

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Domácí péče v České republice a v Rakousku s akcentem na klienty
dlouhodobě zcela imobilní**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Anna Svobodová

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová Petra, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 3.5. 2013

Abstrakt

Domácí péče se již stala nedílnou součástí péče o dlouhodobě nemocné pacienty. Ve své práci jsem se zaměřila na sledování kvality domácí péče, na její současný stav v České republice a v Rakousku. Osobní zkušenost v rakouské domácí péči mě zaujala natolik, že jsem se rozhodla pro její bližší zkoumání. Za cíl práce jsem si stanovila nalézt rozdíly v domácí péči v České republice a v Rakousku, zejména ve vztazích mezi pečovateli a klienty. Použila jsem dostupnou odbornou literaturu, platnou legislativu v Rakousku i Česku a internetové zdroje věnující se domácí péči. Má bakalářská práce je složena z teoretické části, která obsahuje čtyři kapitoly.

V první kapitole **teoretické části** se zabývám definicí imobility, jejímž hlavním projevem je ztráta pohyblivosti, i tím, jak nepříznivě působí tento tělesný stav na psychiku člověka.

Ve druhé kapitole se věnuji problematice imobilizačního syndromu, který je popisován jako fyziologická odpověď organismu na imobilitu a projevuje se různými poruchami řady orgánů. Rizika tohoto syndromu s sebou může nést dlouhodobý pobyt na lůžku. Dále se v téže kapitole zabývám i somatickými odpověďmi organismu na imobilitu, k nimž jsou řazeny poruchy pohybového aparátu, krevního oběhu, dýchacího systému, trávicího traktu, močového měchýře a kožního systému. Věnuji se i potřebám imobilních klientů, pro které je charakteristická dynamická síla, která se vytváří z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhy něčeho dosáhnout. Charakterizuji stručně i koncepci ošetrovatelské péče u dlouhodobě imobilních klientů, která je zaměřena na prevenci, diagnostiku, terapii a rehabilitaci. Vede klienty k sebepéči a edukuje jejich blízké o laické ošetrovatelské péči. Klientům, kteří se o sebe nemohou, nechtějí nebo neumějí pečovat, zajišťuje profesionální přístup. Cílovou skupinou dlouhodobé péče jsou senioři, osoby se zdravotním postižením a osoby chronicky nemocné.

Ve třetí kapitole práce charakterizuji domácí a sociální péči, jež je popisována jako vysoce kvalifikovaná a odborná forma péče, ve které se spojuje péče zdravotní i sociální. V českých agenturách je domácí péče téměř ze 2/3 zaměřená zdravotně, ale bývá úzce propojena s dceřinou agenturou zaměřenou na pečovatelskou službu. Domácí péče v Rakousku se nerozděluje na služby zdravotnické, ošetrovatelské či sociální. Tato

péče poskytuje služby komplexně. Propojením zdravotní a sociální péče pomáhá domácí péče klientům v obou sledovaných nalézt novou životní stabilitu. Domácí péče zastupuje hospitalizaci a je poskytována ve vlastním prostředí, což velice příznivě působí na psychiku klienta a výrazným způsobem ovlivňuje celý proces uzdravování. Potřebným klientem domácí péče je občan, který je z důvodu změněného zdravotního a sociálního stavu plně či částečně odkázán na odbornou pomoc druhých. Součástí třetí kapitoly je i krátká charakteristika o historii domácí péče, která popisuje vznik a vývoj ošetrovatelské péče od 10. a 11. století přes vznik prvních špitálů až do konce 19. století, kdy dochází v rámci celé Evropy k rozvoji domácí péče. Jednou z významných osobností domácího ošetřování se stal Viliam Rathbone, který v roce 1859 vytvořil v Anglii moderní koncepci domácí péče. Společně s Florence Nightingaleovou založili první školu pro sestry návštěvní služby. K návratu k myšlence domácí péče dochází v Evropě počátkem 70. let 20. století, v době, kdy začínají jednotlivé zdravotnické systémy spotřebovávat čím dál větší krajíc ze státních rozpočtů. V roce 1991 Ministerstvo zdravotnictví České republiky právně legalizovalo domácí péči jako zvláštní formu zdravotní péče. Tato služba byla v Rakousku založena už v r. 1975. Největší posun zaznamenala v r. 1993, kdy byl zaveden příspěvek na péči. V roce 2007 dochází k zavedení 24hodinové péče. Domácí péče je v ČR i v Rakousku indikována a poskytována v pěti základních formách jako akutní, dlouhodobá, preventivní, hospicová a jednorázová. Systémy, kterými je realizována, se ale ve sledovaných zemích liší. Domácí péče v České republice je podle vyhlášky MZ ČR 55/2000 formálně evidována jako odbornost 925 - domácí zdravotní péče a na tuto péči úzce navazuje péče sociální. Pečovatelská služba je poskytována uživatelům dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a finančně podporována na základě zařazení do 4 stupňů závislosti. Domácí péče v Rakousku je poskytována podle rakouského zákona HbeG §3. Dnem 1. července 2007 vstoupil v Rakouské republice v platnost zákon o domácí péči a došlo i ke změnám živnostenského řádu. Tím byl vytvořen právní základ pro vznik 24hodinové péče. V Rakousku je zavedeno sedm stupňů úrovně bezmocnosti a stupně postižení. Ve třetí kapitole se dále zabývám financováním domácí péče v obou sledovaných zemích. Základním pilířem zdravotního systému v České

republiky i v Rakousku je ze zákona povinné veřejného pojištění. V rámci zákonem daných pravidel vytvářejí obyvatelé veřejné fondy, do kterých odvádějí účelové příspěvky určené na zdravotní a sociální potřeby, a prostřednictvím managementu si tyto fondy spravují. Vzniká tak instituce veřejné zdravotní či sociální pojišťovny. V České republice se příspěvek na zdravotní pojištění pohybuje ve výši 13,5% z vyměřovacího základu, v Rakousku mezi 6,4- 9,1% ze základu stanoveného podle výše příjmů. Ze všeobecného zdravotního pojištění je částečně či plně hrazena domácí péče. Třetí kapitolu ukončuji přehledem doporučené struktury týmu domácí péče v obou sledovaných zemích.

Čtvrtá, poslední, kapitola teoretické části pojednává o osobě pečovatele, kterým je pracovník, provádějící pečovatelskou činnost v domácnosti klientů. Zabývám se i předpoklady pro práci pečovatele a charakterizuji rozdíl mezi angažovaným a neangažovaným pracovníkem. Součástí kapitoly je i přehled kompetencí a kvalifikačních požadavků na pečovatele v České republice a Rakousku. V závěru srovnávám finančního ohodnocení pečovatele v domácí péči ve sledovaných zemích.

V **praktické části** své bakalářské práci analyzuji data, která jsem získala technikou kvalitativního výzkumu za použití metody dotazování formou polostandardizovaného rozhovoru a také vlastním pozorováním, příp. analýzou osobních dat sledovaných klientů domácí péče. Cílovou skupinu tvořily komunikativní klientky domácí české a rakouské péče, které měly II., III. a IV. stupeň závislosti. Respondentkami byly tři ženy z Dačic a tři ženy z Raabs an der Thaya. V praktické části práce popisuji nejprve vlastní proces sběru dat, zaznamenávám výsledky rozhovorů s klientkami domácí péče a v závěru proces sběru dat a výsledky rozhovorů analyzuji a hodnotím.

Po analýze dat výzkumu jsem došla k závěru, že existuje podstatný rozdíl ve vztahu mezi pečovateli a klienty v porovnávaných službách. Mezi českými klienty a pečovateli nedochází z důvodu časové vytíženosti pečovatelů k navázání bližšího vztahu ke klientům. Tento fakt může souviset i s nízkým ohodnocením práce pečovatelů v ČR ve srovnání s finančním ohodnocením pečovatelů v Rakousku. V rakouské péči nejsou pečovatelé časově indisponováni, a to umožňuje utvářet bližší vztah mezi klientem

a pečovatелеm. Jen v malé míře je přitom tento vztah negativně ovlivněn nízkým věkem pečovatelů a ve větší míře pozitivně ovlivněn vznikem 24hodinové péče.

Z mého výzkumu také vyplynulo, že rakouská péče je historicky starší, a proto je celý systém lépe propracovaný a ekonomicky zajištěnější. Domácí péče se v Rakousku poskytuje komplexněji a do systému této služby proudí více financí. To se kladně promítá jak v personálním obsazení, tak finančním ohodnocení zaměstnanců. I po demonstraci rozdílů v systému poskytování péče, která se ve zkoumaných zemích liší, jsem došla k závěru, že kvalita, míra a obsah poskytované péče jsou v obou zemích stejné. Klienti jsou v obou domácích péčích zdravotně i sociálně zabezpečeni, a to jim umožňuje i pod tíhou svého onemocnění zůstat doma ve svém prostředí, kde to mají rádi a cítí se v bezpečí. V obou zemích je filozofií domácí péče zajišťovat bio- psycho-socio potřeby člověka. Tento základní cíl česká i rakouská domácí péče plně splňují.

Abstract

Home care has already become an integral part of taking care of patients suffering of long-term sickness. I focused on the quality of home care and its current state in Czech Republic and in Austria. Experience earned in the Austrian domestic care attracted me the way that I decided to examine it closer. I set the objective to find the differences between the care in Czech and Austrian home care and the differences in relations between care workers and clients. I used available scientific literature, legislation valid in Austria and Czech Republic, and sources from the Internet related to the home care.

My bachelor thesis consists of the theoretical part, which contains four chapters. In the first chapter I deal with immobility, where the main manifestation is the motion, which stimulates the motion apparatus and has a positive impact on the psyche of man. That led me to the following second chapter, where I deal with the issue of the immobilization syndrome, which is described as a physiological response, which is reflected by different disorders of various organs, these risks can lead to long-term stay in the bed. Further I look for somatic responses to immobility, to which there are classified disorders of the motion apparatus, blood circulation, respiratory system, digestive tract, bladder and skin system. I deal with the needs of immobile clients, who are characterised by the dynamic power, which is created by the feeling of lack or surplus, and the desire to achieve something. The needs are useful, because they are linked to establishing the quality of our life very closely. The nursing care of clients suffering of long-term immobility deals with the prevention, diagnosis, therapy and rehabilitation. It leads the patient to self-care, educates his or her relatives on the laical nursing care. Patients who cannot take care of themselves or who do not want to, or who shall not, take care of themselves are provided a professional nursing care. The target group for a long-term care are seniors, people with disabilities and chronically sick people. In the third chapter I characterize home and social care, which is described as highly qualified and professional form of care, which is linked with the health and social form. In Czech Republic, 2/3 of care delivered by agencies is focused on health issues, but it is in close cooperation with subsidiary agencies aimed at nursing services.

Home care in Austria is not divided into health services, nursing or social services. This care provides complex services. Linking health and social care helps the client to find life stability. This care substitutes hospitalization and it shall be granted in its own environment, what affects the psyche of the client very favourably and it significantly affects whole recovery process. The client in need of home care is a citizen, who, due to changed health and social status, is fully or partially directed to the professional help from others. Short characteristic is enriched with the history of home care. Which describes formation of the nursing care from 10th and 11th century, the development of first hospitals, until the end of the 19th century, when there appears the development of home care in the scope of whole Europe. One of the major personalities related to home care was William Rathbone, who created modern concept of home care in England in 1859. Together with Florence Nightingale, he started the first school for nurses in visiting services. The return back to the idea of home care took place in Europe in the early 70s in 20th century at the time, when individual health care systems started to consume more and more resources from national budgets. In 1991, Ministry of Health of Czech Republic legalized home care as a special form of health care. This service was established in Austria in 1975. The biggest progress was noted in 1993, when the contribution to the health care was put in place. The 24-hour care was established in 2007. Home care is, in Czech Republic as well as in Austria, indicated and provided in five basic forms, acute, long-term, preventive, hospice, one-time. But systems of the implementation in particular countries are different. Home health care in Czech Republic is, in accordance with Regulation of MZ ČR 55/2000, formally registered as expertise 925 - home health care, and social care, which closely cooperates, is connected to this form of care. The nursing service is provided to its users according to the Law No. 108/2006 Coll., on social services and it is financially supported on the basis of inclusion into 4 degrees of dependence. Home care in Austria is provided according to the Austrian Law HbeG §3. On 1st July 2007, in The Republic of Austria there come into force the law on home care and changes in trade regulations. Thus the legal basis for the 24 hour care was created. In Austria there are established seven levels helplessness and degrees of disability. Furthermore, I deal with financing of the

home care. Czech Republic and Austria are part of one of the basic health care systems, and that is the group of mandatory and statutory public insurance. In the scope of rules given by the law, the inhabitants create public funds, into which they pay special-purpose contributions intended for the health and social needs, and these funds are superintended by their management. Thus there is formed the institution of public health or social insurance. In Czech Republic, the contribution to the health insurance ranges at the level of 13,5 % of the assessment base. In The Republic of Austria, the contribution to the health insurance ranges between 6,4 - 9,1 % of the base set out according to the income. Home care is partly or fully covered from the general health insurance. I finish this chapter with the recommended structure of the home care team in concerned countries. The fourth, and the last, chapter of the theoretical part deals with the personality of carer, when the carer is the worker, who carries out the care activity in the household of clients. Furthermore I describe here detailed assumptions to the work of the carer, the difference between committed and uncommitted worker, an integral part are competences and skill requirements placed upon the carer in Czech Republic and in Austria, and part of the conclusion is the sample of financial evaluation of carer in home care in concerned countries.

The practical part of my bachelor thesis consists of collection of data, collected while using techniques of the qualitative research, the method of query based on using semi-structured interview, observation and analysis of personal data. Characteristic of the target group was created by communicative clients of Czech and Austrian home care, who carried II, III, IV degree of dependence. The respondents were three women from Dačice and three women from Raabs an der Thaya. Further I describe the process of the data collection and results of interviews.

On the basis of my research, I came to the conclusion that there exists a difference in the relationship between carers and clients in compared services. Due to busyness, there is almost no relationship between Czech clients and carers. This problem may be a part of low evaluation of carers, because there is a big difference from the financial evaluation of Austrian care workers. In Austrian care, the carers are not time-indisposed, and on this basis there appear space for shaping closer relationship on a

professional level between the client and the carer. In a small extent, this relationship is negatively affected by low age of care workers, and to a greater extent it is positively affected by the formation of 24-hour care.

My research showed, that the Austrian care is historically older, so it may be the reason for better sophistication of whole system, it is economically more stable and, therefore, more financial sources flow to the system of this service, and that is reflected in the personnel and the financial evaluation of the staff. After pointing at the differences in the system of care, which is different in examined countries, my conclusion is, that the degree and the content of delivered services provided in both countries is the same, it is only provided in a different way. Clients are, in both home cares, health and socially secured, and this allows them, under the burden of their diseases, to stay at home in the environment, where they like it and where they feel safe. This theory is one of the objectives of home care, to ensure bio-psycho-socio needs of man. Czech and Austrian home care fully meets these basic objectives.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3.5. 2013

.....

Anna Svobodová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za podnětné připomínky i odborné vedení při zpracování mé bakalářské práce. Současně bych chtěla vyjádřit dík klientkám domácí péče za jejich vstřícnost a ochotu spolupracovat a v neposlední řadě i celé své rodině, která mi byla po celou dobu studia velkou oporou.

