

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Uživatel s handicapem v domácím prostředí

Vedoucí práce: Mgr. Jana Šimečková

Autor práce: Alice Průchová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Forma studia: kombinovaná

Ročník: 3.

2008

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 databázi STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Podpis:

Datum:

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Šimečkové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce. Dále děkuji Dis. L. Kučerové a všem, kdo mi při zpracování bakalářské práce pomáhali předáváním informací, zkušeností a poznatků.

OBSAH

ÚVOD	5
1 ZAJIŠTĚNÍ PRÁV LIDÍ S HANDICAPEM	6
1.1 Dokumenty v rámci Evropské unie.....	7
1.2 Dokumenty v rámci ČR.....	9
1.2.1 Sociální péče v ČR.....	10
1.2.2 Dávky sociální péče.....	11
1.2.3 Příspěvek na péči.....	12
2 HANDICAP, HANDICAPOVANÍ A BARIÉRY	13
2.1 Definice pojmu postižení a handicap.....	15
2.2 Prevence, rehabilitace a integrace.....	15
3 SLUŽBY PÉČE O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ A SENIORY	17
3.1 Typy služeb péče poskytovaných v domácím prostředí.....	18
3.2 Standardy kvality sociálních služeb.....	21
3.3 Ošetrovatelské standardy.....	22
4 DOMÁCÍ PÉČE	23
4.1 Historie a vývoj domácí péče.....	24
4.2 Komplexní domácí péče v současnosti.....	26
4.3 Statistika osob v domácí péči.....	28
4.4 Domácí péče ve městě Plzni a zavedení domácí péče u uživatele.....	29
4.5 Domácí péče jako sociální práce.....	31
5 KASUISTIKA	32
5.1 Zavedení uživatelky do domácí ošetrovatelské péče.....	33
5.2 Diagnostika.....	34
5.3 Navrhování řešení a plán terapie.....	35
5.4 Zdravotní a sociální terapie.....	35
5.5 Zhodnocení.....	38
ZÁVĚR	39
SEZNAM LITERATURY	41
PŘÍLOHA	44
ABSTRAKT	47
ABSTRACT	48

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je problematika handicapovaných v domácím prostředí. Od roku 1990 jsem pracovala ve zdravotnické profesi, nejprve jako zdravotní sestra v psychiatrické léčebně. Před deseti lety jsem nastoupila jako zdravotní sestra do domácí péče, nejdříve u státní organizace a poté v nestátní neziskové organizaci, kde jsem v domácí péči působila do roku 2006. Péče o handicapované, v rámci domácího prostředí, mě velmi oslovila. Člověk může zůstat ve svém přirozeném prostředí, které je pro něj známé, kde se cítí jistě, kde se odehrávají všechny jeho starosti a radosti.¹ Velice mě zaujala ucelenost poskytované péče. Ve své práci bych se chtěla věnovat v teoretické části tématu tělesně handicapovaných obecně. Zde bych shrnula důležité dokumenty v rámci Evropské unie a také tuto tematiku v ČR. Dále bych se věnovala pohledu na handicapované, na jejich problémy a nazírání ostatních. Hlavním tématem mé práce je pomoc v rámci domácí péče, která se velice slibně rozšiřuje. Přesto zůstává mnoho občanů i odborníků neinformováno o této možnosti. V rámci domácí péče bych chtěla vyzdvihnout možnost její komplexnosti. Uživatel ve většině případů nemusí zůstat hospitalizován, ale může s veškerou pomocí pobývat ve svém přirozeném domácím prostředí. Důležitostí v tomto případě je komplexní přístup formou ucelené rehabilitace, poskytování péče, odstraňování bariér, napomáhání inkluzi.

V této fázi práce bych popsala historii domácí péče a současný stav, uvedu statistické údaje uživatelů domácí péče. V přehledu udám další možnosti péče pro uživatele služby. Dotknu se standardů kvality sociálních služeb.

Na konci práce v praktické části uvádím kasuistiku uživatelky na principu individuální případové práce. Jde o mou osobní zkušenost v době, kdy jsem pracovala jako staniční sestra v domácí péči. Nešlo sice o seniorku, ale o mladou ženu, a vzhledem k potřebám byla tato kasuistika složitější také proto, že byla ojedinělá. Může nás ale těšit, že tato žena využívá našich služeb dodnes. Stala se ale méně závislá na našich službách, její zdravotní, psychický a mentální stav se zlepšil, myslím, že také díky naší péči.

¹ Srov. Vágnerová, M. Vývojová psychologie, s. 497

Moje práce by se měla týkat především komplexního shrnutí péče pro handicapovaného uživatele a toho, jak je tato problematika uložena v mezinárodních smlouvách, jak velká je věnována pozornost zdravotně znevýhodněným v našem státě. Jaká je možnost využití péče v domácím prostředí. Vysvětluji pojmy týkající se postižení a nazírání společnosti na něj. Uvádím výčet možných státních dávek a podpor. To hlavní ale pro mě znamená možnost domácí péče, která je odbornou péčí a která dle dostupných informací také výrazně snižuje výdaje ve zdravotnictví a sociální péči na jednotlivého uživatele, který by jinak musel pobývat v nemocničním nebo sociálním zařízení.² To vše se ale může stát, když jsou v souladu všechny složky poskytované péče - jak zdravotní, sociální, tak také psychologická, pracovní nebo volnočasová. Všechny by měly spět k inkluzi a integraci jednotlivého uživatele s handicapem. Jen doufám, že s nárůstem organizací poskytujících tuto péči a pomoc bude narůstat i určité uvědomění nás ostatních i celé společnosti ve vztazích s tělesně postiženými.

1 ZAJIŠTĚNÍ PRÁV LIDÍ S HANDICAPEM

V rámci sociální politiky věnuje Evropská Unie již řadu let velkou pozornost zdravotně znevýhodněným osobám. Proto například vyhlásila rok 2003 Evropským rokem zdravotně postižených občanů. Po celé Evropě se uskutečnily stovky různých akcí, jejichž cílem bylo upozornit občany členských zemí na problémy a překážky, se kterými se ve společnosti musí denně na evropském kontinentu potýkat 37 milionů zdravotně postižených lidí. Hlavním cílem kampaně bylo prosazení aspektu zdravotně postižených občanů do jednotlivých politik Evropské Unie, což znamená uplatnění priorit a potřeb těchto občanů ve všech politikách v rámci dodržování principu rovných příležitostí. Rada Evropy o Evropském roku osob se zdravotním postižením 2003 hovoří o tom, že je v EU přibližně 38 milionů osob se zdravotním postižením, tj. každý desátý Evropan všech věkových kategorií.³

„Nástrojem sociální politiky EU je Evropský sociální fond, jeho zásady jsou sociální dimenze, sociální dialog a vnitřní trh. Sociální dimenze je

² Srov. Svět, L. Gerontologické aktuality 1/2002, Financování domácí péče, s. 29.

³ Srov. Analýza sociálních služeb- lidé se zdravotním postižením, s. 6.

charakterizována Chartou základních sociálních práv Společenství“.⁴ Podstatou je dodržování lidských práv, což není jen záležitostí jednotlivých států, ale probíhá v rámci dodržování smluv a úmluv na mezinárodní úrovni. (Všeobecná deklarace lidských práv, Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech nebo Mezinárodní úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace). Důležitá je shoda, jež se chápe pod pojmem lidské právo a představa určitých standardů. Zákaz diskriminace na základě zdravotního postižení není vysloveně řečen, ale dá se odvodit z definice diskriminace.⁵ „K přímé diskriminaci dochází tehdy, když se s osobou zachází méně příznivě než s jinou ve srovnatelné situaci kvůli jejímu rasovému či etnickému původu, náboženství či přesvědčení, zdravotnímu postižení, věku či sexuální orientaci.“⁶

1.1 Dokumenty v rámci Evropské unie

V přehledu uvádím vývoj jednotlivých dokumentů, důležitých pro utváření sociální politiky EU vzhledem k handicapovaným. V roce 1961 byla v Turínu členskými státy Rady Evropy přijata Evropská sociální charta. Vymezuje obsah jednotlivých práv a zdůrazňuje práva specifických skupin, kterým má být poskytována zvláštní ochrana. Pro zdravotně postižené je důležitý článek, který přiznává právo na sociální readaptaci. V roce 1971 byla přijata Deklarace práv mentálně postižených, kde jsou přiznána všem stejná práva. V roce 1975 byla přijata Deklarace práv zdravotně postižených osob, v níž opět dochází k potvrzení práva postižených osob na respektování lidské důstojnosti. Zde bylo zdůrazněno, že zdravotně postižení mají stejná práva jako ostatní. V roce 1982 Valné shromáždění OSN přijalo Světový akční program činnosti týkající se zdravotně postižených osob.⁷ „Cílem je vytvořit společnost pro všechny. Přednostními strategickými cíli jsou přístupnost, zaměstnanost, sociální služby a záchytné sociální sítě.“⁸ Tento program také garantuje rovnost práv handicapovaných,

⁴ Evropská unie od A do Z, s. 278.

⁵ Srov. Národní rada pro zdravotně postižené v ČR, dokumenty

⁶ www.stop-discriminacion.info/1450.0.html

⁷ Srov. Národní rada pro zdravotně postižené v ČR, dokumenty

⁸ www.osn.cz/mezinarodni-pravo/?kap=50

účasť na spoločenskom živote, právo stejných príležitostí. Rada Evropy prijala v 80. letech program, ktorý sa týkal spoločenskej integrácie zdravotne postihovaných na úrovni Evropského spoločenstva. V roku 1989, na evropskej úrovni, bola prijata ve Štrasburku štáty Evropského spoločenstva Charta základných sociálnych práv, ktorá má charakter deklarácie a členské štáty ju musia promítnuť do vnútroštátneho zákonodarstva. Napríklad každá invalidná osoba môže používať takových opatrení, ktorá jí bez ohľadu na povahu a príčinu invalidity usnadní zaradiť sa do sociálneho a pracovného procesu. V roku 1993 bola na Evropskej úrovni prijata "Zelená kniha Evropskej sociálnej politiky", ktorá sa mimo iného zaoberá otázkami integrácie zdravotne postihovaných osôb. Z roku 2000 je dokument Európskej únie "Směrem k bezbarierovej Európe pre zdravotne postihované". Uvádí, že ľudia so zdravotným postihovaním sú jednou z najviac znevýhodnených skupín vo spoločnosti a musia prekonávať špecifické bariéry. Podľa Európskej únie v otázkach postihovaní sme spoločnosť otvorená všetkým, a preto je podľa nej nutné identifikovať a odstrániť tieto špecifické existujúce bariéry. Európsky akčný plán rovných príležitostí pre osoby so zdravotným postihovaním z roku 2003 napomáha teda začleňovaním handicapovaných osôb do ekonomiky a do spoločnosti obecné. Uvádá, ako s nimi v rámci zamestnávania zachádzať, zlepšovať prístup a podporovať integráciu. Každé dva roky musí byť vydaná správa o celkovej situácii zdravotne postihovaných v Európe. Z celkového postoja EÚ vyplýva, že za prekážku je chápaná bariéra vonjšieho prostredia viac než samotný handicap. Preto i pre stávajúce dokumenty je základom, odstránenie legislatívnych bariér a poskytnutie možnosti včleniť sa a integrovať v rámci rovných príležitostí.⁹

Ve svojej práci sa venuje problematike handicapovaných občanov, je ale dôležité zdôrazniť, že veľmi mnoho ľudí v seniorskom veku sa potýka s postihovaním. Z celostátnych srovnání vyplýva, že viac než polovinu osôb s nejakým druhom zdravotného postihovaním predstavujú osoby v dôchodovom veku. Řeší teda problémy vzhľadom ke svému omezeniu. I pre ne je nutné ochrana jejich práv, svobod a vyrovnání příležitostí. Preto uvádzam tiež dokument schválený v Madride na II. Svetovom zhromaždení OSN v roku 2002, čo je Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí. Česká republika, jako členský stát OSN, přijala

⁹ Srov. Národní rada pro zdravotně postihované v ČR, dokumenty

závazky vyplývající z těchto dokumentů. Na základě doporučení mezinárodních dokumentů byla vypracována národní koncepce přípravy na stárnutí.

„Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002 vyzývá ke změnám v přístupu, politikách a v praxi na všech úrovních, vytvořit vstřícnou společnost pro lidi všech věkových kategorií, do které se starší osoby rovnoprávně zapojují a v níž nejsou diskriminováni.“¹⁰ Prohlášení tohoto dokumentu se také věnuje problematice postižených seniorů.

Úkolem jednotlivých států je promítnout obsahy v jednotlivých dokumentech do svých právních řádů a tak vytvořit podmínky pro rovné zacházení se zdravotně postiženými na celém světě. Žádný právní předpis však nemůže nikdy zajistit v neformálním světě institucí rovné zacházení, které je součástí a nezbytným předpokladem úspěšnosti procesu vytváření rovných příležitostí.

1.2 Dokumenty v rámci ČR

Mezi základní dokumenty, kterými se stát řídí vzhledem ke zdravotně postiženým, patří Listina základních práv a svobod, Národní plán podpory a integrace handicapovaných občanů, Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením a programová prohlášení vlády. Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením uvádí, že *„cílem sociálního zabezpečení pro občany se zdravotním postižením je vytvořit kvalitní, dostupný a efektivní systém sociálních služeb a dávek sociální pomoci, a doporučuje směřovat koncepci sociálního zabezpečení k širší nabídce služeb podporujících setrvání občana se zdravotním postižením ve vlastní domácnosti umožňující mu vést samostatný život a zároveň spolurozhodovat o rozsahu a formě poskytované péče.“¹¹* V roce 1993 bylo odhadnuto, že na území republiky žilo 1 200 000 občanů se zdravotním postižením. Z tohoto počtu se uvádí, že 30-35 000 osob potřebovalo invalidní vozík. Hlavními problémy týkající se osob se zdravotním postižením, které se snaží stát a subjekty řešit, je tedy sociální inkluze, bariéry jak sociální, tak materiální, nezaměstnanost, sociální zabezpečení, přístup ke vzdělání,

¹⁰ Madridský plán a jiné dokumenty, s.11.

¹¹ www.esfcr.cz/files/danty/1284/NPPI_2006-9.pdf

bezbariérovost a participace¹². „*Specifickou oblastí sociální politiky je boj se sociálním vyloučením a snaha o sociální začlenění těch, kteří se v soukolí sociální exkluze ocitají.*“¹³ V roce 2004 byla schválena vládou Střednědobá koncepce státu k občanům se zdravotním postižením, která definuje základní oblasti postavení občanů se zdravotním postižením ve společnosti a definuje střednědobý výhled přístupu státních orgánů k osobám se zdravotním postižením. Připravuje obecné a speciální programy, snaží se o vybudování systémů komplexní rehabilitace v oblasti pracovní, vzdělávací, sociální a zdravotní, minimalizaci a kompenzaci dopadů, kdy osoba se stává méně závislou na svém okolí.¹⁴ Důraz se klade na rodiny pečující o své blízké, na rozvoj služeb a jejich dostupnost. To v loňském roce podpořil například nový Zákon o sociálních službách.¹⁵ Všechny tyto dokumenty a jejich naplňování na základě lidských práv, by mělo spět k možnosti pro postižené, aby překonali svůj handicap. V tom smyslu, že i s určitým omezením budou vykonávat takové činnosti jako zdravý člověk. Budou moci žít v domácím prostředí a pracovat jako kdokoliv z nás.

1.2.1 Sociální péče v ČR

Kořeny sociální péče představují v historicky nejzasší období charitativní aktivity církve, dále pak chudinské spolky, dělnické podpůrné spolky, komerční, dobrovolné a soukromé spolky. Nejsilnějším formalizovaným sociálním subjektem nyní je stát. Nedílnou součástí jsou nestátní organizace, dobrovolné organizace, sdružení, jejichž rozvoj nastal po roce 1989. Sociální péče pomáhá uspokojovat objektivně uznávané sociální potřeby občanů, neomezuje se jen na zásady do hmotné oblasti, ale také psychické, sociální a kulturní.¹⁶

„*V naší republice funguje tzv. kontinentální model sociální péče.*“¹⁷ Je garantovaná minimální pomoc pro každého občana, s podmínkou, že je zvýhodněn ten, kdo si nejdříve pomůže vlastními silami, nebo kdo se o to snaží.

¹² Srov. Analýza sociálních služeb- lidé se zdravotním postižením, s. 6

¹³ www.epolis.cz/download/pdf/materials_78_1.pdf.

¹⁴ Srov. Vládní dokument Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007.

¹⁵ Srov. http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf>

¹⁶ Srov. Matoušek, O. Základy sociální práce, s. 161.

¹⁷ www.volbycr.cz/soc/ozp

Sociální politika státu se snaží o to, aby postižený občan byl tak zabezpečen, že bude vlastně méně závislý na pomoci a podpoře státu. Cílem je vybudovat systém komplexní rehabilitace. Všechny podpory a dávky by měly být přesně určené a cílené. Snahou je poskytovat služby individuálně. I to se snaží naplnit Zákon o sociálních službách¹⁸ z roku 2007. Zákon je relativně mladý a všichni si na jeho aplikaci zvykáme. Je to ale velký krok směrem k postiženým a starým lidem. Sociální péče je zajišťována pro seniory, zdravotně postižené občany a nebo občany sociálně dezintegrované. Zaměřuje se také na rodiny standardní či dysfunkční. Tyto oblasti jsou cílem sociální rehabilitace. *„Člověk je společenská bytost. Je v rámci lidské společnosti humanizován a socializován. Totéž platí o člověku se zdravotním znevýhodněním. Velmi tedy záleží na jeho společenském postavení, na roli, kterou ve společnosti zaujímá, na tom jak je společností přijímán. Sociální rehabilitace se v podstatě zaměřuje na podporu fungování člověka v běžných životních situacích, např. zabezpečením ekonomických a dalších hmotných podmínek pro samotný život.“*¹⁹ K zabezpečení těchto podmínek, využívají postižení dávek státní sociální pomoci. Jak jsem již uvedla, ty se uplatňují v situacích, kdy jedinec není schopen pomoci si vlastními silami nebo vlastními zdroji. Jedná se o podporu pomocí dávek nebo služeb. Zdravotně postižení využívají dávek péče. Podle mé vlastní zkušenosti uživatelům v domácím prostředí napomáhají k větší soběstačnosti a zabezpečení péče.

1.2.2 Dávky sociální péče

„ Dávky sociální péče jsou poskytovány osobám s trvalým pobytem na území ČR, osobám, na které se vztahuje přímo použitelný předpis Evropských společenství (tj. migrujícím pracovníkům členských států EU a jejich rodinným příslušníkům), občanům členského státu EU a jejich rodinným příslušníkům, kteří jsou hlášeni na území ČR déle než tři měsíce. „²⁰ Dávky se poskytují na základě vyplněné a podané žádosti, která obsahuje lékařský nález a vyplácí je pověřené městské úřady s rozšířenou působností. „Cílovou skupinou jsou občané, kteří

¹⁸ Srov. http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf>

¹⁹ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 91.

²⁰ Průvodce sociálními dávkami, s. 57.

nejsou dostatečně zabezpečeni vlastním příjmem, dále ti, kteří nemohou vlastními silami překonat nepříznivou situaci.“²¹

Výčet dávek:

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- příspěvek na úpravu bytu
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla
- příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla
- příspěvek na provoz motorového vozidla
- příspěvek na individuální dopravu
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu
- příspěvek na úhradu za užívání garáže
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.

Vedle dávek sociální péče se poskytují rovněž mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P) a bezúročné půjčky.²² Nově vyplácená dávka je příspěvek na péči. Všechny tyto dávky by měly napomoci občanům kompenzovat handicap a zapojit se do aktivního života.

1.2.3 Příspěvek na péči

Od 1.1. 2007 vznikla dle „*Zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách*“²³ nová dávka, příspěvek na péči, která nahradila nároky osob, které péči potřebují, tj. zvýšení důchodu pro bezmocnost a pro občany handicapované. Jde svým způsobem o „revoluční“ změnu v poskytování dávek, a to i ve směru množství poskytnutí finančních prostředků vložených do sociální oblasti v péči o zdravotně postižené a seniory. “ *Příspěvek na péči je podle zákona odstupňován do 4 stupňů,*

²¹ Matoušek, O. Slovník sociální práce, s. 210.

²² Srov. Průvodce sociálními dávkami, s. 74.

²³http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf

*a to podle míry závislosti osoby, tj. od mírné ve stupni I. až po úplnou ve stupni IV.*²⁴

Výše příspěvku na péči za kalendářní měsíc činí:

	do 18 let věku	nad 18 let věku
Stupeň I (lehká závislost)	3000	2000
Stupeň II (střední závislost)	5000	4000
Stupeň III (těžká závislost)	9000	8000
Stupeň IV (úplná závislost)	11000	11000

Lidem, kteří pobírali bezmocnost, tato dávka přešla automaticky na výši dávky příspěvku na péči. Ostatní si nyní podávají žádosti o příspěvek na péči na obecních úřadech s rozšířenou působností. Tyto prostředky by lidé měli použít na zaplacení sociálních služeb nebo rodinných příslušníků, kteří o ně pečují. Klienti se sníženou soběstačností si na základě vlastních potřeb sami vybírají sociální služby, které jim budou v péči o svojí osobu pomáhat. Posuzování výše dávky je na sociálních pracovnících obecních úřadů a revizních lékařích. Posuzování se děje podle schopnosti sebezpečí jednotlivého žadatele.²⁵ Vyřízení žádosti trvá i několik měsíců. Někdy nedojde k souladu v posouzení u obecních úřadů a revizních lékařů. Také například klienti s demencí jsou znevýhodněni, protože rozhodování v jejich případech je obtížné a orgány, které rozhodují, nemají dostatek zkušeností. Každopádně ale jde o velkou změnu, směrem k určité demokracii, ke klientům a ke zlepšení sociální péče. Důležité je, jak se lidé naučí žít s touto změnou, že dostávají finanční prostředky, které by měly užít na péči o svou osobu.

2 HANDICAP, HANDICAPOVANÍ A BARIÉRY

V předchozím textu běžně používám pojem postižený nebo handicapovaný. V této kapitole bych se ráda k těmto termínům vrátila a více je vysvětlila a uvedla definice. Týkají se totiž lidí, lidských bytostí s lidskými právy. Samotné postižení

²⁴ <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>

²⁵ Srov. http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf

nějakým způsobem člověka mění, mění jeho nazírání sama na sebe. Mění také pohled druhých. Někdy postižení vzniká v mladém věku a je obtížnější si na něj zvyknout a smířit se s ním. Jindy stáří přináší handicap. Každopádně jde o změnu, se kterou se člověk musí potýkat a nějak s ní naložit.²⁶ Problémem bývá kontakt s okolím a s nazíráním ostatních.

Dalo by se říci, že „bariéry v našem okolí jsou dvojí. Fyzické a psychické. Fyzickými bariérami jsou reálná omezení v prostředí, ve kterém žijeme, ve kterém se každý den pohybujeme. Komplikují nebo zcela znemožňují pohyb osob s postižením v daném prostředí.

