

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD  
Ústav zdravotnického managementu

Petr Bouzek

**Nelékařští zdravotničtí pracovníci  
v sociálních lůžkových zařízeních pro seniory**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdenka Mikšová, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 14. července 2012

-----  
podpis

Děkuji Mgr. Zdence Mikšové, Ph.D. za velkou vstřícnost při vedení diplomové práce.

Děkuji Mgr. Kateřině Langové, Ph.D. za neocenitelnou pomoc při statistickém zpracování.

# **ANOTACE**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

### **Název práce:**

Nelékařští zdravotničtí pracovníci v sociálních lůžkových zařízeních pro seniory

### **Název práce v AJ:**

Non-physicians staff in a residential facilities for seniors

**Datum zadání:** 2012-01-30

**Datum odevzdání:** 2012-07-16

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakulta zdravotnických věd  
Ústav zdravotnického managementu

**Autor práce:** Bouzek Petr

**Vedoucí práce:** Mgr. Zdenka Mikšová, Ph.D.

**Oponent práce:** RNDr. Ing. Rössler Miroslav, CSc, MBA

### **Abstrakt v ČJ:**

Pobytová zařízení pro staré občany poskytují zdravotní péči svým klientům cestou svých zaměstnanců, nelékařských zdravotnických pracovníků. Cílem práce bylo zjistit,

jaké nelékařské zdravotnické pracovníky zaměstnávají pobytová zařízení sociální péče pro seniory, jak jsou využívány jejich kompetence a jaká je jejich pracovní spokojenost. Data byla získána cestou anonymního dotazníku.

**Abstrakt v AJ:**

Residential facilities for the elderly provide health care to its clients through its paramedical staff. The aim was to find out what paramedical health professionals employed by residential care facilities for seniors, as their qualifications are used and what their job satisfaction. Data were obtained through an anonymous questionnaire.

**Klíčová slova v ČJ:**

nelékařští zdravotničtí pracovníci, zdravotnická péče, domovy seniorů, pracovní kariéra, pobytová zařízení sociálních služeb, zdravotní péče, ošetrovatelská péče, sociální péče, sociálně zdravotnická péče, pracovní spokojenost, pracovní kompetence

**Klíčová slova v AJ:**

paramedical workers, health care, seniors' homes, working career, residential social services, nursing care, social care, social and health care, job satisfaction, qualification of workers

**Rozsah:** 103 stran

# Obsah

<b>Úvod</b>		<b>7</b>
1.	Poskytování zdravotní péče nelékařskými zdravotnickými pracovníky v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory	9
1.1	Pobytová zařízení sociální péče (domovy seniorů)	9
1.2	Podmínky poskytování zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory	15
1.3	Potřebnost zajištění zdravotní péče pro klienty v pobytových zařízeních sociální péče	22
1.4	Transformace systému sociálního zabezpečení	25
1.5	Zdravotní stavy neumožňující přijetí k pobytu v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory	31
1.6	Změny personálního složení zaměstnanců v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory	33
1.7	Nelékařští zdravotničtí pracovníci v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory	34
1.8	Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory	39
2.	Výzkum profesního rozložení nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory a jejich názorů na využití získaných profesních kompetencí	46
2.1	Cíle výzkumu a hypotézy	46
2.3	Metodika výzkumného šetření	48
2.4	Profil respondentů	48
2.5	Metoda zpracování výsledků výzkumu	49
2.6	Výsledky výzkumu a jejich interpretace	49
2.7	Ověření platnosti hypotéz	69
	Diskuze	85
	Závěr	92
	Literatura a prameny	94
	Seznam grafů	99
	Seznam tabulek	101
	Seznam příloh	103

# Úvod

Do roku 1991 se v pobytových zařízeních sociální péče významněji nerozlišovaly sociální a zdravotní výkony. Pobytová zařízení sociální péče (domovy důchodců) byly určeny především pro občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu již potřebovali takovou komplexní péči, která jim nemohla být zajištěna v jejich vlastním prostředí ani rodinou, ani pečovatelskou službou. Do domovů důchodců byli také přijímáni staří občané, kteří tuto ubytovací službu naléhavě potřebovali z jiných vážných důvodů. (Králová, Rážová, 2005 s. 42).

Sociální i zdravotní péče v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory byly financovány ze stejných zdrojů. Zásadní změny nastaly po zavedení povinného zdravotního pojištění. Ústavy sociální péče začaly požadovat, aby jimi poskytnutá zdravotní péče byla hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění, v čemž částečně uspěly.

Další výraznou změnou byly nové odborné kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků zavedené zákonem 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

V současné době je v pobytových zařízeních sociální péče kladen důraz na poskytování sociálních služeb. Cílem je nahradit klientům v maximální možné míře domácí prostředí. Proto pobytová zařízení sociální péče pro seniory zaměstnávají převážně sociální pracovníky.

Protože jsou však obyvatelé pobytových zařízení sociální péče pro seniory často chronicky i akutně nemocní, musí tato zařízení zajistit i lékařskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Ošetrovatelskou a rehabilitační péči zajišťují pobytová zařízení sociální péče převážně svými zaměstnanci, nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Lékařskou službu obstarávají všeobecní praktičtí lékaři externě, v rámci návštěvní služby.

Cílem práce bylo zjistit, jaké nelékařské zdravotnické pracovníky využívají pobytová zařízení sociální péče pro seniory pro zajištění ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče a jak jsou využívány jejich odborné kompetence. V souvislosti s tím byla zjišťována i pracovní spokojenost zdravotnických pracovníků na současných pracovních pozicích.

K vyhledávání relevantních článků ke zkoumané problematice bylo využito služeb knihoven Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně a Národní lékařské knihovny v Praze.

Rešeršním pracovníkům byla zadána klíčová slova: nelékařští zdravotničtí pracovníci, zdravotnická péče, domovy seniorů, pracovní kariéra, pobytová zařízení sociálních služeb, zdravotní péče, ošetrovatelská péče, sociální péče, sociálně zdravotnická péče, pracovní spokojenost, pracovní kompetence

Bylo zažádáno o vyhledání článků v českém, slovenské a anglickém jazyce pět let dozadu.

Z knihovny Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů bylo obdrženo sedmdesát šest odkazů na zdroje v českém jazyce, dva zdroje ve slovenském jazyce a pět zdrojů v anglickém jazyce

Z národní lékařské knihovny bylo obdrženo čtyřicet dva zdrojů v českém jazyce, dva zdroje ve slovenském jazyce a tři zdroje v anglickém jazyce.

Z těchto odkazů bylo požádáno o plné texty u šedesáti vybraných odkazů, z nichž dvacet pět bylo použita v diplomové práci.

Významným zdrojem byly materiály z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, který se poměrně často zabývá problematikou poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociální péče.

Část zdrojů byla vyhledána přes internetový vyhledávač Google.

České zákonné normy byly vyhledány na [www.sbirka.cz](http://www.sbirka.cz).



# **1. Poskytování zdravotní péče nelékařskými zdravotnickými pracovníky v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory**

## **1.1 Pobytová zařízení sociální péče (domovy seniorů)**

Sociální péče je nástroj sociální ochrany občanů vytvořený státem. Zahrnuje systém dávek a služeb poskytovaných občanům, kteří nejsou schopni zabezpečit své základní životní potřeby v potřebném rozsahu zejména z důvodů nedostatečného finančního příjmu, nepříznivého zdravotního stavu nebo vysokého věku. Součástí systému sociální ochrany jsou i služby poskytované občanům v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory. I když lze v domově seniorů pobývat jen dočasně, pro absolutní většinu ubytovaných klientů je domov seniorů jejich trvalá poslední adresa.

Zařízení pro pobyt starých občanů, kteří se již nedokáží sami o sebe postarat a potřebnou péči jim nedokáží poskytnout ani jejich příbuzní, mají poměrně dlouhou historii. Podobná zařízení existovala již ve středověku. Jak píše Tomašuková(2005, s. 36 - 37)existovaly tři typy ústavní péče pro nemocné a staré. Byly to špitály, které většinou patřily pod klášterní správu. Byly určeny pro dlouhodobý pobyt starých, nemocných, pocestných a chudých lidí. Jejich činnost byla závislá na sponzorských darech. Lépe situovaní občané byly umísťováni do klášterních nemocnic. Pro separaci infekčně nemocných a malomocných byly určeny nemocnice. V 18 století se zakládaly farní chudinské instituty, kde se poskytovala zdravotně-sociální péče. Za vlády Josefa II byla v Praze otevřena Všeobecná nemocnice s chudobincem, nalezincem a zaopatřovacím ústavem.

Poměrně známý příklad starobince je Hagibor, zřízenou Pražskou židovskou obcí, který byl otevřen v květnu roku 1911(<http://cs.wikipedia.org/wiki/Hagibor>).

Dalším příkladem již modernějšího historického pobytového zařízení pro seniory je areál současné Thomayerovy nemocnice v Krči, kde za první republiky sídlil Ústřední zaopatřovací ústav (Masarykovy domovy) uvedený do provozu v roce 1928(<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/masarykovy-domovy-velkorysy-projekt-reseni-socialni-pece-v-hlavn-126339>).

Současné domovy seniorů jsou pobytová zařízení sociální péče zřizovaná podle Zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb. (<http://www.sbirka.cz/2006/06-108.htm>).

Podle tohoto zákona se v domovech seniorů poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiných osob.

Základní činnosti, které domovy seniorů svým klientům poskytují podle zákona, jsou:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služby jsou podrobněji rozepsány ve vyhlášce č.505/2006 Sb.

(<http://www.sbirka.cz/2006/06-505.htm>)

Domovy seniorů jsou podle vyhlášky povinny svým klientům zajistit:

- ubytování,
- úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,
- zajištění celodenní stravy minimálně v rozsahu tří hlavních jídel.
- pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
- pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
- pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změně polohy,
- pomoc při podávání jídla a pití,
- pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,
- pomoc při úkonech osobní hygieny,
- pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
- pomoc při použití WC,

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,  
podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,  
pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,  
pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,  
návuk a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,  
poskytnutí možnosti realizace při volnočasových a zájmových aktivitách,  
pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

I když současná snaha společnosti je zachovat seniory co nejdéle v jejich přirozeném prostředí a potřebné sociální a zdravotní služby poskytovat například cestou agentur domácí péče, někteří senioři sami žádají o ubytování v domovech seniorů.

Podle Hrubošové (2009, s. 22) nelze jednoznačně preferovat terénní péči před ústavní, protože oba způsoby mají své kladné i záporné stránky. Hrubošová rozebírá jednotlivé výhody a nevýhody jak z pohledu samotného uživatele, tak z pohledu příbuzných.

#### **Výhody terénní péče z pohledu uživatele:**

- zachování přirozeného prostředí pro příjemce služeb
- zachování soukromí, ošetrovatelský personál je u uživatele jen po dobu nezbytně nutnou – klientovi zůstává jeho soukromí a klid
- ve velké většině nižší úhrada za poskytnuté služby – platba jen za dobu, kterou si klient nasmlouval, o využití příspěvku si může rozhodnout sám

#### **Výhody terénní péče z pohledu rodinných příslušníků:**

- zachování přirozeného prostředí pro rodiče

### **Nevýhody terénní péče z pohledu uživatele:**

- Sociální osamění – uživatel často zůstává po dlouhé hodiny sám, nemá si s kým popovídat, může jen sledovat televizi či poslouchat rádio
- Nebezpečí vzniku nenadálých situací – když například uživatel spadne, může zůstat ležet na zemi i hodiny, než mu někdo poskytne pomoc

### **Nevýhody terénní péče z pohledu rodinných příslušníků:**

- Morální úzkost – rodiče jsou doma sami, chtěli by každodenní návštěvu, kterou ale nejsou schopni poskytnout pro pracovní vytížení nebo vlastní pohybové omezení
- Strach, obava v době, kdy jsou rodiče doma sami – nebezpečí pádu, náhlé nevolnosti, srdečního kolapsu – nemůže být včas přivolána pomoc
- Dlouhé časové období do jejich příchodu nebo příchodu ošetrovatelského personálu

### **Výhody ubytování v pobytovém zařízení sociální péče z pohledu uživatele:**

- Sociální začlenění – uživatel je mezi lidmi, není sám
- Aktivizace – uživatel má možnost něco dělat, nemusí jen „koukat na televizi“.
- Neustálá přítomnost personálu – uživatel nemusí mít strach, pomoc je na dosah, kdykoli ji bude potřebovat

### **Výhody ubytování v pobytovém zařízení sociální péče z pohledu rodinných příslušníků:**

- celodenní odpovědnost přejímá dané zařízení – ohromná úleva, ztráta strachu o ztrátu blízkého člověka

### **Nevýhody ubytování v pobytovém zařízení sociální péče z pohledu uživatele:**

- Ztráta soukromí – uživatel může být málokdy sám, většinou je nucen podřídit se programu
- Služby jsou často dražší než v terénu
- Přichází o příspěvek na péči

## **Nevýhody ubytování v pobytovém zařízení sociální péče z pohledu rodinných příslušníků**

- Částečná obava – nemohl jsem pro své rodiče udělat víc?

Hrubošová dále uvádí: „Rozhodnutí o tom, zda zvolit terénní službu nebo službu pobytovou téměř nikdy nebývá jednoduché, převážně z pohledu nejbližších příbuzných, resp. životních partnerů a dětí. Setkáváme se s výčitkami svědomí při rozhodnutí o pobytové službě ve smyslu „odložení manžela nebo tatínka“, ale musím bohužel konstatovat, že se jedná o záležitost předsudkovou, kdy se tito lidé bojí reakce okolí, jak na ně bude pohlíženo, neumějí a ani si nechtějí přiznat, že na potřebnou nepřetržitou péči nestačí, a že si potřebují také odpočinout. Možná je to rovněž i přístupem celé společnosti, neboť pochopit člověka v takové situaci dokáže jen ten, který již podobnou situací prošel, který již zažil „na vlastní kůži“ podobnou zkušenost, neboť jen od toho se mohou dočkat podpory a pomoci (2009, s. 22).

Že poskytování terénní péče není automaticky nejlepším způsobem poskytování sociálních a zdravotních služeb, se mohli dozvědět účastníci konference pod názvem „Kam kráčejí sociální služby v ČR – boj o přežití, nebo zvyšující se kvalita?“ konané v dubnu 2009, od delegace z Velké Británie.

Jejich zkušenosti popsala Jana Veselá (2009, s. 42-43). Ve Velké Británii propagují názor, že staré lidi je třeba co nejdéle ponechat v jejich přirozeném prostředí a nestěhovat je do kolektivních zařízení. Služby za nimi mají přijít domů. Ve Velké Británii žije více než třetina lidí starších šedesáti pěti let zcela osaměle. Dříve, v případě, že se o takové lidi neměl kdo postarat, odešli do nějakého kolektivního zařízení, které poskytovalo potřebnou péči.

Tento systém se radikálně změnil. Péče o staré lidi byla v devadesátých letech z více než tří čtvrtin zprivatizována a je nyní poskytována různými nevládními a soukromými komerčními organizacemi za úhradu. Velká pečovatelská zařízení byla uzavřena a lidé vráceni do domácího prostředí, kam za nimi docházejí pečovatelé.

Reportéři BBC, zjistili, že pracovníci agentur jsou nedostatečně proškolení a nestíhají obstarat všechny přidělené klienty. Někteří uživatelé služeb tak zůstávají celý den doma v posteli bez jídla, protože „vypadli“ se seznamu péče pro daný den, nebo se k nim pečovatel pro nával práce vůbec nedostal. Pečovatelé přichází ke klientům také v nevhodnou dobu.

Většina pečovatелů se sice snaží poskytovat klientům kvalitní péči, ale často ani nevědí, co daný člověk potřebuje, jaké má brát léky, jakou dietu dodržovat. Individuální plány buď neexistují, nebo jsou neaktuální. Pečovatelé dostávají za svou práci o málo více než minimální mzdu. Kvalita je vyhodnocována jen ve formě dotazníků, které si společnosti, poskytující sociální služby, vyplňují samy.

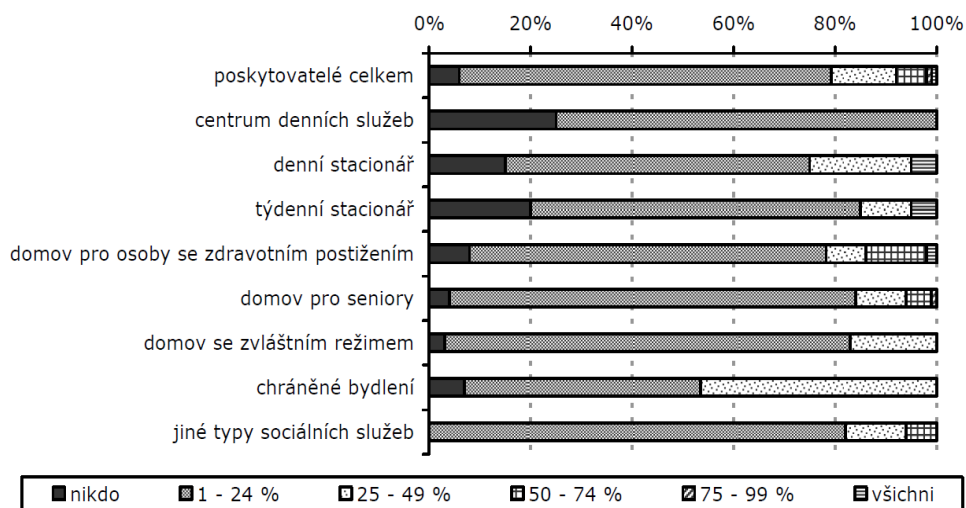
Jak zjistili Hasson a Arnetz, (2008, s. 468-481) zdravotničtí pracovníci v terénních službách vykazují menší odborné znalosti, než pracovníci v pobytových službách sociální péče a jejich fyzická i psychická zátěž je menší.

Přesun poskytování sociálních a zdravotních služeb z pobytových zařízení do domovů klientů v souladu s evropským trendem probíhá i v České republice. Dokumentuje to tabulka z práce kolektivu autorů z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí z roku 2009, kde je vidět největší úbytek klientů domovech seniorů. (Kol, s. 72)

typ sociální služby	přijetí		propuštění		zemřelí		rozdíl příchozí - bývalí klienti
	celkem odpovědí	celkem přijatých	celkem odpovědí	celkem propuštěných	celkem odpovědí	celkem zemřelých	
centrum denních služeb	6	21	5	60	4	0	-39
denní stacionář	21	36	19	15	17	2	+19
týdenní stacionář	20	29	20	35	15	0	-6
domov pro osoby se zdravotním postižením	52	150	49	80	48	95	-25
domov pro seniory	81	2 214	76	316	81	2 048	-150
domov se zvláštním režimem	31	371	29	66	30	273	+32
chráněné bydlení	16	63	15	18	14	14	+31
pečovatelská služba	9	498	9	176	9	261	+61
jiné typy sociálních služeb (v případě uvedení více služeb zpravidla za všechny typy)	8	358	9	293	12	1	+64
osobní asistence	0	-	0	-	0	-	
<b>poskytovatelé celkem</b>	<b>140</b>	<b>3 455</b>	<b>134</b>	<b>947</b>	<b>133</b>	<b>2 573</b>	<b>-65</b>

Tab.č.1.: Úhrnné počty přijatých, propuštěných a zemřelých klientů v roce 2008 podle typu sociální služby

Tento trend může nadále pokračovat, neboť podle zjištění autorů studie jsou v domovech seniorů ubytováni klienti, kterým by mohly být sociální a zdravotní služby poskytovány v domácím prostředí.



Graf.č.1: Odhadovaný procentuální podíl klientů, kteří by v případě možnosti využití pečovatelské služby byli schopni života v domácím prostředí

## 1.2 Podmínky poskytování zdravotních služeb v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory

Do konce roku 1991 se nerozlišovalo mezi zdravotnickými zařízeními a ústavy sociální péče. V zařízeních sociální péče se proto do té doby také výrazně nerozlišovalo mezi zdravotnickými a sociálními výkony. Jak sociální, tak zdravotní služby byly hrazeny z jedné peně, které pobytová zařízení sociální péče dostávala cestou okresních úřadů. Od začátku roku 1992 se mohla zdravotní péče poskytovat pouze ve zdravotnických zařízeních s oprávněním k poskytování zdravotní péče udělené státním orgánem. Zařízení sociální služby však nebyla zdravotnickými zařízeními podle zákona, a tak jim zdravotní pojišťovny odmítaly proplácet zdravotní výkony, které poskytly ubytovaným klientům. Bylo tvrzeno, že zdravotnické výkony poskytnuté klientům pobytových zařízení sociální péče jejich zaměstnanci se mají nadále hradit z rozpočtu těchto zařízení. V roce 1997 proběhlo soudní řízení mezi Domovem důchodců ve Sněženkové ulici v Praze a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Soud tehdy konstatoval, že zdravotní péče, na kterou má každý občan nárok na základě čl. 31 Listiny základních práv a svobod a která je poskytována obyvatelům ústavů sociální péče podle § 22 písm. d/zákona č. 48/1997 Sb. jako tzv.

zvláštní ambulantní péče, musí být hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Ústavy sociální péče mohou být registrovány jako nestátní zdravotnické zařízení podle zákona č. 160/1992 Sb., přičemž tato registrace zároveň ústavy aktivně legitimuje k účasti na výběrovém řízení podle § 46 a násl. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a na jeho základě k uzavření smlouvy podle § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. (Misconiová, Merhautová a Průša, 2003. s. 4)

Pobytové zařízení sociální péče se nemůže zříci povinnosti zajistit svým klientům přístup k potřebné zdravotní péči, i když to nepatří mezi jeho hlavní úkoly.

Jak uvádí Prošková (2010, str. 3-4) povinnost zabezpečovat zdravotní péči pobytovými sociálními zařízeními lze dovodit z ustanovení paragrafu 79 odst. 5, z paragrafu 88 písm. c), zákona 108/2006 Sb. podle něhož je zařízení sociálních služeb povinno vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, jimž poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby. Jelikož právo na zdravotní péči je jedním z lidských práv uvedených v Listině základních práv a svobod, je poskytovatel sociálních služeb povinen klientům zabezpečit přístup k zdravotní péči tak, jak je vzhledem k jejich zdravotnímu stavu, psychickým a sociálním možnostem potřebné.

Pobytová zařízení sociální péče mohou pro zajištění zdravotní péče svým klientům zvolit jednu ze tří variant.

Mohou zdravotní péči zajistit pomocí externích zdravotnických zařízení nebo zdravotnických pracovníků. Tento způsob je všeobecně využíván při zajišťování lékařské péče praktickými lékaři. Dříve mívaly pobytová zařízení sociální péče pro seniory své lékaře zaměstnance. V dnešní době jsou všeobecní praktičtí lékaři soukromníci s vlastními ordinacemi a do domovů seniorů dochází v rámci návštěvní služby.

Zajištění ošetrovatelské a rehabilitační péče externím spolupracujícím zdravotnickým zařízením je čistě teoretickou možností. Agentury domácí péče nemohou být pro poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče používány a jiná zdravotnická zařízení, která by mohla externě poskytovat v domovech seniorů zdravotní péči, v podstatě neexistují.



Pobytová zařízení sociální péče mají možnost provozování vlastního nestátního zdravotnického zařízení. Po splnění personálních a věcných podmínek mohou zaregistrovat nové nestátní zdravotnické zařízení. Cestou vlastního zdravotnického zařízení pak lze poskytovat nejen lékařskou péči lékařem zaměstnancem, ale také logopedickou péči či péči klinických psychologů. V současné době je možnost vlastního zdravotnického zařízení využívána minimálně a to hlavně ze dvou důvodů.

Nově registrované nestátní zdravotnické zařízení musí požádat o uzavření smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami cestou výběrového řízení a s velkou pravděpodobností by byla taková žádost ze strany zdravotních pojišťoven zamítnuta. Při současném stavu financování zdravotních služeb cestou zdravotních pojišťoven, by provoz takového zdravotnického zařízení byl velmi pravděpodobně ekonomicky ztrátový. Z domovů seniorů, kde probíhalo dotazníkové šetření, mělo vlastní nezdavatnické zařízení se zaměstnaným lékařem jen jedno.

Nejčastěji používaným způsobem poskytování zdravotních výkonů v pobytových zařízeních sociální péče a jejich úhrady z veřejného zdravotního pojištění je „zvláštní ambulantní péče“. Zdravotní pojišťovny v tomto případě nemohou proplácení poskytnutých zdravotních výkonů odmítnout. Není zde povinnost účasti na dohodovacím řízení. Podle paragrafu 11. zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) lze poskytovat zdravotní služby v pobytových zařízeních sociálních péče bez získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb (<http://www.sbirka.cz/2011/11-372.htm>).

V paragrafu 36 Zákona č. 108/2006 O sociálních službách se uvádí, že poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby. Tuto povinnost plní formou zvláštní ambulantní péče. V případě, že jde o ošetrovatelskou a rehabilitační péči pak především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (<http://www.sbirka.cz/2006/06-108.htm>).

Na poskytování a úhradu ošetrovatelské a rehabilitační péče uzavírají zdravotní pojišťovny s pobytovými zařízeními sociálních služeb zvláštní smlouvy. Podmínkou uzavření smlouvy je, že zařízení sociální péče, které o uzavření smlouvy požádá, prokáže, že ošetrovatelská a rehabilitační činnost bude poskytována jeho zaměstnanci, kteří budou splňovat kvalifikační podmínky pro činnost nelékařských zdravotnických pracovníků.

Dnem 1. ledna 2007 nabyla účinnosti vyhláška č.620/2006 Sb., upravující vyhlášku č.134/1998 Sb., (Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami) a do seznamu zdravotních výkonů byly doplněny výkony odbornosti 913 – všeobecná sestra v sociálních službách (<http://www.sbirka.cz/2006/06-620.htm>).

Jak uvádí Brůha a Prošková (2011, s. 305-306), rozsah poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované v pobytových zařízeních sociální péče není v zákoně o sociálních službách výslovně vymezen. Zákon pouze v poznámce pod čarou odkazuje na zvláštní právní předpisy, tedy z hlediska rozsahu poskytované péče na zákon o veřejném zdravotním pojištění. Brůha a Prošková však upozorňují na skutečnost, že poznámky pod čarou mají pouze informativní charakter.

Podle jejich názoru (2011, s. 306) nelze rozsah ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami omezovat zákonem o veřejném zdravotním pojištění, či dokonce jeho prováděcími právními předpisy. Podle nich se jedná o ošetrovatelskou a rehabilitační péči poskytovanou jak pojištěným, tak i nepojištěným osobám, o péči hrazenou i nehrazenou z veřejného zdravotního pojištění. To samozřejmě nic nemění na nutnosti splnit podmínky zákona o veřejném zdravotním pojištění a jeho prováděcích předpisů, pokud má být zdravotní poskytnutá péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

V praxi většinou určuje rozsah poskytovaných ošetrovatelských výkonů úhradová vyhláška výkony odbornosti 913 – všeobecná sestra v sociálních službách

Všeobecná sestra může samozřejmě vykonávat i zdravotnické výkony, pro které má odborné kompetence a které nejsou v úhradové vyhlášce uvedeny, ale zařízení sociální péče za ně nemůže žádat finanční úhradu z veřejného zdravotního pojištění.

## **Přehled výkonů odbornosti 913 – všeobecná sestra v sociálních službách**

### **06611 Zavedení nebo ukončení odborné zdravotní péče, administrativní činnost sestry**

Jedná se o komplexní posouzení zdravotního stavu pacienta všeobecnou sestrou. Na základě získaných informací zpracuje všeobecná sestra podrobný písemný návrh krátkodobého ošetrovatelského plánu, který je následně posouzen ošetřujícím lékařem. Výkon zavedení péče se provádí při přijetí nového obyvatele pobytového zařízení sociální péče, který má ošetřujícím lékařem indikovanou pravidelnou, dlouhodobou

nebo i krátkodobou odbornou komplexní zdravotní ošetrovatelskou péčí, eventuálně se indikuje při nově vzniklé potřebě takovéto péče u stávajícího obyvatele pobytového zařízení sociální péče, který ji dosud nepotřeboval.

Ukončení péče se váže k předání obyvatele do trvalé péče jiného zařízení nebo obecně k ukončení pobytu v pobytovém zařízení sociální péče.

### **06613 Ošetrovatelská intervence**

Účelem výkonu je úhrada času všeobecné sestry, potřebného k odpovídajícím a indikovaným „materiálovým“ zdravotním výkonům.

Časová dispozice tohoto výkonu je deset minut. Při trvání nad deset minut se tento kód vykazuje v násobcích, celkový čas všech výkonů je maximálně tři hodiny za den na jednoho pacienta.

K materiálovému kódu výkonu lze výkon s kódem 06613 obecně vykázat nejvýše tolikrát, kolikrát je povolená doba materiálového výkonu násobkem deseti minut.

### **06621 Komplex – odběr biologického materiálu, eventuálně orientační vyšetření biologického materiálu**

Přičítá se k výkonu 06613. Indikace k provedení musí být jednoznačně a konkrétně specifikována, může být jednorázová či s konkrétní frekvencí na určité období. Čas potřebný k výkonu je maximálně deset minut. Předání biologického materiálu k vyšetření do laboratoře zajišťuje pobytové zařízení sociální péče stejným způsobem, jako je tomu v primární péči.

### **06623 Aplikace léčebné terapie , i. m., s. c., i. v., UV, eventuálně další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv**

Přičítá se k výkonu 06613. Společná indikace a vykázání tohoto výkonu s výkonem 06613 jsou možné jen za předpokladu prokazatelného naplnění času ve výši deset minut a současně spotřebovaného materiálu. Pokud není naplněn čas výkonu 06613, ale je naplněn materiálový kód (spotřebován materiál), lze tento vykázat samostatně.

**06625 Příprava a aplikace ordinované infuzní terapie za účelem zajištění hydratace, dodání léčebných a energetických zdrojů, léčby bolesti**

Přičítá se k výkonu 06613. Ordinace musí být vždy specifikovaná, včetně objemu. Čas výkonu je dle analogického výkonu odbornosti 999 v Seznamu zdravotních výkonů třicet minut – zahrnuje i průběžnou kontrolu zdravotního stavu pacienta.

**06627 Aplikace inhalační léčebné terapie, oxygenoterapie**

Čas potřebný k zavedení a ukončení inhalace činí patnáct minut. Inhalační léčebná terapie je hrazena při akutním onemocnění či akutním zhoršení chronického zdravotního stavu maximálně desetkrát, při delší indikaci jen na základě odborného a zdůvodněného doporučení příslušného ambulantního specialisty (ORL, TRN a alergologie). Oxygenoterapie je pak hrazena jen při její aplikaci při akutním a život ohrožujícím stavu do doby intervence zdravotnickou záchrannou službou či překlada do zdravotnického zařízení.

