



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Domácí péče

Mgr. Martina Vedlichová

Gaudeamus 2013

Recenzovali:

Doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
PhDr. Mgr. Janka Bursová, PhD.
Mgr. Klára Krejčí

Publikace neprošla jazykovou úpravou.

Edice texty k sociální práci



Řada: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce – sv. 5

Studijní materiál vznikl za podpory projektu

Inovace studijních programů sociální politika a sociální práce na UHK s ohledem na potřeby trhu práce (CZ.1.07/2.2.00/28.0127), který je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

ISBN 978-80-7435-296-6

Obsah

1	Úvod	5
2	Zdravotní péče.....	7
2.1	Cíle a rozsah práce v domácí péči	7
2.2	Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče	8
2.3	Legislativní úprava domácí péče	11
2.4	Agentury domácí péče	11
2.4.1	Pracovníci agentur domácí péče	14
2.5	Výkon domácí zdravotní péče	17
2.5.1	Úvodní návštěva v klientově sociálním prostředí	18
2.5.2	Dokumentace vedená v domácí péči.....	18
2.5.3	Spolupráce s praktickými lékaři	21
2.5.4	Management informací v agenturách domácí péče.....	22
2.6	Hodnocení stavu pacienta a jeho prostředí	23
2.7	Specifika hospicové a paliativní péče	31
2.7.1	Definice paliativní péče	32
2.7.2	Náročnost hospicové péče	33
2.7.3	Komunikace s umírajícím člověkem	34
2.7.4	Časté mýty o umírání a paliativní péči	34
2.7.5	Formy hospicové péče	36
2.8	Domácí zdravotní péče – shrnutí	37
3	Sociální péče	38
3.1	Definice náležitostí a cílů sociálních služeb	39
3.2	Zásady systému sociálních služeb	40
3.3	Druhy sociálních služeb.....	41
3.4	Formy sociálních služeb	41
3.5	Základní činnosti při poskytování sociálních služeb	42
3.5.1	Příklady sociálních služeb - pečovatelská služba:	42
3.5.2	Příklady sociálních služeb - domovy pro seniory	44
3.6	Příspěvek na péči	45
3.6.1	Určení stupně závislosti	46
3.6.2	Výše příspěvku na péči	48
3.6.3	Řízení o příspěvku na péči.....	48
3.6.4	Kontrola využívání příspěvku na péči	49
3.7	Poskytovatelé sociálních služeb.....	50
3.8	Výkon sociálních služeb	51
3.8.1	Kvalifikace sociálních pracovníků.....	52

3.9	Financování sociálních služeb	53
4	Propojení zdravotní a sociální péče.....	54
5	Závěr - kazuistika	56
6	Literatura.....	59
7	Rejstřík.....	62

1 Úvod

Domácí péče je běžnou součástí českého prostředí od počátku 90. let. Od této doby se význam domácí péče v systému zdravotní i sociální péče stále zvyšuje. Narůstá počet agentur domácí péče a tím i počet ošetřovaných klientů. Vyučování teoretických principů domácí péče se tak stává nedílnou součástí studijních programů zdravotně a sociálně zaměřených oborů.

V základní definici je domácí péče označována za **moderní formu zdravotní a sociální péče, která je prováděna zdravotnickými profesionály ve vlastním sociálním prostředí klienta**. Cílem domácí péče je udržování a podpora zdraví klienta, rozvoj jeho soběstačnosti, zmírňování příznaků u chronicky nemocných klientů či zajištění adekvátní péče v terminálním stádiu života.

Domácí péče bývá nejčastěji předepisována klientům, kteří jsou po hospitalizaci a nebo klientům, jejichž rodiny se o ně již nedokážou postarat po zdravotní stránce, ale nepřejí si jejich umístěním v některém ze zařízení denní péče (domovy důchodců, léčebny dlouhodobě nemocných, hospice). Domácí péče je tedy alternativou k péči lůžkové.

Cílovou skupinou domácí péče mohou být osoby všech věkových skupin a různých zdravotních diagnóz. Domácí péče je určena všem, kterým může usnadnit rekonvalescenci a nebo zmírnit příznaky chronických stavů.

Domácí péče je poskytována jak soukromými, tak veřejnými agenturami domácí péče, které se specializují na její zdravotní a nebo sociální aspekt. Pro zajištění všech podob péče bývají často pracovní týmy těchto agentur víceoborové. Skládají se z lékařů, zdravotních sester, fyzioterapeutů, psychoterapeutů, sociálních pracovníků a dalších osob nezbytných pro zajištění komplexních pečovatelských služeb. O pacientech domácí péče nejčastěji hovoříme jako o klientech, což vystihuje jejich vztah k agenturám domácí péče.

Důležitým termínem v této problematice je „**komplexní domácí péče**“, což je pojem označující současné poskytování zdravotní i sociální péče, ve vlastním sociálním prostředí klienta. Nedílnou součástí této péče je také laická pomoc poskytovaná rodinnými příslušníky či jinými blízkými osobami.

„Komplexní domácí péče je formou integrované péče, která je jedním z funkčních prvků primární péče a jejíž filozofie vychází z principu pevné vazby a interakce lidské

bytosti se svým vlastním sociálním prostředím s důrazem na individuální vnímání kvality života lidské bytosti“ (Stanhope a Lancaster 2004, s. 134 a 964).

Dále v textu budeme rozlišovat mezi domácí zdravotní a domácí sociální péčí. Přesto, že jsou v praktické péči oba tyto aspekty zastoupeny naráz a někdy bývá obtížné mezi nimi rozlišovat, pro účely učebního textu a porozumění danému tématu provedeme výklad odděleně.

2 Zdravotní péče

Domácí zdravotní péče je legislativně zakotvená, moderní forma zdravotní péče poskytovaná v České republice od roku 1990. Je specifická prováděním zdravotních výkonů ve vlastním prostředí klientů a je často chápána jako alternativa k hospitalizaci. Její indikace probíhá na základě doporučení ošetřujícího lékaře a v takovém případě je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Klienty pro účely domácí péče jsou občané všech věkových kategorií, indikačních i diagnostických skupin, kteří jsou z důvodu změněného zdravotního stavu plně, či částečně odkázáni na odbornou péči a pomoc dalších osob.

2.1 Cíle a rozsah práce v domácí péči

Jak již bylo zmíněno, hlavním cílem domácí péče je zajištění maximálního rozsahu a dostupnosti péče, zajištění kvality a efektivity zdravotní péče pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Klientem, ve smyslu domácí péče, je každý občan, který je z důvodů změněného sociálního a zdravotního stavu plně či částečně odkázán na odbornou pomoc druhé osoby.

Domácí zdravotní péče je vysoce kvalifikovanou a odbornou formou péče, která díky svému rozsahu a kvalitě umožňuje zkrátit pobyty klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních na nezbytné minimum. Navíc vytváří vhodné podmínky pro praktické lékaře v rámci primární péče, kteří ve spolupráci s agenturami domácí péče mohou poskytovat širší rozsah potřebné zdravotní péče klientům, kteří by jinak byli hospitalizováni.

Nezbytnou náležitostí domácí zdravotní péče je princip subsidiarity, který předpokládá vlastní aktivní přístup klienta a jeho blízkých při řešení problémů a počítá i s jejich aktivní spoluprací při poskytování péče. Klient a jeho blízcí tak nejen spolurozhodují, ale také se spolupodílejí na poskytování péče.

V rámci domácí zdravotní péče je poskytována zejména péče preventivní, léčebná, ošetrovatelská, rehabilitační a psychoterapeutická. Typ poskytované péče vždy závisí na rozhodnutí ošetřujícího lékaře, v závislosti na aktuálním zdravotním stavu klienta.

Do domácí zdravotní péče můžeme zařadit tyto základní činnosti (Jarošová 2007, s. 65):

- **základní zdravotní péče** (prevence dekubitů, příjem tekutin a stravy, obklady),
- **odborná zdravotní péče** (sledování vitálních funkcí, odběr biologického materiálu, převazy, aplikace injekcí, RHB péče),
- **specializovaná zdravotní péče** (aplikace diagnostických přístrojů, podpůrná psychoterapie, spirituální péče, odborný monitoring u chronicky nemocných ...).

Z výše uvedeného vyplývají **hlavní výhody domácí péče** oproti ostatním formám zdravotní péče:

- **Ekonomická efektivnost** - domácí péče snižuje o třetinu až polovinu náklady na péči o klienta zkracováním doby hospitalizace i doby trvání zdravotních indikací. Dochází také k rychlejšímu návratu klienta do společnosti, případně pracovního procesu, čímž vznikají úspory systému sociálních dávek a dochází ke zvýšení ekonomické efektivity celkově.
- **Individualizovaná péče** - každý klient je jedinečná lidská bytost, která má svoje individuální potřeby. Agentury domácí péče přistupují ke klientům i jejich rodinám individuálně a reflektují jejich specifické požadavky.
- **Komplexnost** - domácí péče poskytuje soubor všech činností spojených s léčbou, ošetřováním, rehabilitací, psychickou a duševní podporou a opatrováním klienta. Tím dochází k praktické aplikaci celostního přístupu v medicíně (holistický přístup).

2.2 Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče

V této kapitole si podrobněji představíme faktory, které ovlivňují rozvoj domácí péče u nás. Mimo rozvoje nových technologií a poznatků v oblasti zdravotní i sociální péče se jedná především o ekonomický tlak, stárnutí populace a vzrůstající poptávku po domácí péči ze strany veřejnosti. Všechny tyto faktory vyvíjejí specifický tlak na společnost a tím i zdravotní a sociální systém. Ty se následně tomuto tlaku přizpůsobují a vzniká tak prostor pro rozvoj domácí péče i v oblastech, které dříve náležely výhradně zdravotnickým a sociálním zařízením.

A) Ekonomický tlak

Sílící tlak na ekonomickou efektivnost zdravotního systému můžeme zařadit mezi nejdůležitější faktory v současné společnosti. Jeho následkem je rostoucí využívání domácí péče i v dříve opomíjených oblastech.

S ohledem na narůstající náklady na zdravotnickou péči, kdy léčba a ošetrovatelská péče poskytovaná v nemocnicích a léčebnách pro dlouhodobě nemocné je pro stát finančně náročná, je ve stále větší míře uvažováno o formách péče, které jsou finančně efektivnější. Jednou z těchto forem je právě domácí péče. Její integrace do zdravotnického systému vede k přímému snižování nákladů na poskytování zdravotních služeb. A to zejména prostřednictvím zkrácení doby hospitalizace či přímo jako alternativa k pobytu ve zdravotnických zařízeních.

B) Stárnutí populace

Dalším faktorem, který výrazně ovlivňuje rozvoj domácí péče, je současný demografický vývoj společnosti, který se projevuje kontinuálním stárnutím populace. Z celkového počtu lidí využívajících služeb domácí péče tvoří většinu lidé ve věku 65 až 80 let.

