

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Výzvy v práci sestry domácí péče

Nela Šindlerová

**Bakalářská práce
2011**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nela ŠINDLEROVÁ**
Osobní číslo: **Z08194**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Výzvy v práci sestry domácí péče**
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení podmínek, metod, hypotéz a cílů práce.
3. Vytvoření dotazníku.
4. Výběr vhodných respondentů a rozdání dotazníků.
5. Analýza a interpretace získaných dat.
6. Závěr a zhodnocení.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
2. HANZLÍKOVÁ, Alžběta, et al. Komunitní ošetřovatelství. 1. vyd. [s.l.] : Osveta, 2007. ISBN 80-8063-257-1.
3. JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetřovatelství. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
4. KRÁTKÁ, Anna; ŠILHÁKOVÁ, Gabriela. Ošetřovatelství v komunitní péči. 1. vyd. Zlín : Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978-80-7318-726-2.
5. ŠAMÁNKOVÁ, Marie, et al. Základy ošetřovatelství. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.


Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Marie Hledíková**
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **2. května 2011**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 15. února 2011

Prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č.121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladu, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Olomouci dne 23.4. 2011

Nela Šindlerová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí Mgr. Marii Hledíkové za rady a cenné připomínky, které mi velmi pomohly při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat sestřám z agentur domácí péče za vyplnění dotazníku, který sloužil k vypracování výzkumné části práce.

Anotace

Moje bakalářská práce se zabývá problematikou práce sester v domácí péči, se zaměřením pohledu sester domácí péče na tuto situaci.

Teoretická část shrnuje teoretické poznatky jako charakteristika historie domácí péče, komplexní domácí péče, zřizovatelé a financování domácí péče a personální zajištění domácí péče.

Ve výzkumné části práce byl použit jako nástroj výzkumu dotazník. Výzkumná část obsahuje výsledky šetření v grafickém znázornění a písemné formě.

Klíčová slova

Komplexní domácí péče, sestra domácí péče, agentura domácí péče, syndrom vyhoření

Title: Nurse's work challenges in home care

Anotace

My thesis is dealing with nursing home care focused on how home care nurses view this situation.

The theoretical part summarizes the theoretical knowledge as characteristic of the history of home care, comprehensive home care, founders, and funding of home care and staff who provides home care.

The research used in our study was tool questionnaire on practical part. The research section contains the survey results in the graph and written form.

Keywords

Comprehensive home care, home care nurse, home care agencies, burn - out

OBSAH:

Úvod	9
Cíle práce	9
I Teoretická část	10
1 Historie domácí péče	10
1.1 Vznik domácí péče	10
1.2 Vývoj domácí péče v České republice	11
2 Domácí péče	14
2.1 Definice domácí péče	14
2.2 Komplexní domácí péče	14
2.3 Principy ovlivňující kvalitu domácí péče	15
2.3.1 Princip komplexnosti	15
2.3.2 Princip akceptování lidských práv a motivace klienta k jejich uplatnění.....	15
2.3.3 Princip skutečné obnovy zdraví společnosti	16
2.3.4 Princip standardizace postupu v komplexní domácí péči	16
2.3.5 Princip kontinuálního vzdělání členů týmu komplexní domácí péče.....	16
2.4 Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče	17
2.4.1 Vzdávající ekonomický tlak	17
2.4.2 Stárnutí populace	17
2.4.3 Změny struktury role v rodině.....	17
2.4.4 Vzdávající poptávka veřejnosti po poskytování služeb v domácnosti	17
2.4.5 Rozvoj moderní technologie	18
2.5 Výhody domácí péče	18
2.6 Cíle domácí péče	18
2.7 Formy domácí péče	19
2.7.1 Domácí péče jako péče rodiny a jedince o své zdraví.....	19
2.7.2 Domácí péče jako péče v návštěvní službě ošetřujících lékařů a sester	19
2.7.3 Domácí péče jako domácí hospitalizace	19
2.7.4 Domácí hospicová péče	20
2.7.5 Domácí péče jako integrovaná základní sociální a zdravotní péče	20
2.7.6 Domácí péče – jako idea České komplexní domácí péče.....	20
3 Zřizovatelé a financování domácí péče	21
3.1 Zřizovatelé domácí péče	21
3.2 Financování domácí péče	21
4 Personální zajištění domácí péče	22
4.1 Personální zabezpečení	22
4.2 Práce sestry v domácí péči	22
4.2.1 Přímá péče.....	23
4.2.2 Nepřímá péče	23
5 Vymezení pojmů	24
5.1 Supervize	24
5.2 Teambuilding	24
5.3 Syndrom vyhoření „burn-out“	25
5.3.1 Prevence syndromu vyhoření	25

II	Výzkumná část	27
1	Výzkumné záměry	27
2	Metodika	28
3	Interpretace výsledků	29
4	Diskuze	43
	Závěr	46
	Použitá literatura	48
	Seznam příloh.....	50
	Seznam obrázků.....	62
	Seznam tabulek	62
	Seznam zkratk	63

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma výzvy v práci sestry domácí péče, protože si myslím, že práce sester v domácí péči není snadná. V dnešní době je domácí péče stále častěji diskutované téma.

Nejvíce se hovoří o pozitivním dopadu, jak pro klienta a jeho léčbu, tak pro nižší finanční náročnost léčby. Najdeme jen málo zmínek o náročnosti práce sestry domácí péče. Málokdo si uvědomuje co práce v agenturách domácí péče obnáší, jaké problémy sestry řeší a jak se k sestrám chovají klienti, lékaři a také zaměstnavatelé, tedy agentury domácí péče.

Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části jsem zmínila historii domácí péče, definici domácí péče, komplexní domácí péči. Dále pak formy domácí péče, financování a zřizovatelé domácí péče a neposlední řadě i personální zajištění agentur domácí péče s důrazem na práci sestry v domácí péči.

Výzkumná část se zabývá analýzou dat získaných pomocí dotazníku. Výsledky jsou zpracovány jednotlivě do tabulek nebo grafů. Výzkumu se zúčastnily sestry agentur domácí péče.

Cíle práce

Cílem mé bakalářské práce bylo sumarizovat informace o tématu domácí péče, komplexní domácí péče a práci sestry v domácí péči.

Zjistit jaké pracovní zázemí poskytují agentury domácí péče sestrám.

Zjistit s jakými problémy se sestry domácí péče setkávají při své práci.

I Teoretická část

1 Historie domácí péče

1.1 Vznik domácí péče

Domácí péče je přirozený způsob péče o člověka, která existuje od nejstarších dob. V domácnostech se rodilo, léčilo a umíralo za účasti všech členů rodiny. Domácí péče byla jedinou formou péče vzhledem k úrovni medicínských poznatků.

Moderní koncept domácí péče vznikl v Anglii v r. 1859, jejímž zakladatelem byl Viliam Rathbon. Na tuto myšlenku přišel v době, kdy mu umírala manželka na zhoubnou chorobu. Společně s Florence Nightingalovou založili první školu pro sestry návštěvní služby, které poskytovaly ošetrovatelskou péči chudým a nesoběstačným nemocným.

První pokusy o poskytování domácí péče podle pokynů lékaře začali v roce 1885 v Buffalu v Americe.

V roce 1887 vznikla ve Philadelphii společnost domácí péče a v roce 1888 v Bostonu oblastní asociace domácí péče.

V roce 1893 byla zřízena ošetrovatelská služba pod záštitou Ministerstva zdravotnictví pod vedením Lilian Waldové a Mary Brewsterové, které založily školu se zaměřením na péči v domácnosti.

V Evropě nastal prudký rozvoj domácí péče koncem 19. století a byla zaměřena především na péči poskytovanou starým lidem. Pouze v Holandsku se péče poskytovala všem, bez ohledu na věk – od narození po smrt.

K myšlence návratu domácí péče dochází v Evropě (Francie, Finsko, Lucembursko, Lichtenštejnsko, Belgie, Dánsko, Švýcarsko, Švédsko, Rakousko, Anglie, Itálie, SRN) na počátku 70. let 20. století, kdy se hledaly možnosti na snížení nákladů na ošetrovatelskou péči. Jedna z možností byla domácí péče.

Vlády jednotlivých zemí hledají prostřednictvím odborníků východiska v řešení nejen problém těchto problémů – prognostici hlásí zvyšování počtu osob závislých na pomoci druhé osoby a stárnutí populace. V každé z uvedených zemí je domácí péče tvořena rozdílným podílem zdravotní a sociální péče, či pomoci. Ve všech těchto zemích hraje nezastupitelnou

roli obec. Prostřednictvím domácí péče tvoří a modeluje komunální politiku zdraví a sociální péče.

Východisko mnoha odborníků se nachází v preferenci primární péče a domácí péče. Světová zdravotnická organizace v roce 1977 v Alma Atě vyhláší program „Zdraví pro všechny do roku 2000“.

Domácí péče se liší podle geografické formy. Severská forma domácí péče se orientuje na servis, který přichází od státu, vládních nebo nevládních organizací, vlastní účasti rodiny a příbuzenstva, kterou tuto péči doplňuje. Jižní forma domácí péče s tradicí, kde si pomáhají všichni členové rodiny, vzájemnou laickou pomocí a servis státu tuto péči doplňuje. Česká forma domácí péče má hluboké historické kořeny. (4, 8)

1.2 Vývoj domácí péče v České republice

Řeholnické řády poskytovali služby v rodinách i špitálech. V Českých zemích to byly například v počátku 20. století Řád svatého ducha, Johanitky, Alžbětinky, Milosrdní bratři, Křížovníci s červenou hvězdou a Klarisky.

V Praze v 15. století vykonávaly opatrovnictví v domácnostech speciálně vyškolené diakonky, které nemocné myly, praly jim prádlo a opatrovaly je. Za vlády Marie Terezie (1740-1780) dochází ke zlepšení péče o poddané v sociální sféře. Staví se útulky, zakládají se spolky pro ochranu a pomoc potřebným. V domácí péči se začíná projevovat charitativní i odborná stránka.

V době národního obrození dochází k podpoře sociální i odborné péče pro všechny obyvatele bez rozdílu. Tuto myšlenku podporují například Karolína Světlá, Eliška Krásnohorská. Roku 1874 je z jejich iniciativy založena první ošetrovatelská škola. V roce 1919 je za pomoci Alice Masarykové založen Československý červený kříž. V období první republiky dochází ke zvyšování nákladů na ošetřování v nemocnicích a snaze zlepšit úroveň zdravotnictví, tyto daly vznik důvody daly vznik myšlenky „odborné ošetrovatelské pomoci v domácnosti“. (3, 4)

Protože žádná z existujících škol plně nevyhovovala charakteru domácí péče, byla při Státním zdravotním ústavu založena Masarykova škola zdravotní a sociální péče.

Na sjezdu Spolku diplomovaných sester byly definovány tři klíčové úkoly sociálně zdravotní péče: ošetrovatelský, sociální a lidovýchovný. Byl navržen obsah práce sestry a její funkce mezi rodinou a sociálně zdravotními institucemi, úřady a školami. Jeden z nových

oborů byl výchova sester v ošetrovatelské péči a zdravotních služeb v rodině. Po roce 1948 se ošetrovatelství stalo více technické a započala medicinalizace.

Od 19. srpna 1952 podle zákona na sebe přebírá stát odpovědnost za provádění domácí péče podle zákona 103/1951. domácí péče je začleněna do zdravotní péče, která je poskytována ve zdravotních obvodech. Péči poskytují především sestry geriatrické. (3)

Po roce 1989 nastává zlom v poskytování zdravotní péče. Je to období reformy struktury, řízení a financování zdravotnictví. Reforma zdravotnictví je nejobtížnější proces. Projekt SZO – Zdraví pro všechny do roku 2000 se zaměřuje na zájem jedince o své zdraví, a také zahrnuje i problematiku ozdravení celé společnosti pomocí preventivních a edukačních programů. (4, 8)

V říjnu roku 1991 se ve francouzském Strasburgu koná první evropský kongres Domácí péče, na kterém se mezi stovkami účastníků ze všech zemí světa najdou i dvě účastnice z České republiky.

Kongres se stává odrazovým můstkem pro spuštění kampaně k propagaci Domácí péče na území České republiky. V roce 1993 je kampaň spuštěna i na území Slovenské republiky.

V roce 1991 byla Ministerstvem zdravotnictví uzákoněna domácí péče jako součást zdravotní činnosti, nazvaná zvláštní forma zdravotní péče.

Vzniká první agentura domácí péče při nemocnici v Pardubicích, která je financována z rozpočtu nemocnice. Do konce roku 1991 bylo v České 26 agentur domácí péče (z toho 25 charitních), 451 pracovníků těchto agentur provádělo péči o 1459 klientů.

V roce 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky, která dodnes sdružuje nepovinně poskytovatele domácí péče. V lednu 1994 je v registru Asociace domácí péče České republiky celkem 353 agentur domácí péče, které zaměstnávají 3 632 odborníků. V několika centrech byl aplikován nový model hospicové péče o klienty.

V roce 1996 je Česká republika reprezentována na I. světovém kongresu domácí péče Asociace domácí péče České republiky. Česká republika je jednou ze 7 zakládajících organizací Světové organizace domácí a hospicové péče (WHHO) se sídlem v Washingtonu D. C. (2, 4)

Mnoho legislativních změn, článků, interview, televizních a rozhlasových pořadů, seminářů, workshopů, edukačních programů pro společnost i profesionály dostaly domácí péči do podvědomí obyvatel České republiky. Podařilo se získat podporu ze strany laické

veřejnosti i profesionálů. Domácí péče se stala symbolem profesionality, lidské vzájemnosti, láska i pomoci, která je návratem k tradicím našich předků. (8)

2 Domácí péče

2.1 Definice domácí péče

„ Domácí péče je péče poskytovaná člověku v jeho přirozeném sociálním prostředí.“

(Hanzlíková, 2007, s. 241)

Je to integrovaná forma péče, která se označuje jako komplexní domácí péče (KDP). Skládá se z odborné zdravotnické péči poskytované klientovi. Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je definována jako *„ jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech“*. (Jarošová, 2007, s. 60)

Domácí péče je v České republice evidována jako odbornost 925, podle vyhlášky Ministerstva vnitra České republiky 55/2000. O rozsahu, obsahu a frekvenci rozhoduje ošetřující lékař klienta. U hospitalizovaného pacienta může ošetřující lékař předepsat domácí péči, nejdéle však 14 dní po propuštění z nemocnice. Podle zdravotního řádu se jedná o zvláštní druh ambulantní péče. Péče je poskytována pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, tělesně nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci odbornou zdravotní péčí v jejich vlastním sociálním prostředí. Komplexní domácí péči poskytují agentury domácí péče, sdružené Asociací domácí péče České republiky. Určitý podíl na poskytování zdravotní a sociální péče i pomoci má laická veřejnost.

2.2 Komplexní domácí péče

Komplexní domácí péče není jen aktivita sester, lékařů, rehabilitačních a sociálních pracovníků, psychologů, dobrovolníků nebo duchovních, ale i aktivita samotného klienta v oblasti sebepéče, aktivita rodinných příslušníků a blízkých v oblasti vzájemné péče a pomoci. Další princip, který je uplatňován v KDP je princip subsidiarity, tj. napomáhání svépomoci s podporou, rozvojem a adaptací všech potenciálů klienta v oblasti sebepéče, vzájemné pomoci a péče v rámci rodiny. Domácí péče je poskytována v souladu s lidskými právy, zákonnými i etickými normami.

