

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA HRADEC KRÁLOVÉ**

**ANALÝZA SPOLUPRÁCE
NEMOCNIC S AGENTURAMI DOMÁCÍ PÉČE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ALEXANDRA KOPCZYKOVÁ

Vedoucí práce: p. Pekárková Hana

HRADEC KRÁLOVÉ, 2005

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedených pramenů a literatury.

V Hradci Králové, dne 2006

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji p. Haně Pekárkové za cenné rady, trpělivost, odborné konzultace a vedení bakalářské práce.

Kopczyková Alexandra

Motto: Úkolem profesionálního pomáhání je přispět k tomu, aby se lidem žilo lépe.

Úlehla I.

OBSAH:

ÚVOD	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1. Cíl teoretické části	8
2. Zdraví, nemoc, kvalita života, sociální vlivy na zdraví a nemoc	9
3. Domácí zdravotní péče, komplexní zdravotní péče, multidisciplinární tým	12
3.1 Struktura agentur domácí zdravotní péče (ADP)	15
3.2 Historie a vývoj agentur domácí zdravotní péče (ADP)	16
3.3 Formy domácí zdravotní péče	18
3.4 Význam agentur domácí péče (ADP)	20
3.4.1 Okruh klientely, oblasti poskytované péče u matky a dítěte	20
3.4.2 Poskytované služby a jejich poskytovatelé	22
3.4.3 Pozitivní stránky domácí zdravotní péče	24
3.5 Poslání ADP, zastoupení ve zdravotnickém systému a soc. péče, otázka záruky poskytované péče	25
3.6 Výhody ADP vyplývající pro pacienty propuštěné z nemocničního léčení do domácího ošetřování	27
3.7 Pacient v nemocničním prostředí	27
3.8 Návaznost spolupráce ADP po propuštění pacienta z nemocniční péče	28
3.9 Právní normy, upravující poskytování domácí zdravotní péči	29
4. Rizika práce pracovníků působících v domácí zdravotní péči	31
4.1 Sociální syndrom – syndrom vyhoření	31
5. Role sestry v domácí zdravotní péči	32
5.1 vzdělávání a příprava sester pro poskytování domácí péče	32
5.2 vlastnosti sestry působící v domácí péči	34

II. EMPIRICKÁ ČÁST	36
6. CÍL EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ	36
7. POPIS SKUPINY RESPONDENTŮ	38
8. METODA	42
9. VÝSLEDKY, DISKUSE	43
9.1 CHARAKTERISTIKA DOTAZOVANÝCH	43
9.1.1 výsledky z dotazníku určené pro vedoucí a soc. prac. v nemocnicích znázorněné v grafech	43
9.1.2 výsledky z dotazníku určené pro majitelé a pracovníky ADP, znázorněné v grafech	56
10. DISKUSE	68
11. SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ	70
IV. ZÁVĚR	72
V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
VI. SEZNAM PŘÍLOH	75
Příloha I – dotazník	75
Příloha II – dotazník	75
Příloha III – grafické znázornění výsledků dotazníků v tabulkách	75

ÚVOD

Z nabídky navržených témat pro bakalářskou práci jsem si vybrala toto téma, neboť mě zajímá problematika propouštění pacientů z nemocnice do domácího ošetřování. Tito pacienti potřebují pomoc agentur domácí péče / ADP / z různých důvodů, které ve své práci uvedu.

Můj úkol zní: zjistit, jakým způsobem probíhá spolupráce nemocnic s agenturami domácí péče při propouštění pacientů do domácího prostředí. Oslovila jsem hlavní, vrchní a staniční sestry v nemocnicích a na různých odděleních, o kterých jsem se domnívala, že spolupracují s ADP. Taktéž jsem oslovila pracovníce, pracovníky a majitele agentur domácí péče ve východočeském kraji, v Praze a v severomoravském kraji. Pomocí dotazníkového šetření jsem zjišťovala informace potřebné ke zpracování a využití jako podklad své bakalářské práce.

Snažila jsem se zjistit, jak se na tento proces spolupráce dívají obě strany, tzn. pracovníci/agentur domácí péče a zdravotničtí pracovníci v nemocnicích, případně jiných zdravotnických zařízeních.

Jako hlavní cíle bakalářské práce jsem si stanovila zjistit úroveň spolupráce obou institucí. Dále zmapovat, která skupina a kategorie klientů tuto péči nejvíce potřebuje a využívá, jakým způsobem tato spolupráce probíhá a zda tento systém vyhovuje nemocničním zařízením i agenturám domácí péče. V neposlední řadě bych ráda zjistila názory pracovníků na spolupráci a jsou-li pro ni vytvořeny adekvátní podmínky. Názory klientů na poskytovanou péči jsou neméně důležité. V práci se však zaměřuji především na názory poskytovatelů zdravotní domácí péče a pracovníků zdravotnických zařízení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Cíl teoretické části:

Hlavními cíli teoretické části je vymezení pojmů:

- pojem zdraví, nemoc, sociální vlivy na zdraví a nemoc, kvalita života
- pojem domácí péče, historie, vývoj, význam
- skupiny pacientů, kteří potřebují péči agentur domácí péče /ADP/
- poskytovatelé těchto služeb – multidisciplinární tým
- oblasti poskytované péče
- struktura agentur domácí péče
- výhody ADP pro klienta propuštěného z nemocničního prostředí

Spolupráce nemocnic s agenturami domácí péče je nezbytnou součástí péče o pacienty, kteří i po propuštění do domácího ošetřování vyžadují pomoc a zdravotní péči. Tato spolupráce je nezbytnou součástí kvalitní a komplexní péče o pacienta. Existuje několik skupin klientů, kteří podle charakteru onemocnění vyžadují pomoc agentur domácí péče. Této skutečnosti se budu věnovat v dalších oddílech práce.

V teoretické části jsem se snažila popsat, co obnáší práce pracovníků agentur domácí péče. Zabývám se zde významem, přínosem pro společnost a vůbec smyslem fungování agentur domácí péče. V této části dále vysvětluji, s pomocí literatury, pojem agentura domácí péče, zabývám se zde historií agentur domácí péče, vznikem a vývojem agentur domácí péče až po současnost.

Jako první úkol své práce jsem si zadala zjistit do jaké míry nemocnice respektive jednotlivá oddělení s agenturami domácí péče spolupracují a jak dlouho tato spolupráce trvá a funguje.

I. TEORETICKÁ ČÁST

2. Pojem zdraví, nemoc, sociální vlivy na zdraví a nemoc, kvalita života

ZDRAVÍ:

Existuje mnoho definic zdraví. Podle WHO z roku 1947 je zdraví stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, není to pouze nepřítomnost nemoci. Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života. Jde o pozitivní koncepci, která zahrnuje společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti. 12 (str.13)

Základem nové politiky péče o zdraví je zajištění rovnocenného přístupu občanů ke kvalitní péči o zdraví. Komplexní problematikou nové politiky péče o zdraví se zabývá nově koncipovaný obor Veřejné zdravotnictví. Světová zdravotnická organizace ho definuje takto: „Veřejné zdravotnictví je věda a umění zabývající se prevencí nemoci, prodlužováním života a posilováním zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti“ 1 (str. 9, 10)

NEMOC:

Nemoc, je souhrn reakcí organismu na poruchy rovnováhy mezi organismem a okolním prostředím. Pomineme-li nezbytný biologický aspekt nemoci, dojdeme k závěru, že nemoc je svým způsobem sociálním jevem, neboť se bezprostředně vztahuje k lidskému chování a ovlivňuje jej. 2 (str. 12)

Nemoc, znamená jakousi bezmocnost, ztrátu moci nad svým jednáním, tělesnými a psychickými funkcemi, chováním nemocného člověka. Dochází k omezování člověka v základních potřebách. Část klientů, kteří jsou propuštěni z nemocnice nemají dostatečné fungující a plnohodnotné sociální zázemí v domácím prostředí, rodina se o ně nemůže anebo nechce dostatečným způsobem starat. Tito pacienti/klienti zcela jistě uvítají potřebnou pomoc ze strany agentur domácí péče. Z tohoto vyplývá, že je důležité při propuštění pacienta / klienta

z nemocničního prostředí zajistit vhodné podmínky k rekonvalescenci a pomoci v různých oblastech, tzn. tam, kde klienti nejsou plně soběstační.

SOCIÁLNÍ VLIVY NA ZDRAVÍ A NEMOC:

Problematika sociálních vlivů na zdraví a nemoc patří k nejslabším místům našeho odborného i laického myšlení. Cílem lékařství byla odjakživa etiologická léčba, vycházející z odhalování příčin onemocnění. Vítězství moderní medicíny započalo objevem, že za určité nemoci mohou odpovídat specifictí původci, kteří žijí ve vnějším světě a z něho pronikají do organismu. Tím bylo možné bojovat proti příčinám nemoci v těle nemocného a zničením jejich původců ve vnějším světě zabránit novým onemocněním S bakteriologií a hygienou to byla preventivní medicína, která konečně vedla k vítězství nad epidemiemi. Ale ukázalo se, že vedle biologických původců jsou významné ještě i jiné příčiny. (3 str. 22 – 23)

V posledních desetiletích je přijímán názor, že nemoc, stejně jako zdraví, má mnohofaktorový, bio-psycho-sociální základ. Nejen jednotlivé faktory životního prostředí (biologického či sociálního), ale především jejich vzájemná interakce s lidským organismem a způsobem života člověka, které jsou příčinou nemoci anebo přispívají k jejich rozvoji. (3 str. 22- 23)

V moderní společnosti ubývá etiologicky jednoznačných onemocnění, u kterých stojí v popředí fyzikální, chemické nebo bakteriální faktory a naopak v počtu a významu začínají stále více převažovat nemoci, u kterých pravděpodobně hrají podstatnou roli psychické a sociální faktory. Postupně se přesouvá těžiště zájmu od hledání rizikových faktorů a od prevence konkrétních chorob ke studiu společných znaků zdravých lidí dožívajících se vysokého věku, tedy k hledání faktorů (nebo podmínek), které udržují (pomáhají udržet) zdraví. Je zřejmé, že oba přístupy – zabránění chorobám a budování pozitivního zdraví – se navzájem doplňují a nelze je oddělit. V současné době si nemůžeme klást za cíl jen zbavit člověka nemocí a usilovat o to, aby dosáhl stav fyzické, psychické a sociální pohody, ale stále více musíme mít na zřeteli potřebu optimálního rozvíjení a využívání všech jeho pozitivních biologických, psychických a sociálních vlastností a schopností. (3 str. 22-23)

KVALITA ŽIVOTA:

Důležitým ukazatelem kvality života je zdraví. Člověk, který se cítí dobře, hodnotí svůj život jako kvalitní. Vnímá sebe i okolí pozitivně, seberealizuje se. Pokud je nemocný, mění se jeho kvalita života v souvislosti s potížemi, má sklon k negativistickému naladění.

3. Domácí zdravotní péče, komplexní domácí zdravotní péče, multidisciplinární tým

Domácí péče je živý, stále se vyvíjející organismus, který se přizpůsobuje poznatkům vědy a výzkumu. Prezidentkou Asociace domácí péče je p. Bc. B. Misconiová.

Základním principem komplexní domácí péče je humanizace zdravotní péče, to znamená orientaci na občana v době zdraví (prevence) i nemoci – s respektováním lidských práv, chápání lidské bytosti ve vztahu s jejím prostředím, podpora zájmu občana na svém zdraví, za současného efektivního a cílevědomého využití finančních prostředků plynoucích do resortu zdravotnictví a sociálních služeb. Komplexní domácí zdravotní péče je poskytována 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Průměrně jeden pracovník v domácí zdravotní péči zajistí denně péči pro 7 – 10 klientů (údaj z roku 1994) – rozdíly plynou z odlišných demografických a epidemiologických podmínek. s (**str. 59**)

Zde bych se také chtěla zmínit o tom, že pracovníci domácí zdravotní péče jsou často registrovaní v ČAS (Česká asociace sester) nebo v České asociaci domácí péče. Registrovaný pracovník vzbuzuje důvěru u veřejnosti. Registrovaný člen se navíc reprezentuje, zlepšuje postavení a dobrou pověst své profese.

Komplexní domácí péče je významnou součástí primární péče. Primární péče je integrovaná forma péče, která zahrnuje aktivity – zdravotní, sociální i laické péče poskytované jedinci, skupině, či komunitě v první linii kontaktu. Úroveň poznatků současné vědy v oblasti medicínských oborů a ošetrovatelství dovoluje pečovat o zdraví klientů ve vlastním domácím prostředí. Vliv domácího prostředí – přítomnost rodinných příslušníků a blízkých, velmi příznivě ovlivňuje proces uzdravování u klientů všech věkových skupin. (*mapa aktivit komplexní domácí péče – Bc. B. Misconiová*) 4

Komplexní domácí péče umožňuje v indikovaných případech po pobytu v nemocničním prostředí nabírat nových sil v domácím prostředí za asistence a odborné péče multidisciplinárního týmu. Multidisciplinární tým je tvořen řadou profesionálů. **Skladba multidisciplinárního týmu:** Sestry, lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci, nižší a pomocný zdravotnický personál, volentéři... Složení týmu personálu agentury domácí péče je závislé na typu a charakteru činnosti, kterou agentura domácí péče provozuje.

Sestry: stejně tak jako v jiných zdravotnických zařízeních i v agenturách komplexní domácí péče sestry vystupují v mnoha rolích, které zahrnují základní ošetrovatelskou péči i super specializovanou ošetrovatelskou péči. Uplatnění v agenturách komplexní domácí péče získávají sestry zkušené - schopné poskytovat aktivní ošetrovatelskou péči – tzn. je schopná realizovat ošetrovatelský proces v praxi. Své teoretické znalosti aplikuje do praxe, uplatňuje své zkušenosti a dovednosti. Ošetrovatelskou péči poskytuje individualizovaně a chápe nemocného komplexně jako biologický a psychosociální celek. Jsou schopné pracovat a pohybovat se v terénních podmínkách, rychle a samostatně se rozhodovat. V současné době se klade důraz na registraci nelékařských zdravotnických pracovníků a od této skutečnosti se pak odvíjí, zda sestra je oprávněná pracovat bez odborného dohledu nebo nikoliv. **5 (str. 55 – 56)**

Lékaři: role lékaře v agentuře domácí péče je v současnosti ve dvou polohách – metodická a praktická činnost.

Metodická činnost lékaře je charakterizována splynutím role klinického manažera s rolí ošetroujícího lékaře části klientely agentury komplexní domácí péče.

Praktická činnost lékaře - je běžnou činností ošetroujícího lékaře, který je v zaměstnaneckém poměru k agentuře komplexní domácí péče. Tato role je výhodná jak pro lékaře, který má velice široký akční radius, snižují se vlastní náklady na zřízení ordinace, tak i pro samotnou agenturu komplexní domácí péče, která má odborné lékařské stanovisko a doporučení - velice rychle k dispozici a může flexibilně reagovat. **5 (str. 55 – 56)**

Lékaři jsou především zřizovateli agentur domácí ošetrovatelské péče, proto většinou ve složení multidisciplinárního týmu nefigurují.

Fyzioterapeuti, ergoterapeuti: výhoda domácího prostředí pro aktivity jak fyzioterapeuta, tak ergoterapeuta je neoddiskutovatelná. Klient, jeho rodina i prostředí se transformují na změněné schopnosti klienta a dochází k cílené rehabilitaci, integraci a resocializaci v tom prostředí ve kterém klient žije a bude žít. **5 (str. 55 – 56)**

Sociální pracovníci: tvoří důležitou součást multidisciplinárního týmu agentury komplexní domácí péče. Monitorují aktuální sociální potřeby klientů, jejich role je důležitá nejen v sociální diagnostice, ale zejména v sociální prevenci. Některé agentury domácí péče sociální pracovníky

nezaměstnávají, ale velice úzce spolupracují se sociálními pracovníky ústavů sociální péče, sociálních referátů okresních úřadů nebo sociálními pracovníky ze zdravotnických zařízení.

5 (str. 55 – 56)

Volontéři – dobrovolníci: nezastupitelnou roli v domácí péči hrají dobrovolníci zejména u klientů dlouhodobě nemocných nebo u klientů v terminálním stádiu života. Činnost dobrovolníků je bezplatná. Každá agentura komplexní domácí péče by měla kontinuálně školit dobrovolníky tak, aby na svou činnost byli odpovědně připraveni. Agentura domácí péče začleňuje dobrovolníky do týmu po absolutoriu 50ti hodinového školení, po kterém získávají dobrovolníci oprávnění k činnosti v agentuře domácí péče. Příprava dobrovolníků je důležitá pro pocit jistoty dobrovolníka při aktivitách spojených s domácí péčí. **5 (str. 55 -56)**

Rodinní příslušníci: je důležité neustále zdůrazňovat a opakovat, že management agentur domácí péče je vždy realizován na horizontální úrovni, každý člen multidisciplinárního týmu je nepostradatelný, každý má své opodstatnění – stejně jako lékař, sestra či rodinný příslušník nebo klient. Péče je prováděna aktivně s akcentem na podporu sebeobsluhy, edukace rodinných příslušníků v elementárních i specializovaných ošetrovatelských postupech. Domácí péče je filozofií, která hledá východiska spolu s klientem a jeho rodinou. Pomáhá osobnosti člověka najít ztracenou jistotu, důstojnost a víru či vyrovnání s budoucností. **(Komplexní domácí péče 94, B. Misconiová) 5 (str. 55 – 56)**

Další možné profese podílející se na fungování multidisciplinárního týmu:

Psychologové, zástupce církví, kteří přinášejí spirituální podporu, duševní vyrovnání a soulad nejen pro klienta, ale i pro členy rodiny. **5 (str. 55)**

Komplexní domácí péče je indikována lékařem u kterého je pacient léčen. Odborný personál pracuje a pečuje o nemocného v domácím prostředí podle přesně stanoveného léčebného a ošetrovatelského plánu. Aktuálně informuje ošetřujícího lékaře o změnách zdravotního stavu a dalších sociálních potřebách, které přichází v úvahu pro kompenzaci zdravotního stavu.

(komplexní domácí péče – informační materiál, který vznikl s podporou programu PHARE projekt MZČR „ posílení úlohy primární péče“)

3.1 Struktura agentur domácí péče:

Agentury pro domácí péči jsou zřizovány různými subjekty. Na prvním místě bývají samostatnými zřizovateli privátní zdravotní sestry, dále lékaři, obce, charitativní a humanitární organizace.

Složení týmu agentur domácí péče je variabilní a je modelováno dle aktuálních potřeb klienta. Člověk, občan, klient a jeho blízcí jsou nedílnou součástí multidisciplinárního týmu, který poskytuje komplexní domácí péči. (*skladba multidisciplinárního týmu viz předchozí kapitola*) Komplexní domácí péče využívá všech zbytkových potenciálů lidské bytosti a podporuje u klienta sebezpečí, u rodinných příslušníků a blízkých vzájemnou pomoc a péči, u obce komplexnost, individuálnost a adresnost péče.

Agenturu domácí péče reprezentuje statutární zástupce. Statutární zástupce je odpovědný za veškerá rozhodnutí, která ovlivňují chod agentury domácí péče a za zabezpečení chodu agentury po finanční a materiálně – technické stránce. Statutární zástupce agentury domácí péče provádí kontrolní činnost v oblasti koordinace týmu a výkaznictví nebo touto činností pověří jinou osobu. Statutární zástupce agentury domácí péče vlastní činnost agentury domácí péče koordinuje nebo touto činností pověří koordinátora komplexní domácí péče. Koordinátor komplexní domácí péče přijímá ordinace komplexní domácí péče od ošetřujících lékařů pacientů. Provádí sběr anamnestických informací a dat týkajících se klienta i jeho vlastního sociálního prostředí. Na základě získaných poznatků zpracuje plán péče a harmonogram aktivit jednotlivých členů týmu, kteří se na plnění plánu budou podílet. Koordinátor komplexní domácí péče má k dispozici jak stálé pracovníky agentury, tak i seznamy příležitostných odborných pracovníků, kontakty s církvemi, charitativními organizacemi, školami, sociálními referáty...

Za kvalitu, efektivitu, rozsah a dokumentaci poskytované komplexní domácí péče v daném oboru – odpovídá odborný zástupce agentury domácí péče – například pro obor činnosti všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, ergoterapeut a další obory činnosti. Informuje a edukuje jednotlivé členy týmu či rodinné příslušníky klienta a jeho blízké o novinkách ve svém oboru. Odpovídá za kontrolu poskytované péče ve svém oboru v rámci celé agentury domácí péče. (*mapa aktivit - komplexní domácí péče*) 4

Člen týmu agentury domácí péče jednoznačně ručí za kvalitu a úroveň péče, kterou klientovi poskytuje. Odpovědnost je v maximální míře přenesena přímo na jednotlivé členy týmu. Jejich kvalita by měla být stoprocentní jak po odborné, tak po lidské stránce.