Obsah

ÚVOD.....	14
1. SOUČASNÝ STAV	15
1.1 Imobilita	15
1.2 Imobilizační syndrom.....	15
1.2.1 Somatické odpovědi na imobilitu	16
1.2.2 Potřeby imobilních klientů.....	17
1.2.3 Ošetřovatelská péče u dlouhodobě imobilních klientů	18
1.3 Charakteristika domácí zdravotní a sociální péče	20
1.3.1 Historie zdravotní a sociální domácí péče	21
1.3.2 Formy domácí péče.....	23
1.3.2.1 Akutní domácí péče	24
1.3.2.2 Dlouhodobá domácí péče	24
1.3.2.3 Preventivní domácí péče.....	24
1.3.2.4 Domácí hospicová péče	24
1.3.2.5 Domácí péče „ad hoc“ (jednorázová).....	25
1.3.3 Systém domácí zdravotní a sociální péče a způsob, jakým je realizován v České republice a v Rakousku.....	25
1.3.4 Financování domácí zdravotní a sociální péče v České republice a v Rakousku	27
1.3.5 Pracovníci pečující o klienty domácí zdravotní a sociální péče	28
1.4 Pečovatel	29
1.4.1 Předpoklady k práci pečovatele	29
1.4.2 Pečovatel jako angažovaný, neangažovaný pracovník	30
1.4.3 Kompetence pečovatelů v České republice a Rakousku	30
1.4.4 Kvalifikační požadavky na pečovatele v České republice a v Rakousku. 32	
2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
2.1 Cíl práce	34
2.2 Výzkumné otázky.....	34
3. METODIKA	35
3.1 Technika sběru dat	35
3.2 Charakteristika cílové skupiny	35
3.3 Proces sběru dat.....	36
4. VÝSLEDKY	37
4.1 Rozhovor: Respondentka Anna.....	37
4.2 Rozhovor: Respondentka Božena	39

4.3	Rozhovor: Respondentka Dana.....	43
4.4	Rozhovor: Respondentka Emilia.....	47
4.5	Rozhovor: Respondentka Heléne.....	49
4.6	Rozhovor: Respondentka Christa.....	51
5.	DISKUZE	55
6.	ZÁVĚR	60
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	62
8.	KLÍČOVÁ SLOVA	66
9.	PŘÍLOHY	67

ÚVOD

Při každé vhodné a slavnostní příležitosti si přejeme hodně štěstí a zdraví a je pravda, že jako „náctiletá“ jsem to říkala proto, že se to tak říkat má, ale s přibývajícím roky to rok od roku myslím upřímněji, protože zdraví je to nejcennější, co člověk má. Bohužel dnešní doba nevěnuje starým a nemocným tolik pozornosti, kolik by si zasloužili. Všichni jsme vystresovaní, unavení, běháme z práce do práce, pěstujeme mnoho koníčků, staráme se o děti a nějak už nezbývá čas a síla na naše stárnoucí a nemocné blízké. Dříve, pokud nemohla rodina, si staří a bezmocní lidé vyhledávali domovy pro seniory, pokud byli nemocní, bývali hospitalizováni v nemocnicích. Je tomu už pár let, co lze se u nás i v jiných zemích nabízí nová možnost využít služeb domácí zdravotní a sociální péče. Tato služba se zaměřuje nejen na nemocné, ale i na lidi nesoběstačné, kteří nejsou schopni se o sebe postarat. Tím plní velké přání mnoha lidem, a to přání zůstat doma i v situaci, když potřebují pomoc druhých. Velkou výhodou domácí péče je individuální přístup ke každému klientovi a zpětná pozitivní vazba ze strany klienta. O klienta je pečováno komplexně, péče se věnuje jeho bio-psycho-socio-duchovním potřebám.

K výběru tématu bakalářské práce mě přivedla má praxe v rakouské a české domácí péči. Cílem této práce je stručně seznámit s problematikou imobility, s historií domácí péče, popsat a srovnat systémy domácí péče v ČR a Rakousku se zaměřením na způsob poskytování této služby a v neposlední řadě i její financování. Cílem práce bylo také poukázat na shody a rozdíly ve fungování systémů domácí péče v ČR a v Rakousku, na problematiku zcela imobilních pacientů a na postavení pečovatелů v obou zemích. Při vypracování práce jsem využívala informace získané praxí v domácí péči v obou porovnávaných zemích. Současně jsem analyzovala dostupnou odbornou literaturu, platnou českou i rakouskou legislativu a internetové zdroje rakouských institucí, věnujících se domácí péči.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Imobilita

Pohyb je nejdůležitějším projevem a biologickou potřebou člověka. Je aktivitou, která předchází vzniku komplikací z imobility. Mezi základní pohyby patří chůze, stoj, sed, změna polohy. Pohyb stimuluje pohybový aparát a zároveň působí pozitivně i na psychiku člověka. Mezi způsoby mobilizace patří pasivní, aktivní a asistovaný pohyb (Výtejková a kolektiv, 2011). V dnešní civilizované a přetechnizované době se mnoho lidí téměř nepohybuje, do zaměstnání jezdí autem, do schodů výtahem. Mnoho lidí má sedavé zaměstnání, a pokud se ve svém volném čase nevěnují pohybové aktivitě, jejich fyzická zdatnost je téměř nulová. Stejně jako u ostatních biologických potřeb má každý člověk individuální nároky na uspokojování svých pohybových aktivit. Pohyb znamená život, ale je mnoho lidí, kteří i bez vykonávání aktivního pohybu duševně nestrádají. Pohyb každý vnímá jinak, u některých vede k pozitivnímu emociálnímu naladění, pro jiné je způsobem relaxace, může být i prostředkem k zachování tělesné pohody a duševního zdraví. Důležitým znakem života je schopnost se rytmicky, volně, lehce a účelně pohybovat prostředím. Lidé se musí pohybovat, aby splnili své základní potřeby, zajistili si potravu, vodu a vše ostatní, co k životu potřebují. Pohyblivost je základním článkem naší nezávislosti (Šváblová, 2007).

1.2 Imobilizační syndrom

Určitá rizika s sebou nese dlouhodobý pobyt na lůžku. Jakmile to zdravotní stav dovolí, je třeba nemocného vertikalizovat a aktivizovat, což znamená změnu polohy z lehu do sedu, do stoje a chůze. Imobilizační syndrom je fyziologická odpověď na imobilitu a projevuje se různými poruchami řady orgánů. Některé poruchy jsou zjevné, objektivní, např. proleženiny, které se projevují narušenou celistvostí kůže. Jiné poruchy probíhají skrytě, proto mohou být zanedbány nebo odhaleny příliš pozdě (Mlýnková, 2010). Syndrom se projevuje komplexem změn, proto vyžaduje komplexní rehabilitační ošetrovatelskou a lékařskou péči. Důležité je rovněž, že se projevuje

změnami, které vymezují okruh příznaků, po nichž je třeba aktivně pátrat (Kalvach a kolektiv, 2008). Jedinec je ohrožen poškozením různých tělesných systémů. Proto je vhodné používání hodnotících škál, jakou je například Test dle Bartelové- test základních všedních činností. Ilustrováno v příloze tabulka 1 (Pejznochová, 2010).

1.2.1 Somatické odpovědi na imobilitu

Poruchy pohybového systému: imobilita se významně projevuje na kosterním a pohybovém aparátu. Během velmi krátké doby dochází ke snížení výkonnosti svalů až k tvorbě svalové atrofie, což znamená snížení svalové hmoty. Fascie a šlachy se zkracují a může docházet k deformitám končetin a páteře. Malé množství pohybu má za následek metabolickou přestavbu kostí. Důsledkem je osteoporóza, která se projevuje řídnutím kostí.

Poruchy krevního oběhu: při imobilizaci dochází k poruše adaptace na vzpřímenou polohu, vzniká ortostatická hypotenze. Při posazení ležícího klienta dochází ke snížení krevního tlaku, to může způsobit mžitky před očima, pocení, závratě, může nastat až ztráta vědomí. Další komplikací je nedostatečnost žilních chlopní, tyto chlopně usnadňují návrat krve do srdce na principu svalové pumpy. Při jejich nefunkčnosti vzniká žilní trombóza - srážení krve v cévách.

Poruchy dýchacího systému: u imobilního klienta se kvůli tlaku podložky na klientova záda mění hluboké dýchání na mělké, povrchové, které snižuje vitální kapacitu plic. Dýchací cesty jsou ohroženy zánětlivými komplikacemi. Na tvorbě zánětu plic se podílí i nedostatečný odchod sekretu z dýchacích cest. Změny způsobené nedostatečnou ventilací, váznutím posunu hlenu a v průtoku krve mohou vyústit až v pneumonii.

Poruchy trávicího traktu: imobilní klienti často trpí nechutenstvím a zácpou, které mohou být způsobeny zpomalenou peristaltikou, nedostatečným příjmem tekutin, ovoce, zeleniny, nedostatečným pohybem a psychickým stresem.

Poruchy močového měchýře: na imobilní klienty působí při horizontální poloze gravitace, která zhoršuje vyprazdňování moče z celého močového systému. Nemocný při močení vleže musí tlačit proti gravitační síle, proto může docházet k zadržování moče v močovém měchýři. Zadržovaná moč způsobuje roztažení močového měchýře, a to je vhodné prostředí pro vznik močové infekce a zánětů močových cest. U mnohých klientů dochází k inkontinenci moče (neschopnost udržet moč).

Poruchy kožního systému: při dlouhodobém pobytu na lůžku může kůže atrofovat, dochází k narušení pevnosti a struktury pokožky a podkožních vrstev (Mlýnková, 2010).

Dlouhodobě nemocný je ohrožen poškozením řady tělních systémů, z tohoto důvodu je ohrožen na životě. Čím delší dobu je klient upoután na lůžko, tím se jeho stav zhoršuje, proto je potřeba jeho nepohyblivost omezit na co nejkratší dobu (Švábová, 2007).

1.2.2 Potřeby imobilních klientů

Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která se vytváří z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhy něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Potřeby jsou užitečné a svým způsobem nutné, protože velmi úzce souvisí se zachováním a s kvalitou našeho života.

Potřeby dělíme podle jejich důležitosti pro zachování života na primární a sekundární. K primárním potřebám řadíme potřeby biologické, přirozené a fyziologické. Bez naplnění těchto potřeb nemůže jedinec dlouho žít. Zajištění těchto potřeb v nemoci nebo nemohoucnosti je náplní ošetrovatelské péče. Tyto potřeby člověka motivují k tomu, aby se staral o své zdraví.

Mezi sekundární potřeby řadíme potřeby kulturní, naučené, sociální a získané. Člověk potřebuje společnost jiných lidí, být s nimi v kontaktu a uplatnit se ve společnosti.

K nejdůležitějším patří potřeba bezpečí, lásky, sounáležitosti, potřeba někam patřit, být milován a moci někoho milovat, potřeba naplnění kulturních potřeb v nemoci, potřeba být bez bolesti. Ilustrováno v příloze tabulka 2 (Šamánková a kolektiv, 2011).

1.2.3 Ošetrovatelská péče u dlouhodobě imobilních klientů

Ošetrovatelství je samostatná disciplína, která se zaměřuje na aktivní vyhledávání a spokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka. Ošetrovatelství se nejvíce zaměřuje na navrácení zdraví, udržení a podporu zdraví, rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání. Zabývá se prevencí, diagnostikou, terapií a rehabilitací. Jedním z cílů ošetrovatelského personálu je pomáhat jednotlivci, rodinám a skupinám v samostatném uspokojování fyziologických, psychosociálních, duchovních potřeb. Vede klienty k sebeděči, edukuje jejich blízké o laické ošetrovatelské péči. Pacientům, kteří se o sebe nemohou, nechtějí nebo neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči. Hlavním cílem ošetrovatelství je komplexní a systematické uspokojování potřeb s ohledem k individuální kvalitě života. Při dosažení těchto cílů dochází k úzké spolupráci ošetrovatelského personálu s nemocným, s lékaři, ostatními zdravotnickými pracovníky a s dalšími odbornými pracovníky. Ošetrovatelská péče je poskytována v ambulantních nebo ústavních zařízeních, v komunitách či domácnostech pacientů. Metoda ošetrovatelského procesu se skládá ze vzájemně propojených a podmíněných fází: posouzení, diagnostiky, plánování, realizace, hodnocení a uskutečňování (Pléková a kolektiv, 2011). Péče vedená formou ošetrovatelského procesu si žádá od těch, kteří péči poskytují, znalosti, tvůrčí přístup, přizpůsobivost, zaujetí a schopnost rozpoznat druh potřeby. Prioritou ošetrovatelství a veškerého personálu je snaha o dosažení co nejlepší kvality života nemocného a jeho rodiny (Pléková a kolektiv, 2011). II. Cílovou skupinou pro dlouhodobou péči jsou senioři, osoby se zdravotním postižením a osoby chronicky nemocné, u kterých je potřeba vyššího a středního stupně pomoci v péči o vlastní osobu (Čeledová, Čevela, 2010).

Dlouhodobou péčí lze chápat dvojím způsobem:

- v užším slova smyslu jako propojení základní ošetrovatelské péče a pečovatelské služby v ústavní a ambulantní podobě, orientované na úspornou a účelnou základní zabezpečení klientů
- v širším slova smyslu jako ucelený, zdravotně sociální systém integrovaných podpůrných služeb pro lidi, orientovaný na využití reziduálního potenciálu s omezenou soběstačností a podporu vyšších úrovní sociálního fungování a kvality.

Podle definice OECD z roku 2009 je dlouhodobá péče souhrnem služeb, které potřebují lidé s omezenou funkční kapacitou, tělesnou, či duševní, kteří jsou setrvale po delší dobu závislí na pomoci při základních aktivitách denního života, jakými jsou koupání, oblékání, jedení, uléhání na lůžka či usedání do křesla a vstávání z nich, užívání toalety, přemísťování se. Tato pomoc při sebeobsluze se často kombinuje se základními zdravotnickými službami. Dlouhodobá péče se může také kombinovat s jednodušší pomocí při instrumentálních aktivitách denního života, jakými jsou vedení domácnosti, nakupování, příprava stravy, doprava (Čeledová, 2006).

- Domácí zdravotní a sociální péče u dlouhodobě nemocného nabízí poskytování těchto výkonů:
- vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí
- sledování vitálních funkcí (měření krevního tlaku, tělesné teploty)
- odběr biologického materiálu
- aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti
- ošetření stomíí
- lokální ošetření
- klyisma, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů
- nácvik a zaučování aplikace inzulínu
- aplikace inhalační a léčebné terapie
- pomoc při zvládání běžných úkonů o vlastní osobu

- pomoc při hygieně
- poskytnutí stravy
- společnost a aktivizační program
- péče hospicového typu (<http://www.valerie-homecare.cz/>).

1.3 Charakteristika domácí zdravotní a sociální péče

Tato péče je definována Světovou zdravotnickou organizací jako jakákoliv péče poskytovaná lidem v jejich domovech (Jarošová, 2007).

Domácí zdravotní a sociální péče je vysoce kvalifikovanou a odbornou formou péče, která je propojená formou zdravotní (mezinárodní termín Home Care) a sociální (mezinárodní termín Home Help) (<http://www.medispot.cz/>). Domácí péče je stále zaměřována s péčí sociální – pečovatelskou. Důvodem může být fakt, že až do roku 2007, kdy vešel v platnost zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb., fungovaly některé agentury tak, že vedle všeobecných sester zaměstnávaly pečovatelky. Ty plnily samozřejmě jen svou práci dle svých kompetencí. Tato péče se zdála komplexní a fungovala. Nicméně po nabytí platnosti výše zmiňovaného zákona se jasně vymezila oblast zdravotní a sociální. Domácí péče v České republice se svým modelem a rozsahem působnosti, diagnostickými skupinami klientů, materiálním i personálním vybavením podobá modelu péče poskytované ve Spojených státech amerických a v Austrálii. Agentury tak asi ze 2/3 poskytují domácí péči zaměřenou zdravotně. V dnešní době si tak spousta agentur domácí péče zakládá i dceřinou agenturu zaměřenou na pečovatelskou službu (Slouková, 2011).

Domácí péče v Rakousku se nerozděluje na služby zdravotnické, ošetrovatelské či sociální. Tato péče poskytuje služby komplexně. Sestry pracují v korporaci s ostatními pracovníky a jsou zodpovědné za vedení dokumentace (Šimůnek, 2010).

Má-li být klientovi zajištěna komplexní a profesionální péče, nelze to v dnešní době realizovat bez spolupráce mezi sociální a zdravotní oblastí. Propojení zdravotní a sociální péče pomáhá klientovi nalézt životní stabilitu. Tyto dvě péče spolu

neodmyslitelně souvisí (Pučánková, 2011). Zastupují hospitalizaci a jsou poskytovány ve vlastním prostředí, což velice příznivě působí na psychiku klienta a výrazným způsobem ovlivňuje celý proces uzdravování. Potřebným klientem domácí péče je občan, který je z důvodu změněného zdravotního a sociálního stavu plně či částečně odkázán na odbornou pomoc druhých. Péče je určena klientům všech věkových kategorií od novorozenců až po seniory. Rozhodujícím aspektem pro indikaci domácí péče je zdravotní stav klienta (<http://www.medispot.cz/>). Péče plně respektuje lidská práva a podporuje pacienta ve všech jeho aktivitách v jeho vlastním sociálním prostředí (Šamánková, 2006). Za přirozené sociální prostředí označujeme rodinu, domácnost, sociální vazby k dalším osobám a místům, kde osoby pracují, vzdělávají se a vykonávají běžné aktivity. Vychází z principu pevné vazby člověka s domovem.

Cíle domácí péče jsou:

- udržení a podpora zdraví
- rozvoj soběstačnosti
- navrácení zdraví
- zmírňování utrpení nevléčitelně nemocného člověka
- doprovázení umírajících
- zajištění klidného umírání a smrti
- eliminace vlivu nozokomiálních infekcí (Nováková, Kroutilová, 2011).

