování stížnosti se děje i v případě ústní stížnosti písemnou formou / stěžovatel musí dostat odpověď, pokud se nejedná o anonym/.
- Způsob řešení stížnosti je volen s ohledem na zachování důstojnosti a práv obou stran.
- Postup vyřizování stížnosti musí být volen tak, aby vedl k rychlému zjištění skutečnosti a neovlivnil budoucí vztahy mezi účastníky.
- Snahou všech pracovníků je vyřídit stížnost v co nejkratší době, maximálně do 30 dnů. Pokud závažnost stížnosti nedovoluje vyřízení v této době, musí o tom odpovědný pracovník uvědomit účastníky a zejména vysvětlit důvod zdržení.
- Pracovník, který je pověřen řešením stížnosti, je povinen vyžádat si vyjádření pracovníka, proti kterému je stížnost vedena.
- Může se stát, že prošetřením skutečností se dojde k závěru, že stížnost byla neoprávněná nebo ji nelze řešit.
- Opakované stížnosti, které již byly prošetřeny a nemají opodstatnění, již nebudou řešeny. Uživatel je pak na tuto skutečnost písemně upozorněn.
- Připomínky a podněty jsou řešeny na místě ústní formou.
- Anonymní stížnosti se taktéž prošetřují a jsou považovány za podnět ke zlepšení poskytování služeb.



Stížnost, kterou podává pracovník řeší jeho přímý nadřízený.

#### Evidence stížností

Jako každá jiná písemnost je přijata vedením ADP Domovinka, je opatřena číslem. Ve spise je uvedeno

- číslo stížnosti - písemnosti
- datum podání
- forma stížnosti ( žádost )
- kdo stížnost podal ( i anonym )
- obsah (ve zkratce na co si stěžuje)
- kdo stížnost řeší - přidělení konkrétnímu pracovníkovi
- výsledek řešení - uzavření spisu a odeslání odpovědi
- datum uvědomění stěžovatele o výsledku-vyřízení a odeslání odpovědi
- souhlas ( odvolání klienta s řešením)

Přímé směřování stížností a připomínek:

- vrchní sestra ADP tel: 603 527 976
- ředitelka PS Domovinka tel: 603 195 840

V případě nespokojenosti se stěžovatel může odvolat k nadřízeným orgánům u:

- ❖ Magistrát města Plzně – sociální odbor, Kopeckého sady 11, Plzeň, tel:
- ❖ Krajský úřad Plzeňského kraje – sociální odbor, Škroupova 18, Plzeň, tel:
- ❖ Asociace občanských poraden, Koterovská 41, 326 00 Plzeň
- ❖ Kancelář veřejného obhájce práv, Údolní 39, 602 00 Brno, tel: 542 542 111
- ❖ Český helsinský výbor, adresa: Jelení 199/5, 118 00 Praha
- ❖ MPSVZ Praha, adresa: MPSV ČR, Na Poříčním právu 1/376, 12801 Praha , tel: 221 921 111

Název:

**ADP 21 ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU – KRVE NA  
VYŠETŘENÍ V DOMÁCNOSTI KLIENTOVI/PACIENTOVI**

**CÍL:** Odebrat krev na vyšetření K/P v domácím prostředí bezpečně a dle ordinace lékaře

**ÚVOD:** Krev je biologický materiál, který se nejčastěji posílá na laboratorní vyšetření.

**POPIS VÝKONU:** Analýza krve podává přesné informace o vnitřním prostředí v těle, odběr se provádí nalačno, odběr krve se provádí venepunkcí uvedené ve standardu podání léku i.v. č.

### PŘÍPRAVA

<b>P1</b>	Příprava dokumentace, ve které je ordinace odběru krve lékařem
<b>P2</b>	Sestra zná druh, způsob odběru krve K/P
<b>P3</b>	Sestra informuje K/P o odběru dle ordinace lékaře
<b>P4</b>	Sestra si připraví k výkonu následující pomůcky: dokumentaci, jehlu, stříkačku, Esmarchovo obinadlo, dezinfekce, čtverečky buničiny, emitní miska, náplast na přelepení vpichu, rukavice, nádoba na infekční odpad, řádně označenou a vhodnou zkumavku pro odběr krve a také žádanku k vyšetření dle ordinace lékaře
<b>P5</b>	Sestra vybere vhodné místo pro odběr krve venepunkcí se souhlasem K/P
<b>P6</b>	Sestra připraví stříkačku a nasadí vhodnou velikost jehly
<b>P7</b>	Sestra při tomto výkonu důsledně dbá pravidlům asepsy