Psychické bariéry jsou jak ve "zdravých" lidech, tak v samotných postižených. "Zdravý" člověk se mnohdy postiženému vyhýbá. Důvody mohou být různé. Jsou lidé, kteří nevědí, jak s postiženou osobou komunikovat, jak jí pomoci. Někteří mají jakýsi zvláštní pocit viny, že oni jsou zdraví a ten druhý je více či méně bezmocný. "Zdraví" lidé často nevědí, jaké zdravotní komplikace postižení přináší a zda je osoba pohybující se na vozíku schopna komunikace. Postižený člověk se cítí vyřazen ze společnosti, podle toho jak se k němu okolí chová. Fyzické bariéry toto ještě více zhoršují. Navíc vážným psychickým problémem je vyrovnání se se změněnou životní situací. Zejména, došlo-li k náhlé změně života a životního stylu pro neočekávanou těžkou nemoc či úraz. Tito lidé si mnohem více uvědomují fyzické bariéry ve svém okolí než ti, kteří se s postižením narodili a od malička jsou zvyklí na každodenní boj s překážkami. Fyzické bariéry ještě zhoršují schopnost vyrovnat se s novou životní realitou.“²⁷ „Postižení obvykle rozbíjí dosavadní způsob života člověka a často má za následek změnu základní hierarchie hodnot.“²⁸ Problém narůstá přímo úměrně s věkem. Starší lidé jsou již méně přizpůsobiví a navíc tělesné postižení přináší větší nároky na fyzickou kondici při běžných denních úkonech. Často nemají dostatek informací a příležitostí k tomu, aby využili všech svých předpokladů k samostatnosti. Pokud oni a jejich rodiny nemají včas dost informací a podpory, rodina se někdy rozpadá. Více než jinde tady platí, že pomoc musí přijít včas. Vycházím z přesvědčení, že člověk na vozíku může a má právo žít kvalitním a aktivním

²⁶ Srov. Vágnerová, M. Vývojová psychologie, s. 495.

²⁷ Filipiová, G. Život bez bariér, s. 8.

²⁸ Haškovcová, H. Spoutaný život, s. 26.

životem, stejně jako ostatní lidé. Potřebuje pro to jen vhodné podmínky, potřebuje také radu a pomoc.²⁹ Hlavní problematikou života zdravotně postižených zůstává zejména podpora možností navrácení se a setrvání v přirozeném prostředí. S tím souvisí potřeba zajištění bio-psycho-sociální pohody. Důležitá je poté další možnost uplatnění ve společenském životě.

2.1 Definice pojmu postižení a handicap

Pro zpřehlednění dané tematiky uvádím také definici, což se mně zdá důležité z hlediska vysvětlení vývoje pojmu a jeho lepšího pochopení. Postižení zahrnuje řadu funkčních omezení, která se vyskytují v každé populaci ve všech zemích světa. Lidé mohou být postiženi fyzickou, mentální nebo smyslovou vadou, zdravotním stavem nebo duševním onemocněním. Takové vady, stavy nebo onemocnění mohou být trvalé nebo přechodné. Dle terminologie *„postižení jsou problémy týkající se tělesných funkcí a tělesných struktur, tyto problémy mohou být příčinou omezení v činnostech, na této úrovni je důsledek popisován z hlediska jednotlivce, mohou být také příčinou omezení ve společenských aktivitách, čímž jsou označovány důsledky širší, sociální.“*³⁰

Handicap je ztráta nebo nějaké omezení příležitosti účastnit se na životě společnosti, stejně jako ostatní, na stejné úrovni. Důležitá je nemožnost participace a tím vzniklý konflikt. Účelem tohoto termínu je zdůraznit nedostatky v prostředí i v mnoha aktivitách organizovaných ve společnosti, jako jsou informace, komunikace a vzdělávání.³¹ *„Pojmu handicap by odpovídala omezení v činnostech a ve společenských aktivitách.“*³² V základě to znamená, že postižení často přináší handicap.

2.2 Prevence, rehabilitace a integrace

Dále bych chtěla uvést pojem prevence, která se zaměřuje na zamezení vzniku handicapu - vzniku fyzické, intelektové, psychické nebo smyslové vady (primární

²⁹ Filipiová, G. Život bez bariér, s. 9.

³⁰ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 91.

³¹ Srov. Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 91.

³² Tamtéž, s. 91.

prevence) nebo zamezení toho, aby vada způsobila trvalé funkční omezení nebo postižení (sekundární prevence). „Prevence může zahrnovat mnoho typů činností, jako je primární zdravotní péče, výchova týkající se výživy, očkování a opatření pro kontrolu endemických nemocí, bezpečnostní pravidla či programy pro prevenci nehod v různých prostředích.“³³ Prevence je nesmírně důležitá v tom, že může mnoha příhodám předcházet. Může doporučit takové podmínky, kdy kvalita života nebude s přibývajícím věkem klesat. Jde ale o uvědomění každého z nás. Na druhou stranu ale „v ČR jsou preventivní aktivity spíše nesymetrické a nekoordinované, jsou málo vynalézavé a málo účinné“.³⁴ Součástí nového Zákona o sociálních službách³⁵ je od loňského roku i služba sociální prevence, takže snad se stane více stěžejní.

Další pojem se týká rehabilitace, která umožňuje osobám se zdravotním postižením, aby si zachovaly či zlepšily svou fyzickou kondici, a tím získaly větší nezávislost. Forma ucelené komplexní rehabilitace patří mezi základní program státu vzhledem k postiženým. Patří sem jak rehabilitace zdravotní, tak sociální či pracovní. V pracovní rehabilitaci jde o princip vyrovnání rovných příležitostí, což legislativou umožňuje právo pro každého jednotlivce možnost stejného zapojení. Osoby se zdravotním postižením by měly mít právo zůstat ve svém přirozeném prostředí, a měly by dostat takovou podporu od subjektů, že jim je toto umožněno. Z toho plynou pro tyto občany také stejné povinnosti. Součástí procesu vyrovnání příležitostí by měla být provedena opatření pomáhající osobám se zdravotním postižením přijmout plnou zodpovědnost členů společnosti. Stát by měl zajistit odpovídající podmínky k zachování a zlepšení úrovně jednotlivých funkcí, zajistit rozvoj podpůrných služeb a dostupnost pomůcek.³⁶ „Rehabilitace začíná být v současnosti chápána jako koncepce ucelené rehabilitace, kdy jde o složky zdravotní rehabilitace zahrnující např. operační nápravu. Psychologickou rehabilitaci, usilující např. o zvládnutí krize. Pedagogickou rehabilitaci, zaměřující se na oblast výchovy, pracovní rehabilitaci, která se týká pracovního uplatnění. Volnočasová rehabilitace a sociální rehabilitace, kde cílem je

³³ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 97.

³⁴ Matoušek, O. Slovník sociální práce, s. 164.

³⁵ Srov. http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf

³⁶ Srov. Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 94.

existenční, materiálové zabezpečení a legislativní ochrana jedince s postižením.“³⁷

Pojem integrace se v posledních letech užívá v souvislosti s lidmi se zdravotním znevýhodněním často. Tento termín pro mě znamená součást komplexní rehabilitace. *„Při integraci nejde jen o vyrovnávání příležitostí pro hendikepované, ale také o úspěšnost začleňování jedinců se zdravotním znevýhodněním do společnosti. Nověji jsou žádoucí strategie sociální politiky s ohledem na znevýhodněné skupiny označovány jako inkluze“.*³⁸ Inkluze znevýhodněných by měla být hodnotovým a osobním přesvědčením každého člověka. Všechny tyto pojmy se obecně opakují i v evropských a státních dokumentech uvedených v prvních kapitolách. Přišlo mi ale důležité podrobně a po lidské stránce vysvětlit a popsat, čeho se běžně používají slova týkající a dát jim „lidský“ obsah.

3 SLUŽBY PÉČE O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ A SENIORY

Nový Zákon o sociálních službách³⁹ nejenom definuje příspěvek na péči a jeho praktickou funkčnost, ale také uvádí a dělí sociální služby. *„Cílem sociálních služeb je zvýšit kvalitu života, popřípadě i ochrana zájmů společnosti.“*⁴⁰ Poskytované služby si člověk hradí právě z příspěvku na péči. Služby jsou prostředkem sociální rehabilitace a je jich poměrně velký dostatek, aby pokryly potřeby klienta v domácím prostředí. Podle dostupných zdrojů je služeb dostatek například ve městě Plzni, ve kterém žiji. Myslím si, že velká města jsou ale touto sítí více pokryta než venkov. Poskytování péče ve městech je přeci jen levnější, než ve venkovských lokalitách. Jsou zde velké přejezdy a uživatelů relativně málo. Na druhou stranu si myslím, že na venkově funguje více vzájemná pomoc sousedů než ve velkých městech, kde vzniká vzájemné odcizení.

Podle zákona bychom služby rozdělili na:

- Sociální poradenství

³⁷ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 93.

³⁸ Tamtéž, s. 97.

³⁹ Srov. http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf

⁴⁰ Matoušek, O. Slovník sociální práce, s. 214.

„Sociální poradenství je realizováno prostřednictvím poskytování rad, informací o právech, povinnostech a oprávněných zájmech, dále odkazováním, aktivní pomocí při vyjednávání lidem, kteří v důsledku snížené soběstačnosti v některých oblastech, nejsou schopni bez vnější podpory vyřešit specifickou situaci ve svém životě.“⁴¹

- Služby sociální péče

Tyto se poskytují osobám, které ztratily soběstačnost o svou osobu, z důvodu nepříznivého zdravotního stavu. Nemohou zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby, bez pomoci jiné osoby. V tomto případě nemusejí využívat jen služby, ale také pomoc příbuzných sousedů nebo známých. Je důležité, aby se co nejvíce zapojili do běžného života společnosti.

- Služby sociální prevence

Tyto se poskytují osobám v krizových situacích v důsledku nesprávných životních návyků, při ohrožení jejich práv, osobám jejichž způsob života by mohl vést ke konfliktu se společností. Služba slouží také jako prevence zabránění těchto nežádoucích jevů, které mohou způsobit jakékoliv vyloučení.

Při poskytování služeb sociální péče a sociální prevence se uplatňují metody sociální práce.

Péče o seniory a lidi s postižením probíhá ve dvou základních rovinách:

- podpora života v domácích podmínkách
- umístění v zařízení s pobytem⁴²

3.1 Typy služeb péče poskytovaných v domácím prostředí

- Pečovatelská služba

Služba se poskytuje osobám, které z důvodu nepříznivé sociální situace mají sníženou schopnost v oblasti osobní péče a péče o domácnost a potřebnou pomoc jim nemohou poskytnout rodinní příslušníci. V rámci pečovatelské služby se provádí standardní pečovatelské úkony - tedy nákup, úklid, pochůzka (doprovod) na úřady, k lékaři, praní a žehlení prádla, rozvoz obědů a dle potřeby

⁴¹ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s.96.

⁴² Srov. http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf>

asistence při jeho konzumaci, dlouhodobý dohled nad uživatelem v denní, případně i v noční hodiny (nejčastěji ve spolupráci s dobrovolníky). Pečovatel zde hraje rozhodující roli, neboť se v mnoha případech stává pro seniory (zvláště osamělé) osobou blízkou a požívá u nich velké důvěry. „*Služba má člověku umožnit setrvat ve vlastním domácím prostředí a zachovat vlastní životní styl.*“⁴³

- Ošetrovatelská služba (domácí péče)

Zdravotní sestry vykonávají zdravotní úkony u nemocných v jejich vlastním domácím prostředí. Nejčastěji prováděnými úkony jsou: komplexní hygienická péče u ležících pacientů, podávání léků, aplikace inzulínu a dalších injekcí, aplikace infúzní a enterální výživy, kontroly krevního tlaku, monitorování EKG, odběry krve na vyšetření, kontrola glykémie, kondiční i speciální rehabilitace. Služba může být poskytována 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Je hrazena zdravotními pojišťovnami a její rozsah ordinuje obvodní nebo ošetřující lékař při propuštění z nemocnice. Závisí na zdravotním stavu nemocného - maximum je 1 hodina 3x denně. Zvýšený rozsah péče musí schválit revizní lékař pojišťovny. Pro chronicky nemocné, kteří nepotřebují akutní lékařskou péči, je stonání doma s ošetřováním kvalifikovaných zdravotních a rehabilitačních sester v kombinaci s pečovatelskou službou za doprovázení rodinných příslušníků či jiných blízkých osob nejlepším možným řešením. Je vhodnou alternativou pro léčebny dlouhodobě nemocných.⁴⁴

Po roce 1990 v naší republice vzniklo několik set agentur domácí ošetrovatelské služby, ale jen několik desítek organizací poskytujících pečovatelské služby (v Plzni pouze dvě organizace – Městský ústav sociálních služeb a Městská charita Plzeň), neboť tato služba se složitě finančně zajišťuje.