Na základě ordinace péče ošetřujícím lékařem je zpracována jednotlivými členy týmu agentury domácí péče – odborná anamnéza, na jejímž podkladě je definována odborná diagnosa

klienta, která je základem pro zpracování krátkodobého, či dlouhodobého plánu péče. Na plnění těchto plánů se podílí sestry, rehabilitační pracovníci, sociální pracovníci, nižší či pomocní zdravotničtí pracovníci a zejména v mezích svých možností sám klient či rodina klienta. Klient a jeho ošetřující lékař jsou s plánem aktivit v komplexní domácí péči detailně seznámeni. Ošetřující lékař eventuálně provede změny navrhovaného plánu. Průběžně je plán přizpůsobován a měněn podle aktuálního stavu klienta. Jakýkoliv odborný výkon, který předem nebyl v týmu či s ošetřujícím lékařem konzultován, není možné provést. Výjimku tvoří pouze ty stavy, které akutně ohrožují život či další vývoj onemocnění klienta.

(*mapa aktivit – komplexní domácí péče – Bc. B.Misconiová*) 4

3.2 Historie a vývoj domácí zdravotní péče

Historie domácí zdravotní péče:

Moderní koncept domácí zdravotní péče byl zahájen v roce 1859 v Liverpoolu – panem W. Rathbonem, známým byznysmenem a filantropem, který přišel na myšlenku domácí péče v době, kdy jeho žena umírala na zhoubnou chorobu. Ve spolupráci s F. Nightingalovou, (zakladatelka a propagátorka moderního ošetrovatelství) založil první školu pro sestry v návštěvní službě, které poskytovaly ošetrovatelskou péči nemocným, potřebným a chudým lidem. 5 (str. 9)

V rámci celé Evropy koncem 19. století dochází k rozvoji domácí péče. V průběhu dvou světových válek dvacátého století je zatlačena do defenzivy – díky kumulaci klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních, rozvoji a koncentraci zdravotnické techniky v lůžkových zdravotnických zařízeních. Možnost řešení zdravotních problémů klientů – dříve neřešených – přivádí do lůžkových zdravotnických zařízení stále více klientů. 5 (str. 9)

Domácí péče se neorientuje na péči pouze o seniory. Zejména v Holandsku zastávají věrnost tradičnímu systému domácí péče – od doby příchodu lidské bytosti na svět až po jeho opouštění. K návratu k myšlence domácí péče dochází v Evropě (Francie, Finsko, Belgie, Dánsko..) v počátku sedmdesátých let dvacátého století, tedy v době, kdy začínají jednotlivé zdravotnické systémy konzumovat čím dál tím větší krajíc ze státních rozpočtů. Prognostici hlásí stárnutí populace, zvyšování počtu osob závislých na pomoci druhé osoby, hrozí epidemie, pandemie.

V každé ze shora uvedených zemí je domácí péče tvořena určitým rozdílným podílem zdravotní a sociální péče či pomoci.

Mnoho expertů nachází východisko v preferenci primární péče a proto Světová zdravotnická organizace vyhláší program „Zdraví pro všechny do roku 2000“

5 (str. 9)

Vývoj domácí zdravotní péče v České republice:

První agentury domácí zdravotní péče začaly vznikat v březnu roku 1990, kdy zahajuje provoz první středisko ošetrovatelské péče České katolické charity. Péče je poskytována pro 18 klientů. V lednu roku 1991 Ministerstvo zdravotnictví České republiky tuto činnost legalizuje a povoluje dvouletý experiment České katolické charity – „Domácí ošetrovatelské péče“

Vývoj domácí péče v České republice zaznamenal úspěchy díky svému akcentu na lidskost, kvalitu a efektivitu péče. Zprvu opatrný postoj klientů a jejich ošetrojících lékařů byl vystřídán respektem a začleněním systému domácí zdravotní péče mezi plnohodnotné formy zdravotní péče. Obdobná situace se opakovala i v systému sociální péče, kde činnost agentur domácí péče až po letech dosáhla svého vysokého ohodnocení a ovlivnila tak zlepšení podmínek pro sociálně potřebné klienty. 5 (str. 13)

Pojem „domácí zdravotní péče“ se stal novým heslem v koncepcích zdravotní i sociální péče. Zahrnuje péči pro všechny věkové kategorie klientů. **Agentury domácí péče jsou přímými poskytovateli primární zdravotní péče.** Primární péče je koordinovaná, komplexní, zdravotně – sociální péče poskytovaná převážně zdravotníky, jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je to soubor činností, které souvisejí s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, ošetrováním, rehabilitací a léčením. Všechny tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí klienta a respektují jeho biologické a sociální potřeby. 5 (str. 13)

Primární péče v našich podmínkách se po přechodu na socialistické zdravotnictví dlouhá léta proměňovala. Vznik nestátních agentur domácí péče doplňuje primární péči v oblasti péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta. 5 (str. 14)

3.3 Formy domácí zdravotní péče

V literatuře jsou uvedeny tři formy domácí péče.

- Česká forma domácí péče
- Severská forma domácí péče
- Jižní forma domácí péče

Česká forma domácí péče má hluboké historické kořeny. Služba potřebným v rodinách i špitálech byla výsadou řeholních řádů. V českých zemích to byly například již v počátku dvanáctého století Řád svatého ducha, Johanitky, Alžbětinky, Milosrdní bratři, apod. Za vlády Marie Terezie v době osvícenského absolutismu došlo ke zlepšení péče o poddané v sociální sféře, staví se různé útulky, zakládají se spolky pro ochranu a pomoc potřebným. V domácí péči se začíná propojovat jak charitativní, tak i odborná stránka. **5 (str. 11)**

V době Národního obrození část intelektuálů – např. K. Světlá, E. Krásnohorská se snaží podporovat sociální i odbornou péči pro všechny obyvatele bez rozdílu. Roku 1874 je založena z jejich iniciativy první ošetřovatelská škola. Jsou zřizovány různé spolky, pořádány dobročinné akce na podporu sociálně slabých. **5 (str. 11)**

V roce 1919 za významné pomoci A. Masarykové byl založen Československý červený kříž. V období První republiky „vysoké náklady“ na ošetřování v nemocnicích „a snaha zlepšit úroveň zdravotnictví“ – daly vznik myšlenky „odborné ošetřovatelské pomoci v domácnosti“ **5 (str. 11)**

Pokusy v období První republiky v oblasti Domácí péče začíná realizovat Československý červený kříž ve spolupráci s městem Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou. Tento způsob péče se velice osvědčil. Protože žádná z existujících středních škol plně nevyhovovala charakteru této péče, byla při Státním zdravotním ústavu založena Masarykova škola zdravotní a sociální péče. **5 (str.11)**

Po druhé světové válce organizují ošetřovatelskou a zdravotní službu v rodinách Ústavy národního zdraví - jako výkonná zařízení okresních národních výborů podle vládního nařízení. Výnosem ministerstva zdravotnictví ze dne 8. září 1950 byl pověřen Československý červený kříž, aby postupně převzal do svého provozu veškerou ošetřovatelskou a zdravotní péči

v rodinách. 19. srpna 1952 dle zákona 103/1951 odpovědnost za provádění Domácí péče na sebe přebírá stát. Tato péče je začleněna do zdravotní péče, jež je poskytována ve zdravotních obvodech. V osmdesátých letech právní úprava zřizuje ze sester, které působily v Domácí péči – sestry geriatrické, které pracují v rámci obvodních středisek. **5 (str.12)**

Po revoluci v roce 1989 se začínáme vracet k demokratickým principům. Transformace společnosti probíhá bouřlivě. Transformace vlastního myšlení společnosti nekoresponduje s tempem probíhajících změn. Volání po tržních mechanismech mnoho jedinců zaskočí v době jejich naplnění. Reforma zdravotnictví je nejobtížnější proces. Aplikace tézí projektu SZO „zdraví pro všechny do roku 2000“ mimo apelu – zájmu jedince na svém vlastním zdraví – v sobě zahrnuje i problematiku ozdravení celé společnosti pomocí preventivních a edukačních programů. **5 (str. 12)**

V říjnu roku 1991 se ve francouzském Strasburgu koná první evropský kongres Domácí péče. Mezi stovkami účastníků ze všech zemí světa se najdou i dvě účastnice z České republiky. Kongres se stává odrazovým můstkem pro spuštění kampaně k propagaci Domácí péče na území ČR a dle ohlasu na kampaň v roce 1993 i na území Slovenské republiky. Desítky legislativních změn, článků, interview, televizních, rozhlasových pořadů, seminářů, workshopů, edukačních programů pro společnost i profesionály, apelu na politické strany, městská zastupitelstva přinesly své ovoce. Podařilo se získat podporu ze strany laické veřejnosti i profesionálů. **Domácí péče se stala symbolem lidské vzájemnosti, profesionality, lásky a pomoci. Domácí péče je i symbolem návratu naší společnosti k tradicím našich předků.** *5 (str. 12)*

Severská forma domácí péče je orientována na servis, který přichází od státu, vládních, či nevládních organizací, vlastní účastí rodiny, či příbuzenstva doplňuje tuto péči. **5 (str. 11)**

Jižní forma domácí péče je spojena s tradičním sepětím všech členů rodiny, vzájemnou laickou pomocí, servis státu vhodně doplňuje tuto péči. **5 (str. 11)**

3.4 Význam agentur domácí zdravotní péče

3.4.1 okruh klientely, oblasti poskytované péče u matek a dětí

Domácí péče má význam nejen pro klienty, ale i jejich nejbližší příbuzné. Je určena například pro okruh pacientů, kterým zdravotní stav dovoluje ukončit hospitalizaci v nemocnici, ale nadále potřebují péči zdravotníků. Proto je velmi důležitá spolupráce nemocnice, ve které je klient hospitalizován, s konkrétní agenturou domácí péče, která klientovi zajistí bezproblémový a klidný pobyt ve svém domácím, sociálním prostředí. Tyto služby jsou určeny chronicky nemocným pacientům, jejichž život by bez pomoci agentur nebyl tak plnohodnotný. Služby jsou určeny klientům, kteří jsou plně nebo částečně závislí na pomoci druhé osoby, u nichž je nutné zajistit pokračování dlouhodobé i následné péče, nebo doléčení z důvodu akutního onemocnění. Zde mám na mysli především klienty po operačních výkonech, poúrazové stavy...Součástí aktivit domácí péče je také péče o duševní zdraví a resocializace klientů s duševním onemocněním. **6 (str. 8)**

V současné době tyto služby využívají také maminky po návratu z nemocnice - porodnice, kdy porodní asistentky a dětské sestry pečují o zdravotní stav dítěte i matky. **Zde se nabízí tři oblasti poskytované péče:**

První oblast se zabývá podporou a udržení zdraví dětí, předcházení nemocem. Tato forma se nazývá péče preventivní a je poskytována v oblastech:

- péče o matku a dítě v době před a po porodu,
- úprava životního stylu rodin s dětmi, odborné poradenství pro mladé rodiny,
- hygienický režim dětí,
- výživa dětí, dietní a pitný režim dětí,
- výchova dětí a hodnocení jejich psychomotorického vývoje,
- vytváření optimálních životních podmínek ve vlastním sociálním prostředí,
- podpora zdraví dětí – ozdravné programy, fit programy,
- informace o harmonogramu očkování dětí,
- prevence úrazů a otrav u dětí,
- prevence krizových situací ohrožující duševní vývoj dětí.

Druhá oblast se nazývá léčebná a zabývá se odbornou péčí a pomocí v době onemocnění dítěte. Tato forma péče je poskytnuta je poskytována dětem s akutním či chronickým onemocněním.

Dle aktuálního zdravotního stavu dítěte a po konzultaci s lékařem je poskytována odborná zdravotní péče jak ošetrovatelská, tak i rehabilitační, v indikovaných případech v následujícím rozsahu:

- sledování a kontrola životně důležitých funkcí (tlak, puls, teplota..),
- hodnocení fyzického stavu dětí – funkční vyšetření pomocí přístrojů,
- hodnocení duševního stavu dětí a úrovně jejich psychomotorického vývoje,
- podávání různých forem léčiv dle ordinace ošetroujícího lékaře,
- pooperační péče, převazy ran,
- ošetrování dětí při nekomplikovaných úrazech, ošetrování různých typů poranění, prevence opruzenin, proleženin,
- odběr biologického materiálu a orientační vyšetření vzorků, či zajištění laboratorního vyšetření vzorků,
- inhalační terapie,
- aplikace tepla, chladu a speciálních zábalů,
- fyzikální procedury, nácvik soběstačnosti u dětí se zdravotním postižením,
- provedení rehabilitačních výkonů a zácvik rodičů v jejím provedení,
- zajištění speciálních forem výživy pro děti se specifickým onemocněním,
- poskytování opory a pomoci rodinám nevyлéčitelně či těžce nemocných dětí.

Třetí oblast je sociální péče a pomoc, kterou poskytují agentury domácí péče rodinám s dětmi a je určena hlavně rodinám, které jsou ohroženy krizí z důvodu:

- onemocnění dítěte – poradenství o sociálních dávkách a sociální pomoci,
- onemocnění matky či rodinného příslušníka, který má děti ve své péči – hledání přechodného řešení ve spolupráci s obcí.

Domácí péče určená dětem je indikována praktickým lékařem pro děti a dorost, který dětem poskytuje všestrannou péči, a to i tak, aby dítě v případě zhoršení stavu nebylo zbytečně upoutáno na lůžko v nemocnici. Komplexní domácí péče může být indikována i lékařem

v nemocnici, který v době zhoršení zdravotního stavu dítěte pečuje o dítě v nemocnici a po propuštění spolupracuje s agenturou domácí péče i s praktickým lékařem.

(*Komplexní domácí péče poskytovaná dětem – Bc. B. Misconiová, informační materiál*) 4

Domácí zdravotní péče tedy přichází v úvahu ve chvíli, kdy klient dětský nebo dospělý je například po operačním výkonu natolik kompenzovaný a jeho zdravotní stav dovoluje propuštění do domácího ošetřování. Zde je například potřeba provádět převazy per primam nebo per sekundam hojící se rány, aplikace léků tlumící bolest apod. Jednoduše řečeno jsou tyto služby agentur domácí péče určeny převážně klientům s náročnou životní situací. Úkolem je zajistit podmínky pro poskytování domácí zdravotní péče, přiblížit se individuálnímu vnímání kvality života, potřebám klienta.

3.4.2 Poskytovatelé služeb, poskytované služby:

Služby domácí péče poskytuje a zajišťuje multidisciplinární tým pracovníků. (zdravotní sestry – všeobecné i dětské, lékaři, rehabilitační pracovníci, psychologové, sociální pracovníci.) Agentury domácí péče byly zřízeny proto, aby nemocní klienti mohli stonat ve svém domácím, sociálním prostředí. Někteří pracovníci vlastní certifikát kvality, který uděluje Asociace domácí péče České republiky těm odborníkům, kteří se kontinuálně vzdělávají a podle vzdělávacího řádu Asociace domácí péče obhájí v pravidelných intervalech svou odbornou kompetenci.

V současné době je nezbytná též registrace zdravotnických profesí. Je předpokladem k tomu, aby pracovníci se zdravotnickou profesí prováděli výkony samostatně, bez odborného dohledu. Zde uvádím zákon 96/2004 sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, který je již rok v platnosti. Pracovníci nelékařských profesí získají osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Základní podmínky pro výkon zdravotnických povolání stanovuje od 1.4. 2004 zákon č. 96/2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních definuje výkon zdravotnického(nelékařského) povolání jako „souhrn činností při poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona a jiného odborného pracovníka jako „fyzickou osobu provádějící činnosti, které nejsou poskytováním zdravotní péče, ale s poskytováním této péče přímo souvisejí. Výkon povolání zdravotnického pracovníka i jiného odborného pracovníka pak rozšiřuje o řídicí,

metodickou, koncepční, kontrolní, výzkumnou a vzdělávací činnost v příslušném oboru nebo činnost související s poskytováním zdravotní péče.“ 11

Zahájení domácí zdravotní péče:

Po indikaci domácí zdravotní péče ošetřujícím lékařem je klient navštíven vybraným pracovníkem domácí péče, který provede vstupní pohovor, vyšetření klienta a zhodnocení stavu vlastního sociálního prostředí klienta. Seznámí klienta s rozsahem výkonů a frekvencí domácí péče, dohodne se s klientem na harmonogramu odborné i laické péče, která bude v působnosti agentury domácí péče, klienta a jeho blízkých. **6 (str. 18)**

Je-li nutno provést v zájmu kvality poskytované domácí péče určité úpravy ve vlastním sociálním prostředí klienta, například umístění lůžka, vybavení kompenzačními pomůckami, přístroji atp., je po dohodě s klientem přizpůsobeno prostředí nejen pro poskytování domácí péče, ale i pro pohodlí klienta. **6 (str. 18)**

Pokud je indikována domácí péče v průběhu hospitalizace klienta nebo po jednodenním zákroku, je vhodné, aby ke kontaktu s klientem došlo ještě v průběhu pobytu klienta v zařízení tak, aby se pracovník domácí péče dohodl o dalším vhodném postupu s ošetřujícím lékařem i personálem. Domácí péče je v tomto případě zahájena v den následující po propuštění klienta nebo bezprostředně po provedení jednodenního zákroku. **6 (str. 18, 19)**

Na základě doporučení ošetřujícího lékaře může být dle aktuálního zdravotního stavu poskytnuta zdravotní péče v určitém rozsahu. Domácí zdravotní péče je tedy indikována lékařem. Ošetřujícím lékařem klienta je pro účel indukce domácí péče praktický lékař nebo ošetřující lékař za hospitalizace klienta a to maximálně 14 dnů po ukončení jeho hospitalizace.

Tři hlavní skupiny služeb:

a) základní zdravotní a sociální péče – zajištění osobní hygieny, prevence a léčba dekubitů, příjem stravy, doprovod, péče o domácnost – úprava domácího prostředí, různé zábaly a obklady – tyto služby spadají a jsou zařazeny do odvětví sociální péče

b) odborná zdravotní péče – sledování vitálních funkcí, odběr biologického materiálu, podávání a aplikace léků dle ordinace lékaře, převazy a ošetření ran, aplikace inzulinů, aplikace různých léčebných procedur, zavádění sond, katetrů, jejich výměna a péče o ně. Aplikace injekcí – subkutánních, intramuskulárních, intravenozních + infuze. Dále je to oxygenoterapie, inhalační terapie, kondiční cvičení, edukace klienta, cvičení, preventivní prohlídky a jiné různé aktivity pro podporu a ochranu zdraví a zajištění péče v době onemocnění klienta, kdy tuto péči nezbytně potřebuje. Zde řadíme také domácí hospitalizaci, která je určena klientům v pooperačním, popř. poúrazovém stavu. Tato forma péče je vhodná také pro klienty s kardiovaskulárním nebo neurologickým onemocněním. (*komplexní domácí péče – informační materiál, projekt MZČR, „posílení úlohy primární péče“*)

c) specializovaná zdravotní a sociální péče – spočívá v aplikaci různých diagnostických postupů, přístrojů, metod, psychoterapie, spirituální péče, poradenství v oblasti životního stylu, dietní režim, zdravotní pojištění, odborný monitoring u dlouhodobě a chronicky nemocných a sociální péče a pomoci.

(*komplexní domácí péče – informační materiál, projekt MZČR, „posílení úlohy primární péče“*)

3.4.3. Pozitivní stránky domácí zdravotní péče (v rámci primární péče)

Se změnami demografické struktury, zdokonalováním technologií a rostoucími požadavky obyvatelstva se zvyšuje i potřeba **domácí zdravotní péče**. Domov je místem, kde se zdravotní péče poskytuje nejčastěji. Pravidelné návštěvy zdravotníků hrají důležitou roli při posilování zdraví i prevenci nemocí. V prostředí domova se obvykle poskytuje i dlouhodobá péče o chronicky nemocné a rekonvalescenty. 7 (*str. 92*)

Pro služby poskytované v rámci primární péče by mělo být typické, že by měly počítat s aktivním podílem občanů. Lidé by měli informováni, jak si zdraví chránit a měli by být k osobní péči o své vlastní zdraví vhodně motivováni i při poskytování zdravotnických služeb v domácím prostředí. 7 (*str. 92*)

Primární péče zahrnuje také péči o tělesně postižené osoby nebo o osoby s duševními poruchami a nabízí jim takovou péči, která jim zachová schopnost žít v domácím prostředí, popřípadě pokud je to možné pomáhá uplatnit se na pracovním trhu. I když adekvátní ubytování by mělo být dostupné všem potřebným, umístění osob ve zdravotnických zařízeních a pečovatelských ústavech by mělo přicházet v úvahu jen v závažných případech. Zdravotní

programy pro tuto klientelu musí být připravovány ve spolupráci se zdravotnickými službami, sociální péčí, školami, nevládními organizacemi a zejména s dobrovolnými sdruženími postižených osob. **7 (str. 92)**

Úkolem primární péče je rovněž pomáhat starým lidem, kteří často žijí v sociální izolaci a strádají, zejména pokud trpí chronickými nemocemi a jsou zdravotně postiženi. Primární péče má poskytovat a koordinovat služby poskytované těmto skupinám a to včetně domácí péče a v nezbytných případech i péče institucionální . Pečovatelské domovy musí být vybaveny tak, aby dokázaly pečovat o různé pacienty s měnícími se potřebami: zařízení pro denní i noční péči, pro krátkodobou i dlouhodobou péči musí být součástí primární péče nebo alespoň úzce spolupracovat s jejími odbornými týmy. **7 (str. 92, 93)**

Princip primární zdravotní péče předpokládá změny na všech úrovních. Vyžaduje nejen zásadní změnu ve způsobu, jakým pohlížíme na zdraví a zdravotní péči, ale i strukturální změny, které povedou k redistribuci prostředků na zdravotní péči. Ve své podstatě se primární péče snaží odstranit nerovnosti a zlepšit dostupnost prostředků a zdravotnických služeb všem lidem.