1.3.1 Historie zdravotní a sociální domácí péče

Ošetřování nemocných bylo odedávna chápáno jako povinnost pomoci lidem v bolesti, utrpení a v těžkých životních situacích. Ošetřovatelská péče vycházela z tradic a náboženské víry. Charitativní ošetřovatelská péče byla soustředěna kolem klášterů, protože náplní některých řádů byla péče o chudé a nemocné. První ošetřovatelé byli pomocníci kněží, v 10. a 11. století se objevují první náznaky civilního ošetřovatelství. Již v 10. století vznikaly v českých zemích útulky pro chudé a nemocné. Nemocné ošetřovaly řádové sestry a bratři. Z ženských řádů to byly např. boromejky, alžbětinky a z mužských např. milosrdní bratři a maltézští rytíři. Uvedené řády zakládaly hned

vedle klášterů nemocnice. První nemocnice vznikaly s nástupem křesťanství za knížete Boleslava I. (929-976). Špitály poskytovaly přístřeší chudým, nemocným a opuštěným lidem, měly ráz charitativní. Ošetrovatelská péče byla zaměřena na hygienu, zajištění tepla a lůžka, nasycení chovanců (Kelnarová, 2009). Významnou postavou počátků českého ošetrovatelství byla Anežka Přemyslovna. Založila v Praze několik klášterů - první v roce 1233 U sv. Haštala, kde byl umístěn i špitál (Pléková, 2011). Vedle této ústavní péče začala ve 13. století vznikat nová forma pomoci, která směřovala k potřebným v terénu. Důvodem bylo papežské nařízení z roku 1292, v němž se řeholním sestřím zakazovala práce ve špitálech. Sestry pak začaly poskytovat pomoc nemocným přímo v jejich domácnostech. Tyto ženy se jmenovaly bekyně (Kolektiv autorů, 2010). V 15. století provozovaly v Praze návštěvní opatrovnictví známé sestry diakonky. Poté, co byly zakázány církví, vznikají soukromé domácí lazarety, kde nemocné obsluhovaly neškolené starší ženy. V rámci celé Evropy dochází k rychlému rozvoji domácí péče zejména koncem 19. století (<http://www.domaci-pece>). Jednou z významných osobností domácího ošetrování se stal Viliam Rathbone, který v roce 1859 vytvořil v Anglii moderní koncepci domácí péče. Společně s Florence Nightingaleovou založili první školu pro sestry návštěvní služby, které poskytovaly ošetrovatelskou péči chudým a lidem odkázaným na pomoc druhých (Svobodová, 2010). Přelomem v novodobé podobě terénní péče bylo založení Československého červeného kříže v roce 1919, který se pod vedením první předsedkyně Alice Masarykové zasloužil o vznik pečovatelské služby i ošetrovatelské domácí péče. Období druhé světové války přerušilo fungování vybudovaného systému péče a pomoci i vzdělávání pracovníků sociálně zdravotnických odborností. V roce 1940 byl rozpuštěn Československý červený kříž. Kontinuita terénní péče byla zrušena, mnozí i nadále pomáhali potřebným v ilegality. K návratu k myšlence domácí péče dochází v Evropě počátkem 70. let 20. století, tedy v době, kdy začínají jednotlivé zdravotnické systémy spotřebovávat čím dál větší krajíc ze státních rozpočtů. Po ukončení druhé světové války byla funkce ČK i odborná příprava ošetrovatelk obnovena, ČK působil jak v oblasti sociální, tak zdravotní (Kolektiv autorů, 2010). V roce 1952 na sebe bere odpovědnost za působení domácí péče dle zákona 103/1951 stát, tato péče je zařazena

do zdravotní péče, jež je poskytována ve zdravotních obvodech (<http://www.domaci-pece>). Sestry pracovaly jako sestry geriatrické v rámci obvodních středisek. Institut geriatrických sester byl později zrušen a nahrazen péčí typu HomeCare (Svobodová, 2010). Po roce 1989 začíná v Československé republice transformace a reforma řízení, struktury a financování zdravotnictví. V březnu 1990 vzniklo první pracoviště, které poskytovalo domácí ošetrovatelskou péči, tzv. středisko ošetrovatelské péče při České katolické charitě. V roce 1991 Ministerstvo zdravotnictví právně legalizovalo domácí péči jako zvláštní formu zdravotní péče (Jarošová, 2007). Nárůst počtu poskytovatelů domácí péče pak přinesl zákon č.160/1992 Sb. s účinností od 1. 4. 1992, který umožnil vznik prvních soukromých zdravotnických zařízení. Tento vývoj byl pozitivně ovlivněn i státní dotační politikou do této oblasti v období let 1993-1997. V druhé polovině 90. let už nedochází k tak velkému nárůstu počtu zdravotnických zařízení typu domácí péče. K jistým změnám a posunům dochází, ale tento proces není významný, brání mu totiž smluvní politika zdravotních pojišťoven a nedostatečná úroveň financování segmentu domácí péče (Kolektiv autorů, 2010). Od ledna 2011 vytváří Ministerstvo zdravotnictví spolu s českou asociací vizi k novému zákonu o dlouhodobé péči, který má určit další směr ošetrovatelství jako regulovaného povolání, zvýšit kompetence sester. V rámci reformy českého zdravotnictví se požaduje sloučení poskytování zdravotní a sociální služby v jednom subjektu a s jedním plátcem. Zavedení zákona do praxe ministerstvo plánuje na rok 2012/2013 (Šabouková, 2011). Legislativa Rakouské republiky je našemu právnímu řádu velmi blízká, a to už z toho důvodu, že nás s tímto státem pojí společná minulost, která se týká také domácí péče. Tato služba byla v Rakousku založena v r. 1975. Největší posun zaznamenala v r. 1993, kdy byl zaveden příspěvek na péči. Roku 2007 vznikla 24hodinové péče, která je mezi lidmi velmi oblíbená (<http://www.osetrovatelsky.herba.sk/>).

1.3.2 Formy domácí péče

Domácí péče je v ČR i v Rakousku indikována a poskytována v pěti základních formách.

1.3.2.1 Akutní domácí péče

Akutní domácí péče je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním nevyžadujícím hospitalizaci. Bývá poskytována v rozsahu dnů nebo týdnů. Většinou se jedná o specializovanou domácí péči určenou klientům v pooperačním a poúrazovém stavu (Jarošová, 2006). Nejčastějšími diagnostickými skupinami jsou klienti s onemocněním neurologickým (bolesti pohybového aparátu), kardiovaskulárním (hypertenze), gastrointestinálním (nauzea, zvracení, průjemy), urologickým (retence moči, záněty močových cest) (Šabouková, 2011).

1.3.2.2 Dlouhodobá domácí péče

Je nejrozšířenější formou péče o chronicky nemocné klienty (Jarošová, 2006), jejichž zdravotní i duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou péči kvalifikovaného personálu. Nejčastějšími diagnózami jsou cévní mozkové příhody, roztroušená skleróza, diabetes mellitus, ochrnutí, duševní onemocnění, chronická bolest (Šabouková, 2011). Tato péče bývá poskytována v rozsahu několika měsíců až let.

1.3.2.3 Preventivní domácí péče

Na žádost a indikaci lékaře je tato forma domácí péče poskytována v určitých opakujících se intervalech, např. týdne či měsíce. Jde především o sledování fyziologických hodnot, monitorování a komplexní vyhodnocování celkového stavu klienta. Případné nežádoucí změny se konzultují s ošetřujícím lékařem.

1.3.2.4 Domácí hospicová péče

Tato péče je poskytována terminálně nemocným klientům, u nichž se předpokládá doba dožití maximálně 6 měsíců. Pro tento účel komplexní péče vznikají specializované

domácí hospicové péče, které se věnují pouze tomuto typu péče, a mohou tak nabídnout veškerou kvalitu a komfort služeb.

1.3.2.5 Domácí péče „ad hoc“ (jednorázová)

Jednorázová domácí péče je indikována všude tam, kde není potřeba pravidelné domácí péče. Provádí se v případě časové vytiženosti praktických lékařů a sester. Lékař si pak jednorázově s agenturou domácí péče sjedná určitý typ péče. Většinou jde o jednorázové výkony, odběry či jednorázovou aplikaci injekce (Jarošová, 2006).

1.3.3 Systém domácí zdravotní a sociální péče a způsob, jakým je realizován v České republice a v Rakousku

Domácí péče navazuje na léčebnou péči ošetřujících lékařů, praktických lékařů, ambulantních specialistů a doplňuje ji. Je poskytována všem občanům bez rozdílů věku, rasy, pohlaví, politické nebo náboženské orientace. Za ideální se doporučuje nepřetržitá dostupnost domácí péče, což znamená 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce (Jarošová, 2007).

Domácí péče v České republice je podle vyhlášky MZ ČR 55/2000 formálně evidována jako odbornost 925 - domácí zdravotní péče a je indukovanou formou zdravotní a sociální péče poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí. O jejím rozsahu, obsahu a frekvenci rozhoduje ošetřující lékař klienta nebo ošetřující lékař z doby hospitalizace. Indikace domácí zdravotní péče je závislá na celkovém posouzení stavu a potřebnosti péče. Musí být vystaven poukaz na ošetření a vyšetření v domácí péči, tyto poukazy mají časově omezenou platnost. Potvrzení vydané klientovým ošetřujícím lékařem má platnost 14 dnů a potvrzení vydané praktickým lékařem má platnost stanovenou na tři měsíce (Bártlová, 2010). Na tuto péči úzce navazuje péče sociální. Pečovatelská služba je poskytována uživatelům dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a kromě základních činností a úkonů nabízí množství fakultativních úkonů a služeb (<http://www.dfkgroup.cz/>). O rozsahu a potřebnosti sociální péče

v rámci domácí péče rozhoduje sociální pracovník samosprávy nebo státní správy na základě sociálního šetření (Bártlová, 2010). Výsledky tohoto šetření zašle příslušné správě sociálního zabezpečení a ta rozhodne o stupni závislosti. O příspěvku rozhodne krajská pobočka Úřadu práce. V České republice máme 4 stupně závislosti, které ilustruje tabulka 3 v příloze. Podle stupně závislosti je určena výše příspěvku na péči, která má pomoci k úhradě sociální péče (zákon 108/2006 Sb.). Ta je dle platných norem poskytována za plnou úhradu klientem (Šimůnek, 2010).

Domácí péče v Rakousku je poskytována podle rakouského zákona HBeG §3. Dnem 1. července 2007 vstoupil v Rakouské republice v platnost zákon o domácí péči (HBeG) a došlo ke změnám v živnostenském řádu. Tím byl vytvořen právní základ pro 24hodinovou péči, která je poskytována pečovatelkou v domácnosti klienta. Zpravidla jde o dvoutýdenní turnus, během něhož se v rodině střídají dvě pečovatelky.

Domácí péči je možné poskytovat jedním z následujících tří způsobů:

- osoba vyžadující péči, případně její rodina, si najme pečovatelku, tedy pracovníka v přímé péči (model závislý)
- osoba vyžadující péči, případně její rodina, zařídí péči prostřednictvím zastřešující organizace, např. charity, diakonie (model zastřešující)
- osoba vyžadující péči, případně její rodina, uzavřou smlouvu s pracovníkem přímé péče - pečovatelkou, vlastníci vlastní živnostenský list (model samostatný).

V Rakousku je zavedeno sedm stupňů úrovně bezmocnosti a stupně postižení, které ilustruje tabulka 4 v příloze práce. V rozsahu stupně postižení 3 až 4 je nezbytné lékařské potvrzení o nutnosti dané péče. Pokud má klient 5. - 7. stupeň postižení, pokládá se 24hodinová péče za nevyhnutelnou. Je-li potřeba služeb většího rozsahu, než může pokrýt příspěvek na nejvyšší stupeň, je rozdíl zaplacen z prostředků státu. Příspěvek na bezmocnost, jenž podléhá sociálnímu pojištění, je poskytován v sedmi stupních. Posouzení nároku na tento příspěvek provádí posudkový lékař. Míra závislosti se neposuzuje podle úkonů, ale podle času, po který potřebuje osoba pomoc. Dávka na dlouhodobou péči je vyplácena přímo příjemci (Kolektiv autorů, 2010).

1.3.4 Financování domácí zdravotní a sociální péče v České republice a v Rakousku

V novodobém zdravotnickém systému existují tři propojené strany:

1. pacient - příjemce péče
2. poskytovatel – lékař a zdravotnická zařízení
3. plátce – ten, kdo provedenou zdravotní péči finančně hradí.

Základním pilířem zdravotního systému v České republice i v Rakousku je ze zákona povinné veřejného pojištění. V rámci zákonem daných pravidel vytvářejí obyvatelé veřejné fondy, do kterých odvádějí účelové příspěvky určené na zdravotní a sociální potřeby a prostřednictvím managementu si tyto fondy spravují. Vzniká tak instituce veřejné zdravotní či sociální pojišťovny. Tento typ financování zdravotní péče byl vytvořen a realizován už kancléřem Bismarckem v 19. století v Německu. Poskytovaná zdravotní péče, tedy její převážná část, je v České republice hrazena ze zdrojů povinného zdravotního pojištění prostřednictvím sedmi zdravotních pojišťoven. Principem veřejného zdravotního pojištění je zajistit stejné podmínky čerpání zdravotní péče pro všechny bez ohledu na konkrétní výši odváděného pojistného. Plátců zdravotního pojištění jsou stát, zaměstnavatelé a pojištěnci. Příspěvek na zdravotní pojištění se pohybuje ve výši 13,5% z vyměřovacího základu. Ze všeobecného zdravotního pojištění je částečně či plně hrazena domácí péče (zdravotní), diagnostická, ambulantní a ústavní péče včetně rehabilitace a péče o chronicky nemocné, prevence, léčiva a prostředky zdravotnické techniky, doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů. Od roku 1997 byl schválen nový Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jakožto prováděcí vyhláška k novému zákonu o zdravotním pojištění. Součástí seznamu se stala nová samostatná odbornost 925 - domácí zdravotní péče (Jarošová, 2007). Poskytovaná sociální péče je hrazena přímou platbou klientem, který si může zažádat podle zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách o příspěvek na péči, který je hrazen ze státního rozpočtu. Jak už jsem zmiňovala, výše dávky je stanovena určením stupně závislosti (zákon 108/2006 Sb.).

Prostředky veřejného zdravotního pojištění jsou v Rakousku nejdůležitějším zdrojem financování. Povinné zdravotní pojištění je založeno na příslušnosti k profesní skupině, nebo místě bydliště, mezi zdravotními pojišťovnami tedy v podstatě neexistuje

tržní soutěž (Barták, 2010). V Rakousku funguje 25 pojišťovacích fondů. Příspěvek na zdravotní pojištění se pohybuje mezi 6,4 - 9,1% (podle typu fondu) ze základu stanoveného podle výše příjmů. Jednu polovinu hradí zaměstnavatel a druhou pojištěnec. Placením zákonného příspěvku do pojišťovacích fondů získávají občané oprávnění na léčbu danou zákonem. Rakouský systém zdravotní péče je stejný pro každého, bez ohledu na jeho příjem. Sociálně zdravotní pojištění kryje domácí péči, dávky v nemoci a v mateřství, rehabilitaci, primární zdravotní péči, léky a zdravotnickou techniku, zubní léčbu, nemocniční léčbu, ochranu zdraví a prevenci, lázně, diagnostiku, převozní a cestovní náklady. Doplnkové soukromé zdravotní připojištění kryje náklady na zdravotní péči, která není proplácena povinným zdravotním pojištěním, a tedy nabízí i možnost krytí nadstandardní péče. Soukromým zdravotním pojištěním je zajištěna zhruba jedna třetina Rakušanů (<http://www.czf.cz/>).

1.3.5 Pracovníci pečující o klienty domácí zdravotní a sociální péče

Doporučenou profesní strukturu týmu domácí péče v České republice znázorňuje tabulka 5, ilustrována v příloze (Slouková, 2011). V Dačicích jsou dvě domácí péče a ty zaměstnávají pouze registrované zdravotní sestry. Důvod je jednoduchý, ostatní specialisté by neměli být z čeho financováni. Aby mohly agentury fungovat komplexně, musely by mít nasmlouvané dohody s jednotlivými profesemi a další pracovníci by museli být financováni přímou platbou od klienta. Součástí profesního týmu tak nejsou ani pečovatelé, proto domácí péče v Dačicích úzce spolupracují s Pečovatelskou službou Ledax. Ta při tvorbě svého programu čerpá ze zkušeností ze zahraničí, a to především z Rakouska, Německa a Švýcarska (<http://www.dfkgroup.cz/>).