- Osobní asistence

Služba je určena osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy např. v oblastech osobní péče, využívání veřejných míst, péče o domácnost, kontaktu s rodinou a širší společností. Podstatou služby je osobní pomoc se zvládnutím běžných každodenních dovedností a úkonů, „*kteřé by člověk dělal sám, kdyby mu v tom nebránilo zdravotní postižení nebo stáří*“⁴⁵. Služba je poskytována v přirozeném

⁴³ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 95.

⁴⁴ Srov. www.mchp.cz

⁴⁵ Matoušek, O. Sociální práce v praxi, s. 95.

prostředí, kde uživatel žije, pracuje, vzdělává se apod., je poskytována na základě aktuální potřeby uživatele v předem stanoveném rozsahu, nikoli výčtem úkonů. Cílem poskytovaných služeb je zajištění soběstačnosti uživatele nebo podpora rozvoje soběstačnosti, setrvání v přirozeném prostředí a zachování vlastního životního stylu.⁴⁶

- **Respitní (odlehčovací) péče**

Přes řadu výhod pro osoby pečující o seniory či zdravotně postižené je, myslím si, tato péče u nás málo propagována a tím i málo využívána. Vychází z předpokladu, že člověk, pečující o seniora nebo jinou blízkou osobu s postižením, potřebuje odpočinek, volný čas, potřebuje realizovat své potřeby a zájmy a je třeba, aby byl občas zaměněn buď asistentem, který na určitou dobu přebírá péči za něj, nebo stacionářem, který jej na několik hodin denně či několik týdnů v roce zastoupí.

Respitní péče je buď poskytována doma, kde nabízí rodinám odbornou i laickou pomoc. Rodina si sama vybírá agenturu i osobu - asistenta. Tento způsob péče neruší chod rodiny, příjemce služby zůstává ve svém přirozeném prostředí. Příliš však nedochází k obohacování jeho společenských kontaktů, proto bývá tato péče kombinována s jinými typy péče.

- **Poradenství**

Základní poradenství jsou povinny poskytovat všechny sociální služby. „Zahrnuje základní sociální a odborné sociální poradenství.“⁴⁷ Služba je určena osobám, které v důsledku snížené soběstačnosti v některých oblastech, např. v uplatňování práv a nároků, využívání veřejných míst a služeb, kontaktu s komunitou i rodinou, komunikaci, nebo z důvodu událostí či jevů ohrožujících soudržnost rodiny, nejsou schopny bez vnější podpory vyřešit specifickou situaci ve svém životě. Podpora je realizována prostřednictvím poskytování rad, zprostředkování informací o právech, povinnostech a oprávněných zájmech, odkazování, aktivní pomoci při vyjednávání, zastupování nebo doprovázení.⁴⁸

Terénní sociální pracovník poradí sám (či se obrátí na příslušné odborníky) a pomůže vyřešit úkoly a situace, které vyplývají z běžného života seniorů, kteří mají omezenou pohyblivost. Tato služba velmi napomáhá klidnému životu

⁴⁶ Srov. http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf>

⁴⁷ < http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf>

⁴⁸ Srov. http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf>

seniorů, neboť ti si často nevědí rady v řadě pro mladší lidi běžných situací. Mobilní klienti využívají při problémech návštěvy poraden různých provozovatelů.

- Tísňová péče

Nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami, které jsou v důsledku snížení soběstačnosti v oblasti osobní péče vystaveni stálému, vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo schopností. Služba obsahuje poskytnutí nebo zprostředkování pomoci.⁴⁹

3.2 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb byly vytvořeny na přelomu minulého a tohoto století. Na jejich tvorbě se podílela i řada zástupců poskytovatelů služeb. *„Vznikl manuál, dle kterého lze hodnotit kvalitu služeb. Každý standard se dále dělí na kritéria pro větší srozumitelnost a lepší práci s tímto materiálem.*

Standardy služeb říkají, jak má sociální služba vypadat, popisují ji a ověřují měřitelnými kritérii. Snaží se posoudit kvalitu poskytované služby.“⁵⁰ „Kvalita péče je souhrnný ukazatel charakterizující sociální služby, kvalitní péče je taková, která je dostupná komukoli a kdykoli, je co nejméně vázaná na cenu, je natolik pružná, že dokáže reagovat na měnící se klientovy potřeby, je průběžně hodnocená někým jiným než tím, kdo ji klientovi přímo poskytuje, a pokud je zjištěna nežádoucí odchylka od standardu, je ve způsobu poskytování iniciována změna.“⁵¹ Standardy jsou poměrně obecné, a proto se dají aplikovat na různé druhy služeb. Standardy mohou využít malé začínající organizace, může jít o pomůcku k poskytování služeb. Kvalita má uspokojit potřeby a zájmy zákazníků. Hlavním posláním sociální služby je snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, žít nezávisle, v kontaktu s ostatními lidmi

⁴⁹ Srov. http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf

⁵⁰ Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, str.5

⁵¹ Matoušek, Slovník sociální práce, str. 99

a v přirozeném sociálním prostředí. Důležitým znakem je orientace na uživatele, snaha o to aby vlastními silami pomohl.

Standardy se člení na:

Procedurální:

- Cíle a způsoby poskytování služeb
- Ochrana práv osob
- Jednání se zájemcem o sociální službu
- Smlouva o poskytování sociální služby
- Individuální plánování průběhu sociální služby
- Dokumentace o poskytování sociální služby
- Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- Návaznost poskytování sociální služby na další zdroje

Personální:

- Personální a organizační zajištění sociální služby
- Profesní rozvoj zaměstnanců

Provozní:

které definují prostory, kde jsou služby poskytovány, dostupnost, ekonomiku a rozvoj kvality služeb.

- Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
- Informovanost o poskytované sociální službě
- Prostředí a podmínky
- Nouzové a havarijní situace
- Zvyšování kvality sociální služby⁵²

3.3 Ošetřovatelské standardy

V rámci zdravotní péče o nemocné v domácím prostředí vznikly také ošetřovatelské standardy. Byla snaha, aby stejně jako sociální služby i domácí péče měla schéma postupů, na kterých by se dala ověřit její kvalita. Domácí péče nepatří mezi služby sociální péče podle zákona, přesto se vzhledem ke komplexnosti služeb řadí mezi součást péče o uživatele v domácím prostředí.

⁵² Srov. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe

Zpracováním těchto standardů byla snaha o co nejprofesionálnější, nejodbornější podání zdravotní a sociální péče u člověka. Pracovník v domácí ošetrovatelské péči musí být registrovaný dle „*Zákona o nelékařských profesích č.96/2004 Sb.*“⁵³, kterým může vykonávat profesi bez odborného lékařského dohledu. Zatím jsou tyto standardy spíše postupy než doslovné návody, doporučuje se zatím zpracovávat více takovýchto postupů, kde se popisují jednotlivé úkony v rámci činnosti. Někdy je těžké perfektně zpracovat odborný standard. Nyní vznikají první standardy na národní úrovni, které budou později mezinárodně připomínkovány v rámci Evropské Unie. Budou mít platnost v ošetrovatelském procesu pro Českou republiku.⁵⁴

Uvádím pro názornost jeden zpracovaný standard, týkající se zdravotního úkonu u klienta v domácí péči, ten jsem zpracovala pro použití ve své bývalé profesi (viz příloha č. I).

4 DOMÁCÍ PÉČE

Samotná domácí péče je ošetrovatelská služba poskytovaná člověku v domácím prostředí. Nejde o sociální službu. Je to péče hrazená zdravotními pojišťovnami, financovaná ze zdravotního sektoru a vícezdrojovým financováním. Měla by být považována za prioritu zdravotnických a sociálních systémů pro svoji efektivitu a zejména proto, že pomohou pacienta zachovat po co nejdelší dobu v domácím prostředí.⁵⁵ Domácí péče bývá označována anglickým termínem home care. Domácí péče je určena všem věkovým kategoriím, lidem po hospitalizaci, dlouhodobě i chronicky nemocným a dalším potřebným. V případě poskytování péče, kterou nehradí zdravotní pojišťovna, se tato poskytuje za přímou úhradu. Cena služeb se však pohybuje řádově jen v několika málo korunách. Ošetrovatelskou službu vykonávají zdravotní sestry nebo fyzioterapeuti.⁵⁶ „*Jedinečná funkce sestry spočívá v pomoci zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnosti, které přispívají ke zdraví nebo k uzdravení (či pokojné smrti)*

⁵³ <http://www.zakonynawebu.cz/>

⁵⁴ Srov. www.sestra.cz

⁵⁵ Srov. Svět, L. Gerontologické aktuality 1/2002, Financování domácí péče, s. 30.

⁵⁶ Srov. www.domaci-pece.info/

a které by jedinec vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebnou sílu, vůli nebo znalost. Je třeba tuto funkci vykonávat takovým způsobem, který jedinci pokud možno co nejrychleji pomůže získat nezávislost.“⁵⁷ Mohli bychom tedy říci, že jde o část související s ucelenou rehabilitací. Komplexní domácí péče je i nedílnou součástí primární péče, doplňující ambulantní lékařskou péči o komponenty ošetrovatelské péče, sociální péče a laické pomoci.

4.1 Historie a vývoj domácí péče

Tradice domácí péče, která měla již dobře vybudovanou síť a organizaci, byla zcela zničena v době socialismu. „Domácnosti navštěvovaly pouze zdravotní sestry z obvodů za účelem aplikací injekcí apod. u pacientů, kteří nemohli pro určitou mobilitu dojít do střediska. Dále existovaly sestry geriatrické, které navštěvovaly na doporučení obvodního lékaře geriatrické pacienty. Z této doby také pochází degradující termín pro osoby nad 80 let – „přestárlý občan“. Geriatrické sestry, pokud plnily dobře své poslání, do určité míry suplovaly i domácí péči. Nebyla to však návštěva každodenní, natož opakovaná během dne.“⁵⁸ Proto lidé, kteří potřebovali stálou péči, museli být umístěni do zdravotnického nebo sociálního zařízení. Doplnkem péče byla i pečovatelská služba, zaváděná v šedesátých letech. Na území města Plzně byla její zakladatelkou Marie Benešová, která později stála i u zrodu domácí péče.

Teprve po revolučním převratu v roce 1989 dochází k navazování kontaktů se zahraničím a myšlenky domácí péče jsou postupně realizovány. Hledají se cesty, způsoby a formy. Tak jako se vývoj v různých státech ubíral různým směrem, tak i zdravotnické struktury mají různou podobu. Jiná je organizace zdravotnictví v Německu, jiná v Rakousku, anglosaských zemích či USA a Kanadě. Po revoluci byly otevřeny hranice pro všechny a přiváženy zkušenosti. Z názvosloví zdravotnických pracovníků mizí termín „přestárlý občan“ a zavádí se pojem senior, klient, nyní uživatel.

⁵⁷ Základní principy ošetrovatelské péče, s. 3.

⁵⁸ Misconiová, B. Komplexní domácí péče, s. 9.

První agentury domácí péče začaly vznikat v březnu roku 1990.⁵⁹ V naší republice vzniklo několik set agentur domácí ošetrovatelské služby, ale jen několik desítek organizací poskytujících pečovatelské služby (v Plzni pouze dvě organizace – Městský ústav sociálních služeb a Městská charita Plzeň), neboť tato služba se složitě finančně zajišťuje.