12 (str.34)

Dlouholetými vědeckými studii je prokázáno, že psychická pohoda člověka má významnou úlohu v procesu uzdravování téměř u všech forem onemocnění.

3.5 Poslání, smysl ADP, zastoupení ve zdravotnickém systému a systému sociální péče, otázka záruky poskytované péče – v souvislosti se vzděláváním, zákony

Posláním domácí péče, agentur domácí péče, je zajistit v rámci primární péče ve vlastním sociálním – domácím prostředí pacienta takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální péče, který je dle aktuálních podmínek, poznatků vědy a výzkumu možný tak, aby k hospitalizaci klienta nebo jeho umístění do ústavu sociální péče docházelo jen, když je to nezbytně nutné.

6 (str. 4)

Kdy domácí zdravotní péče nemá smysl? Tato skutečnost nastává především tehdy, když klient odmítá péči či si ji vysloveně nepřeje. Obtížné je poskytování domácí péče také tehdy, když klient nemá vhodné sociální prostředí, chybí mu fungující rodina nebo jakákoliv sociální síť osob, které by spoluvytvářely jeho domácí prostředí a spolupracovaly by na plnění plánu následné péče. **6 (str. 21, 22)**

Teoreticky by bylo možné zařídit v domácím prostředí také jednotku intenzivní péče. To by bylo pro klienta i pro personál nepraktické a mnohem nákladnější než intenzivní péče poskytovaná v nemocnici. Vliv vlastního sociálního prostředí na stav klienta by v tomto prostředí domácí intenzivní péče ztrácel svůj smysl. **6 (str. 22)**

Agentury domácí péče jsou zřizovány privátními sestrami, charitativními i humanitárními organizacemi, dále v menší míře až minimálně státní správou, samosprávou, zdravotnickými zařízeními ambulantního i lůžkového typu, lékaři.

Subjekt poskytující domácí zdravotní péči musí být registrován u pověřeného úřadu státní správy – krajský úřad – zdrav. referátu. Tento úřad v rámci své působnosti dohlíží nejen nad dostupností, ale i kvalitou domácí péče. Řada agentur je členem ČASu. Některé agentury domácí péče jsou sdruženy v Asociaci domácí péče České republiky, která ve znění svých platných norem ukládá svým řádným členům řadu podmínek v oblasti vzdělávání i etických aspektů, které mají bezprostřední vliv na kvalitu poskytované komplexní domácí péče. Z toho vyplývá, že ne každý poskytovatel domácí péče se může stát členem této profesní organizace. O členství rozhoduje etická a odborná komise, která při svém rozhodování má k dispozici aktuální reference o kvalitě poskytované péče konkrétní agenturou domácí péče

V pravidelných cyklech jsou pořádány Národním centrem domácí péče České republiky vzdělávací akce, na kterých se poskytovatelé domácí péče seznamují s novými poznatky vědy a výzkumu. Účast na těchto akcích je průběžně zaznamenávána do Indexu odbornosti ADP v ČR.

Poskytovatelé domácí péče, kteří prokáží, že v průběhu 2 let získali příslušný počet bodů za účast na vzdělávacích aktivitách, získávají Certifikát kvality, který má své registrační číslo a omezenou platnost 2 let. Pokud držitel Certifikátu kvality chce prodloužit jeho platnost, musí opět doložit příslušný počet bodů za účast na vzdělávacích aktivitách. Tento systém kontinuálního vzdělávání členů ADP ČR se nazývá „cyklická obhajoba kompetence poskytovatele domácí péče“ a je závazný pro všechny členy organizace, ať už se jedná o lékaře, sestry, rehabilitační pracovníky a další poskytovatele domácí péče. **11**

V současné době se klade důraz na registraci nelékařských profesí – zdravotníků, která je nezbytně nutná k tomu, aby tito pracovníci mohli vykonávat svoji práci samostatně. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních definuje výkon zdravotnického – nelékařského – povolání jako „*souhrn činností při poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona*“ a jiného

odborného pracovníka jako „*fyzickou osobu provádějící činnosti, které nejsou poskytováním zdravotní péče, ale s poskytováním této péče přímo souvisejí*“ 11 (**webové str.**)

Výkon povolání zdravotnického pracovníka i jiného odborného pracovníka pak rozšiřuje o řídicí, metodickou, koncepční, kontrolní, výzkumnou a vzdělávací činnost v příslušném oboru. Způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání má ten, kdo je odborně způsobilý, zdravotně způsobilý a bezúhonný. 11 (**webové str.**)

3.6. Výhody agentury domácí péče vyplývající pro pacienty propuštěné z ústavního prostředí do domácího prostředí

Hlavní výhodou je bezesporu vlastní sociální prostředí, které už samotné působí na klienta pozitivně. Mezi další výhody patří také možnost stýkat se s nejbližšími příbuznými a přáteli neomezeně dle přání klienta. Sociální kontakt je pro nemocného klienta velmi prospěšný. Další výhodou je samozřejmě také snížení výskytu infekčních nemocí a to především kapénkovou cestou. Dlouhodobá hospitalizace přináší řadu komplikací pro klientův stav. Bývá často omezován v určitých činnostech, nemůže se věnovat rodině, zájmům, které ho naplňují pocitem uspokojení. Dlouhodobá hospitalizace často negativně poznamená psychiku klienta, proto klient a jeho rodina uvítá služby agentury domácí péče

3.7. Pacient v nemocničním prostředí:

Každý z nás, kdo se někdy ocitl v nemocničním prostředí, to jistě zažil. Nepříjemné pocity spojené se smíšenými pocity strachu, nejasnosti, nevědění, co se bude dít v následujících okamžicích, dnech... Největším přáním takového pacienta je být co nejrychleji zdravým, opustit nemocnici a jít domů. Tato varianta je jistě nejlepší – být zcela zdrav. Existuje však i skupina pacientů, která zcela zdráva není, vyžaduje dohled a péči zdravotnických pracovníků, ale hospitalizaci v nemocnici již zas tolik nepotřebuje. Takový pacient je často úzkostlivý, může mít neúměrný strach z nemocí, vztahovat na sebe choroby, které trápí pacienty v jeho okolí. Stav pacienta se spíše zhoršuje po psychické stránce. Pro tuto skupinu pacientů bude jistě příjemnější a prospěšnější, budou-li ve svém vlastním domácím, sociálním prostředí. Společné harmonické léčení nasměrované na klienta, na kterém se podílí pracovníci agentury domácí péče je to, co klient potřebuje a náležitě ocení. Pacient má možnost spočinout „v rukou“ odborníků některé z agentur domácí péče. Mnozí pacienti ani nevědí, že mají možnost „stonat“ doma, v klidu, v harmonickém prostředí domova. Proto je důležité, aby se jemu a rodinným příslušníkům

dostaly potřebné informace ze strany ošetřujícího lékaře, staniční sestry nebo sociální pracovnice nemocnice. Od toho se pak odvíjí spolupráce s danou agenturou domácí péče.

Informovanost laické veřejnosti:

Informovanost rodiny hospitalizovaného klienta, který by mohl potřebovat pomoc agentury domácí zdravotní péče, je důležitým aspektem. Na každém oddělení, kde se předpokládá tato spolupráce, by měl být přístupný informační materiál o těchto službách. Osvěta v této oblasti je nezbytná.

Laická veřejnost často netuší, jak a kde mohou vyhledat pomoc ADP. Vědí sice, že nějaká taková organizace existuje, ale nemají potřebné informace o těchto službách. Nevědí, na koho se obrátit a pokud jim není ze strany zdravotnických pracovníků nabídnuta služba agentury domácí péče, prodlužuje se často zbytečně doba hospitalizace. Klienti a jejich příbuzní by měli vědět, že domácí zdravotní péče je lidštvější a ekonomičtější než pobyt v nemocničním prostředí, který už není nezbytně nutný.

Nejlepší reklamou pro ADP je spokojený klient, který doporučí služby agentury domácí zdravotní péče svým přátelům, rodině a známým. Takovým způsobem se pak dostávají informace mezi laickou veřejností, kde se pak informace šíří dál.

3.8. Návaznost spolupráce agentury domácí péče po propuštění pacienta z ústavního do domácího prostředí

Hospitalizovaný klient, popřípadě jeho rodina se mohou aktivně zajímat o zdravotní služby, které poskytují agentury domácí zdravotní péče. Na oddělení, kde se hospitalizace odehrává, se mohou informovat u zdravotnického personálu. Často tyto informace sděluje staniční sestra, která kontaktuje sociální pracovníci nebo jiného pracovníka, který má k této práci kompetence. (dle zvyklostí nemocnice). Sociální pracovnice informuje agenturu domácí péče o propuštění klienta. Ošetřující lékař v nemocnici vyplní poukaz na poskytování domácí zdravotní péči, jež je nezbytný pro zahájení poskytování péče. (Toto se děje prvních 14 dní po propuštění z nemocnice.) Takto zajistí domácí zdravotní péči na prvních čtrnáct dní. Další průběh zdravotní domácí péče zajistí obvodní – praktický lékař pacienta. Lékař klientovi ordinuje ordinace, zahrnující farmakologickou medikaci, ošetrovatelskou péči, fyzikální vyšetření (měření TK, P,

TT) v pravidelných intervalech. Ordinance souvisejí s celkovým stavem klienta a s lékařskou a ošetrovatelskou diagnózou.

3.9. Právní normy upravující poskytování domácí zdravotní péče:

Poskytování domácí zdravotní péče je od roku 1992 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. **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 materiál, věcné a technické vybavení agentur i rozsah odborné způsobilosti poskytovatelů domácí zdravotní péče. (Sociální péče, která je poskytována jako součást zdravotní domácí péče je upravena ve znění platné právní normy upravující poskytování sociální péče a pomoci) **6 (str. 6)**

Právní předpisy související s poskytováním domácí péče:

- Zákon číslo 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon číslo 95/ 2004 Sb., o zdravotnickém povolání lékaře, zubaře a farmaceuta a navazujících prováděcích vyhláškách.
- Zákon číslo 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a navazujících prováděcích vyhláškách
- Zákon číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon ČNR číslo 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 MZČR 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, ve znění pozdějších předpisů.

- Vyhláška MZČR č. 101/2002 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou se mění vyhláška MZČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška MZČR č. 49/1993, Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

(MZČR. Sbírka zákonů)

4. Rizika práce pracovníků působících v domácí zdravotní péči

4.1 Sociální syndrom – syndrom vyhoření

Zaměstnání zdravotnických pracovníků v agenturách domácí péče, stejně jako jiná pomáhající profese, s sebou nese také riziko syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření je soubor příznaků, který se skládá z absence pocitu uspokojení z vlastní práce, deziluze, dojmu nerespektování a zejména nenacházení smyslu vlastního počínání, jestliže není podporováno to, co podněcovalo chuť k práci. Vzniká na základě dlouhodobě neřešeného pracovního stresu a může nastat v kterémkoliv odvětví pracovní činnosti. **Syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženi zdravotníci a sociální pracovníci** a učitelé. Nejběžnějším příznakem vyhoření je pocit tíhy a z respektu a odpovědnosti, čímž dochází k obranné reakci. Jejím výsledkem je potom lhostejnost ke klientovi, ke kterému je přistupováno jako k předmětu bez vlastní identity, důstojnosti nebo schopnosti. Zaměstnání se potom stane místem pouhého plnění povinností bez toho, aby zde byla životní energie jak vydávána, tak přijímána. **9 (str. 12)**

Pojem sociální syndrom neboli syndrom pomáhajících vyplynul ze skupinově dynamicky pojatého rozšiřujícího vzdělávání příslušníků sociálních povolání. Ve všech sociálních povoláních je vlastní osobnost tím nejdůležitějším nástrojem; hranice možností jejího zatížení a její flexibility jsou zároveň hranicemi našeho konání. M. Bálint, jehož pojetí týkající se lékařů jsme pozměnili a rozšířili pro problematiku dalších sociálních povolání – učitelů, sociálních pracovníků, psychologů, vychovatelů, sociologů, zdravotních pracovníků – a pro práci v pomáhajících institucích, spatřoval v „droze zvané lékař“, v osobnosti pomáhajícího, nejdůležitější činitel v medicínské interakci. V péči o nemocné, pedagogice, psychoterapii a sociální práci tomu jistě není jinak. **9 (str. 12)**

Z výše uvedených informací je zřejmé, jak je důležitá psychohygienu pracovníků ve zdravotnictví. Jedině tak, potom bude pracovník s klientem dobře vycházet, bude vydávat energii, která klienta podpoří a ten tento pozitivně laděný přístup náležitě ocení. Ke kvalitní spolupráci ve zdravotnictví, v tomto případě nemocnic s ADP přispívá jistě také psychická vyrovnanost zdravotníků a jejich pozitivní myšlení.

5. Role sestry v agentuře domácí zdravotní péče

Ošetrovatelství je samostatná vědní disciplína, která má svoji autonomii, teritorium a orientaci – je nezastupitelná jinými vědními obory s kterými tvoří rámec komplexní péče o jedince i společnost. **5 (str. 36)**

Tento fakt je základním atributem činnosti sester nejen v domácí péči. Sestra působící v domácí péči má velkou zodpovědnost za úroveň a kvalitu poskytované péče v „netradičních podmínkách“ domácího prostředí klienta. Pojem netradiční je paradoxní, neboť není to tak dávno, kdy se lidé rodili a umírali doma. **5 (str. 36)**

5.1 vzdělávání a příprava sester pro poskytování domácí zdravotní péče

Vzdělávání a příprava sester prochází několika fázemi. Každá z fází odborné přípravy sester je nutná pro zvyšování kvality a úrovně poskytované péče.

1. fáze:

Základní příprava – studium na střední škole

Ve fázi základní přípravy se studentka ošetrovatelství setkává s prvními zkušenostmi v oblasti ošetrovatelství. Proto, aby informace byly validní a odpovídající reálné praxi je nutné, aby ti, kteří zkušenosti předávají měli bezprostřední kontakt s praxí a dokázali se orientovat v daném oboru. Vědní obor ošetrovatelství by měl přednášet zkušené sestry, které dokáží přiblížit problematiku každodenní praxe. **5 (str.36)**

2. fáze:

Orientace:

Už při studiu na zdravotnické škole dochází k profilaci studentů v klinické praxi. Pozitivní orientace, podchycení zájmu absolventa o určitý obor je možné dosáhnout nabídkou studia ošetrovatelství ve variabilních studijních blocích, které vyhovují profilaci absolventa. Už v této fázi je nutné podporovat orientaci absolventa, který má zájem o působení v primární péči (péče poskytovaná klientovi v první linii kontaktu) tak, aby jeho průprava pro primární ošetrovatelskou péči byla komplexní. **5 (str. 36)**

3. fáze:

Klinická praxe:

Soulad teorie ošetřovatelství a praxe, proporcionální vyvážení počtu hodin teorie a praxe je nezbytným předpokladem pro přípravu absolventa na aktivní výkon činnosti v ošetřovatelské péči . Dojde – li k nerovnováze mezi ošetřovatelskou praxí a teorií – dochází z důvodu pocitu osobního selhání absolventa k frustraci a pozdější migraci za jinou činností. K přípravě absolventa pro působení v primární péči – komplexní domácí péči je nutné připravit flexibilní odborný program, který seznámí absolventa s mnoha modelovými situacemi k jejichž řešení dochází v rámci domácí péče tak, aby pro činnost v domácí péči měl po absolvování další praxe v lůžkových zdravotnických zařízeních dostatek zkušeností, odpovědnosti a jistoty. 5 (str. 37)

4. fáze:

Pasivní ošetřovatelská péče:

Absolvent musí mít oporu v sestřách, které mají zkušenosti a praxi. Činnost absolventa je kontinuálně sledována, hodnocena a korigována tak, aby byl v průběhu nástupní praxe připravován na samostatnou aktivní ošetřovatelskou péči . Sestra, která se připravuje na činnost v domácí péči by měla splňovat minimálně dvouletou praxi v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Získané zkušenosti se specifickými ošetřovatelskými technikami potom mohou aplikovat v domácí péči. 5 (str. 37)

5. fáze:

Aktivní ošetřovatelská péče:

Pro působení v aktivní ošetřovatelské péči je nutná obhajoba kompetence, která je spojena se splněním kritérií nástupní praxe, které stanoví zaměstnavatel. Kritéria by měla být průběžně měněna dle zvyšujících se požadavků na kvalitu ošetřovatelské péče. Posuzování kompetence absolventa by mělo být individuální a odpovědné. Komise, která hodnotí připravenost sestry pro poskytování aktivní ošetřovatelské péče, by měla vždy brát v úvahu následky, které se jistě projeví v kvalitě a úrovni poskytované aktivní ošetřovatelské péče u sestry, jejíž odborná příprava byla krátkodobá nebo ji sestra z různých důvodů nezvládla. *Mimo hodnocení zvládnutí ošetřovatelských technik je nutné brát zejména v úvahu spokojenost klienta.* 5 (str. 37)

6. fáze:

Kontinuální zvyšování kvalifikace – cyklické obhajoby kompetence:

Absolvováním základního studia, nástupní praxe a splněním prvních předpokladů pro poskytování aktivní ošetrovatelské komplexní péče v domácí péči se před sestrou působící v komplexní domácí péči otevírá cesta kontinuálního vzdělávání v komplexní domácí péči. Každý zaměstnavatel, by měl v maximální míře umožnit a podporovat další vzdělávání sester. Individuální aktivitu sester v oblasti dalšího vzdělávání hodnotí zaměstnavatel v průběhu obhajoby kompetence. **5 (str. 38)**

5.2. Vlastnosti sestry působící v domácí péči

Sestra, působící v domácí péči, musí mít profesionální a personální vlastnosti. Měla by být schopná:

- identifikovat a řešit problémy,
- komunikovat a přenášet validní informace,
- monitorovat potřeby jedince i komunity,
- naslouchat a mít dar umět naslouchat,
- orientovat se ve verbální i nonverbální komunikaci,
- podpořit lidskou bytost v kritických situacích. **5 (str. 39)**

Sestra ovládá bezpečně:

- monitorování bio – psycho – sociálně – ekologických potřeb klienta a jeho prostředí,
- fyzikální vyšetření, anamnestiku a diagnostiku klienta,
- psychosociální vyšetření, anamnestiku a diagnostiku klienta,
- stanovení a plnění ošetrovatelských plánů – terapeutické a ošetrovatelské techniky a postupy,
- zajištění pitného a stravovacího režimu,
- jasné, přehledné a srozumitelné předávání informací prostřednictvím dokumentace, či verbálně,
- edukaci v ošetrovatelských technikách, životním stylu, preventivních programech,
- další praktické dovednosti, související s činností agentury v dané komunitě. **5(str. 39)**

Sestra ve funkci koordinátora nebo managera ADP je:

- osobností,
- dobrým organizátorem, je flexibilní,
- objektivní a spravedlivá,
- asertivní, realistická
- vystupuje na profesionální úrovni – reprezentuje profesionální úroveň, je schopná zajistit vysoký standard komplexní domácí péče bez ohledu na sociálně ekonomické změny probíhající ve společnosti

5 (str. 39)

II. EMPIRICKÁ ČÁST

Cílem mé práce je zjistit úroveň spolupráce nemocnic s ADP, neboť jsem přesvědčena o nezbytnosti dobré návaznosti zdravotní péče v domácím prostředí na předchozí nemocniční péči. Domnívám se, že špatná či dobrá úroveň návaznosti této péče má vliv na klientův zdravotní a psychický stav.

