

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Zajištění služeb domácí péče v regionu Česká Lípa po propuštění
pacienta z ústavního ošetřování**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2008

Bc. Eva Budniková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Zajištění služeb domácí péče v regionu Česká Lípa po propuštění
pacienta z ústavního ošetřování**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

Autor: Bc. Eva Budniková

5. května 2008

Abstrakt

Zajištění služeb domácí péče v regionu Česká Lípa po propuštění pacienta z ústavního ošetřování

Cílem diplomové práce bylo zmapování rozsahu, kvality a další návaznosti domácí péče v regionu Česká Lípa u pacientů, kteří jsou propouštěni z ústavního ošetřování a u kterých je domácí péče indikována a poté najít slabá místa systému a navrhnout optimální řešení problému. Stanoveny byly dvě hypotézy: H1: Klientům nejsou o víkendech v potřebné míře poskytovány služby domácí péče, H2: Návaznost domácí péče po propuštění z ústavního ošetřování není praktickým lékařem všem potřebným klientům řádně indikována. Teoretická část práce popisuje charakteristiky domácí péče, její význam a proces vývoje. K výzkumu byla použita metoda dotazování technikou dotazníku a analýza dokumentů. V další části jsou prezentovány výsledky provedeného kvantitativního výzkumu. Ty byly získány prostřednictvím vyhodnocení dotazníků. Analýza získaných dat potvrdila obě předpokládané hypotézy. V diskusi jsou ozřejměny některé problémy spojené s danou tematikou a v závěru práce jsou doporučena některá opatření ke zlepšení kvality i kontinuity při poskytování služeb domácí péče v českolipském regionu. Výsledky práce mohou být inspirací ke zvýšení kvality domácí péče i stávajícím nebo nově vznikajícím agenturám domácí péče.

Abstract

Ensuring of Respite Care Services in the Česká Lípa Region after Releasing of Patients from Hospital

The goal of this thesis is to map the scope, the quality and further relationships of respite care in the Česká Lípa region in case of patients released from hospitals for whom a respite care is indicated, to find shortcomings of the system and to propose optimal solutions of problems. There were two hypotheses set: H1: Sufficient respite care services are not provided to clients at weekends, H2: Consecutive respite care is not duly indicated by physicians to all clients released from hospitals who need it. The theoretical part of the thesis describes characteristics of respite care, its meaning and the process of its development. The research was carried out through the questioning method, using questionnaires and analysis of documents. The other part of the thesis presents the results of performed quantitative research. These results were acquired by means of evaluation of questionnaires. The analysis of acquired data confirmed both the supposed hypotheses. The discussion elucidates some problems related to the given theme and the conclusion of the thesis recommends some measures to improve the quality and continuity of providing the respite care services in the Česká Lípa region. The results of the thesis may inspire the existing as well as newly established respite care agencies to increase the quality of respite care.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Zajištění služeb domácí péče v regionu Česká Lípa po propuštění pacienta z ústavního ošetřování“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě archivované Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V České Lípě 30.4.2008

Eva Budnikovová

Poděkování

Děkuji doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D za odborné vedení, cenné rady, podněty a trvalý zájem při zpracování mé diplomové práce.

OBSAH

Úvod	9
1. Současný stav	10
1.1 Charakteristika domácí péče	11
1.2 Právní normy upravující poskytování domácí péče	11
1.3 Vymezení pojmů v oblasti péče o nemocného v jeho domácím prostředí	13
1.3.1 Primární péče	13
1.3.2 Domácí péče	17
1.4 Formy domácí péče	24
1.4.1 Preventivní domácí péče	24
1.4.2 Akutní domácí péče	25
1.4.3 Dlouhodobá domácí péče	25
1.4.4 Domácí hospicová péče	26
1.4.5 Jednorázová domácí péče	27
1.5 Zdroje financování komplexní domácí péče	27
1.5.1 Úhrada zdravotní péče	27
1.5.2 Úhrada sociální péče	28
1.5.3 Státní dotace	29
1.5.4 Nadace	29
1.5.5 Sponzoring	29
1.5.6 Loterie	30
1.5.7 Zahraniční dotace	30
1.5.8 Vlastní platba klienta	30

1.6	Přehled vývoje komplexní domácí péče v ČR	31
1.6.1	Vývoj domácí péče v letech 1990 – 1995	31
1.6.2	Vývoj domácí péče v letech 1996 – 2007	33
1.7	Agentury domácí péče	38
1.7.1	Požadavky na zdravotnické činnosti agentur domácí péče	38
1.7.2	Spektrum odborné péče, která je prováděna v systému komplexní domácí péče	39
1.7.3	Doporučená dostupnost domácí zdravotní péče	39
1.7.4	Doporučené personální požadavky	40
1.7.5	Základní prostory a vybavení agentur domácí péče	41
1.8	Spolupráce agentur domácí péče	43
1.8.1	Asociace domácí péče	43
1.8.2	Národní centrum domácí péče	44
1.9	Některé problémy týkající se agentur domácí péče	45
1.9.1	Návštěvní služba alias „domácí péče“	45
1.9.2	Pečovatelská služba alias „domácí péče“	46
1.9.3	Dealeři zdravotnických pomůcek alias „domácí péče“	47
1.10	Postup při propouštění z ústavního ošetřování – zajištění domácí péče	48
2.	Cíle práce a hypotézy	50
2.1	Cíle práce	50
2.2	Hypotézy	50
3.	Metodika	51
3.1	Použité metody sběru dat	51
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	52
4.	Výsledky	54

4.1 Poskytovatelé komplexní domácí péče v regionu Česká Lípa	54
4.1.1 Komplexní domácí péče Naděje	54
4.1.2 Domácí sociální a zdravotní péče Mimoň, o.p.s.	57
4.1.3 Komplexní domácí péče Sluníčko	59
4.2 Zajišťování domácí péče při propouštění pacienta z ústavního ošetřování v regionu Česká Lípa	60
4.2.1 Dokumentování průběhu domácí péče	62
4.3 Struktura cílové populace	64
5. Diskuse	79
6. Závěr	93
7. Seznam použitých zdrojů	95
8. Klíčová slova	100
9. Přílohy	101

ÚVOD

Dostane-li se nemocný do anonymního prostředí lůžkového zařízení, dochází ke změně jeho přirozeného sociálního prostředí. Důsledkem je velmi často vznik psychických deprivací. Je proto žádoucí, aby byl klient lůžkového zdravotnického zařízení propuštěn do domácího ošetřování brzy po absolvování nezbytných diagnostických a terapeutických výkonů, jakmile to jeho zdravotní stav dovoluje. Při domácím ošetřování je člověk ve vlastním sociálním prostředí. Tímto vlastním sociálním prostředím rozumíme vlastní domov či domov jeho blízkých, kde je obklopen svými věcmi a kde se cítí dobře, spokojeně a v bezpečí. Respektovat tento princip se vyplácí. Zkracuje se doba léčby a zlepšuje se celkový stav klienta, a to v holistickém pojetí, což znamená nejen po stránce zdravotní, ale i psychické, sociální a duchovní. Tento způsob péče má tedy prokazatelně příznivý vliv na uzdravování člověka.

Domácí péče je lékařem indikována nejčastěji u klientů plně nebo částečně závislých na pomoci druhé osoby, u nichž je nutné zajistit pokračování dlouhodobé péče nebo doléčení z důvodu chronického či akutního onemocnění. O indikaci domácí péče rozhoduje praktický lékař pro dospělé, nebo praktický lékař pro děti a dorost. V případě, že je domácí péče nutná u klienta propuštěného z ústavního ošetřování, indikuje ji ošetřující lékař lůžkového oddělení, na kterém byl pacient hospitalizován. Domácí péče je poskytována všem věkovým, indikačním i diagnostickým skupinám klientů a je určena nejen seniorům, ale i dětem a lidem v produktivním věku. Je tou nejvhodnější a nejpřirozenější formou péče o klienta, a proto má do budoucna perspektivu.

Cílem práce bylo zmapovat rozsah, kvalitu a další návaznost domácí péče u pacientů v regionu Česká Lípa, kteří jsou propuštěni z ústavního ošetřování a u kterých

je domácí péče indikována, najít slabá místa v systému a navrhnout optimální řešení problému.

1. Současný stav

Posláním domácí péče je zajištění takové kvality zdravotní a sociální péče ve vlastním sociálním prostředí klienta, aby k jeho hospitalizaci nebo umístění do ústavu sociální péče docházelo jen tehdy, bude-li to nezbytně nutné. Klienty domácí péče jsou lidé, kteří jsou z důvodu změny svého zdravotního a sociálního stavu částečně či plně odkázáni na odbornou pomoc druhých osob. Domácí péče je kvalifikovanou a odbornou formou péče, která umožňuje zkrátit pobyt klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních na nezbytně nutnou dobu. V reformě zdravotnictví jde především o to, aby péče o pacienta byla lepší než doposud, aby byla lidštvější a pacienti aby se rychleji uzdravovali. Věda, technika a výzkum nám přinášejí stále nové možnosti. Lékařská věda a neustále se rozvíjející obor ošetrovatelství nám dovoluje poskytovat vysoký standard odborné specializované komplexní péče v domácím prostředí (26).

Činnost domácí péče zajišťují v regionu Česká Lípa tři agentury domácí péče. Všechny tyto agentury jsou zaregistrovány jako agentury komplexní domácí péče, zajišťující klientům zdravotní i sociální služby. Součástí jimi poskytovaných služeb je i zapůjčování zdravotních a kompenzačních pomůcek.

1.1 Charakteristika domácí péče

V rámci domácí péče je poskytována péče léčebná, kdy domácí péče plynule navazuje, nahrazuje nebo doplňuje péči praktického lékaře pro dospělé, praktického lékaře pro děti a dorost, ambulantních specialistů v mimoústavních formách zdravotní péče a ošetřujících lékařů lůžkových zdravotnických zařízení. Dalším typem péče je péče paliativní - hospicová a v neposlední řadě je to odborná péče a pomoc v ústavech sociální péče a pomoc sociální, která je uskutečňována respitní formou a formou osobní asistence. Mezi cíle domácí péče patří respektování integrity člověka se svým vlastním sociálním prostředím, akceptování lidských práv, poskytování komplexní domácí péče při zajištění maximální dostupnosti v kvalitě, místě, čase a rozsahu péče, rozvíjení preventivních programů v primární péči a spolupráce v rámci integrované primární péče, monitorování a podporování zdraví společnosti, realizování variabilní formy péče dle individuálních potřeb klienta, integrování rodinných příslušníků, blízkých i samotného klienta do multidisciplinárního týmu agentur domácí péče, aplikování principu subsolidarity - pomoci k svépomoci (24).

1.2 Právní normy upravující poskytování domácí péče

Poskytování domácí péče je od roku 1992 upraveno právními normami, které uvádí kdo může být poskytovatelem a kdo příjemcem domácí péče, za jakých podmínek může být tato péče poskytována a v jakém rozsahu. Platné právní normy jsou vydávány příslušnými resorty, kterých se domácí péče týká (31).

Domácí zdravotní péče je definována v zákonu o veřejném zdravotním pojištění

v platném znění. Způsob a výše úhrady domácí zdravotní péče je řešen v Seznamu diagnostických a terapeutických výkonů s bodovými hodnotami **(45)**.

Ten řadí domácí péči jako součást primární péče. Agentury komplexní domácí péče můžeme rozdělit podle typu zřizovatele. Mohou to být agentury komplexní domácí péče zřizované státem, které zřizují např. fakultní nemocnice. Druhým typem jsou agentury komplexní domácí péče zřizované obcí, dalšími typy jsou agentury KDP zřizované fyzickou osobou, kdy jsou možné dvě možnosti - solventní laik, který při registraci agentury musí uvést odborného zástupce (dle platných právních norem je uloženo minimálně 5 let praxe v oboru, z toho 2 roky u lůžka) nebo zdravotní sestra, která splňuje kritéria zákona České národní rady o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních **(44)**.

Dalším typem agentury je agentura komplexní domácí péče zřizovaná právnickou osobou - například humanitární, církevní a občanská sdružení. Zřizovatelem agentury komplexní domácí péče mohou být též obchodní společnosti. Mohou jimi být například sdružení zabývající se obchodováním se zdravotnickým materiálem či farmaceutické firmy **(29)**.

Financování služeb KDP je rozděleno podle typu poskytovaných služeb. Zdravotní péče je hrazena zdravotními pojišťovnami klientů. Agentury domácí péče uzavírají smlouvy se zdravotními pojišťovnami, do kterých klienti odvádějí pojistné. Ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou je stanoveno, jaký rozsah odborných výkonů je ADP oprávněna u klientů provádět. Dojde-li k nejasnostem nebo je-li třeba u klienta provést výkon indikovaný nad rámec výkonů vyjmenovaných ve smlouvě, rozhoduje revizní lékař. Pokud nemá agentura domácí péče uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou klienta, musí být provedené výkony financovány klientem ve formě přímé úhrady. Sociální péče je hrazena z fondu pojistného na sociální zabezpečení. Způsob úhrady

sociálních služeb se řídí zákonem o sociálních službách. (24).

Laická péče je bezplatná. Je poskytována dobrovolníky - tzv. volentéry (např. ženy v domácnosti, důchodci, studenti apod.). Doprava, pomůcky a další technické zázemí zajišťuje dobrovolníkům agentura domácí péče.

1.3 Vymezení pojmů v oblasti péče o nemocného v jeho domácím prostředí

K pochopení systému komplexní domácí péče je nutné uvést stávající typy služeb, které vytvářejí podmínky pro zabezpečení komplexní péče o klienta.

1.3.1 Primární péče

Primární péče je většinou popisována jako integrovaná forma péče, která zahrnuje zdravotní, sociální a laickou péči jedinci, skupině či komunitě v první linii kontaktu (56).

Toto označení ale není zcela výstižné. Spíše můžeme říci, že obsahem primární péče není jen jednorázový kontakt, ale že jde většinou o přijetí určité odpovědnosti za trvalou, integrovanou osobní zdravotní péči poskytovanou ambulantně, popřípadě v domácím prostředí (6).

Výše uvedené soubory činností realizované v rámci primární péče se úzce pojí s podporou a ochranou zdraví, prevencí nemocí, vyšetřováním, léčením, ošetřováním, rehabilitací a sociálními službami. Patří sem i vytváření podmínek v rámci komunity pro zajištění maximální kvality života pro občany všech věkových kategorií i

diagnostických a indikačních skupin. V systému zdravotní a sociální péče je dnes upřednostňován princip subsidiarity, kdy k léčbě, péči a pomoci dochází na nejbližší úrovni (tj. nejdříve snaha pomoci sám sobě, poté nastupuje rodina, dále ostatní společenství a nakonec stát). Tento princip můžeme též nazvat pomocí k svépomoci. Klient a jeho rodina nejsou v tomto pojetí jen pasivními příjemci péče, ale sami se spolupodílí na jejím poskytování (19).

Primární péče (hlavně její základní článek - praktický lékař) může, vzhledem k svému charakteru a umístění v celé zdravotní soustavě, výrazně ovlivnit dobré fungování systému zdravotní péče, které je charakteristické prevencí, dostupností, účelností, kvalitou, přehledností, citlivostí, humánností a ekonomičností (19).

Prevence:

Prevencí rozumíme co největšímu předcházení výskytu onemocnění. Kontakt občana s poskytovateli primární péče je dlouhodobý, někdy i celoživotní. Často jde o kontakt nejen s občanem - pacientem, ale i s jeho rodinou. Poskytovatelé primární péče tak mohou dobře znát životní prostředí svých klientů a díky této skutečnosti mohou včas odhalovat jejich zdravotní rizika. Mohou potom sami učinit či zprostředkovat potřebná opatření. Vzhledem k takovému vztahu s pacientem mohou být přirozeným rádcem v zdravém způsobu životního stylu (27).

Dostupnost:

Primární péče je poskytována v bezprostřední blízkosti životního prostředí pacienta nebo v jeho domácím prostředí. Musí být proto dostupná 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. V charakteru dostupnosti zdravotní péče hraje tedy primární péče určující roli.

Účelnost:

Účelnost v systému zdravotní péče znamená poskytovat právě ten druh péče, který je vzhledem k potřebám nemocného skutečně zapotřebí. Poskytovatelé primární péče mají dlouhodobý a celistvý přehled o zdravotním stavu a zdravotních potřebách pacientů. Mají větší možnost než ostatní poskytovatelé znát další složky pomoci (včetně sociálních) i jejich kvalitu, a to v místě bydliště pacienta i jeho blízkém okolí. Mohou proto účelně poskytovat potřebnou péči sami nebo tuto péči účelně zprostředkovávat (27).

Kvalita:

Kvalita je poskytování odborně optimální péče, tzn. péče na úrovni aktuálního poznání a aktuálních technických a finančních možnostech. Lékař primární péče je vzhledem ke svému dlouholetému kontaktu s klientem, kontaktu ve zdraví i nemoci, vzhledem ke znalostem klientova zevního, sociálního prostředí specialistou na integrované chápání zdraví. Lékaři primární péče i ostatní poskytovatelé primární péče mohou díky tomu výrazně přispět k úrovni kvality celkově poskytované zdravotní péče (27).

Přehlednost:

Přehlednost umožňuje konzumentovi péče, aby se v celém procesu léčení rámcově vyznal. K lékaři primární péče se klient pravidelně vrací a má s ním většinou důvěrný vztah. Tento typ lékaře by měl mít všechny potřebné informace o klientovi a o dalších službách, které jsou pacientovi poskytovány, či které může přijímat. Protože má díky informacím dobrý přehled, může primární lékař klientovi odpovědně radit při volbě

potřebných ošetření v sekundární a terciální sféře zdravotnických zařízení (27).

Citlivost:

Citlivostí v kontextu zdravotní péče rozumíme zajištění, aby byl nemocný v souvislosti s onemocněním co nejméně vytrhován ze svého běžného prostředí. Je-li systém primární péče odborně a technicky dobře vybavený a správně koordinovaný, je schopen pokrýt velkou část zdravotnických potřeb nemocných přímo v jejich přirozeném prostředí. V případě nutnosti služeb mimo domov pacienta přispívá dobře fungující primární péče i k optimálnímu průchodu pacienta dalšími službami (27).

Humánnost:

Humánností rozumíme maximální zachování lidské důstojnosti. Poskytovatelé primární péče jsou přirozeným členem komunity, ve které pacient žije. Jsou rádci životního stylu a průvodci pacienta celou zdravotní péčí. Poskytovatelé primární péče mají výrazný vliv na míru vytržení pacienta z jeho přirozeného prostředí. Mohou tedy ovlivnit pocit pacienta z celé zdravotní péče (27).

Ekonomičnost:

Ekonomičností rozumíme držení nákladů na provozování zdravotní péče v aktuálně přijatelných mezích a účelné využívání daných prostředků. Lékaři primární péče mají možnost výrazně ovlivňovat množství indukovaných ošetření. Mohou proto velkou měrou (při vhodné organizaci systému a při svém dobrém odborném a technickém vybavení) ovlivnit celkové náklady na zdravotní péči (27).

1.3.2 Domácí péče

Domácí péče je propojenou formou zdravotní péče (Home Care) a sociální péče (Home Help), včetně péče laické, poskytované potřebnému klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí. Komplexní domácí péče (comprehensive home care) je vysoce humánní, kvalitní, efektivní, ekonomickou, maximálně dostupnou integrovanou formou péče poskytovanou individuálně klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí s podporou komunity, s respektem k lidským právům, při využití zbytkových potenciálů klienta a začlenění rodinných příslušníků nebo blízkých klienta do multidisciplinárního týmu agentury domácí péče poskytujícího indikovanou kontinuální péči a vzájemnou aktivní pomoc. Jejím cílem je poskytování služeb v rozsahu 24 hodin denně a 7 dní v týdnu se zohledněním kvality, odbornosti a efektivity péče, s důrazem na ekonomické aspekty a transparentnost toku využití finančních prostředků, které plynou z více zdrojů. Základní jednotkou komplexní domácí péče je agentura domácí péče. (9).

Agentury domácí péče lze rozdělit podle převahy poskytovaného typu péče. Prvním typem jsou agentury u nichž převažuje odborná zdravotní péče. Tento typ je nejčastější. Druhým typem jsou agentury s převahou sociální péče. Posledním typem agentur komplexní domácí péče jsou agentury, které jsou orientovány na hospicovou formu péče. Na kvalitu péče, kterou agentury domácí péče poskytují, dohlíží Asociace domácí péče České republiky (7).

Domácí zdravotní péče - Home Care

je věcně správný platný pojem běžně užívaný v právních normách upravujících poskytování zdravotní péče. Domácí zdravotní péče (Home care) je definována v

zákonu o veřejném zdravotním pojištění v platném znění. Jejím zřizovatelem jsou zpravidla nestátní neziskové organizace a fyzické osoby **(22)**.

Způsob a výše úhrady služeb domácí zdravotní péče je dán Seznamem diagnostických a terapeutických výkonů s bodovými hodnotami. Ve znění vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb. má domácí zdravotní péče odbornost 925 **(40)**.