Mezi prvními byly agentury České katolické charity. Ministerstvo zdravotnictví legalizuje tuto činnost jako dvouletý experiment a vyčlenilo dotaci ve výši 28 mil. Kč. Česká katolická charita organizuje v rámci tohoto experimentu zdravotní kursy sv. Zdislavy, o které je velký zájem z řad veřejnosti. Absolventi těchto kursů se stávají kromě zdravotních sester prvními pracovníky či dobrovolnými spolupracovníky zakládajících středisek charitní ošetrovatelsko - pečovatelské služby. Postupně vznikají i soukromé agentury domácí péče.

V září roku 1992 byla založena skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v České republice, která je složena ze zástupců profesionální i laické veřejnosti. Schází se pravidelně a řeší krátkodobé i dlouhodobé projekty spojené s problematikou domácí péče, péče hospiců, center komplexní péče. Orientuje se zejména na přípravu legislativních opatření, vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti domácí péče, financování domácí péče, komunikace a informací v rámci domácí péče.⁶⁰ „*V tomto roce došlo také k oficiálnímu přijetí domácí péče, jako jedné z forem zdravotní péče, která je upravena v Nařízení vlády České republiky.*“⁶¹ Pomalu se rozvíjí spolupráce s VZP, která vytváří svůj metodický pokyn. V červnu 1993 je v České republice zaregistrováno celkem 162 agentur poskytujících domácí péči státního i nestátního typu. Je založena Asociace domácí péče. Několik agentur v rámci domácí péče se začíná věnovat modelu o uživatele v terminálním stadiu života.

V červenci roku 1994 je Asociací domácí péče založeno Národní centrum domácí péče, které vzniklo v souladu s Národním plánem opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, dokument schválený Vládou České republiky.

V měsíci listopadu 1994 Etická komise Asociace domácí péče pod vedením sestry Věry Moserové zahajuje práce k formulování Etického kodexu Asociace domácí

⁵⁹ Srov. Misconiová, B. Komplexní domácí péče, s. 13

⁶⁰ Srov. Tamtéž, s. 14.

⁶¹ Misconiová, B. Nejčastější otázky spojené s poskytováním domácí péče, s. 4.

péče. Národní centrum domácí péče pořádá řadu odborných seminářů pro profesionální veřejnost, na národní i regionální úrovni tak, aby novinky z oboru ošetřovatelství i dalších oborů kontinuálně obohacovaly odbornou činnost sester i lékařů v domácí péči.⁶² „V lednu 1995 jen zahájen projekt Primární péče. Vzniká nová odbornost 925, která je určena jen pro domácí péči. V této době je 407 nestátních agentur DP a 36 agentur státních. Zvýšil se podíl profesionálů v rámci domácí péče. Zvýšil se i podíl laické péče, zvyšuje se množství dobrovolníků. Zvětšuje se povědomí jednotlivých regionů i obcí.“⁶³

V rámci poskytování domácí péče, je tvořen ideální tým jak zdravotními sestrami, fyzioterapeutem, tak sociálním pracovníkem a vhodný by byl i ergoterapeut, který je zatím ale považován za nadstandardní péči. Domácí péče jsou poskytovány variabilní formy adresné zdravotní, sociální i laické péče. Rozsah jednotlivých aktivit je dán aktuálním stavem uživatele, stavem sociálního prostředí člověka, znalostmi a rozsahem kompetence členů týmů. Je nutná akceptace lidských práv a motivace uživatele k jejich uplatňování. Základní je faktická podpora obnovy zdraví společnosti a změna životního stylu.

Portfolio primární péče v současné době může zahrnovat:

- Praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost
- Komplexní domácí péči - integrace zdravotní a sociální péče
- Centra komplexní péče - denní, týdenní i dlouhodobé pobyty
- Respirní péči- péče o pečující rodiny a blízké
- Hospicovou domácí péči
- Centra krizové intervence
- Integrační centra⁶⁴

4.2 Komplexní domácí péče v současnosti

V České Republice funguje od r. 1990. Její činnost je komplexní, tzn. poskytuje jak péči zdravotní (84%),“tak péči sociální (14%) a laickou

⁶² Srov. Misconiová, B. Komplexní domácí péče, s. 16.

⁶³ [Http://www.domaci-pece.info/](http://www.domaci-pece.info/)

⁶⁴ Srov. www.domaci-pece.info/

(4%)⁶⁵. Součástí domácí péče je zdravotní péče, jež je dle platných zákonných norem zvláštní formou ambulantní péče, která je poskytována na podkladě indikace praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře v nemocnici. Další součástí je pomoc sociální, která je zprostředkovávána na podkladě aktuální sociální diagnózy, a samozřejmě do komplexní domácí péče neoddělitelně patří laická pomoc a pomoc rodinných příslušníků.

„Aktivita komplexní domácí péče je orientována na podporu a udržení zdraví a prevenci nemoci, saturaci bio-psycho-sociálně-ekologických potřeb člověka, či komunity v době ohrožení stability, nebo zasažení negativními vnitřními či vnějšími vlivy. V rámci komplexní domácí péče je organizována spolupráce se všemi subjekty, kterých se bezprostředně dotýká život jedince, či komunity.“⁶⁶

Základním principem a vlastním smyslem komplexní domácí péče je aktivní pomoc a péče poskytnutá člověku v nesnázích, které jsou spojeny se stavem jeho těla, duše i prostředí. Komplexní domácí péče je poskytována v souladu s lidskými právy, zákonnými i etickými normami.⁶⁷

Cílem komplexní domácí péče je kvalitní, humanitární péče ve vlastním sociálním prostředí uživatele v rozsahu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu se „zohledněním kvality, odbornosti a efektivity péče – s akcentem na ekonomické aspekty a transparentnost toku využití finančních prostředků, které plynou z vícezdrojového financování domácí péče. Občan, člověk, klient a jeho blízcí jsou nedílnou součástí multidisciplinárního týmu, který poskytuje komplexní domácí péči“⁶⁸. Komplexní domácí péče využívá všech zbytkových kapacit lidské bytosti a podporuje u klienta sebepěči a sebeobsahu, u rodinných příslušníků a blízkých vzájemnou pomoc a péči, u obce komplexnost, individuálnost a adresnost péče.

Základní jednotkou je agentura domácí péče, která může být státním či nestátním zdravotnickým zařízením. Zřizovatelem agentur domácí péče jsou samostatné právnické, či fyzické osoby, státní instituce, organizace či obce. „Management agentur domácí péče je veden na horizontální úrovni. Složení

⁶⁵ Matoušek, O. Slovník sociální práce, s. 57.

⁶⁶ Misconiová, B. Nejčastější otázky spojené s poskytováním domácí péče, s. 4.

⁶⁷ Srov. www.domaci-pece.info/

⁶⁸ Misconiová, B. Management komplexní domácí péče, s. 23.

multidisciplinárního týmu je variabilní a je modelováno dle aktuálních potřeb klientů – od základní superspecializovanou péči. ⁶⁹

V rámci komplexní domácí péče je poskytována služba v rozsahu, který vychází z aktuálních potřeb uživatele v následujících oblastech, které ještě jednou přehledněji uvádím:

- odborná zdravotní péče (léčebná, ošetrovatelská, rehabilitační atd.), jejíž rozsah určuje indikaci ošetřujícího lékaře uživatele
- sociální péče a pomoc (pečovatelská, sociální dávky, řešení sociálních handicapů a krizí atd.), jejíž rozsah určuje sociální diagnostika uživatele a jeho prostředí,
- laická péče (péče rodinných příslušníků, či blízkých, péče dobrovolníků osobám osamoceným), její rozsah je dán aktuální situací v rodině, společenským klimatem a flexibilitou samosprávy, či státní správy při poskytování podpory osobám pečujícím o osoby závislé na pomoci druhé osoby. ⁷⁰

Komplexnost pro mě také znamená propojení domácí péče se všemi sociálními službami. Zvláště s pečovatelskou službou, osobní asistencí a tísňovou péčí. Rozsah těchto služeb ale poskytuje uceleně jen málo agentur. Proto je důležité znát poskytovatele jednotlivých služeb v blízkosti a společně zajistit nutné služby u uživatele v rámci jeho potřeb a poptávky. V rámci komplexnosti je důležité téma uživatele řešit společně a předávat si informace.

4.3 Statistika osob v domácí péči

Koncem roku 2005 poskytovalo domácí péči v ČR 494 pracovišť, z nichž bylo 88 procent dostupných 24hodin denně. V roce 2005 využilo domácí péči 142 tis. uživatelů. V Plzeňském kraji to bylo 7 462 klientů. Z uvedených údajů vyplývá, že většina uživatelů jsou chronicky nemocní senioři. ⁷¹

⁶⁹ Misconiová, B. Management komplexní domácí péče, s. 21.

⁷⁰ Srov. www.domaci-pece.info/

⁷¹ www.uzis.cz

klientů domácí péče v Plzeňském kraji celkem rok 2005	7 462
0-19let	27
65 a více	5 754
z toho chronicky nemocní	6 258
akutní onemocnění	731
pooperační stavy	770
hospicová péče	135

4.4 Domácí péče ve městě Plzni a zavedení domácí péče u uživatele

Ve městě Plzni je registrováno šest agentur domácí péče. Poskytují komplexní péči, některé soukromé agentury poskytují také pečovatelskou službu. Jedna státní agentura má pečovatelskou službu jako samostatnou v komplexní péči, jedna nestátní nezisková organizace také. Všechny agentury vykonávají také domácí hospicovou službu i když nejde o samostatnou specializaci.

Seznam agentur:

- Městská charita Plzeň, Polední 11, Plzeň
tel. 377462139, email: chops@mchp.cz
- Městský ústav sociální služeb, Klatovská 90, Plzeň
tel. 377378245, email: kaiserova@muss.plzen.city.cz
- Domovinka, Nad údolím 6, Plzeň
tel.377 440 887, email: domovinka@volny.cz
- Home care, p. Králová, Raisova 21, Plzeň
tel.377 423 438, email: zuzana.kralova@volny.cz
- SOS, Francouzská 4, Plzeň
tel.377 430 731-3, email: vasickova@sos-plzen.cz
- Domácí péče MIDOP, p.Konigsmarková, Masarykova 36, Plzeň
tel.377 449 325

Tyto agentury mají smlouvy se zdravotními pojišťovny. V okolí města vykonává domácí péči ještě několik subjektů, většinou pod určitým praktickým lékařem okolních obcí, mají smlouvy pouze s určitými zdravotními pojišťovny. Dle mé zkušenosti, jsou oblasti mimo město Plzeň poměrně veliké a nejsou touto

službou zabezpečené, což je v režii zdravotních pojišťoven. Obce někdy nahrazují tyto služby z vlastní rozpočtu, zřizováním pečovatelské služby, která ale plně odbornou službu nenahradí.

Postup zavedení domácí péče se děje několika způsoby, člověk, který má pocit, že službu potřebuje, sám zkontaktuje agenturu a ta vyhodnotí situaci a domluví postup s jeho obvodním lékařem. Nesmíme ale zapomenout a informovanost občanů, kteří často o této možnosti vůbec neví. Informovanost o dostupných službách, právech a nárocích občanů, zvláště jedná-li se o seniora, velmi vážne. Celý proces návrhu a schvalování tedy leží na obvodním nebo praktickém lékaři příslušného člověka.⁷² Dále může kontaktovat přímo praktický lékař agentury domácí péče. Jde o nejčastější případ. Poslední užívaná varianta je po propuštění z hospitalizace, kdy kontaktuje agenturu sociální pracovnice z nemocnice. Ošetřující lékař v rámci hospitalizace, může potvrdit poukaz domácí péče na 14 dní. Poté již běžně potvrzuje poukaz ošetřující lékař. Potvrzování poukazů schvaluje praktický lékař každý měsíc. Od roku 2008 je možnost schvalování každé tři měsíce.