6. CÍL EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ

Cílem výzkumu je zjistit:

z pohledu sociální pracovníce, hlavních, vrchních a staničních sester:

- hodnocení spolupráce s ADP,
- klienti, vyžadující nejčastěji pomoc a služby ADP,
- kliniky, popř. oddělení nejčastěji spolupracující s ADP,
- zvýšení zájmu rodiny klienta a klienta samotného o služby ADP,
- úroveň spolupráce,
- úroveň spolupráce s praktickými lékaři,
- informovanost ADP o propuštění klienta,
- forma poskytování informací(sesterská, lékařská PZ),
- informovanost praktického lékaře – kým a jak,
- přínos spolupráce s ADP pro klienty,
- vliv na snížení počtu opakovaných hospitalizací u klientů.

z pohledu pracovníků, pracovních agentur domácí péče:

- nejčastější spolupráce s různými pracovníky v nemocnici – s kterými,
- zlepšení úrovně spolupráce s nemocnicemi za posledních 10 let,
- zvýšení zájmu nemocnic o služby ADP,
- typ klienta, jež nejčastěji vyhledává služby ADP,
- typ oddělení nebo kliniky nejčastěji spolupracující s ADP,
- reálný počet klientů na 1 pracovníka ADP za službu,
- optimální počet klientů na 1 pracovníka za službu,
- situace ve vedení ošetrovatelské dokumentace,
- typ klienta dle časové náročnosti na personál,
- předávání klienta do péče ADP,
- forma poskytování informací.

7. POPIS SKUPINY RESPONDENTŮ

(ZDRAVOTNICKÝCH, SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ – V NEMOCNICÍCH A AGENTURÁCH DOMÁCÍ ZDRAV. PÉČE)

Celkem bylo rozdáno 80 dotazníků v nemocnicích a 40 dotazníků v agenturách domácí péče. Návratnost z nemocnic byla 77 dotazníků, z čehož 2 byly nevyplněné a z agentur domácí péče byla návratnost 35. Problematiku jsem tedy vyhodnocovala z celkem 110 dotazníků.

Jeden typ dotazníků byl určen sociálním pracovníkům a pracovnícím v nemocnicích, dále hlavním, vrchním a staničním sestřám v nemocnicích a na odděleních. Druhý typ dotazníků byl určen pro majitele a pracovníky agentur domácí péče. Dotazníky jsem rozdávala na různých odděleních – převažovala však oddělení chirurgická a interní standardních typů, protože zde se už často odehrává rehabilitační péče a klienti směřují k propuštění do domácího ošetřování.

Dotazníky jsem rozdávala v těchto nemocnicích a odděleních.

Fakultní nemocnice v Hradci Králové

- ✓ chirurgická klinika,
- ✓ kardiochirurgická klinika,
- ✓ chirurgické oddělení – všeobecná chirurgie,
 - septická chirurgie,
- ✓ chirurgické oddělení – plastická chirurgie,
 - cévní chirurgie,
- ✓ urologie,
- ✓ onkologie – standardní oddělení,
- ✓ hematoonkologie,
- ✓ interní klinika – standardní oddělení,
- ✓ dětská klinika – standardní oddělení větších dětí,
- ✓ gerontometabolická klinika – standardní oddělení.

Nemocnice Pardubice

- ✓ chirurgické oddělení,

- ✓ interní oddělení,
 - ✓ kardiologie,
- broumovská nemocnice – Broumov,
 - ✓ interní oddělení,
- nemocnice v Hořicích,
 - ✓ interní oddělení,
 - ✓ chirurgické oddělení,
- nemocnice v Jilemnici,
 - ✓ hlavní sestra nemocnice,
- nemocnice v Jičíně,
 - ✓ hlavní sestra nemocnice,
 - ✓ interní oddělení,
 - ✓ chirurgické oddělení,
- nemocnice v Trutnově,
 - ✓ chirurgické oddělení,
 - ✓ interní oddělení,
- horská nemocnice Krkonoše – Vrchlabí
 - ✓ hlavní sestra nemocnice,
 - ✓ chirurgické oddělení,
- Všeobecná fakultní nemocnice Praha,
 - ✓ neurologické oddělení,
- Motol – Praha,
 - ✓ kardiochirurgie,
 - ✓ chirurgické oddělení,
 - ✓ interní oddělení,
- nemocnice v Chrudimi
 - ✓ dětské oddělení,
 - ✓ interní oddělení,
 - ✓ chirurgické oddělení,
- Fakultní nemocnice v Ostravě
 - ✓ chirurgická oddělení
 - ✓ kardiochirurgie
 - ✓ interní oddělení
 - ✓ neurochirurgie

- ✓ urologické oddělení
- nemocnice v Karviné
 - ✓ chirurgická oddělení
 - ✓ interní oddělení
 - ✓ dětské oddělení
- nemocnice v Orlové
 - ✓ interní oddělení
 - ✓ LDN
 - ✓ Chirurgické oddělení

Taktéž jsem oslovila pracovníky ADP:

- Pracoviště ošetrovatelské péče v Hradci Králové,
- Domáci ošetrovatelská péče – TEREZA – Hradec Králové,
- Oblastní charita – Hradec Králové,
- Home care – domáci ošetrovatelská péče – Hradec Králové,
- Agentura domáci péče – Praha 5
- Ošetrovatelská péče pro dospělé - Praha,
- Domáci zdravotní péče pro občany – Praha 3
- Home care – Praha 5
- Geriatrická péče domáci ošetrovatelská péče – Praha 4
- Domáci péče – Praha 8
- Domáci zdravotní péče – Praha 13
- Oblastní charita – Pardubice,
- Farní charita Home care – Červený Kostelec,
- Farní charita – Chrudim,
- Agentura sester – NIKÉ – Jičín,
- Agentura zdraví – Vrchlábí,
- Oblastní spolek ČČK – Trutnov,
- Agentura domáci péče – Rychnov nad Kněžnou,
- Domáci ošetrovatelská péče – Home – care – Liberec,
- Domáci ošetrovatelská péče – Ústí nad Orlicí
- Domáci ošetrovatelská péče – Jablonné nad Orlicí
- Domáci ošetrovatelská péče - Svitavy
- Farní charita Hlinsko – Hlinsko v Čechách
- Farní charita Dolní újezd – Dolní Újezd
- Oblastní charita Ústí nad Orlicí – Letohrad
- Domáci péče – Pavlína Telecká - Polička
- Domáci péče SOS, spol. s.r.o. – Orlová město
- Domáci péče – Ostrava Třebovice
- Agentura domáci ošetrovatelské péče – Ostrava – Zábřeh
- MephaCentrum a.s. – Ostrava – Poruba
- Domáci zdravotní péče – Třinec 6

8. METODA

K získání informací jsem zvolila metodu originálního dotazníku – vypracovala jsem dva typy dotazníků, jeden byl určen zdravotnickým pracovníkům v nemocnicích a jiných zdravotnických institucích a druhý pro pracovníky agentur domácí zdravotní péče. Dotazníky byly anonymní. Obsahovaly nejprve obecné informace o daném respondentovi (*pohlaví, věk, vzdělání,*) Dále jsem se zaměřila na další aspekty, o kterých jsem se domnívala, že jsou důležité k posouzení úrovně spolupráce nemocnic s agenturami domácí zdravotní péče.

Respondenti odpovídali zakřížkováním - označováním vhodných odpovědí a doplněním vlastních slov.

Dotazník určen pro nemocnice, tedy pro zdravotnické – vedoucí pracovníky v nemocnicích, obsahoval 18 otázek. Dotazník určen pro pracovníky agentur domácí zdravotní péče obsahoval 22 otázek.

Zpracování materiálu:

Pro zpracování dat jsem použila procentuální zhodnocení v tabulkách a grafické znázornění. Odpovědi na otázky jsem zařadila poslopně tak, jak je uvedeno v dotazníku, poté následovalo celkové zhodnocení výsledků.

9. VÝSLEDKY, DISKUSE

9.1 CHARAKTERISTIKA DOTAZOVANÝCH

9.1.1 Grafické znázornění výsledků dotazníků, který byl určen pro vedoucí pracovníky/ce a sociální pracovníky/ce v nemocnicích:

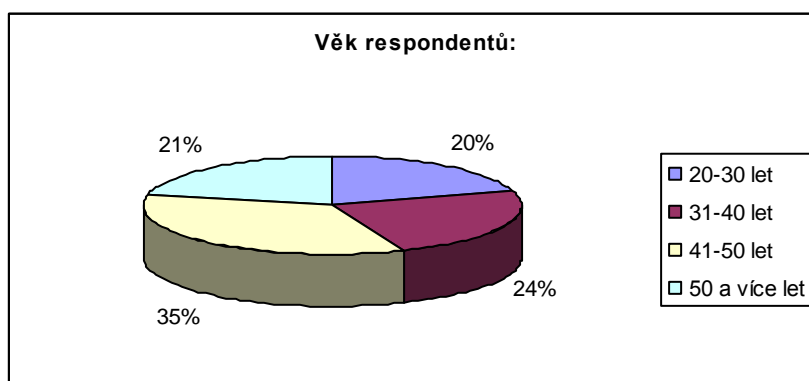
1.



Komentář:

Poměr mezi ženami a muži: 100% zastoupení žen. V převážné většině nemocnic, jsou ve vedoucích funkcích zdravotních sester ženy.

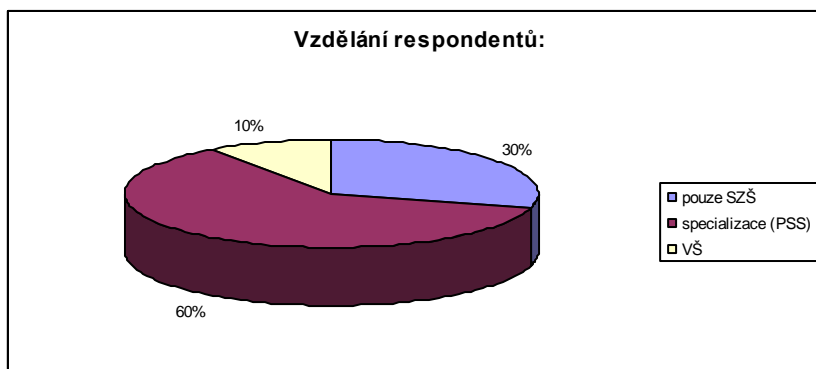
2.



Komentář:

Zde dle věkového rozdělení převažovaly respondentky mezi 41 a 50 let, následovalo věkové rozmezí 31 až 40 let. Jinak byl poměr mezi věkovým rozmezím poměrně vyrovnaný.

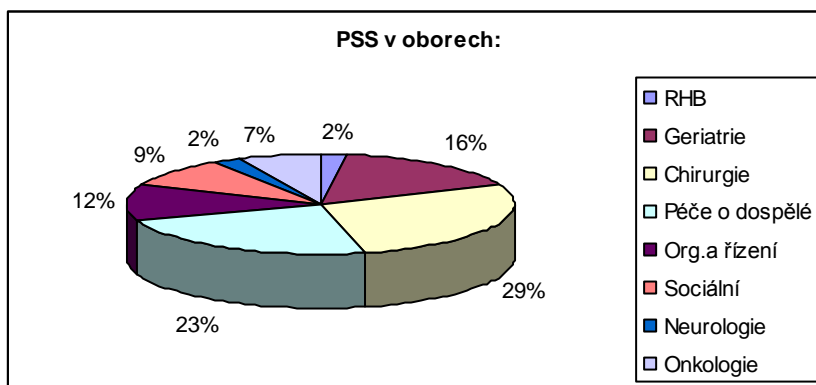
3.



Komentář:

V úrovni dosaženého vzdělání převládaly respondentky se středoškolským vzděláním, které absolvovaly pomaturitní specializační studium. **Specializaci v jednotlivých oborech a vysokoškolské vzdělání, přiblížím v následujících grafech. (a, b)**

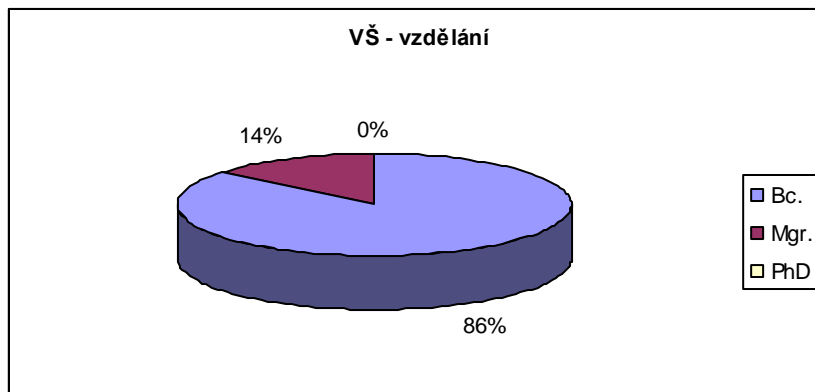
a.



Komentář:

Zde můžeme vidět, že převládá pomaturitní specializační studium v chirurgických oborech, následuje specializace péče o dospělé a specializační studium – péče o gerontologické klienty. Z 12% jsou zde zastoupeny absolventky PSS Organizace a řízení. Ostatní obory – tzn. PSS v oblasti sociální, onkologie, rehabilitace a neurologie jsou zastoupeny ve 20%.

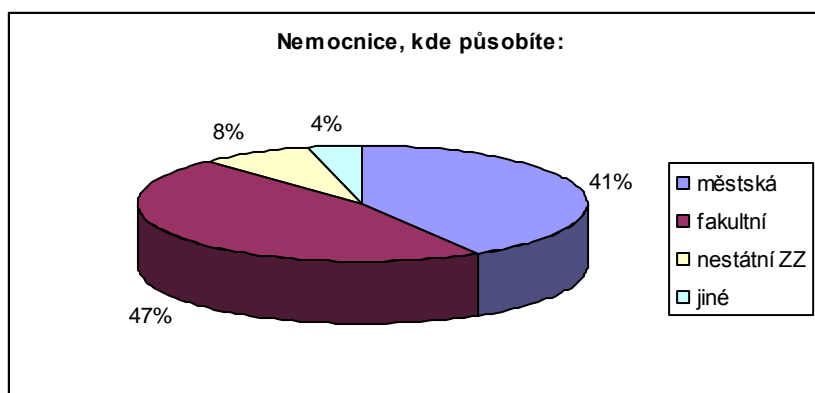
b.



Komentář:

Z grafu nazvaném „vzdělání respondentů“, vychází vysokoškolské vzdělání v 11%. Z toho převážná většina respondentek absolvovala bakalářský studijní program – 86%, následoval magisterský studijní program 14%, žádná z oslovených respondentek neabsolvovala doktorandské studium.

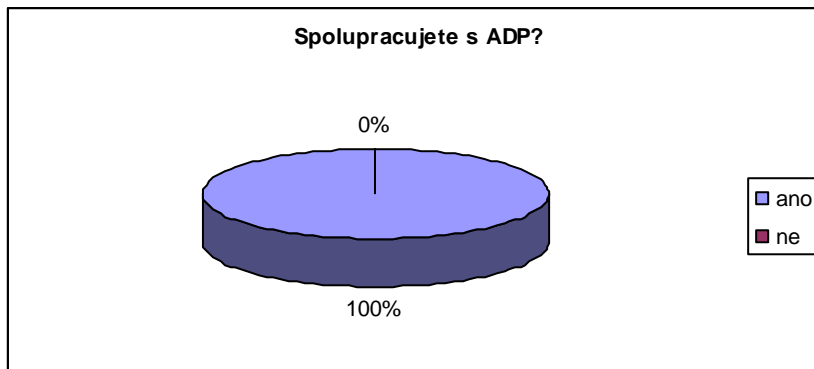
4.



Komentář:

Oslovené pracovnice byly zejména z fakultních a městských nemocnic. 8% respondentek působí v nestátním zdravotnickém zařízení a 4% respondentek uvedla možnost „jiné“.

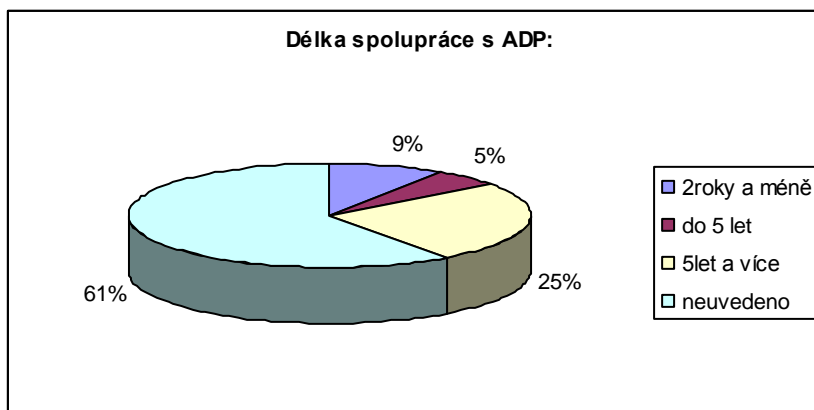
5.



Komentář:

Na otázku, zda vůbec spolupráce probíhá, bylo odpovězeno ve 100% ano. (Návratnost dotazníků, nebyla 100%, proto předpokládám, že ne na všech oslovených pracovištích spolupráce probíhá. Z dotazníků, které se vrátily, vyplývá, že spolupráce s ADP probíhá.)

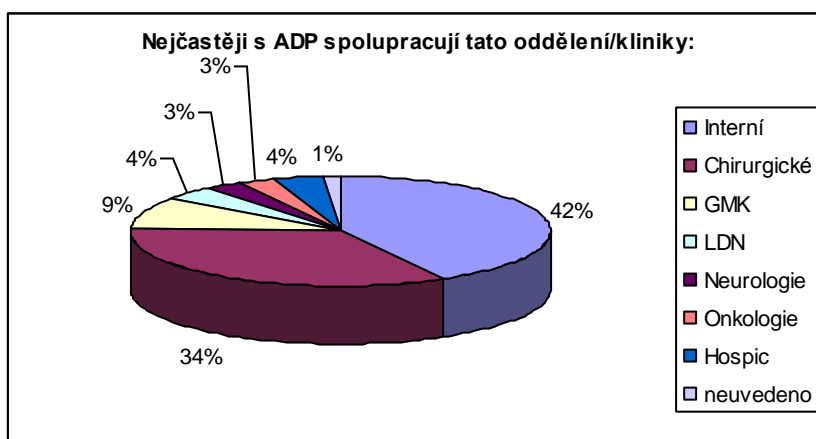
6.



Komentář:

Zde jsem se setkala s prvními potížemi, neboť 61% oslovených respondentek, neodpovědělo na otázku „Jak dlouho trvá spolupráce s ADP?“. 25% respondentek odpovědělo 5 let a více, následovala odpověď 2 roky a méně (9%) a odpověď do 5 let (5%). Tady je výsledek neobjektivní, vzhledem k vysokému počtu (procentu) respondentek, které neodpověděly.

7.



Komentář:

Z uvedeného výsledku vyplývá, že nejčastěji s ADP spolupracují interní obory (42%), následuje chirurgie (34%) Takový výsledek vypovídá o tom, že klienti, kteří jsou hospitalizováni dlouhodobě a mají možnost pobyt v nemocnici si zkrátit, této příležitosti využijí. Jsou to většinou klienti, kterým se nastavuje léčba, pro nemoc, která je přivedla do nemocnice na interní oddělení. Často to bývají diabetici, kterým lékaři převádí léčbu např. z per orálních antidiabetik na inzulinovou terapii. Tento typ klientů uvítá pomoc ze stran ADP. Klienti, kteří jsou hospitalizováni na chirurgii, kde často zůstávají z důvodu nedolčených operačních ran, také mohou trávit čas v domácím prostředí. V těchto případech se jedná často pouze o převazy, méně či více komplikované. Devět procent respondentů uvedlo oddělení GMK, kdy se jedná o starší klienty s metabolickým postižením. Následuje hospic (4%), LDN (4%), neurologie (3%) a onkologie (3%). Pouze 1% oslovených respondentů neuvedlo žádnou alternativu.

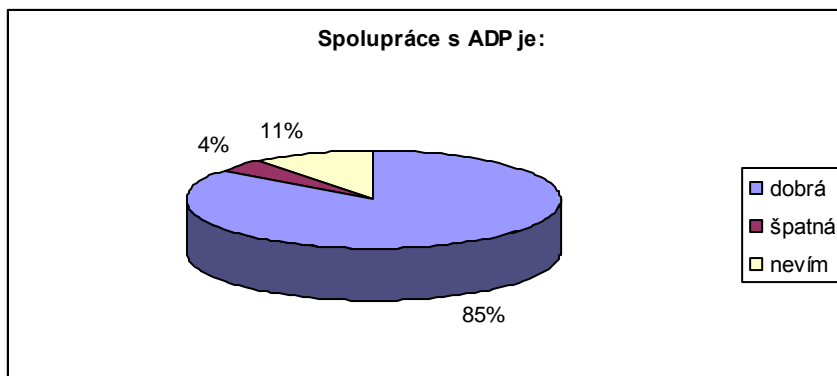
8.