Domácí zdravotní péče je klientovi poskytována na základě ordinace ošetřujícího lékaře, jímž může být praktický lékař pro dospělé, praktický lékař pro děti a dorost, nebo ošetřující lékař za hospitalizace klienta po dobu 14 dnů po ukončení jeho hospitalizace **(25)**.

Před propuštěním ze zdravotnického zařízení je žádoucí a nutné aby bylo předem rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám pacienta. Kompetentní pracovník nemocnice, kterým je zpravidla sestra pro sociální službu či staniční sestra propouštějícího oddělení, domluví domácí péči s poskytovatelem v místě bydliště. Pacient má přitom právo se podílet na tomto rozhodování sám, či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí **(38)**.

Návštěvní služba není službou agentur domácí péče. Tuto službu provádí zdravotní sestra, která je zaměstnána v ordinaci praktického lékaře. Tato sestra dochází za klienty, kteří patří do méně náročných indikačních a diagnostických skupin. Zdravotní péče je poskytována klientům všech věkových kategorie na základě ordinace praktického lékaře **(2)**.

V oblasti domácí zdravotní péče spolupracuje víceoborový tým pracovníků, kteří poskytují ošetrovatelskou péči v jednotlivých ošetrovatelských oborech. Tato péče může být základní nebo specializovaná. Dále poskytují péči rehabilitační (fyzioterapie, ergoterapie), péči psychoterapeutickou, logopedickou atd. Zdravotní péče a terapie je

těmito pracovníky zabezpečována dle aktuálního zdravotního stavu klienta (17).

Pouze dochází-li ke vzájemné podpoře a akceptace nezastupitelnosti všech profesí podílejících se na poskytování domácí péče je možno dosáhnout kvalitní spolupráce, ze které vyplývá kvalitně poskytovaná péče. Na podpoře a rozvoji systému domácí zdravotní péče se podílejí profesní i církevní organizace. Výhodou moderní zdravotní domácí péče je příznivý vliv domácího prostředí na celkový stav pacienta, neexistence nozokomiálních nákaz, přímý kontakt ošetřujícího lékaře s klientem, minimální náklady a maximální efektivita péče o klienta (21).

Domácí péče - Home Help

Home Help je uzavřený systém orientovaný pouze na zabezpečování sociální péče a pomoci pracovníky sociální péče a pomoci nebo dobrovolníky - volontéry. Služba domácí péče je jedním ze základních druhů sociálních služeb - službou terénní. Je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována v domácím prostředí klienta ve vymezeném čase. Mezi základní činnosti pečovatelské služby patří pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy a pomoc při zajištění chodu domácnosti (30).

Sociální domácí péče, která je poskytována formou pečovatelské služby, je definována v zákonu 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění. Sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb. Toto oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci. Státní správa i samospráva každoročně vyčlení z rozpočtu určitý objem finančních prostředků pro zařízení, která pečovatelskou

službu zajistí smluvně. Takovým zařízením může být i agentura domácí péče. O rozsahu následné sociální péče a pomoci poskytované v rámci domácí péče rozhoduje na základě sociálního šetření pověřený sociální pracovník státní správy či samosprávy ve spolupráci s ošetřujícím lékařem klienta a agenturou domácí péče. Pečovatelské služby jsou poskytovány za úhradu. Výjimku tvoří úkony, jimiž jsou zabezpečovány nezbytné životní potřeby sociálně potřebného klienta (celková koupel včetně mytí vlasů v domácnosti příjemce nebo ve středisku osobní hygieny) **(10, 30)**.

Přehled jednotlivých úkonů a výše jejich úhrady jsou uvedeny v příloze č. 1 k vyhlášce č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění vyhlášky č. 72/2001 Sb. - nařízení vlády, kterým se stanoví technické požadavky na aktivní implantabilní zdravotnické prostředky. K úhradě výkonů pečovatelské služby slouží klientům příspěvek na péči. Tento příspěvek je hrazen ze státního rozpočtu osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Výše příspěvku je rozdělena do čtyř stupňů, přičemž stupeň IV značí úplnou závislost klienta. Na příspěvek nemá nárok osoba mladší jednoho roku. O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností. U klientů je sociálními pracovníky z odboru sociálních věcí a zdravotnictví posuzována schopnost zvládat úkony péče o vlastní osobu a dále je posuzována jejich soběstačnost **(39, 41, 46)**.

Sociální služby jsou poskytovány dle standardů kvality sociálních služeb, které stanovuje Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Tyto standardy se zaměřují na cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, ochranu práv osob, jednání se zájemcem o sociální službu, náležitosti smlouvy o poskytování služby, individuální plánování průběhu služby a dokumentaci o jejím poskytování, návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje, personální a organizační zajištění a další

náležitosti potřebné k poskytování kvalitních sociálních služeb (42).

Komplexní domácí péče formou hospice

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem této péče je zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a poskytnutí podpory jeho blízkým. Rozlišujeme paliativní péče obecnou a specializovanou (35).

Základní principy domácí paliativní péče

Tým domácí paliativní péče je k dispozici nemocnému, jeho rodině a ostatním blízkým 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Pečuje o fyzický, psychický, sociální a spirituální stav nemocného jeho rodiny a nejbližším. Komplexní péče je zajišťována interdisciplinárním týmem, který je tvořen lékařem, zdravotní sestrou, fyzioterapeutem, ošetřovatelkou, sociální a administrativní pracovníci, psychologem, koordinátorem dobrovolníků, často také pastoračním pracovníkem poskytujícím duchovní útěchu nejen nemocnému, ale i jeho rodině. Velmi důležitou součástí domácí paliativní péče je odborná léčba bolesti a jiných specifických symptomů, které provázejí umírání. Proto je důležité, aby interdisciplinární tým tvořili zkušení odborníci pro léčbu těchto symptomů. Mezi další zásady při poskytování domácí hospicové péče patří zachovávání lidské důstojnosti a zajištění přítomnosti blízké osoby v závěru života (33).

Důležitá je také spolupráce týmu domácí paliativní péče s praktickým lékařem, agenturou domácí péče a dalšími poskytovateli zdravotní a sociální péče. Smrtí pacienta práce paliativního týmu nekončí, poskytuje péči rodině pacienta a minimálně po dobu jednoho roku po smrti pacienta nabízí jeho pozůstalým odborně vedenou službu

doprovázení v období truchlení **(35)**.

Sestra, která doprovází umírajícího je naučená trpělivosti a pokoře. Respektuje postoj ke smrti, který umírající zaujímá. Je otevřená, pokud chce umírající o své smrti hovořit, pokud chtějí naději a plánují do budoucna, tuto jejich hru přijímá a podporuje jejich naděje. Ne každý odchází v klidu a smíření. Je mnoho těch, kteří umírají bouřlivě a potřebují někoho, kdo by byl s nimi. V ústavním ošetřování není vždy možná přítomnost sestry u umírajícího. Ten potom umírá zcela osamocen **(12)**.

Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi poskytovanou pacientovi s pokročilým nevy léčitelným onemocněním, která je zabezpečována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Základem této péče je zabezpečování všech pro pacienta významných potřeb. Obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. Jde například o takové činnosti jako léčba specifických symptomů, komunikace s pacientem a jeho blízkými založená na empatii a psychické podpoře, zajištění domácí ošetrovatelské péče apod. **(35)**.

Specializovaná paliativní péče

Specializovanou paliativní péčí rozumíme interdisciplinární aktivní péči, která je poskytována nemocným a jejich rodinám týmem odborníků, kteří mají pro poskytování paliativní péče potřebnou kvalifikaci. Mezi tyto odborníky patří psycholog, spirituální pracovník, odborník na léčbu bolesti, sociální pracovník, onkolog, anesteziolog, chirurg. Součástí týmu mohou ale být i řádně vyškolení a pravidelně supervidovaní dobrovolníci. Poskytování specializované paliativní péče je hlavní pracovní náplní

tohoto týmu (4).

Pro poskytování specializované domácí paliativní péče jsou vypracovány standardy. Ty obsahují metodické pokyny pro poskytování domácí paliativní péče (struktura a postupy péče, fyzické, psychologické, sociální, duchovní, kulturní, etické a právní aspekty péče a specifické aspekty péče o pacienty v terminálním stadiu), dále tyto standardy stanovují požadavky na jednotlivé členy týmu domácí paliativní péče a dobrovolníky, určují zázemí domácího hospice a stanovují vyhovující dokumentaci. V neposlední řadě tyto standardy doporučují domácím hospicům další možné přidružené aktivity (35).

Dobrovolníci a jejich role v komplexní domácí péči

Do multidisciplinárního týmu agentur komplexní domácí péče neodmyslitelně patří také pomoc dobrovolníků, tzv. volentérů. Jejich práce je řazena do péče laické a je bezplatná. Volentéry se stávají nejčastěji studenti, důchodci a ženy v domácnosti. Nezastupitelnou roli v domácí péči hrají dobrovolníci zejména u klientů dlouhodobě nemocných, osamělých nebo umírajících. U osamělých klientů nahrazují člena rodiny - poskytují jim pečovatelské služby, pomáhají s nácvikem sebeobsluhy a zprostředkovávají jim kontakt se světem (udržovat vztahy, obvyklé kontakty) (29).

Umírajícím i jejich rodinám pomáhají též formou pečovatelské služby ale vytvářejí i atmosféru klidu a vyrovnaní a zpříjemňují jim poslední chvíle společného žití. Volentéři musí mít k práci s klienty patřičné osobní předpoklady. Mezi ně patří zejména empatie, vyrovnanost a psychická stabilita, pružné řešení krizových situací, dobré komunikační schopnosti, schopnost péče o sebe sama, odpovědnost, tolerance k osobnostním, věkovým, kulturním a náboženským rozdílům, schopnost týmové práce, ochota a schopnost prohlubování znalostí a dovedností. Výběr dobrovolníků je

proveden na základě vyhodnocení vstupního dotazníku a pohovoru s koordinátorem dobrovolníků. Kromě osobnostních předpokladů je důležité odborné zaškolení. Dobrovolník musí absolvovat padesátihodinové školení, po jehož absolvování získává oprávnění k činnosti v agentuře domácí péče a je začleněn do multidisciplinárního týmu. Volontéři kteří se budou věnovat klientům v terminální fázi života jsou ke své práci připravováni ve speciálních kurzech odbornými pracovníky hospicu. V pravidelných intervalech jsou pro ně pořádány speciální relaxační skupiny, jejichž smyslem je snižovat úroveň stresu (29).

1.4 *Formy domácí péče*

Domácí péče je poskytována v několika formách, které lze rozdělit podle stupně náročnosti poskytované péče, frekvence, zainteresovanosti různých členů týmu a podle délky poskytování služeb.

1.4.1 *Preventivní domácí péče*

Je prováděna u klientů, u nichž ošetřující lékař indikuje pravidelné preventivní monitorování zdravotního či duševního stavu. Služba domácí zdravotní péče provádí monitoring fyziologických funkcí a celkového stavu klienta a o zjištěných změnách ihned informují ošetřujícího lékaře. Frekvenci návštěv domácí péče určuje lékař na základě celkového zdravotního stavu klienta. Příkladem preventivní domácí péče je terciální prevence, která se snaží zabránit komplikacím u onemocnění, které již probíhá,

ale zároveň je zde možné obsáhnout i sekundární prevenci, tj. odkrývání počátečních stádií nemocí za pomoci screeningových (vyhledávacích) testů (6).

1.4.2 *Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)*

Akutní domácí péče je určena klientům po operaci a úrazu, dále klientům s kardiologickým onemocněním (hypertenze) neurologickým onemocněním (bolesti pohybového aparátu), gastrointestinálním onemocněním (zvracení, průjemy), urologickým onemocněním (záněty, retence) i nemocným s poruchami imunity. Zvláště příznivý výsledek akutní domácí péče je u dětí, kdy dochází v porovnání s ostatními věkovými skupinami klientů ke zřetelně rychlejší rekonvalescenci. Akutní domácí péče je poskytována v rozsahu dnů až týdnů. Výhodou domácí pooperační péče je eliminace nozokomiálních nákaz, rychlejší uzdravování, redukce nákladů na zdravotní péči, rychlejší aktivizace klienta a šetření prostředků z nemocenského pojištění. Poúrazovou akutní domácí péči lze poskytovat pouze v případě, že je u klienta zachováno vědomí a nehrozí-li vznik závažné komplikace. Agentura domácí péče zajišťuje u poúrazových stavů léčbu bolesti, hygienickou péči, polohování, ošetřování ran a poranění, pitný režim, podávání stravy a dovoluje-li to zdravotní stav i rehabilitaci (10).

1.4.3 *Dlouhodobá domácí péče*

Tento způsob péče je určen klientům s chronickým onemocněním, kteří

potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu a často i psychickému stavu pravidelnou dlouhodobou komplexní domácí péči. Nejčastěji jsou klienty dlouhodobé domácí péče lidé s neurologickými diagnózami - hlavně po centrálních mozkových příhodách, s roztroušenou sklerózou, klienty s částečným nebo úplným ochrnutím, plicním onemocněním, diabetem mellitem s komplikacemi, s duševními chorobami, imunodeficiencí, chronickou bolestí, onkologickým onemocněním a dalšími nemocemi, které vyžadují dlouhodobou odbornou komplexní péči. Jedná se např. u onkologických onemocnění o aplikaci léků proti bolesti při zajištění prostředí, které minimalizuje stres a vznik infekce u klienta s oslabeným organismem po chemoterapii. U chronicky nemocných s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence je domácí prostředí nespornou výhodou. U psychických onemocnění se provádí v rámci dlouhodobé domácí péče monitoring duševního stavu klienta, podávání farmak, aktivizace a resocializace. Nedílnou součástí péče o klienty s psychickým onemocněním je i edukace jejich blízkých. Je-li péče kvalitní, nemělo by docházet k dekompenzaci stavu klienta. Dlouhodobá domácí péče je klientům poskytována v rozsahu měsíců nebo i let **(18)**.

1.4.4 Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče je zaměřena na péči o klienty v preterminálním a terminálním stadiu života. Tuto péči indikuje lékař pacientům u kterých předpokládá, že k úmrtí dojde do šesti měsíců. Tato péče je velmi náročná na celý tým domácí péče - praktickým lékařem počínaje až po dobrovolníky. Snahou všech zúčastněných je zmírnění fyzického i psychického utrpení umírajícího a zachování co možná nejvyšší kvality jeho života. Péče je také věnována blízkým klienta. Prioritou domácí hospicové

péče je polidštění nejtěžších chvil v životě každého člověka (19).

1.4.5 *Jednorázová domácí péče (domácí péče ad hoc)*

Jde o mimořádné využití domácí péče pro provedení jednorázových výkonů, které provádí sestry z ordinací praktických lékařů v rozsahu odbornosti 911 - sestra v návštěvní službě. Jde například o jednorázovou aplikaci injekce, odběr biologického materiálu atp., aniž by se zaváděla domácí péče. Tato jednorázová forma péče je indikována v případech, kdy z provozních důvodů nelze zajistit návštěvní službu sestry z ordinace praktického lékaře (19).

1.5 *Zdroje financování komplexní domácí péče*

Komplexní domácí péče je hrazena systémem vícezdrojového financování. Záleží na struktuře komplexní péče, kterou ta která z agentur domácí péče provádí.

1.5.1 *Úhrada zdravotní péče*

Zdravotní péče je hrazena systémem zdravotních pojišťoven. Agentura domácí péče uzavírá smlouvu se zdravotními pojišťovnami, u nichž jsou klienti agentury zaregistrováni. Smluvní strany se tuto smlouvu zavazují plnit za jasně definovaných

podmínek, které jsou ve smlouvě obsaženy. Pokud je nutné podmínky smlouvy měnit, musí být uzavřena smlouva nová. Každá zdravotní pojišťovna má pro poskytování domácí zdravotní péče své metodické pokyny, které musí agentury domácí péče respektovat a dodržovat. Rozsah zdravotní péče, která může být agenturami poskytována, je uveden v Seznamu diagnostických a terapeutických výkonů. Pokud je agenturou domácí péče proveden výkon v Seznamu výkonů nebo metodickém pokynu pojišťovny neuvedený, musí se zástupce agentury obrátit na revizního lékaře zdravotní pojišťovny se žádostí o uhrazení z fondu zdravotního pojištění. Agenturami komplexní domácí péče jsou kromě standardních zdravotních výkonů prováděny i výkony nadstandardní, které si klient hradí sám. Klient musí být ještě před provedením zdravotního výkonu informován o skutečnosti, že jde o výkon placený a musí mu být sdělena výše platby. Klient může nabídnutou službu odmítnout **(19)**.

1.5.2 Úhrada sociální péče

Sociální péče je hrazena z fondů sociálního zabezpečení prostřednictvím referátů sociálních věcí a zdravotnictví obcí, které dle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb. v platném znění proplácují dle sociální diagnostiky potřebnou sociální péči event. pomoc státním či nestátním subjektům poskytujícím sociální péči. nebo pomoc. Agentura komplexní domácí péče by se měla o tento zdroj financování ucházet již v době, kdy obec tvoří svůj rozpočet, aby s finančními potřebami agentur bylo v rozpočtu obce počítáno. Každá obec si vytváří své finanční fondy, z nichž mohou být pokryty některé projekty agentur domácí péče. Pomoc může být i materiální nebo materiálně - technická. **(39)**.

1.5.3 *Státní dotace*

Státní dotaci může agentura domácí péče získat na základě kvalitně zpracovaného projektu. Každý projekt je posuzován odbornou komisí, které je garantem Národní centrum domácí péče. Finanční dotace státu jsou nemalé a mají pro agentury domácí péče velký význam. Pomocí těchto prostředků mohou například překonat obtíže spojené s rozšiřováním provozu či jiných aktivit souvisejících s poskytováním komplexní domácí péče. Chtějí-li agentury získat dotace, musí nejen předložit kvalitní projekt, ale i jejich služby musí být efektivní a životachopnost do budoucna zaručena **(19)**.

1.5.4 *Nadace*

Nadace pro podporu a rozvoj komplexní domácí péče jsou zakládány fyzickými i právnickými osobami, obcemi a řídí se zákonem, který udává pravidla hospodaření. Jejich využití je přísně účelové **(19)**.

1.5.5 *Sponzoring*

Pomocí sponzoringu mohou agentury domácí péče získat nezanedbatelné finanční částky. I v tomto případě hraje roli kvalitně zpracovaný projekt. Výhodné je získání sponzoringu od místních významných subjektů. Při sponzorování agentury

komplexní domácí péče dochází k daňovému zvýhodnění sponzora a ke snížení jeho daňového základu **(19)**.

1.5.6 *Loterie*

Loterie musí být zaregistrována u Ministerstva financí České republiky dle platných pravidel. Některá města i humanitární sdružení v ČR mají pro podporu komplexní domácí péče tuto loterii založenu. Využívání finančních prostředků plynoucích z loterie je Ministerstvem financí ČR důsledně kontrolováno **(19)**.

1.5.7 *Zahraniční dotace*

Sponzorování zahraničními zdravotnickými zařízeními není v současnosti tak časté, jak tomu bývalo v době vzniku prvních agentur domácí péče. Získat finanční dotaci je nyní možné od zahraničních firem, od kterých agentury komplexní domácí péče odebírají zdravotnické pomůcky, techniku či léky. I v tomto případě se vyplatí mít kvalitně zpracovaný projekt **(19)**.

1.5.8 *Vlastní platba klienta*

Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. je osobám závislým na

pomoci jiné fyzické osoby poskytován příspěvek na péči. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8. Z tohoto příspěvku si klient agentury domácí péče platí služby sociální péče (24,43).

1.6 *Přehled vývoje komplexní domácí péče v ČR*

Domácí péče má své kořeny již v dobách, kdy lidé začali žít ve větších sociálních skupinách a vzájemně se o sebe starat. I v Čechách má domácí péče dlouhou historii. K účelům této práce však postačí znát historii komplexní domácí péče po roce 1989, kdy začaly vznikat nové subjekty, jak charitativní, tak i podnikatelské.

1.6.1 *Vývoj domácí péče v letech 1990 – 1995*

První agentury domácí péče začaly vznikat v březnu roku 1990, kdy zahájilo provoz první středisko ošetrovatelské péče České katolické charity. V lednu roku 1991 Ministerstvo zdravotnictví České republiky tuto činnost legalizovalo a povolilo dvouletý experiment České katolické charity „ Domácí ošetrovatelská péče.“ V tomto roce začala Česká katolická charita provozovat 25 středisek charitní ošetrovatelské péče. Na konci roku 1991 provozovalo svou činnost v naší republice 26 agentur domácí péče, v nichž bylo zaměstnáno 451 pracovníků. Ošetrovatelská péče byla poskytována 1459 klientům. Tato forma péče se ukázala jako velice efektivní, protože bylo ušetřeno

54 843 dnů hospitalizace v lůžkových zdravotnických zařízeních a tím pádem byly sníženy i náklady na 1 ošetrovací den klientů **(3)**.