Zatímco ve věkovém rozmezí 50-69 let lze najít 60 procent zdravých lidí, v pozdějším věku nemocnost prudce stoupá a ve věkové kategorii 80-89letých jich zbývá pouze 5 procent. To znamená, že čtyřicet procent osob si svou nemoc do šestého desetiletí přináší z dřívějšího věku a 45 procent dalších se rozestůně v průběhu dalších třiceti let. Jenom 5 procent starých lidí nevyžaduje od svých devadesáti let žádnou zdravotní péči. Všichni ostatní podle stupně svého onemocnění nárokují zdravotní nebo zdravotně-sociální pomoc. Ve věku 75-80 let naprosto převažují chronické nemoci. (Zaremba 1991, s. 605-607)

Hlavně u geriatrických nemocných se zdůrazňuje zásada udržet stárnoucího člověka co nejdéle v jeho vlastním domácím prostředí, se všemi sociálními vazbami v rodině a komunitě. To v důsledku přispívá k lepší adaptaci a vyrovnání se s nemocí. Další výhodou domácí péče v případě seniorů je naplňování modelu péče o staré, kde nejdůležitější roli sehrává sama rodina.

C) Vzrůstající poptávka po domácí péči ze strany veřejnosti

Laická veřejnost se s domácí péčí setkává nejčastěji tehdy, pokud je tato forma péče poskytována někomu z blízkých osob. S postupným rozšiřováním domácí péče tak roste i povědomí o ní a souběžně s tím i zájem veřejnosti o tuto formu péče.

Hlavním důvodem, proč si občan zvolí tuto formu péče před jinými, je možnost zůstat v domácím prostředí ke kterému má osobní vztah prostřednictvím zažitých zvyklostí a stereotypů. Možnost ležet na své posteli, trávit čas ve svém pokoji, být obklopený svou rodinou a přáteli je velkou výhodou vlastního prostředí, ve kterém se klient uzdravuje rychleji či prosperuje lépe než při hospitalizaci v nemocnici. To v důsledku umožňuje i dřívější návrat do společnosti, případně zaměstnání.

D) Rozvoj moderních technologií a poznatků

Vývoj nových technologií a produktů se pružně přizpůsobuje podmínkám pro rozšiřování působnosti a zvyšování kvality moderní domácí péče. Kvalitní agentury domácí péče jsou vybaveny přístroji a pomůckami, které nejen zajišťují včasnou diagnostiku a terapii (infuzní pumpy, antidekubitní matrace), ale současně pomáhají zvýšit komfort poskytované domácí péče (ventilátory, polohovací lůžka). Většina agentur domácí péče mimo poskytovaných služeb nabízí také možnost zapůjčení různých kompenzačních pomůcek i například speciálně upravených lůžek. Materiální zázemí je ale pouze jednou z nezbytných podmínek pro poskytování kvalitní domácí péče.

Další důležitou podmínkou je rozsah odborné praxe a funkční systém dalšího vzdělávání zdravotnických (i sociálních) pracovníků, kteří jsou průběžně připravováni na bezpečné a spolehlivé řešení sociálních i zdravotních problémů klienta, a to v jeho vlastním sociálním prostředí. Platné právní normy ukládají odborným zástupcům agentur domácí péče minimální délku praxe.¹ Důvodem, který vedl ke stanovení těchto kritérií, je vysoká odpovědnost těchto pracovníků za zdravotní stav klientů. Stanovením délky praxe se docílilo toho, že v systému domácí péče mohou působit pouze ti profesionálové, kteří jsou schopni na vysoké úrovni a flexibilně reagovat na změny ve zdravotním stavu klienta.

¹ Konkrétní délka praxe za současné legislativy činí minimálně 5 let praxe v oboru a z toho 2 roky u lůžka.

2.3 Legislativní úprava domácí péče

Poskytování domácí péče je od roku 1992 v České republice upraveno řadou platných právních norem, které uvádí, pro koho je tato forma péče určena, za jakých podmínek ji lze poskytovat, v jakém rozsahu a kým může být poskytována. Platné právní normy jsou vydávány příslušnými resorty, kterých se poskytování domácí péče týká.² Například 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. Kvalifikace a náplň činnosti každého odborného člena týmu i vybavení agentur domácí péče je upraveno platnými právními normami, které přesně definují materiální, věcné a technické vybavení agentur i rozsah odborné způsobilosti poskytovatelů domácí péče.

Definice domácí péče dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění:

„Domácí péče je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči u pojištěnce v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí“ (Zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění).

2.4 Agentury domácí péče

Poskytovatelem služeb domácí péče jsou agentury domácí péče. V roce 1991 Ministerstvo zdravotnictví právně legalizovalo domácí péči jako jeden ze segmentů zdravotní činnosti definovaný ve Zdravotním řádu jako zvláštní formu zdravotní péče.

² Například: Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů; Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů; vyhláška MZ ČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče v platném znění; vyhláška MZČR č. 49/1993, Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů; vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení v platném znění (úhrada sociální péče a pomoci v rámci domácí péče); atd.

Agentury domácí péče v následujících letech pak zakládaly převážně sestry, jako fyzické osoby. Agentury však mohou být zřizovány také státní správou, samosprávou, zdravotnickými zařízeními ambulantního i lůžkového typu, lékaři, charitativními a humanitárními organizacemi a mnoha dalšími subjekty. Subjekt, poskytující domácí péči musí být registrován u pověřeného úřadu státní správy. Tento úřad v rámci své působnosti dohlíží nejen nad dostupností, ale i nad kvalitou domácí péče. (Misconiová 1998)

Pokud je zřizovatelem agentury sestra, musí současně s žádostí o registraci nestátního zdravotnického zařízení doložit odpovídající požadovanou kvalifikaci. V současné době musí být navíc registrovaná podle zákona 96/2004 Sb., O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních v § 9 uvádí:

„(1) Je-li provozovatelem nestátního zařízení fyzická osoba, musí být plně způsobilá k právním úkonům, bezúhonná a mít odbornou způsobilost a zdravotní způsobilost odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované nestátním zařízením.

(2) Je-li provozovatelem nestátního zařízení právnická osoba nebo fyzická osoba, která nemá odbornou způsobilost odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče poskytované nestátním zařízením, je povinna ustanovit odborného zástupce, který musí splňovat podmínky uvedené v odstavci 1. Odborný zástupce musí být v pracovním poměru nebo v obdobném pracovněprávním vztahu k provozovateli nestátního zařízení, pokud není společníkem obchodní společnosti, která je provozovatelem, a odpovídá za odborné vedení nestátního zařízení.“

A) Založení agentury domácí péče

Zakládání agentur domácí péče se řídí platnými zákony. Pro založení agentury domácí péče je vždy nutné:

- Podat **žádost o registraci k výkonu činnosti** na krajském úřadě, tzn. registrovat nestátní zdravotnické zařízení (NZZ) – zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v NZZ v platném znění;
- uzavřít **smlouvy se zdravotními pojišťovnami**, kterým předchází výběrové řízení dle zákona č. 48/1997 Sb., „O veřejném zdravotním pojištění“;

- vypracovat **Provozní řád**, vycházející ze zákona č. 258/200 Sb., o ochraně veřejného zdraví;
- vypracovat **Pracovní smlouvy** pro pracovníky agentury domácí péče;
- zpracovat **Pracovní náplně** – vyhláška MZ ČR č. 424/2004 Sb., o činnostech nelékařských zdravotnických pracovníků;
- uzavřít **dohodu s praktickými lékaři**;
- mít zpracovanou **strategii agentury**.

B) Předpoklad zajištění chodu agentury domácí péče

Pro zajištění bezproblémového a efektivního chodu agentury domácí péče je nutné mít splněné následující požadavky:

- zpracované poslání, účel, vizi;
- vymezen rozsah působnosti;
- systém výběru a vzdělání pracovníků;
- zajištěné financování;
- propagace a reklama;
- vést Knihu jízd;
- vést výkaznictví pro zdravotní pojišťovny;
- vyhláška MZ ČR č. 331/2007 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami;
- metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR.

C) Materiální a technické požadavky na vybavení agentury domácí péče

Technické a prostorové vybavení zařízení, které poskytuje domácí péči, musí splňovat požadavky pro bezpečný provoz dle platných právních předpisů.³ Dále je pracoviště vybaveno přístroji a pomůckami určenými k ošetřování a provádění výkonů v domácí péči.

D) Systém financování domácí péče v ČR

Služby domácí péče mohou být financovány z několika zdrojů:

³ Vyhláška č. 49/1993 Sb., o věcných a technických požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení

- **Z fondu veřejného zdravotního pojištění** dle vyhlášky MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Úhrada zdravotní péče je prováděna na základě smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnami podle příslušné vyhlášky hodnotou bodu v Kč do limitu času nositele výkonu 10 hodin na pracovní den.
- **Přímou platbou** pacienta (u pacientů, kteří nejsou pojištěni, nebo za výkony nehrazené ze zdravotního pojištění); Vždy je nutné klienta upozornit, co mu hradí zdravotní pojišťovna a za jaké výkony a v jaké výši si platí sám hotově.
- **Sponzorskými dary**, z nadací, grantů apod.

E) Legislativní rámec vymežující poskytování domácí zdravotní péče v České republice

- Vyhláška MZ ČR č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče v platném znění.
- Vyhláška MZČR č. 49/1993, Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 95/2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře a farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách v platném znění.
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách v platném znění.
- Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů.

2.4.1 Pracovníci agentur domácí péče

Domácí zdravotní péče je poskytována víceoborovým (multidisciplinárním) týmem pracovníků, kteří poskytují péči (odbornou a specializovanou) a pomoc (laickou) v takovém rozsahu, který je dán aktuálním stavem klienta a stavem jeho vlastního sociálního prostředí. Vzhledem k tomu, že domácí péče je poskytována na vysoké profesionální úrovni, je tým složen ze zkušených pracovníků s dlouhodobou praxí – lékařů, sester, sociálních pracovníků, rehabilitačních pracovníků, psychologů, logopedů a dalších.

Tým pracovníků je koordinován manažerem agentury domácí péče. Kvalitní agentury domácí péče mají pečlivě propracovaný organizační a provozní řád. Pro kontakt s ošetřujícími lékaři i klienty slouží dispečink agentury, který přijímá dotazy, požadavky a připomínky. Obsluha dispečinku je schopna okamžitě zajistit v přímém kontaktu s pracovníky v terénu zahájení, změny i rozšíření domácí péče u konkrétního klienta. V domácí péči má klient svého manažera péče. Jde o člena týmu, který odpovídá za kvalitu a dostupnost domácí péče. Tento pracovník je ve stálém kontaktu s klientem a dle ordinace ošetřujícího lékaře odpovídá za harmonogram a organizační zajištění poskytované domácí péče. V pravidelných, předem dohodnutých, intervalech předává ošetřujícímu lékaři informace o celkovém stavu klienta a současně aktuálně signalizuje potřebné změny v rozsahu indikace výkonů domácí péče.

Péči ošetrovatelskou v rozsahu odborné činnosti provádí pracovníci vzdělaní v oboru všeobecná sestra, příp. dětská sestra, porodní asistentka, sestra se specializací v oboru a podobně. Péči rehabilitační pak pracovníci vzdělaní v odborné činnosti fyzioterapeuta a ergoterapeuta.

V rámci specializované péče je zajišťována i péče o pooperační stavy, onkologické a umírající klienty, o psychiatrické klienty, klienty s imunodeficitem, management bolesti, management ran a další.

Zároveň je domácí péče poskytována rodinnými příslušníky klienta i samotným klientem, kteří plní určitý předem dohodnutý rozsah domácí péče a pomoci.