**06629 Péče o ránu**

Přičítá se k výkonu 06613. Odůvodněnost vlastní indikace a jejího rozsahu (frekvence a doby trvání) a způsobu ošetřování závisí na specifikaci defektu, druhu a velikosti uvedené v dokumentaci pacienta u lékaře a následně na jeho popisu a informacích o dynamice hojení v dokumentaci sester. Čas ošetření následující: u menších defektů do deseti centimetrů čtverečných činí deset minut, u středně velkých defektů do padesáti čtverečných centimetrů je dvacet minut, u rozsáhlejších defektů nad padesát čtverečných centimetrů nanejvýš třicet minut.

**06631 Komplex – klyzma, laváže, ošetření permanentních katetrů a zavádění permanentních katetrů u žen**

Přičítá se k výkonu 06613. Laváží se pro účely posuzování odůvodněnosti indikace tohoto výkonu rozumí výplach močového měchýře ženy. Výkon není indikován pro potřeby prostého vypouštění sběrného sáčku, ale jen pro komplexní péči (zavedení, fixace, kontrola průchodnosti, kontrola množství moči v sáčku atd.).

### **06633 Zavádění nazogastrické sondy**

Čas výkonu je pět minut.

### **06635 Komplex – vyšetření stavu pacienta přístrojovou technikou, ošetření kožních lézí přístrojovou technikou**

Výkon může být nesmlouván výhradně pracovištím, která jsou vybavena buď funkčním EKG přístrojem, nebo glukometrem nebo spirometrem.

Je indikován:

- při odůvodněné potřebě provedení EKG na lůžku, respektive při pobytu v pobytovém zařízení sociální péče jako součást klinického vyšetření,
- pro potřeby orientačního vyšetření glykémie glukometrem při akutním zhoršení zdravotního stavu, důvodem v tomto případě může být jen jednorázová potřeba ověření změn hladiny glykémie při podezření na dekompenzaci diabetu nebo stanovení postprandiální glykémie u osob, které nemají možnost selfmonitoringu a nelze je vyšetřit z venózní krve při současném odběru krve na biochemické vyšetření,
- při odůvodněné zdravotní indikaci spirometrie.

Ošetřování kožních lézí přístrojovou technikou je indikováno ze strany praktického lékaře jen ve zcela výjimečných případech a jen na základě odůvodněného doporučení ambulantního specialisty (dermatologa).

Výkon nelze vykazovat u měření krevního tlaku, pulsu a teploty. Čas výkonu je deset minut.

### **06637 Návuk a zaučování aplikace inzulínu**

Čas potřebný k výkonu činí třicet minut. Výkon je indikován na dobu maximálně jednou za život na dobu čtrnácti dní ve frekvenci nejvýše tři za den. Pacient je zároveň s návukem a zaučením aplikace inzulínu sestrou seznamován i s projevy onemocnění, se změnami v organismu, včetně akutních i chronických komplikací (hypoglykémie, hyperglykémie, kóma, syndrom diabetické nohy, oční, cévní, nervové komplikace atd.). Dále je poučen o zásadách správné životosprávy, zahrnující především dietní opatření.

### **06639 Ošetření stomii**

Indikace je odůvodněná při nutnosti ošetření kvalifikovanou zdravotní sestrou v závislosti na stavu stomie a jejího okolí, celkovém stavu a soběstačnosti pacienta, vždy je nutné předem konkretizovat frekvenci tohoto výkonu. Čas výkonu se předpokládá zhruba deset minut.

### **06645 Bonifikační kód za práci sestry v době od 22.00 do 6.00 hodin**

Je hrazen čas všeobecné sestry za výkony poskytnuté od dvaadvaceti do šesti hodin. Mělo by se jednat o výjimečné, zdravotním stavem pacienta řádně a prokazatelně odůvodněné indikace ošetřovatelské intervence, explicitně v nočních hodinách.

### **00649 Bonifikační kód za práci sestry v době pracovního volna nebo pracovního klidu**

Výkon lze indikovat a vykazovat při provedení výkonu u odbornosti 913 a současně při splnění podmínek pro vykazování dle platného Seznamu zdravotních výkonů, tedy jako časový výkon plus eventuální materiálový výkon plus bonifikace, maximálně pak osmnáckrát za den.

Podle metodického pokynu vzniklého na základě jednání mezi představiteli Sdružení praktických lékařů a Všeobecné zdravotní pojišťovny v roce 2007 mají být zdravotní výkony odbornosti 913 indikovány jen v případech, kdy zdravotní stav klienta nedovolí, aby se sám dostavil do ordinace svého praktického lékaře. Dále se mají výkony odbornosti 903 využívat v situaci, kdy je to z hlediska čerpání prostředků veřejného zdravotnického pojištění účelné.

## **1.3 Potřebnost zajištění zdravotní péče pro klienty v pobytových zařízeních sociální péče**

České republiky, tak jako všech vyspělých zemí, se týká fenomén demografického stárnutí. Podíl starších osob v populaci výrazně narůstá. Protože starší osoby jsou častějšími příjemci sociálních a zdravotních služeb, dá se v budoucnosti předpokládat nárůst potřeby zajištění sociálních a zdravotních služeb určených seniorům.

Jedním z argumentů podporující tezi o větší potřebnosti zdravotní péče u starších občanů může být porovnání počtu hospitalizací a délky doby hospitalizace ve vztahu k věku.

Tuto skutečnost můžeme dokumentovat tabulkou převzatou od Jiřího Holuba, „Zdravotní stav obyvatel ČR v souvislosti s problematikou restriktivních opatření ve zdravotnických zařízeních“

Tabulka obsahuje počet hospitalizací a délku hospitalizace po 5-ti letých věkových skupinách v roce 2007.

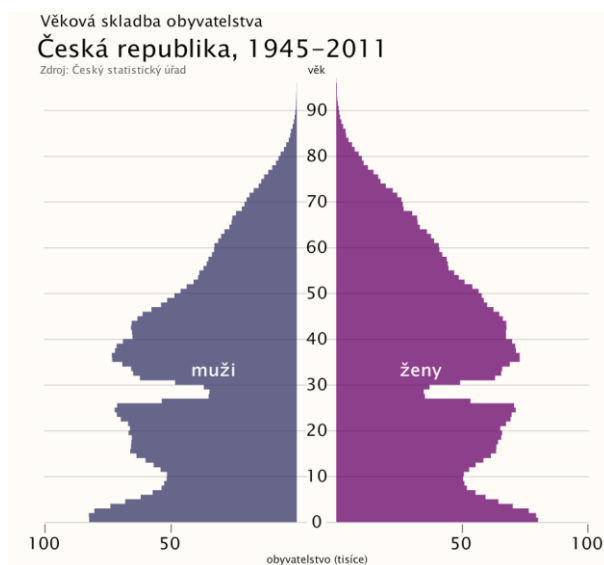
věková skupina	muži		ženy		celkem	
	ošetřovací doba	počet hospitalizovaných	ošetřovací doba	počet hospitalizovaných	ošetřovací doba	počet hospitalizovaných
0	444 844	76 589	396 757	69 242	841 601	145 831
1 - 4	171 707	41 462	125 170	30 468	296 877	71 930
5 - 9	172 429	32 445	130 858	25 310	303 287	57 755
10 - 14	203 010	26 661	158 348	24 235	361 358	50 896
15 - 19	231 771	31 972	243 537	44 574	475 308	76 546
20 - 24	313 310	30 654	327 870	60 690	641 180	91 344
25 - 29	378 742	35 545	607 330	113 750	986 072	149 295
30 - 34	377 531	42 264	652 869	123 961	1 030 400	166 225
35 - 39	370 134	37 230	399 439	65 553	769 573	102 783
40 - 44	445 039	42 413	404 911	54 628	849 950	97 041
45 - 49	515 630	47 905	458 221	55 365	973 851	103 270
50 - 54	752 705	72 809	684 440	76 928	1 437 145	149 737
55 - 59	1 002 067	99 782	749 655	82 503	1 751 722	182 285
60 - 64	1 011 959	101 086	837 261	87 095	1 849 220	188 181
65 - 69	862 455	85 212	864 484	82 071	1 726 939	167 283
70 - 74	856 121	80 890	1 153 372	91 981	2 009 493	172 871
75 - 79	908 550	79 085	1 652 065	111 528	2 560 615	190 613
80 - 84	691 828	53 066	1 751 570	96 954	2 443 398	150 020
85 +	398 522	26 992	1 293 380	64 480	1 691 902	91 472
<b>celkem</b>	<b>10 108 354</b>	<b>1 044 062</b>	<b>12 891 537</b>	<b>1 361 316</b>	<b>22 999 891</b>	<b>2 405 378</b>

Tab. č.2.: Počet hospitalizovaných osob v lůžkových zařízeních ČR podle 5-ti letých věkových skupin a pohlaví v roce 2007.

Další údaje potvrzující vyšší potřebu zdravotnické péče u staršího obyvatelstva lze například čerpat z výkazů o ambulantní péči. Z takto získaných údajů například vyplývá, že zhruba pětina populace ČR starší osmnácti let trpí hypertenzní chorobou, s rostoucím věkem se podíl nemocných zvyšuje až na dvojnásobek u osob ve věku šedesáti pěti let a dále stoupá. Ischemickými nemocemi trpí přibližně deset procent populace starších osmnácti let, ve věku šedesát pět let je to již celá třetina obyvatelstva. Cévní nemoci mozku postihují tři procenta dospělé populace, u seniorů jde o deset procent.

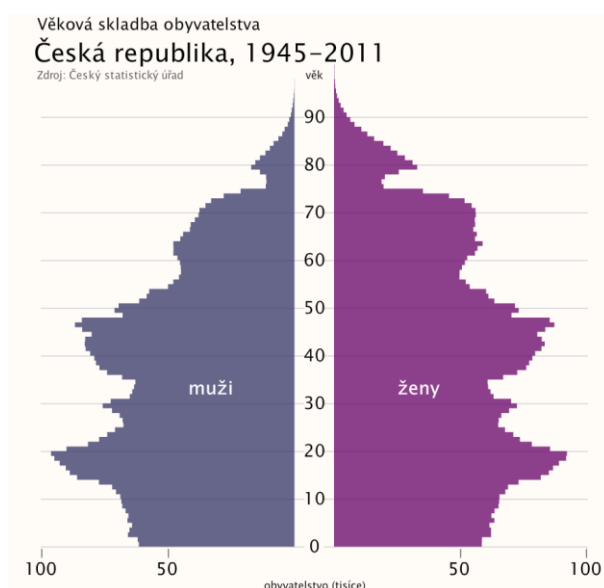
S názorem, že při stárnutí populace je třeba počítat s větší potřebou zdravotnické péče, však někteří autoři nesouhlasí. Například Dittrich a Stará tvrdí (2010 s. 145), že poslední dobou se v odborné literatuře množí důkazy o tom, že stárnutí populace má jen malý vliv na růst nákladů na zdravotnictví.

Demografický vývoj obyvatel České republiky lze velmi dobře dokumentovat na tzv. stromech života, převzatých z Českého statistického úřadu ([http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/animovane\\_grafy](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/animovane_grafy))



Graf.č.2.: Strom života České republiky v roce 1945

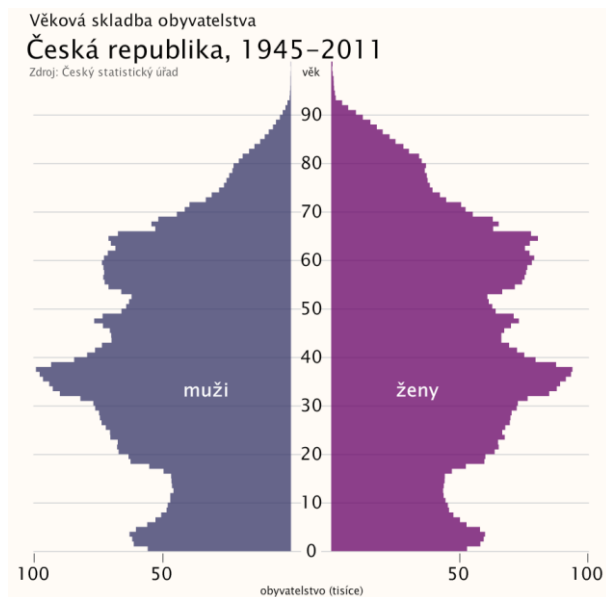
Strom života v roce 1993, kdy vznikla Česká republika jako samostatný stát.



Graf.č.3.: Strom života České republiky v roce 1993



Poslední dostupný aktuální strom života České republiky z roku 2011.



Graf.č.4.: Strom života pro Českou republiku v roce 2011

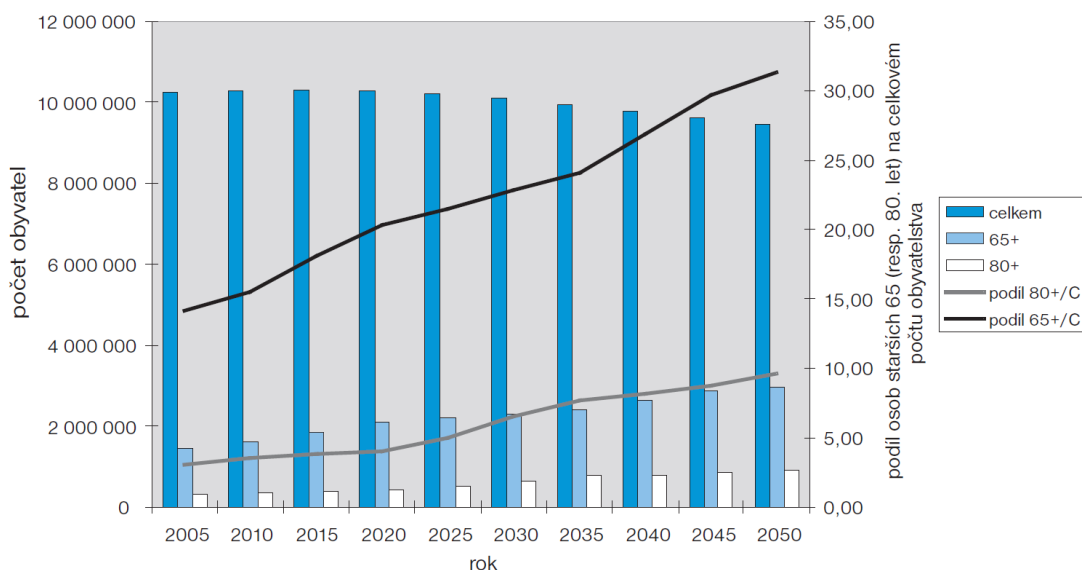
Předpokládaný strom života podle prognózy Českého statistického úřadu v roce 2066.



Graf.č.5.: Předpokládaný strom života pro Českou republiku v roce 2066

Projekce vývoje obyvatelstva zpracovaná Českým statistickým úřadem předpokládá, že celkový počet obyvatel sice mírně poklesne, ale počet osob starších pětadesáti let, tedy osob, které jsou nejčastějšími příjemci sociálních a zdravotních služeb, vzroste a dosáhne podílu až třiceti procent z obyvatel republiky.

Problematikou se zabýval Průša ve své práci „Sociální služby – srovnání ČR a EU“, odkud byl převzat následující graf (Průša, 2008, s. 42).



Graf.č.6.: Vývoj počtu obyvatelstva v letech 2005 až 2050 a vývoj podílu osob závislých na poskytování služeb sociální péče

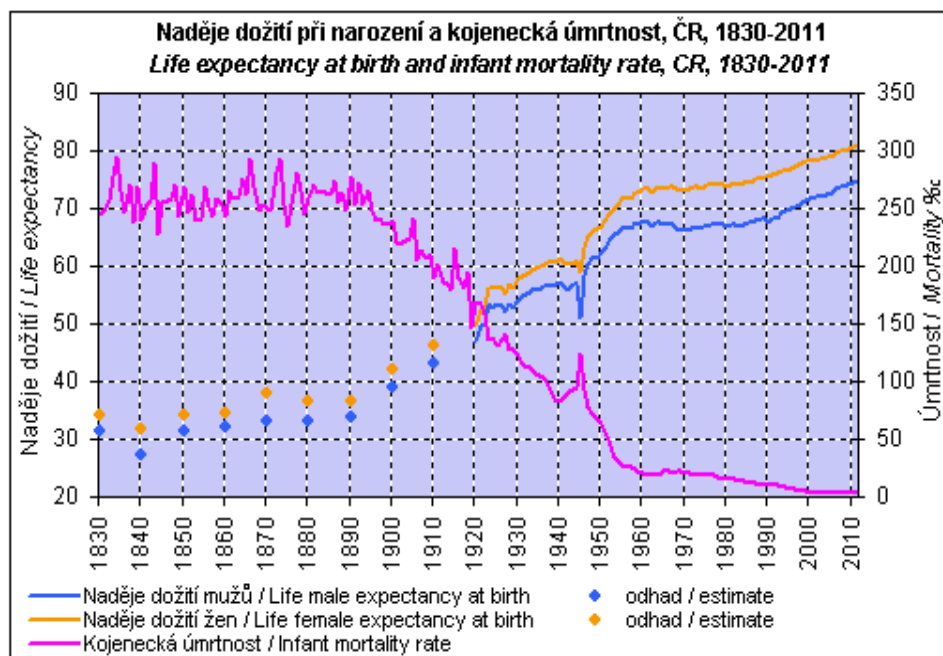
Problémem při zajišťování zdravotnických i sociálních služeb pro seniory je nepravidelný přírůstek či úbytek jedinců ve věkových skupinách.

Jak uvádějí Janečková a Malina (2007, s. 169-172) došlo průběhu dvacátého století v důsledku světových válek a propopulačních opatření k cyklickým výkyvům v porodnosti, kdy období s vysokým počtem narozených dětí následovala období, kdy se dětí rodilo méně. Vlnovitý charakter porodnosti se projevuje v počtu žen ve fertilním věku, na jehož základě dochází k periodické změně počtu narozených dětí.

V České republice došlo na počátku devadesátých let k výrazným společenským změnám, které vedly mimo jiné i k odkládání mateřství a ke snižování počtu dětí narozených jedné ženě. Tento dlouhodobý pokles porodnosti poměrně závažným způsobem ovlivňuje populační vývoj.

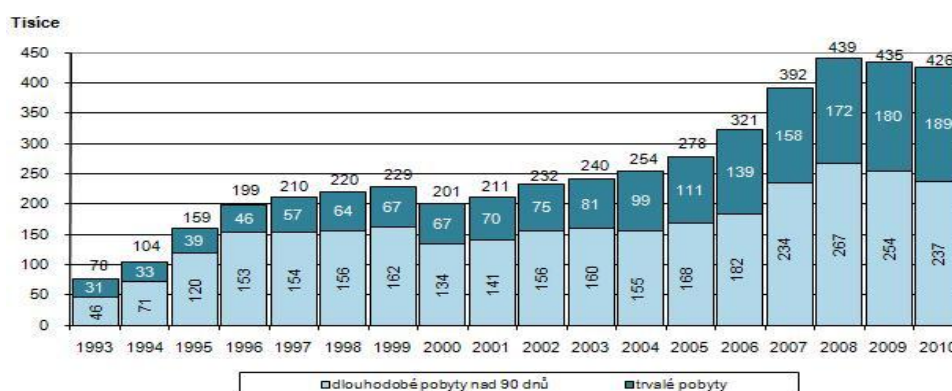
Významným faktorem ovlivňující stárnutí populace je prodlužování střední délky života. Očekávaná délka života se v uplynulých desetiletích výrazně zvýšila a tento vývoj lze předpokládat i do budoucna.

Na zvyšování střední délky života se v minulosti významně podílelo snižování novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Tento potenciál se již prakticky vyčerpal a tak nyní dochází prodlužování střední délky života hlavně v důsledku snižování úmrtnosti ve středním a vyšším věku především díky možnostem moderní medicíny.



Graf.č.7.: Naděje dožití a kojenecká úmrtnost v České republice v letech 1830 až 2011 ([http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo\\_hu](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/obyvatelstvo_hu))

Dopady vlivu migrace je obtížné předvídat, určitý podíl na omlazení populace lze však předpokládat.



Graf.č.8.: Vývoj počtu cizinců s trvalými a dlouhodobými pobyty na devadesát dní v České republice v letech 1993 až 2010

([http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz\\_pocet\\_cizincu/](http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/ciz_pocet_cizincu/))

## 1.4 Transformace systému sociálního zabezpečení

Průša popisuje (2008, s. 10), jak od počátku devadesátých let minulého století probíhala v naší republice rozsáhlá sociální transformace. Do poloviny devadesátých let fungoval systém sociálního zabezpečení, který byl ve svých základech koncipován ve druhé polovině padesátých let, v době zcela jiných představ o fungování společnosti. Proto bylo nutno přistoupit k sociální reformě za uplatnění následujících principů:

- demonopolizace sociálních služeb,
- decentralizace státní sociální správy,
- demokratizace sociální správy,
- pluralizace financování sociálních služeb,
- změna postavení člověka při poskytování sociálních služeb,
- pluralizace forem poskytování sociální služeb,
- přiměřenost sociální pomoci sociální potřebě,
- personifikace sociální pomoci,
- profesionalizace sociální pomoci.

V oblasti sociálních služeb bylo rozhodnuto o zachování zásady, že ústavní sociální péče na standardní úrovni bude v případě nezbytnosti, po vyčerpání možností mimoústavní péče, dostupná finančně všem potřebným občanům, bez ohledu na jejich příjmovou situaci, a že jim, po úhradě nákladů za ústavní péči, zůstane stanovený minimální zůstatek příjmu, který se bude s růstem životních nákladů valorizovat.

Přijetí nového zákona o sociálních službách bylo poměrně komplikované a zdouhavé. Návrh zásad zákona o sociální pomoci byl vládou předložen parlamentu České republiky na jaře 1995. Vzbudil ale množství kritiky z řad poskytovatelů sociálních služeb. Proto dostalo ministerstvo práce a sociálních věcí v roce 1997 za úkol vypracovat nový model financování sociálních služeb, který byl následně zapracován do návrhu věcného záměru zákona o sociální pomoci. Nový návrh byl schválen vládou v únoru 1998. Po nástupu sociálně demokratické vlády však bylo na počátku roku 1999 rozhodnuto, že jednotlivé formy sociální pomoci budou i nadále upravovány samostatnými právními předpisy tak, jak tomu bylo od počátku devadesátých let.

Významným posunem v přípravě nové úpravy sociálních služeb přineslo přijetí tzv. „Bílé knihy v sociálních službách“.

Termín „Bílá kniha“, nebyl do té doby v naší zemi užíván a byl převzat ze slovníku Evropské Unie, kde Bílé knihy mají charakter doporučení jak na úrovni Unie, tak na úrovni jednotlivých členských států.

Bílá kniha v sociálních službách na základě hlavních trendů rozvoje sociálních služeb v evropských zemích charakterizovala základní východiska poskytování sociálních služeb:

nezávislost a autonomie pro uživatele služeb, nikoliv jejich závislost,  
začlenění a integrace – nikoliv sociální vyloučení,  
respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který by vyhovoval všem.  
partnerství – pracovat společně, nikoli odděleně,  
kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem,  
rovnost bez diskriminace,  
standarty národní, rozhodování na místě  
([http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf).)

Návrh věcného zákona o sociálních službách projednala vláda na podzim roku 2004. Zákon byl přijat Poslaneckou sněmovnou v březnu roku 2006 s tím, že nový zákon č. 108/2006 vstoupí v platnost 1. ledna 2007.

Zákon byl novelizován a současná platná právní úprava, Zákon 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony je účinná od 1. srpna 2009 (<http://www.sbirka.cz/2009/09-206.htm>).

Zákon o sociálních službách definoval tři typy sociálních služeb:

sociální poradenství,  
služby sociální péče,  
služby sociální prevence.

Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb, kterou jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni vždy zajistit.

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Jejich cílem je umožnit těmto osobám v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. V případech, kdy to vylučuje nepříznivý zdravotní stav nebo vysoký věk těchto osob, je cílem těchto služeb zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy pro vlastní krizovou sociální situaci, životní návyky, způsob života, který vede ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Sociální služby jsou poskytovány ve třech základních formách:

- služby ambulantní,
- služby terénní,
- služby pobytové.

Nové uspořádání sociálních služeb klade důraz na terénní službu. Před novým systémem sociálního zabezpečení tvořili značnou část klientů pobytových zařízení sociální péče pro seniory klienti, kteří odešli do této instituce především proto, aby někdo z jejich rodiny získal byt, přestože k zabezpečení jejich základních životních potřeb v jejich vlastních domácnostech potřebovali sociální služby často pouze v omezeném rozsahu. Předpokládalo se, že tito občané budou již zůstat ve svých vlastních domovech a do domovů seniorů budou přijímáni ve většině případů příjemci příspěvku v nejvyšší úrovni. Tak poklesne počet žádostí o ubytování v domovech seniorů a zároveň se zvýší kapacity terénních služeb. To povede k ovlivnění struktury klientů v domovech seniorů, které se v podstatě přemění v ošetřovatelská zařízení charakteru léčeben pro dlouhodobě nemocné. ((Průša, 2008, s. 40.),

Praxe předpokládá změny zdravotního profilu klientů pobytových zařízení naplnila.

Kolektiv autorů z Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí ve své studii v roce 2006 zjistil, porovnáním charakteru onemocnění a stupněm soběstačnosti, že mezi domovy pro seniory (zařízeními sociální péče) a léčebnami dlouhodobě

nemocných (zdravotnickými zařízeními) není výrazný rozdíl ve zdravotním profilu klientů. (Červenková, Bruthansová, Pechanová, 2006. s. 42.)

kapitola MKN-10	zkrácený název	DD-ošetřovat. lůžka	LDN
II	novotvary	2,0%	8,2%
IV	nemoci endokrinní	13,1%	11,3%
V - VI	poruchy duševní a choroby nervové	16,2%	7,2%
VII	nemoci oka	1,0%	1,0%
IX	nemoci oběhové soustavy	39,4%	47,4%
X	nemoci dýchací soustavy	2,0%	2,1%
XI	nemoci trávicí soustavy	2,0%	1,0%
XII	nemoci kůže	3,0%	1,0%
XIII	nemoci svalové a kosterní soustavy	12,1%	6,2%
XIV	nemoci močové soustavy	3,0%	1,0%
XIX	poranění, úrazy a jejich následky	1,0%	12,4%
	ostatní chronická onemocnění, vyžadující trvalou ošetrovatelskou péči	5,1%	1,0%
CELKEM		100,0%	100,0%

Tab. č.3.: Struktura diagnóz pacientů přijatých na ošetrovatelská lůžka domovů seniorů, resp. na lůžka ošetrovatelské následné péče v léčebnách dlouhodobě nemocných (podíl z celkového počtu diagnóz přijatých pacientů)

d i a g n ó z a	DD-ošetřovat. lůžka	LDN
I 120 - I 125 ischemická choroba (především chronická)	13,1%	1,0%
I 60 - I 69 cévní nemoci mozku	11,1%	24,7%
I 70 ateroskleróza	1,0%	7,2%
I 80 - I 87 flebitis a tromboflebitis dolních končetin	0,0%	4,1%
ostatní nemoci oběhové soustavy	14,1%	10,3%
CELKEM	39,4%	47,4%

Tab.č.4.: Nemoci oběhové soustavy v domovech seniorů a léčebnách dlouhodobě nemocných podle jednotlivých diagnóz

## 1.5 Zdravotní stavy neumožňující přijetí k pobytu v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory

V dříve platné vyhlášce č.182/1991 Sb., která je nyní nahrazena vyhláškou č.505/2006 Sb., byly taxativně vyjmenovány zdravotní stavy neumožňující přijetí k pobytu do pobytového zařízení sociálních služeb pro seniory. Jednalo se o infekční a parazitární choroby, tuberkulózu, pohlavní choroby, psychózy a psychické poruchy, chronický alkoholismus, toxikománie, demenci, imbecilitu, idiocii, zhoubné novotvary, diabetes mellitus na inzulinoterapii, roztroušenou mozkomíšni sklerózu,

degenerativní nervové nemoci, dekompenzované srdeční choroby, těžké trofické změny na končetinách cévního původu, chronická onemocnění jater ve stadiu dekompenzace, chronická onemocnění ledvin ve stadiu selhání, chronické fistulující osteomyelitidy, ireparabilní stavy po zlomeninách a luxacích dolních končetin a páteře s těžším omezením hybnosti, stavy po amputacích s těžším omezením nebo znemožněním pohybu, stavy po poraněních nebo operacích mozku, míchy a páteře s omezením sebeobsluhy, těžší postižení smyslových funkcí. Výjimky byly povoleny, jen pokud pobytové zařízení sociální péče mělo zřízeno ošetrovatelské oddělení nebo speciální ošetrovatelská lůžka (Tomašuková, 2005. s. 40-42)

Pokud je současným trendem demedicinalizace domovů seniorů, lze těžko dovozovat, že by záměrem společnosti bylo přijímat k pobytu do pobytových zařízení sociální péče pro seniory, která mají nahrazovat klientům domov, více nemocné klienty.

Přesto je nové znění vyhlášky č. 505/2006 Sb. v popisu kontraindikací k přijetí daleko volnější a umožňuje přijímat k pobytu klienty s tak závažným zdravotním postižením, které původní vyhláška nepovolovala (<http://www.sbirka.cz/2006/06-505.htm>).

Nová vyhláška má popisuje jen tři důvody k nepřijetí do pobytového zařízení sociální péče:

akutní infekční onemocnění,

duševní porucha, u níž lze předpokládat narušení kolektivního soužití,

zdravotní stav, který vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení.

Volný popis zdravotních důvodů k nepřijetí k pobytu umožňuje v praxi neshody. Například lékaři v nemocnicích mívají často odlišný pohled na nutnost poskytnutí hospitalizační péče, než lékaři pracující v terénu. Jestliže osoba, žádající o přijetí do pobytového zařízení sociální péče není toho času hospitalizována, nelze z této skutečnosti automaticky vyvodit závěr, že její zdravotní stav nevyžaduje hospitalizační léčbu.



## **1.6 Změny personálního složení zaměstnanců v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory**

V souvislosti se snahou společnosti posílit pobytová zařízení sociální péče jako nezdravotnická, proběhla změna profesního složení zaměstnanců směrem k posílení počtu sociálních pracovníků v poměru ke zdravotnickým pracovníkům.