V září roku 1992 byla založena skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v české republice. Tvořili ji zástupci profesionální i laické veřejnosti. Tato skupina měla za úkol řešit krátkodobé i dlouhodobé projekty v oblasti domácí péče, podílet se na přípravě legislativních opatření, vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti domácí péče a financování domácí péče. Přínosem byl zákon č. 160/1992 Sb. „O podmínkách poskytování péče v nestátních zdravotnických zařízeních“ a další legislativní předpisy, které definovaly pravidla pro poskytování domácí péče agenturami. V roce 1992 bylo zaregistrováno 68 agentur poskytujících domácí péči. Do poskytované péče se začala více promítat i péče sociální. **(3)**.

V roce 1993 se začala rozvíjet spolupráce s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, která si vytvořila svůj vlastní metodický pokyn pro poskytování domácí péče. V březnu tohoto roku byla založena Asociace domácí péče, která sdružuje sestry, lékaře, sociální pracovníky, psychology a další personál, poskytující domácí péči. V závěru roku 1993 stoupl počet agentur domácí péče na 234 **(28)**.

V roce 1994 docházelo postupně k navazování spolupráce mezi ošetřujícími lékaři a agenturami domácí péče. Komunikace se začala zlepšovat, protože praktičtí lékaři pochopili nutnost domácí péče jako následnou komplexní péči o svého klienta. Některé agentury komplexní domácí péče začaly aplikovat i model domácí hospicové péče. V květnu 1994 nabídla Asociace domácí péče spolupráci středním zdravotnickým školám v celé republice ve výuce a informovanosti domácí péče. Asociací domácí péče bylo založeno v červenci roku 1994 Národní centrum domácí péče. Jeho úkolem bylo poskytovat informace o domácí péči a zajišťovat koordinaci a edukaci profesionálům i

laické veřejnosti (28).

V lednu roku 1995 byl zahájen Projekt primární péče, na němž spolupracovali Asociace domácí péče, Sdružení praktických lékařů pro dospělé a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost. V této době byly také zakládána Regionální sdružení Asociace domácí péče. Ministerstvo zdravotnictví České republiky zavedlo změnu v registračních listech z důvodu vzniku nové odbornosti 925, která je určena pouze pro domácí péči. Zřizovateli agentur domácí péče se stále více stávali lékaři. Stoupl počet sester specialistek. Postupně docházelo k integraci zdravotní péče s péčí sociální, a to díky spolupráci agentur domácí péče s již fungujícími pečovatelskými službami. V regionech, kde pečovatelská služba nebyla, přebíraly tyto aktivity agentury domácí péče a vznikaly tak agentury komplexní domácí péče. Do činnosti agentur domácí péče se začali zapojovat i dobrovolníci. V některých oblastech se agentury domácí péče začaly slučovat, a to hlavně z důvodu efektivního využití přístrojového vybavení a sdružování finančních prostředků. Pozvolna se začal zvyšovat počet lůžkových zdravotnických zařízení spolupracujících s ADP. V roce 1995 vznikla také Centra komplexní péče, která poskytovala komplexní péči mobilním klientům všech věkových skupin formou denních stacionářů nebo krátkodobých odborných intervencí (28).

1.6.2 Vývoj domácí péče v letech 1996 – 2007

Na počátku roku 1996 byla zahájena realizace projektu INED. Úkolem tohoto projektu bylo informovat a edukovat laickou veřejnost. V průběhu celého roku byly agenturám domácí péče a do ordinací praktických lékařů distribuovány materiály Národního centra domácí péče ČR, aby tak klienti získali alespoň základní informace

týkající se domácí péče. V tomto roce také začal vznikat Manuál Komplexní domácí péče, který obsahoval informace pro pracovníky ADP (dokumentace, analýza dat, standardy metod, náplň činnosti atd.). V této době byla jednoznačně prokázána efektivita v oblasti financování domácí zdravotní péče ve vztahu k jiným formám zdravotní péče. Na konci roku 1996 vydalo Ústředí pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu svou novou metodiku a stanovisko k problematice domácí zdravotní péče. V závěru roku bylo na území ČR zaregistrováno 573 agentur domácí péče. Z toho 386 agentur poskytovalo komplexní domácí péči 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Klienti se do péče agentur domácí péče dostávali především díky aktivitě lůžkových zdravotnických zařízení. Jejich podíl byl téměř 56%. V té době také vzrostl počet lůžkových zdravotnických zařízení, jež spolupracovala s agenturami domácí péče. Často byla i sama lůžková zdravotnická zařízení zřizovateli vlastních agentur. Asociace domácí péče České republiky se na konci roku 1996 stala jednou z prvních organizací, která vstoupila do nově vytvořené Světové organizace domácí a hospicové péče **(28)**.

V roce 1997 působilo v České republice 449 agentur domácí zdravotní péče. Tyto agentury zaměstnávaly 1413 středního zdravotnického personálu. Domácí zdravotní péče byla poskytována 103 656 pacientům. V tomto roce bylo poskytnuto 3,8 miliónu ošetření (za jedno ošetření se považuje soubor všech výkonů provedených v bytě pacienta při jedné návštěvě). Z toho 46% zdravotních ošetření, 4% zdravotních včetně laických, 6% zdravotních včetně sociálních a 44% komplexních ošetření **(28)**.

V průběhu roku 1998 se dále rozrůstala síť pracovišť poskytujících domácí zdravotní péči. Soukromý sektor v tuto dobu zajišťoval téměř 90% těchto služeb. V závěru roku 1998 bylo zaregistrováno v České republice 456 agentur domácí zdravotní péče. Pracovalo zde 1528 středně zdravotnických pracovníků, kteří poskytli celkem 4.2 milionu ošetření. Komplexní ošetření tvořilo 38% z celku **(28)**.

V roce 1999 dále narůstal počet agentur domácí zdravotní péče. Na konci tohoto roku působilo v České republice 496 agentur domácí péče. Zaměstnáno zde bylo 1 673 středně zdravotnických pracovníků. V 19% z celkového počtu zajišťovaly péči sestry specialistky, ve 2,8% rehabilitační pracovníci. V tomto roce bylo poskytnuto 3,9 milionu ošetření 117 893 klientům. Domácí hospicová péče byla poskytována 3% klientů **(28)**.

V roce 2000 poskytovalo v naší republice domácí zdravotní péči 474 pracovišť, na nichž poskytovanou péči zajišťovalo 1 827 středních zdravotnických pracovníků. Počet kvalifikovaných pracovníků v zařízeních domácí péče neodpovídal skutečné potřebě vzhledem k narůstajícímu počtu seniorů a klientů s chronickým onemocněním. Z celkového počtu 4,2 milionu poskytnutých ošetření bylo 87% ošetření zdravotních. Domácí hospicová péče byla poskytnuta 2% klientů. Oproti roku 1999 se zvýšil počet agentur domácí zdravotní péče s nepřetržitou dobou a poklesl počet agentur s omezenou dobou. Nepřetržitý provoz poskytovalo v roce 2000 57,2% zařízení **(28)**.

V roce 2001 zajišťovalo v České republice domácí zdravotní péči 477 agentur domácí péče. Péči poskytovalo 1 899 středně zdravotnických pracovníků. Z úhrnného počtu 4,6 milionu poskytnutých ošetření bylo 83% ošetření zdravotních. Na jednoho pacienta připadalo v průměru 35,1 ošetření. Na jednoho klienta připadalo v průměru 35 ošetření. Při ošetřeních bylo provedeno 7,1 milionu výkonů, z nichž bylo 89% hrazeno ze zdravotního pojištění. Z celkového počtu 477 agentur domácí péče poskytovalo nepřetržitý provoz 60% zařízení **(28)**.

V roce 2002 poskytovalo služby domácí zdravotní péče 483 agentur domácí péče. Poskytovanou péči zajišťovalo 1 960 středně zdravotnických pracovníků. Z tohoto počtu sestry specialistky představovaly 19% a rehabilitační pracovníci 3%. Ve srovnání s rokem 2001 došlo k nárůstu o 11% v počtech úvazků sester specialistek.

Nepřetržitý provoz v tomto roce zajišťovalo 66% zařízení. Z celkového počtu 2 468 ošetření na 1 zdravotní sestru za rok připadalo na tuto sestru zhruba 7 ošetření za den. Během jednoho ošetření bylo sestrou provedeno v průměru 1,4 výkonu. Během roku 2002 využilo služeb domácí zdravotní péče 116 601 pacientů. Většina zdravotní péče byla indikována praktickými lékaři, pouze 9% bylo indikováno ošetřujícím lékařem při hospitalizaci **(28)**.

V roce 2003 poskytovalo služby domácí zdravotní péče 481 agentur domácí péče. V tomto roce využilo služeb agentur celkem 127 426 pacientů. Došlo k nárůstu o 10% oproti roku 2002. Na pracovištích domácí zdravotní péče bylo zaměstnáno 2143,76 středních zdravotnických pracovníků. 22% z nich tvořily sestry specialistky a 3% rehabilitační pracovníci. I když sester specialistek pozvolna přibývalo, stále jejich počet neodpovídal skutečné potřebě. Počty ošetření vzrostly oproti roku 2002 o 12% (na jednoho klienta připadalo v průměru 42,4 ošetření). S péčí o pacienty pomáhalo agenturám domácí zdravotní péče 123 dobrovolných pracovníků. Z celkového počtu 481 agentur jich nemělo 7% smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou **(28)**.

V roce 2004 poskytovalo v ČR domácí zdravotní péči 469 pracovišť, což bylo o 12 pracovišť méně než v roce 2003. Ošetření klientů zajišťovalo 2243,76 středně zdravotnických pracovníků. V průběhu roku 2004 bylo zaměstnanci agentur domácí péče provedeno 6 055 823 ošetření. Na jednoho klienta připadlo v průměru 44 ošetření, při kterých bylo provedeno 9 239 737 výkonů. Služeb domácí zdravotní péče využilo v ČR v roce 2004 celkem 136 603 pacientů. Oproti roku 2003 byl nárůst o 7%. Klienti starší 65 let tvořili 76% z celkového počtu pacientů domácí zdravotní péče v republice. Počet pacientů této věkové kategorie se v roce 2004 proti předchozímu roku zvýšil o 7% (6 995 osob). Na jednu zdravotní sestru připadlo v průměru 61 pacientů. Domácí hospicová péče byla poskytnuta 4% klientů **(28)**.

V roce 2005 působilo na území ČR 494 pracovišť domácí zdravotní péče s téměř 3 500 pracovníky. V tomto roce využilo služeb agentur domácí zdravotní péče 142 500 klientů, z nichž 109 725 (77%) bylo starších 65 let. Většina domácí péče (90%) byla indikována praktickým lékařem, ošetřujícím lékařem po ukončení hospitalizace to bylo 10% péče. Chroničtí pacienti představují 86% z celkového počtu klientů a pacienti s hospicovou péčí tvořili 4%. V roce 2005 bylo zdravotnickými pracovníky uskutečněno u klientů více než 6,1 milionu návštěv. Z tohoto počtu bylo 88% návštěv zdravotních. Na jednoho zdravotníka připadlo v průměru 7 - 8 návštěv. Na 1 klienta připadlo v průměru za rok 43 návštěv. Na těchto návštěvách bylo provedeno 11,4 miliony výkonů, z toho 88% hrazených ze zdravotního pojištění. Z výkonů nehrazených zdravotní pojišťovnou (1,4 milionu) bylo jen 26% výkonů zdravotních, ostatní výkony měly charakter sociálních služeb. Z celkového počtu výkonů bylo 60% provedeno u mobilních pacientů a 40% u pacientů imobilních **(28)**.

Na konci roku 2006 poskytovalo v České republice domácí zdravotní péči 488 agentur domácí péče s více než 3 500 pracovníky, z nichž bylo 73% zdravotních sester. Služeb agentur využilo více než 141 tisíc klientů. Z tohoto počtu bylo 77,5% klientů starších 65 let. V 88% byla domácí péče indikována praktickým lékařem a pouze 12% péče bylo indikováno ošetřujícím lékařem při ukončení hospitalizace. Chroničtí pacienti představovali 85% z celkového počtu klientů a pacienti s hospicovou péčí 6%. Pracovníci agentur uskutečnili u svých klientů více než 6 milionů návštěv. Na 1 zdravotnického nelékaře připadlo v průměru stejně jako předešlý rok 7 - 8 návštěv deně, na klienta to bylo v průměru 43 návštěv za rok. Pracovníci domácí zdravotní péče uskutečnili u klientů 11,5 milionu výkonů, z toho 16% nebylo hrazeno zdravotními pojišťovnami. Z celkového počtu výkonů bylo 59% provedeno u mobilních a 41% výkonů u imobilních pacientů.

Aktuální statistické informace z oblasti domácí zdravotní péče za rok 2007, které zpracovává Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, nebyly dosud zveřejněny (28).

1.7 *Agentury domácí péče*

Poskytují variabilní, integrované formy odborné péče ve vlastním sociálním prostředí klienta. Indikace domácí zdravotní péče vychází z aktuálního bio-psycho-sociálního stavu klienta a následné ordinace domácí zdravotní péče ošetřujícím lékařem klienta.

1.7.1 *Požadavky na zdravotnické činnosti agentur domácí péče*

Domácí zdravotní péče je poskytována multidisciplinárním týmem pracovníků, kteří poskytují péči odbornou a pomoc laickou v rozsahu, který je dán aktuálním stavem klienta a jeho vlastního sociálního prostředí. Integrální součástí komplexní domácí péče je v oblasti domácí zdravotní péče:

1. péče ošetrovatelská v jednotlivých ošetrovatelských oborech, základní i specializovaná
2. péče rehabilitační – fyzioterapie i ergoterapie
3. péče psychoterapeutická
4. péče a terapie zajištěná dle aktuálního zdravotního stavu klienta, indikovanými

medicínskými obory

5. péče poskytovaná dalšími pracovníky ve zdravotnictví **(20)**.

1.7.2 *Spektrum odborné péče, která je prováděna v systému komplexní domácí péče*

- lékařská péče a vyšetření
- ošetrovatelská péče a vyšetření
- sociální péče a pomoc
- fyzikální terapie
- ergoterapie
- péče o stravovací a pitný režim, životní styl
- laboratorní a radiologický servis
- farmaceutický servis
- transport klienta a pomůcek
- domácí pomoc
- laická péče – péče volentérů – sousedská pomoc
- spirituální péče **(3)**.

1.7.3 *Doporučená dostupnost domácí zdravotní péče*

Nepřetržitá dostupnost péče 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. S

ohledem na indikační skupiny klientů v domácí zdravotní péči je nutné zajistit nepřetržitou dostupnost domácí zdravotní péče 24 hodin denně. Nejedná se však o nepřetržitý provoz zařízení (20).

Doporučené požadavky na komplementární služby:

Denní – dostupnost ošetřujícího lékaře klienta, sociální pracovnice klienta.

Noční – návaznost na přednemocniční neodkladnou péči, alternativně ošetřující lékař klienta.

1.7.4 Doporučené personální požadavky

Minimální, nepodkročitelný počet odborných pracovníků pro zajištění domácí zdravotní péče je 5,0 pracovních úvazků ve složení:

2,0 úvazky všeobecná sestra

2,0 úvazky všeobecná sestra se specializací v oboru

0,5 úvazku dětská sestra

0,5 úvazku rehabilitační pracovník – fyzioterapeut (20).

Doporučený počet pracovníků pro zajištění domácí zdravotní péče v lokalitě čítající 25000 obyvatel (dle projektu PHARE):

7,0 plných pracovních úvazků – odborní zdravotničtí pracovníci = fixní část týmu

3,0 plných pracovních úvazků – odborní zdravotničtí pracovníci = variabilní část týmu (20).

Doporučená profesionální struktura týmu agentur domácí péče:

1,0 úvazku všeobecná sestra

1,5 úvazku všeobecná sestra se specializací v oboru

1,0 úvazku dětská sestra

1,0 úvazku ženská sestra – porodní asistentka

1,0 úvazku rehabilitační pracovník – fyzioterapeut

0,25 úvazku rehabilitační pracovník – ergoterapeut

0,25 úvazku klinický psycholog

1,0 úvazku ZPOD – ošetřovatelka

Další 3,0 plné úvazky - v případě potřeby agentury doplní tým dalšími odborníky dle aktuálních potřeb klientů (20).

1.7.5 Základní prostory a vybavení agentury domácí péče

Základní prostory

Kontaktní pracoviště agentury - minimální doporučená plocha je 15 metrů čtverečních.
Doplňkový sklad pomůcek – slouží k uložení pomůcek nutných k vyrovnání momentálního handicapu klienta (berle, zábrany, mobilní pomůcky, stolky k lůžku klienta, antidekubitní pomůcky, pomůcky pro inkontinenci atp.) (20).

Základní vybavení agentury domácí péče

Kancelářský nábytek pro administrativní činnost členů týmu agentury, kartotéka na uložení dokumentace klientů, skříň na léčiva, chladicí box pro uchovávání léčiv, omyvatelná pracovní plocha na přípravu zdravotnického materiálu, umyvadlo, dřez, pevná telefonní linka, fax a mobilní telefony pro zajištění kontaktu s ošetřujícím lékařem klienta či klientem a jeho blízkými, trezor na návykové látky (20).

Základní pomůcky a přístroje pro poskytování domácí péče

Tonometr, fonendoskop, stopky, teploměr lékařský, odsávačka elektrická, osobní váha, souprava na sedimentaci erytrocytů, pomůcky na stavění krvácení, nůžky převazové, pinzety, peany, emitní misky, spotřební zdravotnický materiál pro ošetření kožních lézí a ran (sterilní i nesterilní), jednorázové pomůcky pro aplikaci léčiv (tablet, mastí, injekcí), cévky, sondy, rourky a katetry (sterilní i nesterilní), rukavice (sterilní i nesterilní), roušky (sterilní i nesterilní), ochranné pomůcky a oděvy pro personál, boxy na likvidaci kontaminovaného materiálu, hydraulický zvedák pro transport klienta, skluzná manipulační deska pro manipulaci s klientem, polohovací pomůcky (20).

Další doporučené vybavení agentur domácí péče

Inhalační přístroj, glukometr, infuzní stojan, infuzní pumpa, injekční dávkovač,

ruční dýchací přístroj, biolampa, UV lampa, lampa baktericidní, přístroj pro oxygenoterapii, sterilizátor (20).

Doporučené doplňující vybavení

Polohovací lůžko, mycí lůžko (20).

1.8 *Spolupráce agentur domácí péče*

Agentury domácí péče jsou sdruženy v občanském sdružení Asociace domácí péče České republiky. Toto sdružení má organizovanou strukturu na národní a regionální úrovni a členství je zde individuální. Na národní úrovni je zastoupena Národním centrem domácí péče.

1.8.1 *Asociace domácí péče*

Asociace domácí péče byla zaregistrována 28.6.1993. Je organizací, která sdružuje sestry, lékaře, ošetřovatelky, pečovatelky, sociální pracovníky, církve, politiky, starosty a všechny ty, kteří působí v domácí péči a snaží se změnit přístupy, postupy a formy poskytované komplexní domácí péče v obcích. Tato asociace spolupracuje s občanskými sdruženími, institucemi a profesními organizacemi v České republice i zahraničí. Pořádá také kongresy, ze kterých jsou vydávány almanachy, zabývající se problematikou domácí péče. Mezi další aktivity asociace patří příprava seminářů,

edukačních akcí a workshopů. Asociace domácí péče je zakladatelem Národního centra domácí péče (29).

1.8.2 *Národní centrum domácí péče*

Národní centrum domácí péče (dále jen NCDP) vzniklo z iniciativy Asociace domácí péče, která Vládě ČR předložila projekt pro podporu a rozvoj domácí péče na území ČR. Vláda České republiky tento projekt schválila ve svém dokumentu „Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení. NCDP je odpovědné za metodiku, koordinaci, edukaci a informovanost v rámci komplexní domácí péče. Své služby nabízí profesionální veřejnosti, představitelům samosprávných celků i laické veřejnosti. Pro profesionální veřejnost pořádá pravidelné odborné semináře, které jsou zdrojem informací pro kontinuální vzdělávání v oblasti komplexní domácí péče a péče primární. NCDP také organizuje odborné kongresy k problematice komplexní domácí péče, primární péče a komunální politiky, a to na národní i mezinárodní úrovni, pomáhá při vzniku agentur domácí péče (např. při zpracování projektů a navazování smluv mezi agenturami domácí péče a pojišťovnami, edukuje management agentur jak zpracovávat projekty na sponzoring a podporuje vícezdrojovou formu financování agentur domácí péče. NCDP také vydává informační materiál, který se vztahuje k problematice komplexní domácí péče. Je určen jak profesionálům, tak laické veřejnosti. Představitelé laické veřejnosti získávají prostřednictvím Národního centra domácí péče informace o síti agentur domácí péče v ČR a o rozsahu péče, kterou jednotlivé agentury domácí péče poskytují (29).