Profesní struktura týmu domácí péče v Rakouské republice je znázorněna v tabulce 6, ilustrována v příloze (<http://www.pflege.fsw.at/bzp/>).

1.4 Pečovatel

Hlavními předpoklady k výkonu práce v sociálních službách jsou způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost (<http://www.mpsv.cz/>). Pečovatelem je pracovník v sociálních službách, který provádí pečovatelskou činnost v domácnosti osoby. Práci vykonává v přímém kontaktu s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexně pečuje o jejich domácnost, provádí sociální depistáž pod vedením sociálního pracovníka, poskytuje pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizačně zabezpečuje a komplexně koordinuje pečovatelskou činnost a zajišťuje pomoc sociální (Kršková, 2008).

1.4.1 Předpoklady k práci pečovatele

Každé povolání klade určité podmínky na osobnost zaměstnaného člověka. Je tedy pochopitelné, že i pečovatelská práce klade nemalé nároky na reprezentanty tohoto povolání. Práce pečovatele je velice náročná a vyčerpávající a nemůže ji vykonávat každý. Předpoklady k pečovatelské práci má ten jedinec, který je schopen odpovědně a svědomitě vykonávat tuto činnost, je sociálně zralou osobností a identifikoval se s rolí pečovatele.

K hlavním předpokladům pro práci pečovatele řadíme:

- senzomotorické předpoklady - šikovnost, pohybová obratnost, neporušené smyslové vnímání, manuální zručnost
- estetické předpoklady - tyto předpoklady se týkají smyslu pro úpravu vlastního zevnějšku, zevnějšku klienta a pro úpravu bytu
- intelektové předpoklady - schopnost řešit náročné situace a volit řešení přiměřené dané situaci
- sociální předpoklady - schopnost navázat kontakt a vést dialog, mít pozitivní vztah k lidem, schopnost empatie, umění ovládat své jednání, chtít druhým skutečně pomáhat, být užitečný pro druhé

- autoregulační předpoklady - sebezapření, přizpůsobivost, zvýšená odolnost vůči stresu (Mlýnková, 2010).

1.4.2 Pečovatel jako angažovaný, neangažovaný pracovník

Angažovaný pracovník do vztahu s klientem vnáší určitou míru svého osobního prožívání, zajímá se o názory klienta, jedná se zaujetím, poslouchá jej, vnímá jeho pocity a cítí se při tom uvolněný. Právě touto vlastností vytváří bezpečnou atmosféru. Angažovaný pracovník nechává klienta, aby vyjádřil své kladné i negativní pocity a má schopnost se „připojit“. V jednání s klientem je spíše v pozadí, nesnaží se jej do žádné situace nutit. Dalším znakem dobrého pečovatele je schopnost mít pochopení pro každého. Neznamená to, že by pečovatel musel mít ke všem svým klientům stejný vztah, to ani není v praktickém životě možné, protože každý z nás preferuje různé a odlišné lidské vlastnosti, podle kterých si lidí spíše váží, nebo je spíše odmítá. I přes tyto osobní preference je velice důležité, aby i neoblíbený klient nacházel ve svém pečovateli oporu.

Neangažovaný pracovník je pravým opakem pracovníka angažovaného. Neusiluje o vytvoření užšího vztahu s klientem (Kopřiva, 2007).

1.4.3 Kompetence pečovatelů v České republice a Rakousku

Přesný výčet kompetencí a výkonů, které může pečovatel vykonávat, uvádí vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Pečovatelky v České republice jsou zpravidla rozděleny do dvou odlišných kategorií.

Do první patří „rozvážné“ pečovatelky - pracovnice rozvážky obědů, které vesměs nemají užší kontakt s klientem. Mezi běžné úkony, které provádějí, patří v první řadě rozvezení obědů, odnesení obědů na smluvené místo nebo do bytů seniorů, domlouvání podmínek doručení obědů na smluvené místo nebo do bytů klientů. Tyto pracovnice

domlouvají podmínky s klientem nebo jeho rodinou. Jejich úkolem je také podávat zprávy o zdravotním stavu klienta, to se však ve skutečnosti vesměs neděje, protože k přímému kontaktu s klientem vlastně při odevzdání jídla na smluvené místo ani nedojde. K dalším povinnostem těchto pracovníků patří i některé administrativní činnosti (Kršková, 2008).

Do druhé kategorie patří „klasické“ pečovatelky - pečují o domácnost klienta, vykonávají úklidové práce, perou a žehlí prádlo, nakupují dle přání klienta, pomáhají mu při obstarávání osobních záležitostí – např. jej doprovodí na úřad, k lékaři, na vyšetření, terapii, do jiných institucí. Dále mu osobně asistují, tj. pomáhají při stravování, osobní hygieně, pohybu a přemísťování, nacvičují s ním dovednosti pro zvládnutí péče o vlastní osobu. Poskytují klientovi také průvodcovské a předčitatelské služby, provádějí fyzioterapeutickou péči, aktivní a pasivní cviky a zajišťují edukační (vzdělávací) činnosti – nácviky dovedností (např. jak si namazat chleba) za účelem zlepšení či udržení zdraví a kvality života (<http://www.medispot.cz>).

Právní definice pro výkon pečovatele v Rakousku je uvedena v §1 odstavec 3 HBeG.

Pečovatelé v Rakouské republice jsou rozděleni do dvou kategorií.

Do první řadíme tzv. „Heimhelferin“ - pomocníci v domácnosti, která pracuje převážně v sektoru ambulantních služeb domácí péče, již převážně čerpají senioři, kteří žijí ve svém domácím prostředí. Náplní práce této pečovatelky je pomoc a podpora při zvládnutí denních aktivit jako jsou nákupy, doprovod k lékaři, na úřad, na vyšetření. Tyto pečovatelky zajišťují také chod domácnosti, praní, žehlení, úklid domácnosti. Současně pomáhají klientovi při osobní hygieně, při stravování, pohybu a přemísťování.

Do druhé kategorie patří tzv. „Pflegehelferin“- pomocnice v péči, ta se stará o klienty, kteří jsou přímo závislí na dopomoci v denních aktivitách, a je spolupracovnicí zdravotních sester. Tato pracovníce může vykonávat jednoduché úkony delegované sestrou nebo lékařem (Kolektiv autorů, 2010).

1.4.4 Kvalifikační požadavky na pečovatele v České republice a v Rakousku

V České republice vyplývají kvalifikační požadavky především z požadované odborné způsobilosti podle příslušných zákonů. Pro pracovníky v sociálních službách je v tomto smyslu závazný zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách, který obsahuje tyto požadavky:

- požadované minimální vzdělání: základní ukončené
- požadované odborné profesní vzdělání: absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu dle §37 vyhlášky č.505/2006 Sb.
- požadované obecné znalosti a dovednosti: znalost standardů kvality, umět poskytnout první pomoc
- požadované osobní předpoklady: schopnost jednat s lidmi, schopnost týmové práce, flexibilita, samostatnost, zodpovědnost.

V Rakouské republice jsou kvalifikační požadavky na vykonávání profese „Heimhelferin“ - pomocnice v domácnosti - stanoveny takto:

- ukončené základní vzdělání
- závěrečná zkouška před komisí, která je legislativně podložena materiály LGBI 4/2008 WSBBG a LGBI 8/2008 WHEG, vzdělávacím kurzem 200 hodin teorie + 200 hodin praxe
- pozitivní přístup k lidem a schopnost vnímat člověka s respektem i v intimních momentech péče
- dosažení věku 18 let.

Kvalifikační předpoklady pro vykonávání profese „Pflegehelferin“ jsou stanoveny následovně:

- ukončené základní vzdělání
- závěrečná zkouška před komisí, která je legislativně podložena materiály BGBl. I Nr.108/1997, vzdělávacím kurzem 800 hodin teorie + 800 hodin praxe
- pozitivní přístup k lidem a schopnost vnímat člověka s respektem i v intimních momentech péče

- dosažení věku 18 let, doporučeno 21 let (Kolektiv autorů, 2010).

Pro srovnání uvádím platové ohodnocení pečovatelů ve sledovaných zemích.

V České republice jsou pečovatelé zařazeni dle nařízení vlády č. 564/2006 Sb. do 5. platové třídy, pro ilustraci uvádím konkrétní data v příloze v tabulce 7 (<http://www.tribune.cz>).

Platy pečovatelů v Rakouské republice jsou stanoveny nařízením vlády - §24 pro zdravotnický personál. Pečovatelé jsou zařazeni do platové třídy IC. Konkrétní data jsou uvedena v příloze v tabulce 8 (<http://www.rokeskreuz.at>).

2. CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda existuje rozdíl ve vztahu klient - pečovatel v Home Care v Rakousku a v České republice. Současně jsem se také snažila zjistit, zda existuje rozdíl v systému poskytování domácí péče mezi rakouským a českým Home Care.

2.2 Výzkumné otázky

Při tvoření výzkumných otázek jsem čerpala z poznatků Hendla (2008), který uvádí, že výzkum je proces, který vytváří nové poznatky. Tato činnost je systematická a pečlivě naplánovaná a je vedena snahou přispět k rozvoji daného oboru a zodpovězení kladených výzkumných otázek. Hendl upozorňuje na důležitost výběru metody sběru dat. Volba metody závisí na tom, od koho budeme informace sbírat, za jakých okolností se bude sběr dat odehrávat a jaký druh informací je sbírán. Je nutné dobře si připravit plán organizace sběru dat v každé fázi výzkumu. Tento plán pak může sloužit i jako kontrola, že se informace získávají ve vhodnou dobu a odpovídajícím způsobem.

Stanovená výzkumná otázka:

- Vnímají klienti v Rakousku osobu pečovatele podobně jako v České republice?

3. METODIKA

3.1 Technika sběru dat

Data v této bakalářské práci byla získána technikou kvalitativního výzkumu za použití metody dotazování formou polostandardizovaného rozhovoru a také vlastním pozorováním, příp. i analýzou osobních dat sledovaných klientů domácí péče. Cílovou skupinu tvořily zcela imobilní klientky domácí české a rakouské péče.

3.2 Charakteristika cílové skupiny

Výzkumný soubor tvořily komunikativní klientky domácí české a rakouské péče, které měly II., III. a IV. stupeň závislosti. Respondentkami byly ženy z Dačic a z Raabs an der Thaya. Výzkum probíhal od listopadu 2012 do ledna 2013.

Před zahájením sběru dat jsem zkontaktovala vedoucí dačické domácí péče, ta mě ale odkázala na pečovatelskou službu Ledax, protože jejími zaměstnanci jsou registrované zdravotní sestry. Dačická domácí péče nedisponuje pečovateli, proto úzce spolupracuje s pečovatelskou službou, která zaměstnává pouze pečovatele. Proto jsem se obrátila na sociální pracovníci Ledaxu a požádala ji o spolupráci při mém výzkumu. Paní byla velice ochotná a hned souhlasila. Viděla problém pouze v tom, že služba Ledax pečuje jen o malé množství zcela imobilních klientů. O imobilní klienty se totiž převážně starají zdravotní sestry a rodinní příslušníci. Přesto oslovila tato sociální pracovníce své klienty a souhlas podílet se na výzkumu získala od 3 žen se stupněm závislosti II, III. a IV. S klientkou IV. stupně nebyl možný rozhovor z důvodu špatného zdravotního stavu, výzkumné otázky byly proto kladeny blízké osobě, u které je tato žena v péči.

Poté jsem oslovila s žádostí o spolupráci i vedoucího domácí péče v Raabs an der Thaya a zdravotní sestru, která je české národnosti a v Raabsu jako pečovatelka pracuje. Na smluvené schůzce jsem oba seznámila s tématem své práce a požádala jsem je o zprostředkování kontaktu s klienty, které potřebuji. Pan vedoucí nebyl mé práci

nakloněn, ale díky přímlově české sestry jsem mohla výzkum provést. Dostala jsem však podmínku, že výzkum musím provádět pod vedením této sestry a bez jakékoliv nahrávací techniky. Česká sestra mi pomohla překonat i částečnou jazykovou bariéru mezi mnou a oslovenými klienty rakouské domácí péče.

3.3 Proces sběru dat

Při první návštěvě jsem se každé ze svých respondentek představila, seznámila ji s tématem rozhovoru a ověřila jsem si, zda splňuje kritéria, která k výzkumu potřebuji. Chtěla jsem dotazované ženy také zbavit strachu a případných obav z mé další návštěvy. Zároveň jsem si během těchto pohovorů utvářela soubor otázek, které mi posloužily jako návod k vedení výzkumného rozhovoru.

Výzkumný rozhovor jsem si vyzkoušela nanečisto na mamince mé známé, která je také klientkou pečovatelské služby, ale v jiném městě. Tato žena má 69 let a III. stupeň závislosti. Její odpovědi a následná zpětná vazba mi dodaly další cenné informace k vytvoření strategie vedení výzkumného rozhovoru.

Při výzkumu jsem provedla rozhovor se šesti respondentkami. Z důvodu ochrany jejich osobních údajů a zachování anonymity jsem jim přidělila smyšlená jména podle abecedy, a to v tom pořadí, v jakém jsem s nimi vedla rozhovory.

Respondentky jsem vyzývala, aby vyprávěly o svém životě, o svém onemocnění a potřebnosti domácí péče i o tom, jak jsou s péčí a prací pečovatelů spokojeny. Požádala jsem je, zda si mohou zapisovat údaje do záznamového archu, všechny souhlasily. Při jejich vyprávění jsem jim pokládala otázky, jimiž jsem si chtěla upřesnit informace, které jsem potřebovala do svého výzkumu. V průběhu setkání jsem pozorovala také vzhled a chování respondentky v jejím domácím prostředí. Získaná data jsem se snažila zapsat si do záznamového archu hned po skončení setkání. Informace, které jsem považovala za důležité, jsem si zapisovala už v průběhu rozhovoru.

4. VÝSLEDKY

4.1 Rozhovor: Respondentka Anna

II. stupeň závislosti, 5 let klientkou pečovatelské služby v pečovatelském domě

1. Identifikační otázky:

Rok narození: 1930

2. Proč a jak dlouho využíváte domácí péči?

„Domácí péči využívám už 5 let, a to z důvodu mého zdravotního stavu, který mi neumožňuje se o sebe, bohužel, postarat sama. Nějaké základní věci zvládnou, ale díky tomu, že mi vypomůžou, můžu žít trochu normální život tady sama a nemusím být v žádném ústavu. Kdybych měla rodinu, která by mi mohla takhle pomoci, tak bych tuto péči nemusela mít, ale děti nemám a nikdo jiný na mě nemá čas.“

3. Zvládla byste Vaši nemoc bez domácí péče?

„Teď už rozhodně ne. Takhle nemocná jsem už 10 let, ale doma s manželem jsme to zvládali dobře, ale před 5 lety umřel a já jsem si musela zařídit tenhle druh pomoci, protože sama bych už to nezvládla, nedokážu se sama umýt, uklidit, nakoupit. Kdyby tato péče nebyla, byla bych buď mrtvá, nebo bych žila dost nedůstojným životem.“

4. Zhodnoťte práci pečovatelů - pozitiva i negativa.

„Co se týká jejich práce, tak jsou moc šikovní a pracovití, na to si vůbec nemůžu stěžovat, všechno, co máme dohodnuté, tak udělají a jsou velmi pečliví. Často se mě ptají, jestli ještě nepotřebuji s něčím pomoci, což je od nich velmi pěkné, ale já už na to nemám peníze. Už takhle mi nic nezbyvá a taky se musím snažit něco zvládnout sama. Ale na druhou stranu mě mrzí, že nemají čas na vlídné slovo a kávu, pokaždé když jim kávu nabídnu, dostanu stejnou odpověď, nemám čas. Já to chápu, že mají moc práce, ale mně by těch 10 minutek strašně pomohlo, jsem tady celý den sama a malý rozhovor u rychlé kávy by byl prima.“

5. Jaký by měl být ideální pečovatel?

„Podle mě by měl být usměvavý a udělat si trochu času i na hezké slovíčko, víc bych neměnila.“

6. Pokud máte odborný dotaz, jaká je reakce pečovatele?

Smích. „Jejda, děvče, to už jsem dávno vzdala, jsem taková všetečka, všechno potřebuji vědět a tím, že za mnou chodí pouze pečovatelky, tak jsem se zkoušela ptát na mnoho věcí kolem mého zdravotního stavu, ale ani jednou jsem na tohle odpověď nedostala a se zlou jsem se potázala. Na takové věci se prý mám ptát lékaře. Takže už se o nic takového nepokouším, a pokud něco potřebuji, tak se kouknu do mých knih.“

7. Jaké by měl mít pečovatel vzdělání a finanční ohodnocení?

„Myslím si, že asi ten kurz, co musí mít, tak asi stačí. Dřív, když jsem se ptala, na ty věci kolem mého zdraví a oni mě pořád odkazovali na lékaře, tak jsem se zlobila, ale když teď nad tím tak přemýšlím, tak bych mohla těžko chtít, aby na práci umývání podlah, nákupy a vše, co dělají, měli maturitu, jen aby mohli odpovídat na mé zvědavé otázky. Takže to by vážně nešlo a ještě k tomu za těch pár peněz, to už vůbec ne. A i když nemají velké vzdělání, tak za tu dřinu by měli teda rozhodně dostat více peněz.“

8. Myslíte si, že jsou pečovatelé dostatečně vytíženi, nebo by měli mít více kompetencí k plnění náročnějších úkonů?

„Myslím si, že mají práce dost, právě možná až moc, jsou unavení a přepracovaní a jak jsem už říkala, kdyby jich bylo více na stejnou práci, tak by měli čas i na to popovídání, které je pro mě stejně důležité jako ostatní jejich práce. Kompetence bych jim určitě nepřidávala, to už by fakt vůbec nestíhali a ještě by museli mít více kurzů a kdoví čeho, ale výplaty určitě stejné.“

9. Co podle Vás smí a nesmí dělat pečovatel?

„Tak vím, že nesmí dělat nic zdravotnického, píchat injekce, dávat léky, prostě nic odborného, jen smí uklízet, nakupovat, pomoci mi s umýváním. Ale taky vím, že to tak

není, tady vedle sousedce píchá inzulín, a to by neměla, říkala jsem jí to, ale prý je jí to jedno.“

10. Řešila jste někdy problém s agenturou? Jaký? A s jakým výsledkem?