V roce 2003 napsal Gabriel Josef ve Zdravotnických novinách o přearozování zdravotníků do kategorie pracovník sociální péče: „Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) dalo ředitelům zařízení sociální péče popud k přearozování zdravotníků do kategorie pracovník sociální péče. Za první tím má být vyřešen problém charakteru péče v těchto zařízeních – nadbyteční pracovníci (a jejich způsob práce) mají uvolnit prostor sociálním pracovníkům (a jejich způsobu práce). Za druhé je tak možné čelit údajně nespravedlivému zvyšování platů zdravotnických pracovníků. V zařízeních, která se doporučením rezortu řídí, se z většiny pomocných zdravotnických pracovníků (sanitářů) stali pracovníci sociální péče. Podle instrukce ministerstva mají být zařazeni do třetí nebo čtvrté platové třídy. Vykonnávají v podstatě tutéž práci jako dřív, jenže teď za základní mzdu mezi 5130 Kč při jednoleté praxi a 8630 Kč, na které mají nárok po 32 letech práce.“

Janečková a Malina v roce uvedli (2007, s. 178), že v letech 2002 až 2007 zmizelo ze zařízení sociálních služeb tisíc sedmset padesát všeobecných sester, pětset dva ošetřovatelů a dva tisíce třista devadesát tři sanitářů. Tito zdravotničtí pracovníci byli nahrazeni sedmi tisíci sto osmdesáti sociálními pracovníky v přímé obslužné péči.

Sociální pracovníci nemohou a ani nesmí poskytovat odbornou zdravotní péči. Zcela zákonitě se naskýtá otázka, zda při zhoršujícím se zdravotním stavu obyvatel domovů seniorů a menším počtu zdravotnických pracovníků, je možné zajistit kvalitní zdravotní péči v potřebném rozsahu.

Zajímavý pohled z praxe nabízí ve svém článku „Nedostatek zdravotnického personálu v sociálních službách, aneb když sestra „nemůže“ Svatušková(2009, s. 7): „Nedá mi to, abych se nezmínila o jednom velkém problému, a tím je nedostatek zdravotnického personálu v sociálních službách. Víím, že tento problém je v celé naší republice, ale ne všichni mají odvalu o něm mluvit. Někteří jen mlčí a čekají, jak to všechno dopadne - Změnila se snad skladba klientů a není již třeba zdravotnického

personálu ve zdravotnických službách? Odcházejí snad běžně klienti z domovů pro seniory, z hospiců a pečovatelských domů zpět ke svým rodinám a tam se v plném zdraví dožívají vysokého věku? Potom bych chtěla v takovém zařízení pracovat, protože to by teprve byla pro personál ta správná motivace – vidět plně uzdraveného seniora, kterak si se svou rodinou užívá podzim života.“

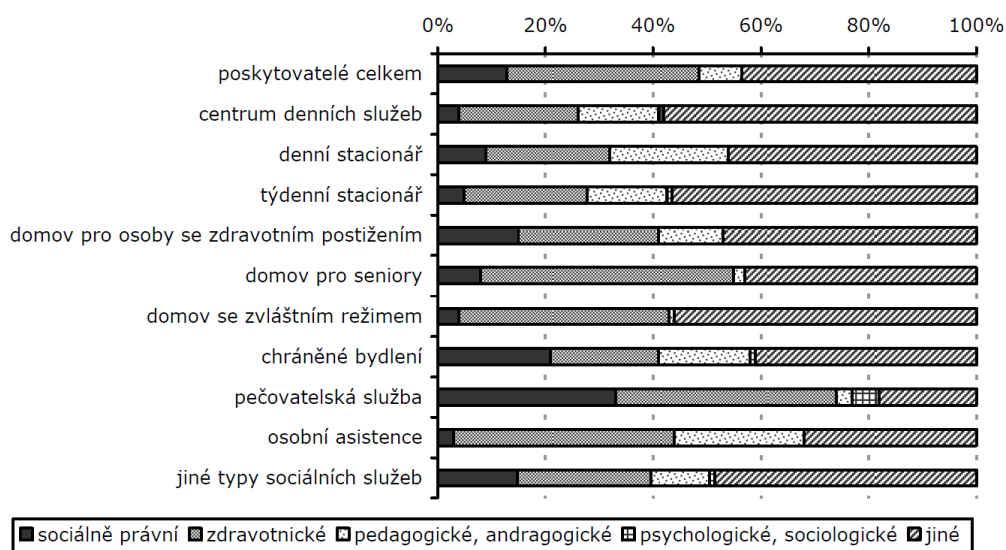
Autorka ve svém článku pokládá dotaz, zda by neměly být vytvořeny normativy počtu nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory.

## 1.7 Nelékařští zdravotničtí pracovníci v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory.

Zákon o sociálních službách vyjmenovává čtyři kategorie pracovníků v zařízeních sociální péče:

- sociální pracovníky,
- pracovníky v sociálních službách,
- pedagogické pracovníky,
- zdravotnické pracovníky.

Rozložení pracovníků různých profesí ve zdravotnických zařízeních zjišťoval kolektiv VÚPSV v roce 2009 (2009, s. 63)



Graf. č.9.: Kvalifikační struktura personálu podle typu vzdělání

Z grafu vyplývá, že největší počet zdravotnických pracovníků je právě v domovech pro seniory.

Jak popisují Musil, Kubalčíková a Hubíková je v pobytových zařízeních sociální péče poměrně obtížné přesně oddělit zdravotnické a sociální výkony. (2003, s. 28).

Vlastním pozorováním to potvrzuje i Vařeková, která ve své diplomové práci popisuje tuto skutečnost: „Všeobecné sestry v zařízení pracují prostřednictvím ošetrovatelského procesu, na základě kterého je prováděno plánování ošetrovatelské péče. Kromě odborných výkonů spolupracují i při podávání stravy a provádění komplexní hygienické péče u klientů. Z důvodu propojení jednotlivých činností lze velmi těžko odlišit, zda se jedná ještě o odborný výkon či nikoliv. Oblasti, kde se tyto činnosti velmi úzce dotýkají, jsou zejména polohování klientů, zajištění dostatečného příjmu a výdeje tekutin a oblast vyprazdňování, která je pro imobilní klienty také velmi důležitá.“ (Vařeková, 2011. s. 77)

Poznatky ze zahraničí jsou obdobné, ale podle La Motte E. (La Motte E. 2012. S. 185-187), je dobré, aby všeobecná sestra pracovala zároveň jako sociální pracovník.

Musil, Kubalčíková a Hubíková zjistili (2006, s. 20), že od kvalifikovanějších nelékařských zdravotnických pracovníků (všeobecné sestry) se očekávají následující činnosti:

- podávání léků,
- provádění kvalifikovaných zdravotnických úkonů (např. aplikace injekcí, odběry krve aj.),
- sledování zdravotního stavu klientů a vlivu jeho změn na jejich schopnost sebeobsluhy; v návaznosti na to uspokojování potřeb klientů, které plynou ze změn zdravotního stavu a schopnosti sebeobsluhy,
- rámcové (předběžné) a pružné posuzování zdravotního stavu klientů ve vážných a terminálních stavech,
- vedení zdravotnické dokumentace,
- v případě nedostatku méně kvalifikovaných zdravotnických pracovníků nebo pečovatелů, který je vedením některých domovů seniorů vnímán jako trvalý stav, zajišťování hygienických potřeb klienta (převlékání lůžek, mytí, koupání, úklid) a podávání jídla,
- Vyřizování či zprostředkování různých záležitostí klientů dle jejich individuálních požadavků (očekává se, že uspokojování těchto individuálních

potřeb klientů bude uspokojováno způsobem, který nenaruší rutinní chod, resp. „řád“ zařízení),  
účast na kulturních akcích pořádaných pro klienty a doprovázení klientů na výlety,  
spolupráce s vykonavateli odlišných rolí a pracovníky jiných oborů.

Od méně kvalifikovaných zdravotnických pracovníků (ošetřovatelé, sanitáři) se očekávají tyto činnosti:

zajištění hygienických potřeb klienta (převlékání lůžek, mytí, koupání, úklid apod.),  
podávání jídla,  
Vyřizování či zprostředkování různých záležitostí klientů dle jejich individuálních požadavků (očekává se, že uspokojování těchto individuálních potřeb klientů bude uspokojováno způsobem, který nenaruší rutinní chod, resp. „řád“ zařízení),  
podávání léků,  
sledování schopnosti sebeobsluhy klientů a uspokojování potřeb, které plynou z jejich změn,  
účast na kulturních akcích pořádaných pro klienty a doprovázení klientů na výlety,  
spolupráce s vykonavateli odlišných rolí a pracovníky jiných oborů.

V zařízeních sociální péče nachází uplatnění jen některé nelékařské zdravotnické profese.

Jedná se převážně o následující nelékařské zdravotnické pracovníky:

všeobecná sestra,

ošetřovatel,

sanitář,

zdravotně-sociální pracovník,

fyzioterapeut,

zdravotnický asistent,

ergoterapeut,

nutriční terapeut,  
masér.

### **Všeobecná sestra**

Všeobecná sestra je nejčastěji zastoupenou nelékařskou zdravotnickou profesí v pobytových zařízeních sociální péče. Jedná se o významnou zdravotnickou profesí, o čemž svědčí skutečnost, že je regulována spolu s profesemi lékař, stomatolog, porodní asistentka a farmaceut na úrovni Evropské Unie.

Postavení a vzdělávání všeobecných sester, dříve zdravotních sester, se vstupem České republiky do Evropské Unie zásadně změnilo. V rámci harmonizace musel stát převést vzdělávání sester ze středoškolské na vysokoškolskou úroveň.

Vzájemné uznávání diplomů, osvědčení a opatření pro usnadnění výkonu práva podnikání a volného pohybu služeb bylo zakotveno do směrnice Rady Evropských společenství 77/452/EHS ze dne 27. června 1977

(<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31977L0452:CS:HTML>) a do směrnice 77/453/EHS ze dne 27. června 1977 (o koordinaci právních a správních předpisů týkajících se činnosti zdravotních sester a ošetřovatelů odpovědných za všeobecnou péči

(<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31977L0453:CS:HTML>).

V současné době platí Směrnice evropského parlamentu a rady 2005/36/ES ze dne 6. července 2005 O uznávání odborných kvalifikací

(<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:cs:PDF>).

Všeobecná sestra je autonomním zdravotnickým odborníkem, který spolupracuje s lékařem, provádí jím indikované výkony, ale zároveň zcela samostatně vykonává výkony vlastní ošetřovatelské péče.

### **Zdravotnický asistent**

Zdravotnický asistent má střední vzdělání s maturitou. Jedná se o zcela novou nelékařskou zdravotnickou profesí, která vznikla po přenesení vzdělávání všeobecných sester na pomaturitní úroveň a zrušením oboru zdravotní sestra na středních zdravotnických školách. Zdravotnický asistent patří mezi nelékařská zdravotnická

povolání, jejichž příslušníci mohou své povolání vykonávat pouze pod odborným dohledem, bez ohledu na další vzdělání. Zdravotnický asistent nesmí poskytovat informace pacientům a nesmí vést zdravotnickou dokumentaci.

### **Ošetřovatel**

Povolání ošetřovatele bylo historicky totožné s povoláním sestry. S požadavky na vzdělání se obě profese od sebe začaly postupně vzdalovat. V roce 1953 byla zavedena profese zdravotní sestry a zároveň pomocné zdravotní sestry. V roce 1966 se objevilo označení ošetřovatelka.

Ošetřovatel pracuje pod přímým vedením všeobecné sestry. Věnuje se hlavně hygienické péči o pacienty, včetně základní prevence vzniku dekubitů, stará se o řádnou výživu pacientů, měří základní tělesné funkce, doprovází pacienty na odborná vyšetření a asistuje při některých ošetřovatelských, diagnostických nebo léčebných výkonech.

### **Sanitář**

Toto zdravotnické povolání známe je známo již od roku 1952. I když jde o povolání s poměrně nenáročnými kvalifikačními požadavky i kompetencemi, nelze jej vykonávat bez potřebné kvalifikace a to ani na přechodnou dobu.

Hlavním pracovním úkolem sanitáře je péče o hygienu prostředí a starost o dopravu jídla, biologického materiálu a pochůzková služba pro potřeby oddělení a pacientů.

### **Zdravotně-sociální pracovník**

Zdravotně sociální pracovník je profesí, které se pohybuje na pomezí zdravotní a sociální péče. Provádí hlavně sociální prevenci, sociální šetření, sociální poradenství a sestavuje plán psychosociální intervence.

### **Fyzioterapeut**

Fyzioterapeut provádí komplexní kineziologické vyšetření včetně diagnostiky funkčních poruch pohybového systému, aplikuje podle aktuálního stavu pacientů fyzioterapeutické, kinezioterapeutické metody a metody fyzikální terapie

## **Ergoterapeut**

Ergoterapeut sestavuje krátkodobé a dlouhodobé plány ergoterapie na základě speciálního ergoterapeutického vyšetření. Vybírá specifické ergoterapeutické postupy a podílí se na vytváření dlouhodobého plánu komplexní rehabilitace. V rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti v rámci ergodiagnostiky, analyzuje zbylý pracovní potenciál, trénuje toleranci zátěže a vytrvalosti. Navrhuje a popřípadě zhotovuje kompenzační a technické pomůcky a učí pacienty a ošetrovatelský personál jak tyto pomůcky využívat.

## **Nutriční terapeut.**

Původně se povolání nutričního terapeuta jmenovalo dietní sestra. Název povolání dietní sestra byl změněn na návrh odborníků provádějících evaluaci harmonizace vzdělání všeobecných sester, neboť název dietní sestra mohl působit dojmem, že nejde o samostatné povolání, ale o sesterskou specializaci.

Hlavní pracovní náplní nutričního terapeuta je sestavování jídelních plánů a předpis stravy pro jednotlivé diety i pro celé zařízení, včetně propočtů biologické a energetické hodnoty diet.

# **1.8 Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory**

V běžné řeči znamená slovo kompetence souhrn znalostí a dovedností konkrétního jedince. Jako právní pojem znamená kompetence souhrn pravomocí.

Hlavním účelem stanovení kompetencí (činností) určité profese je závazné stanovení jejího obsahu. Stanovení obsahu profese je zároveň i pokladem pro tvorbu vzdělávacích programů.

Výraz kompetence se týká regulovaných profesí. Regulovaná profese je souhrnem více regulovaných činností. Regulované profese jsou povolání náročná na odborné znalosti a jejich výkon je spojen s možností ohrožení životů a zdraví jiných lidí. Proto je nemůže vykonávat kdokoliv.

Pracovník v regulovaném povolání musí získat oprávnění k výkonu a má povinnost celoživotního vzdělávání. Podmínky a rozsah výkonu jeho profese určují zákonné a podzákonné normy.

Činnosti regulované profese nesmí vykonávat jiná osoba, která nezískala odbornou způsobilost v daném povolání s výjimkou, že některé činnosti jsou součástí její regulované profese. Za vykonávání činnosti regulované profese bez oprávnění hrozí trestní postih.

Evropským pramenem práva v oblasti kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků je Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2005/36/E, o uznávání odborných kvalifikací.

Základem národní právní úpravy v oblasti kompetencí nelékařských zdravotnických povolání se stal zákon č.96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonům činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Zákon o nelékařských povoláních). Zákon byl již několikrát novelizován.

Poslední novelizací je zákon č. 105/2011 Sb. kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)(<http://www.sbirka.cz/2011/11-105.htm>).

Zákon stanovuje základní stručné definice každého povolání. Tyto definice pak podrobněji rozpracovává vyhláška č.55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (<http://www.sbirka.cz/2011/11-055.htm>).

Jak poznamenává Prošková (2010, s.3-4), ani tato právní úprava není vždy postačující a někdy je potřebné použít subsidiárně další předpisy. Například vyhlášku č.134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jednak mimoprávní předpisy jako vzdělávací programy kvalifikačních a specializačních oborů, koncepce oborů, etický kodex a doporučené postupy.

Vyhláška o činnostech člení činnosti u každé profese podle míry samostatnosti na ty, které musí být vykonávány pod odborným dohledem nebo přímým vedením a na ty, které mohou být vykonávány samostatně, na základě indikace či bez ní.



Ze zákona a vyhlášky vyplývá, že činnosti uvedené ve vyhlášce jsou součástí regulace dané profese, jsou činnostmi vyhrazenými, které není oprávněna vykonávat osoba bez odborné způsobilosti k této činnosti podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních či jiného právního předpisu. Existuje ovšem možnost, že některé činnosti může vykonávat více profesí, protože může dojít k průniku v obsahu povolání (Prošková, 2010, s. 4).

Činnosti nelékařských zdravotnických povolání jsou stanoveny kombinací obecných a konkrétních příkladů (činnosti jsou uvozeny slovem zejména). Skutečnost, že určitý výkon není v příkladném výčtu, neznamená, že jej zdravotnický pracovník není oprávněn vykonat. Zdravotnický pracovník je způsobilý vykonávat také další činnosti spadající pod obecnou definici, pokud jde o činnost obdobnou z hlediska náročnosti na znalosti a dovednosti a rizika pro pacienta.

Vyhláška o činnostech stanovuje maximum, které je příslušník dané profese způsobilý vykonávat. U zaměstnance v rozsahu činností vyžadovaných zaměstnavatelem (pracovní zařazení, náplně práce a pokyny zaměstnavatele).

Prošková doplňuje (2010, s. 4), že u zaměstnanců se pracuje s nařízením vlády č.137/2009 Sb., kterým se stanovuje katalog prací. Katalog prací nestanovuje činnosti, ke kterým mají příslušníci dané profese způsobilost, ale stanovuje příklady prací, podle nichž je zaměstnanec odměňovaný platem zařazen do platové třídy. Nicméně u povolání všeobecné sestry používá katalog prací pojmy, které jsou pro zařazení do platové třídy zcela klíčové, aniž by je samostatně definoval. V tomto případě je tedy nutné použít definice z vyhlášky o činnostech.

### **Odborná způsobilost všeobecné sestry**

Všeobecná sestra je autonomním nelékařským zdravotnickým odborníkem. Má svoji samostatnou roli, kdy poskytuje výkony vlastní ošetrovatelské péče. Druhou rolí je spolupráce s lékařem, kdy se podílí na léčebně-preventivní péči, za kterou odpovídá lékař. Tyto léčebně-preventivní činnosti vykonává všeobecná sestra na základě indikace lékaře, popřípadě pod jeho odborným dohledem nebo přímým vedením.

Odbornou způsobilost získává všeobecná sestra absolvováním tříletého bakalářského oboru všeobecná sestra, nebo tříletým studiem na vyšší škole. Pokud funkci všeobecné sestry vykonává muž, označuje se jako všeobecný ošetrovatel. Pro výkon práce všeobecné sestry v České republice lze uznat i vzdělání získané

v zahraničí, za podmínek rámcově upravených evropskou směrnicí (2005/36/ES) a implementovaných českým zákonem 96/2004Sb. (<http://www.sbirka.cz/2004/04-096.htm>).

Všeobecná sestra může získat následující specializované působnosti:

- sestra pro intenzivní péči,
- sestra pro perioperační péči,
- dětská sestra,
- komunitní sestra,
- sestra pro péči o pacienty ve vybraných klinických oborech,
- audiologická sestra,
- sestra pro nukleární medicínu,
- psychiatrická sestra,
- sestra pro pracovní-lékařskou péči,
- sestra pro transfuzní službu,
- klinický perfuziolog.

Specializace pro všeobecnou sestru v sociálních službách neexistuje.

Výkony, které může všeobecná sestra vykonávat zcela samostatně, jsou blíže popsány v paragrafu 3. vyhlášky č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Vyhláška dovozuje z definice ošetrovatelské péče roli všeobecné sestry při uspokojování potřeb pacienta, které vznikly nebo byly změněny v souvislosti s poruchou zdravotního stavu, zachování nebo navrácení soběstačnosti či při péči o nevléčitelně nemocné. Vyhláška taxativně nevyjmenovává všechny jednotlivé činnosti, ale uvádí jen ty závažnější, popřípadě ty, kde by mohlo dojít ke sporu, zda je všeobecná sestra může vykonávat samostatně, bez indikace lékaře. Výraznou změnou proti dřívějším pravomocem zdravotních sester je, že všeobecná sestra sama vyhodnocuje potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, vede o každém svém pacientovi samostatnou ošetrovatelskou dokumentaci a samostatně zasahuje v rámci svých pravomocí.

U výkonů, které všeobecná sestra provádí na základě indikace lékaře nebo ve spolupráci s lékařem, také nejsou taxativně vyjmenovány všechny možné výkony. Pokud ve výčtu není uveden konkrétní výkon, neznamená to, že k němu není všeobecná sestra způsobilá. Lékař má možnost svoji indikací rozšiřovat kompetence

všeobecné sestry, pokud jde o přípravu asistenci a ukončování výkonů. Jedná se o uplatnění principu obecné definice s příkladným výčtem konkrétních činností. Nesmí se však jednat o excesy, ale o výkony, které svoji náročností na znalosti a dovednosti a rizikem komplikací odpovídají výkonům, které jsou uvedeny jako příklady ve vyhlášce (Brůha, Prošková, 2011, s. 213).

Rozsah kompetencí všeobecné sestry je poměrně široký, nicméně v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory se všeobecné sestry věnují převážně výkonům, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, tedy výkonům odbornosti 913, které musí indikovat všeobecný praktický lékař. To může vést k jisté profesní degradaci všeobecných sester v zařízeních sociální péče. Jde o skutečnost v rozporu se snahou o zvyšování jejich odborných kompetencí a samostatnou prací zdravotnického odborníka.

Vzhledem ke skutečnosti, že současná pobytová zařízení sociální péče pro seniory nemají lékaře jako zaměstnance, ale lékař dochází do instituce pouze v určitou dobu v rámci návštěvní služby, musí všeobecné sestry v pobytových zařízeních sociální péče pracovat samostatněji, než sestry ve zdravotnických zařízeních, kde je lékař k dosažení. Běžně musí řešit případy, kdy nemohou s lékařem konzultovat zdravotní stav klienta. Vzhledem k časté fyzické absenci lékaře v sociálních pobytových zařízeních pro seniory všeobecné sestry minimálně vykonávají výkony, které vyžadují lékařský dohled. To se týká hlavně hydratace intravenózním přístupem, která je vhodná u seniorů s nízkým příjmem tekutin per os.

### **Odborná způsobilost zdravotnického asistenta**

Zdravotnický asistent získává odbornou způsobilost absolvováním střední zdravotnické školy v oboru zdravotnický asistent, nebo absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu za podmínky získání maturitní zkoušky a získání předchozí způsobilosti k výkonu povolání ošetřovatele. Zdravotnický asistent, který nesložil maturitní zkoušku, ale absolvoval celé studium, získává způsobilost k výkonu ošetřovatele. Obsahem povolání zdravotnického asistenta je poskytování ošetřovatelské péče pod odborným dohledem.

### **Odborná způsobilost ošetřovatele**

Ošetřovatel získává odbornou způsobilost v akreditovaných kvalifikačních kurzech v oboru nebo studiem na střední škole bez maturity. Odbornou způsobilost ošetřovatele získá také student, který se připravoval na povolání zdravotnického asistenta, absolvoval celé studium, ale nesložil maturitní zkoušku.

Jako vedlejší kvalifikaci získávají odbornou způsobilost ošetřovatele osoby, které absolvovaly část studia lékařství (čtyři semestry a složení zkoušky z ošetřovatelství či péče o nemocné), pro přípravu všeobecných sester (tři semestry ve svém oboru). Osoba s odbornou způsobilostí ošetřovatele má rovněž způsobilost k výkonu profese pracovníka v sociálních službách, a to k přímé obslužné péči ve všech typech zařízení sociálních služeb a k pečovatelské činnosti v domácnostech klientů. Pokud jsou ošetřovatelé v zařízeních sociální péče zařazení jako pracovníci v sociálních službách, nikoliv jako zdravotníci, mohou svoji profesní činnost vykonávat bez odborného dohledu (Brůha, Prošková, 2011, s. 284).

### **Odborná způsobilost sanitáře**

Sanitář získává odbornou způsobilost absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu.

Kromě absolventů příslušných kurzů získávají způsobilost k výkonu povolání sanitáře také osoby absolvující část studia zdravotnických oborů středních, vyšších a vysokých škol uvedených v zákoně o nelékařských zdravotnických povoláních.

Způsobilost k výkonu povolání pracovníka v sociálních službách mají pouze ti sanitáři, kteří získali odbornou způsobilost v akreditovaném kvalifikačním kurzu do konce roku 2006.

### **Odborná způsobilost fyzioterapeuta**

Odborná způsobilost k výkonu povolání fyzioterapeuta se získává absolvováním akreditovaného zdravotnického magisterského studijního oboru nebo akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu fyzioterapeutů.

Fyzioterapeut vykonává své povolání výhradně bez odborného dohledu. U většiny činností však musí kooperovat s lékařem, protože lékař stanovuje diagnózu a cíle fyzioterapeutického procesu.

### **Odborná způsobilost ergoterapeuta**

Ergoterapeuti získávají odbornou způsobilost absolvováním samostatného akreditovaného bakalářského oboru na vysoké škole.

Ergoterapeut v pobytových zařízeních sociální péče může být pracovně zařazen nejen jako zdravotnický pracovník, ale i jako pracovník sociálních služeb, který je oprávněn vykonávat základní nepedagogickou výchovnou činnost a to podle odstavce b. Paragrafu 116 Zákona 2006/108 Sb. Zákona o sociálních službách (Brůha, Prošková, 2011, s. 219).

### **Odborná způsobilosti nutričního terapeuta**

Odborná způsobilost k výkonu povolání nutričního terapeuta se získává absolvováním studijního oboru vyšších škol diplomovaný nutriční terapeut, nebo akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru.

### **Odborná způsobilost zdravotně-sociálního pracovníka**

Odbornou způsobilost získává zdravotně-sociální pracovník absolvováním akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření nebo nezdravotnického, nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách doplněného akreditovaným kvalifikačním kurzem zdravotně-sociální pracovník.

## **2. Výzkum profesního rozložení nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory a jejich názorů na využití získaných profesních kompetencí**

### **2.1 Cíle výzkumu a hypotézy**

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, kteří pracovníci nelékařských zdravotnických povolání jsou zaměstnáváni v pražských pobytových zařízeních sociální péče, jaký mají názor na využívání svých získaných profesních kompetencí a jak jsou spokojeni se svým pracovním zařazením.

Výzkumné dotazníkové šetření bylo provedeno v pobytových zařízeních sociálních služeb – domovech seniorů v Praze.

Dílčí cíle výzkumného šetření byly stylizovány do několika výzkumných otázek:

Kteří nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou zaměstnáváni v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory?

Odpovídá pracovní zařazení nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory jejich získaným odborným kompetencím?

Jaké je pracovní zatížení nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory?

Vykonávají zdravotničtí pracovníci v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory, v rámci poskytování zdravotních služeb, i výkony mimo své získané odborné kompetence?

Vykonávají zdravotničtí pracovníci v pobytových zařízeních pro seniory i jiné, než zdravotnické činnosti?

Odkud přicházejí nelékařští zdravotničtí pracovníci do svých současných pracovních pozic v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory?

Kde by chtěli nelékařští zdravotničtí pracovníci najít další pracovní uplatnění, pokud by odešli ze svého současného zaměstnání?

Jakou dobu zastávají nelékařští zdravotničtí pracovníci své současné pracovní pozice?

Jaký názor mají nelékařští zdravotničtí pracovníci v zařízeních sociálních služeb na potřebu speciálního vzdělávání?

Okruhy problémů byly formulovány do následujících hypotéz.

**Hypotéza č. 1**

Nelékařští zdravotničtí pracovníci jednotlivých zdravotnických profesí vykonávají činnosti mimo rámec poskytování zdravotní péče ve stejné míře.

**Hypotéza č. 2**

Všeobecné sestry, ošetřovatelé a sanitáři nastoupili na své současné pracovní místo v pobytovém zařízení sociální péče ze zdravotnictví.

**Hypotéza č. 3**

Pokud uvažují nelékařští zdravotničtí pracovníci o odchodu ze současného zaměstnání v pobytovém zařízení sociální péče, budou hledat své další pracovní uplatnění převážně ve zdravotnictví.

**Hypotéza č. 4**

Na délku působení v současné pracovní pozici nemá vliv získaná odborná zdravotnická kvalifikace.

**Hypotéza č. 5**

Podle názoru nelékařských zdravotnických pracovníků jejich pracovní zařazení odpovídá získané odborné kvalifikaci.

**Hypotéza č. 6**

Všeobecné sestry, ošetřovatelé i sanitáři vykonávají zdravotnické výkony mimo rozsah své odborné kvalifikace ve stejné míře.

**Hypotéza č. 7**

Nelékařští zdravotničtí pracovníci v soukromých sociálních zařízeních vykonávají větší objem práce než zaměstnanci státních zařízení

**Hypotéza č. 8**

Všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory mají stejný názor na možnost speciálního vzdělávání.

## 2.3 Metodika výzkumného šetření

K vlastnímu provedení výzkumné práce byla zvolena dotazníková metoda. Aby byli respondenti co nejméně časově zatěžováni a dotazník mohl být zpracován co nejjednodušším způsobem, byl zvolen dotazník s uzavřenými položkami. Na každou otázku byla možná jediná odpověď z nabízených možností. Vzor dotazníku je v příloze.

## 2.4 Profil respondentů

Dotazníky byly vyplněny nelékařskými zdravotnickými pracovníky - zaměstnanci následujících pobytových zařízení sociální péče pro seniory v Praze:

Domov pro seniory Chodov, Donovalská 222, Praha 4,  
Domov pro seniory Praha 4 – Háje, K Milíčovu 734, Praha 4,  
Domov pro seniory Kobylisy, Mirovická 19/1027, Praha 8,  
Domov pro seniory Ďáblice, Kubíkova 1698/11, Praha 8,  
Domov pro seniory Slunečnice, Na Hranicích 674/18, Praha 8,  
Domov pro seniory Elišky Purkyňové, Šolínova 513/3, Praha 6,  
Domov pro seniory Zahradní město, Sněžňenkova 2973/8, Praha 10,  
Domov pro seniory Malešice, Rektorská 577, Praha 10,  
Dům sociálních služeb – domov pro seniory městské části Prahy 14, Bojčenkova,  
Praha 14,  
Domov Sue Ryder, Michelská 1/7, Praha 4.

Dotazníky byly osobně rozneseny do domovů seniorů a osobně zase staženy zpět. Bylo rozdáno padesát dotazníků na každé pobytové zařízení sociální péče pro seniory, celkem pětset dotazníků. Počet dotazníků vycházel z nejvyššího počtu zdravotnických pracovníků v Domově seniorů Bohnice, kde jich bylo zaměstnáno čtyřicet sedm.