A) Charakteristika práce pracovníků v domácí péči

„Management agentur domácí péče je vždy realizován na horizontální úrovni, každý člen multidisciplinárního týmu je nepostradatelný, každý má své opodstatnění – stejně lékař, jako sestra, či rodinný příslušník nebo klient. Péče je prováděna aktivně s akcentem na podporu sebeobsluhy, edukaci rodinných příslušníků v elementárních i specializovaných ošetrovatelských postupech. Domácí péče je filosofií, která hledá východiska spolu s klientem a jeho rodinou“ (Misconiová 1994, s. 56).

Na veškerý personál, který se podílí na domácí péči, je vyvinut v některých případech velký psychický tlak. Je to dané podmínkami, ve kterých klient žije, jaké má onemocnění a jak rodina spolupracuje. Pracovník musí být zralý tuto práci vykonávat. Všichni by si měli umět poradit se zvládnutím konfliktních situací, které mohou nastat kdykoliv.

Například staří lidé jsou osamocení, nemocní, ale mohou zde hrát roli problémy v rodině, hlavně nezáměrem ze strany rodiny. Dále by si pracovníci měli udržet profesionální nadhled, jelikož nemohou s rodinou prožívat všechny situace. Měli by být zdravě asertivní. Měli by umět komunikovat, musí si umět poradit v každé situaci, ale hlavně se musí umět správně rozhodnout.

Doposud je u nás domácí péče o seniora mimořádně vyčerpávající, přitom velmi nedocenenou a málo ohodnocenou prací (sociální příspěvky na péči o blízkou osobu jsou nedostatečné a nepředstavují adekvátní odměnu za práci, kterou pečovatelé vykonávají).

Možnou cestou ke zlepšení je již naznačené zapojení rodiny a přátel, což může napomoci co nejdelšímu setrvání seniorů v domácím prostředí, aniž by se snížila kvalita péče. Toto je možné např. vhodnou kombinací dostupných sociálních a zdravotních služeb.

B) Specifická role sestry v domácí péči

„Posláním sester ve společnosti je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat aktuální potřeby a dosahovat jejich maximální tělesné, psychické a sociální možnosti v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují" (Linhartová 2005).

Z této definice plyne požadavek, aby sestry rozvíjely a vykonávaly takové činnosti, které podporují a uchovávají zdraví a zabraňují vzniku onemocnění. Mezi úkoly sester patří rovněž plánovaná a poskytovaná péče v průběhu onemocnění a rehabilitace. Do této péče spadají všechny tělesné, psychické a sociální aspekty života, protože ovlivňují zdraví, nemoc, postižení a umírání. Pokud je to možné, sestry zajišťují přiměřené zapojení jednotlivců, jejich rodin, přátel i celé komunity do všech aspektů péče o zdraví, a tím podporují jejich sebedůvěru a soběstačnost. Sestry jsou také partnery jiných profesí a ostatních poskytovatelů, kteří se zabývají péčí o zdraví a souvisejícími službami.

Sestry přejímají odpovědnost za přímé poskytování ošetrovatelské péče a jsou v tomto směru výhradní autoritou. Pracují samostatně a za poskytovanou péči odpovídají. Každá sestra je zároveň odpovědná za svou odbornou úroveň a za způsob svého dalšího vzdělávání (Mastiliaková 2002, str. 23).

Jestliže tato slova platí o sestrách obecně, pak sestry pracující v domácí péči je naplňují v plném rozsahu. Proto na základě platných právních norem musí být všichni pracovníci ve svém oboru plně kvalifikovaní a plní podmínky Zákona č. 96/2004 Sb, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání

a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Sestry v domácí péči jsou tedy registrované a stále se vzdělávají.

Specifické pracovní podmínky – srovnání práce sestry v DP a v nemocnici

Domácí péče	Nemocnice
Několik domácností za den	Jedno pracoviště, stereotyp
Přesuny v terénu	Bez přesunů
Transport materiálu, pomůcek	Vše k dispozici na oddělení
Dokumentace částečně v agentuře, částečně u klienta	Dokumentace stále všem k dispozici
Různé klimatické podmínky	Stálé klimatické podmínky
Přenášení osobních ochranných pomůcek	Vše k dispozici na pracovišti
Psychický nátlak = trvalé samostatné rozhodování	Odborné zázemí

Mezi další důležité aspekty práce nejen sester, ale i sociálních pracovníků, patří empatie ke klientovi i k celé jeho rodině. Je důležité aktivity rodinných příslušníků usměrňovat a za odvedenou práci je povzbuzovat, chválit a radit jim v situacích, které jsou pro personál agentury zdánlivě jednoduché, ale pro pečující obtížné.

2.5 Výkon domácí zdravotní péče

Prvním krokem v procesu domácí péče je příjem klienta. O domácí péči zpravidla žádá odborný lékař v nemocnici, praktický ošetřující lékař, sociální pracovníce, klient či jeho rodina.

V závislosti na osobě indikující péči rozlišujeme následující druhy domácí péče:

- **Domácí péče je indikována při propuštění pacienta z nemocnice:** Zdravotně - sociální pracovníce daného oddělení v nemocnici osloví vrchní sestru vybrané agentury domácí péče, informuje ji o problematice pacienta a jeho následné potřebné péči. Informuje ji nejen o závažnosti onemocnění, ale také informuje

o sociální situaci, pokud je potřebná. Vrchní sestra navštíví pacienta na oddělení, představí se mu, vysvětlí mu účel návštěvy a seznámí ho s agenturou domácí péče. Domluví s ním čas a průběh první návštěvy. Zároveň si vyzvedne „Překladovou a propouštěcí zprávu“ a vyplněný a potvrzený „Poukaz na vyšetření/ošetření DP“ (dále jen Poukaz).

- **Domácí péče je indikována praktickým lékařem:** Požadavek na poskytování domácí péče je většinou oznámen telefonicky praktickým lékařem, nebo sestrou. Vrchní sestra domácí péče navštíví praktického lékaře, který jí předá informace o pacientovi, seznámí ji s požadavkem na péči a předá jí vyplněný a potvrzený Poukaz.

2.5.1 Úvodní návštěva v klientově sociálním prostředí

První návštěvu u klienta provádí zpravidla vrchní sestra agentury domácí péče. Tato návštěva je velmi důležitá pro seznámení se s pacientem, jeho rodinou a prostředím, kde bude péče probíhat. Při této návštěvě dochází k přípravě pro vlastní ošetřovatelskou péči.

Při prvním kontaktu s pacientem a rodinou je velice důležité se představit, představit sestru, která bude pacienta ošetřovat. V případě potřeby také sociální pracovníci. Dále vrchní sestra nabízí celé spektrum služeb, které by mohl pacient využívat.

Nedílnou součástí první návštěvy je odebrání zdravotní, ošetřovatelské a sociální anamnézy. Dále seznámí pacienta a jeho blízké s plánem péče a četností návštěv. Zjišťuje, jak je pro ošetřování pacienta vybavena jeho domácnost a v případě potřeby doporučuje, jak ji vhodně upravit, radí s výběrem kompenzačních pomůcek.

2.5.2 Dokumentace vedená v domácí péči

Agentura domácí péče je povinna prostřednictvím svých odborných pracovníků průběžně zaznamenávat údaje o zahájení, průběhu a ukončení domácí péče. Součástí dokumentace jsou i údaje o celkovém stavu klienta a jeho změnách, provedených i plánovaných výkonech a dalších náležitostech, které jsou důležité pro eventuální kontrolu kvality, rozsahu i věcné správnosti odborných postupů. Dokumentace musí být přehledná a dostupná i pro další poskytovatele zdravotní péče, kteří se spolupodílí na kompenzaci stavu klienta.

Sestra hodnotí svého klienta a zakládá jeho dokumentaci v rámci první návštěvy v jeho domácnosti. Proces posuzování však musí probíhat v rámci všech prováděných návštěv. Sestra plánuje péči formou ošetrovatelského procesu, na základě zjištěných dat a problémů stanovuje ošetrovatelské diagnózy a spolu s klientem a jeho rodinou pak sestavuje krátkodobé i dlouhodobé cíle a formuluje individuální plán ošetrovatelských aktivit.

A) Ošetrovatelská dokumentace

- Slouží jako zdroj informací o potřebách jedince/jeho rodiny, cílech péče, o péči samotné a jejích výsledcích;
- zajišťuje kontinuitu ošetrovatelské péče, dává chronologický přehled o poskytované péči;
- umožňuje předávání informací o pacientovi;
- umožňuje hodnotit účinnost či neúčinnost ošetrovatelských zákroků;
- poskytuje údaje, které mohou být použity pro ošetrovatelský výzkum;
- je důležitá pro kontrolu kvality.

Smysluplná ošetrovatelská dokumentace musí plně vyhovovat potřebám agentury domácí péče, musí být jednoduchá, přehledná a dobře přístupná.

Ošetrovatelská dokumentace by měla obsahovat: anamnézu, ošetrovatelský plán, záznam vývoje stavu a překládovou, případně propouštěcí zprávu.

Každá složka ošetrovatelské dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta a označení zdravotnického zařízení. Všechny záznamy musí být opatřeny datem, časem a podpisem sestry, která záznam provedla. Podpis musí být čitelný včetně razítka ošetroující sestry.

Záznam v ošetrovatelské dokumentaci je dokladem toho, co sestra viděla, slyšela, změnila (např. krevní tlak, glykémie, váha). Taktéž zapisuje pacientovy pocity a reakce na péči. Dokumentace musí být konkrétní, logicky navazující a přesná, zápis musí být učiněn co nejdříve. Záznamy musí být zapsány přehledně, čitelně, dokumentace musí poskytovat aktuální informace o péči a stavu pacienta.

Do ošetrovatelské dokumentace nepatří: nespisovné výrazy a urážlivé výroky. Text by neměl být zbytečně obsáhlý.

Vstupní ošetřovatelský záznam by měl obsahovat:

- **osobní údaje klienta** (jméno, příjmení, rodné číslo, zdravotní pojišťovna, jméno registrujícího praktického lékaře, kontaktní osoba pro domácí péči);
- **zdravotní a ošetřovatelskou anamnézu** (TK, puls, dech, teplota, váha, stav pokožky, mobilita, vyprazdňování, výživa, smyslové omezení, orientace, bolest, zhodnocení kožních defektů);
- **sociální anamnézu** (dovednosti a sociální schopnosti);
- **plán ošetřovatelské péče** (ošetřovatelské diagnózy, ošetřovatelský cíl a plán péče).

B) Vykazování výkonů zdravotním pojišťovnám

Vykazování zdravotní péče pojišťovnám se v ČR řídí vyhláškou MZ ČR č. 331/2007 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů a metodikou pořizování a předávání dokladů VZP.

Platnost Poukazu na ošetření a vyšetření domácí péče – 06 (oficiální formulář) činí při potvrzení ošetřujícím lékařem při propuštění z nemocnice – 14 dní a při potvrzení registrujícím praktickým lékařem – 3 měsíce.

Výkony a kódy, které se v domácí péči vykazují zdravotním pojišťovnám:

Výkony domácí zdravotní péče jsou ve Vyhlášce MZ ČR 331/2007 Sb. vedeny pod odborností 925 - sestra domácí péče.

Výkony se vykazují kódy, které určují typ ošetřovatelské návštěvy a vyjadřují čas, po který sestra pacienta ošetřuje.

- **06311** - Zavedení nebo ukončení DP, administrativní činnost sestry v domácí péči 60 min
- **06313** - Ošetřovací návštěva - domácí péče - typ I. 30 min.
- **06315** - Ošetřovací návštěva - domácí péče - typ II. 45 min.
- **06317** - Ošetřovací návštěva - domácí péče - typ III. 60 min.
- **06318** - Ošetřovací návštěva – domácí péče - typ IV. 15 min.
- **06319** - Fyzická asistence při poskytování domácí péče 30 min.