Komplexní domácí péče je poskytována 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, tedy nepřetržitě dostupná se zohledněním profesionality, kvality, odbornosti a efektivity. Jde o realizaci podmínek ve vztahu ke klientovi, která vytváří pocit bezpečí a sounáležitosti, tzn. klient se může dovolat pomoci vždy, kdy ji potřebuje. (2, 4, 10)

V komplexní domácí péči je poskytována odborná domácí péče a domácí pomoc v rozsahu, který vychází z aktuálních potřeb klienta v těchto oblastech.

Odborná zdravotní péče, jejíž obsah určuje ošetřující lékař klienta (preventivní, léčebná, ošetrovatelská, rehabilitační).

Sociální péče a pomoc, kde rozsah určuje sociální diagnóza klienta a jeho prostředí (pečovatelská, sociální poradenství, pomoc při řešení sociálních handicapů a krizí – například péče o osobní hygienu, hygiena sociálního prostředí, výživa a pitný režim.

Laická péče, jejíž rozsah je dán aktuální situací v sociálním prostředí klienta, společenským klimatem a flexibilitou samosprávy nebo státní správy při poskytování podpory osobám pečujícím o osoby závislé na pomoci druhé osoby (péče rodinných příslušníků, blízkých, péče dobrovolníků u osob osamocených – například spirituální péče, osobní asistence a doprovod). (4)

2.3 Principy ovlivňující kvalitu domácí péče

Kvalitu domácí péče ovlivňují základní principy, které je nutno respektovat při jejím poskytování tak, aby byla zachována základní filozofie této formy péče.

2.3.1 Princip komplexnosti

Komplexnost je jedním z klíčových nástrojů. Je nutná pro vytvoření podmínek pro integraci zdravotní a sociální péče na národní i regionální úrovni, při zachování transparentnosti zdrojů financování zdravotnické a sociální péče.

Cílem je vytvořit konkurenční prostředí ve smyslu kvality a efektivnosti poskytované péče. Umožnit svobodu volby nejen lékař, ale i poskytovatele komplexní domácí péče.

2.3.2 Princip akceptování lidských práv a motivace klienta k jejich uplatnění

Mediální politika komplexní domácí péče zveřejňuje informace o poskytování péče ve formě článků pro odbornou i laickou společnost, i edukačních materiálů, brožur a letáků v ordinacích lékařů i na lůžkových oddělení. Informace se týkají především oblasti primární péče, komplexní domácí péče a nové role praktického lékaře v systému zdravotní a sociální péče.

Součástí kampaně by měl být důraz kladen na uplatňování základních lidských práv a svobod v systému zdravotní péče v podobě práv pacienta.

2.3.3 Princip skutečné obnovy zdraví společnosti

Princip je úzce spojen s každodenní činností agentur komplexní domácí péče a jejich spoluprací s ošetřujícím lékařem klienta. V komunitách můžeme prostřednictvím odborníků působících v týmech agentur komplexní domácí péče na základě indikace lékaře monitorovat zdravotní stav nebo způsob života klientů a včas upozornit na případné ohrožení zdraví (například – pravidelné fyzikální vyšetření, sledování TK nebo hladiny cukru v krvi, kontrola imobilních klientů a další).

Změnu životního stylu společnosti může komplexní domácí péče ovlivnit několika nástroji, které jsou aplikovatelné s ohledem na různé věkové a sociální skupiny obyvatelstva. Motivace jednotlivců a skupin v oblasti vlastních aktivit ve vztahu ke změně pohybového, dietního nebo pitného režimu, by měl být neoddělitelnou součástí agentur komplexní domácí péče.

2.3.4 Princip standardizace postupu v komplexní domácí péči

V souvislosti s indikačními skupinami klientů je vykonávání ošetrovatelských činností v domácnosti klienta podle stanovených kritérií – standartů, které kontrolují kvalitu poskytování KDP. Standarty konfrontují též potřeby jedince s možnostmi společnosti. Je nevyhnutelné, aby standarty pro domácí péči byly vypracovány celoplošně. Buď Asociací domácí péče nebo regionálně v krajských centrech agentur domácí péče.

Potřeba standardizace ošetrovatelských činností prováděných v sociálním prostředí klienta je aktuální pro možnost zpětné kontroly kvality. Důležití je i vypracování auditu jednotlivých poskytovatelů domácí péče.

2.3.5 Princip kontinuálního vzdělání členů týmu komplexní domácí péče

Zodpovědnost za kvalitu poskytování péče motivuje členy multidisciplinárního týmu ke kontinuálnímu odbornému růstu. Vzdělávání je základní podmínkou pro zvyšování úrovně kvality KDP. Školení a semináře jsou pravidelně organizovány Asociací domácí péče, a to na mezinárodní, národní a regionální úrovni.

Otevřený a flexibilní systém vzdělání by přinesl nové možnosti v poskytování KDP. (2)

2.4 Faktory ovlivňující rozvoj domácí péče

Rozvoj KDP ovlivňuje řada pozitivních i negativních faktorů. Nejvýznamnější jsou: ekonomický tlak, stárnutí populace, změna struktury role rodiny, vzrůstající poptávka po službách v domácnosti ze strany veřejnosti, rozvoj moderní technologie a politické faktory.

2.4.1 Vzrůstající ekonomický tlak

Je asi nejdůležitějším faktorem současnosti, důsledkem kterého by měl vzrůstat rozvoj KDP. Ekonomický tlak je vyvolaný neustále stoupajícími náklady na zdravotní péči.

Léčba s ošetrovatelskou péčí poskytovaná v nemocnicích pro dlouhodobě nemocné je pro stát finančně náročná. Čím dál častěji se uvažuje o alternativních formách péče, která je finančně méně náročná a efektivní. Jednou z těchto forem je domácí péče.

2.4.2 Stárnutí populace

Další faktor, který výrazně ovlivňuje rozvoj KDP, je stárnutí populace. Z celkového počtu obyvatel, kteří využívají služby KDP, většinou tvoří osoby ve věku nad 65 let.

KDP umožňuje zachovat sociální integritu klienta, zejména u geriatrických pacientů se opakovaně zdůrazňuje zásada udržení starého člověka v je známém prostředí.

2.4.3 Změny struktury role v rodině

Možnost domácí péče závisí i na struktuře a funkci rodiny. Když rodina neplní svoje funkce, možnosti domácí péče jsou oslabené. V současnosti se zvyšuje počet rodin s jedním členem, bezdětných rodin, pro které má rozvoj domácí péče zvláštní význam.

2.4.4 Vzrůstající poptávka veřejnosti po poskytování služeb v domácnosti

Hlavním důvodem, proč se klienti rozhodují pro tento typ péče, je zachování stávajícího životního stylu v domácím prostředí, s rodinou a přáteli. Mohou zachovat zaběhnuté návyky a stereotypy, organizovat sami denní program podle vlastních představ, ležet ve vlastní posteli, nosit vlastní oděv a těšit se ze svých „miláčků“ – domácích zvířat.

Klient se v domácím prostředí uzdravuje a zotavuje rychleji než v nemocničním prostředí, což umožňuje i dřívější návrat do společnosti.

2.4.5 Rozvoj moderní technologie

Mezi důležité faktory patří rozvoj technologií a přístrojů, vhodných k použití v domácí péči. V současnosti mají agentury domácí péče k dispozici dialyzační přístroje, ventilátory, monitory, infuzní pumpy a další. (2)

2.5 Výhody domácí péče

Ekonomičnost – domácí péče vede ke zkracování hospitalizace klienta a snížení nákladů na péči.

Víceoborovost – zdravotnický tým agentur domácí péče poskytuje klientům multidisciplinární péči.

Individualizovaná péče – každý klient je jedinečná osobnost, podle toho je poskytována individuální péče, která se řídí jeho konkrétními potřebami.

Komplexnost – v rámci domácí péče jsou poskytovány činnosti léčebné, ošetrovatelské, rehabilitační, psychoterapeutické, sociální, konzultační a další.

Dlouhodobá péče – délka poskytování péče vychází z potřeb klienta a jeho rodiny, která může trvat několik dní, měsíců až roků.

Podpora zdraví – domácí péče zahrnuje i primární, sekundární a terciární prevenci.

Přírozené prostředí – péče je poskytována ve známém, sociálním prostředí klienta. Je tu možnost lepší adaptace na nemoc.

Účast rodinných příslušníků – možnost aktivního zapojení rodiny a blízkých do péče o klienta. (3)

2.6 Cíle domácí péče

Domácí péče se soustředí především na zachování důstojnosti a kvality života klienta a jeho rodiny. Soustavně udržuje a zvyšuje soběstačnost klienta, snaží se snižovat závislost klienta na pomoci druhé osoby. Důležitá je edukace klienta k zodpovědnosti za své vlastní zdraví. Domácí péče pomáhá klientovi a jeho rodině dosáhnout pohody v souladu s jejich sociálním prostředím, zabezpečuje komplexní péči o klienta, dohlíží na dodržování léčebného režimu a poskytuje psychickou podporu klientovi a pečujícím členům rodiny. (4)

2.7 Formy domácí péče

2.7.1 Domácí péče jako péče rodiny a jedince o své zdraví

Tento typ domácí péče je provozován v některých státech Afriky a Asie, kde je vnímán jako instruovaná péče jedince i rodiny o zdraví. Tato forma domácí péče je zkvalitňována a podporována kontinuální edukace, kterou poskytují vyškolení odborníci. Edukace se týká především zdravého způsobu života, preventivních opatření, vzájemné pomoci a dalších aspektů, které pomáhají zajistit určitý minimální standart domácí péče všude tam, kde je to možné.

Tato forma domácí péče je aplikována zejména tam, kde není dostatek profesionálních pracovníků, ale také tam kde jsou silné mezigenerační vazby rodiny.

2.7.2 Domácí péče jako péče v návštěvní službě ošetřujících lékařů a sester

Pojem domácí péče se používá v mnoha státech pro běžnou návštěvní službu lékařů a sester v domě klienta. Jedná se především o státy, kde je aplikován systém – Národního zdraví. Tyto státy zatím nezaznamenaly rozdíl mezi návštěvní službou a domácí péčí. V těchto státech je domácí péče prováděna v rozsahu krátkodobých, jednoduchých intervencí v časově omezeném rozsahu.

V této formě nemůžeme hovořit o týmové spolupráci. U jednoho klienta se v průběhu dne střídá několik poskytovatelů zdravotní či sociální péče.

2.7.3 Domácí péče jako domácí hospitalizace

Tato péče je poskytována především v USA, Austrálii a Japonsku. Poskytování této péče vyžaduje zajištění materiálních, profesionálních a finančních podmínek, tak aby byl maximální rozsah odborné zdravotní péče umožněn klientovi v jeho vlastním sociálním prostředí.

I když je tato forma domácí péče poskytována na vysoké úrovni, není komplexní. Jen v ojedinělých případech dochází k integraci zdravotní a sociální péče o klienta.

2.7.4 Domácí hospicová péče

Tento typ domácí péče je určen pro klienty v terminální stádiu života. Personál – sestry, lékaři, sociální pracovníci a dobrovolníci domácí hospicové péče jsou speciálně školeni, aby byli připravení na specifickou náročnost péče o umírající klienty.

Domácí péče musí v tomto případě zmírňovat fyzické i duševní utrpení klienta a blízkých. Domácí péče se často zaměřuje na péči o bolest klienta. Musíme vnímat i specifickou problematiku spojenou se stigmatizací klientů a nebezpečí z důvodu pracovního stereotypu. U členů týmu provádějící hospicovou domácí péči snadněji vzniká syndrom vyhoření.

2.7.5 Domácí péče jako integrovaná základní sociální a zdravotní péče

Mnohé státy například Holandsko, Francie, Švýcarsko, reprezentují pod pojmem domácí péče systém pečovatelské služby, která je doplněna o různý rozsah a kvalitu základních ošetrovatelských intervencí. Tento typ domácí péče je poskytován zejména dobrovolnými pracovníky nebo pracovníky připravenými na tuto činnost v podobě krátkodobých kurzů, které jsou vedeny speciálně vyškolenými sestrami. Organizačně je péče zajišťována komunitou a charitativními organizacemi.

2.7.6 Domácí péče – jako idea České komplexní domácí péče

Jedná se integrovanou formu péče poskytovanou klientům všech věkových, diagnostických a indikačních skupin, která je poskytována v prvním kontaktu se systémem zdravotní a sociální péče. Ve velké většině se jedná o nestátní agentury domácí péče, kdy je péče poskytována 24 hodin denně 7 dní v týdnu, neboť v oblasti dostupnosti, kvality a rozsahu péče jsou agentury domácí péče vystaveny velkému konkurenčnímu tlaku.

Rozsah domácí péče je dán aktuálně stanovenou indikační nebo diagnostickou skupinou klienta a je vázán na indikaci domácí péče ošetřujícím lékařem. Jedná se o výkony od základní péče až po vysoce specializované odborné výkony. Výkony mají charakter preventivní, kurativní i adaptační.

Rozsah sociální péče je přizpůsoben aktuálně stanovené sociální diagnóze klienta. Sociální péče a pomoc je podmíněna adaptací klienta na novou situaci a schopností rodinných příslušníků zajistit například pitný, dietní, pohybový režim.

Česká komplexní domácí péče je poskytována multidisciplinárním týmem odborníků. Základní princip je „pomoc ke svépomoci“. (8)

3 Zřizovatelé a financování domácí péče

3.1 Zřizovatelé domácí péče

Agentury domácí péče mohou být zřizovány právnickou osobou, kterou mohou být nemocnice, nestátní neziskové organizace, obce, charita.

Agenturu domácí péče si může zřídit i fyzická osoba, která je zdravotnický pracovník s licenci, například lékař, setra, fyzioterapeut.

3.2 Financování domácí péče

Financování domácí péče zdravotní pojišťovnou na základě indikace lékaře. Agentura domácí péče má uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Maximální rozsah péče je stanoven na 3 návštěvy za den (podle indikace na 15 minut, 30 minut, 45 minut nebo 60 minut). Výkony v domácí péči jsou vedeny pod kódy a bodově ohodnoceny. Viz příloha B.

Domácí péče může být hrazena přímou platbou samotným klientem nebo rodinou.

Mezi alternativní možnosti hrazení domácí péče zahrnujeme sponzorské dary, z nadačních projektů a apod.

Na financování domácí péče se také podílí obce, které často přispívají sociálně slabým osobám. (2,4, 8)

4 Personální zajištění domácí péče

4.1 Personální zabezpečení

Domácí zdravotní péče je zabezpečována multidisciplinárním týmem zdravotníků, ale také laiků. Odborný zástupce u agentury domácí péče musí mít ukončené kvalifikační vzdělání (podle zákona 96/2004 Sb.). podmínkou je praxe 5 let ve zdravotnictví, z toho minimálně 2 roky práce u lůžka. Pracovníci mohou mít specializační studiu v oboru Komunitní ošetrovatelské péče. Odborný zástupce pracuje v pozici sestry manažerky či sestry mobilní (terénní).

Agentury mohou dále zaměstnávat jiné odborníky, například sestry specialistky, fyzioterapeuty, rehabilitační ošetrovatelky, ergoterapeuty, sociální pracovníky. V agentuře domácí péče mohou pracovat i dobrovolníci – laici. (4)

4.2 Práce sestry v domácí péči

Americká nadace sester (ANA) schválila v roce 1975 domácí péči jako součást systému zdravotní péče. Termín domácí ošetrovatelská péče zahrnuje všechny činnosti poskytované kvalifikovanou sestrou klientům v jejich přirozeném domácím prostředí.