## 2.5 Metody zpracování výsledků výzkumu

Z rozdaných pětiset dotazníků se jich vrátilo zpět dvěšest třicet. Z nich bylo zjištěno profesní rozložení nelékařských zdravotnických pracovníků. Následně bylo padesát tři vyřazeno pro uvedení více než jedné odpovědi na položku dotazníku (což znemožnilo přesné statistické zpracování) a dvacet jedna pro neúplné vyplnění.

Statisticky bylo zpracováno sto padesát šest správně a kompletně vyplněných dotazníků. Získaná data byla přenesena do tabulek a zpracována do grafické podoby. Na třídění prvního stupně navazovalo třídění druhého stupně, které představovalo uspořádání výsledků zachycující souvislosti mezi výsledky některých položek dotazníku vzhledem k hypotézám. Při ověřování hypotéz byly nejdříve formulovány nulové a alternativní hypotézy, které byly ověřeny pomocí metod matematické statistiky. Platnost hypotéz byla ověřena za pomoci statistických testů. Ke statistickému zpracování pro ověření hypotéz byl použit statistický software SPSS verze 15, SPSS Inc. Chicago, USA. Všechny statistické testy byly provedeny na hladině signifikance 0,05.

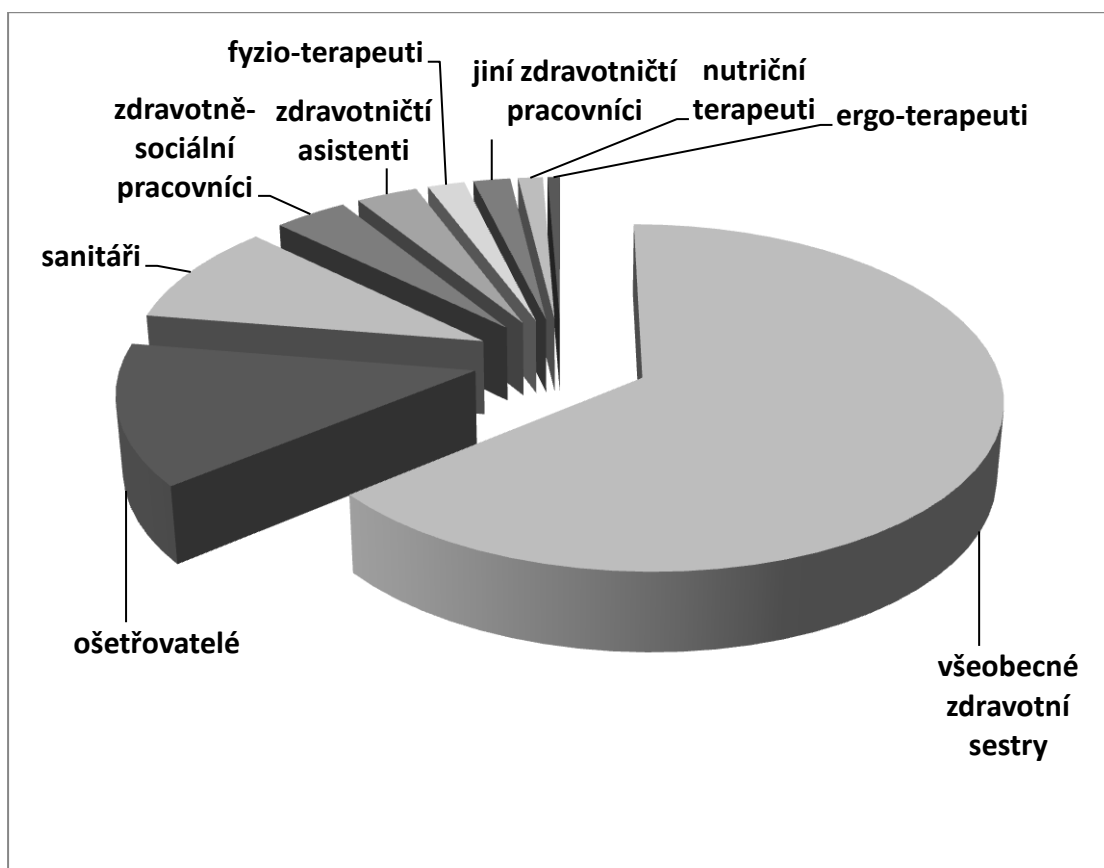
## 2.6 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

### Zastoupení respondentů podle profese

U skupiny dotazníků, které byly vybrány pro další statistické zpracování, bylo rozložení nelékařských zdravotnických profesí v pobytových zařízeních sociální péče následující:

nelékařští zdrav. pracovníci	počet	procenta
všeobecné zdravotní sestry	100	64
ošetřovatelé	21	13
sanitáři	15	10
zdravotně-sociální pracovníci	6	4
zdravotničtí asistenti	5	3
fyzioterapeuti	3	2
jiní zdravotničtí pracovníci	3	2
nutriční terapeuti	2	1
ergoterapeuti	1	1

Tab.č.5.: Zastoupení jednotlivých profesí nelékařských zdravotnických pracovníků po zpracování správně vyplněných dotazníků.



Graf č. 10.: Poměrné zastoupení jednotlivých profesí nelékařských zdravotnických pracovníků po zpracování správně vyplněných dotazníků.

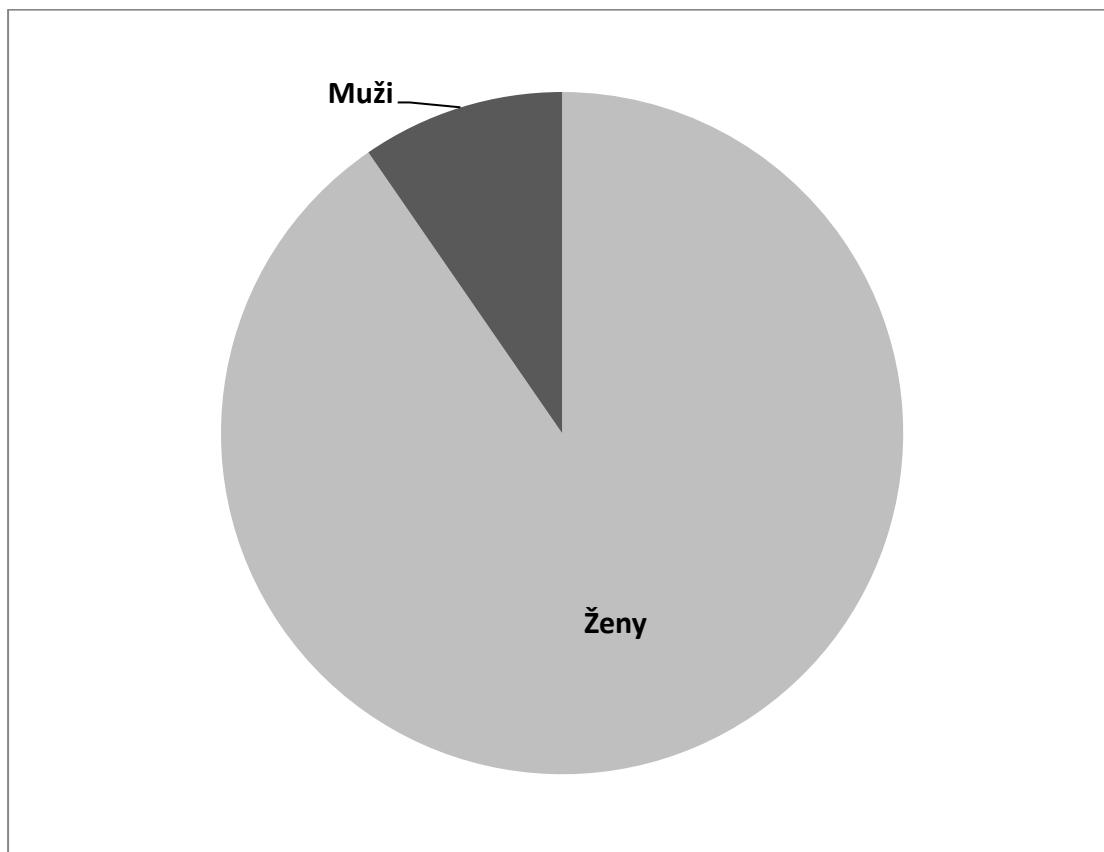
Ze získaných dat je zřejmé, že všeobecné sestry jsou nejčastější zaměstnávanou nelékařskou zdravotnickou profesí v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory. Menší zastoupení mají ošetřovatelé a sanitáři. Zastoupení ostatních zdravotnických pracovníků je velmi malé.

### Zastoupení respondentů podle pohlaví

Nelékařské zdravotnické profese v bytových zařízeních jsou ve výrazné většině vykonávány ženami. Zastoupení mužů dosahuje deseti procent.

pohlaví	počet	procenta
Ženy	141	90
Muži	15	10

Tab.č.6.: Zastoupení respondentů podle pohlaví



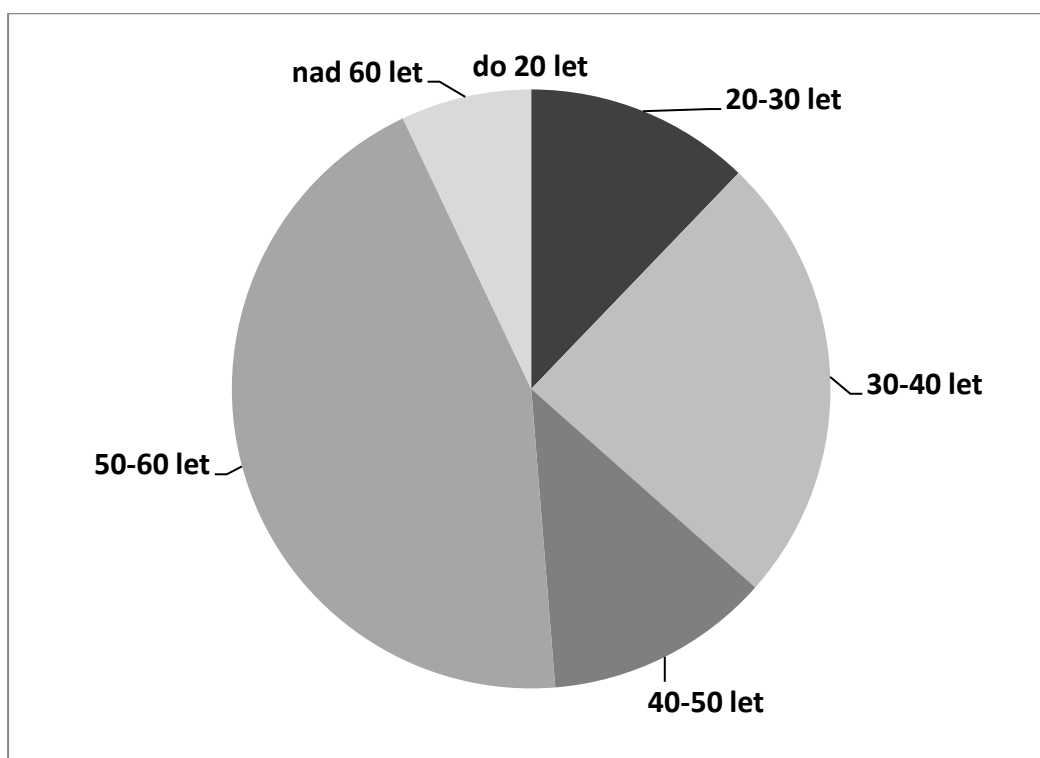
Graf.č.11.: Poměrné zastoupení respondentů podle pohlaví

### Zastoupení respondentů podle věkových skupin

Mezi respondenty bylo nejvíce zdravotníků ve věkovém intervalu padesát až šedesát let.

<b>věková skupina</b>	<b>počet</b>	<b>procenta</b>
do 20 let	0	0
20-30 let	19	12
30-40 let	38	24
40-50 let	19	12
50-60 let	69	44
nad 60 let	11	8

Tab.č.7.: Rozdělení respondentů podle věkových skupin.



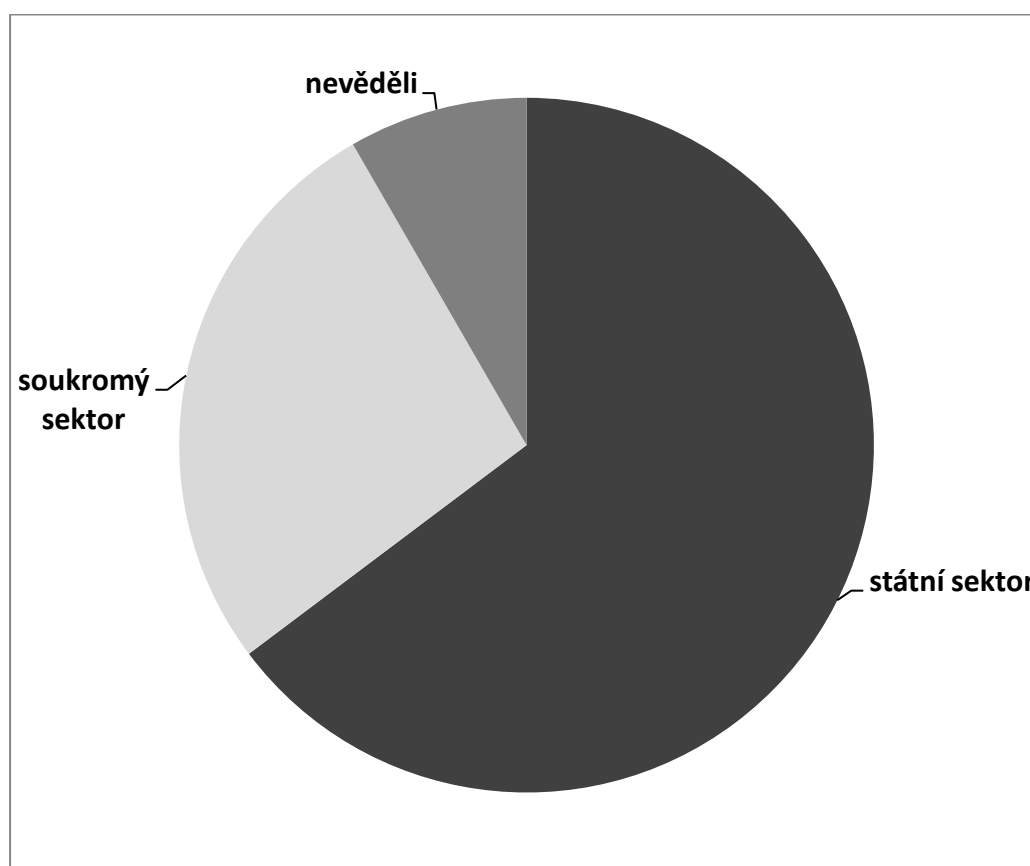
Graf.č.12.: Poměrné zastoupení respondentů podle věkových skupin

### Zastoupení respondentů podle zaměstnavatele

Nadpoloviční většina respondentů byla zaměstnána ve státních zařízeních. Dvacet sedm procent respondentů nevědělo, zda jsou zaměstnáni ve státním či soukromém sektoru.

sektor	počet	procenta
státní sektor	101	65
soukromý sektor	42	27
nevěděli	13	8

Tab.č.8.: Zastoupení respondentů podle zaměstnavatele



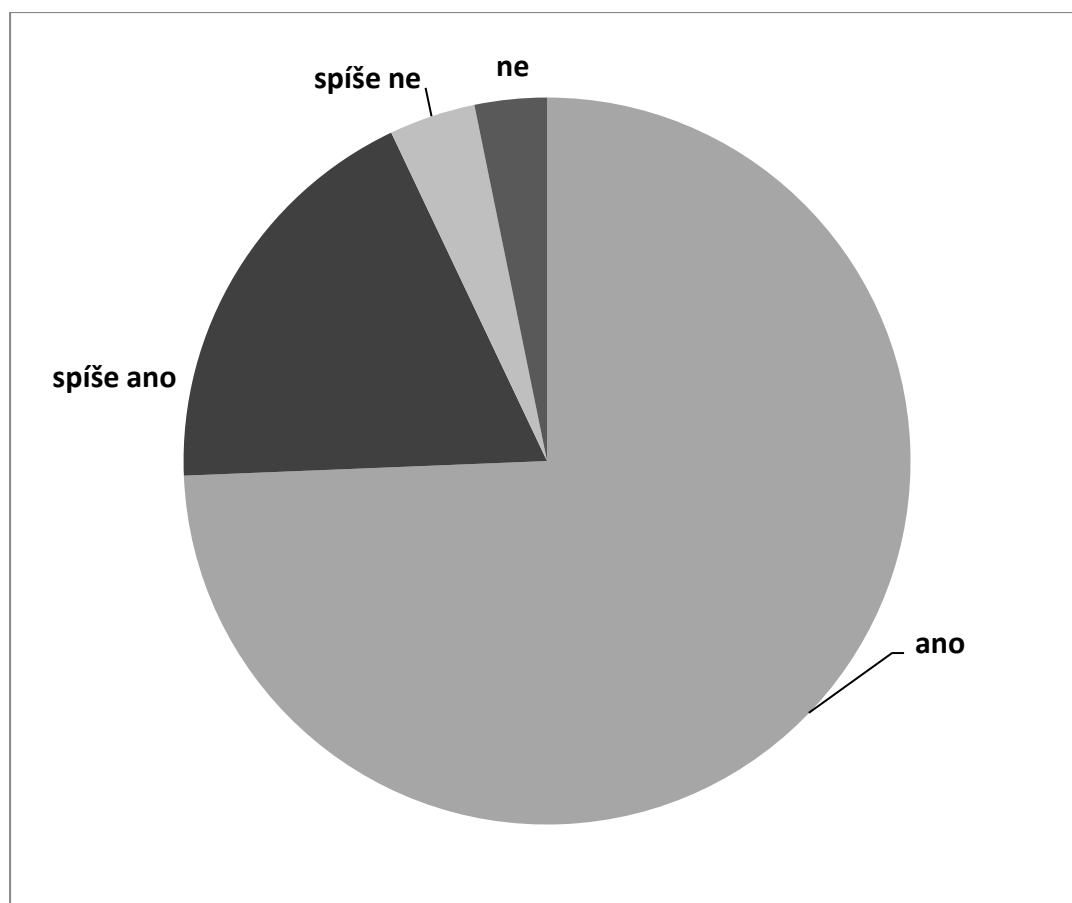
Graf.č.13.: Poměrné zastoupení respondentů podle zaměstnavatele.

### Pracovní zařazení respondentů podle odborných kompetencí.

Většina respondentů zastávala názor, že jejich pracovní zařazení odpovídá jejich odborným kompetencím.

odpověď	počet	procenta
ano	116	74
spíše ano	29	19
spíše ne	6	4
ne	5	3

Tab.č.9.: Rozdělení respondentů podle názoru na pracovní zařazení.



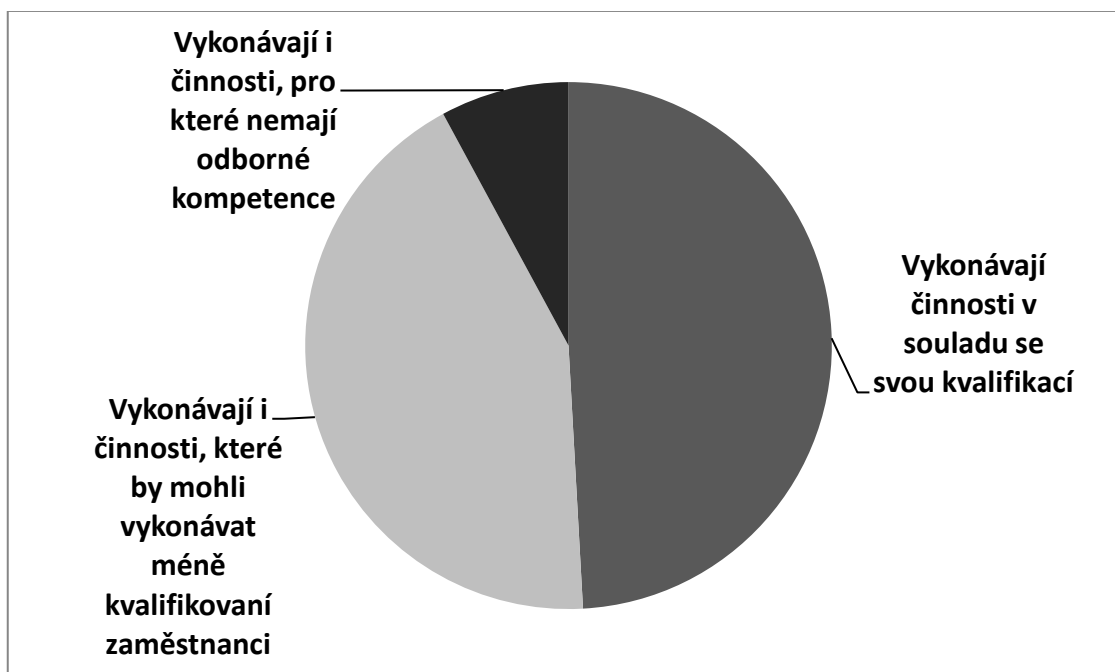
Graf.č.14.: Poměrné rozdělení respondentů podle názoru na pracovní zařazení.

## Činnosti vykonávané mimo odborné kompetence

Čtyřicet devět oslovených zdravotníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory zastávalo názor, že vykonávají práci v souladu s odbornou kvalifikací. Přes čtyřicet procent zdravotníků sdělilo, že vykonává i práci, kterou by mohli zabezpečit zaměstnanci s nižší odbornou kvalifikací. Osm procent respondentů odpovědělo, že vykonávají i činnosti nad rámec svých odborných kompetencí.

<b>odpověď</b>	<b>počet</b>	<b>procenta</b>
Vykonávají činnosti v souladu se svou kvalifikací	56	49
Vykonávají i činnosti, které by mohli vykonávat méně kval. zaměstnanci	49	43
Vykonávají i činnosti, pro které nemají odbornou kompetenci	9	8

Tab.č.10.: Názor respondentů na vykonávání činností mimo odborné kompetence.



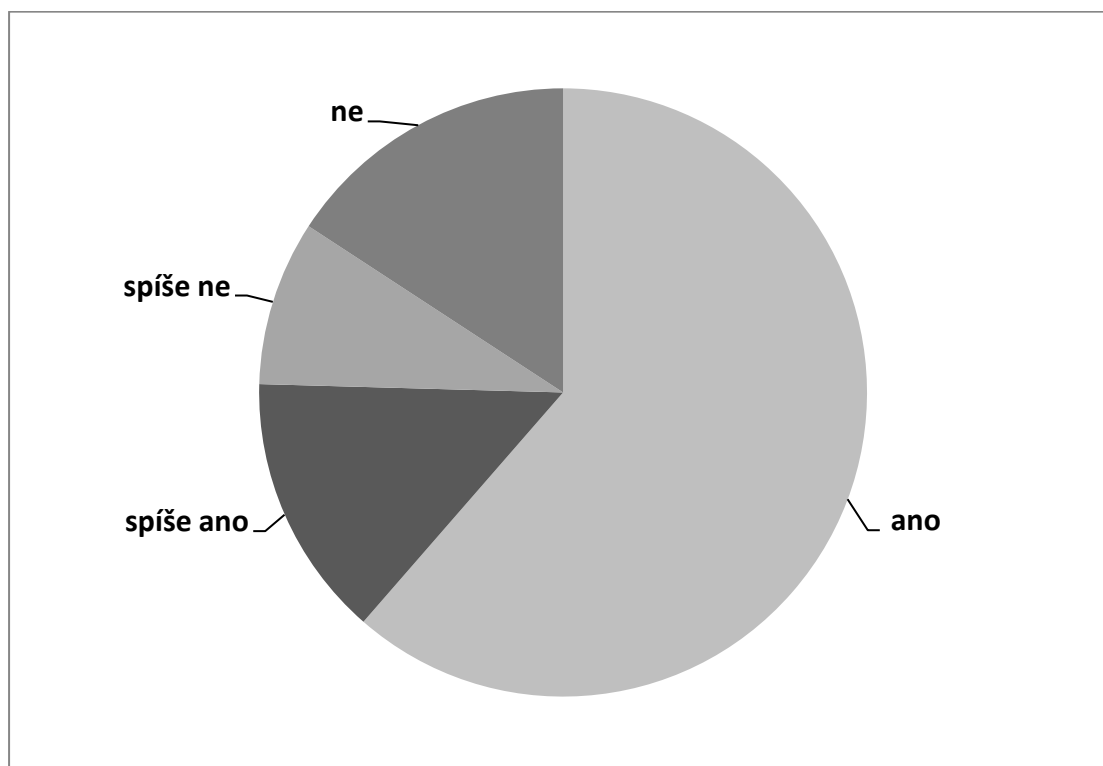
Graf.č.15.: Poměrné zastoupení názorů respondentů na vykonávání činností mimo odborné kompetence.

## Vykonávání činností mimo zdravotnickou problematiku

Sedmdesát pět procent zdravotníků se domnívá, že vykonává i činnosti, které nesouvisí s poskytováním zdravotních služeb. Jde tedy o velmi frekventovaný názor .

odpověď	počty	procenta
ano	70	61
spíše ano	16	14
spíše ne	10	9
ne	18	16

Tab.č.11.: Názor respondentů na vykonávání nezdravotnických činností



Graf.č.16.: Poměrné zastoupení podle názoru na vykonávání nezdravotnických činností

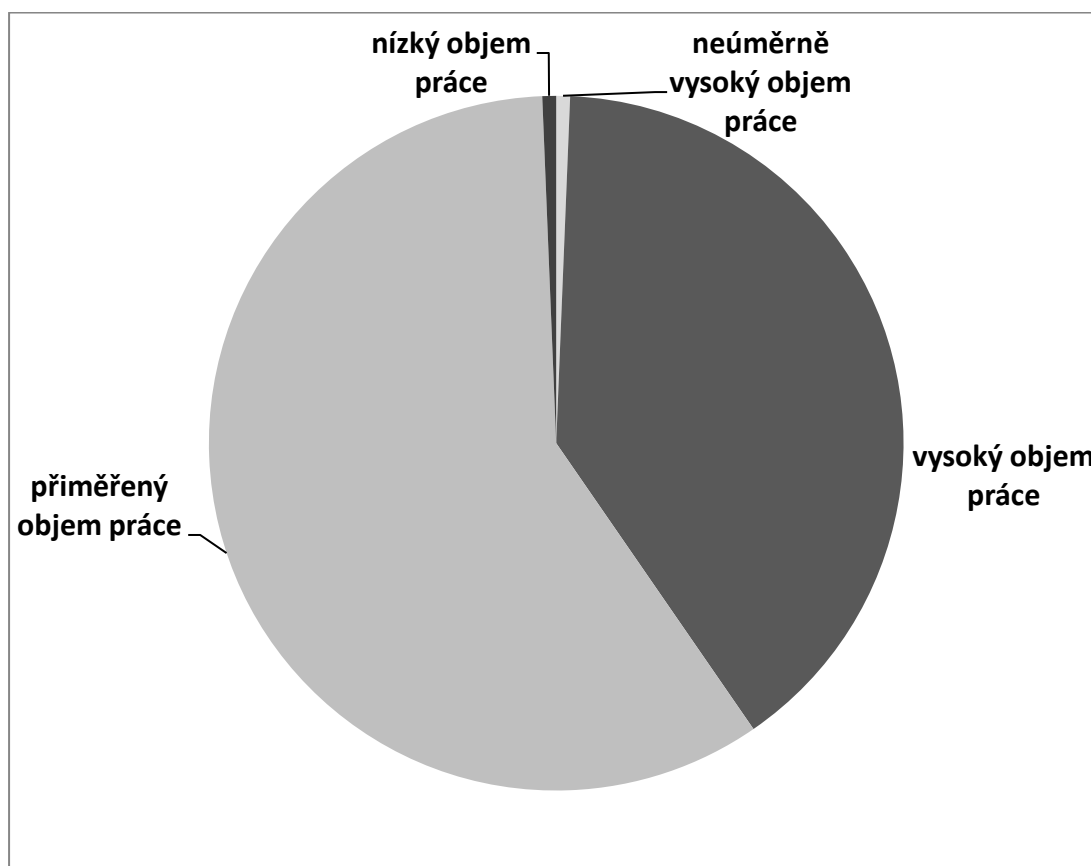


### Objem vykonávané práce

Nadpoloviční část respondentů považuje objem vykonávané práce na své pracovní pozici za přiměřený. Čtyřicet procent sdělilo, že musí zvládnout vysoký objem práce.

odpověď	počet	procenta
neúměrně vysoký objem práce	1	1
vysoký objem práce	62	40
přiměřený objem práce	92	59
nízký objem práce	1	1

Tab.č.12.: Názory respondentů na pracovní zatížení.



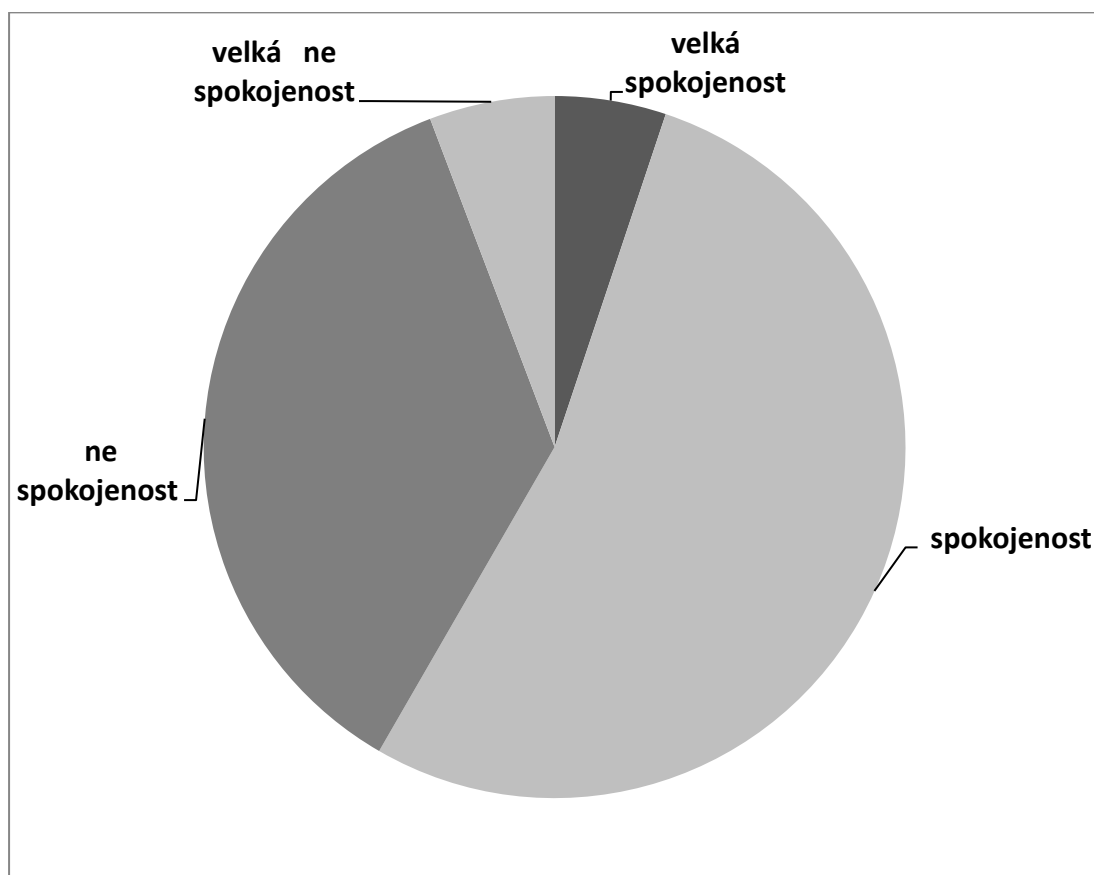
Graf.č.17.: Poměrné zastoupení respondentů podle názoru na pracovní zatížení.