### VÝKON

<b>V1</b>	Sestra vybere a dezinfikuje vybrané místo pro odběr krve
<b>V2</b>	Sestra přiloží E.obinadlo na vybrané místo těla, vybere vhodnou žílu, pod úhlem 45st. napichuje žílu, aspiruje krev do jehly nebo zkumavky, dle druhu systému odběru
<b>V3</b>	Sestra vyjme jehlu ze žíly, povoluje E. Obinadlo, kontroluje místo vpichu a přelepí místo náplastí
<b>V4</b>	Sestra zapíše výkon odběru krve do dokumentace K/P
<b>V5</b>	Sestra uklidí a dezinfikuje pomůcky nezbytné k výkonu, jehlu a stříkačku dává do nádoby pro infekční odpad
<b>V6</b>	Sestra kontroluje místo vpichu, zdravotní stav K/P
<b>V7</b>	Sestra zachází ze zkumavkou dle druhu odběru a poté spolu se žádankou zajistí odvoz odběru do příslušné laboratoře

### HODNOCENÍ

<b>H1</b>	Zná sestra druh, způsob podání, účinek a komplikace při podání léčiva K/P?
<b>H2</b>	Využívá sestra při výkonu všechny pomůcky?
<b>H3</b>	Uklidí a dezinfikuje sestra pomůcky dle stanoveného hyg.-epid. řádu?
<b>H4</b>	Dbá sestra na základy asepsy a provedla osobní hygienu dle standardu č. ?

Název:

**ADP 27 OŠETŘENÍ KOLOSTOMIE A ILEOSTOMIE  
V DOMÁCNOSTI KLIENTOVI/PACIENTOVI**

**CÍL:** Ošetřit kolostomii/ileostomie K/P v domácím prostředí bezpečně a dle ordinace lékaře

**ÚVOD:** Kolostomie je vyústění tlustého střeva na břišní stěně, ileostomie je vyústění tenkého střeva na stěně břišní a provádí se méně často.

**POPIS VÝKONU:** Pro ošetření se používá jednodílný systém – gelová destička je spojena se sáčkem pevně a dvojdílný systém, ve kterém je destička oddělena od sáčku. Každý systém má výhody i nevýhody, záleží na zvyklosti K/P

**PŘÍPRAVA**

<b>P1</b>	Příprava dokumentace, ve které je ordinace ošetření stomie lékařem
<b>P2</b>	Sestra zná druh, způsob ošetření a možné komplikace při tomto výkonu u K/P
<b>P3</b>	Sestra informuje K/P o ošetření stomie dle ordinace lékaře
<b>P4</b>	Sestra si připraví k výkonu následující pomůcky: dokumentaci, emitní miska, rukavice, nádoba na infekční odpad, destičku, sáček, adhezivní ochrannou pastu, odstraňovač náplastí, zásyp, pohlcovač pachu, pomůcky pro hygienu těla a stomie, nůžky
<b>P5</b>	Sestra dodržuje a zachovává intimitu K/P v co největším rozsahu
<b>P6</b>	Sestra při tomto výkonu důsledně dbá pravidlům asepsy
<b>P7</b>	Sestra zná výživová doporučení (tekutiny, složení stravy, klid, důsledné kousání apod.) pro stomiky a umí je vhodně použít

**VÝKON**

<b>V1</b>	Sestra změří velikost stomie a připraví jedno, či dvojdílný systém dle návodu od výrobce pomůcky, otvor by měl být vždy o 0,5cm větší, z důvodu lepší přilnavosti
<b>V2</b>	Poloha pro výměnu stomie je nejlepší vleže u méně soběstačného K/P a u více soběstačného poté sestra volí polohu ve stoje pokud možno před zrcadlem
<b>V3</b>	Sestra K/P pomůže s svlékáním a očištěním těla dle stupně soběstačnosti
<b>V4</b>	Sestra kontroluje stav a okolí stomie, popř. druh a strukturu stolice v sáčku, ošetří vyústění střeva a přiloží nový systém pro atonii, popř. dohlíží a dopomáhá na K/P, pokud výkon provádí samostatně
<b>V5</b>	Sestra zapíše výkon ošetření stomie do dokumentace K/P
<b>V6</b>	Sestra uklidí a dezinfikuje pomůcky nezbytné k výkonu
<b>V7</b>	Sestra kontroluje zdravotní stav K/P, při nácviku samostatného ošetření stomie zodpoví případné dotazy K/P

**HODNOCENÍ**

<b>H1</b>	Zná sestra druh, způsob ošetření a komplikace u ošetření stomie K/P?
<b>H2</b>	Využívá sestra při výkonu všechny pomůcky?
<b>H3</b>	Uklidí a dezinfikuje sestra pomůcky dle stanoveného hyg.-epid. řádu?
<b>H4</b>	Dbá sestra na základy asepsy a provedla osobní hygienu dle standardu č. ?
<b>H5</b>	Dbá sestra na intimitu k/P ?