Komentář:

Z výsledku grafu jednoznačně vyplývá, že zájem se zvyšuje. Odpověď „ano“ označilo 79% respondentů, odpověď „ne“ označilo 21%. Toto zjištění je jeden ze základních předpokladů k posouzení úrovně spolupráce nemocnic s ADP.

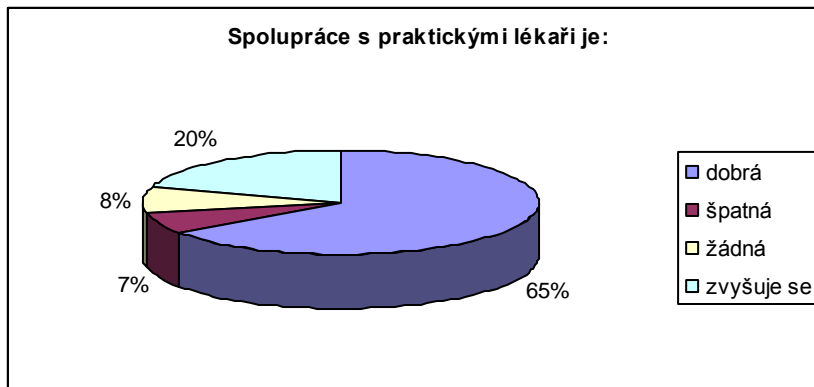
9.



Komentář:

Na otázku, jaká je spolupráce nemocnic s ADP, označila převážná většina respondentů alternativu „dobrá“, pouze 4% oslovených respondentů ji považuje za špatnou a 11% označilo možnost „nevím“. Zde tedy převažuje kladný výsledek výzkumu.

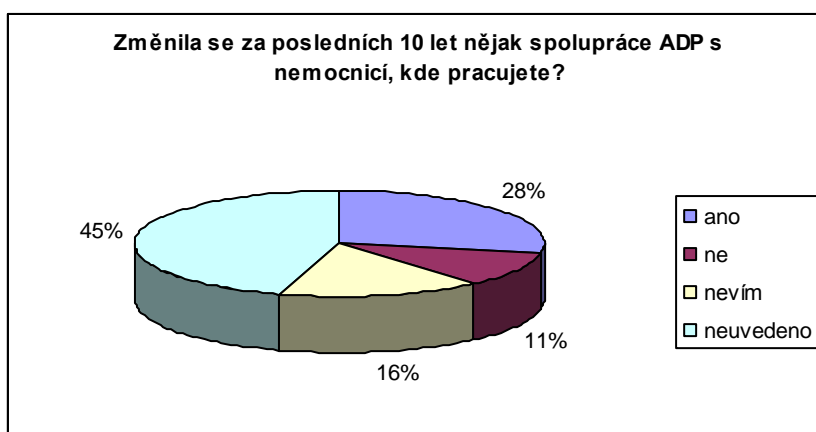
10.



Komentář:

Zde opět kladný výsledek, praktiční lékaři byli ohodnoceni velmi pozitivně. Tento aspekt je důležitý k posouzení úrovně spolupráce nemocnic s ADP, neboť je důležité, aby praktický lékař klienta spolupracoval s ADP a poskytoval potřebné instrukce a informace pracovníkům ADP a měl přehled o celkovém stavu klienta. Šedesát pět procent oslovených respondentů, hodnotí spolupráci jako dobrou, ve 20% se zvyšuje, v 8% uvádí, že spolupráce není žádná a 7% ji dle zhodnocených údajů považuje za špatnou..

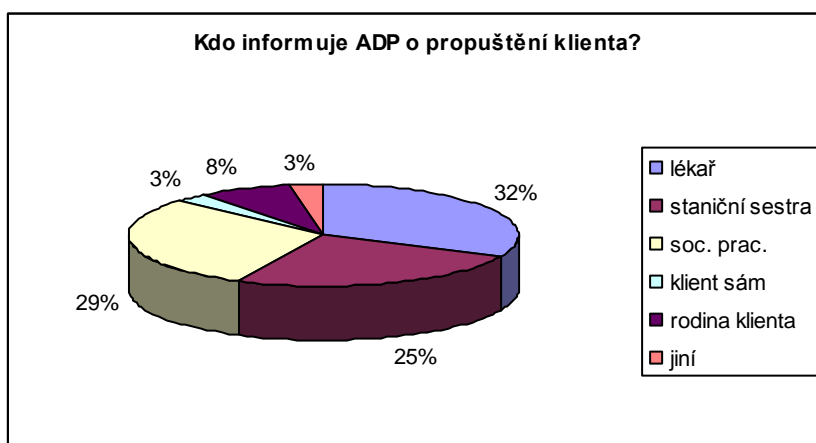
11.



Komentář:

Zde jsem se opět setkala s problémem, neboť 45% respondentů neoznačilo žádnou odpověď. Dvacet osm procent respondentů uvedla odpověď ano. U této otázky, byla ještě podotázka - „pokud ano, uveďte jak – k lepšímu, či k horšímu“. Většina repondentek uváděla, že je to díky nárůstu počtu agentur domácí péče, širšímu spektru služeb, větší vstřícností a ochotou poskytovat domácí zdravotní, ošetrovatelskou péči, větší zájem ze strany klientů a jejich rodin. Šestnáct procent respondentů označilo možnost nevím a 11% respondentů si nemyslí, že by se spolupráce za posledních 10 let změnila.

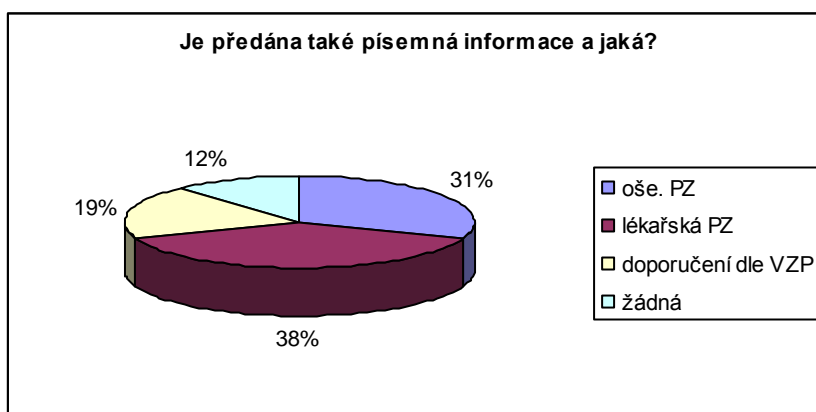
12.



Komentář:

Z výsledku šetření vyplývá, že nejčastěji probíhá předávání informace ze strany lékaře 32%. Následuje informování ADP sociální pracovníci (29%). Informovanost ze strany staniční sestry označilo 25% respondentů. V 8% informuje ADP rodina klienta a 3% oslovených uvedlo možnost „jiní“ a „klient sám“.

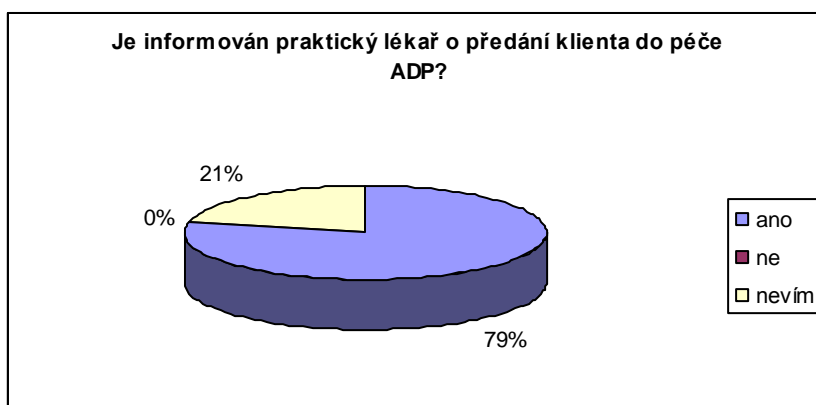
13.



Komentář:

Písemná informace, tedy propouštěcí zpráva je důležitá písemná dokumentace, která ulehčuje spolupráci mezi oběma institucemi. Z výsledku výzkumu vyplývá, že předávání informací formou propouštěcí zprávy probíhá. Poměr mezi ošetřovatelskou a lékařskou zprávou je téměř vyrovnaný (31% a 38%). Devatenáct procent respondentů uvedlo možnost „doporučení dle VZP“ a 12% respondentů označilo možnost „žádná“.

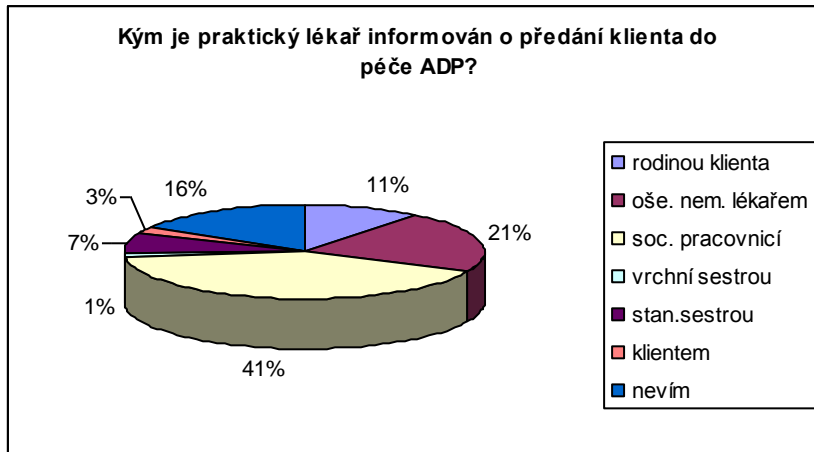
14.



Komentář:

Sedmdesát devět procent respondentů uvádělo, že praktický lékař o předání klienta do péče ADP je informován. Dvacet jedna procent respondentů uvádí, že neví. Je to trochu sporný výsledek vzhledem k výsledku znázorněném v grafu č. 10., kde 65% oslovených uvádí, že spolupráce s praktickými lékaři je dobrá.

15.



Komentář:

Praktický lékař je nejčastěji informován sociální pracovníci (41%), následuje informování ošetřujícím lékařem v nemocnici (21%).

To je dobrý výsledek vyplývající pro nemocniční zařízení obecně. Od tohoto aspektu se následovně odvíjí kvalitní spolupráce mezi nemocnicemi a ADP. Šestnáct procent označilo odpověď „nevím“, následuje alternativa „rodinou klienta“ (11%), 7% respondentů uvedlo možnost „staniční sestrou“, 3% připadá na skutečnost, že klient informuje praktického lékaře sám. Pouze v 1% informuje praktického lékaře vrchní sestra.

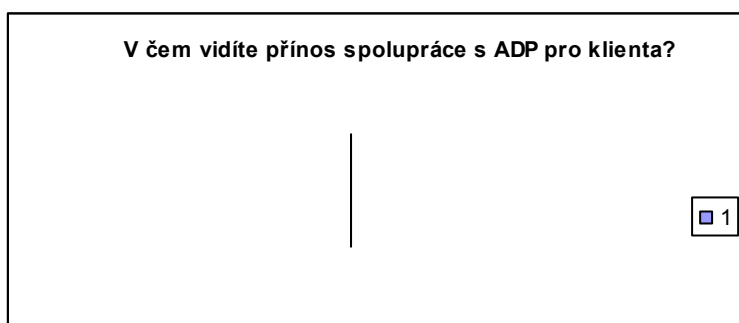
16.



Komentář:

Opět kladný výsledek pro nemocnice. Předávání informací písemně popřípadě telefonicky je seriózní a je opět dobrou vizitkou pro nemocniční zařízení. Padesát tři procent respondentů uvedlo, že praktický lékař je informován písemně, následuje předávání informací telefonicky (21%). Dvacet jedna procent oslovených neuveďlo žádnou možnost a v 5% je inf. předávána jinak (např. ústně)

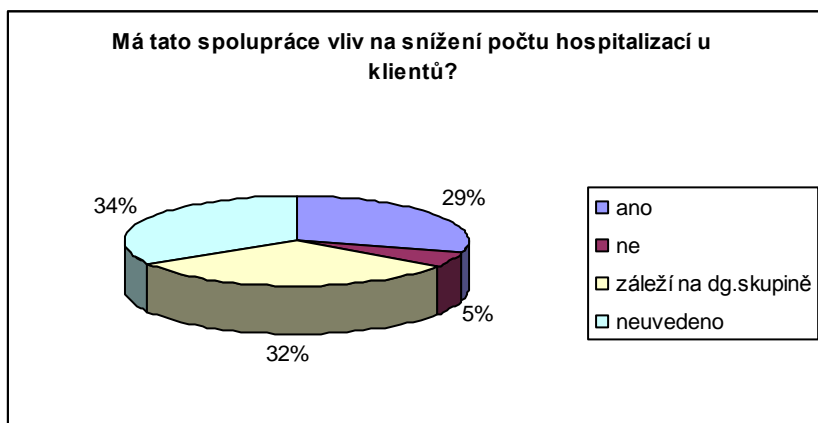
17.



Komentář:

Zde nebylo možné grafické znázornění, neboť respondenti nevolili z několika možností, ale vypisovali do kolonek své osobní názory. Objevily se zde názory shodující se v jednom: vytvoření vhodného prostředí a podmínek pro klienta, ošetřování v jeho vlastním domácím prostředí, snížení rizika přenosu nozokomiálních nákaz.

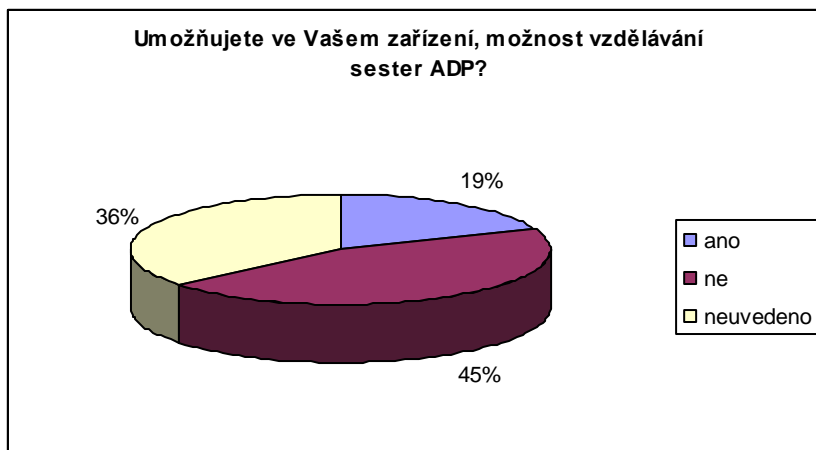
18.



Komentář:

Třicet čtyři procent dotazovaných, nevedlo žádnou odpověď. Z uvedeného výsledku však vyplývá, že spolupráce jistě má vliv na snížení počtu opakovaných hospitalizací – odpověď ano, označilo 29% dotazovaných. Zde se opět názory respondentů shodovaly. Pokud odpověď zněla ano: „nedochází k tak častým komplikacím a dekompenzaci základního onemocnění“. „Není nezbytně nutná hospitalizace, pokud dobře funguje spolupráce s ADP“. U možnosti – záleží na dg. skupině, respondentky uváděly především ošetřování bércových vředů, dekubitů. Většina odpovědí však byla s absencí názoru.

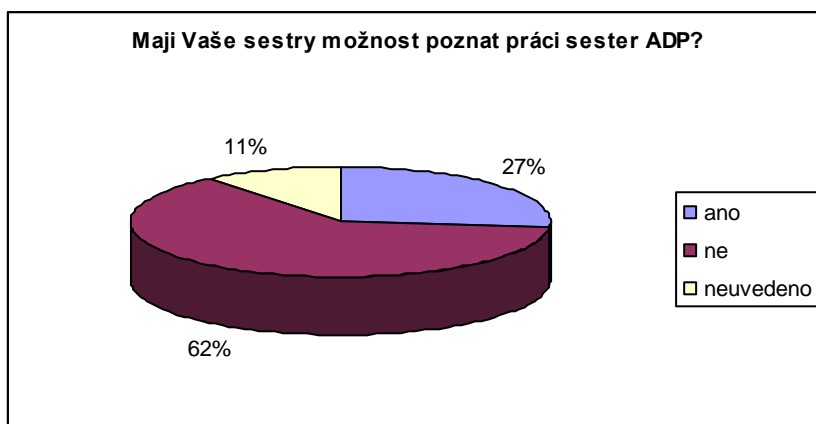
19.



Komentář:

Z graficky znázorněného výsledku je patrné, že vzdělávání sester ADP v nemocničním zařízení není samozřejmostí. Třicet šest procent dotazovaných, neoznačilo žádnou z možných alternativ a možnost „ne“ 45% dotazovaných respondentů. Pouze 19% respondentů odpovědělo kladně.

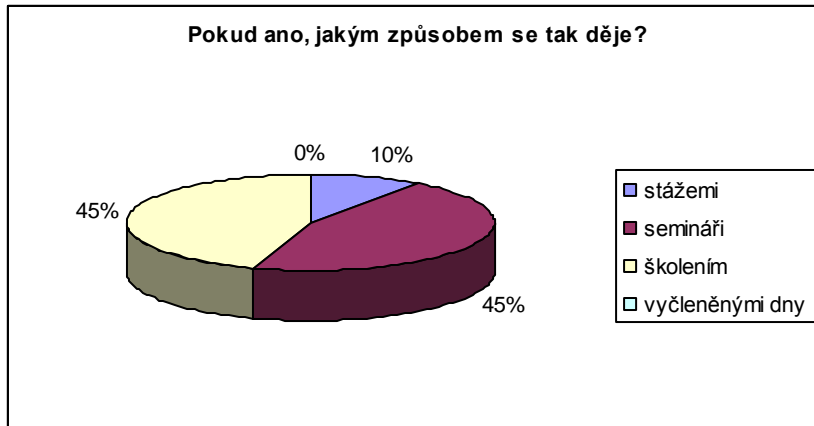
20.



Komentář:

Z graficky znázorněného výsledku vyplývá, že sestry ve většině případů nemají možnost poznat práci sester ADP. Pouze 27% respondentů se vyjádřilo kladně. Jedenáct procent respondentů neoznačilo žádnou z možností a 62% označilo možnost „ne“.

21.

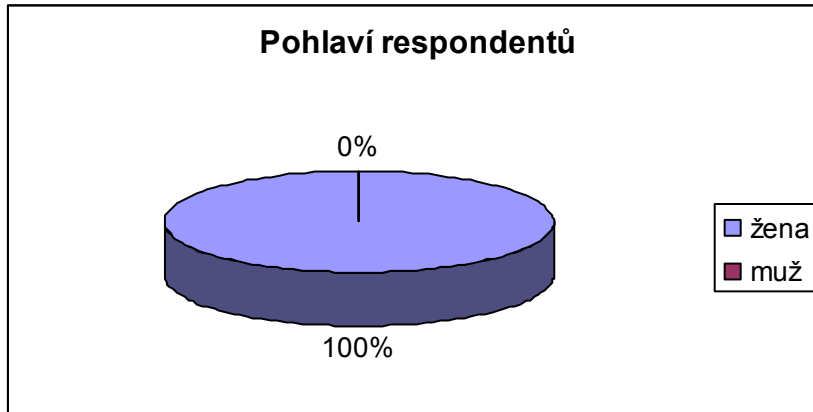


Komentář:

Z předchozího grafu vyplývá, že 27% sester (dle odpovědí respondentů) má možnost práci sester ADP poznat. Děje se tak ve 45% semináři a školením. Deseti procentům sester je umožněna stáž.

9.1.2 Grafické znázornění výsledků dotazníků, určených pro pracovníky a majitelé ADP:

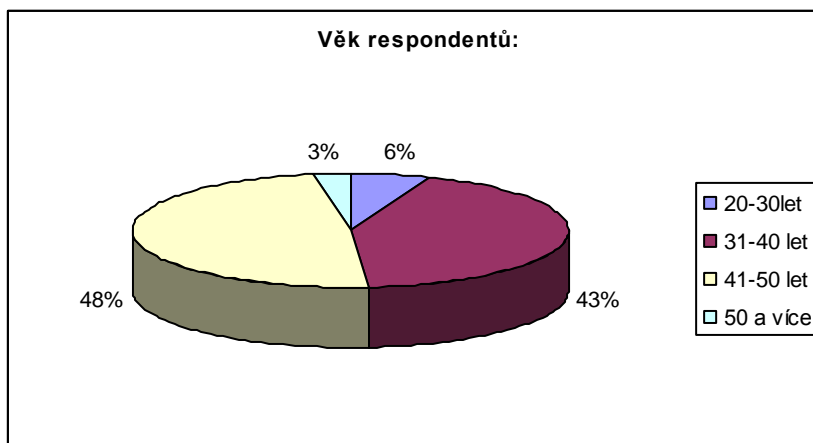
1.