### Spokojenost s finančním ohodnocením

S finanční odměnou za vykonanou práci je spokojeno padesát osm procent respondentů. Nespokojenost vyjádřilo čtyřicet dva respondentů.

<b>odpověď</b>	<b>počet</b>	<b>procenta</b>
velká spokojenost	8	5
spokojenost	83	53
nespokojenost	56	36
velká nespokojenost	9	6

Tab.č.13.: Názor respondentů na finanční ohodnocení.



Graf.č.18.: Poměrné zastoupení respondentů podle názoru na finanční ohodnocení.

## Výše měsíčního příjmu

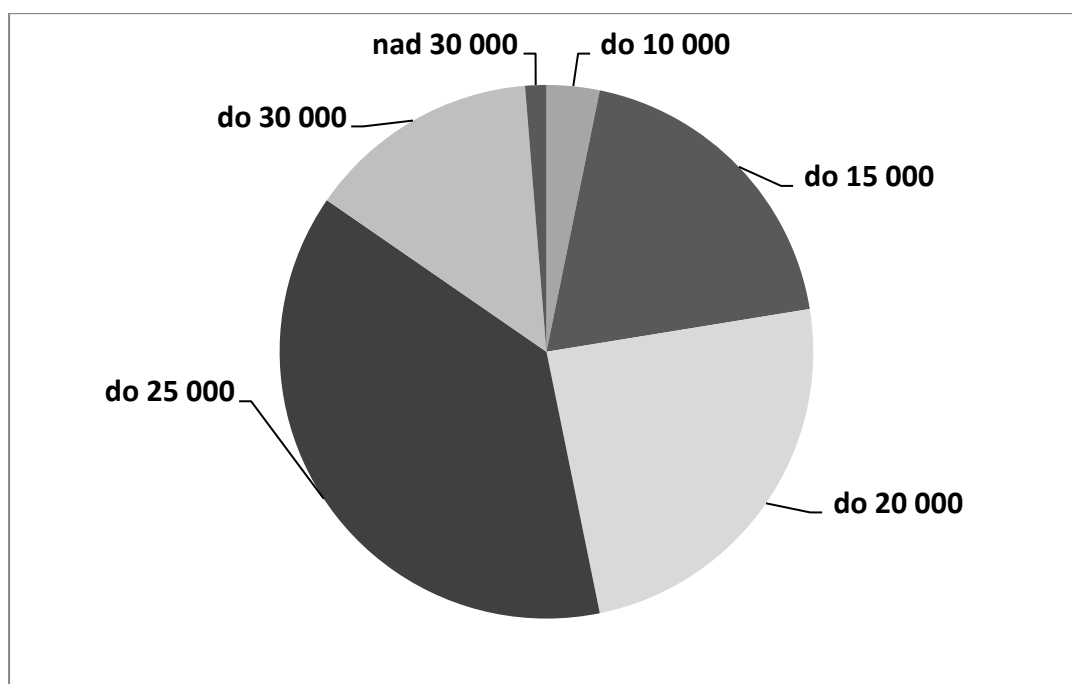
Osmdesát čtyři procent respondentů uvedlo svůj měsíční příjem pod hranicí průměrné hrubé mzdy v České republice, která v prvním čtvrtletí 2012 byla na úrovni dvacet čtyři tisíc sto dvacet šest korun

([http://www.czso.cz/xs/redakce.nsf/bce41ad0daa3aad1c1256c6e00499152/7f1130db8da31654c1257a16003394dc/\\$FILE/mzdy\\_2012\\_q1.pdf](http://www.czso.cz/xs/redakce.nsf/bce41ad0daa3aad1c1256c6e00499152/7f1130db8da31654c1257a16003394dc/$FILE/mzdy_2012_q1.pdf)).

Dvacet jedna procent, tedy téměř čtvrtina oslovených respondentů, uvedla příjem nižší než patnáct tisíc korun měsíčně. Vzhledem ke skutečnosti, že minimální mzda byla v roce 2012 osm tisíc korun (<http://www.mpsv.cz/cs/4973>), jedná se o mzdu, která nedosahuje ani dvojnásobku minimální mzdy.

	Počet	Procenta
do 10 000	5	3
do 15 000	30	19
do 20 000	38	24
do 25 000	59	38
do 30 000	22	14
nad 30 000	2	1

Tab.č.14.: Zastoupení respondentů podle příjmových intervalů.



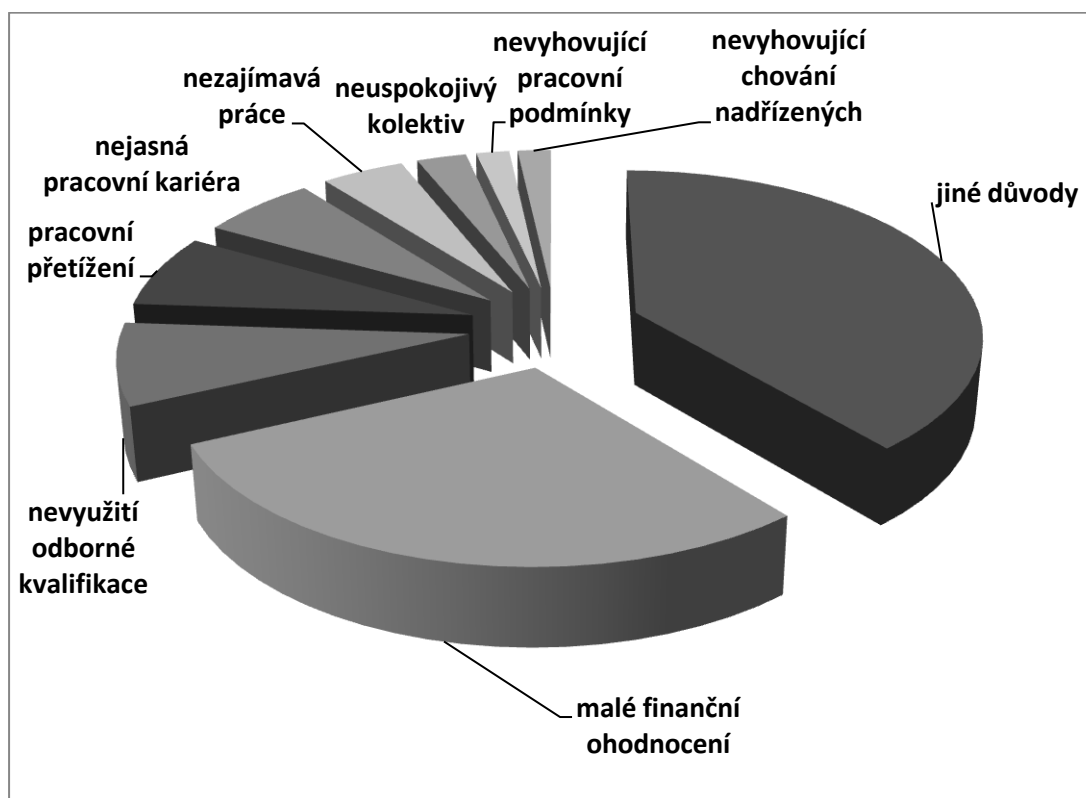
Graf.č.19.: Poměrné zastoupení respondentů podle příjmových intervalů

## Důvody ke změně zaměstnání

Ze získaných dat vyplývá, že pocit malého finančního ohodnocení je druhou nejčastější příčinou pro zvažování odchodu ze současné pracovní pozice.

	Počty	Procenta
jiné důvody	44	39
malé finanční ohodnocení	33	29
nevyužití odborné kvalifikace	9	8
pracovní přetížení	8	7
nejasná pracovní kariéra	7	6
nezajímavá práce	5	4
neuspokojivý kolektiv	3	3
nevyhovující pracovní podmínky	2	2
nevyhovující chování nadřízených	2	2

Tab.č.15.: Hlavní důvody pro případný odchod ze současné pracovní pozice.



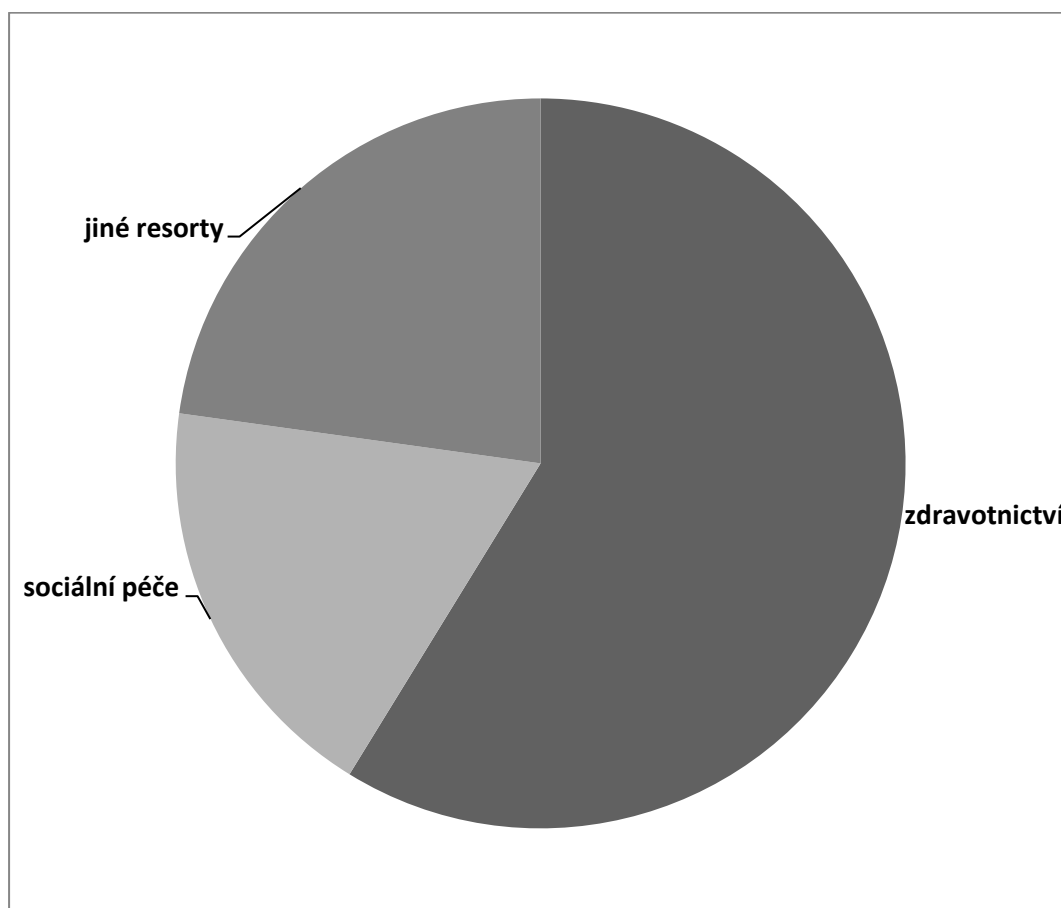
Graf.č.20.: Poměrné zastoupení respondentů podle názoru na hlavní důvod zvažovaného odchodu ze současné pracovní pozice

## Další pracovní uplatnění

Většina respondentů by se vrátila zpět do zdravotnictví. Třidvacet procent respondentů uvažuje, že by svou další budoucnost nespojovalo ani se zdravotnictvím, ani se sociální péčí.

	Počty	Procenta
zdravotnictví	67	59
sociální péče	21	18
jiné resorty	26	23

Tab.č.16.: Názory na pracovní uplatnění při případném odchodu ze současné pracovní pozice.



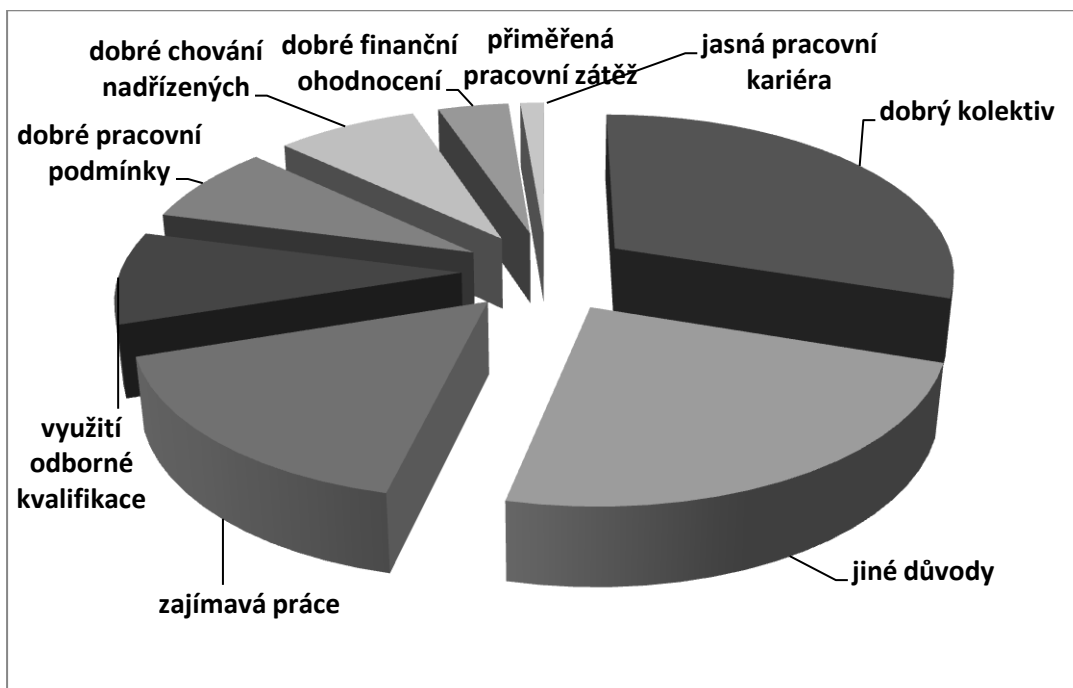
Graf.č.21.: Poměrné rozdělení respondentů podle názoru na pracovní uplatnění při případném odchodu ze současné pracovní pozice.

## Důvody pro setrvání na současné pracovní pozici

Z výsledků dotazníků vyplynulo, že hlavním důvodem pro setrvání nelékařských zdravotnických pracovníků na současných pracovních pozicích je dobrý pracovní kolektiv. Častým důvodem je i zajímavá práce.

	Počty	Procenta
dobrý kolektiv	46	30
jiné důvody	36	24
zajímavá práce	25	16
využití odborné kvalifikace	14	9
dobré pracovní podmínky	12	8
dobré chování nadřízených	12	8
dobré finanční ohodnocení	6	4
přiměřená pracovní zátěž	2	1
jasná pracovní kariéra	0	0

Tab.č.17.: Hlavní důvod pro setrvání na současné pracovní pozici.



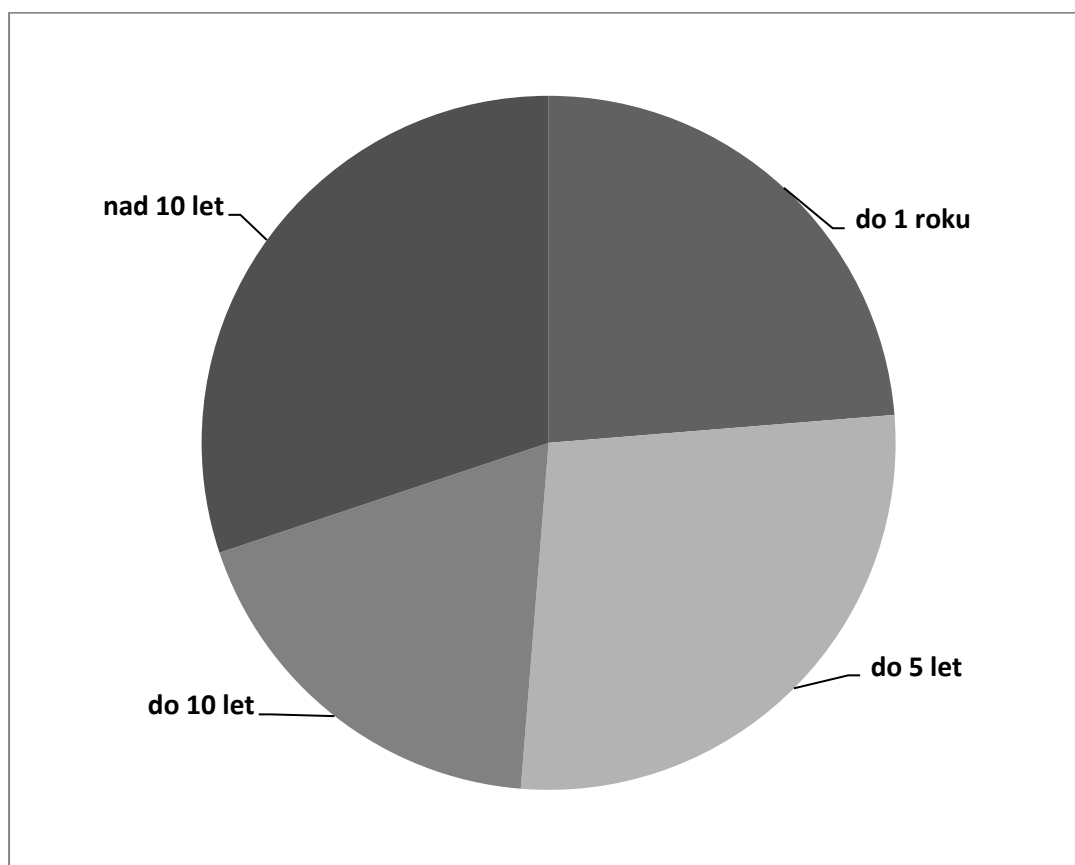
Graf.č.22.: Poměrné zastoupení respondentů podle hlavního důvodu pro setrvání na současné pracovní pozici

## Délka setrvání na současné pracovní pozici

S pracovní spokojeností souvisí i doba setrvání v současném zaměstnání. Třicet procent respondentů sdělilo, že působí na své současné pracovní pozici více než deset let.

doba na pracovní pozici	Počty	Procenta
do 1 roku	37	24
do 5 let	43	28
do 10 let	29	19
nad 10 let	47	30

Tab.č.18.: Doba působení v současné pracovní pozici.



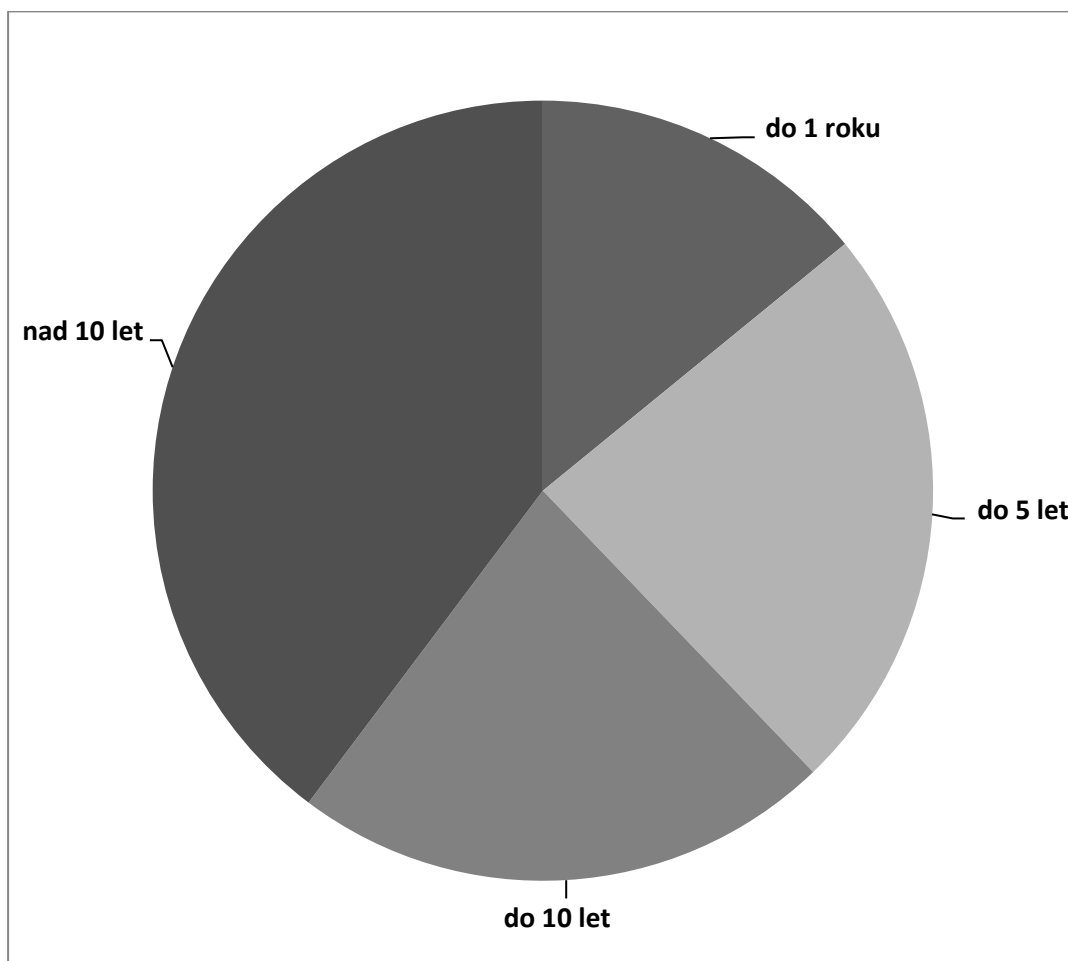
Graf.č.23.: Poměrné zastoupení respondentů podle doby působení v současné pracovní pozici

## Doba působení v předešlé pracovní pozici

Zajímavé je srovnání s délkou práce v předchozím zaměstnání. Většina zdravotnických pracovníků zastávala své předchozí zaměstnání déle než deset let.

doba na pracovní pozici	Počty	Procenta
do 1 roku	22	14
do 5 let	37	24
do 10 let	35	22
nad 10 let	62	40

Tab.č.19.: Doba působení v předešlé pracovní pozici.



Graf.č.24.: Poměrné zastoupení respondentů podle doby působení v předešlé pracovní pozici.

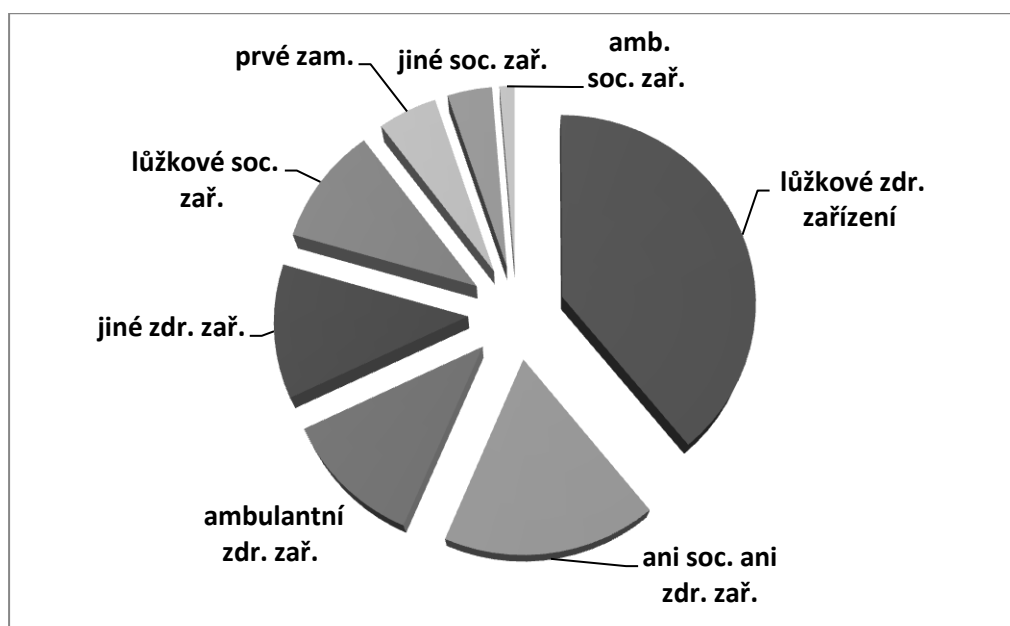


### Rezort, ze kterého přišli nelékařští zdravotničtí pracovníci do svých současných pracovních pozic.

Šedesát jedna procent zdravotníků přišlo do svých současných pracovních pozic v pobytových zařízení sociální péče pro seniory ze zdravotnictví.

	Počty	Procenta
lůžkové zdr. zařízení	61	39
ani soc. ani zdr. zař.	27	17
ambulantní zdr. zař.	18	12
jiné zdr. zař.	18	12
lůžkové soc. zař.	16	10
prvé zam.	8	5
jiné soc. zař.	6	4
amb. soc. zař.	2	1

Tab.č.20.: Zařízení, kde pracovali respondenti před nástupem do současných pracovních pozic.



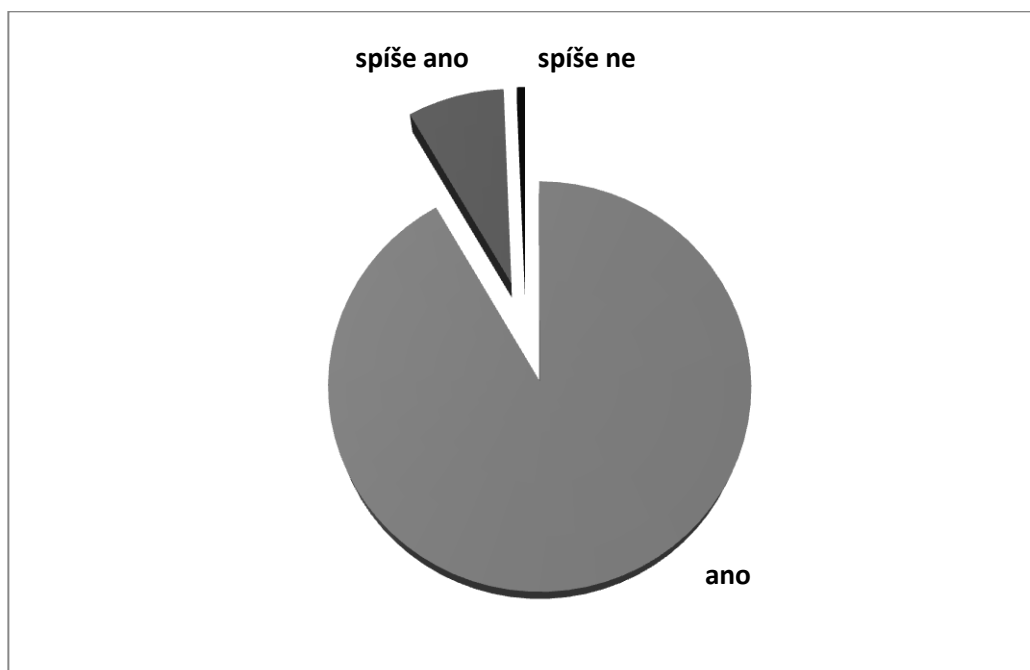
Graf.č.25.: Poměrné zastoupení respondentů podle zařízení, kde pracovali před nástupem do současných pracovních pozic.

### **Názor nelékařských zdravotnických pracovníků na jejich potřebnost v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory.**

Převážil názor respondentů, že práce zdravotníků v pobytových zařízeních sociální péče je potřebná. Devadesát devět procent respondentů odpovědělo na tento dotaz kladně.

<b>odpověď</b>	<b>počty</b>	<b>procenta</b>
ano	143	92
spíše ano	12	7
spíše ne	1	1
ne	0	0

Tab.č.21.: Názor na potřebnost nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory



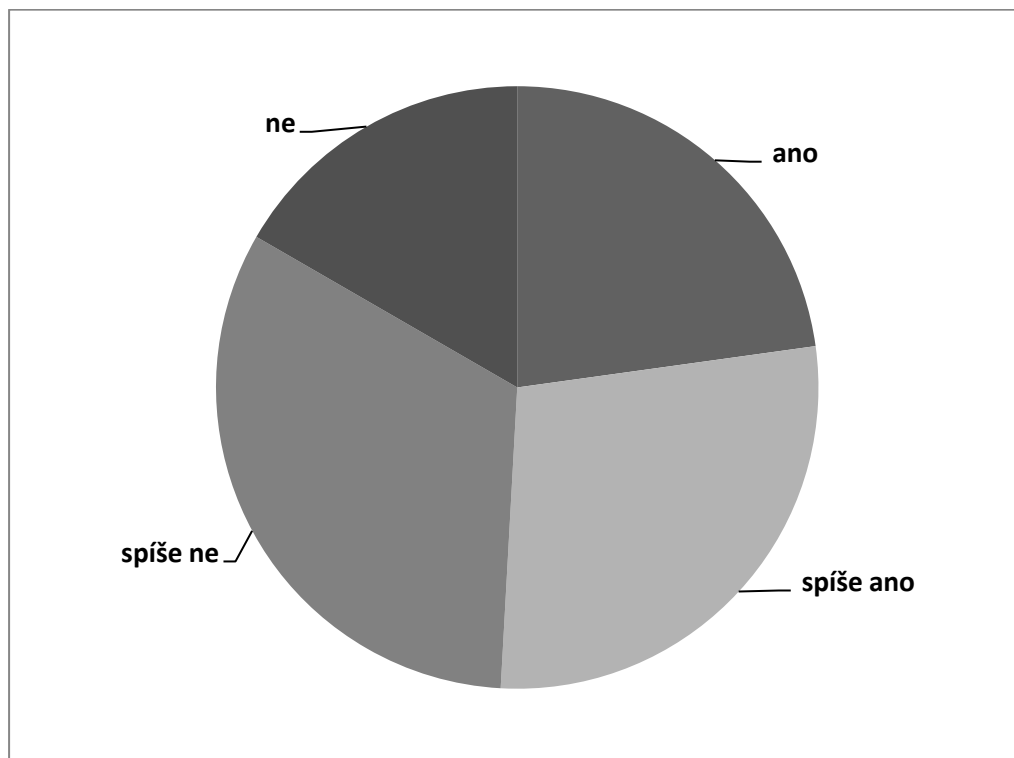
Graf.č.26.: Poměrné zastoupení respondentů podle názoru na potřebnost nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory

## Speciální vzdělání

Více než polovina respondentů by uvítala speciální vzdělání.