Ošetrovatelské aktivity jsou prováděny sestrou přímo nebo nepřímo. Činnost sestry je zaznamenávána do ošetrovatelské dokumentace, která je vedena individuálně u každého klienta. V ČR dokumentace není jednotná, každá agentura má své typy dokumentace. Záznam se vede o vývoji zdravotního stavu klienta, také agentura vede plán ošetrovatelské péče.

V agenturách domácí péče organizuje práci sestra manažerka. Sestry mají k dispozici mobilní telefon, dopravní prostředek a dostatek pomůcek.

Sestra domácí péče si musí stanovit časový plán návštěv a dohodnutí termínu návštěv u klientů. Sestra získává informace potřebné k péči o klienta, tj. seznámení se zdravotnickou dokumentací klienta (poslední návštěva u lékaře, indikace ošetřujícího lékaře, rozsah poskytované péče). Dále si setra připraví ošetrovatelskou dokumentaci a vybaví se potřebnými pomůckami podle péče, kterou provádí u klientů.

Mezi aktivity sestry patří také úprava prostředí u klienta. Sestra nemůže direktně prosazovat své názory týkající se sociálního prostředí, ve kterém klient žije. Vždy by měla navrhnout úpravy ve spolupráci s klientem a jeho rodinou. Primární je pohodlí klienta. Úpravy se mohou týkat například odstranění vybavení, které mohou způsobit pád, navržení

vhodného umístění lůžka klienta a zajištění přístupnosti. Sestra doporučuje klientům vhodné kompenzační pomůcky a navržení instalace madel například do koupelny, sprchy a k WC. Pokud klient žije sám, zjišťuje, zda je možnost, aby ho někdo navštěvoval.

Setra by měla být vždy profesionální a usměvavá a na pacienta nahlížet jako na celistvou, jedinečnou osobnost s vlastními problémy, které mu pomáhá řešit. (4, 9)

4.2.1 Přímá péče

Jedná se o všechny aktivity, které sestra poskytuje klientovi, například péče o hygienu a vyprazdňování, dohled na výživu a hydrataci, aplikace léků, monitorování fyziologických funkcí. Setra dále provádí odběry biologického materiálu, ošetřování chronických ran a dekubitů. Domácí péče může být zaměřena na edukaci, poradenství a zdravotní výchovu klienta.

Všechny tyto výkony jsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace klienta. Výkony jsou pod kódy vykazovány příslušné zdravotní pojišťovně k proplacení.

4.2.2 Nepřímá péče

Tato péče se týká činností spojených s provozem agentury domácí péče, jedná se například o koordinaci péče, konzultace s odborníky, administrativní a dokumentační péče, nákup zdravotnických pomůcek, desinfekce, plánování dalších aktivit a jiné. (2, 4)

5 Vymezení pojmů

5.1 Supervize

Jedná se o metoda práce cíleně zaměřenou na podporu a rozvoj kvality práce, pracovní atmosféry, kompetence odpovídající specifickým úkolům a rozvoji profesionality – pracovníka, týmu a organizace.

S dalšími mechanismy se podílí na zajišťování a zvyšování kvality práce. Supervize je nástroj, který má pracovníkům pomáhat dělat jejich práci lépe. Je to příležitost k rozvoji, příležitost hledat vysvětlení nebo porozumět vlastním neúspěchům a nejistotě v oblastech, kde bychom je nehledali.

Původně se termín supervize používal v anglicky mluvících zemích, hlavně v ekonomickém prostředí a znamenal „dohled“ či „kontrola“. Dnes je používán i v dalších oblastech, jako je například řízení lidských zdrojů v organizaci, oblast sociální práce nebo vzdělávání.

Cílem supervizní práce je zvyšování profesionální kompetence v pracovních vztazích. Supervize může přinášet přínos v předcházení přepracování pracovníků, prevenci syndromu vyhoření, určení priorit a vyjasnění poslání pracoviště a celé organizace. (7)

5.2 Teambuilding

Původně byl teambuilding navržen ke zlepšování mezilidských vztahů a sociální interakce. Koncept teambuildingu byl odvozený ze skupinové dynamiky, sociální psychologie a T-skupin (tj. nácviku citlivosti, který pomůže jednotlivci posílit vlastní sebeuvědomění a stát se citlivějším k jiným).

Důraz byl kladen na budování vztahů v obchodních organizacích, pozornost se rozšířila i na snahu o realizaci výsledků, splnění cílů a dosažení úkolů. Dnes se teambuilding zabývá oběma aspekty výkonů: jak týmy vykonávají svoji práci a jak spolu členové týmu vycházejí.

Teambuilding je prostředek pro zajištění harmonické, produktivní a efektivní spolupráce jednotlivců a maximalizace provedení úkolu a dosažení cíle. Pracovní týmy v rámci jednoho sektoru používají teambuilding k osvětlení společných hodnot, vyřešení interpersonálních rozdílů a zlepšení realizace úkolů.

Teambuilding napomáhá skupinám angažovat se v psychicky a fyzicky náročných aktivitách, aby vytvořily důvěru a jednotu. Teambuilding může být jediná událost, nebo může probíhat v delším časovém úseku. (11)

5.3 Syndrom vyhoření „burn-out“

První zmínky o syndromu vyhaslosti, vyhoření publikoval v USA v letech 1974 - 1974 H. J. Freudenberger. Od těchto dob byl tento fenomén různě definován a dodnes není zcela uceleno jeho chápání. Přesto lze konstatovat, že v současné literatuře jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání, který se projevuje v profesích, kde je podstatnou složkou pracovní náplně „práci s lidmi“.

Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a často i celková únava. Na vzniku syndromu vyhoření se také podílí vysoká pracovní náročnost v psychické, fyzické a sociální oblasti.

Syndrom vyhoření není nemoc, je to proces, který se objevuje při práci s lidmi v tzv. „pomáhajících profesích“. Způsobuje osobní škody pracovníků, ale také často zhoršuje kvalitu poskytované péče.

Nejprve byl burn-out popsán u některých zaměstnaneckých kategorií pracujících s jinými lidmi, zvl. u lékařů, zdravotních sester, učitelů, policistů, což byly profese, na které byl od počátku zaměřen zájem psychologů. Později se ukázalo, že syndrom vyhoření se vyskytuje také u dalších zaměstnaneckých kategorií, např. u advokátů, poštovních úředníků, sociálních pracovníků atd..

5.3.1 Prevence syndromu vyhoření

Největší podíl na syndromu vyhoření má nerovnováha mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možné tento podstatný rozdíl zmenšit jak na straně jedince, osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategie zvládnání stresu, tak na straně zaměstnavatele změnou organizace a kultury.

Důležitou součástí prevence burn-outu je sociální opora, která má hlavní zdroje v rodině, zaměstnání, mimo práci od přátel a dobrých známých v rámci trávení volného času, realizace zájmů, koníčků atd..

Při provádění prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace se nejvíce zaměřujeme na týmovou spolupráci. Týmový přístup k práci je jednou ze základních podmínek efektivní

péče. Sestry jsou úspěšnější a produktivnější, jestliže pracují jako tým. Dobrá týmová práce přináší energii radost, která se v kolektivu projevuje jako sdílená radost a stává zdrojem motivace celého týmu. (1, 6)

II Výzkumná část

1 Výzkumné záměry

1. Nejpočetnější věkovou skupinou sester pracujících v domácí péči bude ve věkové kategorii 28 – 37 let a budou pracovat v agentuře domácí péče do 3 let.
2. Agentury domácí péče budou nabízet sestřím prevenci syndromu vyhoření a sestry také samy provádějí prevenci burn-outu.
3. Všem sestřím poskytují agentury domácí péče pracovní oděv, dostatek ochranných pomůcek a dobré pracovní zázemí.
4. Většina sester se velmi často setkává s problémy při poskytování péče klientům.
5. Méně než polovina sester se často setkává s problémy u lékaři indikujícími domácí péči a lékaři požadují zpětnou vazbu při péči o klienty.

2 Metodika

Výzkum byl prováděn formou dotazníkového šetření. Dotazníky byly rozdány sestřám v agenturách domácí péče v Pardubicích a Olomouci. O prováděném výzkumu byly informovány všechny sestry dotazovaných agentur domácí péče. Výzkum probíhal zcela anonymně.

Výzkum probíhal v období od října 2010 do listopadu 2010.

Celkem bylo rozdáno 67 dotazníků. Z celkového počtu byla návratnost 62 dotazníků z nichž 2 nebyly řádně vyplněny, a proto byly vyřazeny.

Dotazník, viz. Příloha A, obsahoval celkem 25 otázek. Z toho 19 otázek uzavřených, 6 otázek bylo polo uzavřených, kde měl dotazovaný respondent možnost odpovědět do kolonky jiné, což mu umožnilo vyjádřit svůj názor a otázka otevřená. Dále byly v dotazníku použity 2 otázky identifikační. U otevřených otázek byly podobné odpovědi shromážděny a následně zpracovány.

Každá otázka je rozvedena v grafu nebo tabulce. Při zpracování jsem využívala programy Microsoft Office Word 2003 a Microsoft Office Excel 2003. V tabulkách jsou hodnoty zaznamenány v absolutních a relativních četnostech, v grafech pouze v relativních četnostech. Pro grafické znázornění jsem zvolila grafy výsečové. (5)

3 Interpretace výsledků

Otázka č. 1

Pohlaví:

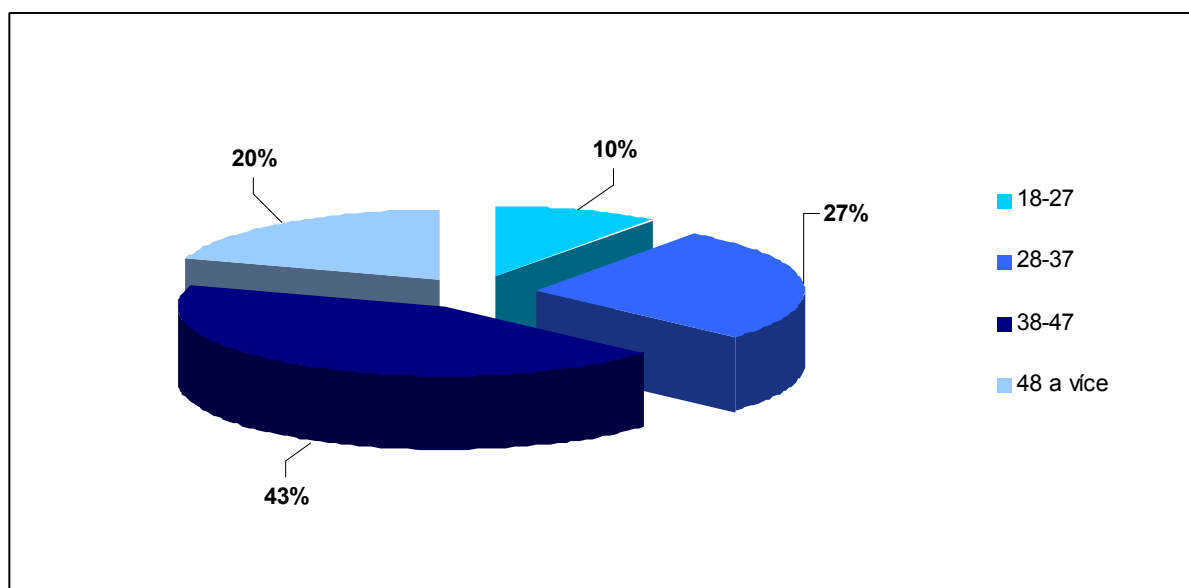
Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

	n_i	f_i
Žena	60	100 %
Muž	0	0 %
Celkem	60	100 %

Z celkového počtu 60 respondentů bylo 100 % žen. Viz tabulka č. 1.

Otázka č. 2

Váš věk:

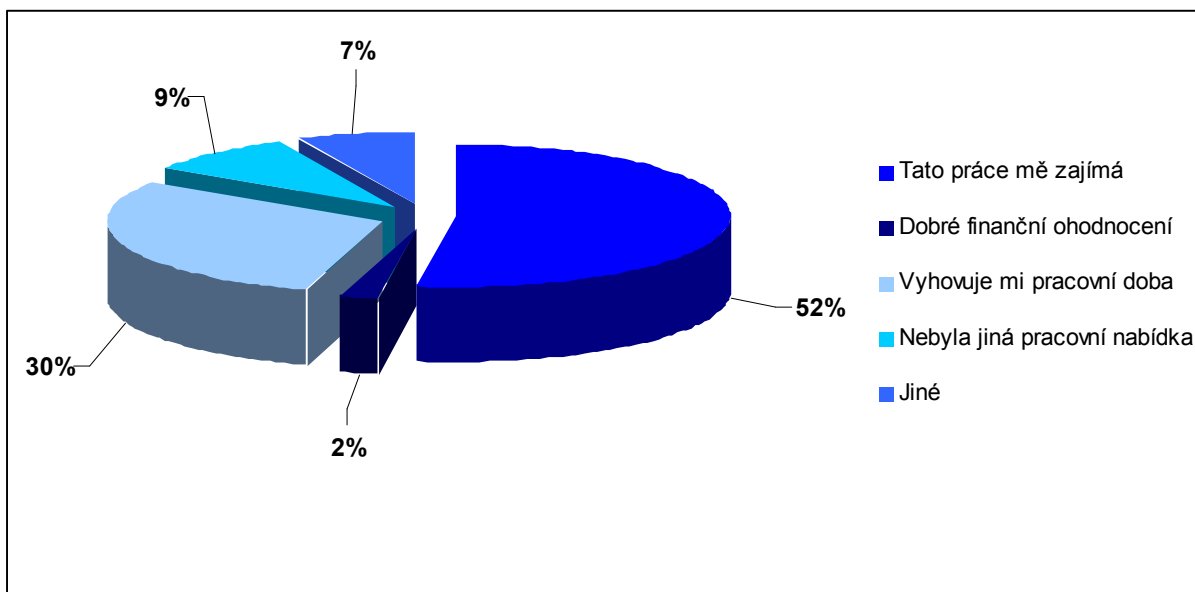


Obrázek č. 1 Graf věku respondentů

Ve věkové skupině 18-27 let bylo z dotazovaných sester 10 %, ve věku mezi 28-37 bylo 27 % sester, nejčetnější skupina, tedy 43 % sester uvedlo věk 38-47 let, ve věku 48 a více let bylo 20 % sester. Viz obrázek č. 1.