Komentář:

Poměr mezi ženami a muži: Majitelkami a pracovníky agentur domácí zdravotní péče jsou převážně ženy.

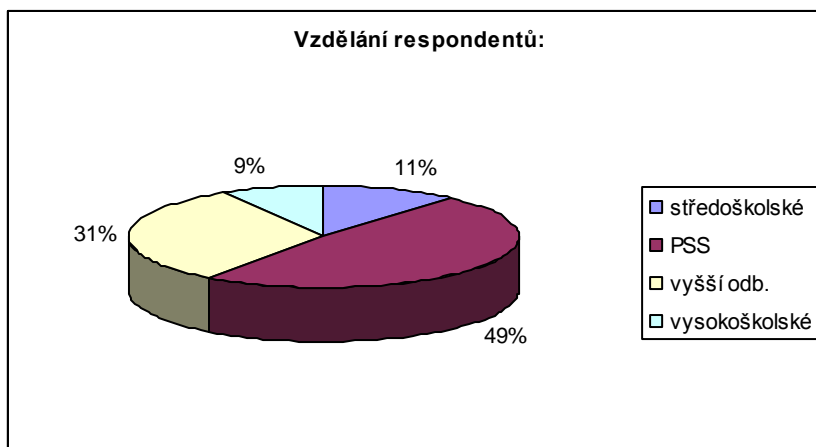
2.



Komentář:

Dle věkového rozdělení, převažovaly oslovené respondentky věkového rozmezí 41-50 let (48%), následovalo věkové rozmezí 31 - 40 let (43%). Respondenti věkového rozmezí 20 – 30 let zde jsou zastoupeni pouze 6% a 50 a více let jen 3%.

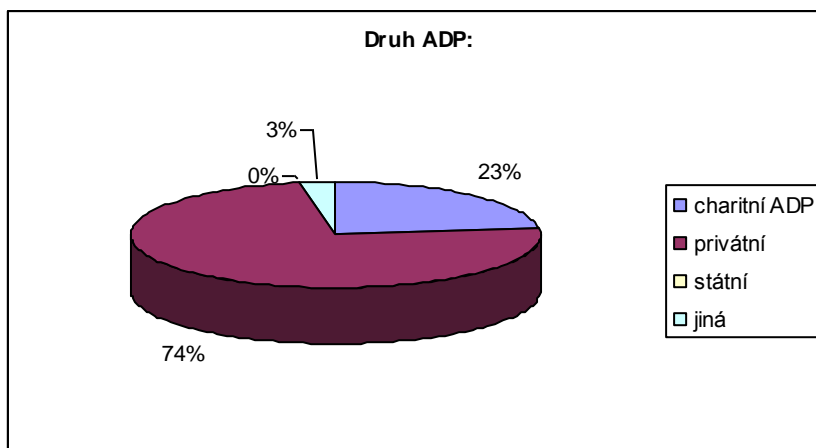
3.



Komentář:

V úrovni dosaženého vzdělání převažovaly respondenti s pomaturitním specializačním studiem (49%) (resp. se střeřoškolským vzděláním, které absolvovaly pomaturitní specializační studium.) Třicet jedna procent respondentů absolvovalo vyšší odborné studium, pouze SZŠ má 11% a v 9% jsou zde absolventky vysokých škol.

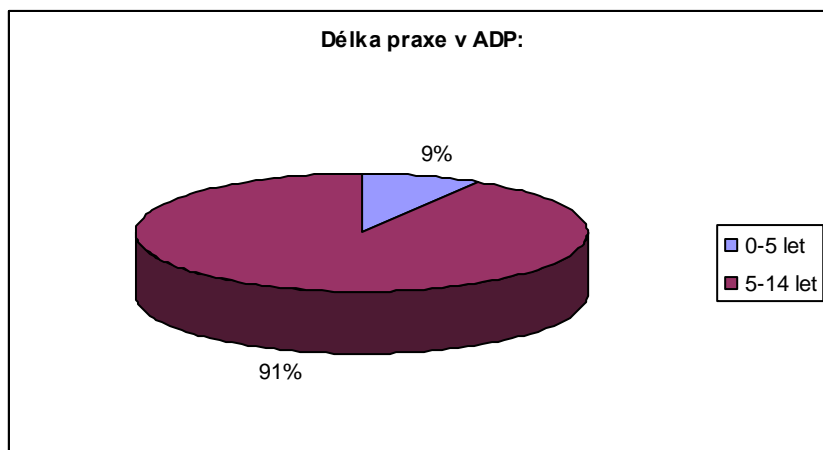
4.



Komentář:

Sedmdesát čtyři procent oslovených respondentů pracuje v privátní ADP. Následuje charitní ADP (23%) a alternativa „jiná“ je zde zastoupena ve 3%.

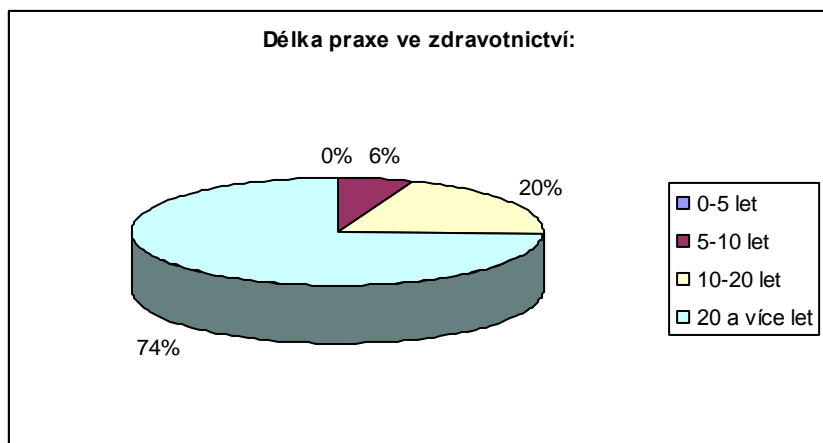
5.



Komentář:

Devadesát jedna procent oslovených respondentů pracuje v ADP déle než 14 let. Možnost „do 5 let“ označilo 9% dotazovaných.

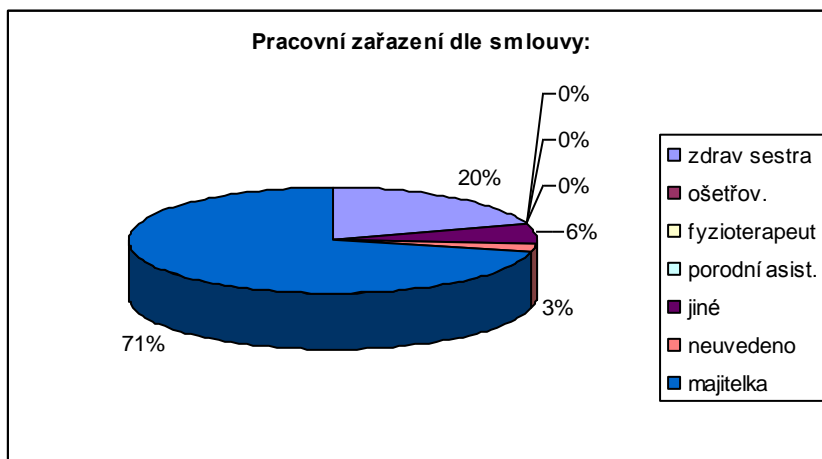
6.



Komentář:

Sedmdesát čtyři procent oslovených respondentů, působí ve zdravotnictví 20 a více let. Následuje možnost věkového rozmezí „10 – 20 let“ (20%) a 6% oslovených, označila možnost „5 – 10 let“.

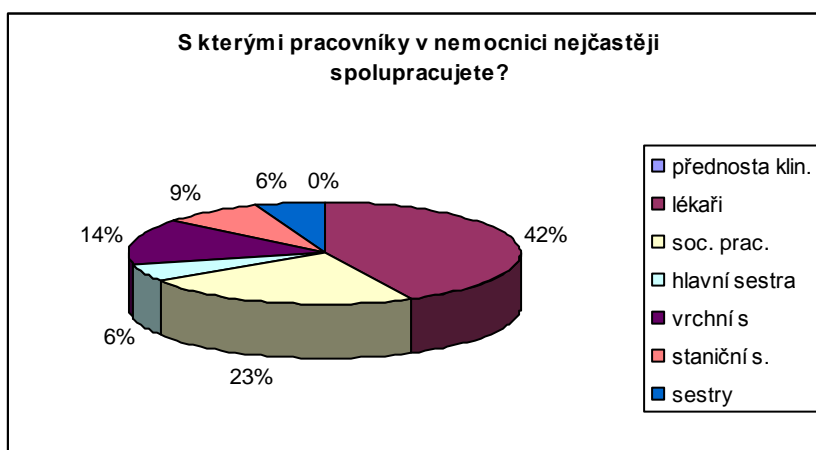
7.



Komentář:

Sedmdesát jedna procent respondentů jsou majitelky, zdravotní sestry jsou zde zastoupeny ve 20% a 3% respondentů nevedlo žádnou z možností.

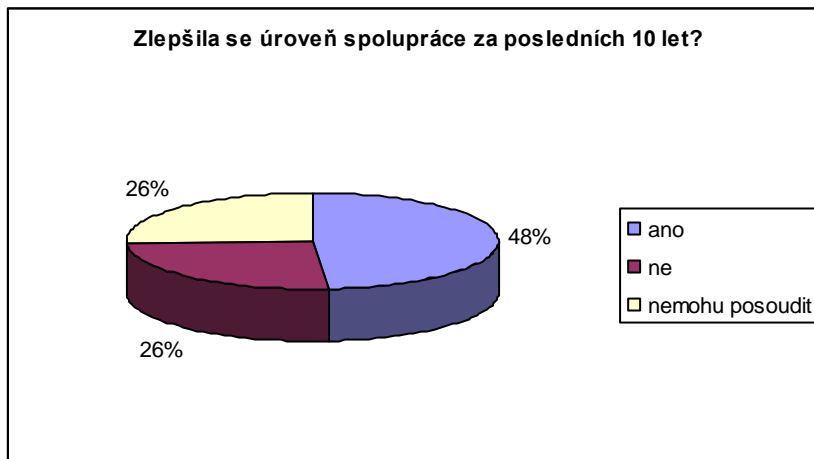
8.



Komentář:

Z uvedených výsledků vyplývá, že ADP nejčastěji spolupracují s lékaři (42%), následuje sociální pracovníci (23%), dále ve 14% spolupracují s vrchní sestrou, v 9% se staniční sestrou a v 6% se na spolupráci podílejí sestry a hlavní sestry.

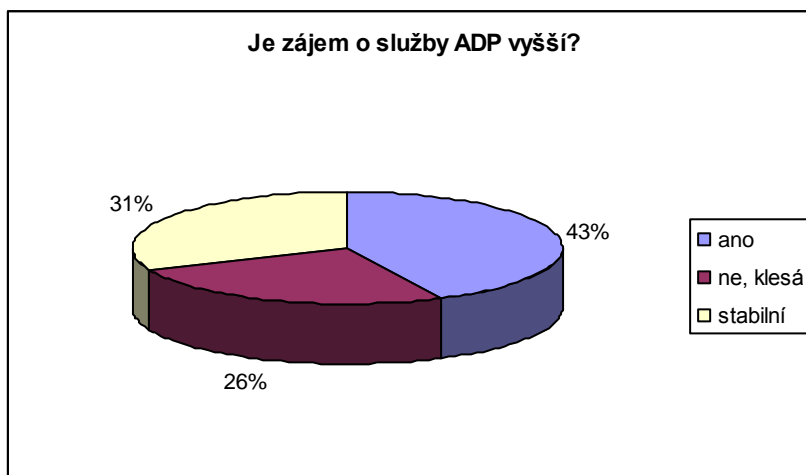
9.



Komentář:

Poměrně kladný výsledek zlepšení úrovně spolupráce. Čtyřicet osm procent resp. odpovědělo kladně, ve 26% odpověď zněla „ne“ a „nemohu posoudit“.

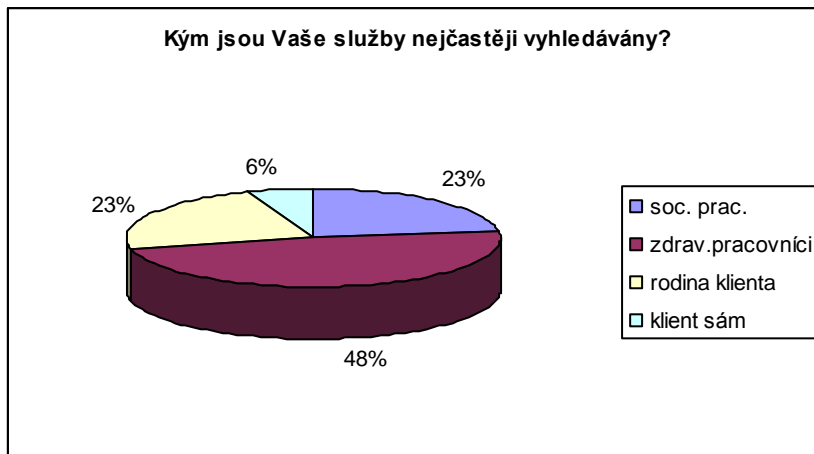
10.



Komentář:

Z graficky znázorněného výsledku vyplývá, že zájem o služby ADP je vyšší podle 43% oslovených respondentů, možnost „klesá“ označilo 26% respondentů a možnost „stabilní“ 31% respondentů.

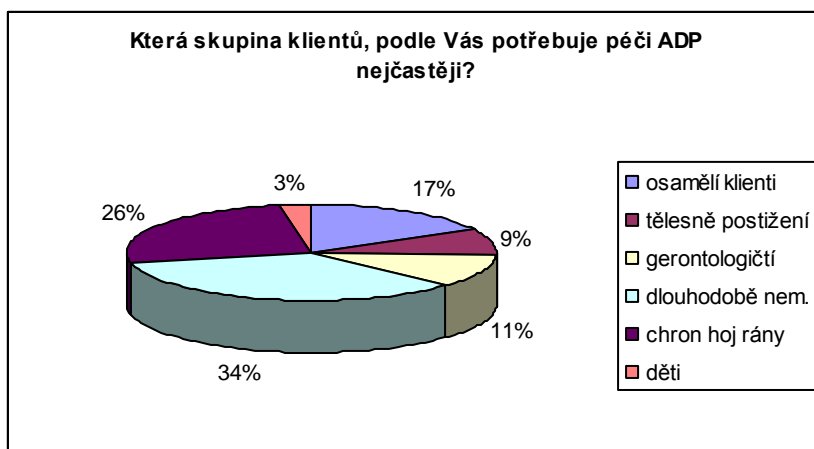
11.



Komentář:

Z graficky znázorněného výsledku vyplývá, služby ADP jsou nejčastěji vyhledávány zdravotnickými pracovníky – 48%, následují sociální pracovníci – 23% a rodina klienta – 23%, odpověď „klient sám“ označilo 6% dotazovaných respondentů.

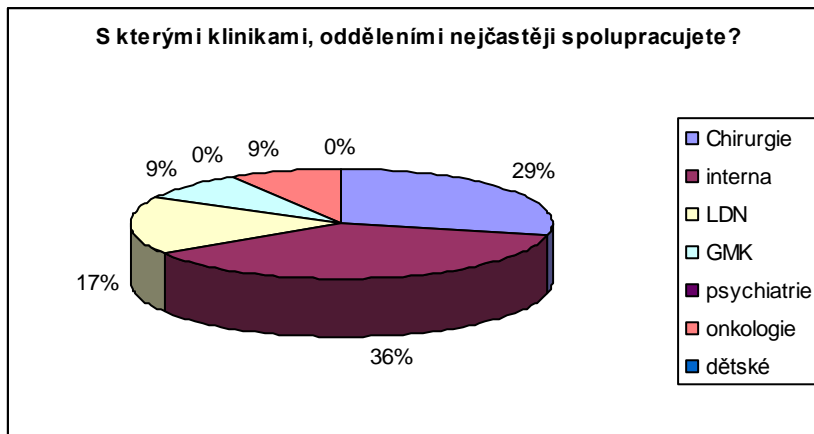
12.



Komentář:

Dle názoru a zkušeností oslovených respondentů, potřebují nejčastěji služby ADP dlouhodobě nemocní klienti (34%), následují klienti s chronicky se hojícími ranami (26%), dále osamělí klienti (17%), gerontologičtí klienti (11%), tělesně postižení klienti (9%) a děti (3%).

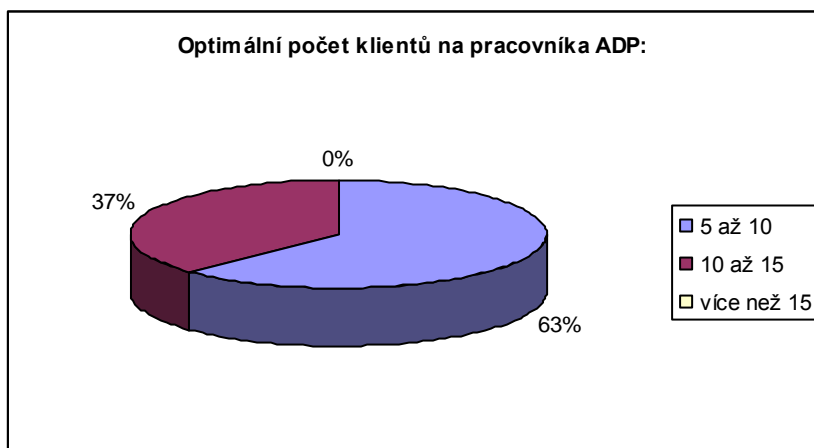
13.



Komentář:

Z uvedeného výsledku vyplývá, že nejčastější spolupráce je s interními obory (36%), následuje chirurgie (29%), LDN (17%), GMK a onkologie (9%). Dětské oddělení a psychiatrii, neoznačil nikdo z respondentů.

14.



Komentář:

Nejčastější odpověď respondentů zní „5 – 10 klientů“ na pracovníka ADP (63%), následuje „10 – 15 klientů“ (37%) a odpověď více než 15, neoznačil nikdo z dotazovaných.

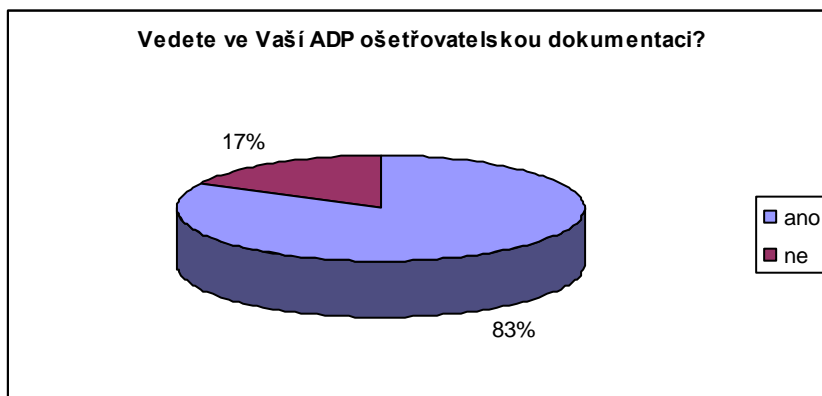
15.



Komentář:

Z graficky znázorněného výsledku vyplývá skutečnost, že počet klientů na jednoho pracovníka ADP je 10 -15 klientů – tuto možnost označilo 71% respondentů. Následovala možnost „5 -10“ (26%) a alternativu „15 a více“ označila 3% respondentů. Zde samozřejmě záleží na dg. skupinách a časovém harmonogramu práce.

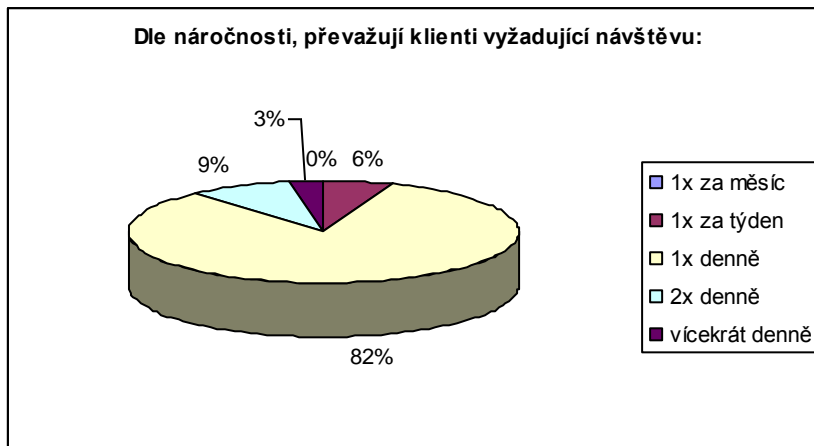
16.