1.9 *Některé problémy týkající se agentur domácí péče*

Při vzniku prvních agentur domácí péče se začaly objevovat problémy způsobené nedostatečně propracovanou koncepcí, nedostatkem praktických zkušeností a nedostačujícími kontrolními mechanismy. Většina problémů již byla vyřešena, některé přetrvávají a jejich řešení je „během na dlouhou trať.“

1.9.1 *Návštěvní služba alias „domácí péče“*

V roce 1992 byly v zákoně 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních vymezeny podmínky pro poskytování domácí zdravotní péče. V této době začaly být navazovány smluvní vztahy mezi poskytovateli domácí péče a zdravotními pojišťovnami. Od roku 1993 se začaly u zdravotních radů okresních či obvodních úřadů registrovat jako poskyvatelé domácí zdravotní péče i samostatně působící sestry v návštěvní službě. Registrace pro poskytování domácí zdravotní péče jim byla udělena, protože jiný typ registrace pro samostatně působící sestry neexistoval. Tyto sestry poté zahájily činnost v tzv. „domácí péči“ aniž by splňovaly alespoň minimální kritéria pro poskytování domácí zdravotní péče klientům všech diagnostických skupin, u nichž je zdravotní domácí péče indikována. V systému domácí zdravotní péče ale působily ve stejném rozsahu i náročnosti intervencí a péče, které dříve poskytovaly při běžné návštěvní službě. Své služby poskytovaly na základě ordinací praktických lékařů zejména klientům méně náročných indikačních skupin. Jejich služby jsou oproti skutečným agenturám výrazně omezeny - omezená pracovní doba (8 hodin denně), nedostatečné vybavení přístroji a materiálem, neexistence

zastupitelnosti. Čím byly jejich intervence u pacienta jednodušší, tím více výkonů zdravotním pojišťovnám vykazovaly (například i 24 návštěv klientů v průběhu své osmihodinové pracovní doby). Přemírou vykazování výkonů těmito sestrami došlo v rozmezí čtyř let k výrazné devalvaci průměrné ceny jedné návštěvy v domácí zdravotní péči. V centrálním informačním systému VZP tak klesla průměrná cena jedné návštěvy na 9 Kč. Příjmy od zdravotních pojišťoven byly pro skutečné agentury domácí péče neúnosně nízké. Z těchto i dalších důvodů usilovala Asociace domácí péče o transparentní oddělení domácí zdravotní péče od návštěvní služby sester. Od roku 1997 je v Seznamu výkonů pro domácí zdravotní službu odbornost 925 a odbornost 911 vykazují sestry v návštěvní službě. Režim vykazování v obou typech odborností se liší v rozsahu časové dispozice. V průběhu roku 1997 byly zavedeny další mechanismy, které eliminují působení sester v návštěvní službě. Je jimi časová regulace, kdy nejkratší časový úsek pro jednu návštěvu je 30 minut. Dalším krokem pro oddělení návštěvní služby od domácí zdravotní péče bylo od roku 1998 rozhodnutí Dohodovacího řízení, které jasně odlišilo podmínky pro úhradu domácí péče ve vztahu k agenturám domácí péče s nepřetržitou dostupností 24 hodin, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce, kterým umožňuje vykazovat výkony v rozsahu 8 hodin na kalendářní den. Návštěvní službě sester, která je dostupná pouze v omezené časové relaci za den, je vykazování omezeno pouze na 8 hodin na pracovní den (28).

1.9.2 *Pečovatelská služba alias „domácí péče“*

Některé právnické osoby mají snahu registrovat pečovatelskou službu jako služby domácí zdravotní péče. K domácí zdravotní péči samozřejmě patří v rámci

komplexní domácí péče i poskytování sociální péče, ale obě formy musí být agenturami domácí péče transparentně vykazovány. Úhrada zdravotní péče je čerpána z fondů zdravotního pojištění, sociální péče je hrazena z fondů sociálního zabezpečení prostřednictvím referátů sociálních věcí a zdravotnictví obcí. Pokud chce zřizovatel agentury poskytovat domácí zdravotní péči, musí při registraci předložit dokumenty, které dokládají všechny potřebné předpoklady pro poskytování domácí zdravotní péče. Pokud dojde i k podepsání smluv se zdravotními pojišťovnami, je zřizovatel této agentury povinen poskytovat domácí zdravotní péči v celém rozsahu, který je určen smluvním vztahem se zdravotní pojišťovnou v odbornosti 925 a ordinací klientova ošetřujícího lékaře. Často se stává, že subjekty zřizované jako agentury domácí péče zaměstnávají nízký počet odborného zdravotnického personálu a větší podíl zaměstnanců tvoří nižší a pomocný zdravotnický personál. Neposkytují proto v dostatečné míře odborné zdravotní výkony a je omezena i časová dostupnost - péče není poskytována 24 hodin denně. Je nutné vždy zvážit, zda registrace subjektu odpovídá záměru zřizovatele. Je-li subjekt chybně registrován, dochází pak ke zbytečnému čerpání omezených finančních prostředků z fondů zdravotního pojištění. (28)

1.9.3 *Dealeři zdravotnických pomůcek alias „domácí péče“*

Produkty používané ve zdravotnické praxi se stále zdokonalují. Některé se stanou hitem, dovozci jich nakoupí nepřiměřené množství a produkty se po čase stanou neprodejnými. Jejich cena neodpovídá léčebnému efektu a z tohoto důvodu nejsou tyto produkty uvedeny v seznamu pomůcek a přístrojů, na které zdravotní pojišťovna přispívá. Nejsou registrovány v seznamu VZP a nejsou ani doporučovány klientům

prostřednictvím jejich ošetřujících lékařů. Dealeři potřebují tyto produkty prodat přímému spotřebiteli a nejjednodušší cestou ke klientovi je domácí zdravotní péče. Proto si dealeři zřídí agenturu domácí péče, která je často registrována jako s.r.o. Vybere si vždy důvěryhodného odborného zástupce agentury a neváhá přitom investovat nemalé finanční prostředky. Sám často vystupuje jako jednatel společnosti. Před registrací splňuje zřizovatel agentury všechny potřebné předpoklady pro poskytování domácí zdravotní péče. Informaci o zřizovateli lze někdy získat z Obchodního rejstříku na internetových stránkách nebo v adresářích dalších společností, které se zabývají registrací dealerů zdravotnických produktů. Někdy však přijde první signál až ve formě stížnosti na neetické chování poskytovatelů domácí péče od příjemce služeb agentury nebo jeho rodiny. Asociace domácí péče České republiky spolu se Světovou organizací domácí péče vytvořily systém opatření, který minimalizuje vznik těchto praktik (28).

1.10 *Postup při propouštění z ústavního ošetřování – zajištění domácí péče*

Zásadní vliv na rozhodnutí lékaře o propouštění nemocného z ústavního ošetřování má zdravotní stav nemocného. U geriatrických pacientů však propouštění z nemocničního zařízení s sebou nese některá rizika. Nelze zde oddělovat psychosociální nepříznivé faktory od zdravotních. Sociálně-zdravotní rizika jsou potenciální, ale mohou se velmi rychle realizovat. Mezi základní rizikové faktory řadíme věk nad 80 let, sociální izolace, jednočlenná domácnost, nemocný partner, konflikty s partnerem či příslušníky rodiny, špatná finanční situace, ztráta soběstačnosti, chronické nemoci, které vedou k funkční ztrátě, pacienti se smyslovými defekty, psychická onemocnění,

chorobné změny kognitivních funkcí, rozsáhlá medikace. V těchto případech je propuštění seniora zátěžovou situací a představuje značné riziko následné dekompenzace chronické, dosud neprojevené choroby, vzniku komplikací či nových symptomů, někdy může dojít i k nárůstu závislosti nebo k smrti (37).

Před propuštěním pacientů do domácího ošetřování se proto pozornost lékařů a sester nemocnice obrací k identifikaci a hodnocení komplexních potřeb geriatrického pacienta, který má být propuštěn do domácí péče. Je to hodnocení zdravotního a psychického stavu, schopnost fyzického výkonu a sebeobsluhy a též hodnocení sociálně ekonomické oblasti. Všechna výše uvedená hodnocení se provádí i při příjmu pacienta na oddělení. Při hodnocení sociálně ekonomické oblasti je nepostradatelná spolupráce sester pro sociální službu (37).

O propuštění je pacient vyrozuměn nejméně 3 dny před plánovaným propuštěním. Pokud se o propuštění zajímají i příbuzní, pak tuto skutečnost oznámí lékař či sestra i jim. Představuje-li propuštění pro pacienta riziko, pak lékař pověří praktickým vyřešením problému staniční sestru, která dále spolupracuje se sestrami pro sociální službu a eventuelně i s příbuznými klienta. Sestry pro sociální službu úzce spolupracují s klientem a jeho rodinou a společně s nimi hledají cestu k řešení problémů, které se vztahují k propuštění do domácího ošetřování (37).

V některých případech je ošetřujícím lékařem indikována domácí péče. Pacient je o možnosti domácí péče informován. Má právo se podílet na rozhodnutí sám, či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí. Pokud si domácí péči přeje, je mu tato služba zajištěna sestrami pro sociální péči, které jsou ve spojení se všemi agenturami komplexní domácí péče, působící v regionu Česká Lípa. Koordinátorky těchto agentur se obratem spojí s oddělením a začnou vyvíjet další aktivity, které jsou nutné k započatí poskytování služeb domácí péče (37).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Prvním cílem práce je zmapovat rozsah, kvalitu a další návaznost domácí péče u pacientů v regionu Česká Lípa, kteří jsou propuštěni z ústavního ošetřování a u kterých je domácí péče indikována ošetřujícím lékařem, druhým cílem je najít slabá místa systému a navrhnout optimální řešení problému.

2.2 Hypotézy

H1: Klientům nejsou o víkendech v potřebné míře poskytovány služby domácí péče.

H2: Návaznost domácí péče po propuštění z ústavního ošetřování není praktickým lékařem všem potřebným klientům řádně indikována.

3. Metodika

3.1 Použité metody sběru dat

Výzkum byl proveden za použití metody dotazování technikou dotazníku a dále byla použita analýza dokumentů. Technika dotazníku byla vybrána pro množství výhod, které představuje: obsáhne velký počet lidí, lze zjistit poměrně velké množství údajů, vyžaduje málo spolupracovníků, zpracovatelnost dotazníků je snadná.

Dotazníky vyplňovaly respondentky – zdravotní sestry agentur komplexní domácí péče. Z důvodu jednoduššího vyplnění a podpoření návratnosti byl dotazník konstruován tak, aby respondentky pouze zaškrtovaly odpovědi do příslušných kolonek. Z tohoto důvodu byly otázky v dotazníku převážně uzavřené. Pouze předposlední otázka byla filtrační a za ní následovala opět uzavřená otázka, na kterou respondentky odpovídaly zaškrtnutím v příslušných kolonkách.

V dotazníku byly zvoleny následující okruhy otázek:

- otázky zaměřené na identifikační znaky zkoumaného vzorku – pohlaví, věk, typ zdravotní pojišťovny
- otázky zaměřené na výkony poskytované agenturami domácí péče
- otázky zaměřené na kontinuitu poskytování služeb domácí péče

Technika analýzy dokumentů byla vybrána ke zjišťování indikačních skupin klientů, u kterých byla indikována domácí péče při propuštění do domácího ošetřování a posloužila též k ověření některých údajů z dotazníku. Studovanými dokumenty byla

zdravotní dokumentace v elektronické podobě (nemocniční informační systém). Tyto dokumenty zařazujeme podle statusu pramene jako oficiální a podle pramene informací jako primární.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Dotazníky vyplňovalo 12 respondentek, rozdáno mezi ně bylo 90 dotazníků. Úkolem respondentek bylo vyplnění údajů o klientech komplexní domácí péče. Otázky směřovaly ke zjištění kvality služeb domácí péče (poskytování domácí péče o víkendech) a kontinuitu domácí zdravotní péče po 14 dnech po propuštění z ústavního ošetřování. Všem respondentkám byl srozumitelně vysvětlen způsob vyplňování dotazníku. Na výzkumu spolupracovaly i dvě všeobecné sestry se specializací v oboru sociální práce ve zdravotnictví, které jsou zaměstnankyněmi Nemocnice s poliklinikou v České Lípě. Tyto sestry zaznamenávaly informace o všech propuštěných pacientech, kterým byla indikována domácí péče ošetřujícím lékařem. Informace byly zaznamenávány do sešitu, který byl zřízen pouze k tomuto účelu. Záznamy těchto informací sloužily ke kontrole dotazníků, zpracovávaných agenturami domácí péče. Byly zde uvedeny následující informace: identifikační údaje pacientů propouštěných do domácí péče se službami ADP (věk pacienta, pohlaví, typ zdravotní pojišťovny), datum propuštění z ústavního ošetřování, výkony indikované ošetřujícím lékařem (včetně jejich frekvence), název agentury domácí péče, které byl pacient přidělen. Takto získané záznamy garantovaly kontrolu při zpracování navrácených dotazníků. Každému klientovi, který byl propuštěn z ústavního ošetřování, byl při přijetí agenturou dotazník vložen do jeho dokumentace. Sestra při každé návštěvě klienta prováděla spolu se

záznamem pro agenturu i vyplňování dotazníku. Tím byla zaručena validita dat.

Sestrám agentur domácí péče bylo rozdáno celkem 90 dotazníků, na každou agenturu domácí péče připadlo 30 dotazníků. Dotazníkové šetření probíhalo od 1.6.2007 do 29.2.2008, tedy v časovém rozmezí devíti měsíců. Vráceno bylo 79 dotazníků (71,1%). Vyřazeno muselo být 8 dotazníků (7,2%), protože 5 klientů agentury bylo v průběhu 14 dní po ukončení hospitalizace rehospitalizováno a u 3 klientů nebyl dotazník dovyplněn z důvodu ukončení výzkumu.

4. Výsledky

4.1 *Poskytovatelé komplexní domácí péče v regionu Česká Lípa*

Podnětem ke vzniku prvních agentur domácí péče českolipského regionu byla skutečnost, že se v naší republice začala po roce 1989 domácí péče rozvíjet po vzoru ostatních kulturně vyspělých států světa. První nestátní agentura domácí péče v českolipském regionu začala provozovat svou činnost v roce 1995. Poptávka po službách se postupně zvyšovala, což vedlo ke vzniku dalších agentur.

4.1.1 *Komplexní domácí péče Naděje*

adresa: Zámecká 71, Česká Lípa

telefonní číslo: 777 588 884

informace poskytla paní Eva Tenglerová,
koordinátorka komplexní domácí péče v České Lípě



Nestátní zdravotnické zařízení Komplexní domácí péče Naděje vzniklo v roce 1995 v Roudnici nad Labem. Tato agentura postupem času rozšířila svoji působnost i na území Ústeckého, Libereckého i Středočeského kraje a na území Prahy. Agentura komplexní domácí péče Naděje se dnes řadí mezi velké organizace. Svoji činnost řídí z pracovišť v Praze, České Lípě, Litoměřicích, Liberci, Ústí nad Labem, Chomutově a

Kladně. Počtem zaměstnaných kvalifikovaných zdravotních sester se řadí mezi největší tohoto druhu v České republice **(35)**.

Z řad pracovníků této agentury byl iniciován i vznik občanského sdružení Opora, které se zaměřuje na poskytování služeb sociálního charakteru, které nelze hradit z prostředků veřejného zdravotního pojištění **(35)**.

V českolipském regionu působí agentura komplexní domácí péče Naděje od roku 2001. Domácí forma zdravotní ošetrovatelské a rehabilitační péče je poskytována kvalifikovanými zdravotními sestrami a rehabilitační pracovníci. Sestry docházejí za pacienty domů a pečují o ně na základě ordinace lékaře obdobně jako při hospitalizaci.

Agentura spolupracuje se šesti zdravotními pojišťovnami, které zdravotní péči o pacienta hradí. Pracoviště je v neustálém kontaktu s nemocnicí v České Lípě, která informuje o jednotlivých případech a poté i s praktickými lékaři, aby po dohodě zajistila potřebnou péči pacientům, kteří ji sami nezvládají. Pracoviště v České Lípě má v současné době 7 zdravotních sester a jednu sestru rehabilitační. Zdravotní sestry dojíždějí vlastními automobily do všech měst a vesnic v regionu a nevynechají ani nejmenší osady, kde je domácí péče zapotřebí. Služba agentury je dosažitelná nepřetržitě, což znamená 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Velkou část klientely agentury tvoří diabetici, u nichž sestry provádějí edukaci a učí je správné aplikaci inzulínu. K nejčastěji indikovaným službám patří také převazy, ošetrovatelská rehabilitace, měření fyziologických funkcí a odběr biologického materiálu **(35)**.

Nabídku služeb Komplexní domácí péče Naděje lze rozdělit do tří forem. První formou jsou služby zdravotní péče, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Tyto služby vycházejí z indikace registrujícího praktického lékaře nebo ošetrojícího lékaře v návaznosti na hospitalizaci po dobu 14 dnů. Předpis přesně specifikuje rozsah ošetrovatelské péče a její frekvenci na základě zhodnocení

zdravotního stavu pacienta. Maximální rozsah návštěv zdravotníka je 3x denně po 1 hodině. Rehabilitační péče v domácím prostředí je v požadovaném rozsahu ordinována rovněž registrujícím praktickým lékařem či ošetřujícím lékařem. Zasahuje-li zdravotní péče nad rámec úhrady z veřejného zdravotního pojištění, hradí si tyto služby klient sám **(35)**.

Druhou formou poskytování služby je domácí sociální péče, která je poskytována formou pečovatelské služby. Je definována v zákonu 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění. Tyto služby si hradí klient sám z příspěvku na péči. Veškeré služby sociálního charakteru poskytují zaměstnanci o.s. Opora. Nejčastěji se jedná o pomoc při osobní hygieně, poskytování stravy, nákupy, úklid v domácnosti, praní, žehlení, vaření a vyřizování úředních záležitostí **(35)**.

Třetí formou poskytování služeb agentury Komplexní domácí péče Naděje je půjčovna zdravotních pomůcek. Klienti si mohou zapůjčit pomůcky usnadňující pohyblivost (berle podpažní i francouzské, chodítka, skládací vozíky), dále pomůcky zvyšující dostupnost a samostatnost při hygienické péči (schůdky k vaně, sedačka do vany, toaletní křesla, podložní mísy) a v neposlední řadě i pomůcky nutné k setrvání a ošetrování ležícího klienta v domácím prostředí (polohovací lůžka mechanická nebo elektrická s příslušenstvím, antidekubitní matrace s kompresorem, jídelní stůl k lůžku). Je zde možné si půjčit i pomůcky potřebné k zajišťování zdravotní ošetrovatelské péče, jako tonometry k měření krevního tlaku, biolampy k léčbě kožních defektů či pooperačních ran, stolní infrazářiče používané při léčbě zánětů kloubu a léčbě bolesti, ultrazvukové inhalátory a vitalizér k provádění perličkových koupelí **(35)**.

4.1.2 Domáci sociální a zdravotní péče Mimoň, o.p.s.

adresa: Pražská 177/1, Mimoň

telefonní číslo: 487 883 812

informace poskytla paní Bc. Jaroslava Kosová,

ředitelka Domáci sociální a zdravotní péče Mimoň, o.p.s.



Agentura Domáci sociální a zdravotní péče Mimoň, o.p.s. byla založena v říjnu roku 2003 v souladu se zákonem č. 448/1995 Sbírky za účelem poskytování obecně prospěšných služeb se sociálním zaměřením, které podporují běžný život seniorů a osob s postižením ve vlastním domácím prostředí a pomáhají předcházet sociálnímu vyloučení. Společnost vznikla z rozhodnutí zakladatele - města Mimoně transformací příspěvkové organizace Domáci péče - Home Care, která poskytovala od roku 1994 sociální a zdravotní péči klientům v Mimoně a okolí. Jako nová organizace zahájila činnost k 1.7.2004 a navázala v poskytování služeb na předchozí organizaci (3).

Obecně prospěšná společnost je nestátní neziskovou organizací. Finanční prostředky získává vlastní činností - úhradou za pečovatelské služby od klientů a platbami od zdravotních pojišťoven za poskytnutou domácí ošetrovatelskou péči. Nejvíce však z dotací, příspěvků od obcí, grantů a darů právnických a fyzických osob.

Statutárním a řídicím orgánem je šestičlenná správní rada, kterou zastupuje předseda. Kontrolním orgánem je tříčlenná dozorčí rada. V čele organizace je ředitelka, která kompletně zabezpečuje její řádný chod (3).