Otázka č. 3

Proč jste si vybral/a práci v agentuře domácí péče? (dále jen ADP)

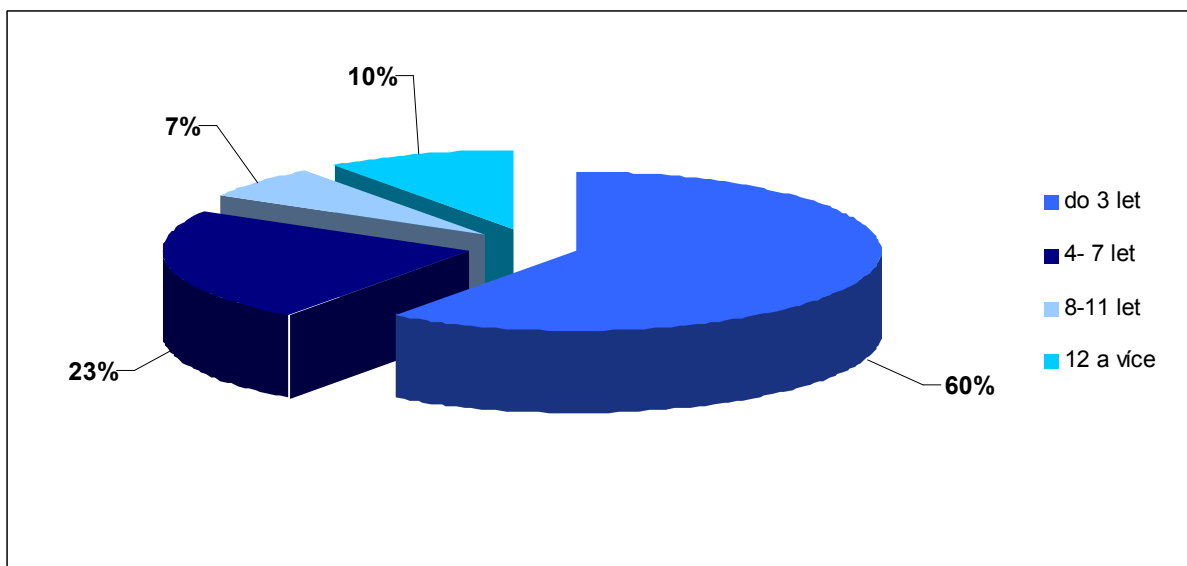


Obrázek č. 2 Graf důvodu práce v ADP

Více než polovina sester, tedy 52 % pracuje v agentuře domácí péče (dále jen ADP), protože je tato práce zajímavá. Možnost dobré finanční ohodnocení vybraly pouze 2 % sester. Druhá nejčastější odpověď sester, tedy 30 % byla vyhovující pracovní doba. Možnost nebyla jiná pracovní nabídka vybralo 9 % sester a odpověď jiné vybralo 7 % sester. Viz obrázek č 2.

Otázka č. 4

Jak dlouho pracujete v ADP?

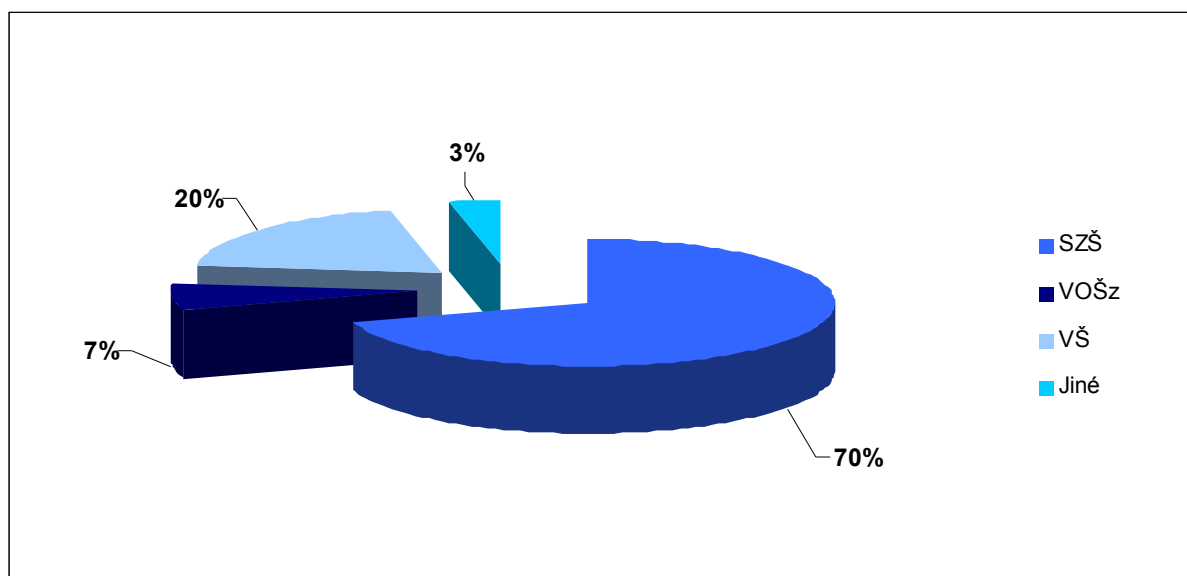


Obrázek č. 3 Graf jak dlouho sestry pracují v ADP

Nejvyšší počet sester, tedy 60 %, pracuje v ADP méně než 3 roky, 4-7 let pracuje v ADP 23 % sester. Nejnižší počet sester, tedy 7 %, uvedlo pracovní úvazek 8-11 let, 12 a více let pracuje v ADP 10 % sester. Viz obrázek č. 3.

Otázka č. 5

Jaké máte vzdělání?

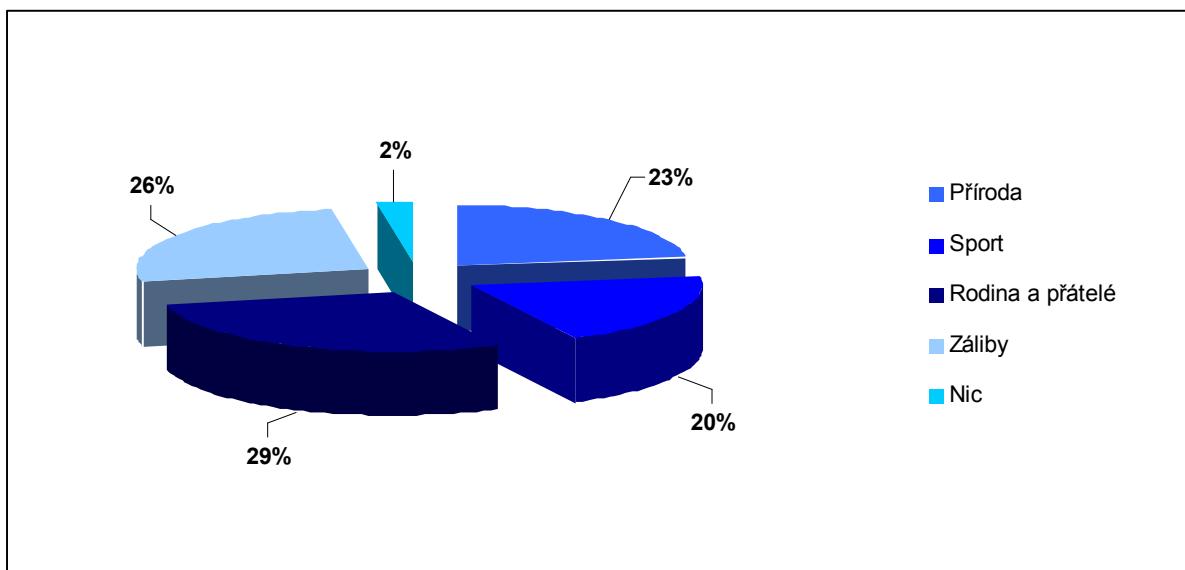


Obrázek č. 4 Graf vzdělání sester v ADP

Nejčastější vzdělání sester, tedy 70 %, je středoškolské, vyšší odbornou školu zdravotnickou uvedlo 7 % sester. Vysokou školu vystudovalo 20 % sester, jiné vzdělání vybrala 2 % sester ADP. Viz obrázek č. 4.

Otázka č. 6

Co děláte jako prevenci syndromu vyhoření? (odpovězte vlastními slovy)

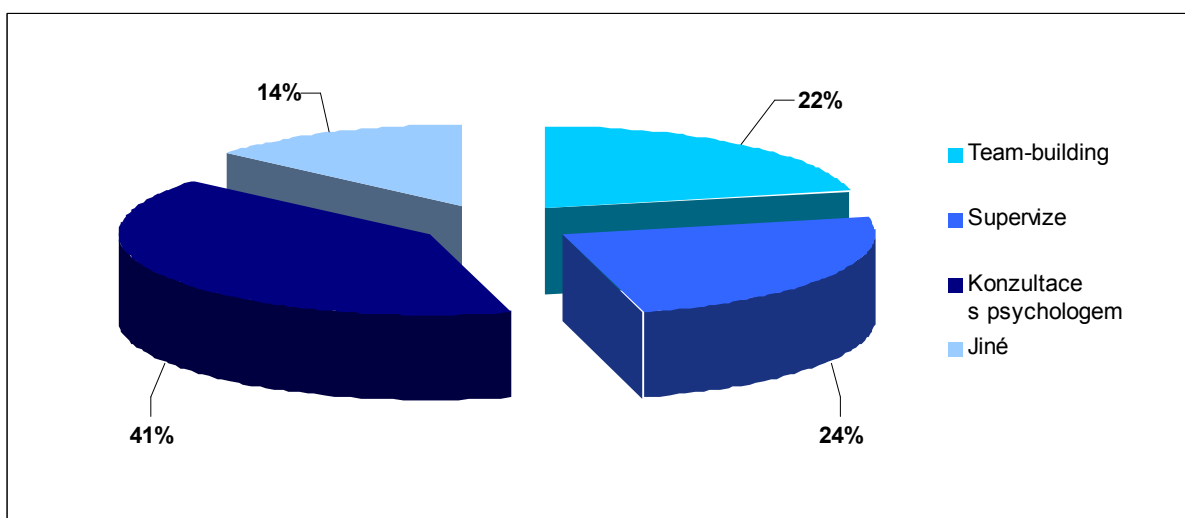


Obrázek č. 5 Graf prevence syndromu vyhoření prováděná sestrami ADP

Na tuto otázku odpovídaly sestry vlastními slovy. Jako prevenci burn-outu uvádí 23 % sester procházky do přírody, sportu se věnuje 20 % sester. Nejčtenější odpověď, tedy trávení času s rodinou a přáteli uvedlo 29 % sester. Zálíbám se věnuje 26 % sester. Proti syndromu vyhoření nedělají nic pouze 2 % sester. Viz obrázek č. 5.

Otázka č. 7

Co vám nabízí ADP jako prevenci syndromu vyhoření?

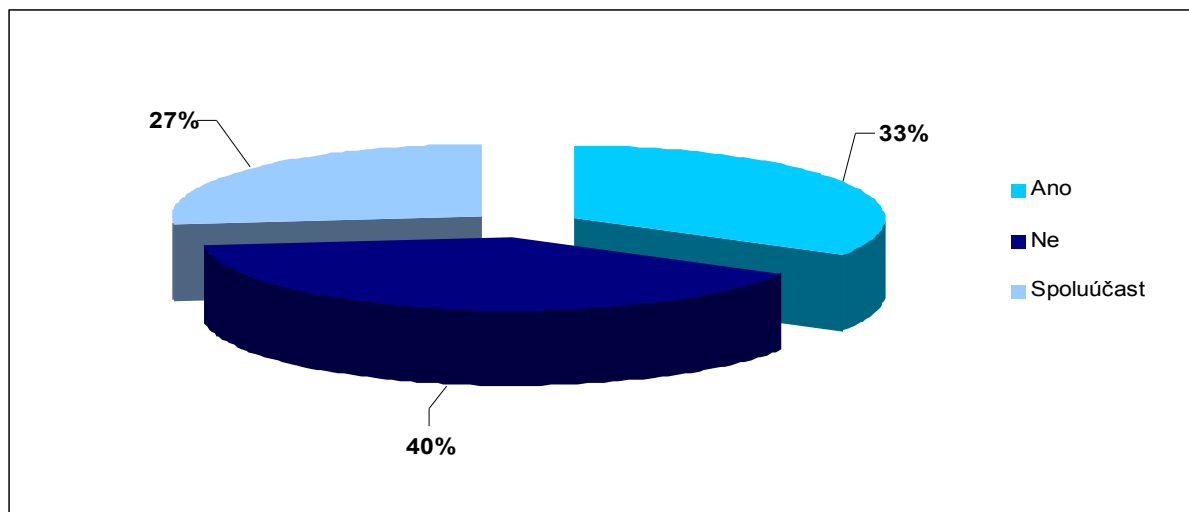


Obrázek č. 6 Graf prevence syndromu vyhoření poskytována ADP

Dotazované sestry uvedly, že Team-building nabízí ADP ve 22 %, supervizi provádí 24 % ADP. Nejvíce, tedy 41 % ADP, nabízí konzultaci s psychologem. Ve 14 % provozují ADP jiné metody např: semináře a kurzy, ale také žádné metody jako prevenci syndromu vyhoření. Viz tabulka č. 7 a obrázek č. 6.

Otázka č. 8

Poskytuje vám ADP pracovní oděv?



Obrázek č. 7 Graf poskytnutí oděvu od ADP

Na otázku, zda ADP poskytuje pracovní oděv, odpovědělo ano 23 % sester. Nejčtenější odpověď byla ne, tedy 40 % sester neposkytuje ADP pracovní oděv. Spoluúčast na pracovním oděvu uvedlo 33 % sester. Viz obrázek č. 7.

Otázka č. 9

Poskytuje vám ADP dostatek ochranných pomůcek? (rukavice, desinfekční prostředky,...)

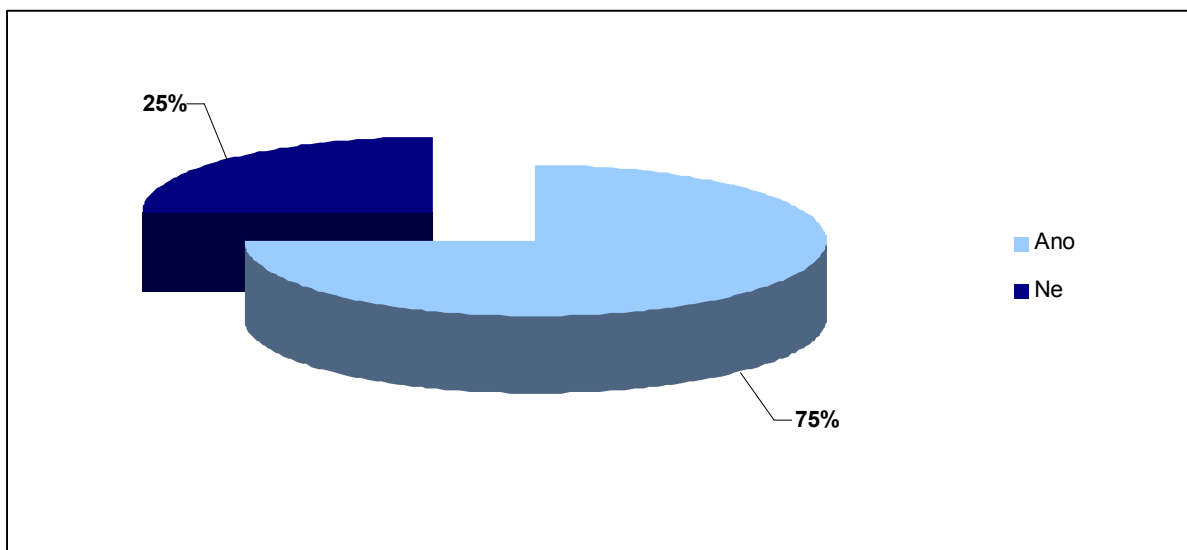
Tabulka č. 2 Poskytnutí ochranných pomůcek

	n_i	f_i
Ano	60	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	60	100 %

V této otázce se všechny sestry shodly na odpovědi ano, tedy 100 % sester má dostatek ochranných pomůcek při své práci. Viz tabulka č. 9.