Je zvláštní, že praktičtí lékaři se liší v přístupu k agenturám domácí péče. Za léta provozu jsem se setkala snad se všemi polohami vzájemných vztahů, od velmi srdečné, přátelské a partnerské, přes lhostejnost, až k nevěli, neochotě a k nespolupráci. Přitom vzájemný dobrý vztah vede ke spokojenému uživateli, zvýšení prestiže praktického lékaře - a k naplnění obecně známých idejí home care služby.

Vhodně indikovaná domácí péče a kontakt na kvalitní agenturu, to jistě zvyšuje prestiž lékaře, pacient totiž vnímá situaci tak, že péči agentury má díky svému lékaři. Vymezení spolupráce a vzájemných vztahových podmínek je dána také způsobem vedení agentury domácí péče. Důležitý je také jak kontakt s rodinou nemocného, tak kontakt s jeho praktickým lékařem, stojíme o dokonalou znalost jak sociálního prostředí, tak zdravotního problému uživatele. Jen tak má pro nás naše práce smysl a z tohoto hlediska také nazírám vztahový problém lékař : agentura. *„V našem pojetí je důležitá strategie péče o klienta, která je společná s představou praktického lékaře, společně určíme cíl domácí*

⁷² Srov. www.domaci-pece.info/nejcastejsi-otazky-a-odpovedi

*péče. Tedy nejen jak agentura vidí problém (ošetřovatelská diagnóza), co chce dokázat svou aktivitou (ošetřovatelský plán)*⁷³, ale i jaké výsledky očekává lékař. Průběžně s ním konzultujeme výsledky péče, nechceme, aby naše práce byla formální (mám tím na mysli např., že neprovádíme dlouhou řadu měsíců pohybovou reedukaci, pokud shledáme, že naše snažení je bez efektu, že uživatel nespolupracuje nebo není objektivně možné, aby se v otázkách hybnosti zlepšil). Vzájemná komunikační schopnost, kdy agentura má povinnost (nejméně 1x měsíčně, při potvrzování nového návrhu) lékaře informovat o vývoji stavu klienta, o efektivnosti zavedené domácí péče.⁷⁴

Je tedy pochopitelné, že domácí péče přináší veliké výhody pro člověka. Umožňuje udržet rodinu pohromadě. Zkracuje nebo urychluje a někdy plně nahrazuje nutnost hospitalizace. Zlepšuje psychický stav člověka a tím přispívá k jeho rychlejšímu uzdravení. Ve známém domácím prostředí a pohodlí domova napomáhá k soběstačnosti a doplňuje péči a tím zkvalitňuje život. *„Příčemž kvalita života je komplexní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče.“*⁷⁵

4.5 Domácí péče jako sociální práce

Jakýkoliv sociální vstup k uživateli do jeho domácího prostředí přináší také sociální práci. Stáří nebo handicap není samo o sobě důvodem k jakékoliv péči, ale vzhledem ke zhoršení zdravotního stavu, osamělosti a zhoršení sebestačnosti, sociální práci přináší. Mezi sociální prací, zdravotní a sociální péčí dochází k průniku. *„Základem sociální práce se starými lidmi a handicapovanými je práce se vztahem, důvěrou, vytvoření pocitu bezpečí, kdy sociální pracovník je často jediným prostředkem kontaktu klienta s vnějším světem, skrz něhož může vyjádřit svoji vůli a udržet si kontrolu nad svým životem.“*⁷⁶

Sociální pracovnice je často prvním kontaktem uživatele v domácím prostředí, jako první dostává na něj kontakt a jako první s ním jedná. Je dobré vytvořit vhodné podmínky pro kontakt už při první návštěvě. Důležitý je vztah důvěry,

⁷³ Misconiová B., Management komplexní domácí péče, str. 57

⁷⁴ www.galium.cz/clanky.htm#domaci_pece.

⁷⁵ Matoušek, Slovník sociální práce, str. 100

⁷⁶ Sociální práce v praxi, str. 164

kdy je člověk schopen říci svá přání a potřeby. Sociální pracovnice musí být trénovaná v komunikačních dovednostech, protože někdy těžce nemocný člověk hůře vyjadřuje svoji vůli. Někdy může jít i o uživatele s poruchou orientace. Sociální pracovnice je tedy jedna z prvních, která člověka navštíví a dojednává jeho zakázku. Rodina by měla být přítomna a je oprávněna převzít odpovědnost za nemocného. Člověk někdy své síly přeceňuje nebo naopak podceňuje, důležitý je tedy vztah důvěry. V další fázi nastává plánování a rozvoj komplexních sociálních služeb, jejich zkontaktování a zajištění spočívá také v sociální práci, kdy sociální pracovnice je členem multidisciplinárního týmu. V domácí péči je potřeba znát potřeby rizikových starých osob. Pracovník využívá rozhovoru, pozorování a také nejrůznější diagnostické testy. Když je definována zakázka po službě a potřebách, společně sestavují individuální plán služby.⁷⁷ To stanovuje také standard sociální služby a individuální plán péče by měl být popsán ve smlouvě s uživatelem. Důležitá je provázanost všech členů týmu, kdy „*podmínkou poskytování komplexní služby je koordinace všech aktivit směřujících k jednomu subjektu*“⁷⁸.

5 KASUISTIKA

Jako příklad komplexní péče o uživatele v domácím prostředí jsem si vybrala kasuistiku. Zde jsem chtěla uvést dle etap individuální sociální práce charakteristiku přijetí a péče. Jednalo se o mladou ženu netypickou pro naši klientelu. Zároveň kasuistiku velmi složitou v množství poskytované péče vzhledem k postižení a potřebám klientky. Jde o stěžejní část mé práce, kde bych v praktické ukázce chtěla shrnout všechny uvedené poznatky. „*Základem případové práce je pochopení jedince, ale také porozumění rodině.*“⁷⁹ „*Vychází z předpokladu, že cena jedince je nadřazena všemu ostatnímu.*“⁸⁰

⁷⁷ Srov. Sociální práce v praxi, str. 173.

⁷⁸ Matoušek, O. Slovník sociální práce, str. 92

⁷⁹ Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce, s. 67

⁸⁰ Tamtéž, s. 68

5.1 Zavedení uživatelky do domácí ošetrovatelské péče

V červnu r. 2002 kontaktuje ošetrovatelsko-pečovateľskou službu matka zdravotně postiženě dcery, která je v současnosti v lázeňské péči. S matkou domlouvám návštěvu u ní doma, protože i ona sama je prý tělesně postižená. Domácnost navštíví společně staniční sestra domácí péče (ošetrovatelské služby), vedoucí pečovatelské služby a sociální pracovnice zařízení.

Již při prvním kontaktu zjišťuji, že matka se doma pohybuje po kolenou, dle další informace je jí 70let a v mládí prodělala dětskou mozkovou obrnu, manžel zemřel ve 30ti letech na následky dětské mozkové obrny. Matka se zvládne posadit na židli, najíst se, umýt se, na nákup jí chodí kamarádky. Matka žádá pomoc pro dceru, která se v průběhu měsíce července vrátí po dvou letech z pobytu v nemocničních zařízeních do domácího prostředí. Chtěla by dceři umožnit pobyt v domácím prostředí, s čímž prý dcera souhlasí, i když zároveň vyjadřuje obavu, zda to vzhledem k postižení zvládne. Dle matky 40-ti letá plně invalidní dcera, původním povoláním lékařka, prodělala před dvěma lety klíšťovou meningoencefalitidu s půl ročním bezvědomím, těžkým průběhem a souběhem neurologických následků. „*V pomáhajících profesích klademe důraz na aktivní naslouchání, kdy komunikace je povzbuzována objasňováním, parafrázováním, reflektováním a shrnováním.*“⁸¹ Po roční hospitalizaci byla další rok v různých rehabilitačních zařízeních. Z rodinné anamnézy se dozvídáme, že těsně před traumatem v plném zdraví dcera požádala o rozvod a má 11letého syna. Před svou nemocí žila s matkou a svou rodinou v bytové jednotce rodinného domu, kde je nyní matka sama. Druhou polovinu domu obývá nepřibuzná mladá rodina. Dcera je v současnosti v rozvodovém řízení, syn žije s otcem ve stejném městě a dochází za babičkou 1x za 14dní na sobotu a neděli. Ze základních informací ještě zjišťujeme současnou mobilitu dcery, neboť matka dceru pravidelně navštívuje. Dle jejích informací je dcera, vzhledem k prodělanému onemocnění, plně imobilní /kvadruplegie, má postižené všechny čtyři končetiny/, je inkontinentní, během dne sedí na invalidním vozíku či leží, je plně orientovaná, ale psychicky velmi nevyrovnaná. „*Rozhovor v případové práci má dospět*

⁸¹ Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce, s. 76.

k formulaci toho, co klient nejen potřebuje, ale co je schopen a ochoten přijmout.“⁸²

5.2 Diagnostika

Matku jsem informovaly o možnostech naší pomoci i vzhledem k tomu, že jsme dceru ještě neviděly. Domácí péče poskytovaná zdravotní nebo rehabilitační sestrou je hrazena příslušnou pojišťovnou a je možná 3x denně včetně sobot a nedělí. Její náplní jsou zdravotnické úkony (hygiena, prevence kožních lézí, péče o vyprazdňování, podávání medikace, ošetřovatelská rehabilitace, výměna osobního prádla, aplikace injekcí, odběry krve, sledování fyziologických funkcí.....). Také jsme matku informovaly o možnosti nadstandardní péče po domluvě s příslušnou pojišťovnou, kterou jsme vnímaly jako nutnost. Vedoucí pečovatelské služby poskytla údaje o možnostech poskytování pečovatelské služby, která je hrazena uživatelem. Pečovatelka může u člověka pobývat celý den a vykonávat pečovatelské úkony, jako jsou: úklid, vaření, mytí, nákupy, doprovod klienta. Sociální pracovnice, vzhledem k matčině poptávce, dále zjišťovala finanční podporu uživatelky a současné kompenzační pomůcky, které má zapůjčené. Společně s matkou jsme prošly byt a místnost, kterou bude dcera obývat a informovaly ji o možných bariérách. Důležitý byl také údaj matky, že širší rodina se bude také na péči podílet a docházet za dcerou. Matce jsme přislíbily, že zpracujeme plán pomoci a služeb a do dvou dnů se telefonicky ozveme. Základní vybavení kompenzačními pomůckami, pro dceru a terén bytu, byl pro počátek péče zatím vyhovující. *„Sociální studie, je etapou prozkoumávání, ale i důležitých rozhodnutí, zda vstoupit do procesu terapie nebo nevstoupit.*“⁸³

⁸² Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce, s. 76.

⁸³ Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce, s. 74.

5.3 Navrhování řešení a plán terapie

Na společné poradě v zaměstnání jsme poté tento případ řešily s tím, že je zde zapotřebí celodenní péče, a zda jsme v takovém rozsahu tuto péči schopni vůbec zvládnout. Sociální pracovnice zpracovala harmonogram péče s vykrytím každé hodiny. Informovala se u obvodní lékařky budoucí uživatelky, která musí domácí péči schválit, zda nám tuto péči umožní. Plán péče sestával v rozpisu střídajících se návštěv sester a pečovatelek naší služby. Dále jsme kontaktovaly osobní asistenci naší služby, zda by spolupracovali. Po zjištění těchto údajů a porovnáním s možností personální, jsme se telefonicky ozvaly matce a seznámily jsme ji s plánem péče. Po oboustranné domluvě jsme péči přislíbily. *„Jde o přesné vymezení pracovní hypotézy, která by měla být pouze vodítkem, ta se proměňuje s měnící se životní situací klienta.“*⁸⁴

Sociální pracovnice dále kontaktovala rehabilitační zařízení, kde byla budoucí žena hospitalizována. Telefonicky s pomocí druhé osoby se kontaktovala s dcerou a informovala ji o naší péči o ní, s čímž budoucí uživatelka souhlasila. Dále zjišťovala v zařízení informace o jejím stavu.