Posláním Domáci sociální a zdravotní péče Mimoň je podpora nezávislosti a samostatného důstojného života seniorů ve vlastním sociálním prostředí zabezpečením

jejich bio-psycho-sociálních potřeb pomocí pečovatelské služby, domácí ošetrovatelské péče, půjčováním kompenzačních pomůcek a aktivizačními činnostmi v Centru pro seniory. Služby agentury jsou orientovány převážně na občany vyššího věku v Mímoní a okolních obcích. Jsou určeny všem, kteří se ocitnou v tíživé životní situaci, kdy dojde ke změně zdravotního stavu nebo sociálních podmínek a nelze je již zvládnout laickou péčí. Nejvíce služby domácí péče využívají senioři a osoby se zdravotním postižením, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění, a zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Převážně jde o osoby osaměle žijící a osoby, kterým tuto pomoc nemohou poskytnout rodinní příslušníci. Služby domácí zdravotní péče jsou poskytovány v domácnostech klientů, v domě s pečovatelskou službou v Pražské ulici, v domě s chráněnými byty ve Vranovské ulici, v terénu v Mímoní a dalších obcích v okruhu do 20 km v oblasti Jablonného v Podještědí, České Lípy, Nového Boru a Doks. Organizace má uzavřeny smluvní vztahy s pěti zdravotními pojišťovnami. V oblasti zdravotních služeb provádí agentura u klienta všechny základní činnosti, které jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, pouze zasahuje-li zdravotní péče nad rámec úhrady z veřejného zdravotního pojištění, hradí si tyto služby klient sám. Služby domácí zdravotní péče jsou klientům poskytovány po celý kalendářní rok v pracovních dnech, o víkendech a svátcích podle ordinace lékaře. Jsou vykonávány kvalifikovanými odborně způsobilými zdravotními sestrami s praxí, které prokázaly svou bezúhonnost a účastní se celoživotního vzdělávání (3).

Domácí sociální péče je agenturou poskytována v domácnostech klientů, v domě s pečovatelskou službou v Pražské ulici, v domě s chráněnými byty ve Vranovské ulici a v obcích Hradčany, Ralsko, Plouznice a Kuřivody. Mezi základní sociální činnosti poskytované agenturou domácí péče v Mímoní patří pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí

podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při jejím zajištění, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a zajišťování dopravy klientů. Pečovatelkou službu zajišťuje tým pečovatelek a sociální pracovnice. Všichni pracovníci mají odpovídající kvalifikaci, prokázali svou bezúhonnost a účastní se celoživotního vzdělávání (3).

Další formou poskytování služeb agentury Domácí sociální a zdravotní péče Mimoň je půjčovna zdravotních pomůcek. Zapůjčovány jsou pomůcky usnadňující pohyblivost (invalidní vozíky, chodítka, berle, hole), pomůcky zvyšující dostupnost a samostatnost při hygienické péči (toaletní židle, nástavce na WC, sprchové židle, sedačky na vanu) a pomůcky umožňující setrvání a ošetřování ležícího pacienta v domácnosti (mechanická polohovací lůžka, servírovací stolky) (3).

4.1.3 Komplexní domácí péče Sluníčko

adresa: Liberecká 67, Nový Bor

telefonní číslo: 487 723 669

informace poskytla paní Lenka Bayerová,

koordinátorka Komplexní domácí péče Sluníčko



Agentura Komplexní domácí péče Sluníčko byla založena v červnu roku 2007. V této době začala poskytovat své služby za přímou úhradu klienta, protože nebyly ještě navázány smlouvy s pojišťovnami. Od 1. listopadu 2007 byla podepsána smlouva mezi agenturou a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, následně pak s Oborovou zdravotní pojišťovnou zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. Posláním agentury

Komplexní domácí péče Sluníčko je stejně jako u předchozích dvou agentur individuální a komplexní péče o klienta v jeho domácím prostředí. Tato agentura pomáhá řešit zdravotní i sociální problémy klienta, ale spolupracuje úzce i se členy jeho rodiny. Samozřejmostí je také spolupráce s odborníky různých oborů. Služba agentury je dosažitelná nepřetržitě – 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Zdravotní péči o klienta zajišťují 2 všeobecné sestry a 2 všeobecné sestry se specializací v oboru. Rehabilitační péči poskytuje klientům 1 rehabilitační pracovník – fyzioterapeut. Sociální péči zajišťují 2 pečovatelky. Nabídku služeb Komplexní domácí péče Sluníčko lze rozdělit do dvou forem. První formou jsou služby zdravotní péče, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Tyto služby vycházejí z indikace registrujícího praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře v návaznosti na hospitalizaci po dobu 14 dnů. Předpis přesně specifikuje rozsah ošetrovatelské péče a její frekvenci na základě zhodnocení zdravotního stavu pacienta. Maximální rozsah návštěv zdravotníka je 3x denně po 1 hodině. Druhou formou poskytování služby je domácí sociální péče, která je poskytována formou pečovatelské služby. Je definována v zákonu 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění. Tyto služby si hradí klient sám z příspěvku na péči. Nejčastěji se jedná o pomoc při osobní hygieně, poskytování stravy a nákupy (34).

4.2 *Zajišťování domácí péče při propouštění pacienta z ústavního ošetřování v regionu Česká Lípa*

Pacient je o možnosti domácí péče informován ošetřujícím lékařem, zdravotní sestrou či sestrou pro sociální službu. Má právo se podílet na rozhodnutí sám, či

prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí. Pokud si domácí péči přeje, je mu tato služba zajištěna sestrami pro sociální péči, které jsou ve spojení se všemi agenturami komplexní domácí péče, působící v regionu Česká Lípa. Koordinátorky těchto agentur se obratem spojí s oddělením a začnou vyvíjet další aktivity, které jsou nutné k započatí poskytování služeb domácí péče. Dostupnost domácí péče musí být zajištěna 24 hodin denně a 7 dní v týdnu a pro bezpečnost a vysoký standard domácí péče je nutné zajistit návaznost této péče i na další formy péče a pomoci. To je jedním z důležitých úkolů koordinátorek agentur domácí péče. Domácí zdravotní péče je klientovi poskytována na základě ordinace ošetřujícího lékaře, jímž je ošetřující lékař za hospitalizace klienta. Již před propuštěním z oddělení je rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám pacienta. Lékař, sestry i ostatní členové multidisciplinárního týmu provedou identifikaci a hodnocení komplexních potřeb pacienta, který má být propuštěn do domácí péče. Je to hodnocení zdravotního a psychického stavu, schopnost fyzického výkonu a sebeobsluhy a a též hodnocení sociálně ekonomické oblasti. Při hodnocení sociálně ekonomické oblasti je nepostradatelná spolupráce sester pro sociální službu. Kompetentní pracovník nemocnice, kterým je v NsP Česká Lípa sestra pro sociální službu, domluví domácí péči s poskytovatelem v místě bydliště. Koordinátorka Komplexní domácí péče Naděje, která působí v České Lípě a jejím blízkém okolí, dochází na oddělení osobně. Převezme od ošetřujícího lékaře tiskopis - indukci (vyžádání) domácí péče a osobně navštíví pacienta, kterému podá informace o způsobu poskytování služeb domácí péče a domluví s ním další podrobnosti a zodpoví také případné dotazy klienta. Ostatním dvěma agenturám je indukce domácí péče doručena prostřednictvím propuštěného pacienta osobně nebo je předána rodinnému příslušníkovi pacienta v případě, že tento není schopen komunikace. O propuštění je pacient vyrozuměn nejméně 3 dny před

plánovaným propuštěním. Pokud se o propuštění zajímají i příbuzní, pak tuto skutečnost oznámí lékař či sestra i jim. Představuje-li propuštění pro pacienta riziko, pak lékař pověří praktickým vyřešením problému staniční sestru, která dále spolupracuje se sestrami pro sociální službu a eventuelně i s příbuznými klienta. Sestry pro sociální službu úzce spolupracují s klientem a jeho rodinou a společně s nimi hledají cestu k řešení problémů, které se vztahují k propuštění do domácího ošetřování.

4.2.1 Dokumentování průběhu domácí péče

Informace o ordinaci, časovém i terapeutickém rozsahu poskytování komplexní domácí péče jsou uvedeny v lékařské propouštěcí zprávě pacienta, která je doručena praktickému lékaři. Všechny agentury poskytující domácí péči v regionu Česká Lípa průběžně zaznamenávají prostřednictvím svých odborných pracovníků údaje o zahájení, průběhu a ukončení služeb domácí péče. Součástí dokumentace jsou také údaje o celkovém stavu klienta a jeho změnách, plánovaných a provedených výkonech zdravotní, sociální, ale i laické péče a dalších náležitostech, které jsou důležité pro případ kontroly kvality, rozsahu i věcné správnosti odborných postupů. Kontrola zdravotní péče je prováděna vnitřním systémem (koordinátorem domácí péče nebo manažerem domácí péče) a vnějším systémem kontroly (revizním lékařem zdravotní pojišťovny, ošetřujícím lékařem klienta, zdravotním radou, ale i klientem a jeho blízkými). Kontrolním mechanismem sociálních služeb je odbor sociálních věcí a zdravotnictví Městského úřadu v České Lípě.

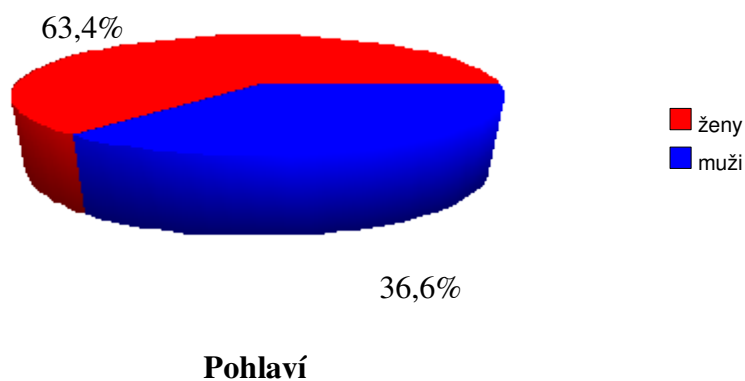
Dokumentace agentur domácí péče by měla být přehledná a měla by být k dispozici i ostatním poskytovatelům zdravotní péče v bytě klienta. Agentury domácí

péče českolipska vedou přehlednou dokumentaci, ale v bytě klienta ji neponechávají. Není to však považováno za přestupek, jelikož v případě, kdy není možné dokumentaci ponechávat u klienta, stačí zanechat číslo mobilního telefonu a adresu na poskytovatele domácí péče u klienta či jeho blízkých tak, aby další poskytovatelé zdravotní péče byly v návaznosti informováni o posledních výkonech agentury domácí péče. Podrobnou dokumentaci má každá agentura domácí péče ve svém koordinačním centru. Dokumentace je také k nahlédnutí v ordinaci ošetřujícího lékaře klienta. Informace o klientovi, jeho prostředí i léčebných posupech jsou zaznamenávány průběžně. Forma záznamů je srozumitelná a je na velmi dobré odborné úrovni. Takto vedená dokumentace zabraňuje výskytu duplicít v komplexní domácí péči a též neefektivnímu využití času, odborníků a prostředků.

4.3 *Struktura cílové populace*

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že cílovou skupinu tvořilo 71 osob (100%), z nichž bylo 45 žen (63,38%) a 26 mužů (36,62%).

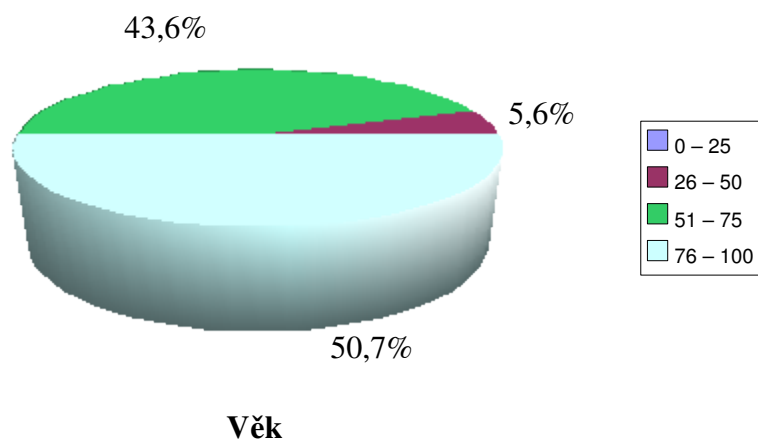
Graf 1: Struktura souboru podle pohlaví



Zdroj: Vlastní výzkum

Podle věku je z celkového počtu 71 (100%) zkoumaného vzorku 0 (0%) osob ve věku od 0 do 25 let, 4 (5,6%) osoby ve věku od 26 do 50 let, 31 (43,7%) osob ve věku od 51 do 75 let a 36 (50,7%) osob ve věku od 76 do 100 let.

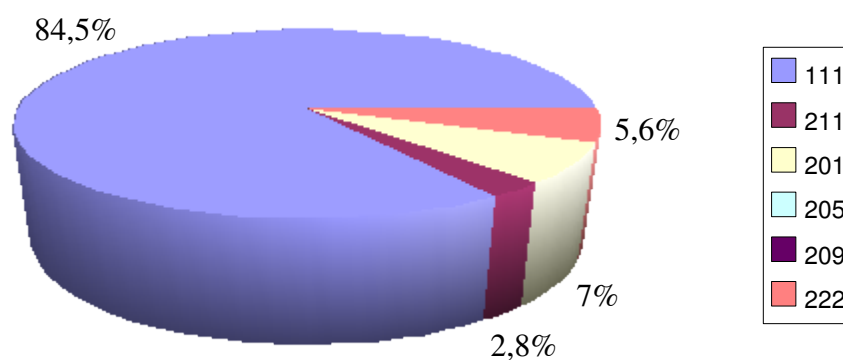
Graf 2: Struktura souboru podle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového množství zkoumaného vzorku 71 (100%) klientů je 60 klientů (84,5%) pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny (111), 5 klientů (7,0%) Vojenské zdravotní pojišťovny ČR (201), 4 klienti (5,6%) České národní zdravotní pojišťovny (222) a 2 klienti (2,8%) Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR (211), Žádný z klientů nebyl pojištěncem jiných zdravotních pojišťoven.

Graf 3: Struktura souboru podle typů zdravotních pojišťoven

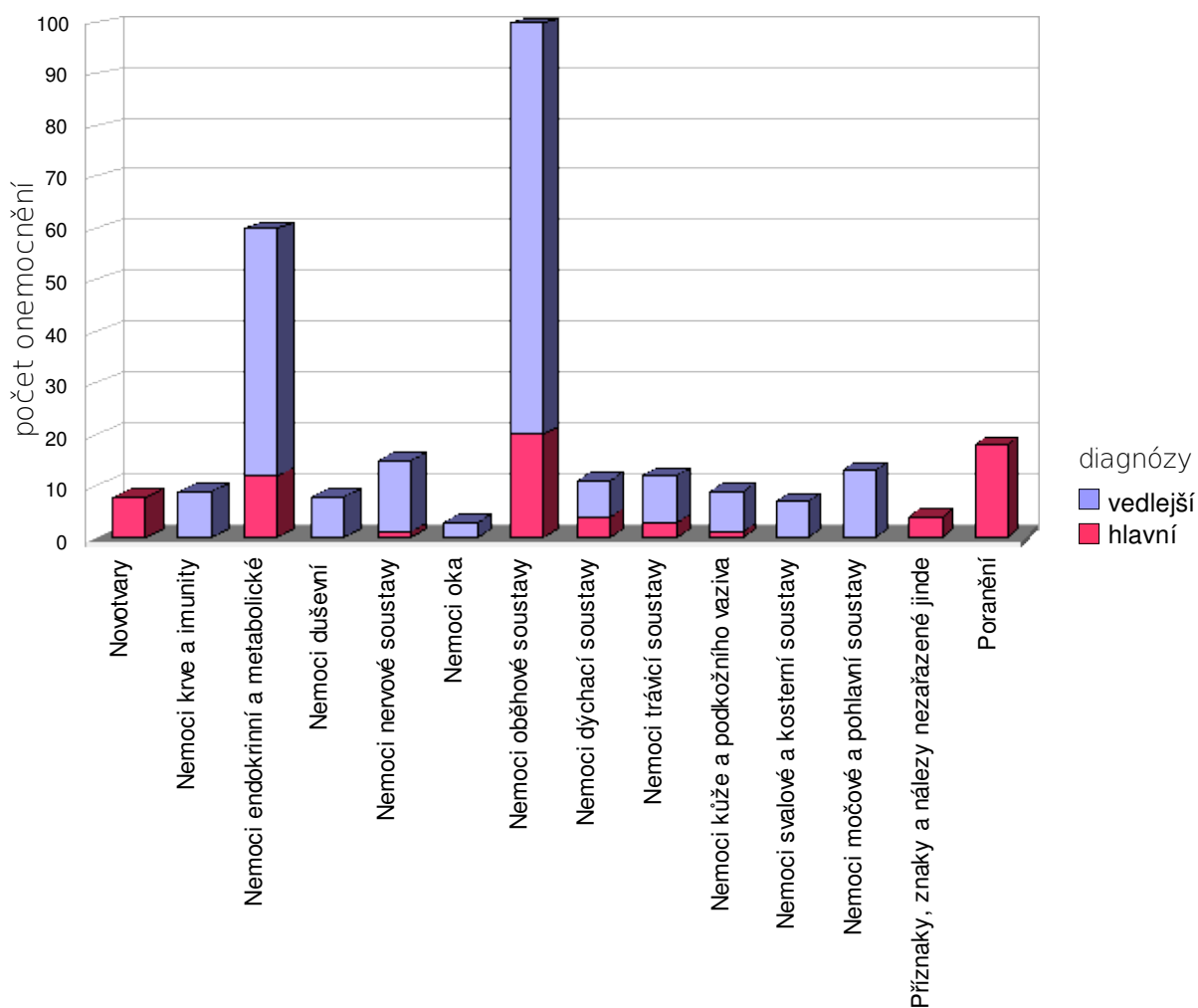


Zdravotní pojišťovny

Zdroj: Vlastní výzkum

Podle typu onemocnění lze soubor rozdělit na typy onemocnění, které jsou v lékařské dokumentaci uvedeny jako hlavní diagnóza a diagnózy vedlejší. Každý ze zkoumaného vzorku má jednu diagnózu hlavní a z hledem k tomu, že věkový průměr vzorku je 72,5 let, vyskytuje se zde polymorbidita (přítomnost více chorob u téhož jedince současně), která je poměrně častým jevem ve stáří.

Graf 4: Struktura souboru podle onemocnění



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1: Struktura souboru podle onemocnění – rozdělení dle MKN 10

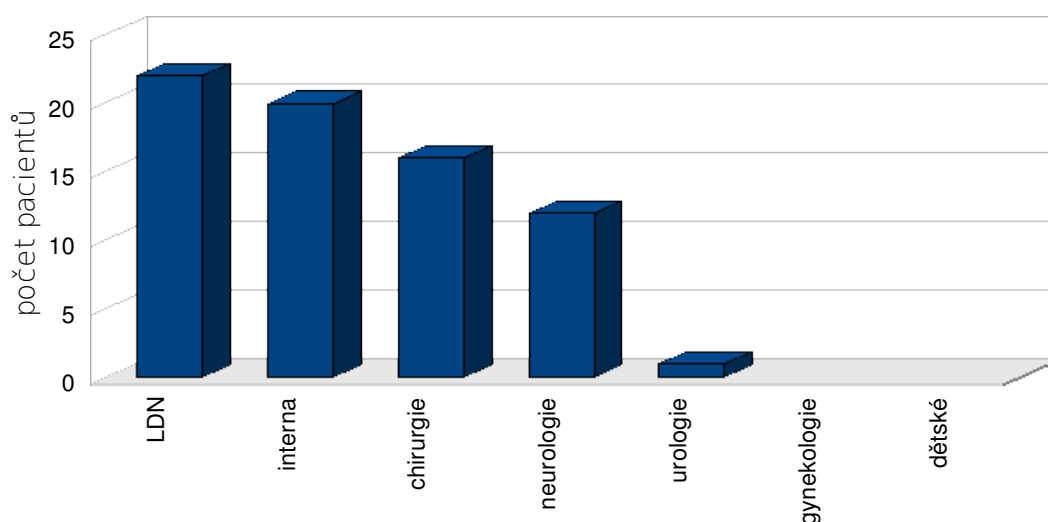
diagnózy	hlavní	vedlejší
Nemoci oběhové soustavy	20	80
Poranění	18	0
Nemoci endokrinní a metabolické	12	48
Novotvary	8	0
Příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde	4	0
Nemoci dýchací soustavy	4	7
Nemoci trávicí soustavy	3	9
Nemoci nervové soustavy	1	14
Nemoci kůže a podkožního vaziva	1	8
Nemoci duševní	0	8
Nemoci svalové a kosterní soustavy	0	7
Nemoci oka	0	3
Nemoci krve a imunity	0	9
Nemoci močové a pohlavní soustavy	0	13

Rozdělení nemocí dle MKN 10

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového množství zkoumaného vzorku 71 (100%) klientů bylo z oddělení léčebny pro dlouhodobě nemocné propuštěno do domácí péče 22 (31%) pacientů, z interního oddělení 20 (28,2%) pacientů, z chirurgického oddělení 16 (22,5%) pacientů, z neurologického oddělení 12 (16,9%) pacientů a z urologického oddělení 1 (1,4%) pacient. Z gynekologického oddělení 0 (0%) klientů a z dětského oddělení 0 (0%) pacientů.