Otázka č. 10

Má vaše ADP motivační program?

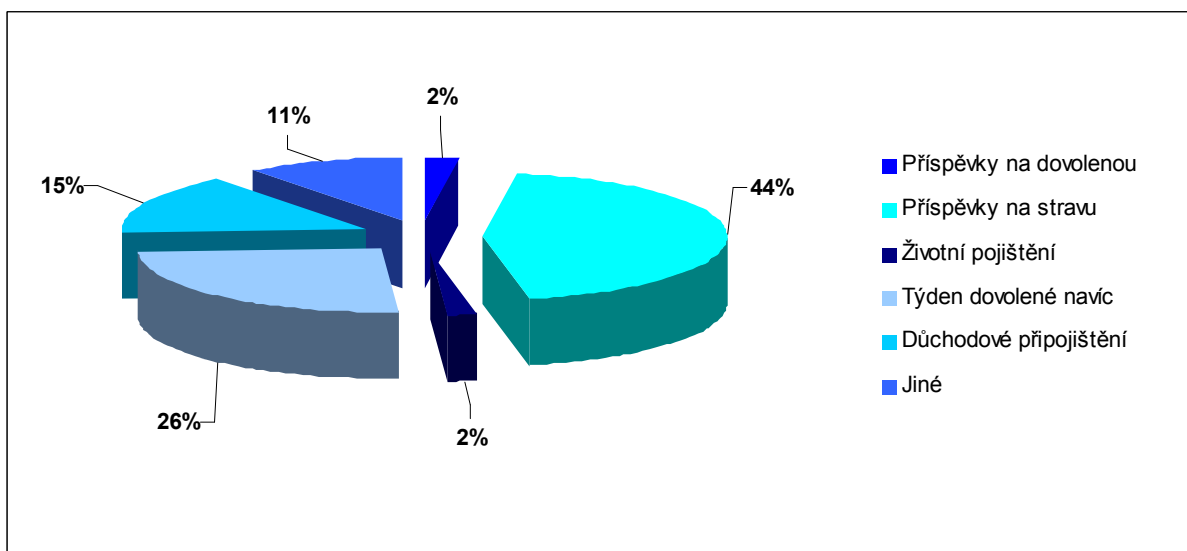


Obrázek č. 8 Graf poskytnutí motivačního programu od ADP

Na tuto otázku odpovědělo 75 % sester kladně a 25 % sester záporně. Viz obrázek č. 8.

Otázka č. 11

Pokud ano, co nabízí? (možnost více odpovědí)



Obrázek č. 9 Graf typů motivačního programu ADP

V této otázce sestry vybíraly možnosti motivačního programu, kterým jim ADP nabízí. Pouze 2 % sester uvedly možnost příspěvků na dovolenou, nejvíce sester, tedy 45 %, uvedlo, že ADP nabízí příspěvky na stravu. Možnost životní pojištění uvedly 2 % sester, týden

dovolené navíc může využít v ADP 26 % sester. Důchodové pojištění má zajištěno od ADP 15 % sester a do možnosti jiné uvedlo 11 % sester semináře a kurzy. Viz obrázek č. 9.

Otázka č. 12

Máte služební automobil?

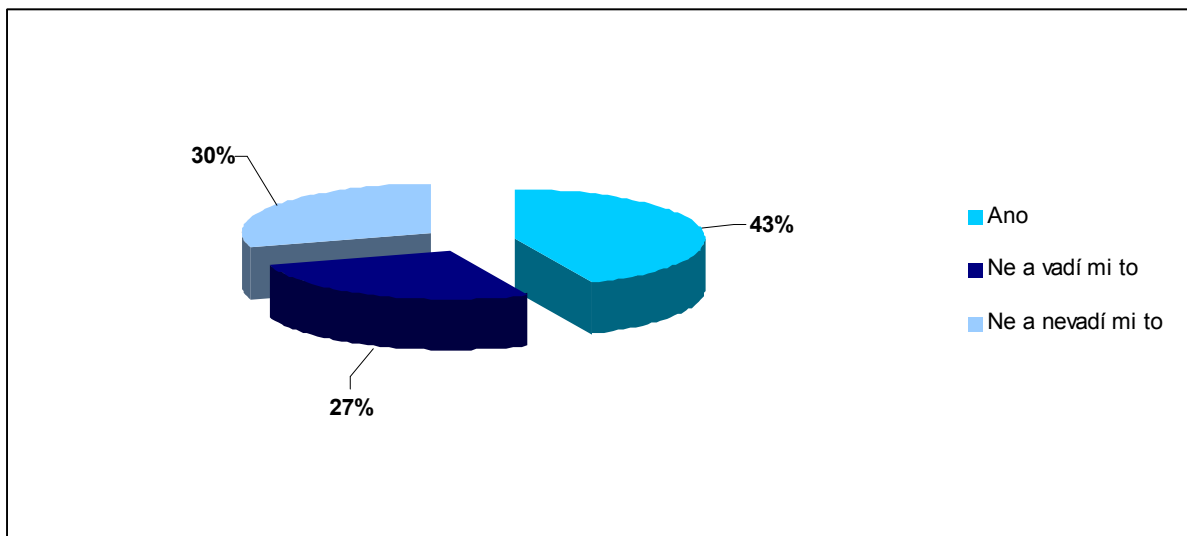
Tabulka č. 3 Služební automobil

	n_i	f_i
Ano	48	80 %
Ne	12	20 %
Celkem	60	100 %

Ke své práci využívá 80 % sester služební automobil, 20 % sester nikoliv. Viz tabulka č. 12.

Otázka č. 13

Máte možnost osobního využití služebního automobilu?



Obrázek č. 10 Graf osobního využití služebního automobilu

Možnost osobního využití služebního automobilu uvedlo 43 % sester, odpověď ne a vadí mi to vybralo 27 % sester, 30 % sester uvádí, že možnost osobního využití služebního automobilu nemají a nevadí jim to. Viz obrázek č. 10.

Otázka č. 14

Můžete se spolehnout na technický stav vozidla? (pneumatiky, technická prohlídka, atd.)

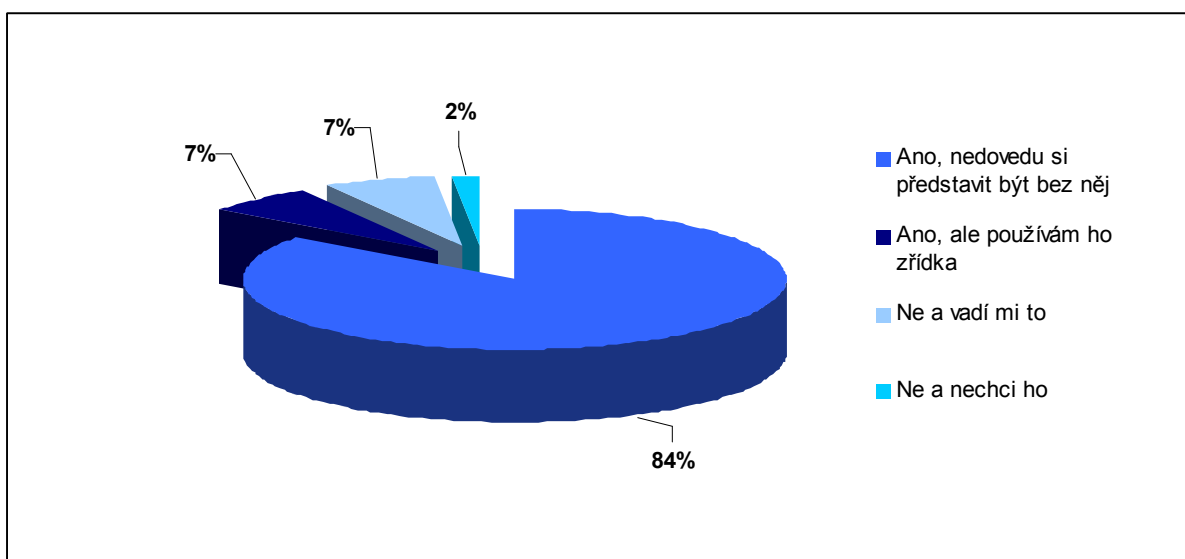
Tabulka č. 4 Dobrý technický stav vozidla

	n_i	f_i
Ano	34	57 %
Ne	26	43 %
Celkem	60	100 %

Na technický stav vozidla se při své práci může spolehnout 57 % sester. Špatný technický stav vozidla uvádí 43 % sester. Viz tabulka č. 14.

Otázka č. 15

Máte služební mobilní telefon a potřebujete ho?

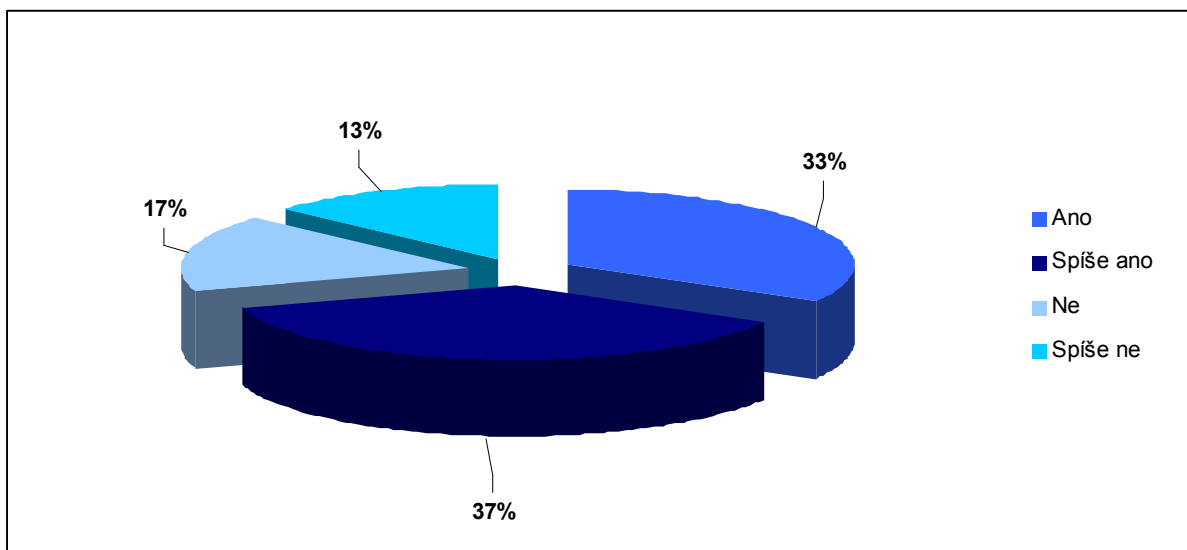


Obrázek č. 11 Graf nutnosti a potřeby mobilního telefonu

Nejčastější odpověď, tedy, že mobilní telefon potřebují a nedokáží si představit být bez něj, uvedlo 84 % sester. Zřídka používá mobilní telefon 7 % sester, možnost ne a vadí mi to vybralo 7 % sester a ve 2 % případech sestry uvedly, že mobilní telefon nemají a nepotřebují ho. Viz obrázek č. 11.

Otázka č. 16

Odpovídá Vaše finanční ohodnocení pracovní náplni?



Obrázek č. 12 Graf spokojenosti s finančním ohodnocením

V této otázce hodnotily sestry svoje finanční ohodnocení. Ano, tedy spokojenost se svým platem vyjádřilo 33 % sester, spíše ano odpovědělo 37 % sester. Nespokojenost s platem vyjádřilo 17% sester, spíše nespokojených se svým platem je 13 % sester. Viz obrázek č. 12.

Otázka č. 17

Máte placené přesčasy?

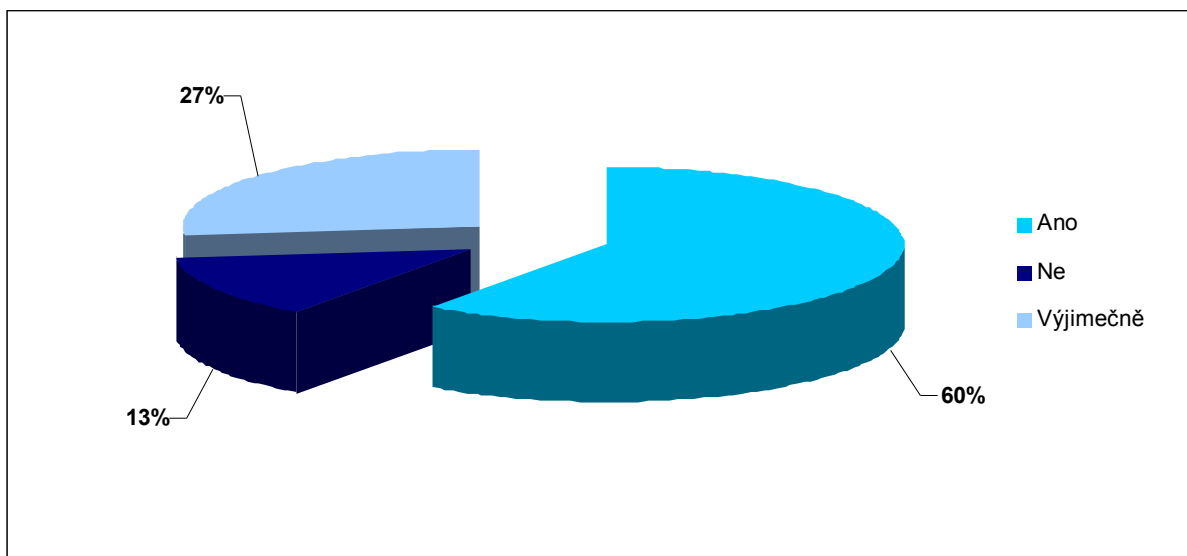
Tabulka č. 5 Placení přesčasů

	n_i	f_i
Ano	30	50 %
Ne	30	50 %
Celkem	60	100 %

Na tuto otázku mi polovina z dotazovaných, odpověděla ano a polovina ne. Viz tabulka č. 17.

Otázka č. 18

Odměňuje vás ADP mimořádnými prémiei?

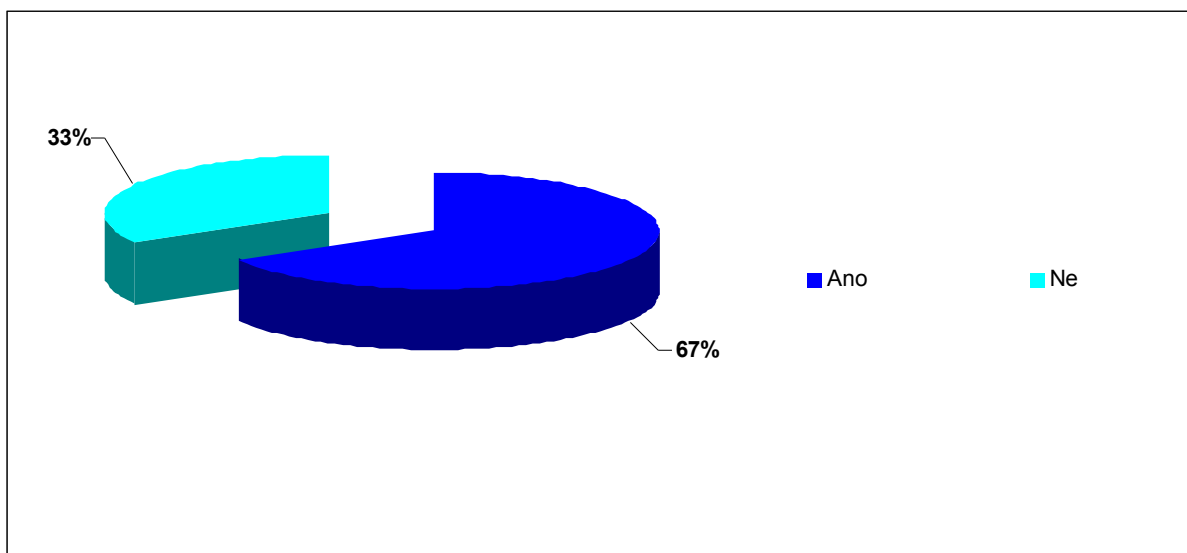


Obrázek č. 13 Graf odměňování mimořádnými prémiei

Odměňování formou mimořádných prémiei uvedlo 60% sester. ADP neodměňuje 13% sester a možnost výjimečně vybralo 27% sester. Viz obrázek č. 13.