Komentář:

Velmi dobrý výsledek. Ve většině oslovených agentur je vedena ošetřovatelská dokumentace klienta (83%), možnost „ne“ označilo 17% respondentů.

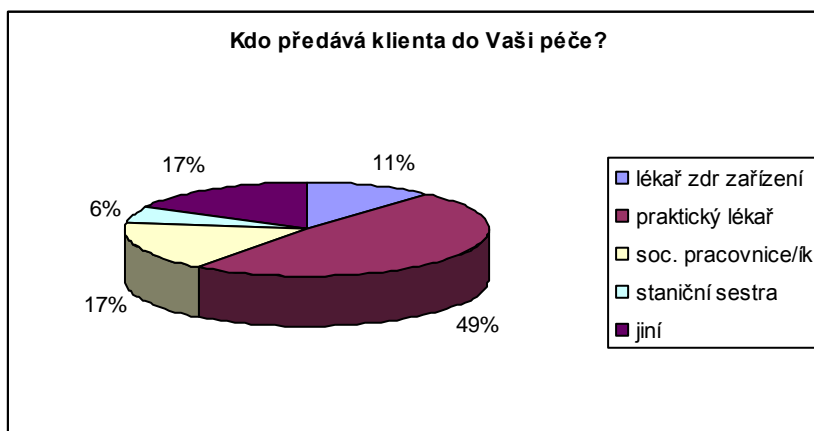
17.



Komentář:

Z uvedených výsledků vyplývá, že převažují klienti vyžadující návštěvu 1 x denně (82%) následuje návštěva 2 x denně (9%), dále 1x týdně (6%) a vícekrát denně (3%). Alternativu 1x za měsíc, neznačil nikdo z respondentů.

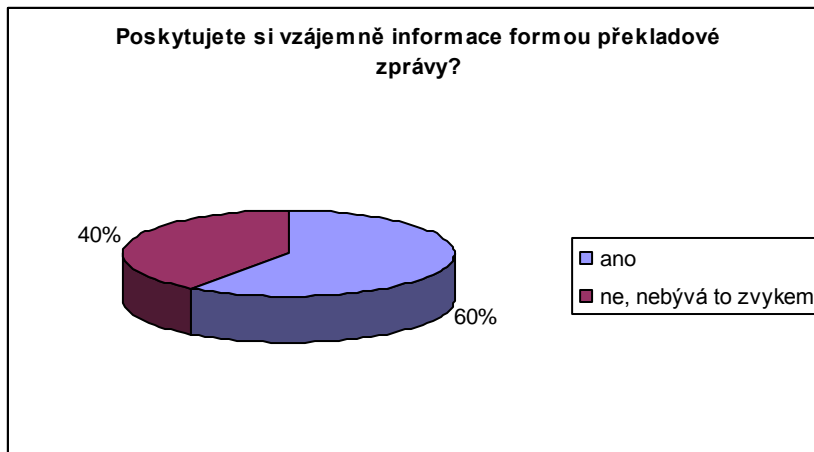
18.



Komentář:

Z výsledků vyhodnocených dotazníků vyplývá, že nejčastěji předává klienta do péče ADP praktický lékař (49%), následuje sociální pracovníce a „jiní“ (17%) – zde patrně mohou přijít v úvahu rodinní příslušníci, ostatní zdravotnický personál., dále lékař zdrav. zařízení (11%) a staniční sestra (6%).

19.



Komentář:

Poměrně kladný výsledek, 60% respondentů uvádí, že poskytování informací formou překladové zprávy probíhá. Čtyřicet procent označilo možnost „ne, nebývá to zvykem“.

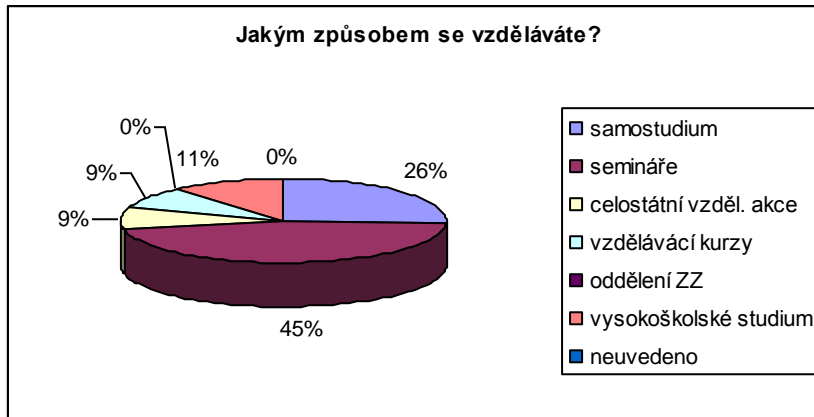
a.



Komentář:

Šedesát procent oslovených respondentů uvedlo, že skutečnost předávání informací formou překladové/propouštěcí zprávy je aktuální. Padesát tři procenta oslovených respondentů uvádí, formou lékařské překladové zprávy, 33% respondentů označilo možnost „sesterskou překladovou zprávou“ a 14% uvedlo „obojí“.

20.



Komentář:

Z výsledků vyplývá, že sestry se vzdělávají nejčastěji na seminářích (45%), následuje vzdělávání samostudiem (26%), 11% respondentů navštěvuje vysokou školu a 9% respondentů se vzdělává prostřednictvím celostátních vzdělávacích akcí a vzdělávacích kurzů.

21.



Komentář:

Z grafického znázornění výsledku vyplývá, že převážná část ADP (ze zkoumaného vzorku) je školícím místem pro vzdělávání žákyň SZŠ (69%), možnost „ne“, označilo 31% respondentů.

22.



Komentář:

...ale pouze ve 23% školícím místem pro vzdělávání studentů bakalářského studia ošetrovatelství. Alternativu „ne“, označila převážná část respondentů (77%).

10. DISKUSE

Tématem této bakalářské práce je analýza spolupráce nemocnic s agenturami domácí péče. V empirické části byla zkoumána problematika spolupráce nemocnic s agenturami domácí péče. Zkoumala jsem, jak spolupráce probíhá, zda dochází ke zlepšování podmínek pro spolupráci. Zjišťovala jsem nezastupitelnost agentur domácí péče ve zdravotnictví a ve společnosti. V dotazníku, který byl určen převážně vedoucím pracovníkům v nemocnicích, popřípadě jiných zdravotnických zařízeních, jsem se zaměřila na různé aspekty. Pro vytvoření obrazu spolupráce nemocnic s agenturami domácí péče ve východních a středních Čechách bylo osloveno 75 zdravotnických zařízení – oddělení, klinik, respektive respondentů. Metodou dotazníkového šetření jsem zkoumala především:

- ✓ typ nemocnice, kde respondent působí,
- ✓ délku spolupráce s ADP,
- ✓ typ kliniky popř. oddělení spolupracující nejčastěji s ADP,
- ✓ typ klienta, který potřebuje pomoc ADP nejčastěji,
- ✓ zájem rodiny klienta a samotného klienta o služby ADP,
- ✓ úroveň spolupráce s ADP,
- ✓ úroveň spolupráce s praktickými lékaři,
- ✓ vývoj změn za posledních 10 let – změna spolupráce ADP s nemocnicemi,
- ✓ propuštění klienta - kdo informuje ADP o této skutečnosti,
- ✓ existence písemné informace v podobě ošetrovatelské, lékařské nebo jiné zprávy,
- ✓ informovanost praktického lékaře o předání klienta do péče ADP (kdo informuje a jakým způsobem),
- ✓ přínos spolupráce s ADP pro klienta,
- ✓ vliv spolupráce na snížení počtu opakovaných hospitalizací u klienta.

Pro co nejobjektivnější výsledky je zapotřebí, aby dotazníky vyplňovali všichni oslovení respondenti, ne pouze někteří. V některých případech jsem se setkala s negativním přístupem ze strany pracovníků v nemocnicích. Zjistila jsem tedy, že ne všichni jsou ochotni věnovat pár minut svého času na vyplnění dotazníku.

V dalším typu dotazníku, který byl určen pracovníkům a pracovnícím agentur domácí zdravotní péče jsem zjišťovala obraz spolupráce ze strany poskytovatelů těchto služeb. Zde jsem posuzovala stejné aspekty (pohlaví, věk, vzdělání, délka praxe v ADP a zdravotnictví,

vzdělávání...) Dále jsem se zaměřila na tyto důležité aspekty, o kterých se domnívám, že jsou nezbytné pro hodnocení úrovně spolupráce nemocnic s ADP.

- ✓ typ domácí zdravotní péče (privátní, charitní, státní..),
- ✓ typ pracovníka s nimž probíhá v nemocnici nejčastější spolupráce,
- ✓ úroveň spolupráce za posledních 10 let,
- ✓ zájem ze strany nemocnic a klientů (vyšší, klesající, popřípadě neměnný),
- ✓ typ klienta, jež nejčastěji vyhledává služby ADP,
- ✓ skupina klientů, která, dle respondenta, nejvíc potřebuje péči ADP,
- ✓ typ oddělení v nemocnici, která nejčastěji spolupracují s ADP,
- ✓ reálný a optimální počet klientů na jednoho pracovníka ADP,
- ✓ situace ve vedení ošetrovatelské dokumentace,
- ✓ typ klienta dle časové náročnosti na personál,
- ✓ předávání klienta do péče ADP,
- ✓ forma poskytování informací.

11. SHRNUÍ VÝSLEDKŮ

Vyhodnocovala jsem dva druhy dotazníků. První typ je určen pracovníkům, pracovnícím nemocničního zařízení, u kterých jsem předpokládala největší účast na spolupráci s agenturami domácí péče. Byly to především hlavní sestry nemocnic, vrchní sestry klinik a oddělení, staniční sestry a sociální pracovníce – ne všechny nemocnice však sociální pracovníci zaměstnávají. Další typ dotazníků je určen pracovníkům/cím, majitelům/kám ADP.

Shrnutí výsledků z dotazníků, které vyplňovali zaměstnanci nemocnic:

Z uvedených výsledků je patrné, že oslovení respondenti hodnotí spolupráci převážně kladně. Oslovení respondenti působí zejména ve fakultních a městských nemocnicích. Z výsledku dotazníkového šetření vyplývá, že spolupráce probíhá se zájmem o služby ADP zvyšuje. V převážné většině zdravotnických zařízení – nemocnic, informuje ADP o propuštění klienta z nemocnice sociální pracovníce, která také informuje o předání klienta praktického lékaře. Ten je často informován písemně nebo telefonicky. Dvacet devět procent oslovených respondentů z 75 uvádí, že tato spolupráce má vliv na snížení počtu opakovaných hospitalizací u klienta. Nejčastěji spolupráce probíhá na klinikách či odděleních interních a chirurgických. Z názorů dotazovaných respondentů vyplývá, že tyto služby nejvíc využívají dlouhodobě nemocní klienti, klienti s chronicky se hojícími rány a gerontologičtí klienti. V ojedinělých případech byly uváděny nedostatky vztahující se ke spolupráci s praktickými lékaři. Otázka předávání písemné informace, byla vyhodnocena poměrně kladně, ale stále ne ve všech zařízeních je pravidlem. Předávání informací písemnou formou by mělo být samozřejmostí všech zdravotnických zařízení, neboť usnadňuje a urychluje péči o klienta.

Shrnutí výsledků z dotazníků, které vyplňovaly zaměstnanci, majitelé ADP:

Oslovení pracovníci hodnotí spolupráci taktéž převážně kladně. Respondenti působí převážně v privátních nebo charitních ADP. Většina pracovníků uvádí praxi v ADP delší než 5 let. V pracovním zařazení (dle pracovní smlouvy) převažují majitelky, následují zdravotní sestry, přičemž majitelky jsou zdravotní sestry. Z výsledků vyplývá, že nejčastější spolupráce probíhá se sociálními pracovníci a lékaři. Úroveň spolupráce za posledních 10 let se

zvýšila a zájem o služby ADP je vyšší, popřípadě stabilní. Služby ADP často vyhledávají zdravotničtí pracovníci, následuje sociální pracovníci, rodina klienta a v ojedinělých případech klient sám. Dle názoru pracovníků ADP jsou služby prospěšné zejména dlouhodobě nemocným klientům a klientům s chronicky se hojícími ránami. Mezi nejčastěji spolupracující kliniky a oddělení, uvádí chirurgická a interní. Téměř všichni dotazovaní se shodli na tom, že optimální počet klientů na 1 pracovníka za službu je 5-10 klientů. Reálný počet klientů je ale 10-15. Záleží však na diagnostické skupině. Ošetřovatelská dokumentace v ADP bývá často pravidlem – 83%. Poskytování informací formou překladové zprávy je poměrně aktuální - 60% respondentů uvedlo, že probíhá předávání informací touto formou.

III. ZÁVĚR

V závěru své práce se pokusím stručně shrnout a zobecnit jednotlivé kapitoly teoretické části práce a výsledky empirické části.

Teoretická část je věnována vysvětlení pojmů – *zdraví, nemoc, kvalita života, sociální vlivy na zdraví a nemoc*. Zaměřuji se na vymezení pojmů *domácí zdravotní péče, komplexní zdravotní péče a skladbě multidisciplinárního týmu*, který poskytuje a zajišťuje služby domácí zdravotní a také sociální péče. Posléze přecházím na *strukturu agentur domácí péče, historii a vývoj agentur domácí péče, formy zdravotní domácí péče, význam domácí zdravotní péče pro skupiny klientů, kterým jsou tyto služby určeny. Zde se zaměřuji také na domácí zdravotní péči určenou dětem*. Následuje náhled do oblastí poskytované péče. Další část věnuji vymezení pojmu – *poskytované služby a jejich poskytovatelé*, kde je citován Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. Poslední část kapitoly věnuji vymezení pojmu – *pozitivní stránky domácí zdravotní péče*.

Náplní následující podkapitoly je *poslání, smysl a zastoupení ve zdravotnickém systému a systému sociální péče*, kdy posláním domácí zdravotní péče je zajistit ve vlastním sociálním prostředí takový rozsah služeb, které klient potřebuje. Domácí zdravotní péče tvoří důležitý článek ve zdravotnickém systému v péči o zdraví klienta, jež je součástí řetězce služeb, důležitý pro spolupráci s nemocničním zařízením. Pojednávám také o *výhodách domácí zdravotní péče*, které nabízí domácí prostředí – vlastní sociální prostředí a podmínky především. Popisuji *pecity klienta v nemocničním prostředí* a v neposlední řadě stručně popisuji *návaznost spolupráce s ADP po propuštění klienta do domácího ošetřování*. Poslední podkapitolou jsou *právní normy a zákony*, které upravují poskytování domácí zdravotní péče. Zde se zmiňuji především o Zákonu z roku 2004 (96, sb. zákonů o nelékařských zdravotnických povoláních, zahrnující registraci zdravotníků, která jim umožňuje pracovat samostatně – tzn. bez odborného dohledu.) Následující kapitola je věnována *riziku práce pracovníků v domácí zdrav. péči* - syndromu vyhoření.

Poslední kapitola je nazvána *Role sestry v domácí zdravotní péči*, neboť zde jsou různá specifika, kterými je sestra věnující se této práci v agentuře vybavena.

V empirické části jsou vytyčeny cíle výzkumu, popis skupiny respondentů, popis metody, kterou jsem použila ke získání poznatků a informací. Snažila jsem se zjistit jak hodnotí spolupráci pracovníci nemocničních zařízení a poskytovatelé služeb domácí zdravotní péče.

Posuzovala jsem jak hodnotí respondenti spolupráci s praktickými lékaři, s kým nejčastěji pracovníci ADP spolupracují. Dále vývoj spolupráce za posledních 10 let, přínos pro klienta vyplývající ze spolupráce s ADP. Zkoumala jsem způsob předávání informací, instrukcí a zda je v ADP pravidlem vést ošetrovatelskou dokumentaci. Zaměřila jsem se zde také na úroveň vzdělávání všech zdravotnických pracovníků.

Výsledky výzkumu jsou převážně pozitivní. Nedostatky se objevily zejména v předávání písemné informace mezi oběma zařízeními. Spolupráce probíhá a dle názoru oslovených respondentů se zájem rodiny a klientů zvyšuje. Nejčastěji jsou služby poskytovány dlouhodobě nemocným klientům, klientům s chronicky se hojícími ránami a gerontologickým klientům. Nejčastěji vyhledávají tyto služby chirurgická a interní oddělení. Dle názoru respondentů, má tato spolupráce vliv na snížení počtu opakovaných hospitalizací. V ojedinělých případech se objevily nedostatky ve spolupráci s praktickými lékaři. Stanovených cílů se mi podařilo dosáhnout, respondenti výzkumného šetření hodnotí spolupráci převážně kladně. Pro úplnou objektivitu výsledků, by bylo zapotřebí dlouhodobého či opakovaného výzkumu spolupráce nemocnic s ADP.

Závěrem:

Pro klienta je kvalitní spolupráce mezi nemocničním zařízením a agenturou domácí péče je velice důležitá. Tento již nemusí trávit čas v nemocničním prostředí, protože služby, které jsou pro něho nepostradatelné, může čerpat ve svém vlastním sociálním prostředí. Tato úspěšná spolupráce urychlí návrat do okruhu svých blízkých.

IV. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1.) Mastiliaková,D., *Úvod do ošetrovatelství – systémový přístup*, UK vydavatelství Karolinum 2001
- 2.) Muller,Č., Strnad a kolektiv – *Vademecum sociálního lékařství*. Avicenum Praha, 1989
- 3.) Bártlová,S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Brno, 2002 ISBN 80-7013-355-4
- 4.) Misconiová,B., *Mapa aktivit komplexní domácí péče*. Informační materiál PHARE
- 5.) Misconiová,B., *Komplexní domácí péče 1994*. Asociace domácí péče – Národní centrum domácí péče
- 6.) Misconiová,B., *Domácí péče – otázky a odpovědi*. Národní centrum domácí péče ČR
- 7.) WHO, *Zdraví 21 – zdraví do 21. století Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2001*
- 8.) Projekt primární péče – asociace domácí péče
- 9.) Schmidbauer,W., *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 2002
- 10.) Mastiliaková,D., *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1998
- 11.) Webové stránky (http://96.wz.cz/Zakon%2096_2004.htm)
- 12.) WHO, Staňková,M: *Lemon 4. Brno*: IDVZP 1997. ISBN 80 – 7013 –248 – 5
- 13) Národní centrum domácí zdravotní péče ČR ve spolupráci s VZP, ministrem práce a sociálních věcí ČR a ministrem zdravotnictví ČR 1998 – *Domácí a primární péče včera, dnes a zítra*
- 14.) Hastingová D., – *Domácí sestřička, péče o nemocné doma*, knižní klub Praha 1997 ISBN 80 – 7176 – 452-3
- 15.) MUDr. Václav Jedlička a kolektiv, - *Praktická Geriatrie*, Ústav pro další vzdělávání SZP, Brno, 1984. ISBN 57 – 851 – 84
- 16.) Kozierová, B., Erbová, G., Olivierová, R. *Ošetrovatelství I*. Martin Osveta, 1995. ISBN 80 -217 – 0528 – 0
- 17.) Trachtová, E. a kol., - *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80 – 7013 – 324 – 8
- 18.) *Sestra (odborný časopis pro zdravotní sestry) 2/2005* „Jaké místo ADP v péči o umírajícího?“

V. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I - a) Dotazník - určen pro vedoucí a soc. pracovníky v nemocnicích

Příloha II - b) Dotazník - určen pro majitelé a pracovníky ADP

Příloha III – Grafické znázornění dotazníku v tabulkách (a, b)

Téma bakalářské práce:

Analýza spolupráce nemocnic s agenturami domácí péče

Anonymní dotazník pro pracovníky/ce/ ADP

Anonymní dotazník:

Vážené kolegyně, Vážení kolegové.

Dostal se Vám do rukou dotazník, který je součástí mé závěrečné – bakalářské práce na téma analýza spolupráce nemocnic s ADP. Dotazník bude zpracován anonymně. Prosím o pravdivé vyplnění dotazníku. Za ochotu a čas věnovaný vyplňování tohoto dotazníku předem děkuji.

Odpověď, popřípadě odpovědí více, zaškrtněte křížkem do rámečku, vytečkovaná místa doplňte. Děkuji.