	Počty	Procenta
ano	26	23
spíše ano	32	28
spíše ne	37	32
ne	19	17

Tab.č.22.: Názor respondentů na speciální vzdělání



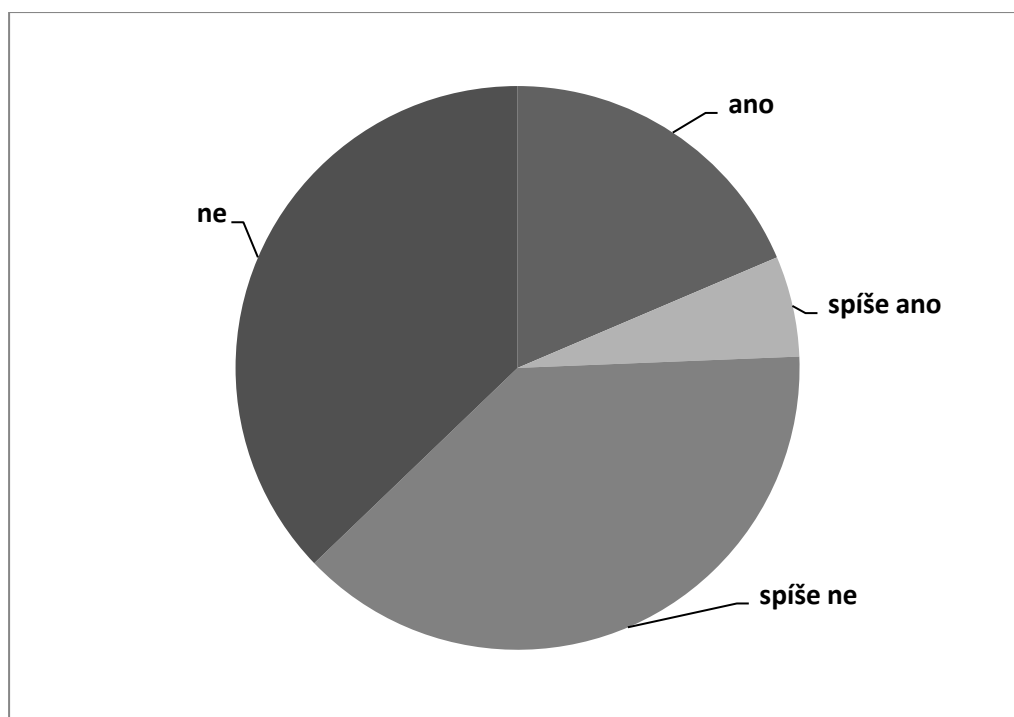
Graf.č.27.: Poměrné zastoupení respondentů podle názoru na speciální vzdělání

## **Zájem společnosti o práci nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory**

Sedmdesát pět procent respondentů se domnívá, že jejich práci společnost nevěnuje náležitou pozornost.

	Počty	Procenta
ano	29	19
spíše ano	9	6
spíše ne	60	38
ne	58	37

Tab.č.23.: Názor respondentů na to, jak se o jejich práci zajímá společnost.



Graf.č.28.: Poměrné rozdělení respondentů podle názoru na to, jak se o jejich práci zajímá společnost

## 2.7 Ověření platnosti hypotéz

### Ověření hypotézy č. 1

Nelékařští zdravotničtí pracovníci vykonávají činnosti mimo rámec poskytování zdravotní péče ve stejné míře.

Bylo zjišťováno, zda nelékařští zdravotní pracovníci vykonávají nezdravotnické činnosti stejnou měrou.

$H_0$ : Všeobecné sestry, ošetřovatelé a sanitáři vykonávají činnosti mimo rámec poskytování zdravotní péče ve stejné míře.

$H_A$ : Všeobecné sestry, ošetřovatelé a sanitáři vykonávají činnosti mimo rámec poskytování zdravotní péče v různé míře.

Data byla uspořádána do kontingenčních tabulek. V řádcích tabulky je uvedeno povolání respondentů, ve sloupcích jsou odpovědi na otázku č. 4 v dotazníku. „Jsou po vás vyžadovány činnosti, které nemají přímý vztah ke zdravotnictví?“ Vzhledem k velikosti tabulky a malým četnostem v některých buňkách byly kategorie odpovědí měřené na škále „ano“, „spíše ano“, „spíše ne“ a „ne“ sloučeny pouze do dvou „ano – spíše ano“ a „spíše ne – ne“. Následně byl proveden Fisherův přesný test, který porovnává rozložení odpovědí na danou otázku u všeobecných sester, ošetřovatelů a sanitářů.

Fisherovým přesným testem nebyly prokázány rozdíly mezi všeobecnými sestrami, ošetřovateli a sanitáři v míře vykonávání činnosti, které nemají přímý vztah ke zdravotnictví,  $p = 0,394$ . Nulovou hypotézu nelze zamítnout.

**Pokud nelékařští zdravotničtí pracovníci v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory vykonávají i nezdravotnické činnosti, není rozdíl v míře vykonávání těchto činností u všeobecných sester, ošetřovatelů a sanitářů.**

Kontingenční tabulka

			4. Jsou po v ás vyžadovány činnosti, které nemají přímý vztah ke zdravotnictví?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
1. Vaše profesní zdravotnické vzdělání:	všeobecná sestra	Četnost %	50 70,4%	7 9,9%	4 5,6%	10 14,1%	71 100,0%
	ošetřovatel	Četnost %	9 52,9%	3 17,6%	2 11,8%	3 17,6%	17 100,0%
	sanitář	Četnost %	6 50,0%	2 16,7%	0 0%	4 33,3%	12 100,0%
Celkem		Četnost %	65 65,0%	12 12,0%	6 6,0%	17 17,0%	100 100,0%

Tab.24.: Ověření hypotézy č.1

Kontingenční tabulka

			4. Jsou po v ás vyžadovány činnosti, které nemají přímý vztah ke zdravotnictví?		Celkem
			ano - spíše ano	spíše ne - ne	
1. Vaše profesní zdravotnické vzdělání:	všeobecná sestra	Četnost %	57 80,3%	14 19,7%	71 100,0%
	ošetřovatel	Četnost %	12 70,6%	5 29,4%	17 100,0%
	sanitář	Četnost %	8 66,7%	4 33,3%	12 100,0%
Celkem		Četnost %	77 77,0%	23 23,0%	100 100,0%

Tab.25.: Ověření hypotézy č.1

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	1,847	,394
Počet platných případů	100	

Tab.26.: Ověření hypotézy č. 1

## Ověření hypotézy č. 2

Všeobecné sestry, ošetřovatelé a sanitáři přišli na své současné pracovní místo v pobytovém zařízení sociální péče ze zdravotnictví.

$2H_0$ : Všeobecné sestry, ošetřovatelé i sanitáři přišli na své současné pracovní místo jen ze zdravotnictví.

$2H_A$ : Všeobecné sestry, ošetřovatelé i sanitáři nepřišli na své současné pracovní místo jen ze zdravotnictví.

Data byla opět uspořádána do kontingenčních tabulek a byl proveden Fisherův přesný test. Pro zhodnocení statistické významnosti odchylek v jednotlivých buňkách tabulky byl použit výpočet adjustovaných reziduí. Pomocí adjustovaných reziduí je možné zjistit, zda se pozorované četnosti v jednotlivých buňkách odlišují statisticky významně od očekávaných četností. Za statisticky významně rozdílné považujeme odchylky, u kterých je hodnota adjustovaného rezidua větší než 1,96 nebo naopak menší než -1,96. Četnosti v těchto buňkách jsou zvýrazněny tučným písmem.

Fisherovým přesným testem byla prokázána souvislost mezi oblastí, ve které pracovali zaměstnanci před nástupem na současné místo, a druhem zdravotnické profese,  $p = 0,004$ .

Všeobecné sestry před nástupem na současné pracovní místo pracovaly ve statisticky významně vyšší míře v oblasti zdravotnictví (74 %) a naopak ve statisticky významně nižší míře v oblasti, která nesouvisí se zdravotnictvím či sociální péčí (pouze 9 %).

Sanitáři před nástupem na současné pracovní místo pracovali ve statisticky významně nižší míře v oblasti zdravotnictví (pouze 36 %) a naopak ve statisticky významně vyšší míře v oblasti, která nesouvisí se zdravotnictvím či sociální péčí (50 %). Přesné četnostní rozložení je uvedeno v tabulce.

Nulovou hypotézu můžeme zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy.

**Nelékařští zdravotničtí pracovníci nepřišli do svých současných pracovních pozic v rezortu sociální péče jen ze zdravotnictví. Ze zdravotnictví přišli nejvíce všeobecné sestry.**

Kontingenční tabulka

			7. Před nástupem na současné pracovní místo jste pracoval/a:			Celkem
			v oblasti zdravotnictví	v oblasti sociální péče	v jiné oblasti	
1. Vaše profesní zdravotnické vzdělání:	všeobecná sestra	Četnost	<b>71</b>	16	<b>9</b>	96
		%	<b>74,0%</b>	16,7%	<b>9,4%</b>	100,0%
		Adjustované reziduum	2,6	-,5	-2,8	
	ošetřovatel	Četnost	12	5	3	20
		%	60,0%	25,0%	15,0%	100,0%
		Adjustované reziduum	-,8	,9	,1	
sanitář	Četnost	<b>5</b>	2	<b>7</b>	14	
	%	<b>35,7%</b>	14,3%	<b>50,0%</b>	100,0%	
	Adjustované reziduum	-2,7	-,4	4,0		
Celkem		Četnost	88	23	19	130
		%	67,7%	17,7%	14,6%	100,0%

Tab.27.: Ověření hypotézy č. 2

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	13,803	<b>,004</b>
Počet platných případů	130	

Tab.28.: Ověření hypotézy č. 2



### Ověření hypotézy č. 3

Pokud uvažují nelékařští zdravotničtí pracovníci o odchodu ze současného zaměstnání v pobytovém zařízení sociální péče, budou hledat své další pracovní uplatnění ve zdravotnictví.

$3H_0$ : Pokud uvažují nelékařští zdravotničtí pracovníci o odchodu ze současného zaměstnání v pobytovém zařízení sociální péče, budou hledat své další pracovní uplatnění převážně ve zdravotnictví.

$3H_A$ : Pokud uvažují nelékařští zdravotničtí pracovníci o odchodu ze současného zaměstnání v pobytovém zařízení sociální péče, nebudou hledat své další pracovní uplatnění převážně ve zdravotnictví.

Hypotéza byla ověřena stejným způsobem jako hypotéza č. 2.

Fisherovým přesným testem byla prokázána souvislost mezi oblastí, do které chtějí zaměstnanci přejít, a druhem zdravotnické profese,  $p = 0,045$ .

Všeobecné sestry uvažují o uplatnění v oblasti sociální péče ve statisticky významně nižší míře (pouze 11,4 %) a naopak ošetřovatelé uvažují o uplatnění v oblasti sociální péče ve statisticky významně vyšší míře (41,2 %).

Přesné četnostní rozložení je uvedeno v tabulce.

Nulovou hypotézu můžeme zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy.

**Všeobecné sestry by po odchodu ze své současné pracovní pozice hledaly další uplatnění ve zdravotnictví. Ošetřovatelé by stejně často volili i variantu jiného zařízení sociální péče. Asi třetina sanitářů uvažuje, že by další zaměstnání nehledala ani ve zdravotnictví, ani v sociální péči.**

### Kontingenční tabulka

			14. Pokud uvážíte o odchodu ze svého současného zaměstnání, v jakém resortu chcete najít své další uplatnění?			Celkem
			zdravotnictví	sociální péče	jiný resort	
1. Vaše profesní zdravotnické vzdělání:	všeobecná sestra	Četnost	44	<b>8</b>	18	70
		%	62,9%	<b>11,4%</b>	25,7%	100,0%
		Adjustované reziduum	1,7	-2,7	,5	
	ošetřovatel	Četnost	8	<b>7</b>	2	17
		%	47,1%	<b>41,2%</b>	11,8%	100,0%
		Adjustované reziduum	-1,0	2,7	-1,3	
	sanitář	Četnost	5	3	4	12
		%	41,7%	25,0%	33,3%	100,0%
		Adjustované reziduum	-1,2	,7	,8	
Celkem		Četnost	57	18	24	99
		%	57,6%	18,2%	24,2%	100,0%

Tab.29.: Ověření hypotézy č. 3

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	9,102	<b>,045</b>
Počet platných případů	99	

Tab.30.: Ověření hypotézy č. 3

#### **Ověření hypotézy č. 4**

Na délku působení v současné pracovní pozici nemá vliv získaná odborná zdravotnická kvalifikace.

$4H_0$ : Na délku působení v současné pracovní pozici nemá vliv získaná odborná zdravotnická kvalifikace.

$4H_A$ : Na délku působení v současné pracovní pozici má vliv získaná odborná zdravotnická kvalifikace.

Hypotéza byla ověřena stejně jako hypotéza č. 1.

Vzhledem k nízkým četnostem byly opět sloučeny některé kategorie škály měřící počet odpracovaných let.

Fisherovým přesným testem nebyly prokázány rozdíly mezi všeobecnými sestrami, ošetrovateli a sanitáři v délce zaměstnání na současném pracovišti,  $p = 0,259$ .

Nulovou hypotézu nelze zamítnout.

**Lze tvrdit, že všeobecné sestry, ošetrovatelé a sanitáři se významně neliší délkou působení na současné pracovní pozici.**

Kontingenční tabulka

			9. Kolik let pracujete v e svém současném zaměstnání?					Celkem
			0 let	do 1 roku	do 5 let	do 10 let	nad 10 let	
1. Vaše profesní zdravotnické vzdělání:	všeobecná sestra	Četnost %	6 6,0%	16 16,0%	24 24,0%	19 19,0%	35 35,0%	100 100,0%
	ošetřovatel	Četnost %	3 14,3%	2 9,5%	7 33,3%	6 28,6%	3 14,3%	21 100,0%
	sanitář	Četnost %	1 6,7%	1 6,7%	4 26,7%	2 13,3%	7 46,7%	15 100,0%
Celkem		Četnost %	10 7,4%	19 14,0%	35 25,7%	27 19,9%	45 33,1%	136 100,0%

Tab.31.: Ověření hypotézy č. 4

Kontingenční tabulka

			9. Kolik let pracujete ve svém současném zaměstnání?			Celkem
			do 1 roku	do 10 let	nad 10 let	
1. Vaše profesní zdravotnické vzdělání:	všeobecná sestra	Četnost %	22 22,0%	43 43,0%	35 35,0%	100 100,0%
	ošetřovatel	Četnost %	5 23,8%	13 61,9%	3 14,3%	21 100,0%
	sanitář	Četnost %	2 13,3%	6 40,0%	7 46,7%	15 100,0%
Celkem		Četnost %	29 21,3%	62 45,6%	45 33,1%	136 100,0%

Tab.32.: Ověření hypotézy č. 4

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	5,233	,259
Počet platných případů	136	

Tab.33.: Ověření hypotézy č. 4

## Ověření hypotézy č. 5

Hypotéza vychází z předpokladu, že všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou na svá současná pracovní místa správně zařazování podle odborných kompetencí.

$H_0$ : Podle názoru všeobecných sester, ošetřovatelů a sanitářů, jejich pracovní zařazení odpovídá jejich získané odborné kvalifikaci.

$H_A$ : Podle názoru všeobecných sester, ošetřovatelů a sanitářů, jejich pracovní zařazení neodpovídá jejich získané odborné kvalifikaci.

Hypotéza byla ověřena stejně jako hypotéza č. 1. Vzhledem k velikosti tabulky a malým četnostem v některých buňkách byly kategorie odpovědí na otázku č. 2 „Odpovídá vaše pracovní zařazení na současném pracovišti vašemu zdravotnickému vzdělání?“ měřené na škále „ano“, „spíše ano“, „spíše ne“ a „ne“ sloučeny pouze do dvou „ano – spíše ano“ a „spíše ne – ne“.

Fisherovým přesným testem nebyly prokázány rozdíly mezi všeobecnými sestrami, ošetřovateli a sanitáři v názoru, zda pracovní zařazení odpovídá jejich zdravotnickému vzdělání,  $p = 1,000$ .

Nulovou hypotézu nelze zamítnout.

**Všeobecné sestry, ošetřovatelé a sanitáři zastávají názor, že jsou správně zařazování na pracovní pozice odpovídající jejich odborné zdravotnické kvalifikaci.**

Kontingenční tabulka

			2. Odpovídá v aše pracovní zařazení na současném pracovišti vašemu zdravotnickému vzdělání?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
1. Vaše profesní zdravotnické vzdělání:	všeobecná sestra	Četnost %	77 77,0%	17 17,0%	3 3,0%	3 3,0%	100 100,0%
	ošetřovatel	Četnost %	13 61,9%	7 33,3%	0 0,0%	1 4,8%	21 100,0%
	sanitář	Četnost %	12 80,0%	2 13,3%	1 6,7%	0 0,0%	15 100,0%
Celkem		Četnost %	102 75,0%	26 19,1%	4 2,9%	4 2,9%	136 100,0%

Tab.34.: Ověření hypotézy č. 5

Kontingenční tabulka

			2. Odpovídá v aše pracovní zařazení na současném pracovišti vašemu zdravotnickému vzdělání?		Total
			ano	ne	
1. Vaše profesní zdravotnické vzdělání:	všeobecná sestra	Count %	94 94,0%	6 6,0%	100 100,0%
	ošetřovatel	Count %	20 95,2%	1 4,8%	21 100,0%
	sanitář	Count %	14 93,3%	1 6,7%	15 100,0%
Total		Count %	128 94,1%	8 5,9%	136 100,0%

Tab.35.: Ověření hypotézy č. 5

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	,338	1,000
Počet platných případů	136	

Tab.36.: Ověření hypotézy č. 5

## Ověření hypotézy č. 6

Přes polovinu respondentů uvedlo, že vykonávají činnosti mimo rozsah své odborné kvalifikace. Hypotéza tvrdí, že se to týká ve stejné míře jak všeobecných sester, tak ošetřovatelů i sanitářů.

$H_0$ : Všeobecné sestry, ošetřovatelé i sanitáři vykonávají zdravotnické výkony mimo rozsah své odborné kvalifikace ve stejné míře.

$H_A$ : Všeobecné sestry, ošetřovatelé i sanitáři vykonávají zdravotnické výkony mimo rozsah své odborné kvalifikace v rozdílné míře.

Hypotéza byla opět ověřena pomocí Fisherova přesného testu a metodou adjustovaných reziduí.

Bylo zjištěno, že všeobecné sestry vykonávají činnosti nižší kvalifikace ve statisticky vyšší míře, uvádí to téměř polovina sester (49 %) a pouze 44 % sester se domnívá, že nemusí vykonávat činnosti mimo jejich kvalifikaci, toto množství sester je statisticky významně nižší vzhledem k očekávaným četnostem.

**Sanitáři ve statisticky významně vyšší míře vykonávají činnosti přesahující rámec jejich odborné kvalifikace,  $p = 0,030$ .**

Nulovou hypotézu můžeme zamítnout a přijmout alternativní hypotézu.

**Bylo zjištěno, že všeobecné sestry, vykonávají činnosti mimo rozsah své odborné kvalifikace ve větší míře než ošetřovatelé a sanitáři.**

Kontingenční tabulka

			Musíte vykonávat i zdravotnické činnosti mimo vaši kvalifikaci?			Celkem
			Musím vykonávat i činnosti, na které nemám potřebnou kvalifikaci.	Musím vykonávat i činnosti nižší kvalifikace	Ne	
1. Vaše profesní zdravotnické vzdělání:	všeobecná sestra	Četnost	5	<b>35</b>	<b>31</b>	71
		%	7,0%	<b>49,3%</b>	<b>43,7%</b>	100,0%
	Adjustované reziduum		,0	2,0	-2,0	
	ošetřovatel	Četnost	2	7	8	17
		%	11,8%	41,2%	47,1%	100,0%
	Adjustované reziduum		,8	-,2	-,3	
sanitář	Četnost	0	<b>1</b>	<b>11</b>	12	
	%	,0%	<b>8,3%</b>	<b>91,7%</b>	100,0%	
Adjustované reziduum		-1,0	-2,6	3,1		
Celkem		Četnost	7	43	50	100
		%	7,0%	43,0%	50,0%	100,0%

Tab.37.: Ověření hypotézy č. 6

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisher's Exact Test	9,791	<b>,030</b>
Počet platných případů	100	

Tab.38.: Ověření hypotézy č. 6



## Ověření hypotézy č. 7

Nelékařští zdravotničtí pracovníci v soukromých sociálních zařízeních vykonávají větší objem práce než zaměstnanci státních zařízení

$H_0$ : Nelékařští zdravotničtí pracovníci v soukromých sociálních zařízeních, vykonávají větší objem práce než zaměstnanci státních zařízení

$H_A$ : Nelékařští zdravotničtí pracovníci v soukromých sociálních zařízeních, vykonávají stejný objem práce jako zaměstnanci státních zařízení

Hypotéza byla ověřena stejně jako předchozí hypotézy. Vzhledem k malému počtu respondentů, kteří odpověděli, že objem práce, kterou musí vykonávat, považují za neúměrně vysoký (pouze jeden respondent) byla tato kategorie sloučena s kategorií „vysoký“.

Fisherovým přesným testem bylo zjištěno, že zaměstnanci státních institucí považují objem práce, kterou musí vykonávat, za vysoký statisticky významně častěji (51 %).

Zaměstnanci soukromých institucí se naopak ve statisticky významně vyšší míře domnívají, že objem jejich práce je přiměřený (74 %),  $p = 0,002$ . Přesné četnostní rozložení je zřejmé z kontingenční tabulky.

Nulovou hypotézu můžeme zamítnout.

**Nelze tvrdit, že nelékařští zdravotničtí pracovníci v soukromých pobytových zařízeních sociální péče pro seniory vykonávají větší objem práce než zdravotníci ve státních zařízeních.**

Kontingenční tabulka

			5. Považujete objem práce, kterou musíte vykonávat na svém pracovišti za:				Celkem
			neúměrně vysoký	vysoký	přiměřený	nízký	
17. Jste zaměstnanec:	státní instituce	Četnost	1	50	50	0	101
		%	1,0%	49,5%	49,5%	,0%	100,0%
	soukromé instituce	Četnost	0	10	31	1	42
		%	,0%	23,8%	73,8%	2,4%	100,0%
Celkem		Četnost	1	60	81	1	143
		%	,7%	42,0%	56,6%	,7%	100,0%

Tab.39.: Ověření hypotézy č. 7

Kontingenční tabulka

			5. Považujete objem práce, kterou musíte vykonávat na svém pracovišti za:			Celkem
			neúměrně vysoký - vysoký	přiměřený	nízký	
17. Jste zaměstnanec:	státní instituce	Četnost	<b>51</b>	<b>50</b>	0	101
		%	<b>50,5%</b>	<b>49,5%</b>	,0%	100,0%
		Adjustované reziduum	2,9	-2,7	-1,6	
	soukromé instituce	Četnost	<b>10</b>	<b>31</b>	1	42
		%	<b>23,8%</b>	<b>73,8%</b>	2,4%	100,0%
		Adjustované reziduum	-2,9	2,7	1,6	
Celkem		Četnost	61	81	1	143
		%	42,7%	56,6%	,7%	100,0%

Tab.40.: Ověření hypotézy č. 7

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	10,405	<b>,002</b>
Počet platných případů	143	

Tab.41.: Ověření hypotézy č. 7

## Ověření hypotézy č. 8

Všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory při uvítali možnost speciálního vzdělávání.

$H_0$ : Není rozdíl v názoru na potřebu speciálního vzdělávání zdravotnických pracovníků v sociálních službách mezi všeobecnými sestrami, ošetřovateli a sanitáři.

$H_A$ : Je rozdíl v názoru na potřebu speciálního vzdělávání zdravotnických pracovníků v sociálních službách mezi všeobecnými sestrami, ošetřovateli a sanitáři.

Hypotéza byla ověřena stejným způsobem jako první hypotéza, závislost prokázána nebyla,  $p = 0,110$ . Nulovou hypotézu není možno zamítnout.

**Názor na potřebnost speciálního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory je u všeobecných sester, ošetřovatelů a sanitářů stejný.**

Kontingenční tabulka

			15. Cítíte potřebu speciálního vzdělání pro vaši zdravotnickou odbornost v sociálních službách?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
1. Vaše profesní zdravotnické vzdělání:	všeobecná sestra	Četnost %	19 26,8%	22 31,0%	21 29,6%	9 12,7%	71 100,0%
	ošetřovatel	Četnost %	2 11,8%	6 35,3%	6 35,3%	3 17,6%	17 100,0%
	sanitář	Četnost %	2 16,7%	1 8,3%	4 33,3%	5 41,7%	12 100,0%
Celkem		Četnost %	23 23,0%	29 29,0%	31 31,0%	17 17,0%	100 100,0%

Tab.42.: Ověření hypotézy č. 8

Kontingenční tabulka

			15. Cítíte potřebu speciálního vzdělání pro vaši zdravotnickou odbornost v sociálních službách?		Celkem
			ano	ne	
1. Vaše profesní zdravotnické vzdělání:	všeobecná sestra	Četnost %	41 57,7%	30 42,3%	71 100,0%
	ošetřovatel	Četnost %	8 47,1%	9 52,9%	17 100,0%
	sanitář	Četnost %	3 25,0%	9 75,0%	12 100,0%
Celkem		Četnost %	52 52,0%	48 48,0%	100 100,0%

Tab.43.: Ověření hypotézy č. 8

	Hodnota	Oboustranná exaktní signifikance
Fisherův přesný test	4,531	,110
Počet platných případů	100	

Tab.44.: Ověření hypotézy č. 8

## Diskuze

Z výzkumu vyplynulo, že nejčastěji zaměstnáványi nelékařskými zdravotnickými pracovníky v pražských pobytových zařízeních sociální péče pro seniory jsou všeobecné sestry. Některá zařízení, jako například Domov Sue Ryder, ani jiné zdravotnické pracovníky nezaměstnává. Dalšími početněji zaměstnáványi zdravotníky jsou ošetřovatelé a sanitáři. Ostatní zdravotničtí pracovníci jsou zastoupeni nevýznamně. To je poměrně nepříznivé zjištění u fyzioterapeutů a ergoterapeutů, protože rehabilitační péče je u seniorů pro zachování hybnosti velmi důležitá. Podle počtu fyzioterapeutů a ergoterapeutů v pražských pobytových zařízeních sociální péče pro seniory se lze oprávněně domnívat, že fyzioterapeutická a ergoterapeutická péče nemůže být poskytována v dostatečné míře. Důvodem pro malý počet rehabilitačních pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory může být nehrazení jejich práce zdravotními pojišťovny.

Jak konstatují Bruthansová a Jeřábková: „Rehabilitační péči pojišťovny v zásadě neproplácejí. Úhrada z vlastních prostředků klientů je vskutku nepatrná. Rehabilitační péče je podceňována jak ze strany zdravotních pojišťoven, tak i ze strany klientů. Přínos rehabilitační péče je zdůrazňován ze strany odborníků, a to nejenom odborníky z rehabilitačního lékařství, ale i neurology, geriatry atd. Přitom význam rehabilitační péče je nesporný. Léčebná rehabilitace představuje klíčový faktor v systému péče o seniory a osoby se zdravotním postižením. Diagnostická a léčebná rehabilitační péče zmírňuje průběh a následky chorobných a úrazových stavů u těchto osob. Důsledně uplatňovaná léčebná rehabilitace může zabránit vzniku takového stupně zdravotního postižení, kdy se klient stává méně soběstačným nebo zcela nesoběstačným. Jde zejména o rehabilitaci poúrazových stavů, rehabilitaci stavů po proběhlé cévní mozkové příhodě a obecné udržování fyzické kondice, a tím nepřímo i udržení dobrého duševního stavu, čímž se předchází možné sociální exkluzi. Nezanedbatelným přínosem léčebné rehabilitace je její účinek preventivní. Např. nejen polohováním, ale i cvičením s pacientem na lůžku se např. předchází dekubitům, jejichž léčba je vleklá a drahá.“ (2009, s. 53)

U všeobecných sester je situace lepší, zdravotní pojišťovny proplácejí výkony odbornosti 913 – všeobecná sestra v sociálních službách. U fyzioterapeutů a ergoterapeutů žádná zvláštní odbornost pro sociální služby není. Pokud by zdravotní

pojišťovny měly proplácet poskytnuté fyzioterapeutické a ergoterapeutické výkony, musely by s pobytovými zařízeními nasmlouvat hrazení výkonů odborností 917 – ergoterapeut a 918 – fyzioterapeut. Na rozdíl od odbornosti 913, nemají zdravotní pojišťovny povinnost proplácet výkony odborností 917 a 918. Práce fyzioterapeutů a ergoterapeutů je proto hrazena z rozpočtů pobytových sociálních zařízení. Ošetřovatelé a sanitáři jsou nezbytní ve zdravotnických zařízeních. V pobytových zařízeních sociální péče pro seniory je situace odlišná. Porovnáním pracovních náplní ošetřovatelů, sanitářů a pracovníků v sociálních službách je vidět, že jejich výkony jsou z velké části identické (příloha 2, 3, 6, 8). Není nezbytné zaměstnávat ošetřovatele a sanitáře jako nelékařské zdravotnické pracovníky v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory, jejich práci mohou vykonávat pracovníci v sociálních službách. Část výkonů ošetřovatelů, které nemohou vykonávat pracovníci v sociálních službách, např. podávání léčebné výživy nebo provedení klyzmatu, mohou provádět všeobecné sestry. Osoby, které získali odbornou způsobilost ošetřovatele zařazené na zdravotnické pracovní pozice, musí svoji práci vykonávat pod dohledem všeobecné sestry. Mají však odborné kompetence vykonávat přímou obslužnou péči na pozicích pracovníků v sociálních službách. V tomto případě mohou pracovat samostatně, což je pro zaměstnavatele výhodné. Obdobné je to u sanitářů, kteří získali odbornou způsobilost v akreditovaném kvalifikačním kurzu do konce roku 2006.