Další kódy jsou stanoveny pro ošetřovatelské výkony. Tyto kódy ohodnocují spotřebovaný zdravotní materiál:

- **06321** - Vyšetření stavu pacienta sestrou ve vlastním sociálním prostředí

- **06323** - Odběr biologického materiálu
- **06325** - Aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti
- **06327** - Ošetření stomií (kolostomie, ileostomie, tracheostomie, nefrostomie)
- **06329** - Lokální ošetření
- **06331** - Klyзма, výplachy, cévkování, laváže, ošetření permanentních katetrů
- **06333** - Aplikace inhalační a léčebné terapie p.o., s.c., i.m., i.v. a další způsoby aplikace terapie či instalace léčiv
- **06335** - Návčik a zaučování aplikace inzulínu

Dva výkony jsou dále převzaty z odbornosti **911 – sestra u praktického lékaře**. Jedná se o výkony v sobotu, v neděli a ve svátek (06137) a práci od 22 hod. do 6 hod.

Vykazování výkonů zdravotním pojišťovnám agenturou domácí zdravotní péče úzce souvisí se spoluprací agentury s praktickým lékařem.

2.5.3 Spolupráce s praktickými lékaři

Ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu klienta a stavu jeho vlastního sociálního prostředí, ve spolupráci s vybranou agenturou domácí péče vystaví pro klienta **Poukaz na péči pro odbornost 925 - domácí zdravotní péči** na tiskopisu 06. Tento tiskopis vyplní kompletně, včetně všech požadovaných zdravotních údajů o klientovi, stupni jeho mobility a doplní další náležitosti. Na tiskopis 06 uvede příslušný typ návštěvy (viz výše). K vybranému typu návštěvy doplní ošetřující lékař stručnou formou konkrétní požadované výkony, které v rámci indikovaného typu návštěvy vyžaduje. Jedná-li se o výkony nesoucí s sebou určité materiálové náklady, uvede zároveň číslo příslušného materiálového kódu.

Platnost indikace domácí péče uvedené na tiskopisu 06 (Poukaz) je u praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost maximálně 3 měsíce. Vystaví-li poukaz na poskytování domácí péče ošetřující lékař při ukončení hospitalizace, je jeho platnost omezena pouze na 14 dní. Čas v rozsahu týdnů, měsíců, či roků, po který může být domácí zdravotní péče poskytována, není omezen. Pokud jí klient potřebuje a ošetřující lékař opakovaně indikuje (každé 3 měsíce), může být poskytována nepřetržitě.

V průběhu 3 měsíců, nebo i 14 dnů, však může dojít k neočekávaným změnám ve zdravotním stavu klienta. Proto je nutné, aby agentura domácí péče v pravidelných intervalech sledovala celkový stav klienta a o případných změnách bezodkladně informovala ošetřujícího lékaře, který klienta navštíví a případně podle potřeby upraví rozsah i frekvenci domácí péče. O návštěvě klienta a eventuálních úpravách domácí péče provede ošetřující lékař záznam do své dokumentace a vystaví nový tiskopis 06 (Poukaz) se změněným rozsahem domácí péče. Nezbytnou podmínkou této spolupráce je ošetřovatelská dokumentace.

V případě, že agentura převzala pacienta přímo z nemocnice po ukončení hospitalizace, okamžitě, nejpozději druhý den po převzetí, o této skutečnosti informuje registrujícího praktického lékaře daného pacienta.

Pokud dojde ke zhojení defektů, nebo se stav pacienta natolik zlepší, že již není domácí zdravotní péče zapotřebí, informuje opět sestra nebo vrchní sestra agentury o této skutečnosti praktického lékaře a po konzultaci s ním ukončuje péči.

O jednání s praktickým lékařem, ať již osobním nebo telefonickým, musí být vždy proveden záznam do ošetřovatelské dokumentace.

2.5.4 Management informací v agenturách domácí péče

Předávání veškerých informací se děje ústně nebo písemně. Informace uvnitř agentury se předávají denně ráno před zahájením péče, odpoledne po návratu sester z terénu a během dne při každé závažné změně zdravotního stavu pacienta.

Další formou předávání informací jsou pravidelné porady celého týmu agentury domácí péče. Jejich četnost a pravidelnost záleží na zvyklosti agentury domácí péče. Písemně jsou informace předávány v ošetřovatelské dokumentaci.

Za agenturu domácí zdravotní péče většinou jedná vrchní sestra. Praktickému lékaři však předává informace průběžně i sestra, která pacienta konkrétně ošetřuje.

Velmi důležité je též poskytování informací a edukace pacienta a jeho blízkých. Sestra domácí péče by měla umět poradit, jak se vypořádat se změněnou situací způsobenou nemocí (dieta, pomůcky, úprava bytu...), ale měla by také umět poradit s otázkami, které se týkají sociální pomoci (příspěvek na péči...).

2.6 Hodnocení stavu pacienta a jeho prostředí

Sestra pracující v domácí péči se musí, mimo jiné, také zabývat rodinou, která je prvním předpokladem a zárukou toho, že pacient může zůstat ve svém vlastním sociálním prostředí. Proto je na tuto činnost kladen velký důraz.

Charakteristika tzv. „zdravé rodiny“:

- členové rodiny si vzájemně pomáhají;
- rodina umožňuje rozvoj každého jednotlivého člena;
- vztahy mezi jednotlivými rolemi v rodině jsou efektivně uzpůsobeny;
- rodina má aktivní přístup k řešení problémů.

Ke zhodnocení stavu pacienta používají sestry velké množství různých hodnotících a měřících technik, které jsou zaměřeny na objektivizaci údajů, které sestra potřebuje k zajištění kvalitní individualizované péče o pacienta. Objektivní hodnocení je pro sestru důležitou pomůckou ke stanovení individuálního plánu ošetrovatelské péče.

Nejčastěji sestry měří fyziologické funkce, hodnotí bolest, měří kvalitu psychiky, měří úroveň soběstačnosti a riziko vzniku komplikací.

Doporučované okruhy funkčního vyšetření stavu pacienta:

Somatický	Výživa, mobilita, stabilita, bolest, kontinence, sexuální funkce
Psychický	Vědomí, demence, deprese, adaptace
Sociální	Soběstačnost, sociální izolace, funkce rodiny
Duchovní	Kvalita života

Mimo těchto základních kategorií bývá v praxi přistupováno i k dalším metodám hodnocení stavu pacienta. Jedná se zejména o hodnocení bolesti a měření psychického stavu.

A) Hodnocení bolesti

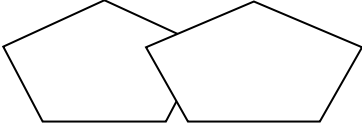
Bolest je subjektivní příznak, který zatěžuje celý organismus a pacienta vyčerpává tělesně i duševně. Při ošetřování pacientů je nutné brát v úvahu jak individuální citlivost na bolest, tak všechny ostatní faktory, které tuto citlivost zvyšují. Hodnocení bolesti zahrnuje individuální vnímání bolesti, její charakter, intenzita a vyzařování.

B) Hodnocení psychického stavu

Pro kvalitní ošetřování pacienta jsou pro sestru velice důležité informace o jeho psychice. Na základě získaných informací je sestra schopna lépe pacientovi porozumět, chápat ho, být empatická a vést účinnou komunikaci. Sestra používá jednoduché orientační metody hodnocení kognitivních funkcí např. zkrácený mentální bodovací test, Stupnice hodnocení psychického zdraví, Škála deprese pro geriatrické pacienty, Folsteinův test kognitivních funkcí, Glasgow Coma Scale hloubky vědomí.

Test kognitivních funkcí (Mini-Mental State Exam - MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none">- Který je teď rok? 1- Které je roční období? 1- Můžete mi říci dnešní datum? 1- Který je den v týdnu? 1- Který je teď měsíc? 1- Ve kterém jsme státě? 1- Ve které jsme zemi? 1- Ve kterém jsme městě? 1- Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?, tato ordinace?) 1- Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 1	
<p>2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka)a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (= výbavnost):</p>	

Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (např. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. 2</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: 1</p> <p>„Vezměte papír do pravé ruky s nápisem „Zavřete oči“.“ 1</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) 1</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník. 1</p> <div style="text-align: center;">  </div>	
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha</p> <p>11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha</p> <p>21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha</p> <p>24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Zdroj: Copeland, 2002.

C) Hodnocení stavu výživy

Nástrojem pro hodnocení výživového stavu je například výživový dotazník Mini Nutritional Assessment (Cereda 2012).

Jednodušší, spíše orientační pomůckou pro hodnocení hmotnosti je mezinárodně používaný BMI - Body Mass Index (obezita u žen nad 27,3; obezita u mužů nad 27,8).

V dotazníku zjišťujícím výživové návyky klienta se ptáme na otázky typu: kolikrát denně se stravujete, dodržujete pitný režim, jíte ovoce či zeleninu, nepozorujete váhový úbytek a podobně.

D) Hodnocení soběstačnosti

Jedním z cílů ošetřovatelství je zajištění co nejvyšší míry soběstačnosti u klienta, tedy podporování jeho nezávislosti na pomoci druhých. Sestra v tomto hodnocení zjišťuje funkční schopnosti pacienta. Cílem je, aby pacient mohl žít co nejdéle ve svém vlastním sociálním prostředí.

Z hlediska soběstačnosti v denních činnostech dělíme pacienty do 4 skupin:

- 1) pacienti zcela soběstační;
- 2) pacienti částečně soběstační;
- 3) pacienti zcela či částečně soběstační, upoutaní na lůžko;
- 4) pacienti nesoběstační.

Porovnání soběstačnosti v běžných denních činnostech, jako je například osobní hygiena, oblékání, příjem jídla, přesuny, kontinence s jinými všedními denními činnostmi, jako například manipulace s penězi, domácí práce. je vhodné provádět na začátku, v průběhu a na konci léčby.

Existuje několik tzv. ADL indexů. Za zmínku stojí zejména Barthel index, Katzův index, Funkční míra nezávislosti (Functional independence measure - FIM), což jsou dotazníky s bodovým hodnocením pro jednotlivé úrovně soběstačnosti, nebo míry asistence v daných činnostech. Jednotlivé ADL indexy se navzájem liší počtem položek, bodováním nebo také stanovením stupně asistence. Funkční míra nezávislosti obsahuje navíc položky komunikace, řešení problémů, paměť a sociální interakce a je vhodná zejména pro starší pacienty.

Výhodou indexů je rychlá administrace, ověřená reliabilita a validita, ukazatel efektivity.

Při testování všedních činností rozlišujeme:

- **základní/samoobslužné úkony** (najedení, oblékání, koupání, chůze, přesuny, vyprazdňování s použitím WC)
- **instrumentální úkony** – aktivity nutné pro život v samostatné domácnosti (nákup, příprava jídla, telefonování, braní léků)

Příkladem testu všedních činností může být dlouhá desetiletí využívaný Barthelův test základních denních aktivit.

Barthelův test základních denních aktivit (test závislosti na péči druhého)

Činnost	Provedení činnosti	Body
Najedení, napití	Samostatně, bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně, bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně, bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně / s pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně, bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko – židle	Samostatně, bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5

	Neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatně, bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

Vyhodnocení stupně závislosti v základních denních aktivitách

0 – 40 bodů	vysoce závislý	65 – 95 bodů	mírná závislost
45 – 60 bodů	závislost středního stupně	100 bodů	nezávislý

Zdroj: Sulter a Steen, 1999.