Otázka č. 19

Máte přesně vymezené kompetence ve své pracovní náplni? (cévkování mužů apod.)



Obrázek č. 14 Graf vymezení kompetencí v pracovní náplni

Sestry v 63% případů uvedly, že mají vymezené kompetence ve své pracovní náplni. Vymezené kompetence ve své práci nemá 37% sester. Viz obrázek č. 14.

Otázka č. 20

Vyžadují se od Vás při výkonu povolání činnosti, které nejsou v pracovní náplni zdravotní sestry? (odnášení odpadků, příprava snídaní atp.)

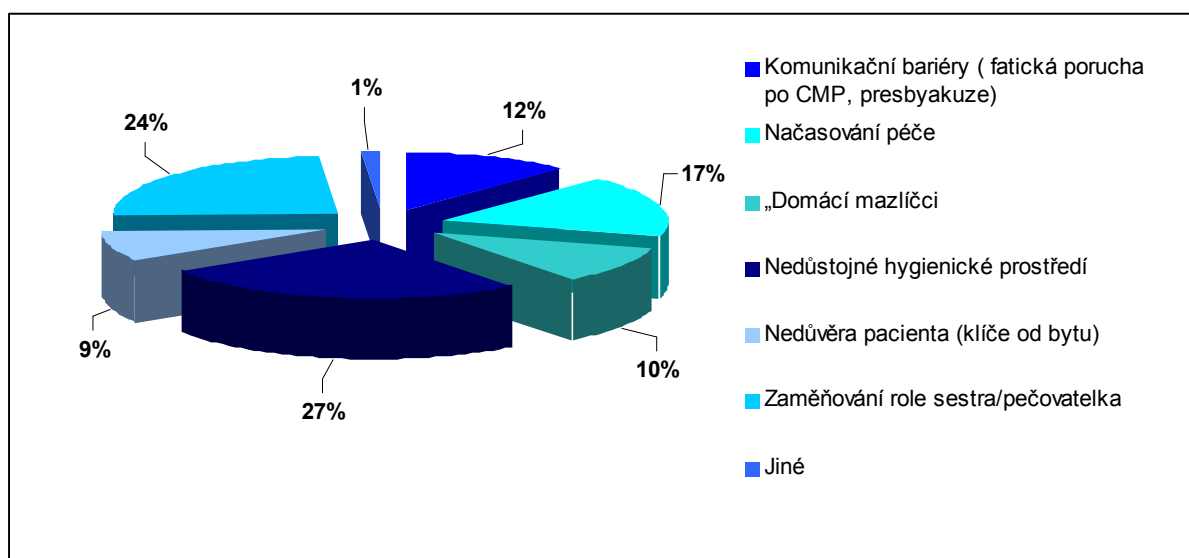
Tabulka č. 6 Výkony nespádající do pracovní náplně

	n_i	f_i
Ano	40	67 %
Ne	20	33 %
Celkem	60	100 %

Sestry ve 67% uvádějí, že je po nich požadována činnost mimo jejich pracovní náplň, možnost ne uvedlo 20% sester.

Otázka č. 21

S jakými bariérami se setkáváte při ošetřování pacientů? (možnost více odpovědí)

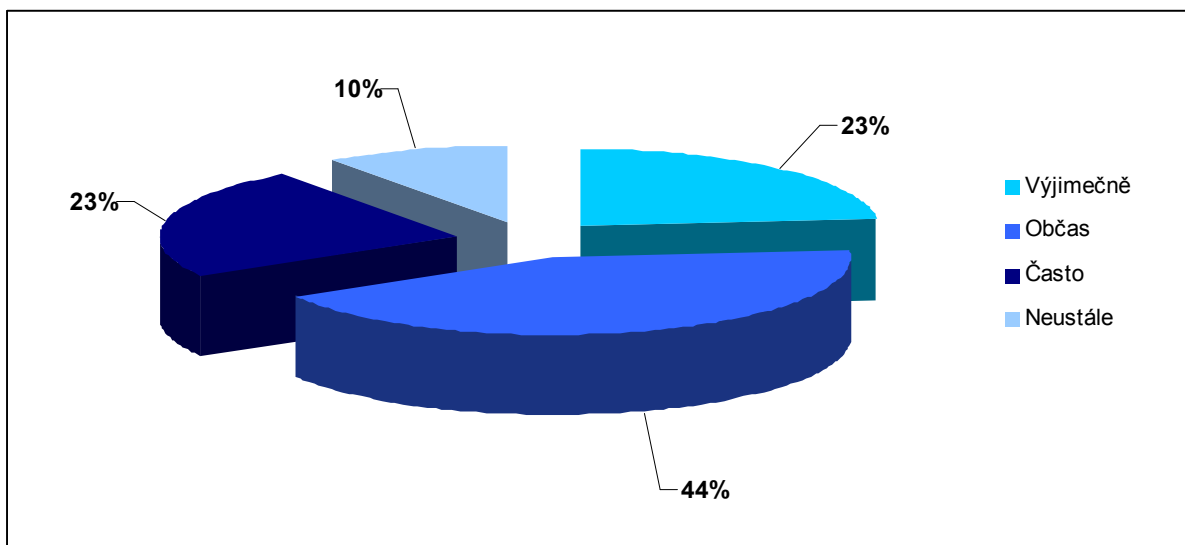


Obrázek č. 15 Graf bariér při ošetřování

V této otázce sestry vyjadřovaly s jakými bariérami při ošetřování se nejčastěji setkávají. Možnost komunikační bariéry vybralo 12 % sester, s načasováním péče u pacientů má problémy 17 % sester a také se sestry setkávají s problémy s domácími mazlíčky a to v 10 % případech. Jako nejčastější bariéru při ošetřování, tedy nedůstojné hygienické prostředí, uvádí 27 % sester, nedůvěru pacientů zmiňuje 9 % sester. Na problém zaměňování role sestra/pečovatelka naráží 24 % sester. Možnost jiné zvolila 1 % sester. Viz obrázek č. 15.

Otázka č. 22

Setkáváte se s problémy u lékařů indikující domácí péči?

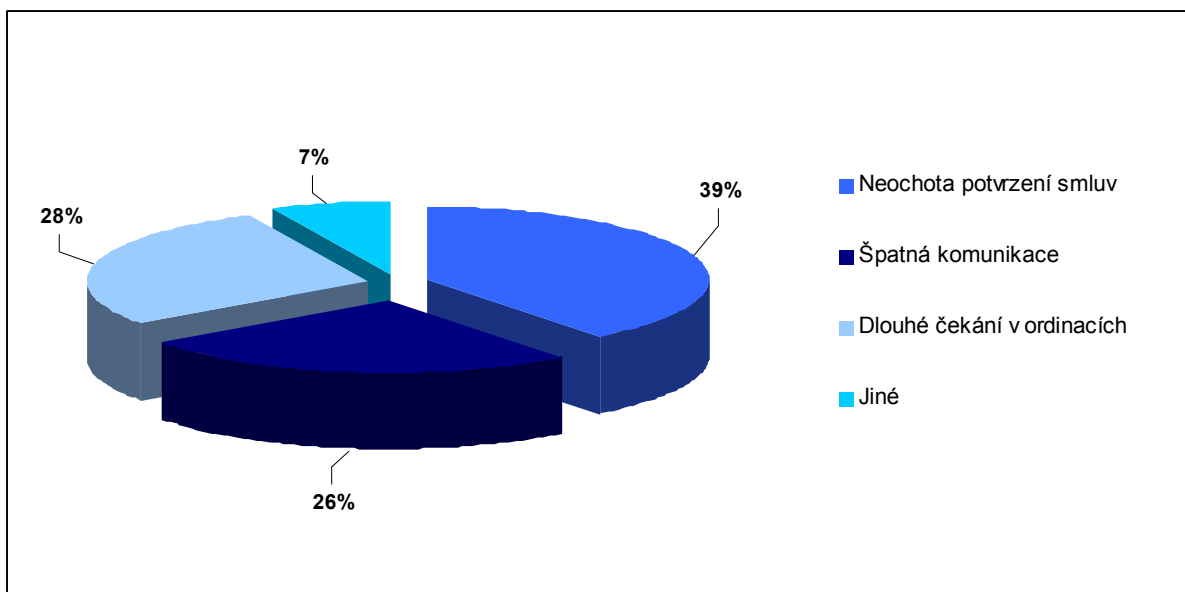


Obrázek č. 16 Graf četnosti problémů u lékařů indikujících péči

23 % sester uvádí, že se s problémy u lékařů indikujících péči setkávají výjimečně. Nejčetnější odpovědí byla možnost občas, kterou vybralo 43 % sester. Variantu často uvedlo 23 % sester a s neustálými problémy se setkává 10 % sester. Viz obrázek č. 16.

Otázka č. 23

S jakými problémy se u lékařů setkáváte nejčastěji? (možnost více odpovědí)



Obrázek č. 17 Graf problémů u lékařů indikujících péči

Jako nejčastější problém, uvádí 40 % sester neochotu potvrzování smluv, se špatnou komunikací se setkává 26 % sester. Možnost dlouhé čekání v ordinacích vybralo 28 % sester a mezi jiné problémy u lékařů indikujících péči uvedlo 7 % sester, že lékaři musí nejdříve zavolat a domluvit se kdy mohou přijít, pokud má lékař více pacientů v domácí péči potvrzení smluv vyžaduje od všech pacientů současně. Viz obrázek č. 17.

Otázka č. 24

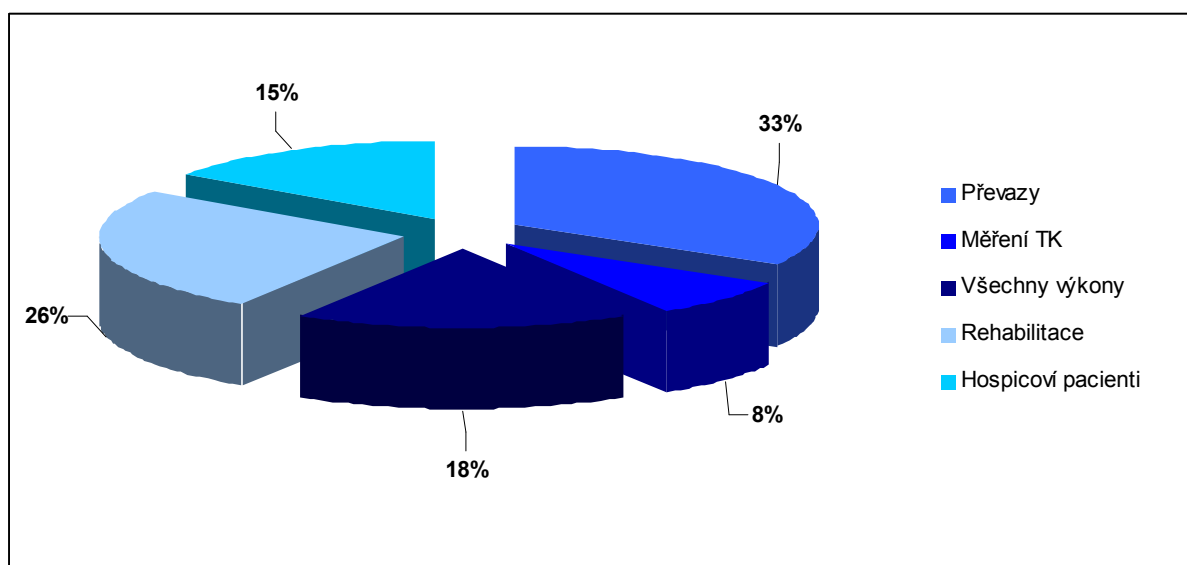
Vyžaduje od vás lékař zpětnou vazbu při péči o pacienta?

Tabulka č. 7 Zpětná vazba při péči o pacienta

	n_i	f_i
Ano	34	57 %
Ne	26	43 %
Celkem	60	100 %

Lékaři požadují zpětnou vazbu o pacientech od 57 % sester. Alarmujících 43 % sester uvedlo, že lékaři nejví zájem při péči o pacienta. Viz tabulka č. 24.

Pokud ano, vypište při jakých výkonech:

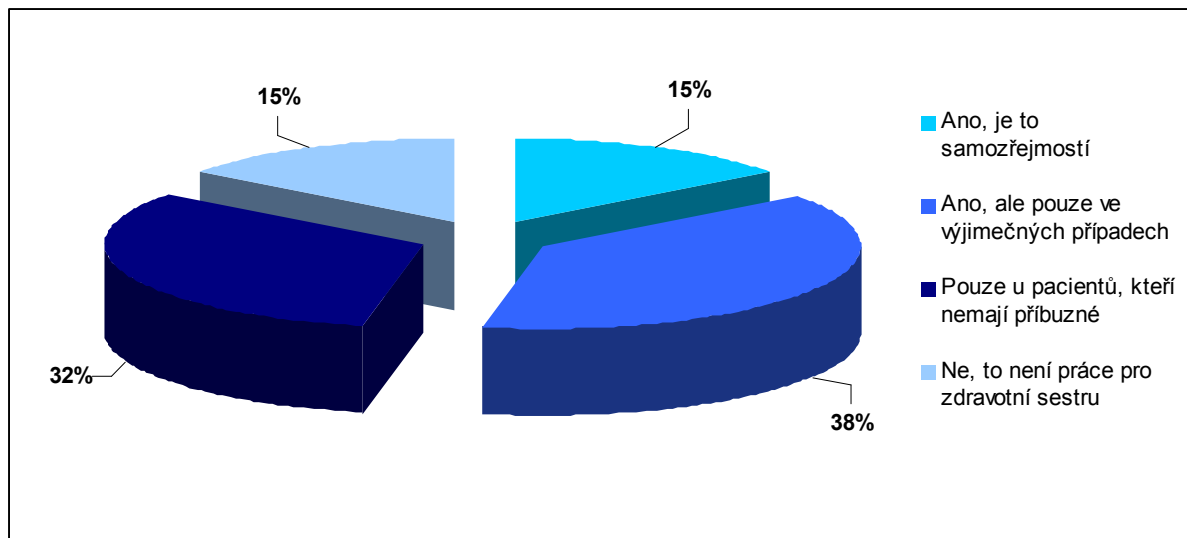


Obrázek č. 18 Graf výkonů, při kterých lékař vyžaduje zpětnou vazbu

Sestry uváděly, že lékaři nejčastěji, tedy v 33 % požadují zpětnou vazbu u převazů ran, při kontrolách krevního tlaku podává lékaři informace 8 % sester. O všech výkonech informuje lékaře 18 % sester, při rehabilitaci informuje lékaři 26 % sester. Při péči o hospicové pacienty podává zprávy lékařům 15 % sester. Viz obrázek č. 18.