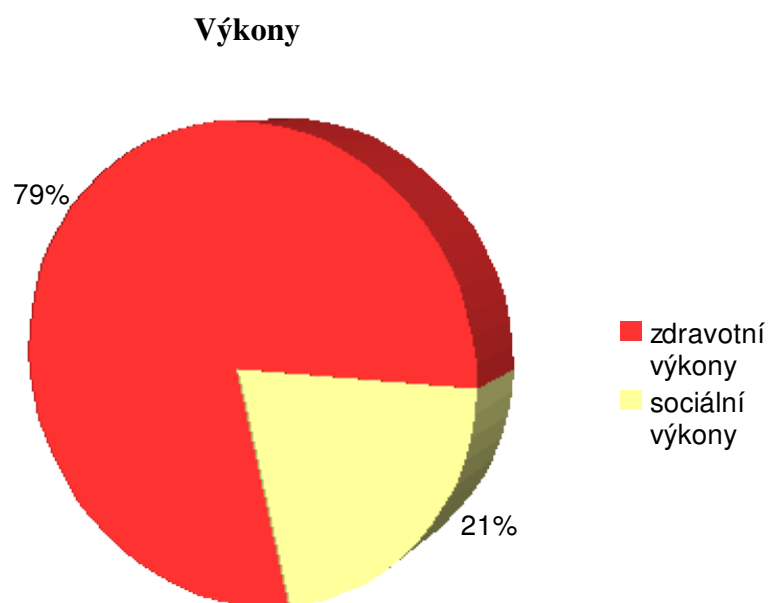
Graf 5: Struktura souboru podle oddělení nemocnice při propuštění



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu dle typu výkonů 324 (100%), je počet zdravotních výkonů 255 (78,7%) a sociálních výkonů 69 (21,3%).

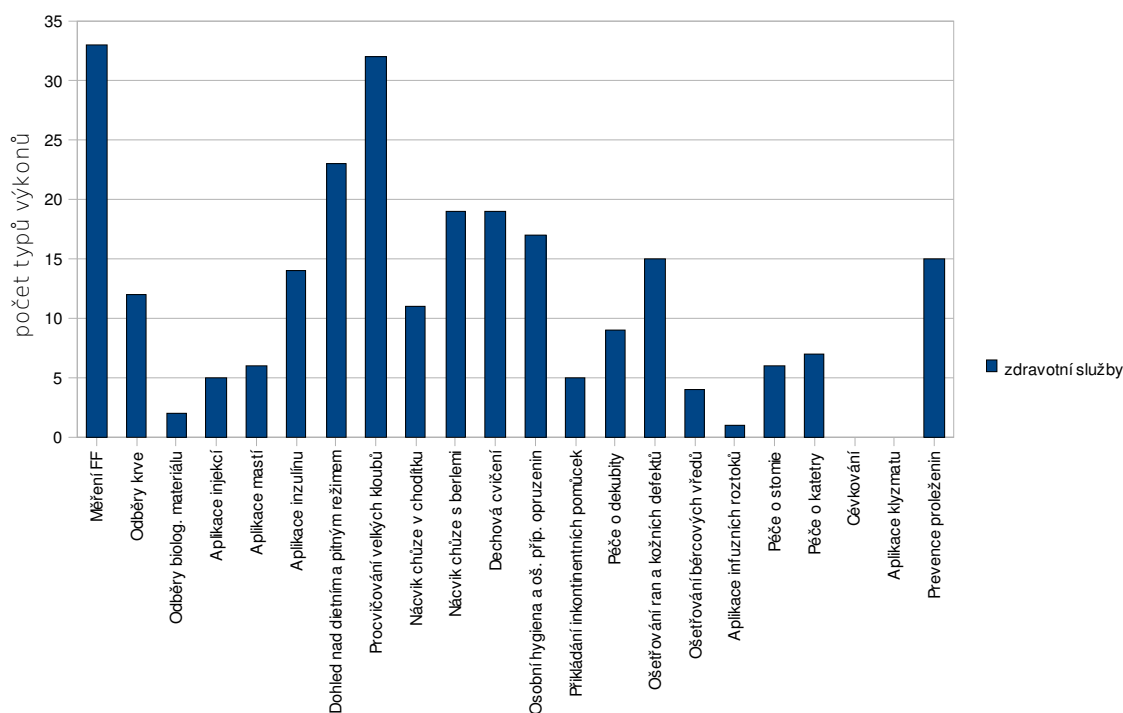
Graf 6: Struktura souboru podle typů výkonů



Zdroj: Vlastní výzkum

Výkony zdravotní péče byly provedeny ve 255 případech, z toho měření fyziologických funkcí 33 (12,9%), odběry krve 12 (4,7%), odběry biologického materiálu 2 (0,8%), aplikování injekcí 6 (1,7%), aplikace masť 6 (2,4%), aplikace inzulínu 14 (5,5%), dohled nad dietním a pitným režimem 23 (9,0%), procvičování velkých kloubů 32 (12,6%), nácvik chůze v chodítku 11 (4,3%), nácvik chůze s berlemi 19 (7,5%), dechová cvičení 19 (7,5%), osobní hygiena a ošetření případných opruzenin 17 (6,7%), přikládání inkontinentních pomůcek 5 (2,0%), péče o dekubity 9 (3,5%), ošetřování ran a kožních defektů 15 (5,9%), ošetřování bérceových vředů 4 (1,6%), aplikace infúzních roztoků 1 (0,4%), péče o stomie 6 (2,4%), péče o katetry 7 (2,8%), cévkování 0 (0%), aplikace klyzmatu 0 (0%), prevence proleženin 15 (5,9%).

Graf 7: Struktura souboru podle typů výkonů – zdravotní péče

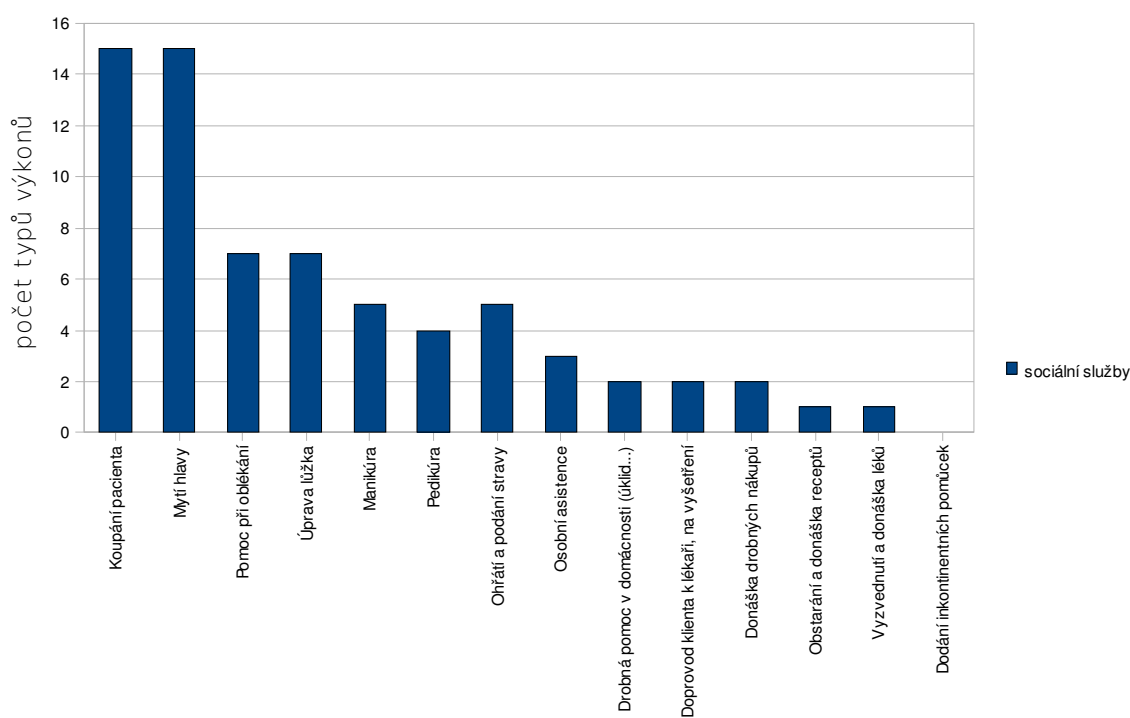


Výkony zdravotní péče

Zdroj: Vlastní výzkum

Výkony sociálních služeb byly provedeny v 69 případech, z toho koupání pacienta 15 (21,7%), mytí hlavy 15 (21,7%), pomoc při oblékání 7 (10,1%), úprava lůžka 7 (10,1%), manikúra 5 (7,3%), pedikúra 4 (5,9%), ohřátí a podání stravy 5 (7,3%), osobní asistence 3 (4,4%), drobná pomoc v domácnosti 2 (3,0%), doprovod k lékaři a na vyšetření 2 (3,0%), donáška drobných nákupů 2 (3,0%), obstarání a donáška receptů 1 (1,5%), vyzvednutí a donáška léků 1 (1,5%), dodání inkontinentních pomůcek 0 (0%).

Graf 8: Struktura souboru podle typů výkonů – sociální služby

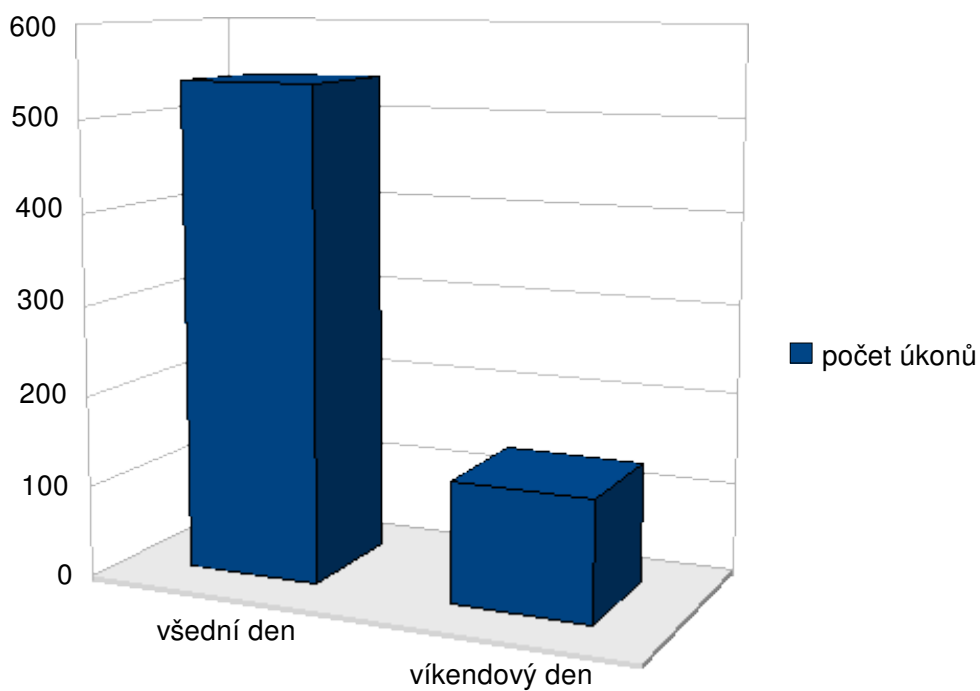


Výkony sociálních služeb

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve sledovaném období dosáhl počet všech výkonů 2962, z toho bylo vykonáno v pracovních dnech 2696 výkonů a o víkendech 266 výkonů. Z toho vychází zjištění, že v pracovní den/víkend je poměr 539/133 výkonů, zaokrouhleně 4/1. Zobecněno: na 1 provedený výkon o víkendu připadají 4 provedené výkony v pracovní den.

Graf 9: Struktura souboru podle výkonů parametrizováno na všední dny a víkendy

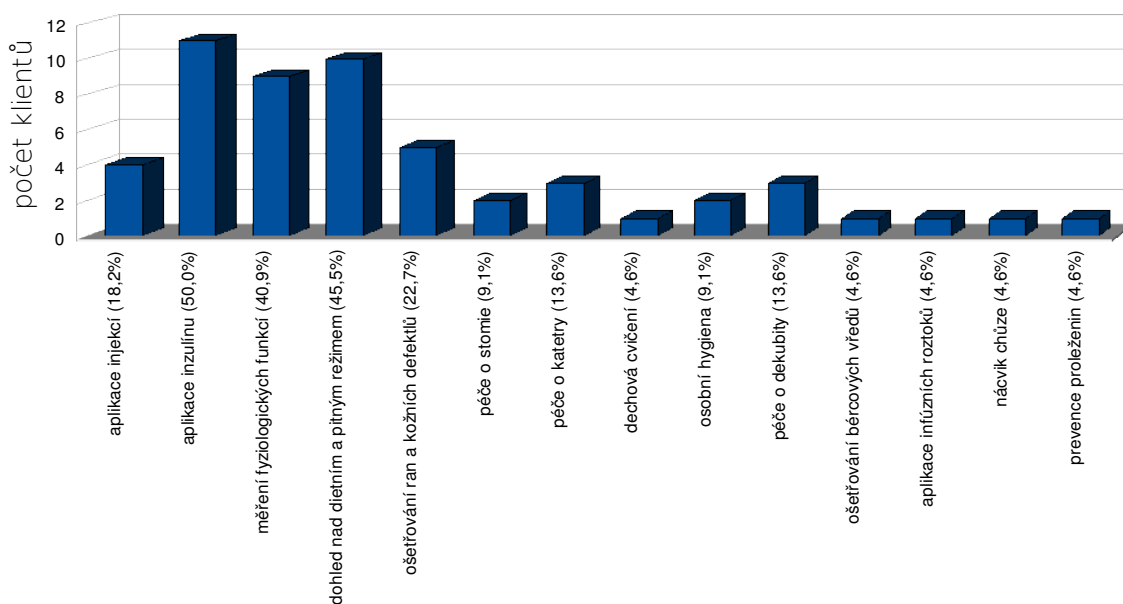


Výkony ve všední dny a víkendy

Zdroj: Vlastní výzkum

O víkendech byly zajišťovány pouze výkony zdravotní péče. Sociální služby nebyly poskytovány ani v jednom případě. Z celkového množství klientů (zkoumaného vzorku) 71 (100%) byly o víkendech poskytovány služby 22 klientům (31%). Aplikace injekcí byla poskytnuta ve 4 případech (18,2%), aplikace inzulínu v 11 případech (50%), dohled nad dietním a pitným režimem byl zajištěn v 10 případech (45,5%), ošetřování ran a kožních defektů bylo provedeno v 5 případech (22,7%), péče o stomie ve 2 případech (9,1%), péče o katetry ve 3 případech (13,6%), dechová cvičení v 1 případě (4,6%), osobní hygiena ve 2 případech (9,1%), péče o dekubity ve 3 případech (13,6%), ošetřování bérkových vředů v 1 případě (4,6%), aplikace infúzních roztoků v 1 případě (4,6%), nácvik chůze v 1 případě (4,6%) a prevence proleženin v 1 případě (4,6%).

Graf 10: Výkony zdravotní péče zajišťované o víkendech

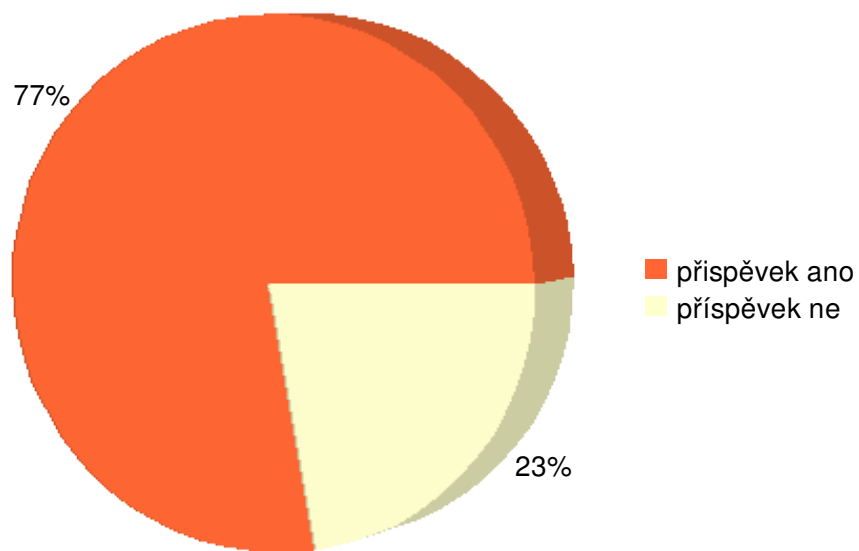


Výkony zdravotní péče o víkendech

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového množství zkoumaného vzorku 71 (100%) klientů byl přiznán příspěvek na péči 55 (77,5%) klientům, bez příspěvku na péči bylo 16 (22,5%) klientů.

Graf 11: Struktura souboru podle přiznaného příspěvku na péči

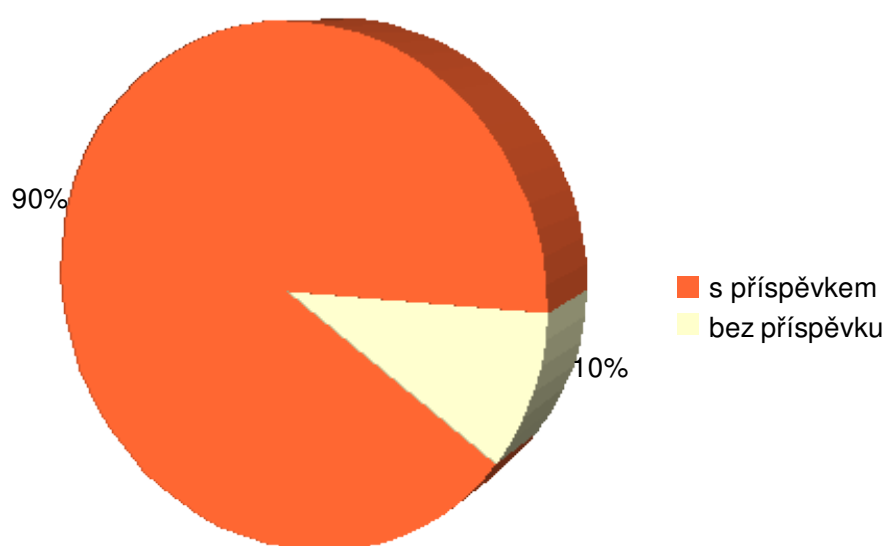


Příspěvek na péči

Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového množství provedených sociálních služeb u 21 (100 %) klientů byly u 19 (90,5%) klientů hrazeny sociální služby z příspěvku na péči a u 2 (9,5%) klientů byly sociální služby hrazeny přímou platbou klienta.

Graf 12: Struktura souboru podle úhrady sociálních služeb v závislosti na příspěvku na péči

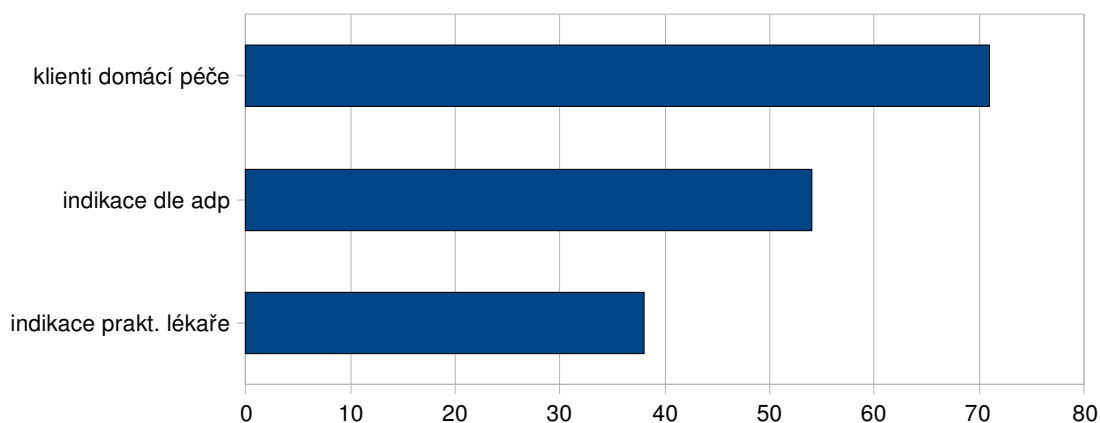


Úhrada sociálních služeb

Zdroj: Vlastní výzkum

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že z celkového skupiny, kterou tvořilo 71 osob (100%), byla agenturami domácí péče doporučena po 14 dnech po propuštění z ústavního ošetřování další domácí zdravotní péče 55 klientům (77,5%), praktickým lékařem byla další péče indikována u 39 klientů agentur (54,9%).