Pozice všeobecných sester je odlišná. Jejich práci nemohou pracovníci v sociálních službách vykonávat. Pokud pobytové zařízení nezajišťuje ošetřovatelské služby externě, což je vysoce nepravděpodobné, nemůže se bez služeb všeobecných sester obejít. Jako jediné nelékařské zdravotnické profesi musí také zdravotní pojišťovny hradit poskytnuté výkony. Při současném nastavení plateb však zdravotní pojišťovny nehradí všechny poskytnuté zdravotní výkony, část z nich musí hradit pobytová zařízení ze svého rozpočtu.

Pobytová zařízení sociální péče pro seniory si nemohou dovolit neposkytnout ošetřovatelskou péči a musí ji financovat z běžných neinvestičních výdajů, ačkoliv zdravotní pojišťovny inkasují ze státního rozpočtu pojistné na ubytované klienty. Zdravotní pojišťovny tak využívají nedostatečně definovaného rozhraní mezi zdravotní a sociální péčí. Bylo zjištěno, že v roce 2007 nejvíce na lůžko doplácely domovy pro seniory a to šestnáct procent z běžných neinvestičních výdajů (Bruthansová, Červenková a Jeřábková, 2009, s. 94),

Jevem, který jde zcela proti současnému trendu samostatně pracující všeobecné sestry, je požadavek, aby všechny provedené zdravotní výkony byly napřed indikovány registrujícím praktickým lékařem. Všeobecná sestra má odborné kompetence bez indikace lékaře například ošetřit drobné kožní poranění nebo podat léky, ale zařízení nemůže žádat proplacení těchto poskytnutých odborných zdravotnických výkonů. To je nelogický stav.

Dlouhodobým problémem je proplacení léků podaných klientům ústy. Zdravotní pojišťovny sice uznávají, že v institucích musí léky podávat odborný zdravotnický personál, ale hradit ji chtějí jen ve výjimečných případech. Jak sděluje Vodička (2010, s. 1-2 přílohy) VZP nikdy netvrdila, že léky v pobytových zařízeních sociální péče nemusí podávat všeobecné sestry. VZP nezasahuje do práce pobytových sociálních zařízení, ale konstatuje, že podávání léků per os včetně přípravy, až na zcela ojedinělé výjimky, jako jsou například poruchy polykacího aktu na podkladě neurologického onemocnění, nemůže trvat deset minut a tak není naplněna časová dispozice výkonu. Vodička se vůbec nezmiňuje o demenci, velmi častém zdravotním postižení klientů pobytových zařízení sociální péče pro seniory. Králová zjistila (2007, s. 70), že v roce 2007 v domovech seniorů zřizovaných krajem Vysočina z celkového počtu čtyřista čtyřiceti devíti klientů s rozvinutou demencí, bylo zavedeno podávání léků všeobecnými sestrami jen u třista devadesáti devíti. Padesát klientů s rozvinutou demencí nedostávalo léky per os od odborného zdravotnického pracovníka. Pokud tito klienti měli užívat pravidelně léky, mohl by se takový stav posuzovat jako zanedbání základní odborné péče ze strany zařízení. Klienti s demencí by si neměli léky podávat sami a přitom jejich počet je v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory značně vysoký. Tvoří více jak čtyřicet procent obyvatel domovů pro seniory (Hermanová, 2009, s. 72).

Pobytové zařízení sociální péče by mělo zaměstnávat tolik všeobecných sester, nebo zdravotnických asistentů, aby zajistilo podávání léků per os všem klientům, kteří to potřebují. Jedná se o klienty trpící demencí, klienty imobilní, klienty s poruchou zraku a klienty s parézou či plegií horních končetin. Většina obyvatel domovů seniorů pak potřebuje léky podávat čtyřikrát denně.

Důležitou otázkou kvalitního zajištění zdravotní péče je kromě správného využívání kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků i jejich počet a profesní složení. Žádné závazné ani doporučující normativy nejsou. Ředitelé domovů

seniorů většinou nejsou zdravotníci a nemají zkušenosti s vedením zdravotnických zařízení. Jediným lékařským odborníkem, který by mohl z provozního hlediska posoudit, zda počet a profesní složení zdravotnických pracovníků odpovídá potřebám je v podstatě jen registrující praktický lékař.

Ve zdravotnickém kolektivu v pobytových zařízeních sociální péče převažují výraznou většinou ženy. Mezi respondenty bylo jen deset procent mužů. To je u pečovatelských profesí jev zcela obvyklý ve všech zemích a nedá se očekávat změna ani v budoucnosti. Podobný trend potvrdili v roce 2011 i ve svém výzkumu na Vermonské univerzitě v USA. (Palumbo MV, McLaughlin V, McIntosh B, Rambur B., 2011, s. 271 -301).

Vztahy v kolektivu, kde výrazně převládá jedno pohlaví, bývají problematičtější. U ženského kolektivu je třeba počítat s větším výskytem „pasivní agresivity“, což jsou projevy závidění, pomlouvání či intrik mezi zaměstnanci ([http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/11257/valjentov%C3%A1\\_2010\\_bp.pdf?sequence=1](http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/11257/valjentov%C3%A1_2010_bp.pdf?sequence=1)).

Muži hůře snášejí chronický stres, který práce v domovech seniorů přináší, než ženy. Klienti přicházejí, jejich zdravotní stav se zhoršuje a umírají. Pozitivní zpětnou vazbou je jen případný vděk klientů, pokud ho jsou schopni, a někdy zlepšení jejich zdravotního stavu, které je však časově omezené. Odchod z domova seniorů zpět do domácího prostředí je zcela výjimečná záležitost.

Muži také požadují za svoji práci více peněz. Platy v sociální sféře však patří k těm nižším.

Nejčastěji udávaným důvodem k setrvání v současné pracovní pozici byl dobrý pracovní kolektiv.

Z pohledu využití kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků je zajímavé, že devět procent respondentů udalo jako hlavní důvod setrvání na současné pracovní pozici využití odborné kvalifikace. Jestli je to v případě nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče hodně, nebo málo, nelze hodnotit. Musel by proběhnout podobný výzkum ve zdravotnických zařízeních s obdobným rozložením osob, kterým je poskytována zdravotní péče, nejlépe s léčebnami dlouhodobě nemocných.

Čtyřicet tři procent respondentů sdělilo, že musí vykonávat méně kvalifikovanou práci. Pokud jde o správný názor respondentů, mohlo by se jednat o případy, kdy více



kvalifikovaný zdravotník vykonává práci, kterou může vykonávat méně kvalifikovaný pracovník. To by mohlo být neekonomické.

Osm procent respondentů napsalo, že vykonávají i činnosti, na které nemají odbornou kvalifikaci. Zde by se mohlo jednat o porušení zákona s případnými následky jak pro klienty, tak i pro samotné zdravotnické pracovníky a jejich zaměstnavatele.

Celých sedmdesát pět procent respondentů tvrdilo, že vykonávají i jiné, než zdravotnické úkony. V domovech seniorů není vždy možno vést přesnou hranici mezi zdravotnickými a sociálními výkony. Podání injekce je například jasně zdravotní výkon, ale například u nácviku motorických a psychických schopností a dovedností je zařazení tohoto výkonu jednoznačně jako zdravotní nebo sociální obtížné. Obdobné je to při podávání tekutin a stravy. Je tedy otázkou případného dalšího zkoumání, zda se respondenti zmiňovali o nezdravotnických výkonech, které mají vazbu na výkony zdravotnické, nebo se jednalo skutečně o využívání zdravotnických pracovníků k čistě nezdravotnickým činnostem.

Zdravotnické pracovníky lze využívat k provádění nezdravotnických činností, pokud se určité pobytové zařízení sociální péče takto rozhodne a zaměstnaní zdravotníci s tím souhlasí.

Jsou dvě možnosti takového využití zdravotnických pracovníků.

První varianta je, že zaměstnanec je zaměstnán jako zdravotník, ale jeho pracovní náplň je rozšířená i směrem k výkonům sociální péče. Například všeobecná sestra kromě poskytování zdravotních výkonů funguje i jako klíčový pracovník a vypracovává individuální plán.

Druhá varianta je, když pracovník s nelékařským zdravotnickým vzděláním je zaměstnán na pozici sociálního pracovníka. V pražských pobytových zařízeních sociální péče se však jedná o výjimky. Převážná většina pražských sociálních pobytových zařízení nezaměstnává zdravotnické pracovníky na místech sociálních pracovníků.

Zajímavý by byl průzkum mezi vedoucími pracovníky sociálních ústavů pobytové péče, zda si myslí, že jejich zaměstnanci – nelékařští zdravotničtí pracovníci vykonávají i práce mimo zdravotnickou oblast a zda to tak má být.

Z ověřovaných hypotéz vyplynulo, že vykonávání úkonů mimo zdravotnickou činnost se týká všech zdravotnických pracovníků. Naopak vykonávání činností mimo rámec svých kompetencí se týká hlavně všeobecných sester.

Typickým nelékařským zdravotnickým pracovníkem v pražském pobytovém zařízení sociální péče pro seniory je podle výzkumu žena, všeobecná sestra, ve věku mezi padesáti až šedesáti lety. Pracuje ve státní instituci, na své současné pracovní místo přišla ze zdravotnictví a zastává jej déle než deset let. Je podle svých odborných kompetencí správně zařazená, ale poměrně často vykonává činnosti, které by mohli zastat pracovníci s nižším odborným vzděláním. Zcela běžně poskytuje klientům výkony sociální péče. Objem práce ji připadá přiměřený. Oceňuje dobrý pracovní kolektiv a je relativně spokojená se svým finančním ohodnocením, které činí dvacet až dvacet pět tisíc měsíčně. Pokud by ze své současné pracovní pozice odešla, hledala by další pracovní uplatnění ve zdravotnictví. Uvítala by možnost speciálního vzdělávání.

Stanovené cíle výzkumu:

1. Které nelékařské zdravotnické pracovníky zaměstnávají pobytová zařízení sociální péče pro seniory?
2. Jak jsou využívány odborné kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory?
3. Jaká je pracovní spokojenost nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory.

Všechny stanovené cíle byly splněny a bylo prokázáno:

1. Nejčastěji zaměstnávanými nelékařskými zdravotnickými pracovníky v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory jsou všeobecné sestry. Podle počtu jsou dále zaměstnávány ošetřovatelé a sanitáři. Počty zaměstnáváných fyzioterapeutů a ergoterapeutů jsou velmi malé.
2. Nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou správně zaměstnáváni na zdravotnických pozicích. Jejich náplně práce korespondují s jejich odbornými kompetencemi. Poměrně často vykonávají i nezdravotnické činnosti.
3. Nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou spíše spokojeni s pracovními podmínkami v současném zaměstnání. Jako hlavní důvod pro setrvání na současné pracovní pozici udávají dobrý pracovní kolektiv. Nejvíce jsou nespokojeni s finanční odměnou za vykonanou práci.

**Hypotéza č. 1:** Nelékařští zdravotničtí pracovníci jednotlivých zdravotnických profesí vykonávají činnosti mimo rámec poskytování zdravotní péče ve stejné míře.

Byla potvrzena.

**Hypotéza č. 2:** Všeobecné sestry, ošetřovatelé a sanitáři nastoupili na své současné pracovní místo v pobytovém zařízení sociální péče ze zdravotnictví.

Nebyla potvrzena.

**Hypotéza č. 3:** Pokud uvažují nelékařští zdravotničtí pracovníci o odchodu ze současného zaměstnání v pobytovém zařízení sociální péče, budou hledat své další pracovní uplatnění převážně ve zdravotnictví.

Nebyla potvrzena

**Hypotéza č. 4:** Na délku působení v současné pracovní pozici nemá vliv získaná odborná zdravotnická kvalifikace.

Byla potvrzena.

**Hypotéza č. 5:** Podle názoru nelékařských zdravotnických pracovníků jejich pracovní zařazení odpovídá získané odborné kvalifikaci.

Byla potvrzena

**Hypotéza č. 6:** Všeobecné sestry, ošetřovatelé i sanitáři vykonávají zdravotnické výkony mimo rozsah své odborné kvalifikace ve stejné míře.

Nebyla potvrzena.

**Hypotéza č. 7:** Nelékařští zdravotničtí pracovníci v soukromých sociálních zařízeních vykonávají větší objem práce než zaměstnanci státních zařízení

Nebyla potvrzena.

**Hypotéza č. 8:** Všichni nelékařští zdravotničtí pracovníci v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory mají stejný názor na možnost speciálního vzdělávání.

Byla potvrzena.

## Závěr

Diplomová práce se zabývá postavením nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory.

Jak popisují Škrla a Škrlová (2003, s. 359), zdravotničtí pracovníci musí tvořit funkční tým jak se zdravotníky, tak i s ostatními zaměstnanci zařízení, a to hlavně sociálními pracovníky v přímé obslužné péči.

Nejčastějšími zdravotnickými pracovníky v domovech seniorů v Praze jsou všeobecné sestry. Dalšími početněji zastoupenými zdravotnickými zaměstnanci jsou ošetrovatelé a sanitáři.

Za ne příliš dobrý stav lze považovat nízký počet fyzioterapeutů a ergoterapeutů.

Pokud zastoupení těchto profesí mezi respondenty odpovídá skutečnému poměrnému zastoupení mezi všemi nelékařskými zdravotnickými pracovníky, pak je velmi nepravděpodobné dostatečné personální zajištění velmi potřebné rehabilitační péče.

Osm procent respondentů odpovědělo, že vykonává činnosti nad rámec svých odborných kompetencí. Pokud by názor respondentů byl oprávněný, mohlo by se jednat o porušování zákonných předpisů.

K další debatě je, jak mnoho mají být zdravotničtí pracovníci využíváni pro nezdravotnické činnosti.

Většina respondentů zastává názor, že jejich pracovní zařazení odpovídá jejich získaným profesním kompetencím, jsou na svých pracovních místech spokojeni.

Potvrzením je zjištění, že třicet procent zdravotníků zastává svoji současnou pracovní pozici déle než třicet let.

Pět procent zdravotnických pracovníků v dotazníku označilo, že se jedná o jejich první zaměstnání. Bylo by zřejmě lepší, kdyby zdravotnický pracovník získal své profesní návyky nejprve ve zdravotnickém zařízení a po nějaké době, se zkušenostmi hlavně v oblasti prevence nozokomiálních infekcí, by nastoupil do pobytového sociálního zařízení.

Problematickou se jeví skutečnost, že neexistují žádné závazné ani doporučující normativy pro počet a profesní složení nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory a tak nelze žádným způsobem kontrolovat přiměřenost počtu zdravotníků ve vztahu k potřebě zajištění kvalitní péče pro poměrně často nemocné obyvatele domovů seniorů. Nezodpovězenou

otázkou je také, kdo vlastně může kontrolovat správné využívání odborných kompetencí nelékařských zdravotnických pracovníků.

Problematická je skutečnost, že zdravotní pojišťovny proplácejí jen některé zdravotní výkony a vyžadují předchozí indikaci registrujícím lékařem. Přitom všeobecné sestry mají kompetence některé zdravotní výkony poskytnout i bez lékařské indikace. To je stav, který jde proti současnému trendu posilování kompetencí všeobecných sester.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaké nelékařské zdravotnické pracovníky využívají pobytová zařízení sociální péče pro zajištění ošetrovatelské a rehabilitační péče pro ubytované seniory a jak jsou využívány odborné kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků v těchto zařízeních.

Bylo zjištěno, že nejvíce zaměstnanými nelékařskými zdravotnickými pracovníky byly všeobecné sestry. Nejčastěji poskytují pobytová zařízení sociální péče pro seniory zdravotní výkony cestou svých zaměstnanců a zde jsou všeobecné sestry nenahraditelné. Nenahraditelná je také práce fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Jejich počet je ale velmi nízký. Práce ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků, zaměstnávaných v pobytových zařízeních sociální péče, může být nahrazena pracovníky v sociální péči.

Nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou umístováni na správné pracovní pozice podle získaných odborných kompetencí. Poměrně často jsou využíváni k nezdravotnickým činnostem. Všeobecné sestry popisovali, že vykonávají i v rámci poskytování zdravotní péče, i činnosti, které by mohl vykonávat méně kvalifikovaný pracovník.

U nelékařských zdravotnických pracovníků převažuje pracovní spokojenost. Nejvíce oceňují dobrý pracovní kolektiv. Jako největší negativní prvek udávají malé finanční ohodnocení.

Cíle práce byly splněny.

Další výzkum by se měl zaměřit na opodstatněnost vykonávání nezdravotnických činností nelékařskými zdravotnickými pracovníky, na potřebnost speciálního vzdělávání, na proplácení rehabilitační péče zdravotními pojišťovnami a na správný počet nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory, aby byla zajištěna dostupná a kvalitní péče pro jejich obyvatele.

# Literatura a prameny

## Knižní tituly

BRŮHA, Dominik, PROŠKOVÁ, Eva. 2011. *Zdravotnická povolání*, 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer ČR, s. 560. ISBN 978-80-7357-661-5

ČERVENKOVÁ, Anna, BRUTHANSOVÁ, Daniela, PECHANOVÁ, Marie. 2006. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. 1.vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, s. 87. ISBN 80-87007-35-2

ČERVENKOVÁ Anna BRUTHANSOVÁ Daniela JEŘÁBKOVÁ Věra. 2009. *Zmapování nejzávažnějších problémů ve financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v ústavech sociálních služeb*. 1.vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, s.58 ISBN 978-80-7416-032-5

KRÁLOVÁ, Jarmila, RÁŽOVÁ, Eva. 2005. *Zařízení sociální péče*. 3. vyd. Olomouc: ANAG sro. S. 303. ISBN 80-7363-275-2

MISCONIOVÁ, Blanka, MERHAUTOVÁ, Iva, PRŮŠA, Ladislav. 2003. *Podmínky poskytování ošetrovatelské péče v rezidenčních zařízeních vč. návrhu propojení systémů zdravotní a sociální péče*. 1.vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, s.29

MUSIL, Libor, KUBALČÍKOVÁ, Kateřina, HUBÍKOVÁ, Olga. 2006. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory*, 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, s. 136 ISBN 80-87007-41-7

PRŮŠA, Ladislav. 2009. *Poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče uživatelům pobytových sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb a v*

*lůžkových zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, s. 87 ISBN 978-80-7416-030-1

ŠKRLA, Petr, ŠKRLOVÁ, Magda. 2003. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1.vyd.Praha: Advent-Orion sro. ISBN 80-7172-841-1

TOMAŠUKOVÁ, Emília. 2005. *Zdravotní stav občanů a jeho vliv pro přijetí do domovů důchodců a ústavů sociální péče*. s. 87. Praha IPVZ atestační práce

KOLEKTIV VÚPSV. 2009. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. 1.vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, s. 244 ISBN 978-80-7416-048-6

### **Články v periodikách**

BRUTHANSOVÁ, Daniela, ČERVENKOVÁ, Anna, JEŘÁBKOVÁ, Věra. 2009. Ošetrovatelská a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Zdravotnictví v České republice*, Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví. **12**(3) 90 – 99. ISSN 1213-6050

DITTRICH, Ludvík, STARÁ, Anna. 2010. Je stárnutí populace hlavní příčinou růstu výdajů na zdravotní péči?. *Zdravotnictví v České republice*, Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví. 144-146 ISSN 1213-6050

GABRIEL, Josef, 2003. Zdravotní sestry jsou vytlačovány z domovů důchodců a ústavů sociální péče. Praha. *Zdravotnické noviny*. **52**(6) ISSN 0044-1996“ 1214-7664

HASSON, Henna, ARNETZ, Judith E. Nursing start competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* **17** (4), 2008, 468-481. ISSN 1365-2702.

HERMANOVÁ, Marie, 2009. Péče o seniory se syndromem demence v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Geriatrics*. **15**(2) s. 67-73. ISSN 1335-1820

LA MOTTE, Ellen. 2012. The Nurse as a Social Worker. *Public Health Nursing* **29**(2), 185-187. ISSN 1525-1446.

VODIČKA, Gríša. 2010. V zařízeních sociální péče jsou zdravotníci nepostradatelní, *Florence*, Praha, Ambit Media. **6**(2) příloha 1-2 ISSN 1801-464X

HOLUB, Jiří. *Zdravotní stav obyvatel ČR v souvislosti s problematikou restriktivních opatření ve zdravotnických zařízeních*. 209 Praha ÚZIS ČR,

HRUBOŠOVÁ, Vlasta, 2009. Výhody a nevýhody terénní ošetrovatelské péče ve vztahu k pobytovým zařízením. *Sociální péče – odborný časopis pracovníků sociální péče*. Praha (1) 22- ISSN 1213-2330

JANEČKOVÁ, Hana, MALINA, Antonín. 2007. Dlouhodobá péče o staré lidi v České republice a její problémy. Praha. *Geriatrics.*, Praha, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. **13**(4), 169-185. ISSN 1335-1850

PALUMBO, Mary Val, MCLAUGHLIN, Vicki, MCINTOSH, Barbara, RUMBUR, Betty. Practical nurses' health and safety in nursing homes. *Journal of Health and Human Services Administration* **34** (3),2011 Winter, 271-301.ISSN 1079-3939.

PROŠKOVÁ, Eva. 2010. *Poskytování zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb*. *Florence*, Praha, Ambit Media. **6**(3) 38-40. ISSN 1801-463

PROŠKOVÁ, Eva. 2010. Kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků, *Florence*, Praha, Ambit Media, **6**(10), 3-4. ISSN 1801-464X

SVATUŠKOVÁ, Hana. 2009. Nedostatek zdravotnického personálu v sociálních službách, aneb když sestra „nemůže“. *Florence*, Praha, Ambit Media, **5**(7) 5. ISSN 1801-464X



VAŘEKOVÁ, Vlasta, 2011. Využití nelékařských zdravotnických pracovníků v ústavu sociální péče, Diplomová práce, Brno, Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, s. 107

VESELÁ, Jana, 2009 Nejnovější britské zkušenosti v sociální péči, 2009, *Florence*. Praha, Ambit Media. 5(2). 42-43 ISSN 1801-464X

SDRUŽENÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ, 2007. Metodický pokyn pro předpis zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, Praha. *Appel*, 11(2). 2-6.

### **Právní dokumenty**

ČESKO. ZÁKON č. 96/2004 Sb., O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ze dne 4. února 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky* 3. 3. 2004, roč. 2004, částka 30. ISSN 1211-1244. ČESKO. VYHLÁŠKA č. 55/2011 Sb., O činnostech zdravotnických pracovníků a 89 jiných odborných pracovníků, ze dne 14. března 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky* 14. 3. 2011, roč. 2011, částka 20. ISSN 1211-1244.

EU. SMĚRNICE EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY 2005/36/ES, O uznávání odborných kvalifikací, ze dne 6. července 2005. [online] [cit. 2011 – 10 - 15].

Dostupné z: [http://eur-](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:cs:PDF)

[lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:cs:PDF](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:cs:PDF)

ČESKO. ZÁKON č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ze dne 25. března 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky* 22. 4. 2011, roč. 2011, částka 40. ISSN 1211-1244.

ČESKO. ZÁKON č. 189/2008 Sb., O uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států EU a o změně některých zákonů (zákon o

uznávání odborné kvalifikace), ve znění pozdějších předpisů, ze dne 24. dubna 2008.  
In: *Sbírka zákonů České republiky* 2. 6. 2008, roč. 2008, částka 59. ISSN 1211-1244.

ČESKO. ZÁKON č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ze dne 6. listopadu 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky* 1. 4. 2011, roč. 2011, částka 131. ISSN

ČESKO.VYHLÁŠKA č. 439/2008 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů ze dne 11.12.2008,  
(<http://www.sbirka.cz/2008/08-439.htm>)

ZÁKON 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, ze dne 17. června 2009. (<http://www.sbirka.cz/2009/09-206.htm>)

VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ze dne 15. listopadu 2006 (<http://www.sbirka.cz/2006/06-505.htm>)

### **Elektronické zdroje**

PRŮŠA, Ladislav, *Sociální služby – srovnání ČR a EU*. 2008, Centrum sociálních služeb Dostupné: <http://www.vcvscr.cz/ke-stazeni/39socialni-sluzby-srovnani>.

<http://www.czso.cz>

<http://www.mpsv.cz>

<http://sbirka.cz>

<http://scholar.google.cz/>

# Seznam grafů

Graf.č.1: Odhadovaný procentuální podíl klientů, kteří by v případě možnosti využití pečovatelské služby byli schopni života v domácím prostředí	15
Graf.č.2.: Strom života České republiky v roce 1945	24
Graf.č.3.: Strom života České republiky v roce 1993	24
Graf.č.4.: Strom života pro Českou republiku v roce 2011	25
Graf.č.5.: Předpokládaný strom života pro Českou republiku v roce 2066	25
Graf.č.6.: Vývoj počtu obyvatelstva v letech 2005 až 2050 a vývoj podílu osob závislých na poskytování služeb sociální péče	26
Graf.č.7.: Naděje dožití a kojenecká úmrtnost v České republice v letech 1830 až 2011	27
Graf.č.8.: Vývoj počtu cizinců s trvalými a dlouhodobými pobyty na devadesát dní v České republice v letech 1993 až 2010	27
Graf. č.9.: Kvalifikační struktura personálu podle typu vzdělání	36
Graf. č. 10.: Poměrné zastoupení jednotlivých profesí nelékařských zdravotnických pracovníků po zpracování správně vyplněných dotazníků.	50
Graf.č.11.: Poměrné zastoupení respondentů podle pohlaví	51
Graf.č.12.: Poměrné zastoupení respondentů podle věkových skupin	52
Graf.č.13.: Poměrné zastoupení respondentů podle zaměstnavatele.	53
Graf.č.14.: Poměrné rozdělení respondentů podle názoru na pracovní zařazení	54
Graf.č.15.: Poměrné zastoupení názorů respondentů na vykonávání činností mimo odborné kompetence.	55
Graf.č.16.: Poměrné zastoupení podle názoru na vykonávaní nezdravotnických činností	56
Graf.č.17.: Poměrné zastoupení respondentů podle názoru na pracovní zatížení.	57
Graf.č.18.: Poměrné zastoupení respondentů podle názoru na finanční ohodnocení.	58
Graf.č.19.: Poměrné zastoupení respondentů podle příjmových intervalů	59
Graf.č.20.: Poměrné zastoupení respondentů podle názoru na hlavní důvod zvažovaného odchodu ze současné pracovní pozice.	60
Graf.č.21.: Poměrné rozdělení respondentů podle názoru na pracovní uplatnění při případném odchodu ze současné pracovní pozice.	61
Graf.č.22.: Poměrné zastoupení respondentů podle hlavního důvodu pro setrvání na současné pracovní pozici	62
Graf.č.23.: Poměrné zastoupení respondentů podle doby působení v současné pracovní pozici	63
Graf.č.24.: Poměrné zastoupení respondentů podle doby působení v předešlé pracovní pozici.	64
Graf.č.25.: Poměrné zastoupení respondentů podle zařízení, kde pracovali před nástupem do současných pracovních pozic.	65

Graf.č.26.: Poměrné zastoupení respondentů podle názoru na potřebnost nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory 66

Graf.č.27.: Poměrné zastoupení respondentů podle názoru na speciální vzdělání 67

Graf.č.28.: Poměrné rozdělení respondentů podle názoru na to, jak se o jejich práci zajímá společnost 68

# Seznam tabulek

Tab.č.1.: Úhrnné počty přijatých, propuštěných a zemřelých klientů v roce 2008 podle typu sociální služby	14
Tab. č.2.: Počet hospitalizovaných osob v lůžkových zařízeních ČR podle 5-ti letých věkových skupin a pohlaví v roce 2007	23
Tab. č.3.: Struktura diagnóz pacientů přijatých na ošetrovatelská lůžka domovů seniorů, resp. na lůžka ošetrovatelské následné péče v léčebnách dlouhodobě nemocných (podíl z celkového počtu diagnóz přijatých pacientů)	31
Tab.č.4.: Nemoci oběhové soustavy v domovech seniorů a léčebnách dlouhodobě nemocných podle jednotlivých diagnóz	31
Tab.č.5.: Zastoupení jednotlivých profesí nelékařských zdravotnických pracovníků po zpracování správně vyplněných dotazníků.	51
Tab.č.6.: Zastoupení respondentů podle pohlaví	53
Tab.č.7.: Rozdělení respondentů podle věkových skupin	52
Tab.č.8.: Zastoupení respondentů podle zaměstnavatele	53
Tab.č.9.: Rozdělení respondentů podle názoru na pracovní zařazení	54
Tab.č.10.: Názor respondentů na vykonávání činností mimo odborné kompetence	55
Tab.č.11.: Názor respondentů na vykonávání nezdravotnických činností	56
Tab.č.12.: Názory respondentů na pracovní zatížení	57
Tab.č.13.: Názor respondentů na finanční ohodnocení	58
Tab.č.14.: Zastoupení respondentů podle příjmových intervalů	59
Tab.č.15.: Hlavní důvody pro případný odchod ze současné pracovní pozice	60
Tab.č.16.: Názory na pracovní uplatnění při případném odchodu ze současné pracovní pozice	61
Tab.č.17.: Hlavní důvod pro setrvání na současné pracovní pozici	62
Tab.č.18.: Doba působení v současné pracovní pozici	63
Tab.č.19.: Doba působení v předešlé pracovní pozici	64
Tab.č.20.: Zařízení, kde pracovali respondenti před nástupem do současných pracovních pozic.	65
Tab.č.21.: Názor na potřebnost nelékařských zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociální péče pro seniory	66
Tab.č.22.: Názor respondentů na speciální vzdělání	67
Tab.č.23.: Názor respondentů na to, jak se o jejich práci zajímá společnost.	68
Tab.24.: Ověření hypotézy č. 1	70
Tab.25.: Ověření hypotézy č. 1	70

Tab.26.: Ověření hypotézy č. 1	70
Tab.27.: Ověření hypotézy č. 2	72
Tab.28.: Ověření hypotézy č. 2	72
Tab.29.: Ověření hypotézy č. 3	74
Tab.30.: Ověření hypotézy č. 3	74
Tab.31.: Ověření hypotézy č. 4	76
Tab.32.: Ověření hypotézy č. 4	76
Tab.33.: Ověření hypotézy č. 4	76
Tab.34.: Ověření hypotézy č. 5	78
Tab.35.: Ověření hypotézy č. 5	78
Tab.36.: Ověření hypotézy č. 5	78
Tab.37.: Ověření hypotézy č. 6	80
Tab.38.: Ověření hypotézy č. 6	80
Tab.39.: Ověření hypotézy č. 7	82
Tab.40.: Ověření hypotézy č. 7	82
Tab.41.: Ověření hypotézy č. 7	82
Tab.42.: Ověření hypotézy č. 8	84
Tab.43.: Ověření hypotézy č. 8	84
Tab.44.: Ověření hypotézy č. 8	84

# Seznam příloh

**Příloha 1** – Kompetence všeobecné sestry podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

**Příloha 2** – Kompetence ošetřovatele podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

**Příloha 3** - Kompetence sanitáře podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

**Příloha 4** – Dotazník

**Příloha 5** – Popis pracovní funkce – pracovní náplň všeobecné sestry z pražského pobytového zařízení sociální péče pro seniory

**Příloha 6** – Popis pracovní funkce pracovníka v sociálních službách z pražského pobytového zařízení sociální péče pro seniory

**Příloha 7** – Popis pracovní činnosti všeobecné sestry z pražského pobytového zařízení sociální péče pro seniory

**Příloha 8** - Popis pracovní činnosti pracovníka sociální péče, pracovník přímé obslužné péče z pražského pobytového zařízení sociální péče pro seniory

**Příloha 1 -** Kompetence všeobecné sestry podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

§ 4 Všeobecná sestra

(1) Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace,

v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Přitom zejména může

- a) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy),
- b) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,
- c) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta,
- d) zajišťovat herní aktivity dětí,
- e) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),
- f) provádět odsávání sekretů z horních cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost,
- g) hodnotit a ošetrovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetrovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy,
- h) provádět ve spolupráci s fyzioterapeutem a ergoterapeutem rehabilitační ošetrování, to je zejména polohování, posazování, dechová cvičení a metody bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, včetně prevence dalších poruch z mobility,
- i) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,
- j) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,



k) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,

l) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemístováním a propuštěním pacientů,

m) provádět psychickou podporu umírajících a jejich blízkých a po stanovení smrti lékařem zajišťovat péči o tělo zemřelého a činnosti spojené s úmrtím pacienta,

n) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, včetně návykových látek, (dále jen „léčivé přípravky“), manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

o) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Všeobecná sestra pod odborným dohledem všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí nebo porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem

může vykonávat činnosti podle odstavce 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(3) Všeobecná sestra může vykonávat bez odborného dohledu na základě indikace lékaře činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péče. Přitom zejména připravuje pacienty k diagnostickým a léčebným postupům, na základě indikace lékaře je provádí nebo při nich asistuje, zajišťuje ošetrovatelskou péči při těchto výkonech a po nich; zejména může

a) podávat léčivé přípravky s výjimkou nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak; pokud není dále uvedeno jinak,

b) zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,

c) provádět screeningová a depistážní vyšetření, odebírat biologický materiál a orientačně hodnotit, zda jsou výsledky fyziologické,

d) provádět ošetření akutních a operačních ran, včetně ošetření drénů,

e) provádět katetrizaci močového měchýře žen a dívek nad 10 let, pečovat o močové katétry pacientů všech věkových kategorií, včetně výplachů močového měchýře,

f) provádět výměnu a ošetření tracheostomické kanyly, zavádět nazogastrické sondy pacientům při vědomí starším 10 let, pečovat o ně a aplikovat výživu sondou, případně žaludečními nebo duodenálními stomiemi u pacientů všech věkových kategorií,

g) provádět výplach žaludku u pacientů při vědomí starších 10 let.