Otázka č. 25

Zajišťujete pro pacienty pochůzky? (např. objednávání a vyzvedávání léků u praktického lékaře)



Obrázek č. 19 Graf zajištění pochůzek pro pacienta

V této otázce sestry odpovídaly, zda zařizují pochůzky pro pacienty. Možnost ano, je to samozřejmostí uvedlo 15 % sester. Ano, ale pouze ve výjimečných případech odpovědělo 38% sester, 32 % sester vybralo možnost pouze u pacientů, kteří nemají příbuzné. 15 % sester uvedly, že pochůzky nezajišťují, není to jejich práce. Viz obrázek č. 19.

4 Diskuze

Na základě údajů získaných z dotazníkového šetření jsem potvrdila nebo vyvrátila předem stanovené výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Nejpočetnější věkovou skupinou sester pracujících v domácí péči bude ve věkové kategorii 28 – 37 let a budou pracovat v agentuře domácí péče do 3 let.

Při hodnocení této výzkumné otázky jsem vycházela z otázky číslo 2, číslo 3 a číslo 4.

Tato výzkumná otázka se mi potvrdila částečně. Nejpočetnější věkovou skupinou sester v agenturách domácí péče je ve věkovém rozmezí 38 – 47 let.

Zjistila jsem, že z celkového počtu 60 sester, pracuje v agentuře domácí péče v kategorii do 3 let 52 % sester.

Možným důvodem, proč sestry v domácí péči pracují až ve vyšším věku je změna pracovního prostředí, nebo to, že sestry práce zajímá.

Domnívám se, že hlavním důvodem krátkého pracovního poměru sester v agenturách domácí péče je jak fyzická, tak i psychická náročnost práce.

Výzkumná otázka č. 2: Agentury domácí péče budou nabízet sestřím prevenci syndromu vyhoření a sestry také samy provádějí prevenci burn-outu.

Při hodnocení této výzkumné otázky jsem vycházela z otázek číslo 6 a číslo 7.

Tato výzkumná otázka se mi potvrdila. V otázce číslo 6 sestry odpovídaly vlastními slovy co dělají jako prevenci syndromu vyhoření, zde uvedlo 98 % sester různé metody a pouze 2 % sester zmínilo, že jako prevenci neprovádí nic.

Otázka číslo 7 byla zaměřená na možnosti prevence burn-outu, které poskytují agentury domácí péče. Zde se ukázalo, že agentury domácí péče nabízejí sestřím možnosti prevence syndromu vyhoření.

Při tvorbě této výzkumné otázky jsem vycházela z předpokladu, že prevence syndromu vyhoření je poskytována všem zdravotnickým pracovníkům, tedy i sestřím domácí péče.

Výzkumná otázka č. 3: Všem sestřám poskytují agentury domácí péče pracovní oděv, dostatek ochranných pomůcek a dobré pracovní zázemí.

Tuto výzkumnou otázku jsem hodnotila z výsledků otázek číslo 8 až číslo 19.

Z výsledku vyplývá, že tato výzkumná otázka se mi potvrdila pouze částečně. Téměř polovině sester, tedy 40 %, agentura domácí péče neposkytuje pracovní oděv a na spoluúčasti při poskytnutí pracovního oděvu se podílí 27 % sester.

V otázce číslo 9 jsem zjišťovala, zda mají sestry dostatek ochranných pomůcek. Zde všechny sestry uvedly, že ochranných pomůcek mají dostatek.

Převážná většina sester uvádí, že je spokojena se zázemím v agentuře domácí péče, i když ne ve všech oblastech. Například polovina sester nemá placené přesčasy, ale naopak 60 % sester uvádí, že je odměňováno mimořádnými prémie.

Domnívám se, že sestry nemají pracovní oděv z důvodu finanční náročnosti pro agentury domácí péče, ale dostatek ochranných pomůcek je povinností agentury domácí péče zajistit. Myslím si, že některé agentury domácí péče se snaží sestřím vyhovět a udržet si je z důvodu konkurenčního tlaku od jiných poskytovatelů domácí péče a snahy udržet kvalitu péče.

Výzkumná otázka č. 4: Většina sester se velmi často setkává s problémy při poskytování péče klientům.

Při vyhodnocení této výzkumné otázky jsem vycházela z otázky číslo 20, číslo 21 a číslo 25.

Tento předpoklad se mi potvrdil, sestry uvádějí časté bariéry při poskytování péče klientů. Nejčastěji sestry uvádějí nedůstojné hygienické prostředí v domově klientů, a to ve 27 %. Dále sestry zmiňují, že klienti vyžadují od sester práci, která není v jejich pracovní náplni. Dochází k zaměňování role sestry – pečovatelka.

Při formulování této výzkumné otázky jsem vycházela z předpokladu, že klienti domácí péče často využívají jen domácí péči a ne pečovatelskou službu, a tedy že po sestřích budou požadovat i jiné výkony, které nespádají do jejich pracovní náplně. Pečovatelské služby je hrazená a zdaleka ne všichni klienti popřípadě jejich rodiny jsou ochotni ji zaplatit. Přitom příspěvek na péči od magistrátů měst pobírá většina klientů domácí péče.

Výzkumná otázka č. 5: Méně než polovina sester se často setkává s problémy u lékaři indikujícími domácí péči a lékaři požadují zpětnou vazbu při péči o klienty

Na vyhodnocení této výzkumné otázky jsem použila výsledky z otázky číslo 22 až číslo 24.

Tato výzkumná otázka se mi bohužel nepotvrdila. Sestry agentur domácí péče udávají, že se s problémy u lékařů setkávají často, a to v 23 %. Mezi nejčastější problémy uvádějí neochotu potvrzování smluv pro domácí péči. Dalším často zmiňovaným problémem je špatná komunikace s lékaři. Toto zjištění bylo velmi překvapivé, vždyť sestry domácí péče pomáhají lékařům s jejich prací. Vždyť lékař sám musí vědět, že sestra by měla trávit pracovní dobu v terénu a ne čekáním v jeho ordinaci.

Alarmující je zjištění, že 43 % sester uvádí nenávaznost péče se zpětnou kontrolou lékaře, který péči indikoval. Pokud lékaři požadují zpětnou vazbu, nejčastěji se to týká převazů, a to v 33 %.

Tento výsledek mé výzkumné otázky mě překvapil, především je velmi špatné zjištění, že lékaři nejeví zájem o vývoj péče u klientů, kterým indikovali domácí péči. Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, že za poměrně ucházející se dá označit spolupráce se zařízeními, která indikují péči po propuštění (léčebny dlouhodobě nemocných, nemocnice). Tato zařízení minimálně vybaví pacienty propouštěcí zprávou.

Závěr

V mé bakalářské práci jsem se zaměřila na práci sester v domácí péči a problematiku jejich pracovní náplně.

Zodpovědnost, kterou mají sestry domácí péče vůči pacientům je s nemocniční péčí nesrovnatelná. Sestra musí zhodnotit stav pacienta při krátké návštěvě a adekvátně rozhodnout postup při péči. Měla by také zvážit problémy, které u pacienta mohou nastat. Například u pacientů s DM po aplikaci inzulínu, kdy sestra nemůže zkontrolovat, zda se pacient najedl, protože má jen omezenou dobu na návštěvu. Také je tady rozdíl okamžité lékařské pomoci, která je v nemocnici ihned dostupná.

Další nevýhodou domácí péče pro sestru je, že při péči o pacienta je sama. Pokud je pacient např. agresivní, musí sestra tuto situaci zvládnout a nemá zastání od další osoby. Myslím si, že tato situace je hodně náročná v nemocničním zařízení, kde můžeme požádat o pomoc někoho jiného, natož v domácím prostředí pacienta, ve kterém se sestra nevyzná a neví co má čekat.

Výzvou pro sestru v domácí péči je také způsob dopravy k pacientům. Většina sester volí za dopravní prostředek automobil, a to především z důvodu časového presu a nároků, které jsou na sestru kladeny. Vzhledem k dopravní situaci na silnicích se sestra vystavuje riziku účasti na dopravní nehodě.

Literatura, ze které jsem čerpala v teoretické části, uvádí, že agentury domácí péče poskytují služby v rozsahu 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. V praxi to funguje tak, že ve většině agentur není péče v tomto rozsahu poskytována. Agentury domácí péče poskytují péči 7 dní v týdnu, ale pouze během dne. V nočních hodinách se klienti spoléhají na zdravotnickou záchrannou službu nebo na noční ambulance.

V novelizovaném seznamu výkonných kódů, zákon 472/2009 Sb., byl od 1. 1. 2010 zařazen nový kód 06349 – SIGNÁLNÍ KÓD. Jedná se o kód, který ruší frekvenci návštěv, dříve byly poveleny maximálně tři návštěvy denně. Tento kód je uplatňován při ošetřování pacientů v terminálním stavu. Frekvence je dána zdravotním stavem pacienta, podle indikací praktického lékaře nebo lékaře jiné odbornosti. Viz příloha C.

V současné době, podle mého výzkumu není dostatečná zpětná vazba mezi lékařem, který indikuje péči a zdravotním stavem pacienta. Myslím si, že kontrola vývoje zdravotního stavu pacienta je důležitá pro poskytnutí kvalitní péče. Podle mého názoru by měl být vytvořen

integrovaný informační systém mezi lékaři a agenturami domácí péče. Prostřednictvím systému by měl lékař možnost pravidelně sledovat vývoj zdravotního stavu pacienta a popřípadě indikovat změnu péče či naplánovat kontrolu pacienta. Systém by nemusel vykonávat pouze zpětnou vazbu pro lékaře, ale mohl by vytvořit i informační základnu. Zde by se nacházela veškerá zdravotní dokumentace pacienta (např. překládová lékařská a ošetrovatelská dokumentace). Je otázkou jestli by daný informační systém, byl podpořen ze strany legislativy, která by stanovila normy pro jednotnou formu systému.

Práce sestry v domácí péči není snadná, nicméně vzhledem k jejím výhodám v otázce potřeb klienta i finančních nároků je nepostradatelná a efektivní.

Použitá literatura

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
2. HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitní ošetrovatelství*. 1. české vyd. Martin: Vydavatelstvo osveta, spol. s. r. o., 2007. ISBN 978-80-8063-257-1
3. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
4. KRÁTKÁ, A. ; ŠILHÁKOVÁ, G. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2008. ISBN 978-80-7318-726-2.
5. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1877-3 (brož.).
6. KEBZA, V. ; ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
7. MICHKOVÁ, A. *Supervize*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-145-1.
8. MISCONIOVÁ, B. *Chci větší rozsah domácí péče, říká Blanka Misconiová* [online]. 2006 [cit. 2011-03-10]. Národní centrum domácí péče České republiky. Dostupné z WWW: <www.elpidia.cz>.

9. SKLENCKOVÁ, M. *Agentura domácí péče - péče zdravotní versus sociální. Diagnóza v ošetrovatelství*. 2006, 2, 11, s. 356-357.
10. ŠAMÁNKOVÁ, M. ; a kol. *základy ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
11. VIVETTE, P. *Teambuilding workshop*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a. s., 2007. ISBN: 978-80-251-1588-6.
12. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. [cit. 2011-4-11]. Dostupný z WWW:<http://www.mzcr.cz/dokumenty/novela-vyhlc-sb-kterou-se-vydava-seznam-zdravotnich-vykonu_2411_999_3.html>
13. Národní centrum domácí péče České republiky [online]. [cit. 2011-3-21]. Dostupný z WWW:< <http://www.domaci-pece.info/>>
14. Agentura domácí péče s.r.o. Holoubkov [online]. [cit. 2011-4-2]. Dostupný z WWW:< <http://www.domaci-pece.eu/news/zarazeni-noveho-kodu-06349/>>

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník

Příloha B: Vyhláška č.134/1998 Sb. – Výkony v domácí péči a vysvětlení základních pojmů v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Příloha C: Zavedení signálního kódu 06349, vydalo Ministerstvo zdravotnictví

Příloha A:

Dotazník – Výzvy v práci sestry domácí péče

Dobrý den, jmenuji se Nela Šindlerová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství – Všeobecná sestra na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tento dotazník je součástí mé bakalářské práce, která je zaměřena na práci sester v Domácí péči.

Tímto bych Vás chtěla požádat o pravdivé vyplnění níže uvedeného dotazníku. Zaručuji Vám, že tento dotazník je anonymní, bude sloužit k účelům mé bakalářské práce a nedostane se do nepovolaných rukou.

Moc děkuji za ochotu a spolupráci.

1. Pohlaví:

- Žena Muž

2. Váš věk:

- 18 -27 28-37 38-47 48 a více

3. Proč jste si vybral/a práci v agentuře domácí péče? (dále jen ADP)

- Tato práce mě zajímá Vyhovuje mi pracovní doba
 Dobré finanční ohodnocení Nebyla jiná pracovní nabídka
 Jiné:

4. Jak dlouho pracujete v ADP?

- Do 3 let 4-7 let 8-11 let 12 a více let

5. Jaké máte vzdělání?

- SZŠ VOŠz VŠ jiné:

6. Co děláte jako prevenci syndromu vyhoření? (odpovězte vlastními slovy)

.....
.....
.....
.....
.....

7. Co vám nabízí ADP jako prevenci syndromu vyhoření?

- Team-building Supervize
 Konzultace s psychologem Jiné:.....

8. Poskytuje vám ADP pracovní oděv?

- Ano Ne Spoluúčast

9. Poskytuje vám ADP dostatek ochranných pomůcek? (rukavice, desinfekční prostředky,...)

- Ano Ne

10. Má vaše ADP motivační program?

- Ano Ne

11. Pokud ano, co nabízí? (možnost více odpovědí)

- Příspěvky na dovolenou Příspěvky na stravu Životní pojištění
 Týden dovolené navíc Důchodové připojištění
 Jiné:

12. Máte služební automobil?

- Ano Ne

13. Máte možnost osobního využití služebního automobilu?

- Ano Ne a vadí mi to Ne a nevadí mi to

14. Můžete se spolehnout na technický stav vozidla? (pneumatiky, technická prohlídka, atd.)

- Ano Ne

15. Máte služební mobilní telefon a potřebujete ho?

- Ano, nedovedu si představit být bez něj Ano, ale používám ho zřídka
 Ne a vadí mi to Ne a nechci ho

16. Odpovídá Vaše finanční ohodnocení pracovní náplni?

- Ano Spíše ano Ne Spíše ne

17. Máte placené přesčasy?

- Ano Ne

18. Odměňuje vás ADP mimořádnými prémiei?

- Ano Ne Výjimečně

19. Máte přesně vymezené kompetence ve své pracovní náplni? (cévkování mužů apod.)

- Ano Ne

20. Vyžadují se od Vás při výkonu povolání činnosti, které nejsou v pracovní náplni zdravotní sestry? (odnášení odpadků, příprava snídaní atp.)