E) Hodnocení rizika vzniku komplikací

Pacient, který je upoután na lůžko a nebo je špatně pohyblivý z jiných důvodů, je ohrožen vznikem imobilizačního syndromu. K měření rizika potenciálu těchto komplikací lze použít několik metod:

- Měření rizika komplikací v dýchacích cestách.
- Měření rizika vzniku dekubitů - Waterlowa škála, rozšířená stupnice Nortonové, škála podle Knolla, škála podle Bradenové.
- Hodnocení rizika pádu - Gaitův funkční test k určení rovnováhy a k prevenci pádů, hodnotící škála CMP – N.I.H. Storke Scale.

Hodnocení rizika vzniku dekubitů podle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk (roky)	Stav kůže	Jiná onemocnění	Celkový tělesný stav	Stav vědomí	Pohyblivost	Aktivita	Inkontinence	Bodů
úplná	4 < 10	normální	žádné	dobry	při vědomí, orientovaný	bez omezení	chodí	není	4
omezená	3 11-30	alergické projevy		zhoršený	apatický	částečně omezená	chodí s doprovodem	občas	3
velmi omezená	2 31-60	vlhká	horečka, kachexie	špatný	zmatený	velmi omezená	pomocí vozíčku	inkontinence moči	2

	žádná	1	61 a více	1	suchá	1	karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	žádná	1	ležící	1	inkontinence moči i stolice	1	
1.																			
2.																			
3.																			
4.																			
5.																			
6.																			

Pro vyhodnocení sečtete body, kterými jste nemocného ohodnotili. Čím méně je bodů, tím je riziko větší. Pokud nemocný dosáhl 25 a více bodů, je vznikem dekubitů málo ohrožen, pokud méně než 25 bodů, riziko vzniku dekubitů se zvyšuje.

Takové hodnocení by mělo být prováděno minimálně 1 x týdně, pokud je stav nemocného velmi špatný, hodnocení se provádí častěji.

Test instrumentálních všedních činností podle Lawsona a Bodyho (IADL)

telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže použít telefon	0
transport	cestuje samostatně dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby nebo speciálně upravený vůz	0
nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
vaření	uvaří samostatně celé jídlo	10
	jídlo ohřeje	5
	jídlo musí být připraveno druhou osobou	0
domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10

	provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
užívání léků	samostatně v určenou dobu správnou dávku léku, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny	5
	léky mu musí být podávány druhou osobou	0
finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
hodnocení	0-40 bodů- závislý 45-75 bodů – částečně závislý 80 bodů- nezávislý	

Zdroj: Lawton a Brody, 1988.

Hodnocení rizika pádu

sledovaná oblast	hodnocení sledované oblasti	body	sledovaná oblast	hodnocení sledované oblasti	body
pohyb	neomezený	0	smyslové poruchy	žádné	0
	používá pomůcky	2		vizuální, smyslové, smyslový deficit	1
	potřebuje pomoc k pohybu	1	mentální status	orientován	0
	neschopen přesunu	1		občasná noční dezorientace	1

medikace	nevyužívá rizikové léky	0		dřívější dezorientace, demence	1
	užívá následující léky		vyprazdňování	nevyžaduje pomoc	0
	• diuretika	1		nykturie/inkontinence	1
	• antiepileptika	1		vyžaduje pomoc	1
	• antiparkinsonika	1	věk	18-75	0
CELKEM	• antihypertenziva	1	pády v anamnéze	75 a vyšší	1
	• psychotropní látky	1			1
	• benzodiazepiny	1			

Pokud v testu vyjde skóre 2 a vyšší, pacient je ohrožen rizikem pádu a je nutné mu zajistit prevenci podle příslušných standardů.

2.7 Specifika hospicové a paliativní péče

Hospicová péče je dle definice Světové zdravotnické organizace (WHO): „integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná klientům všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců“.

Filozofií hospicové péče je úcta k životu a umožnění maximální kvality života umírajícímu člověku, realizované poskytováním péče a podpory umírajícím i jejich rodinám. Život má být až do konce prožíván tak plně, jak jen je to možné, a bez zbytečného utrpení. Smrt je vnímána jako nedílná součást života každého jedince. Hospicová péče smrt neoddaluje ani neurychluje. Jedná se o program paliativní péče určený nevléčitelně nemocným umírajícím klientům.

V historii „hospic“ znamenal původně „útulek“ nebo „útočiště pro pocestné“ a obvykle byl zřízený a obývaný řeholníky.

Ve 20. století ožila myšlenka hospiců v nové podobě – totiž ve vztahu k pomoci a péči určené umírajícím na cestě ke smrti. Sestra Cecilly Saundersová roku 1960 zakládá v Londýně první moderní hospic, ve kterém se snaží kultivovat systém péče o umírající.

Kvalita života umírajících je spojena se zajištěním takových podmínek, které dovolí člověku prožít poslední dny v prostředí známém, v kruhu svých blízkých, bez fyzické i duševní bolesti a zbytečného utrpení. Každá, pro nás všední činnost, může být pro umírajícího posledním prožitkem, a proto by měl mít možnost ji naplno prožít. Kvalita života je zde měřitelná spokojeností, smířením a vyrovnaním se s přicházející smrtí. Odborníci se shodují v tom, že i člověk v terminálním stadiu života má právo na sebeurčení a autonomii a tedy i na rozhodnutí, co si v závěru života přeje a co odmítá. Má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

2.7.1 Definice paliativní péče

Paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta nebo prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých.

Náležitosti moderní paliativní péče:

- Neodvrací se od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade důraz na kvalitu života.
- Dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění.
- Je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka a integruje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty.
- Vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení.

- Zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých.
- Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.
- Vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající, a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.

2.7.2 Náročnost hospicové péče

Ačkoliv je forma hospicové péče o umírajícího „přirozená“, je třeba si uvědomovat její náročnost. Sociální klima, ve kterém je tato péče poskytována, je poznamenáno stresovými faktory. Proces umírání je stresující pro všechny zúčastněné – umírající klienty, jejich rodinné příslušníky i pro odborný personál.

Při volbě adekvátní formy péče o umírajícího člověka by měly být pečlivě a odpovědně zváženy všechny argumenty a protiargumenty hovořící ve prospěch očekávané kvality života umírajícího klienta. Základním kritériem by při tom měla být svobodná volba klienta.

Při rozhodování bychom měli pamatovat na následující skutečnosti, které ve své knize „Hovory s umírajícími“ výstižně popisuje Elizabeth Kubler – Ross:

„Osamělost a neosobní jednání nastupují, když je nemocný vytržen z domácího prostředí a je horečně dopravován do nemocnice. Kdo předtím toužil, aby mu v takovém okamžiku byl dopřán klid a útěcha, nikdy nezapomene na to, jak ho naložili na nosítka a s vyjící sirénou ho dopravili do nemocnice. Transport je počátkem dlouhého utrpení. Ani zdravý nesnáší dobře hluk, světlo, mnoho hlasů a vše další, co nemocného přepadá v přijímacím prostoru.

Snad bychom měli na nemocného více myslet, uvědomit si, že pod příkrývkami leží člověk.

Měli bychom na okamžik zapomenout na naši dobře míněnou důkladnost a ustavičný spěch, a místo toho podržet ruku nemocného ve své a s úsměvem odpovídat na jeho otázky ...“ (Kessler 2001).

2.7.3 Komunikace s umírajícím člověkem

Umírající člověk je stále žijícím člověkem, který se chce radovat a komunikovat se všemi těmi, kteří ho provázeli životem, tím více, čím více se blíží smrt. Je stresován verdiktem smrti a každý další stres, psychosomatický i sociální jeho stav zhoršuje.

Každý člověk, tedy i umírající, má právo na pravdivou informaci o svém zdravotním stavu.

Zde je však třeba postupovat obzvláště citlivě a s rozvahou. Umírající by měl být ve vhodném čase a vhodným způsobem lidskou a srozumitelnou formou seznámen s tím, co ho očekává.

Pro vyrovnání se s osudem potřebuje hlavně vyjádření psychické podpory založené na empatii. Pocit pohody, podpory a sounáležitosti pomáhá vytvořit laická i odborná péče při vykonávání všech denních aktivit, včetně zajištění biologických potřeb. Umírající brzo pojme důvěru k člověku, který se o něj stará, cítí s ním a nenechá ho trpět o samotě.

Až do úplné ztráty vědomí člověk vnímá všechny projevy ostatních, týkající se jeho stavu. Všechno ostatní mu uniká. Uklidňující slova, dotek, podání ruky pomohou potlačit strach z osamoceního kontaktu se smrtí, vyvolá pocit sounáležitosti a usnadní tak přechod do bezvědomí.

2.7.4 Časté mýty o umírání a paliativní péči

Mezi nejrozšířenější mýty o umírání patří názor, že konec života je plný bolesti, osamění a neporozumění, a že v terminálním stádiu se již s člověkem nedá moc pracovat. Ovšem ve skutečnosti paliativní péče nabízí cestu, kdy se umírající člověk může spolehnout na to, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí a nebude opuštěn, na blízku mu budou jeho příbuzní a přátelé, ale i odborná pomoc.

Dalším častým mýtem je názor, že paliativní péči je možné poskytovat pouze v ústavním zařízení - hospici. V realitě však paliativní péče není vázaná na nějaké konkrétní místo a naopak, měla by být poskytována především doma. Pouze tam, kde to z nějakého důvodu není možné, jsou k dispozici lůžkové hospice.

Ve stručnosti si nyní uvedeme další mylné, avšak rozšířené, názory na péči o umírající (zpracováno dle Doc. MUDr. S. Filip, Ph.D. ⁴):

- **Lidé mají umírat v nemocnici proto, aby jejich nemohoucnost neviděli jejich nejbližší, zvláště pak děti.** Stejně tak, jako se o právě narozené dítě nejlépe dokáže postarat jeho rodina, platí to i pro člověka umírajícího. Pečující osoby se současně učí vyrovnat se s vlastní smrtelností a péče rodičů o prarodiče je výborným vzorem i pro děti.
- **Paliativní péče je pouze pro staré lidi.** Paliativní péče je vhodná pro umírající všech věkových kategorií, stejně tak pro mladé a děti jako pro staré lidi.
- **Paliativní péče je vhodná pouze pro pacienty, kteří nepotřebují odbornou péči.** Cílem paliativní péče sice není uzdravení člověka, přesto je to péče vysoce odborná, která musí umět zvládnout velice náročné situace, v některých případech může mít i podobu specifické péče intenzívní.
- **Paliativní péče je na místě pouze tehdy, když už tzv. "nezbývá žádná naděje".** Paliativní péče pracuje s nadějí. Pacientovi nabízí úlevu, pečujícím osobám pak vědomí, že zbývající čas byl naplněn co nejplněji. Je to vhodná doba k urovnání vztahových nedorozumění na konci života.
- **Paliativní péče je určena jen těm, kdo jsou se smrtí smířeni.** Paliativní tým pomáhá umírajícímu i jeho rodině postupně se vyrovnat se skutečností smrtelného onemocnění, kterou většinou provází beznaděje a vzdor.
- **Paliativní péče je určena pouze nemocnému členu rodiny.** Paliativní péče je komplexní a zahrnuje celou rodinu. Pracovníci a dobrovolníci hospice se obvykle různě dlouhou dobu věnují i doprovázení pozůstalých jejich zármutkem a pomáhají jim hledat nové jistoty a naděje.
- **Pracovníci hospice mohou pomoci umírání urychlit nebo zpomalit.** Paliativní péče umírání ani neurychluje ani nezpomaluje. Paliativní tým člověka provází na konci jeho života a je připraven svými odbornými znalostmi zvládat příznaky, které umírání provázejí.