„Řešila, a to hned na začátku, když manžel zemřel. Chtěla jsem do tohoto pečovatelského domu, protože jsem tady měla kamarádku, ale tady neměli místo, tak mě chtěli dát do jiného města. Byla jsem na následné péči, kde jsem se léčila s nervy po smrti manžela a čekala, kam půjdu. Paní vedoucí byla strašně hodná a milá, ale zkoušela mě přesvědčit, že musím jít jinam, nakonec jsem se s tím smířila, ale když už jsem měla ukončit pobyt v následné péči, tak mi volala paní vedoucí, že se uvolnilo místo, tak jsem byla moc ráda, že byla tak hodná a pamatovala na mě a pomohla mi, že jsem mohla zůstat tady, v blízkosti mé kamarádky.“

11. Myslíte si, že je v zahraničí (např. v Rakousku) péče jiná? A v čem?

„Tak to si myslím, že rozhodně, úplně dopodrobna nevím, jak to u nich chodí, ale určitě si nemyslím, že si musí všechno platit sami ze svého, stát se o ně určitě lépe stará než tady u nás o nás, že nemusí otáčet každou korunu jako tady já. Asi by koukali, z čeho tady musím vyjít, a taky určitě jejich pečovatelé mají lepší výplaty.“

12. Co byste na systému domácí péče změnila?

„Určitě bych změnila přístup úřadů, protože když tuhle péči nepotřebujete, tak o tom nemáte žádné informace, ale pak když honem potřebujete, tak se setkáváte s velkou neochotou a nedostatkem informací. A změnila bych systém určování závislosti, jsem na vozíku a nemůžu prakticky nic a mám stupeň II. Chtěla bych je vidět, jak by to s takovou almužnou zvládli, nebo aspoň i pečovatelská péče by měla být hrazena pojišťovnou.“

4.2 Rozhovor: Respondentka Božena

III. stupeň závislosti, 2 roky klientkou domácí péče ve vlastní domácnosti v péči manžela

1. Identifikační otázky:

Rok narození: 1955

2. Proč a jak dlouho využíváte domácí péči?

„Domácí péči využívám už 2 roky, protože jsem po CMP a jsem ochrnutá na půl těla. Stará se o mě manžel, ale už na všechno nestačí, proto k nám jezdí zdravotní sestry, které se starají o můj zdravotní stav a pečovatelky, které nám pomáhají s domácností.“

3. Zvládla byste Vaši nemoc bez domácí péče?

„Bez mého manžela a spolupráce domácí péče bych nezvládla vůbec nic. Ze začátku jsme si mysleli, že to zvládneme sami, jen mi v nemocnici vypsali papíry na domácí péči, takže k nám začaly jezdit sestřičky, ale po pár měsících se ukázalo, že na vše manžel nestačí, tak jsme museli začít využívat i službu pečovatelskou. Manželovi se hodně ulevilo a mně také, měla jsem obavy o jeho zdravotní stav.“

4. Zhodnoťte práci pečovatelů - pozitiva i negativa.

„Abych Vám pravdu řekla, tak pečovatele moc nevnímám, jen tak se tady ukážou a hned zase zmizí, nebo prostě uklízí a já je neruším, takže je ani pořádně nestačím zaregistrovat. Jsem hodně v kontaktu se sestrami, ty jsou báječné. Pečovatelky, o těch může manžel povídat.“

Pan manžel: „Ale jo, jsou to pracovité ženy, vždycky se domluvíme dopředu, co budu potřebovat a ony to udělají. Některá toho namluví až moc, jiná zase nic, ale většinou chvátají a nemají čas na nějaké větší povídání. Ale že bych byl nějak nespokojený, to vůbec, jsem rád, že taková služba existuje. A jak je tomu všude, některé jsou milé a příjemné a jiné zas ne. Negativa žádné nevím, snad možná, že jsou některé takové netrpělivé a všechno honem, honem, ale v našem věku už to honem nejde tak rychle.“

5. Jaký by měl být ideální pečovatel?

„Tak podle mě by měli být pečovatelé milí, empatičtí a trpěliví. Chápu, že chvátají, ale to, že je člověk nemocný a už mu nejde všechno tak rychle, za to bohužel žádný nemůže. A nic Vám nezpříjemní den jako trochu úsměvu.“

6. Pokud máte odborný dotaz, jaká je reakce pečovatele?

„Pečovatele se neptám, nikdy mě to ani nenapadlo, pokud něco potřebuji vědět, ptám se sestřiček a ty prakticky vědí pokaždé, když něco potřebuji.“

Pan manžel: *„Jak už jsem říkal, je na nich vidět ten spěch, takže ani není chuť se jich na něco ptát, a tím, že k nám jezdí sestry, tak dotazy směřuji k nim, myslím si, že by stejně nevěděli odpověď.“*

7. Jaké by měl mít pečovatel vzdělání a finanční ohodnocení?

„No vy teda máte otázky.“ Smích. „Podle mě na to, co dělají, nemusí mít vzdělání žádné a ani vůbec nevím, jestli nějaké mají, ale jak znám naši republiku, tak určitě něco mít musí, myslím si, že by stačilo, kdyby měli nějaká sezení a tam je učili slušné chování a úctu k nemocným lidem. To, co dělají, umí každá žena, která chce, ale umět být trpělivý a vstřícný k nemocným, to každý neumí. Co se týče finančního ohodnocení, nevím, kolik berou, ale ve zdravotnictví, podle mě, není nikdo dostatečně ohodnocen, počínaje lékaři a pečovateli konče.“

8. Myslíte si, že jsou pečovatelé dostatečně vytíženi, nebo by měli mít více kompetencí k plnění náročnějších úkolů?

„Podle mě toho mají až dost, však, jak jsem říkala, jen se tady mihnou, za celou dobu se ani nezastaví, asi bych jich mělo být více a nějak se o tu práci podělit. Takže bych jim určitě už více práce nepřidělávala, myslím si, že se krásně doplňují se sestrami a kompetence bych nenavyšovala, to by museli mít patřičné vzdělání a k tomu by se zase nehodilo uklízení a nošení obědů.“

9. Co podle Vás smí a nesmí dělat pečovatel?

„Tak to víme naprosto přesně, tím, že o nás pečují jak zdravotníci, tak i pečovatelé. Hned na začátku nám byly tyto informace poskytnuty a ta děvčata přesně postupují tak, jak nám řekla. Pečovatelé pečují o naši domácnost a jídlo a zdravotníci o moje nemocné tělo a duši.“

10. Řešila jste někdy problém s agenturou? Jaký? A s jakým výsledkem?

„Bohužel řešili, i když velice neradi. Pečovatelka nám řekla, že ve 12 hod. dorazí s obědem, jenže jsem taky diabetička, což vědí. A my jsme se jí dočkali až před čtrnáctou hodinou, nebylo mi dobře, byla jsem hladová. Pak se to stalo ještě podruhé a to už jsme požádali paní ředitelku o nápravu, snažila se nám to vysvětlit, omluvila se a od té doby se nám to nestalo, tak snad už to bude dobré.“

11. Myslíte si, že je v zahraničí (např. v Rakousku) péče jiná? A v čem?

„Jejda, tak to jste mě velice zaskočila, nikdy jsem o tom nepřemýšlela. Ale když bych měla odpovědět, tak rozhodně. Rakousko je mnohem více ekonomicky zajištěná země, takže předpokládám, že i tuto péči mají lépe zajištěnou. Určitě mají dostatek prostředků, aby si tuto péči mohli dovolit.“

12. Co byste na systému domácí péče změnila?

„Mně se tento systém líbí, ale jen díky tomu, že mám doma manžela, často myslím na to, že kdybych ho neměla, tak to nezvládnou finančně, příspěvek, co dostávám na III. stupeň závislosti, a k tomu naše důchody nám stačí, ale když nebudu mít manžela, tak budu potřebovat ještě více pečovatelské péče, nejlépe tu, kdy by tady se mnou mohl někdo být 24 hodin denně, a tu si nebudu moct v žádném případě dovolit. Takže vím, že musím umřít dřív než manžel, jinak skončím někde na LDN, a to v žádném případě nechci. Tohle bych změnila na celém systému, více financí a podpory pro nemocné lidi.“

4.3 Rozhovor: Respondentka Dana

IV. stupeň závislosti, 1 rok klientkou domácí péče v domácnosti své dcery. Zde je veden rozhovor s paní Dášou, jež je dcerou klientky, které těžký zdravotní stav neumožňuje rozhovor uskutečnit. Na první pohled jde vidět, že péči o nemocnou matku zcela nezvládá.

1. Identifikační otázky:

Rok narození: 1923

2. Proč a jak dlouho využíváte domácí péči?

„Moje maminka a já užíváme domácí péči jeden rok, o maminku se starám už 6 let, byla soběstačná a já chodila do práce, pak jsem šla do důchodu, takže jsem tu s ní mohla zůstat celé dny, ale postupně se její zdravotní stav zhoršoval, nakonec jsme z důvodu těžké roztroušené sklerózy musely požádat o pomoc agenturu, já už jsem na to sama nestačila.“

3. Zvládla byste Vaši nemoc bez domácí péče?

„Bohužel, tento poslední rok, kdy už je maminka úplný ležák, bych to určitě bez domácí péče nezvládla. Jak bez sester, tak i pečovatelek by to rozhodně nešlo. Moje zdraví také už není, co bývalo, a síly ubývají, takže bych musela maminku dát do ústavu. Sama bych to nezvládla. Práci pečovatelek bychom potřebovaly mnohem více, ale nemáme na to peníze.“

4. Zhodnoťte práci pečovatelů - pozitiva i negativa.

„Jsou to zlatá děvčata, strašně si jejich práce cením, jsem s nimi velmi spokojená. Velice se vždycky těším, až zase přijedou, jsou milé a hodné a moc se snaží. Nemám co vytknout. Jen možná, kdyby měly více času, s maminkou už nic nenapovídáme, tak bych si s nimi poklábosila, ale jde vidět, že chvátají, tak je nechci zdržovat.“

5. Jaký by měl být ideální pečovatel?

„Tak, už to slovo vybízí k pečování, ale nemyslím si, že by se tak měli jmenovat, protože oni nepečují, oni zajišťují, a to je velký rozdíl. Podle mě by měli mít více času pro jednotlivou domácnost, neměl by na ně být vyvíjen takový tlak, neměli by být tolik unavení a pak by byli takoví klidnější a milejší, dnes jde z nich cítit napětí, i když se snaží ho nedávat najevo.“

6. Pokud máte odborný dotaz, jaká je reakce pečovatele?

„Ne, odborné dotazy na ně určitě nemám, tím, že o maminku pečuji už tak dlouho, o její nemoci vím už dost, a když přece jen něco potřebuji, ptám se sestřiček. Ale když se jich ptám na věci týkající se obědů, tak to mi vždycky odpovědí.“

7. Jaké by měl mít pečovatel vzdělání a finanční ohodnocení?

„To jsem ráda, že se mě na tohle ptáte, právě nedávno jsem se o tom s naší pečovatelkou bavila a od té doby mám takový vztek, ještě mě to nepřešlo. Když mi řekla, kolik berou, tak to vám teda řeknu, že tohle je výsměch lidské práci. Pracovala jsem jako dojička v kravině a upřímně Vám říkám, že jsem měla větší výplatu. A co se týče vzdělání, tak to by podle mě mít měli, aspoň se vyučit, ale za tuhle výplatu se určitě vzdělávat nebudou.“

8. Myslíte si, že jsou pečovatelé dostatečně vytíženi, nebo by měli mít více kompetencí k plnění náročnějších úkolů?

„No vytížení jsou podle mě strašně moc, berou si moc práce, jen aby aspoň nějakou výplatu měli, a to je podle mě špatně. Nevím, co znamená slovo kompetence.“ Po vysvětlení: *„Aha, tak na to navazuje i to, že kdyby toho neměli tolik, tak by mohli mít i více kompetencí, připadá mi zbytečné, že maminku umyjí a polohují a za půl hodiny přijede sestřička udělat převaz, který by pečovatelka lehko zvládla.“*

9. Co podle Vás smí a nesmí dělat pečovatel?

„Protože se mi tady ta děvčata střídají, tak to vím dobře, ale jak jsem řekla, přijde mi to dost zbytečné, mohlo by to být při jednom benzínu a bylo by to ekonomičtější. A pak by mohli mít pečovatelé i větší výplaty. Ale zase na druhou stranu, aby mi vzdělané zdravotní sestry mi nosily obědy, to by taky nešlo.“

10. Řešila jste někdy problém s agenturou? Jaký? A s jakým výsledkem?