- Ano Ne

**21. S jakými bariérami se setkáváte při ošetřování pacientů?
(možnost více odpovědí)**

- Komunikační bariéry (fatická porucha po CMP, presbyakuze)
 Načasování péče Nedůvěra pacienta (klíče od bytu)
 „Domácí mazlíčci“ Zaměňování role sestry/pečovatelka
 Nedůstojné hygienické prostředí Jiné:

22. Setkáváte se s problémy u lékařů indikující domácí péči?

- Výjimečně (1x za 3 měs.) Občas (1x za měsíc) Často (3- 4 za měsíc)
 Neustále (5 a více za měsíc)

23. S jakými problémy se u lékařů setkáváte nejčastěji? (možnost více odpovědí)

- Nepochota potvrzení smluv Dlouhé čekání v ordinacích
 Špatná komunikace Jiné:

24. Vyžaduje od vás lékař zpětnou vazbu při péči o pacienta?

- Ano Ne

Pokud ano, vypište při jakých výkonech:

.....
.....
.....

25. Zajišťujete pro pacienty pochůzky? (např. objednávání a vyzvedávání léků u praktického lékaře)

- Ano, je to samozřejmostí
 Ano, ale pouze ve výjimečných případech
 Pouze u pacientů, kteří nemají příbuzné
 Ne, to není práce pro zdravotní sestru

Příloha B:

Odbornost: sestra domácí péče				
06311	ZAVEDENÍ, UKONČENÍ DOMÁCÍ PÉČE, ADMINISTRATIVNÍ ČINNOST SESTRY V DOMÁCÍ PÉČI			
	Výkon bude hrazen jen na doporučení praktického lékaře při převzetí pacienta do lékařem indikované dočasné nebo dlouhodobé ošetrovatelské péče v domácnosti. Maximálně 2x na jednoho pacienta za ukončený cyklus soustavné domácí péče.			
	Kategorie: W - hrazen za určitých podmínek	Atestace	INDX	Čas
	OF:	S2	8	60
	OM: A - pouze ambulantně			
	Čas výkonu:60	ZUM: ne		
	Body: 79	ZULP:ne		

Odbornost: sestra domácí péče				
06313	OŠETŘOVACÍ NÁVŠTĚVA - DOMÁCÍ PÉČE - TYP I.			
	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře (ev. jiného ošetřujícího lékaře) vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období. Tato forma domácí péče je určena zejména pro pacienty odkázané na ošetřování druhou osobou pro částečnou			
	Kategorie: W - hrazen za určitých podmínek	Atestace	INDX	Čas
	OF: 3/1 den	S2	8	30
	OM: A - pouze ambulantně			
	Čas výkonu:30	ZUM: ne		
	Body: 40	ZULP:ne		

Odbornost: sestra domácí péče				
06315	OŠETŘOVACÍ NÁVŠTĚVA - DOMÁCÍ PÉČE - TYP II.			
	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře (ev. jiného ošetřujícího lékaře) vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období. Tato forma domácí péče je určena zejména pro pacienty odkázané na ošetřování druhou osobou pro částečnou			
	Kategorie: W - hrazen za určitých podmínek	Atestace	INDX	Čas
	OF: 3/1 den	S2	8	45
	OM: A - pouze ambulantně			
	Čas výkonu:45	ZUM: ne		
	Body: 59	ZULP:ne		

Odbornost: sestra domácí péče				
06317	OŠETŘOVACÍ NÁVŠTĚVA - DOMÁCÍ PÉČE - TYP III.			
	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře (ev. jiného ošetřujícího lékaře) vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období. Tato forma domácí péče je určena zejména pro pacienty odkázané plně na ošetřování druhou osobou pro imobi			
	Kategorie: W - hrazen za určitých podmínek	Atestace	INDX	Čas
	OF: 3/1 den	S2	8	60
	OM: A - pouze ambulantně			
	Čas výkonu:60	ZUM: ne		
	Body: 79	ZULP:ne		

Odbornost: sestra domácí péče				
06319	FYZICKÁ ASISTENCE PŘI POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ PÉČE			
	Dle ordinace lékaře (praktického ev. jiného ošetřujícího), který zhodnotí aktuální fyzickou náročnost ošetrovatelské péče - u imobilního pacienta - pověření dalšího člena týmu agentury domácí péče asistencí při provedení výkonu - možno SZP, NZP, PZP.			
	Kategorie: W - hrazen za určitých podmínek	Atestace	INDX	Čas
	OF: 3/1 den	S1	7	30
	OM: A - pouze ambulantně			
	Čas výkonu:30	ZUM: ne		
	Body: 24	ZULP:ne		

Odbornost: sestra domácí péče				
06321	VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ			
	Přičti ke kódu ošetrovacího dne domácí péče, jen materiálové náklady výkonu. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období.			
	Kategorie: W - hrazen za určitých podmínek	Atestace	INDX	Čas
	OF: 1/1 týden			
	OM: A - pouze ambulantně			
	Čas výkonu:0	ZUM: ne		
	Body: 13	ZULP:ne		

Odbornost: sestra domácí péče				
06323	ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU			
	Přičti ke kódu ošetřovacího dne domácí péče, jen materiálové náklady výkonu. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období.			
	Kategorie: W - hrazen za určitých podmínek	Atestace	INDX	Čas
	OF: 3/1 den			
	OM: A - pouze ambulantně			
	Čas výkonu:0	ZUM: ne		
	Body: 15	ZULP:ne		

Odbornost: sestra domácí péče				
06325	APLIKACE ORDINOVANÉ PARENTERÁLNÍ TERAPIE PRO ZAJIŠTĚNÍ HYDRATACE, ENERGETICKÝCH ZDROJŮ A LÉČBY BOLESTI			
	Přičti ke kódu ošetřovacího dne domácí péče, jen materiálové náklady výkonu. Vykáže se 1krát v jedné návštěvě. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období.			
	Kategorie: W - hrazen za určitých podmínek	Atestace	INDX	Čas
	OF: 3/1 den			
	OM: A - pouze ambulantně			
	Čas výkonu:0	ZUM: ne		
	Body: 21	ZULP:ne		

Odbornost: sestra domácí péče				
06327	OŠETŘENÍ STOMIÍ			
	Přičti ke kódu ošetřovacího dne domácí péče, jen materiálové náklady výkonu. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období.			
	Kategorie: W - hrazen za určitých podmínek	Atestace	INDX	Čas
	OF: 3/1 den			
	OM: A - pouze ambulantně			
	Čas výkonu:0	ZUM: ne		
	Body: 23	ZULP:ne		

Odbornost: sestra domácí péče				
06329	LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ			
	Přičti ke kódu ošetřovacího dne domácí péče, jen materiálové náklady výkonu. Vykáže se 1krát v jedné návštěvě. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité ob			
	Kategorie: W - hrazen za určitých podmínek	Atestace	INDX	Čas
	OF: 3/1 den			
	OM: A - pouze ambulantně			
	Čas výkonu:0	ZUM: ne		
	Body: 21	ZULP:ne		

Odbornost: sestra domácí péče				
06331	KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ			
	Přičti ke kódu ošetřovacího dne domácí péče, jen materiálové náklady výkonu. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období.			
	Kategorie: W - hrazen za určitých podmínek	Atestace	INDX	Čas
	OF: 3/1 den			
	OM: A - pouze ambulantně			
	Čas výkonu:0	ZUM: ne		
	Body: 22	ZULP:ne		

Odbornost: sestra domácí péče				
06333	APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V. UV, EVENT. DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV			
	Přičti ke kódu ošetřovacího dne domácí péče, jen materiálové náklady výkonu. Přístroj je ve vlastnictví poskytovatele výkonu. Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv			
	Kategorie: W - hrazen za určitých podmínek	Atestace	INDX	Čas
	OF: 3/1 den			
	OM: A - pouze ambulantně			
	Čas výkonu:0	ZUM: ne		
	Body: 5	ZULP:ne		

Odbornost: sestra domácí péče			
06335	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULINU		
	Výkon bude hrazen po předchozí indikaci praktického lékaře, která může být jednorázová nebo vyjadřující konkrétní frekvenci návštěv na určité období. Přičti ke kódu ošetřovacího dne domácí péče, jen materiálové náklady výkonu. Maximálně 30krát za 14dní.		
	Kategorie: W - hrazen za určitých podmínek	Atestace	INDX
	OF: 3/1 den, 30/1 měsíc		Čas
	OM: A - pouze ambulantně		
	Čas výkonu:0	ZUM: ne	
	Body: 7	ZULP:ne	

Vysvětlení základních pojmů použitých v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

seznam výkonů	seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami
zdravotní výkon	základní jednotka seznamu, popisující ucelenou činnost při poskytování zdravotní péče
kategorie výkonu	kategorie úhrady výkonu - řadí výkon mezi výkony plně hrazené, hrazené za určitých podmínek a nehrazené z veřejného zdravotního pojištění
autorská odbornost	odbornost, která navrhla a odborně garantuje registrační list výkonu
číslo výkonu	pětimístné číslo jednoznačně identifikující výkon v rámci seznamu výkonů
název výkonu	stručný text vystihující jednoznačně podstatu výkonu
popis výkonu	text, rozvíjející název výkonu, popisující výkon a případně jeho provedení
OM omezení místem	omezení pro vykazování výkonu místem jeho provedení
OF omezení frekvencí	omezení pro vykazování výkonu frekvencí jeho provedení vztahenou na jednoho pojištěnce a jedno nebo více časových období
čas výkonu	čas výkonu v minutách. Autorská odbornost výkonu je rozhodující pro přiřazení minutové režijní sazby. Celková hodnota minutové režie výkonu se vypočte jako součin času výkonu a minutové režijní sazby příslušné k výkonům dané autorské odbornosti (viz kapitola 7). Čas výkonu vyjadřuje dobu, po kterou je pracoviště prováděním výkonu plně vytíženo.
nositel výkonu	zdravotnický pracovník, který se podílí na provedení výkonu. U výkonu jsou přiřazeny osobní náklady jednoho nositele výkonu, pouze výjimečně více nositelů (operační výkony a podobně). Je-li nositelem výkonu alespoň jeden lékař nebo jiný vysokoškolský pracovník, nejsou zásadně k výkonu přiřazeny osobní náklady středních zdravotnických pracovníků (jsou obsaženy v úhradě nepřímých nákladů - režii).
čas nositele výkonu	čas, po který je daný zdravotnický pracovník zaměstnán prováděním právě tohoto jediného výkonu
mzdový index nositele výkonu	index, který charakterizuje kvalifikaci nositele k provedení výkonu a obtížnost provedení výkonu
bodová hodnota výkonu	součet všech přímých nákladů na výkon (osobních nákladů nositele výkonu, nákladů na jednoúčelové přístroje a jejich specifickou údržbu, při provedení výkonu přímo spotřebovaný zdravotnický materiál a při provedení výkonu přímo spotřebované léčivé přípravky) kalkulovaný v korunách a vyjádřený v bodech
ZUM	zvlášť účtovaný zdravotnický materiál, který lze zvlášť účtovat k výkonu, pokud byl odůvodněně při výkonu spotřebován
ZULP	zvlášť účtovaný léčivý přípravek, který lze zvlášť účtovat k výkonu, pokud byl odůvodněně při výkonu spotřebován
OD	ošetřovací den
PZT	prostředky zdravotnické techniky

Příloha C:

V souvislosti s vyhláškou MZ č. 472/2009 Sb., kterou se vydává novela Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

stanovují

podmínky a postup pro nasmlouvání a úhradu domácí zdravotní péče o pacienty v terminálním stádiu nevléčitelné nemoci.

S účinností od 1. 1. 2010 je v autorské odbornosti 925 – sestra domácí zdravotní péče v SZV uveden nový výkon 06349 „Signální kód - ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu“, který nemá časovou, ani bodovou hodnotu. Signalizuje péči o pacienta v terminálním stavu a současně v SZV ruší OF („omezení frekvencí“) u tzv. časových výkonů sester domácí zdravotní péče (odbornost 925) v případech indikace paliativní péče o pojištěnce v terminálním stavu v jeho vlastním domácím prostředí.

Signální kód nemůže být indikován sám o sobě, ale vždy jen s dalšími výkony vlastní domácí zdravotní péče (výkony odbornosti 925). Podmínky pro jejich úhradu vyplývají z § 22, odstavce a), zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.

Čl. 1

Předpokladem pro oprávněnou úhradu časových výkonů odbornosti 925 u pacientů identifikovaných naším IS pomocí kódu 06349 je:

- odůvodněná indikace ošetřujícího lékaře, vyplývající z řádně popsaného zdravotního stavu, doloženého výsledky příslušných vyšetření v související zdravotnické dokumentaci a informovaným souhlasem osoby blízké, případně jiné osoby pečující o pacienta
a současně
- stav, kdy uzdravení již není reálné a smrt lze očekávat v relativně blízké době. Jde o nevléčitelně nemocné pojištěnce, u kterých již byla ukončena kurativní léčba a další léčba je péče paliativní – tu v případě domácí zdravotní péče tvoří souhrn ošetřovatelských a rehabilitačně-ošetřovatelských činností s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací.

Čl. 2

Rozšíření nasmlouvaného souboru výkonů o výkon 06349 lze pouze při splnění těchto podmínek:

- 1) na základě písemné žádosti SZZ,

Seznam obrázků **Obrázek č. 1 Graf věku respondentů**

Obrázek č. 1 Graf věku respondentů	29
Obrázek č. 2 Graf důvodu práce v ADP	30
Obrázek č. 3 Graf jak dlouho sestry pracují v ADP	30
Obrázek č. 4 Graf vzdělání sester v ADP	31
Obrázek č. 5 Graf prevence syndromu vyhoření prováděná sestrami ADP	32
Obrázek č. 6 Graf prevence syndromu vyhoření poskytována ADP	32
Obrázek č. 7 Graf poskytnutí oděvu od ADP	33
Obrázek č. 8 Graf poskytnutí motivačního programu od ADP	34
Obrázek č. 9 Graf typů motivačního programu ADP	34
Obrázek č. 10 Graf osobního využití služebního automobilu	35
Obrázek č. 11 Graf nutnosti a potřeby mobilního telefonu	36
Obrázek č. 12 Graf spokojenosti s finančním ohodnocením	37
Obrázek č. 13 Graf odměňování mimořádnými prémie	38
Obrázek č. 14 Graf vymezení kompetencí v pracovní náplni	38
Obrázek č. 15 Graf bariér při ošetřování	39
Obrázek č. 16 Graf četnosti problémů u lékařů indikujících péči	40
Obrázek č. 17 Graf problémů u lékařů indikujících péči	40
Obrázek č. 18 Graf výkonů, při kterých lékař vyžaduje zpětnou vazbu	41
Obrázek č. 19 Graf zajištění pochůzek pro pacienta	42

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů	29
Tabulka č. 2 Poskytnutí ochranných pomůcek	33
Tabulka č. 3 Služební automobil	35
Tabulka č. 4 Dobrý technický stav vozidla	36
Tabulka č. 5 Placení přesčasů	37
Tabulka č. 6 Výkony nespádající do pracovní náplně	39
Tabulka č. 7 Zpětná vazba při péči o pacienta	41

Seznam zkratek

ADP	agentura domácí péče
ANA	Americká nadace sester
atd.	a tak dále
cit.	citace
č.	číslo
DM	Diabetes mellitus
KDP	komplexní domácí péče
např.	například
r.	rok
s.	strana
TK	krevní tlak
vyd.	vydáno
viz	lze vidět
WHO	World Health Organisation