⁴ Zpracováno podle výukového materiálu připraveného v rámci řešení projektu ESF CZ 04.1.03/3.2.15.1./085 pro „Kombinovanou formu bakalářského studijního programu ošetřovatelství – všeobecná sestra“, 3. ročník, předmět: Ošetřovatelská péče o nevléčitelně nemocné.

- **Hospice jsou náboženské nebo církevní, přijímání jsou do nich jen věřící.** Hospice jsou často zakládány církevními nebo charitativními organizacemi, neslouží však jen členům církví a víra není podmínkou přijetí do těchto zařízení.

Charta práv umírajícího

Podstatu a východiska péče o lidi v posledním období jejich života a o jejich blízké i právo na poskytnutí péče shrnuje Charta práv umírajících, přijatá Radou Evropy v roce 1999 (Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících).

Znění charty práv umírajícího:

- Mám právo na to, aby se se mnou až do smrti zacházelo jako s lidskou bytostí.
- Mám právo na naději, vůbec nezáleží na tom, zda se mění má životní perspektiva.
- Mám právo vyjádřit pocity a emoce týkající se blízké smrti.
- Mám právo podílet se na rozhodnutích týkajících se péče o mě.
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl „uzdravení“ mé nemoci mění v „zachování pohodlí a kvality života“.
- Mám právo nezemřít opuštěn.
- Mám právo být ušetřen bolesti.
- Mám právo na poctivé odpovědi na mé otázky.
- Mám právo nebýt klamán.
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně.
- Mám právo uchovat si svou individualitu a nebýt souzen pro některá má rozhodnutí, která se přičítá přesvědčení ostatních.

2.7.5 Formy hospicové péče

V souvislosti s péčí o člověka umírajícího hovoříme tedy o tzv. hospicové péči. Ta může dle zdravotního i sociálního stavu klienta nabývat následujících podob:

- **Domácí péče** – probíhá ve vlastním domácím prostředí klienta, zahrnuje laickou péči poskytovanou rodinou a odbornou péči poskytovanou zdravotníky, nejčastěji právě agenturami domácí péče. Je velice důležitá úzká spolupráce s ambulancemi paliativní péče.

- **Ambulantní péče** – doplňuje domácí péči, je určena pro mobilní klienty, umožňuje náročnější odborné intervence.
- **Lůžková péče** – tam, kde sociální podmínky klienta neumožňují důstojnou smrt v domácím prostředí, podílí se na ní multidisciplinární tým odborníků (např. Hospic Anežky České v Červeném Kostelci).

2.8 Domácí zdravotní péče – shrnutí

Rozsah domácí zdravotní péče je velmi široký a jeho realizace závisí vždy na personálním, materiálním a technickém vybavení konkrétní agentury.

Po dohodě s lékařem zajišťují agentury domácí péče všechny odborné zdravotnické výkony, které je možno v domácím prostředí provádět. K nejběžnějším výkonům patří celková kontrola stavu pacienta, kontrola fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu (nejčastěji krve), prevence nebo léčba dekubitů, kontrola hydratace, výživy, péče o pacienty po operacích a úrazech, péče o dlouhodobě a chronicky nemocné, hojení chronických defektů – diabetická noha, bércový vřed, proleženiny, aplikace analgetik, včetně kontinuální aplikace opiátů, aplikace infúzní terapie, parenterální a enterální výživy, výživy do PEGu, péče o onkologické pacienty a péče o umírající pacienty.

Jak bylo v textu naznačeno, nejnáročnější je péče o umírající pacienty a to jak z hlediska odborného, tak i empatického.

3 Sociální péče

Sociální služby definuje zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Dle legislativní definice služby sociální péče: "... napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí" (zákon č. 108/2006 Sb., § 38).

Definice základních termínů sociální péče vyplývajících z příslušných zákonů:

- **Sociální služba** je činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.
- **Nepříznivou sociální situací** se rozumí oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, nebo krizovou sociální situací, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů je třeba řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.
- **Sociálním vyloučením** se rozumí vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.
- **Sociální začleňování** je proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.
- **Přirozeným sociálním prostředím** je chápána rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.

3.1 Definice náležitostí a cílů sociálních služeb

Sociální služby musí naplňovat některé základní charakteristiky, ke kterým patří zejména:

- **Kvalita** - obsah služby naplňuje příslušné standardy a její poskytování odpovídá dobré praxi, přičemž jsou sledovány moderní trendy a vývoj oboru tak, aby poskytované služby odpovídaly současné úrovni poznání.
- **Dostupnost** - služby musí být dostupné informačně (přístup k informacím a jejich srozumitelnost), místně (ve vzdálenosti, kterou klient může překonat), časově (v čase, kdy je klient potřebuje), finančně (pro každého klienta existuje ekonomicky přijatelná varianta služby), architektonicky (v prostředí, které je bezbariérové), psychologicky (nízký práh a přátelské prostředí).
- **Efektivnost** - služba naplňuje deklarované cíle a představuje optimální kombinaci ceny, kvality a potřeby.
- **Individualizace** - služba je „šitá na míru“, je schopná rozpoznávat a přizpůsobovat se potřebám konkrétního jednotlivce.
- **Provázanost** - služby na sebe svým obsahem navazují a doplňují se (vytvářejí systém) a jsou informačně propojeny (vytvářejí síť).
- **Komplexnost** - služby jsou celistvé v čase a místě, reagují na všechny potřeby klienta a na všechny aspekty řešeného problému.

Sociální služby mají legislativně definované cíle:

- **Podpora integrace** - systém svým působením směřuje k začlenění uživatelů do běžného života společnosti, k jejich seberealizaci a uplatnění ve společnosti, čímž předchází jejich sociálnímu vyloučení.
- **Podpora nezávislosti** - systém sociálních služeb usiluje o získání, obnovení či posílení samostatnosti uživatele v největší možné míře a nečiní jej na poskytované službě dlouhodobě závislým.
- **Vyrovňování příležitostí** - systém sociálních služeb napomáhá odstranit znevýhodnění jednotlivců nebo skupin tím, že snižuje omezení plynoucí z jejich sociální situace a doplňuje nástroje umožňující jejich plnou společenskou realizaci.

3.2 Zásady systému sociálních služeb

Hlavní zásadou systému sociálních služeb je, že každá osoba, má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství.

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Poskytovateli sociálních služeb jsou územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu.

Sociální služby a příspěvek na péči jsou poskytovány především (dle zákona č. 108/2006 Sb.):

- osobě, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu;
- osobě, které byl udělen azyl podle zvláštního právního předpisu;
- cizinci bez trvalého pobytu na území České republiky, kterému tato práva zaručuje mezinárodní smlouva;
- občanovi členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu po dobu delší než 3 měsíce, nevyplývá-li mu nárok na sociální výhody z přímo použitelného předpisu Evropských společenství;
- rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle zvláštního právního předpisu po dobu delší než 3 měsíce, nestanoví-li přímo použitelný předpis Evropských společenství jinak;
- cizinci, který je držitelem povolení k trvalému pobytu s přiznaným právním postavením dlouhodobě pobývajícího rezidenta v Evropském společenství na území jiného členského státu Evropské unie.

3.3 Druhy sociálních služeb

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

A) Sociální poradenství

Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

B) Služby sociální péče

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.

C) Služby sociální prevence

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

3.4 Formy sociálních služeb

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní:

- **Pobytové služby** jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
- **Ambulantní služby** jsou služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.
- **Terénní služby** jsou služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

3.5 Základní činnosti při poskytování sociálních služeb

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:

- 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,
- poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- sociální poradenství,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- telefonická krizová pomoc,
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Základní činnosti uvedené u jednotlivých druhů sociálních služeb jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni vždy zajistit. Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti.

Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a maximální výše úhrad za poskytování některých sociálních služeb jsou uvedeny ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

3.5.1 Příklady sociálních služeb - pečovatelská služba:

Základní činnosti při poskytování pečovatelské služby se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

A) Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,

3. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru;
4. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík.

B) Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
3. pomoc při použití WC.

C) Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

1. zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování;
2. dovoz nebo donáška jídla,
3. pomoc při přípravě jídla a pití,
4. příprava a podání jídla a pití; tato základní činnost může být zajišťována jen v rozsahu úkonů podle bodů 3 a 4.

D) Pomoc při zajištění chodu domácnosti:

1. běžný úklid a údržba domácnosti,
2. údržba domácích spotřebičů,
3. pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezonního úklidu, úklidu po malování;
4. donáška vody,
5. topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení;
6. běžné nákupy a pochůzky,
7. velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti;
8. praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy;
9. praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy.

E) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři a doprovázení zpět,
2. doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět.

3.5.2 Příklady sociálních služeb - domovy pro seniory

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:

A) Poskytnutí ubytování:

1. ubytování,
2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení.

B) Poskytnutí stravy:

1. zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel.

C) Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
2. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
3. pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
4. pomoc při podávání jídla a pití,
5. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru.

D) Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
3. pomoc při použití WC.

E) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,
2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob.

F) Sociálně terapeutické činnosti:

1. sociálně-terapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

G) Aktivizační činnosti:

1. volnočasové a zájmové aktivity,
2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím,

3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

H) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

3.6 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnutí základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.

Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti, pokud jí tuto pomoc poskytuje **osoba blízká nebo asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru sociálních služeb, nebo dětský domov, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu;** nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu.

Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku. O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce. Příspěvek na péči není kompenzací postižení, ale uznanou závislostí jednice na službě. Finanční vyjádření příspěvku poté slouží především pro nákup odpovídajících služeb, které závislost dokáže zmírnit, odstranit.

Z výše napsaného plyne, že sociální péči poskytuje:

- osoba blízká nebo asistent sociální péče;
- registrovaný poskytovatel sociálních služeb;
- dětský domov;
- hospic.

3.6.1 Určení stupně závislosti

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost klienta zvládat tyto základní životní potřeby (dle vyhlášky č. 505/2006):

a) **Mobilita:** Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzí po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

b) **Orientace:** Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

c) **Komunikace:** Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

d) **Stravování:** Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.

e) **Oblékání a obouvání:** Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

f) **Tělesná hygiena:** Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

g) **Výkon fyziologické potřeby:** Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

h) **Péče o zdraví:** Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetřovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

i) **Osobní aktivity:** Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

j) **Péče o domácnost:** Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek.

Schopnost zvládat základní životní potřebu uvedenou v písm. h) se hodnotí ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem.

Schopnost zvládat základní životní potřebu uvedenou v písm. j) se nehodnotí u osob do 18 let věku.

Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby; přitom se nepřihlíží k pomoci, dohledu nebo péči, která nevyplývá z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu Funkční schopnosti se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku.