Graf 13: Struktura souboru podle indikace služeb domácí péče

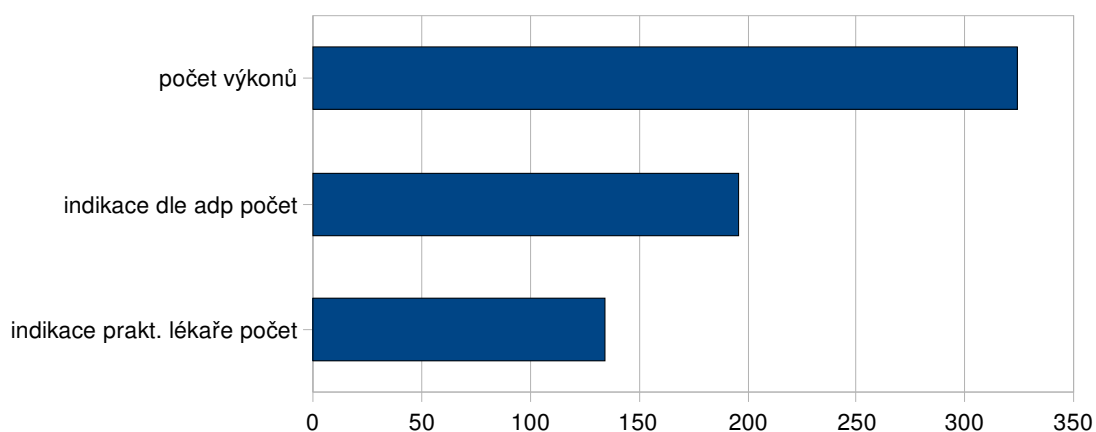


Doporučení kontinuity služeb domácí péče

Zdroj: Vlastní výzkum

Při propuštění pacientů ošetřujícími lékaři lůžkových oddělení bylo indikováno 255 (100%) typů zdravotních výkonů. Po 14 dnech poskytování služeb domácí péče bylo doporučeno agenturami domácí péče pokračovat v poskytování služeb domácí zdravotní péče u 198 (77,6%) typů výkonů, praktickými lékaři však bylo indikováno 134 (52,5%) typů zdravotních výkonů.

Graf 14: Struktura souboru podle doporučení kontinuity domácí péče - počty výkonů



Indikace výkonů ADP a praktickými lékaři

Zdroj: Vlastní výzkum

5. Diskuse

V úvodu diplomové práce byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza předpokládala, že klientům domácí péče nejsou o víkendech v potřebné míře poskytovány služby domácí péče, druhá hypotéza předpokládala, že návaznost domácí péče po propuštění z ústavního ošetřování není praktickým lékařem všem potřebným klientům řádně indikována.

Na základě provedeného výzkumu lze sestavit obecně obraz toho, jestli jsou služby domácí péče poskytovány agenturami v dostatečné míře i o víkendech a zda je poskytována další péče potřebným klientům i po čtrnácti dnech skončení hospitalizace, tzn. po uplynutí doby, po kterou byla indukována domácí péče ošetřujícím lékařem ústavního zařízení.

Z dotazníků získaných od respondentek vyplývá, že počet žen jako pacientek propouštěných z ústavního ošetřování do domácího ošetřování se službami agentur domácí péče převažuje nad počtem mužů. Z celkového zkoumaného vzorku, který čítal 71 osob (100%), bylo žen 45 (63,38%) a mužů 26 (36,62%). Vzhledem k tomu, že 50,7% zkoumaného vzorku je ve věku nad 76 let, potvrzuje se tímto index feminity (tj. počet žen na 1 000 mužů), který se zvyšuje ve vyšších věkových skupinách. Ve věkové skupině od 76 do 100 let je index feminity 1 823 **(32)**.

Nejpočetnější věkovou skupinou, které byly poskytovány služby domácí péče byla skupina klientů ve věku od 76 do 100 let. Tvořilo ji 36 klientů, což je 50,7% zkoumaného vzorku. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili klienti od 51 do 75 let, kterých bylo 31 (43,7%). Věkovou skupinu od 26 do 50 let tvořili 4 klienti (5,6%). Porovnáme-li tuto skupinu se dvěma výše uvedeným věkovými skupinami, je patrný výrazný rozdíl. Služby agentur domácí péče využívají hlavně občané vyšších věkových

kategorií. Důvodem je většinou snížená pohyblivost a soběstačnost klienta, jeho nepříznivý zdravotní stav (hlavně u malignit) a v některých případech i absence, neschopnost nebo neochota rodinných příslušníků postarat se o svého blízkého. Ve věkové skupině od 0 do 25 let nebyl žádný klient, tzn. 0 (0%).

Pojištěnce Všeobecné pojišťovny představuje v ČR téměř 70% lidí. Tento fakt se také odráží ve výsledku u zkoumaného vzorku klientů agentur domácí péče. Z celkového množství 71 osob (100%) bylo klienty VZP 60 osob (84,5%), klienty Vojenské zdravotní pojišťovny představovalo 5 osob (7,0%), 4 osoby byly klienty České národní zdravotní pojišťovny a 2 osoby (2,8%) klienty Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra. Je pochopitelné, že zde chybí klientela zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Většina klientů agentur domácí péče je v postproduktivním věku.

Každý pacient má ve zdravotnické dokumentaci a následně i v dokumentaci agentury domácí péče uvedenu jednu diagnózu jako hlavní a pokud má více chorob, jsou uvedeny jako tzv. diagnózy vedlejší. Jako diagnóza hlavní je označeno onemocnění, které bylo důvodem k hospitalizaci. Vzhledem k tomu, že věkový průměr souboru je 72,5 let, vyskytuje se zde, jak již bylo výše uvedeno polymorbidita, která je poměrně častým jevem ve stáří. A nelze než souhlasit s Pacovským (32), že počet diagnóz roste s věkem. Základním informačním pramenem je Zdravotnická ročenka, kterou každoročně připravuje a vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky (50).

V případě hlavních diagnóz dominují nemoci oběhové soustavy kdy z celkového souboru 71 (100%) je jich 20 (28,2%), přičemž nejvyšší podíl je cévních mozkových příhod. Z celkového souboru 71 (100%) jich je 13 (18,3%), dále následují

ischemické choroby srdce, kterých je 5 (7,0%) a nakonec arteriální hypertenze 1 (1,4%) a lymfedém 1 (1,4%). Druhou největší skupinu hlavních diagnóz jsou poranění. Z celkového souboru 71 (100%) je jich 18 (25,4%). Většinu z nich tvoří zlomeniny, které vznikají nejčastěji jako důsledek pádů, které jsou u starších lidí výrazem porušené posturální kontroly i kontroly rovnováhy. Nejčastějším typem poranění jsou zlomeniny dolních končetin. Z celkového souboru 71 (100%) jich je 14 (19,7%), přičemž zlomenin stehenní kosti bylo 13 a pouze v 1 případě se jednalo o zlomeninu hlezna. Zlomeniny jsou častější u osob starších, u nichž je přítomna osteoporóza z nedostatečného přísunu vápníku v potravě a nedostatku pohybu. Jde hlavně o osoby, které jsou starší 70 let. Ženy v počtu zlomenin převažují, jelikož je u nich osteoporóza častější než u mužů, a to v důsledku menopauzy, kdy úbytek estrogenů přispívá k odbourávání kostní hmoty. Výzkum jen potvrzuje údaje uvedené Kalvachem, Benešovou a Grivnou (11).

Polytrauma bylo příčinou hospitalizace ve 2 případech (2,8%) a zlomeniny horních končetin představují 1 případ (1,4%). Třetí nejpočetnější skupinou hlavních diagnóz jsou nemoci endokrinní a metabolické, v užším vízu diabetes mellitus závislý na inzulinu. Z celkového souboru 71 (100%) je jich 12 (16,9%). Jedná se o případy, kdy došlo k dekompenzaci diabetu a z tohoto důvodu musel být nemocný přijat k hospitalizaci. Celkový počet nemocných s diabetem (tzn. včetně vedlejších diagnóz je 35 (49,2%). K nemocím endokrinologickým a metabolickým, které se v souboru vyskytují dále řadíme poruchy funkce štítné žlázy a poruchy metabolismu tuků. Jejich přesné počty není nutné uvádět, jelikož se jedná o diagnózy vedlejší. Do čtvrté nejčetnější skupiny hlavních diagnóz patří nádorová onemocnění – novotvary. Vyskytují se zde pouze jako hlavní diagnózy. Jejich celkové množství je 8, což je 11,3% z celkového souboru 71 (100%). Z 8 onemocnění novotvary jsou 3 nádorová

onemocnění plic (3 muži), 2 nádory tlustého střeva (1 žena, 1 muž), 1 nádor rekta (žena), 1 novotvar mozku (žena) a 1 novotvar prostaty. Nemoci dýchací soustavy představují v počtu hlavních diagnóz až páté místo, které čítá 4 onemocnění, tj. 5,6% z celkového počtu 71 hlavních diagnóz. Pneumonie byly příčinou hospitalizace ve 2 případech, chronická obstrukční plicní nemoc v 1 a bronchiální astma také v 1 případě. Šesté místo představují mezi hlavními diagnózami nemoci trávicí soustavy. Jedná se celkem o 3 onemocnění, což je 4,2% z celkového počtu základních diagnóz. Jsou to ve dvou případech žaludeční a duodenální vředy a v jednom případě chronický zánět žaludku. Sedmé místo mezi hlavními diagnózami patří hned dvěma skupinám diagnóz. Do první skupiny patří nemoci kůže a podkožního vaziva čítající 1 onemocnění bérčovým vředem, tj. 1,4% z celkového počtu hlavních diagnóz, druhou skupinu tvoří nemoci nervové soustavy čítající 1 onemocnění Alzheimerovou chorobou. Do zcela zvláštní skupiny jsou zařazeny příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde, které zahrnují 4 onemocnění (5,6%) z celkového množství hlavních diagnóz. Jsou to ve 2 případech závratě, v 1 ileus a v 1 gangréna nohy. Mezi vedlejší diagnózy zkoumaného souboru patří nemoci oběhové soustavy (79), nemoci endokrinní a metabolické (48), nemoci nervové soustavy (14), nemoci močové a pohlavní soustavy (13), nemoci trávicí soustavy (9), nemoci krve a imunity (9), nemoci duševní (8), nemoci kůže a podkožního vaziva (8), nemoci dýchací soustavy (7), nemoci svalové a kosterní soustavy (7) a nemoci oka (3)(16).

Z celkového počtu zkoumaného souboru 71 (100%) klientů agentur domácí péče bylo do domácí péče propuštěno 22 (31%) pacientů léčebny pro dlouhodobě nemocné. Jejich věkový průměr činil 72,7 let. Z interního oddělení bylo propuštěno do služeb domácí péče 20 (28,2%) pacientů o věkovém průměru 73,0 let, z chirurgického oddělení 16 (22,5%) pacientů s věkovým průměrem 75,0 let, z neurologického oddělení

12 (16,9%) pacientů s věkovým průměrem 68,5 roku a z urologického oddělení 1 (1,4%) pacient ve věku 60 let.

Z výše uvedených údajů je patrné, že mezi věkovým průměrem pacientů z léčebny dlouhodobě nemocných, interního oddělení a oddělení chirurgie není patrný velký rozdíl. Věkový průměr pacientů z neurologického oddělení je mírně nižší. Pacienti tohoto oddělení jsou ve valné většině po cévních mozkových příhodách, kdy je jim indikována intenzivní odborná rehabilitace a dále pacienti s onemocněními, které vyžadují dle indikace lékaře injekční formu podání léků. Proto, i když jejich věkový průměr je o něco nižší než u výše uvedených oddělení, vyžadují tito lidé služby domácí péče, a to hlavně z důvodu poskytování odborné péče.

Při porovnání typů výkonů mezi sebou vyplynulo jednoznačně, že z celkového počtu 324 (100%) výkonů bylo provedeno 255 zdravotních výkonů, což je 78,7% z celkového počtu provedených výkonů. Sociální výkony byly provedeny v 69 případech, což představuje pouze 21,3% z celkového množství provedených výkonů, tj. přibližně jedna pětina výkonů. Rozsah zdravotních výkonů se odvíjí od zdravotního stavu klienta a určuje jej ošetřující lékař. Rozsah sociálních výkonů určuje sociální diagnóza klienta, který si službu sjednává s poskytovatelem sociálních služeb. Při propouštění pacienta do domácího ošetřování je přirozené, že zdravotní výkony budou převažovat nad výkony pečovatelskými. Následně pak záleží na povaze onemocnění pacienta, který se stal klientem agentury domácí péče. Hlavně u klientů, kteří jsou domů propouštěni s indikací výkonů paliativní péče dochází ke zvyšování nároků na služby domácí zdravotní péče.

Z celkového počtu provedených výkonů zdravotní péče 255 (100%) bylo provedeno nejvíce měření fyziologických funkcí, a to ve 33 případech (12,9%). Sledování fyziologických funkcí klienta je souhrnný název zdravotního výkonu,

uvedeného v metodice autorské odbornosti pro aplikaci výkonů odbornosti 925 – domácí zdravotní péče. Z podrobnější analýzy dokumentů bylo zjištěno, že pod souhrnným názvem měření fyziologických funkcí je zařazeno měření krevního tlaku. U geriatrických pacientů je vysoký krevní tlak často doprovodným jevem jiných onemocnění, jako například diabetu, renální insuficience (nedostatečnosti), chronické obstrukční plicní nemoci, onemocnění tepen atd. Včasné zachycení změn krevního tlaku je tak důležité proto, že může být jedním z prvních ukazatelů zhoršení zdravotního stavu klienta (36).

Druhou největší skupinu indikovaných zdravotních výkonů tvoří procvičování velkých kloubů 32 (12,5%). Cíleně vedená rehabilitační péče je nezbytná u klientů po frakturách krčku stehenní kosti, pacientů po cévních mozkových příhodách a také u nemocí svalové a kosterní soustavy, které jsou u seniorů zastoupeny ve velké míře (polyartritidy apod.). Dohled nad dietním a pitným režimem bylo vykonáváno u 23 klientů, což je 9% z celkového počtu zdravotních výkonů. Dohled nad dietním režimem se týká nejen klientů s onemocněním diabetem, zažívacím ústrojím a poruchami metabolismu tuků, ale je také důležitý u některých seniorů, kteří mají poruchy výživy, které označujeme jako malnutrice. Zadák (11) uvádí, že malnutrice vzniká ve stáří častěji a podílejí se na ní i vlivy jako polymorbidita, užívání četných léků, ztráta chrupu, slizniční onemocnění dutiny ústní, involuční změny, málo pohybu, sociální izolace, psychická deprese, nedostatečná stimulace a pomoc okolí a také ekonomické potíže. Dohled je nutný také nad pitným režimem, jelikož ve stáří je časté snížení pocitu žízně. Projevem dehydratace jsou pak suché sliznice a snížený turgor kůže. Následky pak mohou být fatální. Nácvik chůze s berlemi u 19 klientů (7,5%) a nácvik chůze v chodítku u 11 klientů (4,3%) jsou součástí rehabilitace, jejíž pozitiva jsou již popsána výše. Výkony osobní hygieny a ošetřování případných opruzenin patří také k výkonům

zdravotní péče, které indikuje lékař a tyto výkony jsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění. Mohou je vykonávat nejen zdravotní sestry, ale i ošetřovatelky nebo pomocný zdravotní personál. Ošetřováním ran 15 (5,9%) je myšleno ošetřování operačních ran, a to jak primárně se hojících (tzn. bez komplikací), tak ran, u kterých došlo z nějakého důvodu ke komplikacím. Mezi kožní defekty byly v rámci tohoto výzkumu řazeny kožní defekty mimo bércových vředů, které jsou uváděny samostatně. Plně souhlasím s Topinkovou (36), že prevence proleženin musí být samozřejmostí u osob, které jsou starší 70 let a jsou obtížně pohyblivé nebo zcela nepohyblivé. Jsem ale přesvědčená, že stejnou míru prevence si zaslouží i mnohem mladší pacienti, kteří jsou z různých důvodů omezeni v pohybu. Na vzniku dekubitu se podílejí místní i celkové příčiny. U těchto osob však nestačí pouze ošetřování agentury domácí péče samotné, ale je zde nutná při péči maximální spoluúčast rodiny. Pokud ale rodina jako pečovatel nefunguje, může takový pacient zůstat v domácím ošetřování pouze v případě, že má k dispozici osobního asistenta, který v poskytování péče není časově omezen. Aplikace inzulínu byla z celkového počtu 255 (100%) zdravotních výkonů prováděna ve 14 případech (5,5%). Sestry domácí péče prováděly aplikaci inzulínu v případech, kdy toho klient sám nebyl schopen. Zároveň však během aplikace poskytovaly edukaci tak, aby byl klient sám nebo jeho rodina schopni inzulín samostatně aplikovat. Vyskytly se případy, kdy aplikaci zvládl dříve některý z členů rodiny, a tak nebyla o víkendu nutná návštěva sestry domácí péče, ovšem jen za předpokladu, že jiný typ domácí zdravotní péče nebyl indikován. Odběry krve byly prováděny ve 12 případech (4,7%). Jednalo se především o odběry krve na srážlivost, která se provádí při léčbě perorálního preparátu Warfarin (poldačuje srážení krve a snižuje tak riziko tvorby krevních sraženin) a o odběry krve na glykémii (kontrola hladiny glukózy v krvi) u diabetiků. Péče o proleženiny (dekubity) byla agenturou vykonávána u 9 (3,5%) ze 71 propuštěných pacientů. Topinková a

Neuwirth (36) uvádějí, že téměř dvě třetiny dekubitů vzniknou během prvních dvou týdnů hospitalizace. Vzhledem k dlouholeté praxi ve zdravotnictví si dovoluji tvrdit, že dekubity mohou vznikat i v mnohem kratší době. Příčinou mohou být například horečnatá onemocnění nebo malnutrice, která vznikla již před přijetím pacienta do ústavního ošetřování. Je-li poškozena celistvost kůže, hrozí riziko infekce dekubitálního vředu a následně může dojít k celkové sepsi. K propouštění pacientů s dekubity z ústavního do domácího ošetřování dochází zřídka, a to pouze v případech, kdy o to pacient nebo jeho rodina výslovně žádají. Personál lůžkových oddělení nemocnice má tendenci ponechat pacienta na oddělení do vyhojení dekubitu právě z obavy komplikací v podobě infekce dekubitu pokud bude pacient propuštěn do domácího ošetřování. S tímto postojem nesouhlasím, protože domácí péče je dnes již na takové úrovni, že velice dobře zvládne jak odbornými výkony tak materiálním zabezpečením (kromě obvazového materiálu – tzv. vlhkého hojení má k dispozici pasivní i aktivní matrace se vzduchovými pulzátory) péči o klienta s dekubity. Naopak, je tu ještě něco navíc. Je to domácí prostředí a přítomnost členů rodiny či jiných blízkých, kteří dávají pocit duševní a duchovní pohody. Tyto faktory mají na uzdravování nemocných velký podíl. U 7 pacientů (2,7%) bylo nutné při propuštění ponechání permanentního katetru. Zdravotní sestry domácí péče pracují v součinnosti s praktickými lékaři, kteří spolu s dalšími odborníky (v tomto případě urology) rozhodnou o odstranění, či ponechání katetru. Pokud je katetr ponechán, je klient pravidelně kontrolován a katetr je mu vyměňován na urologické ambulanci. U žen je možné katetr vyměnit zdravotní sestrou domácí péče. Z výčtu uvedených výkonů je však patrné, že cévkování nebylo žádnou z agentur domácí péče po dobu výzkumu provedeno. Výkon aplikace injekcí byl z celkového počtu 255 (100%) zdravotních výkonů proveden v 6 (2,4%) případech. Jednalo se hlavně o injekce analgetik a injekce s podobným účinkem jako preparát Warfarin. Ve stejném počtu

případů byly provedeny výkony spojené s péčí o stomie. V pěti případech se jednalo o kolostomie (vyústění tlustého střeva), v jednom o gastrostomii, která má funkci výživnou. Úloha sester domácí péče spočívala jak v samotné péči o stomie, tak v edukaci klienta i jeho blízkých. V 6 případech (2,4%) byly aplikovány masti, a to ve spojitosti s bércovými vředy, které byly ošetřovány ve 4 případech (1,6%) nebo jinými defekty. Přikládání inkontinentních pomůcek představovalo 5 případů (2,0%). Také v těchto případech jsou edukováni příbuzní klienta. Odběry biologického materiálu představovaly 2 výkony (0,8%). Jsou jimi označovány např. odběry moče, stolice nebo stěry z ran atp. Infúzní roztoky byly aplikovány pouze v 1 případě (0,4%). Aplikace klyzmatu nebyla provedena.