„Tak ani ne, žádné velké problémy nebyly, jen se mi někdy stává, že nepřijedou na domluvenou hodinu, což taky chápu, ale taky se mi stalo, že to bylo i o 3 hodiny déle, a to už jsem byla nazlobená, protože jsem potřebovala jet k lékaři. A když máte pořád na někoho čekat, tak to taky nebaví, taky mám ještě trochu svůj život a nechci ho trávit čekáním. Ano, řešila jsem to s paní vedoucí, v tomto se to o hodně zlepšilo, ale myslím si, že jsem tím uškodila děvčatům, což mě doted' mrzí.“

11. Myslíte si, že je v zahraničí (např. v Rakousku) péče jiná? A v čem?

„Nemyslím si to, všude je něco. Možná na to mají více peněz a to bude asi jediný rozdíl.“

12. Co byste na systému domácí péče změnila?

„Určitě bych změnila ministra zdravotnictví a všechny okolo, kteří berou ty velikánské peníze, a ty peníze bych nechala pro veškerý zdravotní personál. Podle mě by se do domácí péče měla zahrnout i ta sociální a mělo by to mít společné financování. Protože pokud bude člověk po zdravotní stránce zabezpečený a na tu sociální nebude mít peníze, tak je to celé úplně zbytečné, je to taková pomoc napůl.“

Analýza klíčových informací z rozhovoru

	Anna II. stupeň závislosti Rok narození 1932	Božena III. stupeň závislosti Rok narození 1955	Dana IV. stupeň závislosti Rok narození 1923
Proč a jak dlouho využíváte domácí péči?	5 let, z důvodu špatného zdravotního stavu	2 roky, po CMP ochrnutí na půl těla	1 rok, zhoršený zdravotní stav
Zvládla byste Vaši nemoc bez domácí péče?	Určitě by nezvládla	Bez manžela a péče by nezvládla vůbec nic	Dcera by péči o maminku nezvládla, nedostatek financí na pečovatele
Zhodnoťte práci pečovatелů - pozitiva i negativa.	Šikovní, pracovití, pečliví Nemají čas	Sama je moc nevnímá, nemají čas	Milí, hodní Nedostatek času
Jaký by měl být ideální pečovatel?	Usměvavý, udělat si čas na popovídání	Empatický, milý, trpělivý	Neměl by být unavený, na pečovatele by neměl být vyvíjen tlak
Pokud máte odborný dotaz, jaká je reakce pečovatele?	Zkoušela se ptát, ale odpověď nedostala	Nepotřebuje se ptát, myslí si, že by neznali odpověď	Nemá odborné dotazy
Jaké by měl mít pečovatel vzdělání a finanční ohodnocení?	Dostatečné, pečovatелé u nás jsou finančně nedostatečně ohodnoceni	Nemusí mít vzdělání; neví, jak jsou pečovatелé finančně ohodnoceni, ale asi ne dostatečně	Měli by mít vyšší vzdělání; jsou nedostatečně ohodnoceni
Jsou pečovatелé dostatečně vytíženi, či by měli mít více kompetencí k plnění náročnějších úkolů?	Jsou přetížení, jejich kompetence by nerozšiřovala	Jsou vytíženi dostatečně, jejich kompetence by nerozšiřovala	Jsou vytíženi dostatečně, jejich kompetence by rozšířila
Co podle Vás smí a nesmí dělat pečovatel?	Nic zdravotnického, ale nedodržují to	Pečovatelé pečují o domácnost a sestry o tělo a duši	Ví přesně, jaká je náplň práce pečovatele
Řešila jste někdy problém s agenturou? Jaký? A s jakým výsledkem?	Řešila, byl vyřešen ke spokojenosti klientky (zařazení do pečovatelského domu)	Řešila, byl vyřešen ke spokojenosti klientky (pozdní příjezdy)	Řešila, byl vyřešen ke spokojenosti klientky (pozdní příjezdy)
Myslíte si, že je v zahraničí (např. v Rakousku) péče jiná? A v čem?	Určitě, nemusí si nic hradit ze svého, mají větší výplaty	Více ekonomicky zajištěná země, více peněz na péči	Nemyslí si, možná mají více peněz
Co byste na systému domácí péče změnila?	Přístup úřadů, nedostatek informací, způsob (metodiky) určování stupně závislosti	Nedostatek finanční podpory	Zavedení společného financování zdravotní a sociální péče

Zdroj: Vlastní výzkum

4.4 Rozhovor: Respondentka Emilia

II. stupeň závislosti, 1 rok klientkou domácí péče ve své domácnosti

1. Identifikační otázky:

Rok narození: 1943

2. Proč a jak dlouho využíváte domácí péči?

„Prvně jsem se tomu bránila, nemyslela jsem si, že domácí péči potřebuji, ale můj syn mě přemluvil. Začala jsem péči využívat také proto, že syn už nemá tolik času se o mě starat, narodilo se mu miminko. Ale teď už jsem strašně ráda, bohužel můj zdravotní stav není dobrý a člověk si to tak nerad přiznává. Domácí péči využívám už jeden rok.“

3. Zvládla byste Vaši nemoc bez domácí péče?

„Jak se to vezme, celé ty roky jsem to zvládala, ale za asistence syna a jeho manželky, jenže před rokem se můj zdravotní stav zhoršil a na mladý už toho bylo moc. Takže teď, když už nemají tolik času, bych to bez domácí péče nezvládla, syn si přeje, abych šla do domova pro seniory, ale já chci být doma, tak dokud to půjde, tak tady zůstanu.“

4. Zhodnoťte práci pečovatelů - pozitivní i negativní.

„Nevím, jestli si vůbec můžu troufnout je hodnotit, protože si jejich práce tak moc vážím a obdivuji ji. Nedovedu si představit, že bych na ně řekla křivého slova. Ke mně jezdí tak hodná a milá děvčata, že se vždycky těším, až dorazí. Pomůžou mi, udělají, co mají, jsou plné energie a pěkně si aspoň chvíli popovídám. Žádná negativní nevidím.“

5. Jaký by měl být ideální pečovatel?

„Ideální pečovatel? To pro mě jsou všichni, co takhle pomáhají lidem, ti, co ke mně jezdí, tak jsou pro mě ideální. Samozřejmě, někdy má sem tam někdo špatnou náladu, ale to je úplně normální věc, i já každý den nemám dobrou náladu, takže těžko jim mít za zlé, že to vždycky nejde.“

6. Pokud máte odborný dotaz, jaká je reakce pečovatele?

„Ne, já na ně nemám odborné dotazy, není proč. Pokud potřebuji něco vědět, tak se zeptám lékaře, ke kterému mě doprovázejí, takže není třeba se ptát jich. A ani bych nečekala, že by mi dokázali odpovědět, jsou tu pro jiné věci.“

7. Jaké by měl mít pečovatel vzdělání a finanční ohodnocení?

„Každé povolání by si zasloužilo více, ale když to vezmu tak, jak to je, tak si myslím, že s ohledem na svou práci a vzdělání jsou adekvátně ohodnoceni. Myslím si, že vzdělání je nastaveno dobře, projdou si nějakým kurzem, kde je trochu připraví na tuto práci a pak už je to na nich, více nepotřebují. Tady je hlavně potřeba dobré srdce a pracovitě ruce, a to je stejně žádný kurz nenaučí.“

8. Myslíte si, že jsou pečovatelé dostatečně vytíženi, nebo by měli mít více kompetencí k plnění náročnějších úkolů?

„Určitě jsou dostatečně vytíženi, nezbyvá čas na žádné flákání, ale v klidu si udělají svou práci, popovídají si a pak zas jedou dál. Kompetence bych jim nenavyšovala, není proč, ještě ke mně jezdí pomocnice v péči a ta má zas své úkoly, prostě se takhle doplňují a mně to takhle vyhovuje.“

9. Co podle Vás smí a nesmí dělat pečovatel?

„Pečovatel nesmí dělat nic z toho, co dělají pomocnice v péči a diplomované sestry, ale myslím si, jak už jsem říkala, že je to v pořádku, všechno je to jedna firma, od které jezdí lidé s určitými vědomostmi a dělají své úkoly.“

10. Řešila jste někdy problém s agenturou? Jaký? A s jakým výsledkem?

„Ne, vůbec nikdy, chovají se ke mně velice slušně od samého začátku.“

11. Myslíte si, že je v zahraničí (např. v České republice) péče jiná? A v čem?

„Mám v České republice sestru, která je také nemocná. Velice často si voláme, takže vím, že si ani v nejmenším nemůžu stěžovat. Díky bohu, sestra je dostatečně

zabezpečena díky svému muži, ale kdyby tomu tak nebylo, tak by se jí dobře nevedlo. Péče je asi stejná, ale já sama si myslím, že dostávám málo peněz od státu, a když to porovnám se sestrou, která má v Česku II. stupeň závislosti, tak to jsem proti ní boháč. Vůbec si neumím představit, z čeho u vás lidé žijí. A to ještě jezdí nakupovat potraviny a mnoho věcí k nám, protože je to tu levnější.“

12. Co byste na systému domácí péče změnila?

„Já si nemyslím, že je třeba něco měnit, to víte, že je pár věcí, co mně se nelíbí, ale jak jsem říkala, jsem strašně ráda, že takováto služba existuje a já už nemusím obtěžovat rodinu.“

4.5 Rozhovor: Respondentka Heléne

III. stupeň závislosti, 1,5 roku klientkou domácí péče ve vlastní domácnosti v péči manžela

1. Identifikační otázky:

Rok narození: 1951

2. Proč a jak dlouho využíváte domácí péči?

„Tuto péči využívám už rok a půl. A důvodem je mé zdraví, které mi už neslouží tak, jak má. Jsem diabetička a přišla jsem o nohu a kvůli vozíku se o sebe nedokážu postarat sama tak, jak bych potřebovala.“

3. Zvládla byste Vaši nemoc bez domácí péče?

„Je mi líto, ale to určitě ne, sice mám doma manžela, ale ten by to už sám nezvládl. A když mám být upřímná, nejsem si jistá, jestli by to zvládl, i když by byl zdrav. Samozřejmě se snažíme co nejvíc udělat sami, ale všechno a pořád to taky nejde.“

4. Zhodnoťte práci pečovatelů - pozitiva i negativa.

„Práce pečovatelů je velkým přínosem této péče, proto nemůžu říci nic jiného, než že jsem velice spokojená a můj manžel také. Pečovatelé jsou příjemní, milí a pracovití. Nechci proto, že se k nám jedna z mnoha pečovatelek chová nepříjemně, házet všechny do jednoho pytle. Jestli mám říct nějaké negativum, tak to bych viděla v tom, že tuhle práci nechají dělat mladé a nevyzrálé lidi.“

5. Jaký by měl být ideální pečovatel?

„Měl by být duševně i psychicky vyzrálý a měl by mít laskavé a upřímné srdce, to ostatní se od toho už nějak vyvine. Měl by být profesionál a nedat na sobě znát žádné problémy. Měl by být usměvavý, milý a trpělivý.“

6. Pokud máte odborný dotaz, jaká je reakce pečovatele?

„Ne, to já se neptám, nemám žádné dotazy, když něco potřebuji, tak si to najdu na internetu. A pokud se ptám na takové ty normální věci kolem jejich práce, tak mi vždycky nějak odpovědí.“

7. Jaké by měl mít pečovatel vzdělání a finanční ohodnocení?

„Na tuhle práci nemusí mít člověk kdovíjaké školy, ale každý ji také dělat nemůže. Ty kurzy, co mají, jim určitě stačí, ale jak už jsem říkala, dala bych omezení, že tuto práci směji dělat lidé až ve 30 letech a starší. Vůbec netuším, jak jsou pečovatelé finančně ohodnoceni, ale žádná pečovatelka si nestěžovala, tak asi dobře.“

8. Myslíte si, že jsou pečovatelé dostatečně vytíženi, nebo by měli mít více kompetencí k plnění náročnějších úkolů?

„Vytíženi jsou tak akorát, to vidím po každé, když přijedou, pěkně udělají svou práci, něco i popovídáme a zas musí jet dál. Kompetence bych jim určitě nepřidávala, co se týče domácnosti, udělají všechno, co člověk potřebuje.“

9. Co podle Vás smí a nesmí dělat pečovatel?

„Než se mi ty nohy zahojily, tak sem jezdily ošetřovatelky a diplomovaná sestra. A na odběry a tyhle výkony jezdí taky, takže vím, že tyhle věci nesmí pečovatelka dělat, žádné těžké věci. A co smí? No, to všechno ostatní.“

10. Řešila jste někdy problém s agenturou? Jaký? A s jakým výsledkem?

„Ano, řešila. Ztrácely se nám peníze, takže jsme si na to začali dávat pozor a přišli jsme na to, že to dělá jedna mladá pečovatelka, řešili jsme tento problém s panem vedoucím, cítili jsme se jako lháři, pan vedoucí stál více méně na straně své pečovatelky, dávali jsme si na děvče pozor, ale neměli jsme dobrý pocit, když k nám jezdila. Potom přibylo okradených klientů a daná slečna dostala výpověď. A my obdrželi velkou omluvu od samotného pana vedoucího.“

11. Myslíte si, že je v zahraničí (např. v České republice) péče jiná? A v čem?

„Tak to teda vůbec netuším a ani vůbec nevím, jestli máte domácí péči.“

12. Co byste na systému domácí péče změnila?

„Já bych změnila systém zařazování do stupňů závislosti, myslím si, že by tomu měla být věnována větší a důkladnější pozornost. Jinak bych na systému péče neměnila nic, možná by mohl pan doktor dojíždět do domácností, je pro mě velká zátěž to cestování do jeho ordinace.“

4.6 Rozhovor: Respondentka Christa

IV. stupeň závislosti, 3 roky klientkou domácí péče v domácnosti své sestry. Paní Christa byla velice málo komunikativní, proto jsou odpovědi doplňovány její sestrou.

1. Identifikační otázky:

Rok narození: 1938

2. Proč a jak dlouho využíváte domácí péči?

„Domácí péči užívám již tři roky, a to z důvodu mého onemocnění, které mě omezuje natolik, že nejsem schopná se o sebe postarat.“

3. Zvládla byste Vaši nemoc bez domácí péče?

„Bez domácí péče jo, ale bez sestry ne.“

Sestra: „To já bych to bez spolupráce s domácí péčí určitě nezvládla, vůbec si to nedokážu představit, o tolik by to bylo těžší a možná bych musela dát sestru někam do ústavu, takže jsem strašně ráda, že tato služba existuje.“

4. Zhodnot'te práci pečovatelů - pozitiva i negativa.

„Já myslím, že dobrý.“

Sestra: „Těžko se to hodnotí, protože s některými pečovatelkami jsme spokojené a s jinými zas ne, velice záleží, která zrovna přijede. Jsou tu takové, které jsou hodné a vždy udělají svou práci a i si s námi popovídají, a jsou tu i takové, které jsou nepříjemné a nechovají se zrovna slušně. Ale to je asi všude, je to o lidech. Negativa vidím v tom, že taky na tuhle práci vezmou kohokoli a pak to takhle vypadá.“

5. Jaký by měl být ideální pečovatel?

„Nevím.“

Sestra: „Mně by stačilo, kdyby někteří nebyli takoví arogantní. Já jsem celý život prodávala, ale takhle bych se nikdy k nikomu nechovala. Takže pro mě by byl ideální pečovatel ten, který umí jednat slušně s lidmi.“

6. Pokud máte odborný dotaz, jaká je reakce pečovatele?

Sestra: „Tak ti nevědí skoro nikdy nic, anebo mi řeknou, že nemají čas. Však to nepotřebuji vědět hned, mně by stačilo při další návštěvě, ale ta neochota, na co by se snažili pro nemocné lidi.“

7. Jaké by měl mít pečovatel vzdělání a finanční ohodnocení?

„Nevím.“

Sestra: „To je právě ta velká chyba, tyto pečovatelky nemusí mít vzdělání žádné, stačí udělat kurz a je to. Takže si to vážně může udělat každý a podle toho to vypadá. Podle mě by měly aspoň rok chodit do školy, kde se budou učit etiku a chování a trochu

taky nějaký všeobecný přehled. Myslím si, že finančně jsou pečovatelky ohodnoceny až moc dobře. Myslím si, že jsou povolání, kde mají lidé méně a zasloužili by si více.“

8. Myslíte si, že jsou pečovatelé dostatečně vytíženi, nebo by měli mít více kompetencí k plnění náročnějších úkolů?

„Já si myslím, že jsou vytíženi hodně, a proto bych jim kompetence nepřidávala.“

Sestra: „To je pravda, práce mají dost, ale jsou i takové, co to rychle odfláknou a pak běží dál, takže jim i nějaký čas zbude, ale ty, co to dělají poctivě, tak ty jsou zcela vytíženy. Kompetence bych jim určitě nepřidávala, nemají na to dostatek vzdělání.“

9. Co podle Vás smí a nesmí dělat pečovatel?

„Pečovatel se stará o naši domácnost.“

10. Řešila jste někdy problém s agenturou? Jaký? A s jakým výsledkem?