Osoba do 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby:

- a) **stupeň I (lehká závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **tři** základní životní potřeby;
- b) **stupeň II (středně těžká závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **čtyři nebo pět** základních životních potřeb;
- c) **stupeň III (těžká závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **šest nebo sedm** základních životních potřeb;

- d) **stupeň IV (úplná závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **osm nebo devět** základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby:

- a) **stupeň I (lehká závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **tři nebo čtyři** základní životní potřeby;
- b) **stupeň II (středně těžká závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **pět nebo šest** základních životních potřeb;
- c) **stupeň III (těžká závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **sedm nebo osm** základních životních potřeb;
- d) **stupeň IV (úplná závislost)**, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat **devět nebo deset** základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

3.6.2 Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku pro osoby **do 18 let věku** činí za kalendářní měsíc:

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 6 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Výše příspěvku pro osoby **starší 18 let** činí za kalendářní měsíc:

- a) 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

3.6.3 Řízení o příspěvku na péči

Řízení o přiznání příspěvku se zahajuje na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném ministerstvem Krajské pobočce Úřadu práce.

Žádost o příspěvek musí, kromě náležitostí stanovených správním řádem, dále obsahovat:

- a) označení fyzické nebo právnické osoby, která osobě poskytuje nebo bude poskytovat pomoc, rozsah pomoci a písemný souhlas fyzické nebo právnické osoby s jejím poskytováním,
- b) určení, jakým způsobem má být příspěvek vyplácen.

Krajská pobočka Úřadu práce provádí pro účely posuzování stupně závislosti **sociální šetření**, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí. Sociální šetření provádí sociální pracovník. O provedeném sociálním šetření vyhotovuje sociální pracovník písemný záznam, který na požádání předkládá posuzované osobě.

Krajská pobočka Úřadu práce **zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby**; součástí této žádosti je písemný záznam o sociálním šetření a kopie žádosti osoby o příspěvek.

Při posuzování stupně závislosti osoby **vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem**, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře.

O příspěvku na péči rozhoduje **Krajská pobočka Úřadu práce**.

3.6.4 Kontrola využívání příspěvku na péči

Kontrolu provádí zaměstnanci státu, kteří jsou zařazeni k výkonu práce v krajské pobočce Úřadu práce. Mohou vstupovat do obydlí, v němž osoba žije, jsou povinni se prokázat služebním průkazem.

Příspěvek na péči **NENÍ** určen na úhradu doplatků za léky, výdaje spojené s chodem domácnosti, nejedná se o „přilepšení“ např. k důchodu.

Příspěvek na péči **JE** určen k zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci při zvládnutí základních životních potřeb osob.

3.7 Poskytovatelé sociálních služeb

Sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, není-li v § 83 a 84 stanoveno jinak; toto oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci.

A) Registrace sociálních služeb

O registraci rozhoduje krajský úřad příslušný podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu fyzické osoby nebo sídla právnické osoby, popřípadě podle umístění organizační složky zahraniční právnické osoby na území České republiky; v případě, že zřizovatelem poskytovatele sociálních služeb je ministerstvo, rozhoduje o registraci toto ministerstvo.

Podmínkou registrace je:

- podání písemné žádosti o registraci, která obsahuje potřebné náležitosti;
- bezúhonnost a odborná způsobilost všech fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby;
- zajištění hygienických podmínek, jsou-li sociální služby poskytovány v zařízení sociálních služeb;
- vlastnické nebo jiné právo k objektu nebo prostorám, v nichž budou poskytovány sociální služby;
- zajištění materiálních a technických podmínek odpovídajících druhu poskytovaných sociálních služeb;
- skutečnost, že na majetek fyzické nebo právnické osoby, která je žadatelem o registraci, nebyl prohlášen konkurs nebo proti ní nebylo zahájeno konkursní nebo vyrovnací řízení anebo nebyl návrh na prohlášení konkursu zamítnut pro nedostatek majetku.

Za bezúhonného se pro účely tohoto zákona považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen pro úmyslný trestný čin, ani trestný čin spáchaný z nedbalosti v souvislosti s vykonáváním činností při poskytování sociálních služeb nebo činností s nimi srovnatelných, anebo ten, jehož odsouzení pro tyto trestné činy bylo zahlazeno nebo se na něj z jiných důvodů hledí, jako by nebyl odsouzen.

Odborná způsobilost se posuzuje podle podmínek pro výkon sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách, případně zdravotnického pracovníka (dle § 110 odst. 4 a 5, § 116 odst. 5 a § 117).

Rozhodnutí o registraci obsahuje:

- označení poskytovatele sociálních služeb s uvedením údajů podle § 79 odst. 5 písm. a), b) nebo c);
- název a místo zařízení nebo místo poskytování sociálních služeb;
- druhy sociálních služeb, které budou poskytovány;
- okruh osob, kterým budou sociální služby poskytovány;
- údaj o kapacitě poskytovaných sociálních služeb.

3.8 Výkon sociálních služeb

V sociálních službách vykonávají odbornou činnost:

- sociální pracovníci,
- pracovníci v sociálních službách,
- zdravotničtí pracovníci,
- pedagogičtí pracovníci.

A) Sociální pracovník

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Zaměstnanci obcí a krajů, zaměstnanci státu a zaměstnanci poskytovatelů sociálních služeb jsou povinni zachovávat mlčenlivost o údajích týkajících se osob, kterým jsou poskytovány sociální služby nebo příspěvek, které se při své činnosti dozvědí, tato povinnost trvá i po skončení pracovního vztahu.

Povinnost mlčenlivosti stanovená platí obdobně pro fyzické osoby, které jsou poskytovateli sociálních služeb nebo se jako přizvaní odborníci účastní inspekce anebo při poskytování sociálních služeb působí jako dobrovolníci.

B) Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává:

- a) **přímou obslužnou péčí** o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,
- b) **základní výchovnou nepedagogickou činnost** spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,
- c) **pečovatelskou činnost** v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,
- d) **pod dohledem sociálního pracovníka** činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Podmínkou výkonu činnosti každého pracovníka v sociálních službách je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.

3.8.1 Kvalifikace sociálních pracovníků

Minimální potřebnou kvalifikací pro výkon povolání je „kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách“.

Minimální rozsah kurzu je celkem 150 výukových hodin, přičemž zvláštní část kurzu činí minimálně 80 výukových hodin. Počet výukových hodin jednotlivých tematických okruhů zvláštní části kurzu se stanoví s přihlédnutím k odbornému zaměření účastníků kurzu, jejich pracovnímu zařazení a druhu sociální služby, kterou poskytují.

Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníkovi v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci.

3.9 Financování sociálních služeb

Sociální služby se poskytují osobám bez úhrady nákladů nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů. Úhradu nákladů za poskytování sociálních služeb hradí osoba ve výši sjednané ve smlouvě uzavřené s poskytovatelem služby podle § 91 zákona.

Dle vyhlášky č. 505/2006 Sb. se poskytovatel sociální služby může dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s manželem (manželkou), rodiči nebo dětmi osoby, které je sociální služba poskytována, pokud tato osoba nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů. Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a maximální výše úhrad za poskytování některých sociálních služeb.

Dotace ze státního rozpočtu se poskytuje na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru.

Dotace se poskytuje k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb. Dotace ze státního rozpočtu je poskytována prostřednictvím rozpočtu kraje. Podle tohoto ustanovení se postupuje do 31. prosince 2013.

Od 1. ledna 2014 bude ministerstvo podle zvláštního právního předpisu poskytovat krajům ze státního rozpočtu účelovou dotaci na financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním základních druhů a forem sociálních služeb v rozsahu stanoveném základními činnostmi u jednotlivých druhů sociálních služeb (rozhodnutí Komise EU - 2012/21/EU).

4 Propojení zdravotní a sociální péče

Zabýváme-li se zde domácí péčí, je pro potřebné klienty/pacienty ideální spojení domácí zdravotní péče (kapitola 1) a terénních sociálních služeb (kapitola 2). Obojí je poskytováno ve vlastním sociálním prostředí klienta, a klade tudíž na možnosti pacienta minimální nároky. Zároveň by mu mělo být maximálně blízké a přitom i maximálně efektivní.

Jedním z trendů, který je v posledních letech uváděn do praktického života v evropských zemích, je stírání resortních rozdílů při poskytování sociálních a zdravotních služeb na místní úrovni. V zemích Evropské unie nejsou pod pojmem sociální služby zpravidla chápány pouze sociální služby v pojetí, které je uplatňováno v našem právním řádu. Jejich pojetí je podstatně širší a zahrnuje oblasti: zdravotnictví, sociální ochrany jednotlivců, rodin a skupin, bydlení a zaměstnanosti.

Při poskytování těchto služeb v naší zemi v současné době existuje řada překážek. Současně dochází k vzájemnému poskytování sociálních služeb zdravotnickými zařízeními a opačně zdravotních služeb ústavy sociální péče, bez vyřešení adekvátního způsobu jejich vzájemného financování. Na místní úrovni často nedochází ke koordinaci poskytování obou forem péče.

Tyto trendy, které jsou podmíněny nutností zabezpečit přiměřený komfort života v nemoci, jsou doprovázeny hledáním možností transformace celé oblasti zdravotních a sociálních služeb, které jsou pro občany zabezpečovány.

V zájmu zvýšení dostupnosti domácí péče, informovanosti a edukace klientů a jejich blízkých, motivace ošetřujících lékařů a státní správy a samosprávy k integraci sociální a zdravotní péče poskytované v přirozeném prostředí klientů, byla navržena velice široká škála řešení. Ta se zabývají jak lokálními problémy a stížnostmi na zdravotní pojišťovny, ošetřující lékaře nebo omezenou dostupnost domácí péče v místě i čase, tak i návrhy na globální řešení podpory rozvoje domácí péče v České republice. Mezi nejčastěji zmiňované návrhy pro zlepšení dostupnosti domácí péče patří:

- integrace zdravotní a sociální péče v systému domácí péče,
- zpracování koncepce domácí péče,
- vytvoření legislativního rámce pro integrované formy péče v komunitě,

- vylepšení motivace ošetřujících lékařů k indikaci domácí zdravotní péče,
- změna v motivaci klientů,
- potřeba rozšíření sítě, personální kapacity a zlepšení dostupnosti domácí péče, a to i pro klienty v obtížně dostupných lokalitách,
- změna výše hodnoty a způsobu financování domácí péče (integrace zdrojů financování),
- zlepšení informovanosti o systému domácí péče (medializace domácí péče),
- zajištění edukace klientů v oblasti sebepéče a vzájemné péče,
- zohlednění mezioborového přístupu při poskytování domácí péče,
- zlepšení regionální koordinace při poskytování domácí péče a sociálních služeb.

Závěrem bych chtěla podotknout, že pro pacienty je nejvýhodnější, pokud se péče nerozděluje na sociální a zdravotní - tedy tzv. komplexní domácí péče. Obzvláště potom v oblasti domácí péče musí existovat fungující spolupráce, aby se z ní nevytrácel samotný člověk, který je závislý na péči a sám nedokáže rozlišit, co je zdravotní a co sociální služba. V mnohých případech z praxe to nedokáže specifikovat ani poskytovatel.

5 Závěr - kazuistika

Příkladem „komplexní domácí péče“ je následující kazuistika, která může zároveň posloužit jako shrnutí probrané tematiky.

Panu M. P. je 60 let, pobírá invalidní důchod a příspěvek na péči.

Míra jeho závislosti na péči druhé osoby je těžká. Kvůli svému poškození míchy po skoku do mělké vody v 16 letech je trvale upoutaný na lůžko a má ochrnuté všechny čtyři končetiny.