(4) Všeobecná sestra pod odborným dohledem lékaře může

a) aplikovat nitrožilně krevní deriváty,

b) asistovat při zahájení aplikace transfuzních přípravků a dále bez odborného dohledu na základě

indikace lékaře ošetřovat pacienta v průběhu aplikace a ukončovat ji.

Vyhláška č. 55/ 2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

**Příloha 2 -** Kompetence ošetřovatele podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

§ 37 Ošetřovatel

(1) Ošetřovatel vykonává činnosti podle § 3 odst. 2 a dále pod odborným dohledem všeobecné sestry, porodní asistentky nebo radiologického asistenta může

a) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti spojené s poskytováním základní

ošetřovatelské péče a specializované ošetřovatelské péče v rámci ošetřovatelského procesu; přitom zejména

1. provádí hygienickou péči u pacientů, včetně základní prevence proleženin a úpravy lůžka,

2. pomáhá při podávání léčebné výživy pacientům, pomáhá při jídle ležícím nebo nepohyblivým pacientům, popřípadě je krmí,

3. pečuje o vyprazdňování pacientů, včetně případného provedení očistného klyzmatu,

b) měřit tělesnou teplotu, výšku a hmotnost,

c) doprovázet pacienty na odborná vyšetření a ošetření,

d) pečovat o úpravu prostředí pacientů,

e) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při zajištění herních aktivit dětí,

f) provádět úpravu těla zemřelého,

g) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při přejímání, kontrole a uložení léčivých přípravků a manipulaci s nimi,

h) vykonávat v rozsahu své odborné způsobilosti činnosti při přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby.

**Příloha 3 -** Kompetence sanitáře podle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

§ 43 Sanitář

(1) Všeobecný sanitář vykonává činnosti podle § 3 odst. 2 a dále může

a) pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetrovatelské péče bez odborného dohledu provádět pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetrovatelské péče, preventivní, léčebné a diagnostické péče; přitom zejména může

1. pečovat o hygienu prostředí,
2. dovážet stravu na oddělení, podle potřeby ji ohřívat, provádět úklid čajové kuchyňky, včetně sběru, mytí a dezinfekce nádobí,
3. transportovat biologický a zdravotnický materiál, obstarávat pochůzky pro potřeby oddělení a pacientů,
4. manipulovat s prádlem včetně dezinfekce a transportu,
5. manipulovat s tlakovými nádobami s medicínálními plyny,
6. doprovázet a převážet dospělé pacienty na vyšetření, ošetření a při překladu na jiné oddělení,
7. provádět technické manipulace s lůžkem pacientů a jeho mechanickou očistu, dezinfekci a úpravu,
8. v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při úpravě těla zemřelého a odvážet je,
9. v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přejímání, kontrole, manipulaci a uložení léčivých přípravků,
10. v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přejímání, kontrole a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a zajištění jejich dostatečné zásoby;

b) pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo porodní asistentky v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti základní ošetrovatelské péče; přitom zejména může

1. asistovat při provádění hygienické péče o pacienta,

2. pomáhat při polohování pacientů a manipulaci s nimi, včetně základní prevence proleženin a úpravy lůžka,
3. roznášet přidělenou stravu pacientům, pomáhat při jídle ležícím nebo nepohyblivým pacientům, popřípadě je krmit,
4. pečovat o vyprazdňování pacientů;

## Příloha 4 - Dotazník

Vážená paní, Vážený pane,  
dovoluji si Vás požádat, abyste věnoval (a)  
trochu svého času na vyplnění tohoto  
anonymního dotazníku, který je součástí  
diplomové práce věnované zdravotnickým  
pracovníkům v sociálních službách.

**Vybranou odpověď zakroužkujte.**

**Na každou otázku odpovězte jenom jednou  
z nabízených možností.**

Děkuji: Petr Bouzek

### 1. Vaše profesní zdravotnické vzdělání:

- a) všeobecná sestra
- b) fyzioterapeut
- c) ergoterapeut
- d) nutriční terapeut
- e) zdravotně-sociální pracovník
- f) zdravotnický asistent
- g) ošetřovatel
- h) sanitář
- i) jiný zdravotnický pracovník

**2. Odpovídá vaše pracovní zařazení na  
současném pracovišti vašemu  
zdravotnickému vzdělání?:**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**3. Musíte vykonávat i zdravotnické činnosti  
mimo vaši kvalifikaci?:**

- a) Musím vykonávat i činnosti, na které  
nemám potřebnou kvalifikaci.
- b) Musím vykonávat i činnosti nižší  
kvalifikace.
- c) Ne

**4. Jsou po vás vyžadovány činnosti, které  
nemají přímý vztah ke zdravotnictví (např.  
soc. činnosti – individuální plánování  
apod.)?:**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**5. Považujete objem práce, kterou musíte  
vykonávat na svém pracovišti za:**

- a) neúměrně vysoký
- b) vysoký
- c) přiměřený
- d) nízký

**6. Domníváte se, že zdravotničtí pracovníci  
vaší odbornosti jsou v lůžkových zařízeních  
sociální péče potřební?:**

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**7. Před nástupem na současné pracovní  
místo jste pracoval (a):**

- a) v lůžkovém zdravotnickém zařízení
- b) v ambulantním zdravotnickém zařízení
- c) v lůžkovém zařízení sociální péče
- d) v ambulantním zařízení sociální péče
- e) v jiném zdravotnickém zařízení
- f) v jiném sociálním zařízení
- g) v zaměstnání, které nebylo ani  
zdravotnické ani sociální
- h) jedná se o mé prvé zaměstnání

**8. Kolik let jste pracoval (a) ve svém  
v předchozím zaměstnání?:**

- a) 0 let
- b) do 1 roku
- c) do 5 let
- d) do 10 let
- e) 10 a více let

**9. Kolik let pracujete ve svém současném  
zaměstnání?:**

- a) 0 let
- b) do 1 roku
- c) do 5 let
- d) do 10 let
- e) 10 a více let

**10. Váš průměrný hrubý měsíční příjem činí:**

- a) do 10 000 Kč
- b) do 15 000 Kč
- c) do 20 000 Kč
- d) do 25 000 Kč
- e) do 30 000 Kč
- f) nad 30 000 Kč

**11. Se svým finančním ohodnocením byste  
vyjádřil(a):**

- a) velkou spokojenost
- b) spokojenost
- c) nespokojenost
- d) velkou nespokojenost

**12. Pokud chcete setrvat ve svém současném zaměstnání, jaký pro to máte hlavní důvod?:**

---

- a) dobré finanční ohodnocení
- b) využití odborné kvalifikace
- c) zajímavá práce
- d) jasná pracovní kariéra
- e) dobré pracovní podmínky
- f) dobré chování nadřízených
- g) dobrý kolektiv
- h) přiměřená pracovní zátěž
- i) jiný důvod

**13. Pokud uvažujete o odchodu ze svého současného zaměstnání, jaký pro to máte hlavní důvod?:**

---

- a) malé finanční ohodnocení
- b) nevyužití odborné kvalifikace
- c) nezajímavá práce
- d) nejasná pracovní kariéra
- e) nevyhovující pracovní podmínky
- f) nevyhovující chování nadřízených
- g) neuspokojivý kolektiv
- h) pracovní přetížení
- i) jiný důvod

**14. Pokud uvažujete o odchodu ze svého současného zaměstnání, v jakém resortu chcete najít své další pracovní uplatnění?:**

---

- a) zdravotnictví
  - b) sociální péče
  - c) jiný resort
- 

**15. Cítíte potřebu speciálního vzdělání pro vaši zdravotnickou odbornost v sociálních službách?**

---

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**16. Máte pocit, že problematika zdravotnických pracovníků v sociální péči věnuje společnost dostatečnou pozornost?**

---

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

**17. Jste zaměstnanec:**

---

- a) státní instituce
- b) soukromé instituce
- c) nevím

**18. Vaše pohlaví:**

---

- a) Muž
- b) Žena

**19. Váš věk:**

---

- a) méně než 20 let
- b) 20 - 30 let
- c) 30 - 40 let
- d) 40 - 50 let
- e) 50 - 60 let
- f) nad 60 let

**Příloha 5 – Popis pracovní funkce – pracovní náplň všeobecné sestry z pražského pobytového zařízení sociální péče pro seniory**

**Popis pracovní funkce – pracovní náplň**

<b>Jméno a příjmení zaměstnance:</b>		<b>Oddělení:</b> Zdravotnicko ošetrovatelské	
<b>Funkční místo:</b> zdravotní sestra – registrovaná		<b>Číslo útvaru:</b>	
<b>Skutečné funkční zařazení:</b> zdravotní sestra – registrovaná		<b>Číslo funkce:</b>	
<b>Podřízené oddělení (včetně čísel):</b>			
<b>Přímá funkční nadřízenost:</b> ošetrovatelé, pracovníci v sociálních službách			
<b>Přímá funkční podřízenost:</b> staniční sestra			
<b>Funkce zastupována:</b> 0			
<b>Funkce zastupuje:</b> staniční sestru, dle jejího pověření, v plném rozsahu ve smyslu předávacího protokolu			
<b>Kvalifikační předpoklady</b>	<b>Školní vzdělání</b>	<b>Speciální vzdělání</b>	<b>Odborná praxe</b>
<b>požadované</b>	Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry podle zákona č. 96/2004 § 5  Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu	0	
<b>skutečné</b>	Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry podle zákona č. 96/2004 § 5  Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu	0	
<b>Delegované pravomoci a odpovědnosti (dočasné, trvalé):</b>			
<b>Klíčové ukazatele výkonu:</b>  Pozitivní výsledky, spokojenost klientů.  Plnění pracovních úkolů, jejich včasnost, komplexnost, kvalita, bezchybné zpracování lékařských ordinací apod.			
<b>Pracovní podmínky:</b>			



Možnost využívání příslušné odborné literatury a odborných periodik.	
Možnost účasti na odborných seminářích a konferencích.	
Dostatek pomůcek a materiálu k výkonu práce.	
Vybavení pracoviště PC.	
<b>Zpracoval</b>	<b>vedoucí ošetrovatelského oddělení</b>
<b>Datum:</b>	<b>Podpis:</b>
<b>Schválil:</b>	<b>– ředitel</b>
<b>Datum:</b>	<b>Podpis:</b>
<b>Prohlášení pracovníka:</b>	
Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s provozním a organizačním řádem, vnitřními předpisy potřebnými pro výkon funkce a vzal/a na vědomí, že tento popis pracovní funkce a pracovní náplně na straně 2, je v souladu s mojí pracovní smlouvou v Domově seniorů	
<b>Datum:</b>	<b>Podpis:</b>
<b>Rozdělovník:</b>	<b>1x zaměstnanec zastávající tuto funkci</b>
	<b>1x referent PaM</b>

<b>1. Obecná charakteristika</b>
Samostatné zabezpečování kompletní ošetrovatelské péče o klienty DS, včetně níže vypsanych specifikovaných pracovních činností.
Dodržuje standardy kvality sociálních služeb.

## 2. Pracovní náplň

1. Poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči o klienty v souladu s nejnovějšími zásadami a odbornými poznatky v péči o klienty.
2. Při své činnosti odborně vede nižší zdravotnické pracovníky, kteří jsou s ní ve směně.
3. Úzce spolupracuje s lékařem.
4. Asistuje při vyšetření a léčebných úkonech, odpovídá za jejich odbornou přípravu.
5. Sleduje fyziologické funkce, celkový tělesný a duševní stav, projevy klientů.
6. Výkony odpovídající její kvalifikaci provádí samostatně.
7. Odebírá biologický materiál na vyšetření, odpovídá za jeho řádné označení a včasné odeslání.
8. Provádí orientační vyšetření krve (glykemie).
9. Provádí komplexní hygienickou péči, prevenci dekubitů.
10. Aplikuje podkožní a nitrosvalové injekce.
11. Přípravuje a podává klientům předepsané léky, sleduje jejich účinky, odpovídá za jejich uložení a označení.
12. Provádí úpravu těla zemřelého, včetně uložení do márnice DS.
13. Rozděluje a podává stravu klientům, pečuje o dodržování stanovených diet, o hygienickou a estetickou manipulaci se stravou a kulturou stolování, podle potřeby klientům při jídle pomáhá.
14. Dbá o dodržování čistoty prostředí i obyvatel.
15. Vykonává další práce uložené nadřízeným pracovníkem.
16. Při práci s pomůckami a přístroji zachází a manipuluje šetrně, při vzniklé závadě a problémech včas hlásí svému nadřízenému.
17. Dodržuje zásady BOZP.
18. Dodržuje protiepidemiologická opatření a dezinfekční řád.
19. Dodržuje pracovní kázeň, řídí se interními předpisy a pokyny.
20. Vede předepsanou dokumentaci.
21. Při předávání služby písemně, doplní písemné informace i v ústní formě.
22. Zajišťuje práce spojené s přijetím, přeložením a úmrtím klienta
23. Poskytuje do příchodu lékaře neodkladnou pomoc podle svých znalostí
24. Pravidelně se zúčastňuje provozních porad a odborných seminářů, zdokonaluje se soustavným vzdáváním v oblasti ošetrovatelské péče, přispívá svými návrhy ke zlepšení provozu oddělení.
25. Dbá na účelné hospodaření s léky a zdravotnickým materiálem
26. Respektuje práva klientů, zachovává povinnou mlčenlivost a dodržuje morální kodex zdravotnického pracovníka.
27. Získává klienty a členy jejich rodiny k aktivní spolupráci.
28. Vyžaduje od ostatních zaměstnanců spolupráci
29. Dbá na dobré jméno organizace.
30. Dodržuje standardy kvality sociálních služeb.

**Příloha 6 - Popis pracovní funkce – pracovní náplň pracovníka v sociálních službách z pražského pobytového zařízení sociální péče pro seniory**

**Popis pracovní funkce – pracovní náplň**

<b>Jméno a příjmení zaměstnance:</b>		<b>Oddělení:</b> Zdravotnicko ošetřovatelské	
<b>Funkční místo:</b> pracovník v sociálních službách		<b>Číslo útvaru:</b>	
<b>Skutečné funkční zařazení:</b> pracovník v sociálních službách		<b>Číslo funkce:</b>	
<b>Podřízené oddělení:</b> 0			
<b>Přímá funkční nadřízenost:</b> 0			
<b>Přímá funkční podřízenost:</b> staniční sestra, zdravotní sestra, ošetřovatel/ka			
<b>Funkce zastupována:</b> 0			
<b>Funkce zastupuje:</b> 0			
<b>Kvalifikační předpoklady</b>	<b>Školní vzdělání</b>	<b>Speciální vzdělání</b>	<b>Odborná praxe</b>
<b>požadované</b>	Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách dle § 37 vyhl. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.	0	
<b>skutečné</b>	Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách dle § 37 vyhl. 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Kurz Všeobecný sanitář/ka, který je akreditován MZČR.	0	
<b>Delegované pravomoci a odpovědnosti (dočasné, trvalé):</b>			
<b>Klíčové ukazatele výkonu:</b> Pozitivní výsledky, spokojenost klientů.  Plnění pracovních úkolů, jejich včasnost, komplexnost, kvalita.			
<b>Pracovní podmínky:</b>			

Možnost využívání příslušné odborné literatury a odborných periodik.	
Možnost účasti na odborných seminářích a konferencích.	
Dostatek pomůcek a materiálu k výkonu práce.	
Vybavení pracoviště PC.	
<b>Zpracoval:</b>	– vedoucí ošetrovatelského oddělení
<b>Datum:</b>	<b>Podpis:</b>
<b>Schválil:</b>	– ředitel
<b>Datum:</b>	<b>Podpis:</b>
<b>Prohlášení pracovníka:</b>	
Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s provozním a organizačním řádem, vnitřními předpisy potřebnými pro výkon funkce a vzal/a na vědomí, že tento popis pracovní funkce a pracovní náplně na straně 2, je v souladu s mojí pracovní smlouvou v Domově seniorů	
<b>Datum:</b>	<b>Podpis:</b>
<b>Rozdělovník:</b>	<b>1x zaměstnanec zastávající tuto funkci</b>
	<b>1x referent PaM</b>

<b><u>Obecná charakteristika</u></b>
<p>Vykonává činnosti pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetrovatelské péče bez odborného dohledu provádí</p> <p>pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetrovatelské péče, preventivní, léčebné a diagnostické péče; přitom zejména</p>

## **Příklady pracovních činností**

1. Asistuje a pomáhá SZP a NZP .
2. Sleduje celkový tělesný a duševní stav, projevy klientů.
3. Provádí komplexní hygienickou péči, osobní očistu.
4. Pečuje o vyprazdňování klienta.
5. Provádí technické manipulace s lůžkem pacientů a jeho mechanickou očistu, dezinfekci a úpravu.
6. Pomáhá při podávání stravy, dbá na kulturu stolování, podle potřeby klientům při jídle pomáhá.
7. Provádí úklid čajové kuchyňky, včetně sběru, mytí a dezinfekce nádobí.
8. Dbá o dodržování čistoty prostředí i obyvatel.
9. Vykonává další práce uložené nadřízeným pracovníkem.
10. Vykonává úkony dle své kompetence (vyplývající z kvalifikace) na základě aktuálního individuálního plánu, indikace lékaře nebo nařízení staniční a zdravotní sestry.
11. Dodržuje protiepidemiologická opatření a dezinfekční řád.
12. S pomůckami a přístroji zachází a manipuluje šetrně, při vzniklé závadě a problémech včas hlásí svému nadřízenému.
13. Dodržuje zásady BOZP.
14. Dodržuje pracovní kázeň, řídí se interními předpisy a pokyny.
15. Účastní se písemného i ústního předávání služby.
16. Vykonává pomocné práce ošetřovatelského charakteru.
17. Provádí manipulaci s čistým a špinavým prádlem, včetně jeho transportu do prádelny DS a zpět.
18. Myje a dezinfikuje pomůcky, nástroje, podložní mísy, močové lahve a WC křesla.
19. Dbá na účelné hospodaření se zdravotnickým materiálem
20. Respektuje práva klientů, zachovává povinnou mlčenlivost a dodržuje morální kodex.
21. Podle potřeby doprovází klienty na odborná vyšetření.
22. Hlásí včas vzniklé závady na pracovišti.
23. Dbá na dobré jméno organizace.
24. Dodržuje standardy kvality sociálních služeb.

**Příloha 7 – Popis pracovní činnosti všeobecné sestry z pražského pobytového zařízení sociální péče pro seniory**

Domov pro seniory

příspěvková organizace hlavního města Prahy

**POPIS PRACOVNÍ ČINNOSTI**

Jméno:

Název činnosti: 2.19.13 všeobecná sestra

**1/** Poskytuje základní nebo specializované ošetrovatelské péče pod odborným dohledem, např. vyhodnocování potřeby a úrovně soběstačnosti klientů sociální péče, hodnocení a ošetřování poruch celistvosti kůže a chronických ran, ošetřování stomií.

Pracovní činnost všeobecné sestry je vykonávána v souladu s vyhláškou č. 424/2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků - § 4 všeobecná sestra:

**2/** vykonává činnosti všeobecné sestry způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného výkonu v souladu s diagnózou stanovenou lékařem na poskytování specializované ošetrovatelské péče, zejména:

a/ sleduje a orientačně hodnotí fyziologické funkce (P,D,TT,TK)

b/ pozoruje, hodnotí stav obyvatele

c/ zajišťuje a provádí vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou

( dg.proužky)

d/ hodnotí a ošetřuje poruchy celistvosti kůže a chronické rány, ošetřuje atonie

e/ ve spolupráci s fyzioterapeutem provádí polohování, posazování, dech. cvičení, metodu

bazální stimulace s ohledem na prevenci a nápravu hybných a tonusových odchylek, vč. prevence dalších poruch z mobility.

f/nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti

**3/** Je podřízena vedoucí zdravotní péče, které zodpovídá za řádné a včasné plnění všech úkolů.

- 4/** Podílí se na organizaci a provádění preventivních prohlídek klientů DS.
- 5/** Podílí se na výkonu léčebné rehabilitace, na dalších formách aktivit klientů – pracovní, kulturní, zájmová činnost.
- 6/** Roznáší stravu klientům, pečuje o dodržování předepsaných diet, podle potřeby klientů při jídle pomáhá, či krmí.
- 7/** Kontroluje správnou manipulaci s prádlem, dle potřeby tuto činnost sama vykonává.
- 8/** Vede předepsanou dokumentaci a evidenci.
- 9/** Zajišťuje práce spojené s přijetím, přemístěním, propuštěním a úmrtím klienta.
- 10/** Poskytuje do příchodu lékaře první pomoc dle svých odborných znalostí.
- 11/** Při své činnosti provádí soustavně zdravotnickou výchovu, odborně vede pracovníky sociální péče.
- 12/** Spolupracuje při řešení sociálních problémů klientů, účastní se na jejich aktivizaci. Pomáhá jim při řešení jejich soukromých záležitostech, dodržuje zásady slušného chování ke klientům a spolupracovníkům.
- 13/** Dodržuje zásady hygienicko-epidemiologického režimu, zásady bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a protipožární předpisy.
- 14/** Nesmí přijímat dary od klientů, jejich rodinných příslušníků či známých.
- 15/** V souladu se standardem kvality sociálních služeb č. 5:
- Klíčový pracovník provádí klienta průběhem služby na základě individuálního plánování cílů vyplývajících z jeho potřeb. Chrání práva klienta. Spolupracuje s rodinou a ostatními členy týmu. Aktualizuje spolu s klientem v rámci možnosti spis „ Moje přání, možnosti, dovednosti, očekávání“. Realizuje individuální plán.
- 16/** V souladu s právními předpisy a normami, Organizačním řádem, Pravidly soužití, příkazy, pokyny nadřízených pracovníků je povinna střežit svěřené prostředky a zabezpečovat pracoviště tak, aby nemohlo dojít ke škodám na majetku ve společném a osobním vlastnictví jak u klientů, tak i u zaměstnanců DS.
- 17/** Plní další úkoly v souladu s pracovní náplní dle pokynů ředitelky DS.
- 18/** Je povinna dodržovat zákon č. 101/2000 Sb. „ O ochraně osobních údajů“ a ochranu důvěrných dat o klientech.

**Příloha 8** - Popis pracovní činnosti pracovníka sociální péče, pracovníka přímé  
obslužné péče z pražského pobytového zařízení sociální péče pro seniory

Domov pro seniory      příspěvková organizace hlavního města Prahy

## **Popis pracovní činnosti**

Název povolání-funkce- činnosti      2.08.01 pracovník sociální péče, pracovník přímé  
obslužné péče

Jméno:

### **Pracovní činnost:**

1. Komplexní provádění pečovatelských činností, psychické aktivizace klientů, posilování společenských a sociálních kontaktů klientů. Provádění úkonů pečovatelské služby u mobilních a imobilních klientů.  
Vytváření pozitivních mezilidských vztahů, rozvíjení jemné motoriky. Nácvik běžných denních činností.

### **Poskytuje klientům pomoc, podporu nebo péči při zajištění sebeobsluhy**

- a) podpora nebo pomoc s osobní hygienou
- b) podpora nebo pomoc při oblékání
- c) podpora nebo pomoc při jídle
- d) podpora nebo pomoc při chůzi

### **Poskytuje klientům podporu nebo pomoc při péči o prostředí**

- a) podpora a pomoc s udržováním lůžka (stlaní, převlékání lůžkovin)
- b) podpora nebo pomoc při úklidu povrchu zařízení pokoje
- c) podpora nebo pomoc při úklidu osobních věcí ve skříni
- d) mytí a desinfekce pomůcek, podložních mís, močových lahví, WC křesel
- e) péče o imobilní klienty zcela závislé na pomoci druhé osoby; výměna osobního prádla, výměna lůžkovin

### **Pomáhá klientům při udržování sociálních kontaktů a aktivizaci**

- a) formou nabídky motivuje klienty k účasti na společenských a kulturních aktivitách
- b) pravidelně informuje klienty o možnosti trávit čas ve společnosti druhých lidí
- c) klientům s omezenými možnostmi pomáhá udržovat kontakt s druhými lidmi (pomoc s korespondencí, předčítání dopisů, doprovod)
- d) pravidelně s klienty hovoří, zjišťuje jejich potřeby



### **Úzce spolupracuje se zdravotním personálem, sociálními pracovníky a aktivizačními pracovníky:**

- a) zdravotní potíže klienta, náhlou změnu chování a nepřijetí léků, které jsou podány zdravotním personálem, vždy neprodleně hlásí všeobecné sestře ve službě
  - b) při zajišťování ošetrovatelské péče dbá metodických pokynů vš. sestry
  - c) obtíže v hospodaření s penězi vždy sepíše a nahlásí zodpovědné sestře a vedoucí péče
  - d) spolupracuje při zajišťování sociální péče o klienta
  - e) spolupracuje s aktivizačními pracovníky na plánování vhodných volnočasových aktivit klientů
  - f) podílí se na udržování fyzických i psychických schopnostech klienta, podporuje soběstačnost klienta, podporuje klienta v sebeobsluze
  - g) při naplňování potřeb klientů úzce spolupracuje a s ostatními pracovníky domova seniorů Háje
- 
- Manipuluje se špinavým prádlem, odváží do prádelny, přiváží čisté, třídí je a případně označuje prádlo nových klientů. Dbá na celkovou čistotu a pořádek na pokojích klientů, ale i na ostatních prostorách domova seniorů.
  - Dodržuje zásady hygienicko-epidemiologického režimu, zásady BOZP a PO.
  - Jedná dle etického kodexu. Spolupracuje při řešení sociálních problémů obyvatel a na požádání pomáhá klientům řešit jejich soukromé záležitosti. Dodržuje zásady slušného chování k obyvatelům i spolupracovníkům.
  - Včas hlásí závady a nedostatky nadřízenému pracovníkovi, pokud je nemůže odstranit sama
  - Nesmí přijímat peněžní ani věcné dary od obyvatel, jejich rodinných příslušníků a známých
  - V souladu s právními předpisy a normami, Organizačním řádem, Pravidly soužití, příkazy a pokyny nadřízených pracovníků je povinnost střežit svěřené prostředky a zabezpečovat pracoviště tak, aby nemohlo dojít ke škodám na majetku ve společném i osobním vlastnictví obyvatel i zaměstnanců domova seniorů.
  - Dbá na sebevzdělávání, doplňuje si vědomosti k výkonu povolání pracovníka sociální péče, pracovníka přímé obslužné péče.
  - Plní další úkoly dle pokynů ředitele, staniční sestry, metodičky kvality péče.

V souladu se standardem kvality sociálních služeb č. 5:

Klíčový pracovník provádí klienta průběhem služby na základě individuálního plánování cílů vyplývajících z jeho potřeb. Chrání práva klienta. Spolupracuje s rodinou a ostatními členy týmu. Aktualizuje spolu s klientem v rámci možnosti spis „ Moje přání, možnosti, dovednosti, očekávání“. Realizuje individuální plán.