„Jen takové drobnosti, co nestojí za řeč.“

Sestra: „Zpočátku jsme řešily takové ty organizační věci, ale to nebyly problémy agentury, ale ostatních úřadů. Přímou s agenturou jsem řešila jedno mladé děvče, které bylo drzé a nepříjemné a vůbec nedělalo, co mělo. Tak jsem řekla, že si nepřejí, aby to děvče k nám dál jezdilo. A problém byl vyřešen a nám se hodně ulevilo.“

11. Myslíte si, že je v zahraničí (např. v České republice) péče jiná? A v čem?

„To vůbec nevím, asi to máte stejné jak my, nebo hodně podobné.“

12. Co byste na systému domácí péče změnila?

„Já vážně nevím.“

Sestra: „Tak to bychom tu mohly sedět do rána, začala bych výměnou vlády, pak mi vadí ty lidi, co stanovují stupeň závislosti, a hlavně bych udělala něco s nedostatkem peněz, které za ty stupně vyplácejí. Chtěla bych je vidět, jak by z toho žili oni, kdyby byli nemocní. To je hlavní věc, co bych na celém systému změnila.“

Analyza klíčových informací z rozhovoru

	Emila II.stupeň závislosti Rok narození 1943	Helene III.stupeň závislosti Rok narození 1951	Christa IV.stupeň závislosti Rok narození 1938
Proč a jak dlouho využíváte domácí péči?	1 rok, syn má málo času	1,5 roku, DM, klientka přišla o nohu	3 roky, z důvodu onemocnění
Zvládla byste Vaši nemoc bez domácí péče?	Se synem ano, ale jinak špatně	Neumí si to představit	Bez domácí péče ano, bez sestry ne
Zhodnoťte práci pečovatelů - pozitiva i negativa.	Hodná a milá děvčata Negativa nevidí	Příjemní a pracovití Negativa: pečovatelé jsou někdy mladí a nevyzrálí lidé	Hodní, pracovití, ale některé pečovatelky jsou nepříjemné, nemají dobré chování; profesi může bohužel vykonávat téměř kdokoli
Jaký by měl být ideální pečovatel?	Ideální jsou všichni pečovatelé, protože jsou ochotni pomáhat lidem	Vyzrálý, profesionální, měl by mít laskavé srdce	Měl by umět slušně jednat s lidmi
Pokud máte odborný dotaz, jaká je reakce pečovatele?	Neptá se a ani by nečekala, že je pečovatelka schopna odpovědět	Na neoborné otázky pečovatelky vždycky odpoví	Pečovatelky nevědí skoro nikdy nic
Jaké by měl mít pečovatel vzdělání a finanční ohodnocení?	Pečovatelé mají dostatečné vzdělání, jsou adekvátně finančně ohodnoceni	Vzdělání pečovatelů je dostatečné, neví, jak jsou ohodnoceni	Vzdělání pečovatelů je nedostatečné, jsou až moc dobře finančně ohodnoceni
Jsou pečovatelé dostatečně vytíženi, nebo by měli mít více kompetencí k plnění náročnějších úkolů?	Jsou vytíženi adekvátně, jejich kompetence by nerozšiřovala	Jsou adekvátně vytíženi, jejich kompetence by nerozšiřovala	Práce mají dost, jejich kompetence by nerozšiřovala, protože nemají dostatečné vzdělání
Co podle Vás smí a nesmí dělat pečovatel?	Nesmí dělat úkony, které provádí diplomovaná sestra	Nesmí provádět žádné odbornější výkony	Pečovatel se stará o domácnost
Řešila jste někdy problém s agenturou? Jaký? A s jakým výsledkem?	Neřešila žádný problém	Řešila, problém byl vyřešen ke spokojenosti klientky (krádež)	Řešila, problém byl vyřešen ke spokojenosti klientky (nepříjemná a drzá pečovatelka)
Myslíte si, že je v zahraničí (např. v ČR) péče jiná? A v čem?	Myslí si, že péče je v obou zemích stejná	Neví	Myslí si, že péče je stejná
Co byste na systému domácí péče změnila?	Nic by neměnila	Změnila by metodiku a postup při určování stupně závislosti	Vadí jí nedostatek financí

5. DISKUZE

To, že člověk trpí nějakou chronickou nemocí, ještě vůbec nemusí znamenat, že vyžaduje dlouhodobou péči a že je imobilní. Podle Juhaňáka(2011) není podstatná přítomnost chronické nemoci, ale chronického funkčního zdravotního postižení, které omezuje aktivitu a společenskou účast nemocného, ale i jeho soběstačnost a sebeobsahu. Historickým jádrem fenoménu dlouhodobé péče je řešení situace nesoběstačných, nemohoucích lidí, kteří chtějí žít ve svém přirozeném sociálním prostředí. Filozofie této péče vychází z principu pevné vazby člověka s jeho domovem. Děti, senioři a osoby se zdravotním postižením jsou díky potřebě péče a pomoci druhých osob na svém okolí závislí. Tento fakt nesmí být důvodem, aby jim byla odírána svobodná volba místa, kde chtějí žít.

Podle Mlýnkové (2010) kvalita života souvisí také s potřebami a jejich uspokojováním, o hodnotách a jejich individuálních preferencích. Péče o klienty vychází z hodnocení potřeb klientů a jejich uspokojování. Pojem potřeba můžeme chápat jako projev nedostatku nebo nadbytku směřující k obnovení rovnováhy. Potřeba vybízí k vyhledávání nějaké podmínky nezbytné k životu a je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Potřeby se během života člověka kvalitativně a kvantitativně mění.

Ve svém výzkumu jsem zjistila, že jednou z největších potřeb nemocného člověka je potřeba být ve svém domácím prostředí, tam, kde to má rád a kde se cítí v bezpečí. Téměř všechny oslovené respondentky vyjádřily obavy z budoucnosti a z hrozby pobytu v ústavu.

Se zvyšujícím se věkem dožití a všeobecným stárnutím evropské populace se podle Čeledové (2012) stávají veřejné zdroje vyčleněné na zdravotní a dlouhodobou péči v pořadí druhou největší složkou výdajů sociálního zabezpečení, hned po výdajích na starobní důchody. S prodlužováním délky života poroste poptávka po poskytování služeb dlouhodobé péče, a to jak v domácím, tak v ústavním prostředí. V rámci vnitrostátní politiky evropských států charakterizují dlouhodobou péči tři navzájem propojené cíle: všeobecný přístup, vysoká kvalita a dlouhodobá udržitelnost. Potřeba

udržitelosti nesmí vést k chudobě ani finanční závislosti. V praxi ovšem může být obtížné zajišťovat kontinuální péči o některé potřebné občany. Všeobecnou tendencí je odklon od ústavní péče, s výjimkou zvláště těžce postižených osob, a její nahrazování rozvojem individuálně přizpůsobených domácích a komunitních podpůrných služeb.

Ve svém výzkumu jsem zjistila, že jsou lidé rádi, že takový typ služeb existuje a že mohou být doma. Uvědomují si však, že si z finančních důvodů nemohou dovolit službu v takovém rozsahu, jak by potřebovali.

Domácí péče i personálu si klienti cení, a to i přesto, že tato péče má své výhody, ale i svá úskalí. To však klienty v žádném případě neodradí tuto službu využívat. Podle Juhaňáka (2011) mezi tato úskalí patří:

- nižší materiální a technické vybavení domácnosti
- nemožnost komplexní péče
- psychická i fyzická náročnost
- sociální změny
- časová náročnost
- nízká úroveň podpory
- vyšší riziko chudoby.

Dle Mlýnkové (2010) je individuální ošetrovatelská péče založena na holistickém přístupu pečovatele ke klientům a na vytvoření individuálního, empatického přístupu ke každému klientovi. Umění navázat produktivní vztah s klienty a vlastní ošetrovatelská péče představují pro pečovatele nesmírnou zátěž.

V práci jsem si položila základní výzkumnou otázku: Vnímají klienti v Rakousku osobu pečovatele podobně jako v České republice? Po rozhovorech provedených se šesti klientkami domácí péče jsem došla k závěru, že čeští i rakouští klienti vnímají osobu pečovatele velmi podobně. Klienti si uvědomují, že práci pečovatele je třeba hodnotit komplexně, bez ohledu na některé špatné zkušenosti s jednotlivými pečovateli. Čeští i rakouští klienti většinou označují pečovatele za milé, hodné, pracovité, ale setkávají se i nepříjemnými, netrpělivými pečovateli. Podle Mlýnkové (2010) si pečovatel váží každého jednotlivce jako jedinečné lidské bytosti, která má hodnotu a důstojnost. Každé povolání klade určité podmínky na osobnost pracovníka. Je

pochopitelné, že i pečovatelsví klade určité a nemalé nároky na reprezentanty tohoto povolání. Čeští i rakouští klienti vědí, že toto povolání je náročné jak po fyzické, tak i psychické stránce. Jsou obeznámeni s tím, že pečovatel je člověk, který jim pomůže s domácností, se stravou, s doprovody, s hygienou, ale nesmí provádět žádné odborné výkony, protože k tomu nemá patřičné kompetence a vzdělání. Většina klientů se také domnívá, že toto odbornější vzdělání pečovatelé ani nepotřebují. Podle Mlýnkové (2010) je pečovatel povinen kontinuálně se vzdělávat, doplňovat si poznatky z oboru, přispívat ke svému profesnímu růstu. Z mého výzkumu vyplývá, že většina klientů má k této profesi úctu a cítí uje vděk za pomoc, kterou pečovatelé poskytují. Oslovené klientky jsou si vědomy, že díky této péči mohou důstojně žít doma ve svém prostředí. Podle Mlýnkové (2010) pečovatel zajišťuje bezpečné prostředí klientů, snaží se zabezpečit možná nebezpečí ohrožující zdraví. Za velké negativum českých pečovatelů byla jednoznačně označena časová tíseň, nedostatek času na jednotlivé domácnosti. Na tento problém rakouští klienti nepoukazují. Upozorňují spíše na nezralost a nízký věk některých pečovatelů, a tím poukazují na nedostatek kolektivní orientace, která je podle Mlýnkové (2010) významnou hodnotou pečovatele. Ta tkví především v tom, že pečovatel při své práci nevychází ze svých zájmů a potřeb, nýbrž z potřeb klienta.

Cílem mé práce bylo zjistit, zda existuje rozdíl ve vztahu klient - pečovatel v české a v rakouské domácí péči.

Podle Haukeho (2011) je péče vnímána jako pasivní přijímání jednotlivých úkonů uživatelem, pečovatelka za uživatele vykonává dohodnuté úkony a naproti tomu je podpora považována za aktivní prvek v zajišťování péče. Uživateli je tak poskytnuta pouze nezbytná podpora, tedy pomoc při zajišťování takových úkonů nebo jejich částí, které uživatel skutečně nezvládá.

Ve svém výzkumu jsem zjistila, že v obou péčích je cílem péče i podpora. Pečovatelky v české domácí péči jsou hodnoceny velmi kladně, byly převážně chváleny a označovány jako velmi pracovité a milé. Současně můj výzkum ukázal, že jedním z velkých nedostatků je jejich velká časová vyčerpání. Klienti opakovaně uváděli, že pečovatelky nemají čas na rychlou kávu či jen malé popovídání. Z tohoto důvodu jsem došla k závěru, že k navázání osobního vztahu mezi pečovatelem a klientem dochází jen

těžko. Práce pečovatelek je podle oslovených klientek nedostatečně finančně ohodnocena, jak dokumentuje tabulka 7. Pečovatelky se snaží pomáhat co největšímu počtu klientů a tam, kde svou práci vykonávají, snaží se ji provádět velmi pečlivě, aby o stávající klienty nepřišly. Z toho vyplývá, že jsou občas netrpělivé, unavené a nejsou tak usměvavé, jak by si klienti přáli. Ale přesto jim klienti důvěřují, nepoukazují na problémy ze strany pečovatelů a jsou rádi, že ti tuto práci vykonávají. Dle Bickové (2010) si část pacientů uvědomuje výhody řešení svých zdravotních problémů při pobytu doma a tuto alternativu preferují a rádi využívají. V některých případech dochází k úzkým osobním vztahům s pečovateli. Ti se záhy stávají „členy rodiny“, což může přinášet řadu problémů na obou stranách. Střídání pracovníků u pacienta považuje Bicková (2010) za vhodné.

Podle mých zjištění jsou pečovatelky rakouské domácí péče podobně jako pečovatelky české převážně chváleny, jsou označovány za milé a pracovité. Rakouské respondentky neuváděly problémy s nedostatkem času a nemají pocit, že by byly pečovatelky neadekvátně hodnoceny. Pečovatelky si vyhradí čas na krátké popovídání s klientem, lépe se tak se svými klienty znají a jsou si blízcí. Dochází tak k navázání pozitivního vztahu klient – pečovatel. Rakouské klientky poukazují spíše na problém mladého, nevyzrálého personálu a na to, že práci pečovatele může vykonávat kdokoli, kdo absolvuje nenáročný kurz, i když se k výkonu práce nehodí. Podle Mlýnkové (2010) má předpoklady k práci pečovatele jedinec, který je sociálně zralou osobností, identifikoval se s rolí pečovatele a je schopen svědomitě a odpovědně vykonávat tuto činnost.

V Rakousku mají 24hodinovou péči, která nebyla předmětem mého výzkumu, ale je řazena do domácí péče. K té můžu z mé vlastní praxe, kterou jsem v Rakousku vykonávala 2 roky, říci, že vztah mezi pečovatelem a klientem je na velmi vysoké úrovni. Jako pečovatelka jsem byla považována za součást rodiny, klienti mi důvěřovali, aktivně spolupracovali a byli maximálně spokojeni.

Druhým cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda existuje rozdíl v péči mezi rakouským a českým Home Care.

Podle Bartáka (2010) je domácí péče v České republice i v Rakousku součástí pomoci zakomponované v nástrojích veřejného zdravotního pojištění a nástrojích sociálního zabezpečení. Předmětem domácí zdravotní a sociální péče je v obou těchto zemích poskytování zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění a v poskytování sociálních dávek a sociálních služeb. Byť je systém financování v obou zemích v zásadě shodný, musím zde **poukázat na první rozdíl**, a to v systému poskytování dané péče. V České republice (v Dačicích) poskytují domácí zdravotní a sociální péči 2 firmy, jedna zajišťuje zdravotní péči a druhá péči sociální. Zdravotní péči poskytují registrované zdravotní sestry a vedoucí sestra. Společně provádějí veškeré odborné výkony. Jejich služby jsou doplňovány službami druhé firmy, která zaměstnává pouze pečovatele. Ti poskytují pečovatelskou péči pod vedením sociálního pracovníka. Tyto dvě firmy při poskytování péče klientům úzce spolupracují, ale pouze na externí úrovni, tento nedostatek způsobuje nedostatečné přenesení veškerých interních informací o klientech mezi personálem obou firem.

V Rakousku (v Raabsu) je domácí péče poskytována komplexně jednou firmou, řízenou vedoucím a sociálním pracovníkem. Diplomované sestry sestavují ošetrovatelské plány a vykonávají odborné zdravotní úkony, současně rozdělují úkony mezi pomocnice v péči a pomocnice v domácnosti. Práce celého týmu je ještě doplňována péčí ergoterapeutů a fyzioterapeutů. Domácí péče je v případě potřeby poskytována formou nadstandardní péče 24hodinové, která nabízí svým klientům celodenní funkci společníka, který je nápomocen při každodenních činnostech. Podle Šaboukové (2011) se v rámci reformy českého zdravotnictví požaduje sloučení poskytování zdravotní a sociální služby v jednom subjektu a s jedním plátcem. Zavedení zákona do praxe plánuje ministerstvo na rok 2012/2013.

Další rozdíl v poskytování péče v Rakousku a Česku, který vyplynul ze závěrů mé práce, souvisí s personálním obsazením domácí péče. V obou zemích byla vypracována tabulka struktury zaměstnanců, kterými by měla domácí péče disponovat. V České republice personální obsazení s tabulkou nekoresponduje, v Rakouské republice je tomu naopak. Byť jsem ve své práci poukázala na dva zásadní rozdíly v poskytování péče, její obsah se v obou sledovaných zemích shoduje.

6. ZÁVĚR

Má bakalářská práce je složena ze dvou hlavních částí, a to z části teoretické a části praktické.

Teoretická část obsahuje čtyři kapitoly. V první kapitole se zabývám imobilitou, jejímž hlavním projevem je ztráta pohyblivosti, ve druhé kapitole problematikou imobilizačního syndromu, který je popisován jako fyziologická odpověď organismu na imobilitu a projevuje se různými poruchami řady orgánů. Dále se v téže kapitole zabývám i somatickými odpověďmi organismu na imobilitu. Ve třetí kapitole charakterizují domácí a sociální péči, která je popisována jako vysoce kvalifikovaná a odborná forma péče, spojující péči zdravotní i sociální. Čtvrtá, poslední, kapitola teoretické části pojednává o osobě pečovatele, kterým je pracovník, provádějící pečovatelskou činnost v domácnosti klientů. V závěrečné kapitole popisují i předpoklady pro práci pečovatele, rozdíl mezi angažovaným a neangažovaným pracovníkem. Součástí kapitoly je také přehled kompetencí a kvalifikačních požadavků na pečovatele v České republice a Rakousku. V závěru srovnávám finanční ohodnocení pečovatele v domácí péči v obou sledovaných zemích.

Praktická část práce byla zpracována technikou kvalitativního výzkumu. Základní výzkumnou otázku jsem formulovala takto: Vnímají klienti v Rakousku osobu pečovatele podobě jako v České republice? Po rozhovorech provedených se šesti klientkami české a rakouské domácí péče (II. III. a IV. stupně postižení) jsem došla k závěru, že čeští i rakouští klienti vnímají osobu pečovatele velmi podobně. Klienti si uvědomují, že práci pečovatele je třeba hodnotit komplexně, bez ohledu na některé špatné zkušenosti s jednotlivými pečovateli.