Má funkční inkontinenci moče, pro časté infekce močových cest nemůže mít zaveden permanentní katétr, proto k vyprazdňování moče používá kondomový urinál. Je nutné ho obden vyměňovat, což zajišťují zdravotní sestry z terénní ošetrovatelské péče. Ty se mu také starají o dekubity v sakrální oblasti a na hýždí, které vznikly vlivem tlaku při dlouhodobém upoutání na lůžko. Dekubity je nutné převazovat každý den, důležité je u klienta též polohování, zdravotní ošetření pokožky a prevence vzniku dalších dekubitů. Je alergický na náplast, proto se musejí používat náplasti speciální, hypoalergenní.

Klient má velké potíže s vyprazdňováním stolice. Pitný režim se snaží bedlivě dodržovat, ale vlivem minimálního pohybu a zpomalené peristaltiky trpí na velmi časté zácpy. Opakovaně je proto velmi často hospitalizován, většinou musí dojít k digitálnímu vybavení stolice. Při poslední hospitalizaci mu byla nabídnuta možnost kolostomie, což klient radikálně odmítl.

Před rokem mu zemřela matka, která o něj celý život pečovala, a proto nyní žije sám v domě s pečovatelskou službou, v garsoniéře upravené pro potřeby vozíčkáře. Má jednu sestru, ale ta žije ve své domácnosti s manželem a dětmi. Snaží se za bratrem pravidelně dle možností docházet.

Dříve pracoval jako dispečer v neziskové organizaci.

Pan M. P. je spíše menší postavy, když je to možné, využívá k pohybu po bytě i venku motorový invalidní vozík, který se naučil ovládat. K přesunu do vozíku však potřebuje pomoc druhé osoby.

Zřejmě důsledkem svého celoživotního postižení je pán spíše „morous“, mívá často deprese a někdy bývá na své okolí i zlý. Péči od zdravotních sester i pečovatelek vyžaduje perfektní, musí vždy mít vše přesně, jak si řekne, v tomto směru nepřipouští žádné diskuse.

A) Rozbor zdravotního stavu a sociální situace klienta

Klient: pan M. P.

Pohlaví: muž

Věk: 60 let

Zdravotní anamnéza:

Po těžkém úraze v 16 letech s poraněním páteře a míchy je plně invalidní, má ochrnuté všechny 4 končetiny a je trvale upoutaný na lůžko. K pohybu po bytě i venku využívá motorový invalidní vozík. K přesunu na něj potřebuje však pomoc druhé osoby.

Trpí funkční inkontinencí moče, poruchou vyprazdňování stolice v důsledku minimální možnosti pohybu, má dekubity v oblasti křížové (sacrum) a na hýždí v důsledku trvalého upoutání na lůžko. Dále je alergický na náplast.

Sociální anamnéza:

Po smrti své matky žije sám v domě s pečovatelskou službou - bezbariérová garsoniéra.

Má sestru, která žije ve své domácnosti s manželem a dětmi, za bratrem podle svých možností občas dochází.

Úklid bytu, stravu, osobní hygienu a další běžné každodenní potřeby zajišťuje pečovatelka.

Pracovní anamnéza:

Dříve pracoval jako dispečer v neziskové organizaci, nyní je v důchodu.

Klient pobírá invalidní důchod a příspěvek na péči.

Závislost na péči druhé osoby:

Stupeň č. IV - úplná závislost

B) Plán ošetřovatelské péče

Ošetřovatelská péče je zajišťována sestrou **domácí zdravotní péče**.

Rozsah péče:

- **Každý den:** ošetřování a prevence dekubitů, polohování a ošetřování pokožky, (nutné používání hypoalergenních náplastí!), péče o dostatečný pitný režim klienta.
- **Obden:** výměna kondomového urinálu (pro časté infekce močových cest nelze používat permanentní močový katétr k řešení funkční inkontinence moče).

Tato péče je opakovaně vyžádána praktickým lékařem klienta, který vystaví příslušný Poukaz na péči. Následně je péče hrazena agentuře domácí zdravotní péče **z veřejného zdravotního pojištění klienta.**

Ošetrovatelská péče je doplňována nutnou občasnou hospitalizací k řešení problémů s vyprazdňováním stolice. Klient radikálně odmítl kolostomii, proto v rámci hospitalizace většinou dochází k manuálnímu vybavení stolice.

C) Plán sociální péče

Sociální péče je zajišťována **pečovatelkou (pracovnicí sociální služby)**. Sociální pracovnice dochází do bytu klienta 3x denně, celkem v rozsahu 5 hodin.

Pečovatelka zajišťuje péči o domácnost klienta, stravu, hygienickou péči a další běžné každodenní potřeby klienta (nákupy, zajištění léků atd.). Součástí je i přesun klienta na invalidní vozík a tím umožnění jeho pohybu po bytě i venku. Invalidní vozík klient umí sám ovládat.

Tato péče je hrazena klientem převážně **z příspěvku na péči.**

D) Shrnutí

U klienta, pana M. P., můžeme hovořit o tzv. "**komplexní domácí péči**".

Je mu poskytována zdravotní péče i sociální služby současně v jeho vlastním domácím prostředí. Obě tyto služby umožňují i přes velmi těžké zdravotní postižení a závislost klienta jeho maximálně možné zapojení do "běžného života".

Pan M. P. nemusí být trvale umístěn v žádném ústavu zdravotní ani sociální péče a je mu tak umožněn každodenní kontakt s jeho blízkými - sestrou a její rodinou a dalšími přáteli.

6 Literatura

- COPELAND, John R, Mohammed T ABOU-SALEH a Dan G BLAZER. *Principles and practice of geriatric psychiatry*. 2nd ed. New York: Wiley, c2002, xviii, 809 p. ISBN 04-719-8197-4.
- HOLEKSOVÁ, Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního člověka a zcela imobilního člověka doma*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 91 s., il. ISBN 80-247-0212-6.
- IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství 1*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
- JAROMÍRA NOVOTNÁ, Jana Uhrová. *Ošetrovatelství 1-3: pro střední zdravotnické školy, obor zdravotnický asistent*. Praha: Fortuna, 2007. ISBN 80-716-8987-4.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-2150-3.
- KESSLER, Elisabeth Kübler-Ross and David. *Life lessons: two experts on death and dying teach us about the mysteries of life and living*. 1st Touchstone ed. New York: Simon, 2001. ISBN 978-068-4870-755.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry: učební text pro sestry v komunitní péči*. Vyd. 1. Editor Marie Marková. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, 152 s. ISBN 978-80-7013-499-3.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Komunitní sestra v domácí péči: e-learningový kurz*. NCONZO BRNO, 2011.
- LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetroující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1784-0.
- MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Úvod do ošetrovatelství: systémový přístup*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 187 s. ISBN 80-246-0429-9.

- MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající - hospicová péče*. Česko: Národní centrum domácí péče České republiky, 1998, 96 s. ISBN 80-239-1915-6.
- MISCONIOVÁ, Blanka. *Stručný průvodce domácí péče*. 1. vyd. Praha: Asociace domácí péče, 1998, 270s.
- MISCONIOVÁ, Blanka, Helena VOSTROVSKÁ a Ladislav PRŮŠA. *Integrovaná domácí sociálně zdravotní péče: studie zpracovaná v rámci projektu Vybrané sociálně ekonomické otázky poskytování sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2003, 20, vi s. ISBN 80-239-0959-2.
- O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- POCHYLÁ, Karla. *Koncepce českého ošetrovatelství: základní terminologie*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 49 s. České ošetrovatelství. ISBN 80-701-3420-8.
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 158 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.
- RICHARDS, Ann a Sharon EDWARDS. *Repetitorium pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. české. Překlad Simona Šeclová. Praha: Grada, 2004, 376 s. ISBN 80-247-0932-5.
- SAGIT. *Sociální zabezpečení 2012*. 2012, číslo 879. ISBN 978-80-7208-900-0.
- SEIFERT, Bohumil. *Primární péče. Praktické lékařství: výukový text pro studenty magisterského studia lékařství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 156 s. ISBN 80-246-0883-9.
- SLÁMA, Ondřej. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: [s.n.], 2007. ISBN 978-807-2625-055.
- SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011, 363 s. ISBN 978-807-2628-490.
- STANHOPE a LANCASTER. *Community and Public Health Nursing*. 6th ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 2004. ISBN 978-032-3022-408.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 353 s. ISBN 80-246-1091-4.

VORLÍČEK, Jiří. *Paliativní medicína*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 480 s. ISBN 80-716-9437-1.

VORLÍČEK, Jiří, Jitka ABRAHÁMOVÁ a Hilda VORLÍČKOVÁ. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada., 2006, 328 s. Sestra. ISBN 80-247-1716-6.

Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů

Vyhláška č. 331/2007 Sb., (obsahuje Seznam zdravotních výkonů)

ZAREMBA, V. *Nemocnost chronickými chorobami ve vysokém věku*. Praha: Praktický lékař, 1991. ISBN 80-8456-789-0

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v aktuálním znění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

7 Rejstřík

A

Agentury domácí péče, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 22, 37

B

Barthelův test základních denních aktivit, 27

D

Domácí zdravotní péče, 3, 7, 8, 11, 14, 17, 20, 21, 22, 37, 54, 55, 57, 58

F

Faktory rozvoje zdravotní domácí péče, 3, 8

Formy hospicové péče, 3, 36

Formy sociálních služeb, 3, 41

H

Hodnocení rizika pádu, 28, 30

Hodnocení rizika vzniku dekubitů, 28

Hospic, 32, 37, 45

Hospicová péče, 31, 60

Ch

Charta práv umírajícího, 36

I

Indikace zdravotní domácí péče, 7, 21

K

Komplexní domácí péče, 5, 55, 56

Komunikace, 25, 26, 59

M

Multidisciplinární tým, 37

Mýty o umírání, 3, 34

O

Odborná zdravotní péče, 8

Okruhy a způsoby vyšetření stavu pacienta, 23

P

Paliativní péče, 3, 31, 32, 34, 35, 36, 60
moderní, 32

Poskytovatelé sociálních služeb, 3, 41, 42, 50

Pracovník v sociálních službách, 52

Příspěvek na péči, 3, 22, 40, 45, 49, 56, 57

Psychická podpora, 34

S

Soběstačnost, 16, 23, 38, 41

Sociální péče, 3, 4, 5, 8, 11, 14, 38, 41, 45, 51, 54, 58

Sociální poradenství, 41, 42, 51

Sociální prevence, 41, 51

Sociální služby, 38, 39, 40, 41, 50, 51, 53, 54, 58

Specializovaná zdravotní péče, 8

T

Test instrumentálních všedních činností, 29

Test kognitivních funkcí, 24

V

Výhody zdravotní domácí péče, 8

Z

Základní zdravotní péče, 8

Základní životní potřeby, 46, 47, 48

Zdravotní sestra v systému zdravotní DP, 16

Redakční rada Edice texty k sociální práci:

Mgr. Karel Bauer; Mgr. Radka Janebová, Ph.D.; PhDr. Martin Smutek, Ph.D.;
Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.



Řada: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce – sv. 5

Název: **Domácí péče**

Rok a místo vydání: 2013, Hradec Králové

Vydání: první

Náklad: 200

Vydalo nakladatelství Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové jako svou 1236. publikaci.

ISBN 978-80-7435-296-6