5.4 Zdravotní a sociální terapie

Uživatelka se vrátila do domácího prostředí 18.7. 2002 ve večerních hodinách, kde již byla přítomna matka, zdravotní sestra a staniční sestra zařízení. Po společném seznámení jsme znovu stručně probraly plán péče, matka za dceru podepsala smlouvu o poskytování péče (za asistence svědka).

Vyplnil se vstupní dotazník, který se týkal fyzického a psychického stavu uživatelky a užívané medicíny. *„Klientka se jevila jako částečně akceptovaná se svým postižením.“*⁸⁵ Což bylo velmi dobré vzhledem k další adaptaci.

Večerní sestra provedla zdravotní péči a vzhledem k nestabilnímu psychickému stavu uživatelky bylo nutné domluvit sesterskou péči během celé noci. První noc v domácím prostředí proběhla velmi komplikovaně, měla neustálý pocit žízně,

⁸⁴ Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce, s. 74.

⁸⁵ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci, s. 22.

často močila, měla „špatné sny“, probouzela se. „*Plán péče by měl zahrnout všechnu péči poskytovanou pacientovi k překonání všech zajištěných problémů, cíle je nutno jasně stanovit, aby provedení plánu bylo jasné.*“⁸⁶ Druhý den, již v mírně lepším stavu, se s dopomocí aktivně zapojila do částečné úpravy ošetrovatelského plánu. Byla domluvena (během dvou denních návštěv) ještě péče druhé osoby, vzhledem k nutnosti rehabilitace a chůzi. S pomocí uživatelky na invalidním vozíku se zjišťovaly bariery v bytě a nutné kompenzační pomůcky (byl poskytnut katalog pomůcek), které uživatelka bude k umožnění pobytu v domácím prostředí potřebovat. Částečně již byla vybavena z rehabilitačních zařízení poukazy na kompenzační pomůcky - elektrická postel, elektrický vozík. Sociální pracovnice poté kontaktovala odborného lékaře, který může tyto pomůcky předepsat. Jednalo se o přenosné WC a vysoké podpažní chodítko. S novými poukazy navštívila příslušnou zdravotní pojišťovnu klientky. Uskutečnilo se také setkání s revizním lékařem pacientky zdravotní pojišťovny a domluvila se možnost nadstandardní domácí péče u ní, protože během prvního dne zjišťujeme, že frekvence návštěv zdravotních sester bude nedostatečná. Návštěvy sester tedy budou 5x denně. Poukazy byly schváleny, ve zdravotnickém zásobování se domluvila co nejrychlejší doprava pomůcek k uživatelce.

Během týdne se stav pacientky částečně stabilizoval a noční sesterská péče se změnila na noční osobní asistenci, vzhledem k tomu, že nepotřebovala během noci sesterské úkony.

Byl zpracován test denních činností, ze kterého vyplynulo, že uživatelka je plně závislá a odkázaná na pomoc druhé osoby.

Během prvního měsíce pobytu v domácím prostředí se poskytování naší péče vzhledem k jejímu stavu stabilizovalo. Do popředí vystoupily osobní vztahy mezi matkou a také synem, které jsem společně s uživatelkou začala vnímat jako velmi napjaté. Byl nabídnut kontakt s psycholožkou, která by docházela k ní do bytu. Telefonní číslo přijala, ale se samotným kontaktem však váhala. „*Případová práce má začínat tam, kde se klient právě nachází, akceptovat klienta takového*

⁸⁶ Stručný průvodce domácí péčí, s. 46.

*jaký je, a snažit se do starých problémů vnášet nová porozumění, nabízet jim úhel pohledu, novou perspektivu.*⁸⁷

Kontakt s uživatelkou a péče o ni byla pravidelně probírána na měsíčních supervizích.

S pomocí sociální pracovnice si vybrala elektrický vozík, schodolez, který přijela firma předvést. Podala žádost na sociální odbor příslušného úřadu pro příspěvek na tento vozík. Kompenzační pomůcky byly dostatečné a dále se uvažovalo o zatím částečné přestavbě bytu. Uživatelka také zvažovala možnost odejít do bezbariérového domu ve městě bez své matky, což se ale jevilo pro ni, jako velmi bolestné rozhodnutí. Vztahy s matkou přetrvávaly napjaté. Z mého pohledu šlo o to, že dcera se stala pro matku opět dítětem a v tom smyslu s ní matka jednala. Na druhé straně chápu i obtížnost situace matky. Velmi obtížné až bolestné byly také vztahy se synem, kterému bylo 12let. Matka totiž onemocněla ve chvíli, kdy synovi sdělila, že s otcem rozvádí a budou žít pouze spolu. V tu dobu onemocněla, upadla do komatu, myslím, že ač nechtěně, nechala syna ve velmi nejisté situaci. Syna dostal do péče otec, který, když se dozvěděl o rozvodu, začal syna stavět do pozice proti matce, i když se nemohla nijak bránit. „*Vnitřní svět člověka, se kterým pracuje, je pro pomáhajícího nejdůležitější realitou, pomáhající, by si měl být vědom toho, že vnitřní svět je obraz světa, který si kreslí, každý sám, byť často proti své vůli. Každý je tudíž za něj zodpovědný.*“⁸⁸

Uživatelka byla vybavena kompenzačními pomůckami, které umožňovaly její lepší pohyblivost a soběstačnost. S pomocí podpažního chodítka zvládla projít byt, ve kterém byly odstraněny prahy. Sociální odbor poskytl ženě plnou úhradu speciálního vozíku, který během měsíce získala. To jí umožnilo zdolávat schody z prvního patra bytu a dostat se ven. Vše bylo ale závislé na pomoci druhé osoby. Uživatelku v domácím prostředí začala pravidelně navštěvovat obvodní lékařka a byla zajištěna péče odborných lékařů.

Postupně přestala být nutností noční služba a uživatelka byla během noci pouze s matkou. Stávala se kontinentní. Začala více jíst a psychický stav se velmi zlepšil. Začalo se uvažovat o přestavbě koupelny a WC i vzhledem k tomu, že

⁸⁷ Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce, s. 80.

⁸⁸ Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese, s. 38.

odjížděla v lednu do rehabilitačního ústavu na delší dobu. Společně jsme zkontaktovaly firmu provádějící úpravy bytů. Ta zpracovala návrh, který byl později ještě upraven. Podala se ohláška k příslušnému bytovému odboru, která byla schválena. K přestavbě se vyjádřil i spolumajitel domu. V lednu příštího roku klientka odjela do lázní. Péče zůstala pouze o matku klientky a s pomocí firmy, přátel a příbuzných se realizovala přestavba WC a koupelny.

5.5 Zhodnocení

Uživatelka se velmi dobře adaptovala na návrat do domácího prostředí. Ošetrovatelský plán se musel částečně přizpůsobit situaci a fyzickým možnostem uživatelky, které jsme poznávaly až v průběhu poskytování péče. Zároveň se vyskytly situace, které byly velmi netypické z hlediska charakteru klientely naší organizace. Jednalo se mladou ženu s velmi velkým fyzickým handicapem a výraznými rodinnými problémy. Co se týče psychologické pomoci, zaměstnanci jsou školeni v psychologické pomoci klientovi a měsíčně absolvují supervize. Kontakt na odbornou psychologickou pomoc uživatelka ale odmítla a situaci řešila po svém, vzhledem ke své povaze. Po stránce zdravotní došlo k výrazným úspěchům.

V současné době žije uživatelka sama ve svém domově, matka je v Domově pro seniory, nyní ve vážném stavu. Pobírá plný invalidní důchod a příspěvek na péči 4. stupně. Syn žije s otcem. Dochází k ní pečovatelská, ošetrovatelská služba, osobní asistentka a dobrovolníci.

ZÁVĚR

V závěru bych chtěla zhodnotit svou bakalářskou práci. Jde o určité zpřehlednění tematiky handicapovaných uživatelů, je zde nabídnuta možnost orientovat se v poskytovaných službách ve smyslu služeb péče i pomoci. V prvních kapitolách je vyjmenováno množství dokumentů, které vytvářejí podmínky pro handicapované občany. Na popsaném vývoji je vidět, že otázka těchto občanů je pro všechny důležitá. Je nutné čerpat zkušenosti ze světa, vzít si příklad co se týče hmotného zabezpečení nebo odstraňování fyzických bariér. Co se týká uvědomění nás ostatních, mám pocit že náš národ je trochu pozadu s určitou tolerancí k ostatním a zejména k lidem s nějakou odlišností. Jsme více konzervativní a méně ohleduplní. V psychologických knihách se můžeme dočíst, že lidé mají z kontaktu s postiženým strach. Říkají si, co kdyby se to stalo i mě? Někdo odmítá vidět postiženého nebo starého člověka, protože si nechce přiznat vlastní omezenost. Určitou „konečnost“ těla a vlastně stárí. Někdo má pocit, že on nikdy nebude starý a když bude starý, tak nebude nemohoucí. Není samozřejmostí, že starý člověk musí být handicapovaný, ale je to ve většině případů fakt. Názory jsou různé, ale musíme si uvědomit, že jde o určitou lidskou přirozenost, že to se může stát každému z nás a že v tom je člověk člověkem, jak dokáže pomoci, pochopit a chovat se k druhým. Tak se totiž možná chová k sobě samému.

V naší sociální politice je vidět, že se snaží vycházet z programů v tomto směru více zkušených národů, ale dokumentů je poměrně méně a jejich naplňování pokulhává. Průlomem je pro mě Zákon o sociálních službách⁸⁹ z loňského roku, přestože si myslím, že si lidé musí zvyknout na jeho pojetí. Ze své zkušenosti vím, že staří lidé mají potíže uvědomit si i pochopit, že dostávají peníze ne na přilepšení k důchodu nebo pro své příbuzné, ale na to, aby si nakoupili sociální služby, které jim budou s jejich soběstačností pomáhat. Velmi často se tyto příspěvky neužívají dobře a vzhledem k tomu, že zákon je poměrně nový, tak zatím nefunguje zpětná kontrola orgánů, jak člověk s příspěvkem nakládá. Věřím ale, že si lidé zvyknou a změní se jejich určitá mentalita. Na

⁸⁹ Srov. http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf.

druhé straně jsou totiž i lidé, kteří umí s prostředky zacházet a někdy jim ani příspěvek nestačí plně pokrýt sociální služby pro svoji soběstačnost. V dalších kapitolách jsem se věnovala definici handicapu. Píši o bariérách, které nás obklopují. Sama usiluji ve své práci o určité zpřehlednění dané tematiky. Snažím se, aby uživatel byl můj partner a byl v životě spokojený. Aby uměl definovat svůj problém a já jsem mu mohla poskytnout službu, která by mu v životě pomohla ke spokojenosti a naplnění.⁹⁰

Více je zohledněna služba domácí péče. Popsala jsem, jak je služba pro člověka dostupná. Uvádím problematiku menší informovanosti směrem k uživatelům. Popsané výhody jsou nesporné a dostupnost služby, zvláště ve velkých městech, je dobrá. Nezbytná je komplexnost a propojení služeb, které se mohou v domácím prostředí poskytovat. Péče „doma“ je prostě nezaměnitelná a výhodná pro každého člověka a šetří každoročně státní finanční prostředky vynakládané na zdravotnictví a sociální péči. Celorepublikový problém je ale institucionální péče, kde není dostatek míst pro klienty. To by mohla změnit ještě větší podpora domácí péče, větší provázanost služeb, rychlejší spolupráce se státními orgány, rychlejší a jednodušší dostupnost finančních prostředků pro uživatele. V kasuistice je uveden příklad komplexní služby o uživatele s handicapem v domácím prostředí, kde se podařilo naplnit smysl poskytované péče a cíl práce.

⁹⁰ Srov. Vágnerová, M. Vývojová psychologie, s. 494.