Výkony domácí zdravotní péče jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, se kterými vytvářejí agentury domácí péče smluvní vztah. V závěru roku 2007 měla jedna z výše uvedených agentur domácí péče českolipska problém s úhradami domácí péče u klientů Všeobecné zdravotní pojišťovny. Územní pracoviště VZP v České Lípě odmítlo z důvodu překročení nasmlouvaného finančního limitu úhradu dalších výkonů u svých klientů. Agentura domácí péče poté nechtěla přijímat klienty VZP a těmto klientům musely být zajišťovány služby domácí péče jinými agenturami. K této situaci by nemělo docházet, pojišťovny by neměly činnost agentur domácí péče tlumit nesmyslnými a nekoncepčními kroky, jako jsou regulace a limity. Nedohody ohledně úhradových mechanismů v oblasti domácí péče jsou ožehavou otázkou již od samého počátku existence agentur domácí péče.

Sociální služby byly provedeny v celkovém množství 69 výkonů, což je 21,3 % z celkového počtu výkonů (zdravotních i sociálních). Koupání klienta a mytí hlavy bylo provedeno v 15 případech, tj. 21,7% z celkového počtu poskytovaných sociálních služeb. Z vyplněných dotazníků je patrné, že koupel i mytí hlavy byly klientům

postytovány jednou týdně. Služba pomoci při oblékání byla provedena v 7 případech (10,1%) z celkového počtu sociálních služeb. Úprava lůžka byla prováděna ve stejném počtu případů jako pomoc při oblékání, tj. v 7 případech. Manikúra byla poskytnuta v 5 případech (7,2%). Ve stejném počtu byla poskytnuta služba ohřátí a podání stravy. Pedikúra byla klientům poskytnuta ve 4 případech (5,8%). Služby domácí sociální péče byly dále využity ve 3 případech (4,3%) jako služby osobní asistence, drobná pomoc v domácnosti ve 2 (2,9%) případech. Doprovod k lékaři a na vyšetření bylo využito také ve 2 případech, v témž počtu případů donáška drobných nákupů. Pouze v 1 případě (1,4%) bylo využito služeb sociální péče k obstarání a donáše receptů a v 1 případě k vyzvednutí a donáše léků. Služba dodání inkontinentních pomůcek nebyla využita.

Výzkumy VÚPSV (Výzkumný ústav práce a sociálních věcí) ukázaly, že osoby starší 60 let dávají jednoznačně přednost poskytování pečovatelských služeb ve vlastním bytě za pomoci rodiny či sociální služby **(1)**.

Výše uvedené skutečnosti však jen potvrzují názor Kozlové **(14)**, že celodenní intenzivní péče není pečovatelskou službou zabezpečována v dostatečném rozsahu. Bylo tomu tak před přijetím zákona o sociálních službách, a je tomu bohužel i dnes **(24)**. Pečovatelské služby jsou klientům agentur komplexní domácí péče poskytovány za přímou úhradu z příspěvku na péči. Ten by měl sloužit k tomu, aby si mohl potřebný jedinec pečovatelské služby „koupit.“ Poskytovateli pečovatelských služeb mohou být i rodinní příslušníci a také jim by patřil poplatek z příspěvku na péči. V praxi se ale brzy po přijetí zákona o sociálních službách ukázalo, že příspěvek na péči je zneužíván buď samotnými příjemci příspěvku, nebo jejich příbuznými, kteří se k poskytování pečovatelských služeb zavázali. Tuto skutečnost kritizuje i Misconiová, prezidentka Asociace domácí péče ČR **(8)**. Pečovatelské služby nebyly agenturami domácí péče poskytovány v dostatečné míře právě proto, že nebyly klientem od agentur kupovány. Z

celkového množství zkoumaného vzorku 71 (100%) klientů byl přiznán příspěvek na péči 55 klientům (77,5%), bez příspěvku na péči bylo 16 klientů (22,5%). Sociální služby byly poskytnuty 21 klientům (100%), z toho 19 klientům (90,5%) byly hrazeny sociální služby z příspěvku na péči a u 2 (9,5%) klientů, kteří v té době měli o příspěvek na péči podánu žádost, ale ještě jim nebyl přiznán, byly sociální služby hrazeny přímou platbou. Sdílím názor Matouška (26), že úhradu za sociální služby by měl z větší části pokrýt příspěvek na péči. Zákon stanoví, jaké služby se poskytují bez úhrady a jaké za úhradu. Maximální výše úhrady je limitována vyhláškou č. 505/2006 Sb. (42). Je to prováděcí předpis, který by měl zabránit finančnímu zneužití provozování sociálních služeb. Omezuje výši úhrad především proto, že sociální služba je službou veřejnosti a nelze ji využívat jako komerční činnost orientovanou na zisk.

O víkendech byly zajišťovány pouze výkony zdravotní péče. Služby domácí sociální péče jsou poskytovány jen v pracovních dnech, kdy má každá agentura domácí péče pevně stanovenou dobu poskytování těchto služeb. Proto nebylo poskytování sociálních služeb o víkendech hodnoceno.

Z celkového množství klientů (zkoumaného vzorku) 71 (100%) byly o víkendech poskytovány služby domácí zdravotní péče 22 klientům (31%). Aplikace injekcí byla poskytnuta ve 4 případech (18,2%), aplikace inzulínu v 11 případech (50%), dohled nad dietním a pitným režimem byl zajištěn v 10 případech (45,5%), ošetřování ran a kožních defektů bylo provedeno v 5 případech (22,7%), péče o stomie ve 2 případech (9,1%), péče o katetry ve 3 případech (13,6%), dechová cvičení v 1 případě (4,6%), osobní hygiena ve 2 případech (9,1%), péče o dekubity ve 3 případech (13,6%), ošetřování bércových vředů v 1 případě (4,6%), aplikace infúzních roztoků v 1 případě (4,6%), nácvik chůze v 1 případě (4,6%) a prevence proleženin v 1 případě (4,6%).

Ve sledovaném období (9 měsíců) dosáhl počet všech zdravotních výkonů vykonaných v pracovní dny počtu 2696 a o víkendech 266 výkonů. Z toho vychází zjištění, že v pracovní den/víkend je poměr 539/133 výkonů, zaokrouhleně 4/1. Zobecněno: na 1 provedený výkon o víkendu připadají 4 provedené výkony v pracovní den. Tím byla potvrzena hypotéza č. 1, která předpokládala, že služby domácí péče nejsou o víkendech prováděny v potřebné míře. Je zřejmé, že snižování služeb o víkendech není v dikci klienta. Služby jsou omezovány některými agenturami domácí péče. Například nejsou prováděny rehabilitační výkony a dále výkony, které nejsou na odborné úrovni a je schopna je poskytnout sama rodina klienta. O víkendech zabezpečuje odbornou péči u všech klientů jedné z českolipských agentur pouze jedna zdravotní sestra. Její péče o pacienty nesmí přesáhnout 12 hodin.

I když princip subsidiarity, kdy pacient spolu se svou rodinou vstupuje v kontextu domácí péče jako aktivní participant v oblasti sebepéče a vzájemné péče a pomoci, je nutné, aby byla tato péče přiměřená schopnostem a možnostem těchto participantů. O víkendech není v dostatečné míře zajištěna ošetrovatelská zdravotní péče. Jednou zdravotní sestrou jsou poskytovány jen nejnutnější výkony, rehabilitace, která tvoří největší indikovanou skupinu zdravotních výkonů se neprovádí vůbec. Řešení problému vidím ve skutečně fungujících kontrolních mechanismech. Vnitřní systém kontroly zde není na místě. Musí zde fungovat vnější systémem kontroly, tj. revizním lékařem zdravotní pojišťovny, ošetřujícím lékařem klienta a zdravotním radou. Jako účinný vidím i kontinuální monitoring orientovaný na spokojenost klienta (objektivní i subjektivní vyjádření klienta a jeho rodiny) a také na spokojenost členů týmu. důležitý je ale i klientem a jeho blízkými.

Z cílové skupiny, kterou tvořilo 71 osob (100%) byla agenturami domácí péče doporučena po 14 dnech po propuštění z ústavního ošetřování další péče 55 (77,5%) klientům, praktickým lékařem byla další péče indikována u 39 klientů agentur (55%). Údaje si můžeme ukázat i v počtu typů výkonů. Při propuštění pacientů ošetřujícími lékaři lůžkových oddělení bylo indikováno 324 (100%) typů výkonů (zdravotních i sociálních). Po 14 dnech poskytování služeb domácí péče bylo doporučeno agenturami domácí péče pokračovat v poskytování služeb u 198 (61,1%) typů výkonů, praktickými lékaři však bylo indikováno 134 (41,4%) typů výkonů.

Z výše uvedených údajů je zřejmé, že hypotéza č.2 byla potvrzena. Ještě stále jsou mezi praktickými lékaři tací, kteří se cítí být agenturami domácí péče ohroženi. Souhlasím s Misconiovou (17), že mnozí ošetřující lékaři se patrně domnívají, že zvýšili indukci domácí zdravotní péče, budou proti nim uplatňována regulační opatření ze strany zdravotních pojišťoven, která je přinutí k opětovnému snížení indukce domácí zdravotní péče klientům. Tyto obavy jsou ale neopodstatněné. Problémy se zdravotními pojišťovnami mohou nastat pouze v případech, kdy je domácí zdravotní péče indikována klientům neúčelně. Jednalo by se o indikační a diagnostické skupiny klientů, u nichž může být obdobný výkon proveden v rámci návštěvní služby praktického lékaře nebo jím zaměstnané sestry v rámci odbornosti 911. Někteří praktičtí lékaři mají zase strach, že jim agentury domácí péče ubírají peníze. Vidí v domácí péči konkurenci která jim svou činností ubírá výkony. Praktici v těchto případech dávají své antipatie zástupcům agentur také patřičně najevo. Opět se jedná o nedostatečné informace, protože domácí péče není hražena ze zdrojů segmentu praktiků. Přestože spolupráce mezi praktickými lékaři a agenturami domácí péče není ideální, přeci jen dochází k postupnému zlepšování. Zatím co v roce 2003 spolupracovalo s agenturami domácí péče pouze 51% praktických lékařů, dnes je to již 68% (48).

Řešení tohoto problému spočívá v dostatečné informovanosti praktických lékařů o systému domácí péče a o jejím financování zdravotními pojišťovnami. Ideální by byla situace, kdy by nemocnice pořádala společné semináře pro praktické lékaře a poskytovala domácí péče.

6. Závěr

Komplexní domácí péče je koncepčně zakotvená moderní forma zdravotní a sociální péče, která je v České republice poskytována od března roku 1990. Je zaměřena na pacienty u nichž není nutný pobyt v nemocnici a současně nestačí laická domácí péče. V případech, kde je to možné, se péče o nemocné přesouvá do jejich domova, kde se nemocný může uzdravovat snadněji, neboť je ve svém přirozeném prostředí a odpadají rizika spojená s hospitalizací. Od vzniku prvních agentur domácí péče uběhlo již 17 let. Kvalita komplexní domácí péče je ovlivňována základními principy, které je nutno při poskytování péče respektovat, aby byla zachována filozofie domácí péče. Mezi tyto principy patří komplexnost, humanizace zdravotní péče, chápání člověka ve vztahu s prostředím, orientace na občana (nemocného, ale i zdravého), podpora obnovy zdraví občanů, respektování základních lidských práv, efektivní využití finančních prostředků určených na zdravotní a sociální služby.

V českolipském regionu využívají po propuštění z ústavního ošetřování služby domácí péče dvě skupiny pacientů. První skupinu tvoří pacienti, u nichž je předpoklad, že doléčení a rekonvalescence může probíhat v domácím prostředí, druhou skupinu pak pacienti, kteří jsou chronicky nemocní a vyžadují dlouhodobou péči, která však nemusí být péčí ústavní. Výhodou domácí péče je přítomnost rodinných příslušníků a vlastní sociální prostředí, ve kterém se nemocný cítí lépe, zlepšuje se i jeho psychický stav a tím dochází k rychlejší úzdavě. Vlastní domácí prostředí také vylučuje riziko vzniku nozokomiálních nákaz.

Služby agentur domácí péče jsou občanům českolipského regionu poskytovány již od roku 1993. Během čtrnácti let, které od té doby uplynuly, původní agentury zanikly a jejich činnost nahradily agentury působící až do současné doby.

Výzkum byl proveden za účelem zjištění rozsahu, kvality a další návaznosti domácí péče u pacientů v českolipském regionu, kteří jsou propouštěni z ústavního ošetřování a najdou-li se slabá místa systému, navrhnout optimální řešení problému. Analýza výsledků výzkumu a návrhy na řešení problémů jsou obsaženy v praktické části diplomové práce. Domnívám se, že cíl diplomové práce byl splněn. Hypotéza č.1, která předpokládala, že služby domácí péče nejsou o víkendech prováděny v potřebné míře, byla potvrzena. Byla potvrzena také hypotéza č. 2, která předpokládala, že návaznost domácí péče po propuštění z ústavního ošetřování není praktickým lékařem všem potřebným klientům řádně indikována.

Česká populace výrazně stárne. To přinese po roce 2010 značné nároky na penzijní systémy i na organizaci a financování zdravotnických a sociálních služeb. Zdravotní a sociální problémy starých lidí jsou neoddělitelné – vzájemně se prolínají. Z tohoto důvodu musí v budoucnu fungovat nová strategie péče o seniory. Ta zahrnuje mimo jiné i deinstitutionalizaci, tzn. že péče o staré lidi nemá být realizována na lůžku v institucích (ať již zdravotních nebo sociálních). Je proto třeba rozvinout domácí a komunitní formy péče, posilovat participační roli samotných pacientů a v neposlední řadě podpořit starající se rodiny, které mají na péči o seniora skutečný zájem a nezneužívají finanční prostředky, které jsou poskytovány potřebnému k zajištění sociálních služeb.

Domácí péče se stala symbolem lidské vzájemnosti, profesionality, lásky a pomoci a představuje i symbol návratu naší společnosti k tradicím našich předků. Je tedy žádoucí, aby si komplexní domácí péče v ČR získávala vysokou společenskou a profesionální prestiž. Výsledky mé práce by mohly být inspirací ke zvýšení kvality domácí péče stávajícím i nově vznikajícím agenturám domácí péče.

7. Seznam použitých zdrojů

1. *Bílá kniha o sociálních službách* [online]. c2003 [cit.2008-03-28]. <http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf >
2. *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra : adresář agentur domácí péče*. Praha : Národní centrum domácí péče České republiky, 1998. 41 s.
3. *Domácí sociální a zdravotní péče Mimoň, o.p.s.* [online]. c2004 [cit.2008-03-28]. <<http://www.domacipecemimon.cz/>>
4. GABRIEL, Josef. Domácí hospicová péče : odborná pomoc v mezní situaci. *Zdravotnické noviny*. 2003, roč. 52, č. 13, s. X-XII.
5. HAJŠMANOVÁ, Bohumila. *Co je to domácí péče?* [online]. 17.12.2006 [cit.2007-07-]. <<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=91>>
6. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví : východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno : NCO NZO, 2005. 186 s.
7. HOLEKSOVÁ , Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí : praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. 91 s.
8. HRABĚ, Jiří. Marie Rottrová : Věřím na lásku. *Elánplus*. 2007, roč. II, č. 3, s. 6-9. Dostupný z WWW:<http://elanplus.cz/elanplus/index.php?id_issue=40&articleID=819>.
9. CHYBOVÁ, Marta. Komplexní domácí péče. *Kontakt*. 2003, roč. 5, č. 3, s. 185-188.
10. *Informace, kontakty a sociálně zdravotní služby pro seniory*. Praha : Městské centrum sociálních služeb a prevence, 2005. 129 s.

11. KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 861 s.
12. KLEVETOVÁ, Dana. Důstojný konec života v domácím prostředí. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 10, s. 26.
13. *Komplexní domácí péče Naděje* [online]. c2004 [cit.2008-03-28]. <<http://www.kdpnadeje.cz/index.php>>
14. KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. 79 s.
15. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby : Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 184 s.
16. *Mezinárodní klasifikace nemocí : abecední seznam*. 1. vyd. Praha : Grada, 1999. 741 s.
17. MISCONIOVÁ, Blanka. Česká domácí péče včera, dnes, zítra. *Časopis lékařů českých*. 2003, roč. 142, č. 12, s. 755-761.
18. MISCONIOVÁ, Blanka. Dobře organizovaná domácí péče přináší pacientům nejen rychlejší uzdravení, ale také snižuje náklady. *Zdravotnické noviny*. 2000, roč. 49, č. 13, s. 6. Příloha Zdravotně sociální péče.
19. MISCONIOVÁ, Blanka. *Domácí péče – otázky a odpovědi* [online]. 15.3.2007 [cit.2007-01-05]. <<http://www.pecujici.cz/prirucky.shtml?x=145236>>
20. MISCONIOVÁ, Blanka. Domácí péče je domácí hospitalizací klienta. *Informace pro lékařské praxe*. 2004, č. 4, s. 3-11.
21. MISCONIOVÁ, Blanka. Domácí péče vyžaduje týmovou spolupráci. *Zdravotnické noviny*. 1999, roč. 48, č. 23, s. 13.
22. MISCONIOVÁ, Blanka, PRŮŠA, Ladislav, VOSTROVSKÁ, Helena. *Integrovaná domácí sociálně zdravotní péče*. Praha : Výzkumný ústav

práce a sociálních věcí, 2003. 20, i-vi s.

23. MISCONIOVÁ, Blanka. *Komplexní domácí péče '94*. Praha : Asociace domácí péče - Národní centrum domácí péče, [1994]. 95 s.
24. MISCONIOVÁ, Blanka. Koncepce moderní domácí péče v České republice. In *Rok 2000 přelom v ošetrovatelství? : 6. Královéhradecké ošetrovatelské dny*. Hradec Králové : Nucleus HK, 2000. s. 9-11.
25. MISCONIOVÁ, Blanka. Koncepce oboru domácí péče Asociace domácí péče České republiky. *Zdravotnické noviny*. 2001, roč. 50, č. 6, s. XII-XV. Příloha Zdravotně sociální péče.
26. MISCONIOVÁ, Blanka. *Nejčastější otázky spojené s poskytováním domácí péče*. 1. vyd. Praha : Národní centrum domácí péče - Asociace domácí péče, 1999. 15 s.
27. MISCONIOVÁ, Blanka. *Průvodce primární péčí* [online]. 26.1.2004 [cit.2008-03-28]. <<http://www.domaci-pece.info/pruvodce-primarni-peci-bc-blanka-misconiova>>
28. MISCONIOVÁ, Blanka. Příručka pro sestry v ADP: Minimální materiální, věcné, technické a personální požadavky na vybavení zdravotnických zařízení typu domácí zdravotní péče. *Sestra*. 1999, roč. 9, č. 1, s. 10-12. Příloha Ambulantní sestra.
29. MISCONIOVÁ, Blanka. *Role dobrovolníků v komplexní domácí péči*. [s.l.] : [s.n.], [2001]. Leták.
30. MUSIL, Libor. Jak překonat nesnáze při zavádění Standardů kvality v Domech na půl cesty a v Pečovatelství : Doporučení z výzkumu a odborných seminářů - část II. *Sociální práce*. 2004, č. 2, s. 31-46.
31. *Nejčastější otázky a odpovědi* [online]. c2006 [cit.2007-07-19]. <<http://www.domaci-pece.info/nejcastejsi-otazky-a-odpovedi>>
32. PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1. vyd. Praha : Avicenum,

1990. 135 s.

33. SKLENČKOVÁ, Milica. Domácí hospicová péče. *Sestra*. 2000, roč. 10, s. 9-10. Příloha Komunitní péče.
34. *Sluníčko – agentura komplexní domácí péče*[online]. 1.5.2004 [cit.2008-03-28]. <<http://slunickokdp.euweb.cz//index.htm>>
35. ŠPINKOVÁ, Martina, ŠPINKA, Štěpán. *Standardy domácí paliativní péče : Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. 1. vyd. Praha : Cesta domů, 2004. 35 s.
36. TOPINKOVÁ, Eva, NEUWIRTH, Jiří. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha : Grada, 1995. 299 s.
37. TRČKOVÁ, Monika, ZVONÍČKOVÁ , Marie. Propouštění starých nemocných z akutních lůžek nemocnice do domácího ošetření. *Vita nostra revue*. 2000, roč. 9, č. 3, s. 51-60.
38. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory : Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 96 s.
39. Vyhláška č.182/1991 Sb. Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.
40. Vyhláška č. 134/1998 Sb. Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
41. Vyhláška č.72/2001 Sb. Ministerstva práce a sociálních věcí, kterou se mění vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů .

42. Vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
43. Zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení.
44. Zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.
45. Zákon č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.
46. Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách.
47. *Zdravotnická ročenka České republiky 2006*. 1.vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací, 2007. 264 s.

8. Klíčová slova

Služby

Ústavní ošetřování

Klient

Domácí péče

Návaznost

9. Přílohy

Formulář

- A Dotazník
- B Poukaz na vyšetření / ošetření DP
- C Dohoda o poskytování komplexní domácí péče
- D Realizace a plánování terapie, péče a pomoci
- E Zdravotní anamnéza klienta
- F Propagační materiál ADP Sluníčko