Cílem mé práce bylo také zjistit, zda existuje rozdíl ve vztahu klient - pečovatel v české a v rakouské domácí péči. Pečovatelky v české domácí péči byly hodnoceny velmi kladně, byly převážně chváleny a označovány jako velmi pracovité a milé. Současně můj výzkum ukázal, že jedním z velkých nedostatků je jejich velká časová vytíženost. Z tohoto důvodu jsem došla k závěru, že k navázání osobního vztahu mezi

pečovatelem a klientem dochází jen těžko. Dále si české klientky myslí, že jsou naše pečovatelky neadekvátně ohodnoceny. I rakouské pečovatelky byly chváleny a označovány jako milé a pracovité. Rakouské respondentky si nestěžovaly na to, že by na ně pečovatelky neměly dost času, a vztahy mezi klientkami a ošetřovatelkami lze tudíž charakterizovat jako bližší a pozitivnější. Rakouské klientky poukazovaly spíše na problém mladého, nevyzrálého personálu a na to, že práci pečovatele může vykonávat kdokoli, kdo absoljuje nenáročný kurz, i když se k výkonu práce nehodí. Rakouské klientky si myslí, že pečovatelky v Rakousku jsou adekvátně hodnoceny.

Druhým cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda existuje rozdíl v péči mezi rakouským a českým Home Care. Provedený výzkum poukázal na dva hlavní rozdíly, v nichž se poskytování domácí péče v obou sledovaných zemích liší. V České republice (v Dačicích) poskytují domácí zdravotní a sociální péči 2 firmy, jedna zajišťuje zdravotní péči a druhá péči sociální. Tyto dvě firmy při poskytování péče klientům úzce spolupracují, ale pouze na externí úrovni, tento nedostatek způsobuje nedostatečné přenesení veškerých interních informací o klientech mezi personálem obou firem. V Rakousku (v Raabsu) je domácí péče poskytována komplexně jednou firmou, řízenou vedoucím a sociálním pracovníkem. V případě potřeby může být poskytována formou nadstandardní péče 24hodinové, která nabízí svým klientům celodenní funkci společníka. Druhý rozdíl v poskytování péče v Rakousku a Česku, který vyplynul ze závěrů mé práce, souvisí s personálním obsazením domácí péče. V obou zemích byla vypracována tabulka struktury zaměstnanců, kterými by měla domácí péče disponovat. V České republice personální obsazení s tabulkou nekoresponduje, v Rakouské republice je tomu naopak. I přes demonstraci rozdílů v systému poskytování péče, která se ve zkoumaných zemích liší, jsem došla k závěru, že kvalita, míra a obsah poskytované péče jsou v obou zemích stejné.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva a KOLEKTIV. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2010. 154 s. ISBN 978-80-7013-499-3.
3. ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
4. ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2006. 264 s. ISBN 80-246-1091-4.
5. ČESKÉ ZDRAVOTNICKÉ FÓRUM. *Rakousko*. [online]. [cit. 2013-1-15]. Dostupné z: <http://www.czf.cz/clanek/znz-rakousko/>
6. ČESKO. *Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách*.
7. DFK GROUP. *Ledax o.p.s.* [online]. [cit. 2013-1-1]. Dostupné z: <http://www.dfkgroup.cz/cz/page/153/.html>
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
9. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 313 s. ISBN 80-7368-110-2.
10. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 97 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
11. KALVACH, Z. a KOLEKTIV. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. **In:** BUREŠ, I., KALVACH, M., KOJANOVÁ, E. a NOVOTNÁ, D. *Syndrom imobility*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 194- 200. ISBN 978-80-247-2490-4.
12. KELNAROVÁ, Jarmila a KOLEKTIV. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 244 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
13. KOLEKTIV AUTORŮ. *Pečovateľská služba v České republice*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. 432 s. ISBN 978-80-904668-0-7.

14. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotní profese*, 4. vyd. Praha: Portál, 2007. 152 s. ISBN 80-7178-429.
15. KRŠKOVÁ, Hana. *Názory seniorů na způsob odměn pečovatelům, kteří jim poskytují domácí péči*. 2008. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
16. MÁCHOVÁ, Valerie. *Komplexní domácí péče a odlehčovací služba*. [online]. [cit. 2012-11-07]. Dostupné z: <http://www.valerie-homecare.cz/>
17. MEDISPOT. *Péče o seniory v domácím prostředí*. [online]. [cit. 2012-12-12]. Dostupné z: <http://www.medispot.cz/od-55-let/pece-o-seniory-v-domacim-prostredi.html>
18. MISCONIOVÁ, Blanka. *Mezinárodní centrum domácí péče České republiky*. [online]. [cit. 2013-02-07]. Dostupné z: <http://www.domaci.pece.info/-napsali-o-domaci-peci-a-o-nas->
19. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
20. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3158-8.
21. MPSV. *Otázky a odpovědi k zákonu č.108/2006 Sb. o sociálních službách*. [online]. [cit. 2013-1-15]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
22. NOVÁKOVÁ, KROUTILOVÁ, Radana a KOLEKTIV. *Pečovatelsví II*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011. 134 s. ISBN 978-80-7387-531-2.
23. PEJZNOCHOVÁ, Irena. *Lokální ošetřování ran a defektů na kůži*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 80 s. ISBN 978-80-247-2682-3.
24. PLÉVOVÁ, Ilona a KOLEKTIV. *Ošetřovatelsví I*. **In:** PLÉVOVÁ, Ilona a SLOWIK, Regina. *Historie ošetřovatelsví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 15 - 42. ISBN 978-80-247-3557-3.
25. PLÉVOVÁ, Ilona a KOLEKTIV. *Ošetřovatelsví II*. **In:** SÍKOROVÁ, Lucie. *Člověk, jeho motivace a potřeby*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 89- 104. ISBN 978-80-247-3558-0.

26. PUČÁNKOVÁ, M. Propojení zdravotní a sociální péče. **In:** *Sestra domácí péče a její role v komunitní péči: sborník z mezinárodní konference sester domácí péče*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, s. 8 - 10. ISBN 978-80-7013-534-1.
27. SLOUKOVÁ, Magda. *Spokojenost s domácí péčí v Brně pohledem seniorů*. Brno, 2011. Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství.
28. SVOBODOVÁ, Zuzana. *Home care-odborná zdravotní péče v domácím prostředí klienta*. Zlín, 2010. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
29. ŠABOUKOVÁ, Marta. *Právní aspekty ošetrovatelství v domácí péči*. Bratislava, 2011.
30. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a KOLEKTIV. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2006. 353 s. ISBN 80-246-1091-4.
31. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a KOLEKTIV. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 132 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
32. ŠIMŮNEK, Marek. Komunikácia sestier v ADOS. *Sestra a lekár v praxi*. 2010, Roč. 9, č. 5 - 6, s. 40 - 41, ISSN 1335-9444.
33. ŠVÁBOVÁ, V. *Využití kompenzačních pomůcek usnadňující pohyb a manipulaci u imobilního pacienta*. České Budějovice, 2007. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
34. VÝTEJČKOVÁ, Renata a KOLEKTIV. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné. **In:** HOLUBOVÁ, J. *Rehabilitační ošetrování*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 78 - 102. ISBN 978-80-247-3419-4.
35. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a KOLEKTIV. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2006. 225 s. ISBN 80-246-1091-4.
36. FONDS SOCIALES WIEN. *Pflege und Betreuung*. [online]. [cit. 2013-01-01]. Dostupné z: <http://www.pflege.fsw.at/bzp/>
37. OSTERREICHISCHES ROTES KREUZ. *Wochenliche tagliche Arbeitszeit*. [online]. [cit. 2013-01-01]. Dostupné z: http://www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Kollektivvertrag/Anhang_Oberosterreich_2011.pdf

38. OŠETROVATELSKÝ OBZOR. *Manažment domácej ošetrovateľskej starostlivosti*. [online]. [cit. 2013-15-01]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelsky.herba.sk/6-2010/manazment-domacej-osetrovateľskej-starostlivosti>
39. MEDICAL TRIBUNE CZ. *Tribuna lékařů a zdravotníků*. [online]. [cit. 2013-13-01]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/14257>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Domácí péče

Dlouhodobě nemocní

Imobilita

Pečovatel

Klienti

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Tabulka 1, Barthelův test

Příloha č. 2: Tabulka 2, Maslowova pyramida potřeb

Příloha č. 3: Tabulka 3, Výše příspěvku na péči - Česká republika

Příloha č. 4: Tabulka 4, Příspěvek na péči - Rakouská republika

Příloha č. 5: Tabulka 5, Profesní struktura - Česká republika

Příloha č. 6: Tabulka 6, Profesní struktura - Rakouská republika

Příloha č. 7: Stupnice platových tarifů podle platových tříd a platových stupňů v České republice

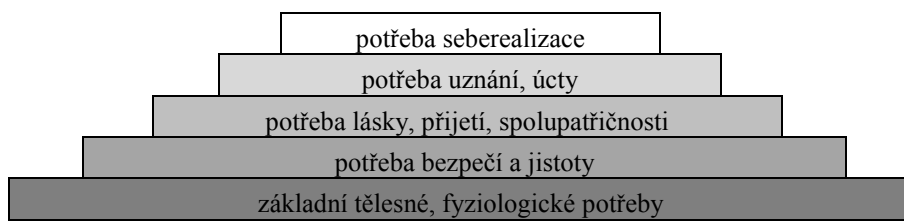
Příloha č. 8: Stupnice platových tarifů podle platových tříd a platových stupňů v Rakouské republice

Tabulka 1 - Barthelův test

Barthelův test		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. Najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. Koupaní	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. Přesun lůžko - židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<i>100 bodů je maximální počet - soběstačný jedinec</i>		
Zdroj: (Pejznochová, 2010)		

Příloha č. 2

Tabulka 2 - Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: (Šamánková a kolektiv, 2011)

Příloha č. 3

Tabulka 3 - Výše příspěvku - Česká republika

závislosti	Stupeň	Výše příspěvku na péči v Kč (měsíčně) v roce 2012	
		Osoby do 18 let	Osoby nad 18 let
Stupeň I - minimální závislost		3 000	800
Stupeň II - lehká závislost		6 000	4 000
Stupeň III - středně těžká závislost		9 000	8 000
Stupeň IV - těžká závislost		12 000	12 000

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb. podle stavu k 23. 1. 2012 o sociálních službách v platném znění

Příloha č. 4

Tabulka 4 - Příspěvek na péči - Rakouská republika

Stupeň postižení	Měsíční dotace €
Stupeň č. 1 - Více než 50 hodin péče	154,30
Stupeň č. 2 - Více než 75 hodin péče	284,30
Stupeň č. 3 - Více než 120 hodin péče	442,90
Stupeň č. 4 - Více než 160 hodin péče	664,30
Stupeň č. 5 - Více než 180 hodin péče	902,30
Stupeň č. 6 - Více než 180 hodin péče	1242,00
Stupeň č. 7 - Více než 180 hodin péče Neschopnost pohybu všech končetin	1655,80

Zdroj: (Kolektiv autorů, 2010)

Příloha č. 5

Tabulka 5 - Profesní struktura - Česká republika

všeobecná sestra
všeobecná sestra se specializací
porodní asistentka či dětská sestra
fyzioterapeut
klinický psycholog
ošetřovatelka
ergoterapeut

Zdroj: (Slouková, 2011)

Příloha č. 6

Tabulka 6 - Profesní struktura - Rakouská republika

Krankenschwester - diplomovaná zdravotní sestra
Heimhelferin - pomocnice v domácnosti
Pflegehelferin - pomocnice v péči
Dipl. Sozialarbeiter/in - sociální pracovník/pracovnice
Dipl. Ergotherapeut/in - ergoterapeut/ergoterapeutka
Dipl. Physiotherapeut/in - fyzioterapeut/fyzioterapeutka

Zdroj: (<http://www.pflege.fsw.at/bzp/>).

Příloha č. 7

**Tabulka 7 - Stupnice platových tarifů podle platových tříd a platových stupňů
v České republice**

Platový stupeň	Počet let započitatelné praxe	Platová třída							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	do 1 roku	6 550	7 110	7 710	8 350	9 060	9 830	10 660	11 570
2	do 2 let	6 790	7 370	8 000	8 670	9 400	10 200	11 060	12 000
3	do 4 let	7 050	7 650	8 300	9 000	9 770	10 580	11 480	12 460
4	do 6 let	7 320	7 940	8 620	9 340	10 140	10 990	11 920	12 930
5	do 9 let	7 600	8 240	8 950	9 690	10 520	11 400	12 370	13 420
6	do 12 let	7 890	8 550	9 290	10 070	10 920	11 840	12 840	13 930
7	do 15 let	8 190	8 890	9 640	10 450	11 340	12 280	13 330	14 450
8	do 19 let	8 500	9 230	10 000	10 840	11 770	12 750	13 830	15 000
9	do 23 let	8 820	9 580	10 390	11 260	12 220	13 230	14 360	15 570
10	do 27 let	9 150	9 940	10 780	11 680	12 680	13 730	14 910	16 160
11	do 32 let	9 510	10 320	11 190	12 120	13 160	14 250	15 480	16 770
12	nad 32 let	9 870	10 720	11 620	12 580	13 660	14 780	16 070	17 400

Zdroj: (<http://www.tribune.cz>)

Příloha č. 8

Tabulka 8 - Stupnice platových tarifů podle platových tříd a platových stupňů v Rakouské republice

Be- zugs- stufe		IA	IB	IC	IIA	IIB	IIC	IIIA	IIIB	IIIC	IVA	IVB
	Jahre	49,70	57,60	65,30	78,20	82,00	97,20	102,70	108,70	110,90	118,50	126,10
1	1	1.599,70	1.696,60	1.707,50	2.025,60	2.044,20	2.137,10	2.163,00	2.208,20	2.266,50	2.346,80	2.428,20
2	2	1.649,40	1.754,20	1.772,80	2.103,80	2.126,20	2.234,30	2.265,70	2.316,90	2.377,40	2.465,30	2.554,30
3	3	1.699,10	1.811,80	1.838,10	2.182,00	2.208,20	2.331,50	2.368,40	2.425,60	2.488,30	2.583,80	2.680,40
4	4-5	1.748,80	1.869,40	1.903,40	2.260,20	2.290,20	2.428,70	2.471,10	2.534,30	2.599,20	2.702,30	2.806,50
5	6-7	1.798,50	1.927,00	1.968,70	2.338,40	2.372,20	2.525,90	2.573,80	2.643,00	2.710,10	2.820,80	2.932,60
6	8-9	1.848,20	1.984,60	2.034,00	2.416,60	2.454,20	2.623,10	2.676,50	2.751,70	2.821,00	2.939,30	3.058,70
7	10-11	1.897,90	2.042,20	2.099,30	2.494,80	2.536,20	2.720,30	2.779,20	2.860,40	2.931,90	3.057,80	3.184,80
8	12-13	1.947,60	2.099,80	2.164,60	2.573,00	2.618,20	2.817,50	2.881,90	2.969,10	3.042,80	3.176,30	3.310,90
9	14-15	1.997,30	2.157,40	2.229,90	2.651,20	2.700,20	2.914,70	2.984,60	3.077,80	3.153,70	3.294,80	3.437,00
10	16-17	2.047,00	2.215,00	2.295,20	2.729,40	2.782,20	3.011,90	3.087,30	3.186,50	3.264,60	3.413,30	3.563,10
11	18-19	2.096,70	2.272,60	2.360,50	2.807,60	2.864,20	3.109,10	3.190,00	3.295,20	3.375,50	3.531,80	3.689,20
12	20-21	2.146,40	2.330,20	2.425,80	2.885,80	2.946,20	3.206,30	3.292,70	3.403,90	3.486,40	3.650,30	3.815,30
13	22-23	2.196,10	2.387,80	2.491,10	2.964,00	3.028,20	3.303,50	3.395,40	3.512,60	3.597,30	3.768,80	3.941,40
14	24-25	2.245,80	2.445,40	2.556,40	3.042,20	3.110,20	3.400,70	3.498,10	3.621,30	3.708,20	3.887,30	4.067,50
15	26-27	2.295,50	2.503,00	2.621,70	3.120,40	3.192,20	3.497,90	3.600,80	3.730,00	3.819,10	4.005,80	4.193,60
16	28-29	2.345,20	2.560,60	2.687,00	3.198,60	3.274,20	3.595,10	3.703,50	3.838,70	3.930,00	4.124,30	4.319,70
17	30-31	2.394,90	2.618,20	2.752,30	3.276,80	3.356,20	3.692,30	3.806,20	3.947,40	4.040,90	4.242,80	4.445,80
18	32-33	2.444,60	2.675,80	2.817,60	3.355,00	3.438,20	3.789,50	3.908,90	4.056,10	4.151,80	4.361,30	4.571,90

Zdroj: (<http://www.rotekreuz.at>)