SEZNAM LITERATURY:

- 1) Analýza sociálních služeb-lidé se zdravotním postižením, KPSS, Plzeň, 2007.
- 2) ASPI.a.s.1991-2008, *Zákon o nelékařských profesích č.96/2004Sb.,.* [cit. 2008-08-03]. Dostupné na WWW:<http://www.zakonynawebu.cz/>.
- 3) ČSSD, 2006, Model sociální péče. [cit. 2008-08-03]. Dostupné na WWW: <[http:// www.volbycr.cz/soc/ozp](http://www.volbycr.cz/soc/ozp)>.
- 4) Dobromysl.cz, ISSN 1214-2107, Praha: 2002 – 2008. [cit. 2008-25-03]. Dostupné na WWW:<<http://www.dobromysl.cz> >.
- 5) Evropská komise proti diskriminaci, Praha, 2008. [cit. 2008-25-03]. Dostupné na WWW:<[http:// www.stop-discrimination.info/1450.0.html](http://www.stop-discrimination.info/1450.0.html) >.
- 6) *Evropská unie od A do Z.* Univerzita Karlova, z německého originálu Werner Weidwnfeld, Vydavatelství Karolinum: Praha, 1997, ISBN 80-7184-413-6.
- 7) Evropský sociální fond, MPSV v ČR, 2006. [cit. 2008-28-03]. Dostupné na WWW: <http://www.esfcr.cz/files/danty/1284/NPPI_2006-9.pdf>
- 8) Filipiová, D. *Život bez bariér.* 1. vyd . Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-233-6.
- 9) Haškovcová, H. *Fenomén stáří.* 1.vyd. Praha: Panorama, 1991.
- 10) Informační centrum OSN v Praze, *Osoby s postižením.* Praha, 2005 UNIC. [cit. 2008-11-04]. Dostupné na WWW: <<http://www.osn.cz/mezinarodni-pravo/?kap=50>>.
- 11) *Jak EU zlepšuje běžný život občanů.* Úřad vlády ČR, listopad 2004, ISBN 80-86734-20-X.
- 12) Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese.* 4. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-429-X
- 13) *Madridský plán a jiné strategické dokumenty.* Gerontologické centrum, překlad Iva Holmerová a Janssen Cilag, Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0174-3.
- 14) Matoušek, O. *Metody a řízení sociální práce,* Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

- 15) Matoušek, O. *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-549-0.
- 16) Matoušek, O. *Základy sociální práce*. 1. vyd. PRAHA: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- 17) Městská charita Plzeň, *Ošetrovatelská služba*, Plzeň: 2004.
[cit. 2008-11-04]. Dostupné na
WWW: <<http://www.mchp.cz>>.
- 18) Misconiová, B. *Komplexní domácí péče 94*. Vydalo Národní centrum domácí péče.
- 19) Misconiová, B. *Národní centrum domácí péče v ČR. Domácí péče*, 2006.
[cit. 2008-10-04]. Dostupné na WWW: <<http://www.domaci-pece.info/>>.
- 20) Misconiová, B. *Nejčastější otázky spojené s poskytováním domácí péče*. Vydalo Národní centrum domácí péče.
- 21) Misconiová, B. *Stručný průvodce domácí péčí*. Vydala asociace domácí péče.
- 22) *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009*, přijatý usnesením vlády ČR ze dne 17. 8. 2005 č. 1004, Praha, 2005.
- 23) Národní centrum domácí péče České republiky. *Domácí péče*. 2006.
[cit. 2008-15-04]. Dostupné
na WWW:< <http://www.domaci-pece.info/nejcastejsi-otazky-a-odpovedi>>.
- 24) *NRZP ČR – Národní rada osob se zdravotním postižením ČR*, Praha: 2007.
[cit. 2008-10-04]. Dostupné na WWW:< <http://www.nrzp.cz> >.
- 25) Pichaud, C., Thareauová, I. *Soužití se staršími spoluobčany*. 1.vydání, Praha: Portál, 1998, ISBN 80-7178-184-3.
- 26) Polis, *Člověk v tísní*, Program sociální integrace. [cit. 2008-09-04].
Dostupné na
WWW: <[http:// www.epolis.cz/download/pdf/materials_78_1.pdf](http://www.epolis.cz/download/pdf/materials_78_1.pdf)>.
- 27) Přib, J. *Průvodce sociálními dávkami*. Praha, BMSS-Start, spol.s.r.o., ISBN 1214-0813.
- 28) Sestra, *Kvalita ošetrovatelské péče a její standardizace*. [cit. 2008-20-04].
Dostupné na WWW: < <http://sestra.cz/scripts/detail.php?id=291136>>.

- 29) Sklečková, M. Když se řekne domácí péče.....[online].1998,
[cit. 2008-20-04]. Dostupné na WWW:
<http://www.galium.cz/clanky.htm#domaci_pece>.
- 30) *Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. Praha: MPSV, 2008.
[cit. 2008-09-04]. Dostupné na WWW:
<<http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>>.
- 31) Svět, L. Gerontologické aktuality 1/2002, Financování domácí péče.
Praha: 2002, ISBN 80-86541-05-3.
- 32) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Domácí péče*. Praha.
2007. [cit. 2008-09-04]. Dostupné na WWW:
<<http://www.google.com/search?q=dom%ED+p%E8e+2005&num=100&sitesearch=www.uzis.cz%2F>>.
- 33) *Ústava pro Evropu*. Úřad vlády ČR, Lucemburk, 2004,
ISBN 92-894-6470-4.
- 34) Vágnerová, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000,
ISBN 80-7178-308-0.
- 35) Vládní dokument *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007*. Praha: MPSV, 2005. [cit. 2008-09-04].
Dostupné na WWW: < <http://www.mpsv.cz/cs/1057> >.
- 36) *Základní principy ošetrovatelské péče*, vydal Výbor pro ošetrovatelské služby, rada sester.
- 37) *Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách*. [cit. 2008-09-04].
Dostupné na WWW: < http://www.procesy.cz/dsj/zakon-108_2006.pdf >.
- 38) *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Průvodce poskytovatele, Praha 2003, ISBN 80-86552-45-4.
- 39) *Základní principy ošetrovatelské péče*, vydal Výbor pro ošetrovatelské služby, rada sester.

Příloha č. I

Zavedení permanentního močového katétru u žen

Téma	Katetrizace močového měchýře	Platnost tématu	
Součást tématu	Zavedení permanentního močového katétru u žen	Kontrola	1x za rok
Skupina, o kterou se pečuje	Všechny ženy, u kterých je potřeba dle ordinace lékaře zajistit permanentní drenáž močového měchýře (MM) pomocí permanentního močového katetru (PMK)	Sestavila	
Kompetentní pracovník	Zdravotní sestry všech oborů, bakalářky, magistry ošetřovatelství	Schválila	
Místo použití		Odborný garant	

Stanovený standard:

Zavést PMK za aseptických podmínek, obnovit vylučování moče.

	Struktura		Proces		Výsledek
1.	Sestra zná přesný postup aplikace perm. katetru včetně jeho dalšího ošetřování.	1.	Sestra zjistí, zda je pacientka či její rodina informována od OL o : důvodech a potřebě zavedení PMK, přibližně dlouhé době ponechání PMK a další výměně.	1.	Pacientka zná důvod zavedení PMK, spolupracuje při zavádění PMK.
2.	Prostředí – domácnost pacientky, zajistit soukromí, pokud tam jsou i rodinní příslušníci či jiné osoby.	2.	Sestra vysvětlí pacientce postup výkonu, vyzve ji ke spolupráci.	2.	Sestra provedla jednotný, předem stanovený postup při zavádění PMK za dodržení přísných pravidel asepsy
3.	Pomůcky – sterilní: rouška, rukavice, 3 tampony, čtverce, pinzeta, permanentní katetr vhodné velikosti (+ 1 katetr navíc), stříkačka se sterilní vodou, Ostatní: nůžky, Octenisept, sběrný sáček s držáčkem, Mesocain gel, pomůcky k omytí genitálu,	3.	Sestra zabezpečí intimitu, vhodné osvětlení, před výkonem si umyje ruce. Uloží pacientku do vhodné polohy na zádech s pokrčenými DK a nejprve provede omytí genitálu, pokud to již pacientka nezvládla sama.	3.	PMK plní svou funkci, odvádí moč do sběrného sáčku.

	jednorázová podložka, podložní mísa				
4.	Dokumentace pacientky k provedení záznamu.	4.	Sestra si připraví na dosah sterilní pomůcky na sterilní roušku, nalije Octenisept na tampony, nastříhne obal katetru,	4.	Pacientka nebyla ohrožena komplikacemi při zavádění PMK.
5.	Sestra má k dispozici literaturu na středisku domácí péče na toto téma.	5.	Sestra si nasadí sterilní rukavice, vyzkouší těsnost balónku (stříkačka se sterilní vodou, množství dle velikosti balónku), tekutinu natáhne zpět, na katetr nanese pomocí ster. čtverce Mesocain gel.	5.	O případných vzniklých komplikacích byl informován PL
6.	Sestra zná možné komplikace (u jednotlivých diagnóz), umí je správně vyhodnotit, řešit a předcházet jim	6.	Sestra provede dezinfekci ústí močové trubice (shora dolů vpravo, vlevo, středem), požádá pacientku, aby uvolnila svaly pánevního dna, zavede permanentní katetr, moč nechá vytékat do emitní misky nebo podložní mísy.	6.	Komplikace, způsob řešení a výsledek byly zaznamenány v dokumentaci
7.	Při vzniku komplikací je sestra schopna rychlého a efektivního řešení	7.	Sestra aplikuje připravenou ster. vodu pro inj. do balónku PMK, čímž zajistí katetr proti vypadnutí a napojí katetr na sběrný sáček, který umístí na boční stranu postele.	7.	Komplikace byly zvládnuty
8.	Sestra má k dispozici vhodnou literaturu	8.	Sestra uloží pacientku do původní polohy, provede úklid pomůcek.		
		9.	Sestra provede záznam do dokumentace.		
		10.	Sestra provádí průběžnou kontrolu průchodnosti PMK, pacientku a její rodinu		

			informuje o způsobu vypouštění moče ze sběrného sáčku.		
		11	Sestra správně vyhodnotí vzniklou komplikaci, vhodně a rychle reaguje		

ABSTRAKT

Průchová, A.: Uživatel s handicapem v domácím prostředí

Plzeň 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. Jana Šimečková.

Klíčové pojmy: dokumenty týkající se zdravotně postižených, sociální péče, dávky sociální péče, sociální služby, postižení, handicap, bariéry, rehabilitace, domácí péče, standardy kvality péče

Práce se zabývá přehledem vztahu ke zdravotně postiženým. V rámci mezinárodních i státních dokumentů. Uvádí výčet dávek sociální péče a poskytované sociální služby pro uživatele v domácím prostředí. Osvětluje pojmy týkající se handicapu a systému komplexní rehabilitace. Změřuje se na domácí péči a její vývoj směrem k ucelení poskytovaných služeb v domácím prostředí. Vyzdvihuje kvality péče poskytované v domácím prostředí. Na příkladu závěrečné kasuistiky jsou shrnuty všechny uvedené poznatky a témata práce. Cílem práce bylo uvést a zpřehlednit tematiku postiženého uživatele v domácím prostředí a uvést praktický příklad naplňování péče.

ABSTRACT

Průchová, A.: The Handicapped client in the domestic environment
Pilsen 2008. Bachelor thesis. University of South Bohemia in Ceske Budejovice.
Faculty of Theology. Department of Practical Theology. Supervisor Mgr. Jana
Šimečková

Key terms: documentation concerning the physically disabled, social care, social care contributions, social services, disabled, handicap, barriers, rehabilitation, home care, standards of quality care.

This thesis deals with relationships with the physically disabled. In the context of national and international documentation. Lists of social care contributions and the social services offered to clients in the domestic environment are presented. Terms are explained regarding handicaps and systems of complete rehabilitation. The focus is on domestic care and its development towards a unification of offered services in the home. The quality of care in the home is praised. The conclusion summarizes all the presented remarks and theme of the thesis. The aim of the work is to present and clarify the concept of the disabled client in the home and present practical examples of carrying out this care.