Alexandra Kopczykova

Studentka 4. ročníku

Obor: Ošetrovatelství – Pedagogika

LF UK v Hradci Králové

<u>1. Pohlaví:</u>	žena:	<input type="checkbox"/>
	muž:	<input type="checkbox"/>
<u>2. Věk:</u>	20 – 30 let	<input type="checkbox"/>
	31 – 40 let	<input type="checkbox"/>
	41 – 50 let	<input type="checkbox"/>
	50 – a více let	<input type="checkbox"/>
<u>3. Vzdělání:</u>	a/ středoškolské: SZŠ:	<input type="checkbox"/>
	b/ pomaturitní – PSS	<input type="checkbox"/>
	
	c/ vyšší odborné:	<input type="checkbox"/>
	d/ vysokoškolské:	<input type="checkbox"/>
	- bakalářské:	<input type="checkbox"/>
- magisterské:	<input type="checkbox"/>	
- doktorandské	<input type="checkbox"/>	
<u>4. Pracujete:</u>	v charitní ošetrovatelské službě:	<input type="checkbox"/>
	v privátní ADP:	<input type="checkbox"/>
	státní ADP:	<input type="checkbox"/>
	jiné ADP: zřizovatelem je: / uveďte /	
<u>5. Délka Vaší praxe v ADP:</u>	a/ 0 - 5 let	<input type="checkbox"/>
	b/ 5 - 14 let	<input type="checkbox"/>
<u>6. Délka Vaší praxe ve zdravotnictví:</u>	a/ 0 – 5 let	<input type="checkbox"/>
	b/ 5 – 10 let	<input type="checkbox"/>

c/ 10 – 20 let

d/ 20 a více let

7. Vaše pracovní zařazení dle pracovní smlouvy:

a/ zdravotní sestra

b/ ošetřovatel/ka

c/ pomocný zdr. personál

d/ sanitář/ka, pečovatel/ka

e/ fyzioterapeut:

f/ porodní asistent/ka

g/ majitelka

8. S kterými pracovníky ve zdravotnictví – nemocnicích spolupracujete nejčastěji ?

a/ přednosta kliniky

b/ lékaři

c/ sociální pracovník/ce:

d/ hlavní sestra

e/ vrchní sestry

f/ staniční sestry

g/ sestry

9. Zlepšila se úroveň spolupráce ADP s nemocnicemi za posledních 10 let?

a/ ano,
.....

/ pokud ano, uveďte jak a v čem /

b/ ne

c/ nemohu posoudit

10. Je ze strany nemocnic vyšší zájem o domácí péči ?

- a/ ano, je vyšší
- b/ ne, zájem klesá
- c/ zájem je neměnný, stabilní

11. Kým jsou Vaše služby častěji vyhledávány:

- a/ sociálními pracovníci
- b/ zdravotnickými pracovníky
- c/ rodina klienta
- d/ klient sám:

12. Která skupina klientů, podle Vás nejvíce potřebuje péči ADP ?

- a/ osamělí klienti
- b/ tělesně postižení klienti
- c/ gerontologičtí klienti
- d/ dlouhodobě nemocní klienti
- e/ klienti s chronicky se hojícími ranami
- f/ maminky novorozenců:
- g/ děti:
- h/ mladší klienti / s jakými problémy?/.....
.....
- ch/ jiní:.....

13. Která oddělení nebo kliniky s Vámi nejčastěji spolupracují?

- a/ chirurgické odd.
- b/ interní odd.
- c/ LDN
- d/ GMK
- e/ psychiatrické odd.

- f/ neurologické odd.
- g/ onkologie
- h/ gynekologie:
- ch/ ortopedie:
- i/ rehabilitace:
- j/ dětské odd.:
- k/ jiné:

14. Jaký je počet klientů na 1 pracovníka ADP, za službu?

15. Optimální počet klientů na 1 pracovníka ADP za službu?

/ dle Vašeho názoru /

16. Vedete ve Vaší ADP ošetrovatelskou dokumentaci a/ ano
b/ ne
/ pokud ano, přiložte prosím kopii /

17. Dle náročnosti převažují klienti vyžadující návštěvu: a/ 1x za měsíc
/ ve Vaší ADP / b/ 1x za týden
c/ 1x denně
d/ 2x denně
e/ vícekrát denně

18. Kdo předává klienta do Vaší péče ?

- a/ lékař zdravotnického zařízení
- b/ praktický lékař
- c/ sociální pracovníce
- d/ staniční sestra
- e/ jiní, uveďte:.....

19. Poskytujete si vzájemně informace formou překladové zprávy?

/ pokud ano, prosím přiložte vzor, kopii /

- a/ ano, ale pouze lékařskou prop. překl. zprávou
- b/ ano, sesterskou i lékařskou překl. zprávou
- c/ ne, nebývá to zvykem

20. Jakým způsobem se sám/a vzděláváte ?

- a/ samostudium, jak:.....
.....
- b/ účasti na seminářích zdrav. zařízení ADP
- c/ účastní na celostátních vzdělávacích akcích
- d/ absolvováním vzdělávacích kurzů národního centra v Brně
- e/ na některých odděleních zdravotnického zařízení
- f/ vysokoškolským studiem

21. Jste školícím místem pro vzdělávání žáků SZŠ?

- a/ ano
- b/ ne

**22. Jste školícím místem pro vzdělávání
studentů/ek bakalářského studia
ošetřovatelství?**

a/ ano

b/ ne

Téma bakalářské práce:

Analýza spolupráce nemocnic s agenturami domácí péče /ADP/

**Anonymní dotazník pro hlavní sestry, vrchní a staniční sestry nemocnic,
vedoucí pracovníci sociálního oddělení**

Anonymní dotazník:

Vážené kolegyně,

dostal se Vám do rukou do rukou dotazník, který je součástí mé závěrečné – bakalářské práce na téma analýza spolupráce nemocnic s ADP. Dotazník bude zpracován anonymně. Prosím Vás o pravdivé vyplnění dotazníku. Za ochotu a čas věnovaný vyplňování tohoto dotazníku předem děkuji.

Zaškrtněte, prosím, křížkem odpověď, vytečkovaná místa doplňte.

Alexandra Kopczykova

Studentka 4. ročníku

Obor: Ošetrovatelství – Pedagogika

LF UK v Hradci Králové

1./ Pohlaví:

žena:

muž:

2./ Věk:

20 – 30 let

31 – 40 let

41 – 50 let

50 – a více let

3./ Vzdělání:

a/ středoškolské: SZŠ:

b/ specializační: PSS :.....
.....

c/ vysokoškolské:

- bakalářské:

- magisterské:

- doktorandské:

d/ jiné:.....

4./ Nemocnice, kde působíte, je:

a/ městská:

b/ fakultní:

c/ nestátní zdr. zařízení:

d/ jiné, uveďte:

5./ Spolupracujete s ADP ?

a/ ano:.....

b/ ne:

6./ Délka spolupráce:

2 roky a méně.....

do 5 let.....

5 let a více.....

7./ Která klinika nebo oddělení spolupracuje nejčastěji s ADP ?

/ vyplní hlavní sestra a vedoucí soc. odd. /

- a/ interní oddělení:
- b/ chirurgické odd:
- c/ GMK:
- d/ LDN:
- e/ neurologická klinika:
- f / jiné:.....
-

8./ Kterí klienti podle Vás potřebují pomoc ADP:

- a/ gerontologičtí:
- b/ dlouhodobě nemocní:
- c/ osamělí:
- d/ klienti s chronicky se hojícími ránami:
- e/ tělesně postižení:
- f/ děti
- g/ mladší klienti:/ s jakými problémy /.....
-

9./ Zvyšuje se zájem rodiny klienta a samotného klienta o služby ADP ?

- a/ ano:
- b/ ne:
-

10./ Spolupráce s ADP je:

- a/ dobrá:
- b/ špatná:
- c/ nevím, nemohu posoudit:
- / uveďte důvod /
.....

11./ Spolupráce s praktickými lékaři je:

- a/ dobrá
- b/ špatná – žádná
- c/ zvyšuje se
-

12./ Změnila se za posledních 10 let nějak spolupráce ADP s nemocnicí, kde pracujete?

- a/ ano, uveďte jak:
- k lepšímu:.....
.....
- k horšímu:.....
.....
- b/ ne:
- c/ nemohu posoudit:
-

13. Kdo informuje ADP o propuštění klienta?

- a/ lékař
- b/ staniční sestra
- c/ sociální pracovník
- d/ klient sám
- e/ rodina klienta
- f/ jiní:.....
-

14. Je předána i písemná informace a jaká?

- a/ ošetrovatelská prop. zpráva:
- b/ lékařská prop. zpráva:
- c/ vyplněné doporučení dle metodiky VZP:
- d/ žádná
-

15. Je informován praktický lékař o předání klienta do péče ADP ?

- a/ ano
- b/ ne

16. Kým je praktický lékař informován o předání klienta do péče ADP ?

- a/ rodinou klienta:
 - b/ ošetřujícím lékařem /v ne –
mocnici/
 - c/ sociální pracovníci
 - d/ hlavní sestrou
 - e/ vrchní sestrou
 - f/ staniční sestrou
 - g/ klientem samotným
 - h/ někým jiným:.....
-

17./ Je-li praktický lékař informován, jakým způsobem se tak děje?

- a/ telefonicky:
 - b/ písemně formou prop. zprávy:
 - c/ jinak:
-

18. V čem vidíte přínos spolupráce s ADP pro klienta?

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

19. Má tato spolupráce vliv na snížení počtu opakovaných hospitalizací u klientů?

- a/ ano, uveďte jakým způsobem:
.....
.....
 - b/ ne, uveďte proč si to myslíte:
.....
.....
 - c/ záleží na diagnostické skupině:
.....
-

20. Umožňujete ve Vašem zařízení možnost vzdělávání sester ADP?

- a/ ano: jakým způsobem:.....
.....
- b/ ne:

21. Mají Vaše sestry možnost poznat práci sester ADP ?

- a/ ano
b/ ne
-

22. Pokud ano, jak:

- a/ stážemi
b/ semináři
c/školením
d/ vyčleněnými dny práce v ADP

Pohlaví respondentů	žena	muž
Počet odpovědí	75	0
Vyjádření v %	100,0	0,0

Tabulka – otázka č. 1.

Věk respondentů	20-30 let	31-40 let	41-50 let	50 a více let
Počet odpovědí	15	18	26	16
Vyjádření v %	20,0	24,0	34,7	21,3

Tabulka – otázka č. 2.

Vzdělání respondentů	pouze SZŠ	specializace (PSS)	vš
Počet odpovědí	21	43	7
Vyjádření v %	28,0	57,3	9,3

Tabulka – otázka č. 3.

PSS v oborech	RHB	Geriatricie	Chirurgie	Péče o dospělé	Org.a řízení	Sociální	Neurologie	Onkologie
Počet odpovědí	1	7	12	10	5	4	1	3
Vyjádření v %	1,3	9,3	16,0	13,3	6,7	5,3	1,3	4,0

Tabulka – otázka č. 3. a

VŠ vzdělání	Bc.	Mgr.	PhD
Počet odpovědí	6	1	0
Vyjádření v %	85,7	14,3	0,0

Tabulka – otázka č. 3. b

Nemocnice, kde působíte	městská	fakultní	nestátní ZZ	jiné
Počet odpovědí	29	24	6	16
Vyjádření v %	38,7	32,0	8,0	21,3

Tabulka – otázka č. 4.

Spolupracujete s ADP?	ano	ne
Počet odpovědí	75	0
Vyjádření v %	100,0	0,0

Tabulka – otázka č. 5.

Délka spolupráce s ADP	2roky a méně	do 5 let	5let a více	neuveдено
Počet odpovědí	7	4	19	45
Vyjádření v %	9,3	5,3	25,3	60,0

Tabulka – otázka č. 6.

Nejč. s ADP spolupracují tato oddělení (kliniky):	Interní	Chirurgické	GMK	LDN	Neurologie	Onkologie	Hospic	neuveдено
Počet odpovědí	31	25	7	3	2	2	3	1
Vyjádření v %	41,3	33,3	9,3	4,0	2,7	2,7	4,0	1,3

Tabulka – otázka č. 7.

Kteří klienti podle Vás potřebují pomoc ADP?	gerontologičtí	dlouhodobě nem.	osamělí	s chron.ranami	tělesně postiž.	děti	mladší klienti
Počet odpovědí	14	24	11	16	9	1	0
Vyjádření v %	18,7	32,0	14,7	21,3	12,0	1,3	0,0

Tabulka – otázka č. 8.

Zvyšuje se zájem rodiny/ klienta o služby ADP?	ano	ne
Počet odpovědí	59	16
Vyjádření v %	78,7	21,3

Tabulka – otázka č. 9.

Spolupráce s ADP je	dobrá	špatná	nevím
Počet odpovědí	64	3	8
Vyjádření v %	85,3	4,0	10,7

Tabulka – otázka č. 10.

Spolupráce s praktickými lékaři je:	dobrá	špatná	žádná	zvyšuje se
Počet odpovědí	49	5	6	15
Vyjádření v %	65,3	6,7	8,0	20,0

Tabulka – otázka č. 11.

Změnila se za posledních 10 let nějak spolupráce ADP s nemocnicí, kde pracujete?	ano	ne	nevím	neuveďeno
Počet odpovědí	21	8	12	34
Vyjádření v %	28,0	10,7	16,0	45,3

Tabulka – otázka č. 12.

Kdo informuje ADP o propuštění klienta?	lékař	staniční sestra	soc. prac.	klient sám	rodina klienta	jiní
Počet odpovědí	24	19	22	2	6	2
Vyjádření v %	32,0	25,3	29,3	2,7	8,0	2,7

Tabulka – otázka č. 13.

Je předána i písemná informace a jaká?	oše. PZ	lékařská PZ	doporučení dle VZP	žádná
Počet odpovědí	23	29	14	9
Vyjádření v %	30,7	38,7	18,7	12,0

Tabulka – otázka č. 14.

Je informován PL o předání klienta do péče ADP?	ano	ne	nevím
Počet odpovědí	59	0	16
Vyjádření v %	78,7	0,0	21,3

Tabulka – otázka č. 15.

Kým je PL informován o předání klienta do péče ADP?	rodinou klienta	oše. nem. lékařem	soc. pracovníci	vrchní sestrou	stan.sestrou	klientem	nevím
Počet odpovědí	8	16	31	1	5	2	12,0
Vyjádření v %	10,7	21,3	41,3	1,3	6,7	2,7	16,0

Tabulka – otázka č. 16.

Jakým způsobem je PL informován	telefonicky	písemně (PZ)	jinak (ústně)	neuveďeno
Počet odpovědí	16	39	4	16
Vyjádření v %	21,3	52,0	5,3	21,3

Tabulka – otázka č. 17.

V čem vidíte přínos spolupráce ADP pro klienta?

Tabulka – otázka č. 18.

Má tato spolupráce vliv na snížení počtu opakovaných hospitalizací u klientů?	ano	ne	záleží na dg.skupině	neuveďeno
Počet odpovědí	22	4	24	25
Vyjádření v %	29,3	5,3	32,0	33,3

Tabulka – otázka č. 19.

Umožňujete ve Vašem zařízení možnost vzdělávání sester ADP	ano	ne	neuveдено
Počet odpovědí	14	34	27
Vyjádření v %	18,7	45,3	36,0

Tabulka – otázka č. 20.

Mají Vaše sestry možnost poznat práci sester ADP?	ano	ne	nevím
Počet odpovědí	20	47	8
Vyjádření v %	26,7	62,7	10,7

Tabulka otázka č. 21.

Pokud ano, jakým způsobem?	stážemi	semináři	školením	vyčleněnými dny
Počet odpovědí	2	9	9	0
Vyjádření v %	2,7	12,0	12,0	0,0

Tabulka – otázka č. 22.

Pohlaví respondentů	žena	muž
Počet odpovědí:	35	0
Vyjádření v %	100	0

Tabulka – otázka č. 1.

Věk respondentů	20-30let	31-40 let	41-50 let	50 a více
Počet odpovědí	2	15	17	1
Vyjádření v %	6	43	49	3

Tabulka – otázka č. 2.

Vzdělání	středo - školské	PSS	vyšší odb.	vysoko - školské
Počet odpovědí	4	17	11	3
Vyjádření v %	11	49	31	9

Tabulka – otázka č. 3.

Druh ADP:	charitní ADP	privátní	státní	jiná
Počet odpovědí	8	26	0	1
Vyjádření v %	23	74	0	3

Tabulka – otázka č. 4.

Délka praxe v ADP	0-5 let	5-14 let
Počet odpovědí	3	32
Vyjádření v %	9	91

Tabulka – otázka č. 5.

Délka praxe ve zdravotnictví	0-5 let	5-10 let	10-20 let	20 a více let
Počet odpovědí	0	2	7	26
Vyjádření v %	0	6	20	74

Tabulka – otázka č. 6.

Pracovní zařazení dle smlouvy (pokud nejste majitelka ADP)	zdrav sestra	ošetřovatelka	fyzioterapeut	porodní asist.	jiné	neuvedeno	majitelka
Počet odpovědí	7	0	0	0	2	1	25
Vyjádření v %	20	0	0	0	6	3	71

Tabulka – otázka č. 7.

Nejčastější spolupráce	přednosta klin.	lékaři	soc. prac.	hlavní sestra	vrchní s	staniční s.	sestry
Počet odpovědí	0	15	8	2	5	3	2
Vyjádření v %	0	43	23	6	14	8	6

Tabulka – otázka č. 8.

Zlepšila se úroveň spolupráce za posledních 10 let	ano	ne	nemohu posoudit
Počet odpovědí	17	9	9
Vyjádření v %	48	26	26

Tabulka – otázka č. 9.

Je zájem o služby domácí péče vyšší?	ano	ne, klesá	stabilní
Počet odpovědí	15	9	11
Vyjádření v %	43	26	31

Tabulka – otázka č. 10.

Kým jsou Vaše služby nejčastěji vyhledávány?	soc. prac.	zdrav.prac.	rodina klienta	klient sám
počet odpovědí:	8	17	8	2
Vyjádření v %	23	48	23	6

Tabulka – otázka č. 11.

Která skupina klientů, podle Vás potřebuje péči ADP nejčastěji?	osamělí klienti	tělesně postižení	gerontologičtí	dlouho - době nemocní	chron. hojící se rány	děti
Počet odpovědí	6	3	4	12	9	1
Vyjádření v %	17	9	11	60	45	5

Tabulka – otázka č.12.

Nejčastější spolupráce	Chirurgie	interna	LDN	GMK	psych.	onkologie	dětské
Počet odpovědí	10	13	6	3	0	3	0
Vyjádření v %	29	36	17	9	0	9	0

Tabulka – otázka č. 13.

Optimální počet klientů na pracovníka	5 až 10	10 až 15	více než 15
Počet odpovědí	22	13	0
Vyjádření v %	63	37	0

Tabulka – otázka č. 14.

Reálný počet klientů na pracovníka	5 až 10	10 až 15	15 a více
Počet odpovědí	9	25	1
Vyjádření v %	26	71	3

Tabulka – otázka č. 15.

Oše. dokumentace v ADP	ano	ne
Počet odpovědí	29	6
Vyjádření v %	83	17

Tabulka – otázka č. 16.

Dle náročnosti převažují klienti vyžadující návštěvu:	1x za měsíc	1x za týden	1x denně	2x denně	více-krát denně
Počet odpovědí	0	2	29	3	1
Vyjádření v %	0	6	82	9	3

Tabulka – otázka č. 17.

Kdo předává klienta do Vaši péče?	lékař zdr zařízení	praktický lékař	soc. pracovnice/ík	staniční sestra	jiní
Počet odpovědí	4	17	6	2	6
Vyjádření v %	11	49	17	6	17

Tabulka – otázka č. 18.

Poskytujete si vzájemně informace formou překladové zprávy?	ano	ne, nebývá to zvykem
Počet odpovědí	21	14
Vyjádření v %	60	40

Tabulka – otázka č. 19.

Pokud ano, formou jaké překl. zprávy	sester-ská	lékařská	obojí
Počet odpovědí	7	11	3
Vyjádření v %	33	52	15

Tabulka – otázka č. 19.a.

Jakým způsobem se vzděláváte?	samo-studium	semináře	celostátní vzděl. akce	vzdělávací kurzy	odd. ZZ	vysoko-školské studium	neuve-deno
Počet odpovědí	9	16	3	3	0	4	0
Vyjádření v %	26	45	9	9	0	11	0

Tabulka – otázka č. 20.

Jste školícím místem pro vzdělávání žákyň SZŠ	ano	ne
Počet odpovědí	24	11
Vyjádření v %	69	31

Tabulka – otázka č. 21.

Jste školícím místem pro vzdělávání studentů bakalářského studia ošetrovatelství?	ano	ne
Počet odpovědí	8	27
Vyjádření v %	23	77

Tabulka – Otázka č.22.