

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK V DOMÁCÍ A HOSPICOVÉ PÉČI
V RAKOUSKU**

Alžběta Vrubelová

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Alžběta Vrbelová
Osobní číslo: H18051
Studijní program: B5350 Zdravotně sociální péče
Studijní obor: Zdravotně sociální pracovník
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Zdravotně sociální pracovník v domácí a hospicové péči v Rakousku

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti domácí a hospicové péči v Rakousku.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- KEITH, M. K. a F. PUNCH. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
- KUTNOHORSKÁ, J., M. CICHÁ a R. GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Graga, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
- MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: Sociální práce s lidmi umírajícími v hospici*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
- POCHMANOVÁ, K. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují / pro ty, kteří ji poskytují*. 3. vyd. Praha: Cesta domů, 2018. 48 s. ISBN 978-80-88126-43-0.
- STUDENT, J. Ch., A. MÜHLUM a U. STUDENT. *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care*. 4. vyd. München: Utb, 2020. 177 s. ISBN 978-3825254841.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 7. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.
- ULRICHOVÁ, M. *Hledání smyslu ve smrti a umírání: zdravotně sociální aspekty: zdravotně sociální aspekty konce života v perspektivě existenciální analýzy*. Ostrava: Moravapress. 2014. 168 s. ISBN 978-80-87853-21-4.
- VORLÍČEK, J., Z. ADAM a Y. POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína*. 2. vyd. Praha: Graga Publishing, 2004. 537 s. ISBN 80-7169-437-1.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Michaela Schneider, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá prací zdravotně sociálního pracovníka v domácí a hospicé péči v Rakousku. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zaměřuje na domácí a hospicovou péči v Rakousku z historického a legislativního hlediska. Praktická část zjišťuje pomocí dotazníkového šetření využívání domácí a hospicové péče z pohledu klientů využívající tuto péči.

Klíčová slova:

Domácí péče, hospic, 24 hodinová péče, zdravotně sociální pracovník, sociální práce, pečovatelská, paliativní péče

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the work of a health and social worker in home and hospice care in Austria. The thesis is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part focuses on home and hospice care in Austria from a historical and legislative point of view. The practical part uses a questionnaire survey to determine the use of home and hospice care from the perspective of clients using this care.

Keywords:

Home care, hospice, 24 hour care, health and social worker, social work, caregiver, palliative care

Děkuji všem, kteří mně byli nápomocni při tvorbě mé bakalářské práce, zejména vedoucí práce PhDr. Michaela Schneider, Ph.D. a celé své rodině za celkovou podporu.

Ráda bych tuto práci představila prohlášením známé průkopnice hospice Cicely Saunders, která odráží ústřední myšlenku každého doprovodu hospice:

„Nejde o to dát více dní životu, ale více života těm dnům,,

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 CHARAKTERISTIKA DOMÁCÍ PÉČE V RAKOUSKU	13
1.1 HISTORICKÝ KONTEXT DOMÁCÍ 24 HODINOVÉ PÉČE.....	13
1.2 LEGALIZACE DOMÁCÍ 24 HODINOVÉ PÉČE HISTORICKY	14
1.3 UKOTVENÍ 24 HODINOVÉ PÉČE V RAKOUSKU	16
1.4 KAŽDODENNÍ ČINNOSTI 24 HODINOVÉ PÉČE ZE STRANY PEČOVATELŮ	16
PODROBNÝ POPIS LEGISLATIVY A PODMÍNEK PRO POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ 24 HODINOVÉ.....	18
PÉČE V RAKOUSKU JE POPSÁN V PŘÍLOZE P I.....	18
1.5 VYMEZENÍ DOMÁCÍ PÉČE A OŠETŘOVATELSTVÍ V RAKOUSKU	18
1.6 PŘÍSPĚVĚK NA 24 HODINOVOU PÉČI „FÖRDERUNG„.....	18
2 HISTORIE HOSPICE V RAKOUSKU	21
2.1 RAKOUSKO	21
2.2 SR. MAG. HILDEGARD TEUSCHL (1937-2009).....	22
2.3 VZNIK HOSPICOVÉ PÉČE V RAKOUSKU.....	22
2.4 ZÁKON O ZDRAVÍ A OŠETŘOVATELSTVÍ	24
2.5 HOSPICOVÁ PÉČE	25
3 PRINCIPY HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE V RAKOUSKU	28
3.1.1 Oblasti v indikaci přijetí do hospicové a paliativní péče je rozdělena.....	28
4 ZÁKLADNÍ PRINCIPY A PŘÍSTUPY VEDOUcí K ZÁSADÁM V SOCIÁLNÍ PRÁCI	30
4.1 KOMPETENCE SOCIÁLNÍ PRÁCE V HOSPICOVÉ PÉČI V RAKOUSKU.....	31
4.2 HISTORICKÉ POJMY SOCIÁLNÍ PRÁCE A ZDRAVÍ V RAKOUSKU	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
5 METODIKA PRÁCE	34
5.1 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	34
5.2 METODA PRÁCE	34
5.2.1 Dotazník.....	34
5.3 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK	34
5.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	35
5.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	35
6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	37
6.1 CÍLE A HYPOTÉZY	37

6.2	FAKTOGRAFICKÁ DATA.....	37
7	VÝSLEDKY PRŮZKUMU	39
7.1	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	39
8	DISKUZE.....	66
8.1	ZHODNOCENÍ CÍLŮ VÝZKUMU	67
	ZÁVĚR.....	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	70
	SEZNAM POUŽITÉ INTERNETOVÉ LITERATURY	71
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	72
	SEZNAM TABULEK	73
	SEZNAM PŘÍLOH	77

ÚVOD

Pro téma bakalářské práce jsem se rozhodla proto, že pracuji v Rakousku a mojí pracovní náplní je 24 hodinová péče v domácím prostředí klienta. Jedná se o poměrně mladý sektor nabízené péče pro klienty, kteří chtějí zůstat doma ve svém přirozeném prostředí, aby si udrželi svou kvalitu života. Spolupráci agentur poskytující domácí 24 hodinovou péči mohu sama prověřit během své pracovní povinnosti, kdy mimo jiné osobně navštěvuji stávající a nové rodiny, které mají či si žádají pečovatelky do domácí péče. Mou náplní je první kontakt s rodinou a klientem, dělám sociální šetření přímo doma u klienta. Je nutné uvědomit si, že díky neustále se zvyšujícímu průměru lidského věku dožití obyvatelstva na naší planetě, dochází k potřebě řešit nedostačující kapacity vhodných domovů pro umístění svých blízkých a tato oblíbená a hojně využívaná možnost domácí péče je velmi vyhledávána klienty. Stejně tak v případě již zmíněného hendikepu jakéhokoli druhu je společnost nejen z etického apelu povinna zajistit těmto občanům naší společnosti plnohodnotný život, 24 hodinová domácí péče je možnou alternativou, jak péči o stále se zvětšující počty seniorů řešit. Taktéž pro osoby, jež jsou jakkoliv hendikepované a potřebují neustálou péči se jeví jako ideální zajištění domácí 24 hodinové péče. Sousední Rakousko tento koncept domácí péče již v roce 2007 plně zlegalizoval a dnes je tento koncept natolik rozšířen, že se pobyt v Domově pro seniory stal spíše nouzovým řešením situace vyžadující plnou péči seniorů a hendikepovaných, než obvyklým způsobem péče. Tato práce se zabývá otázkami, jak v Rakousku funguje 24 hodinová péče a hospicová péče. Teoretická část se věnuje ukotvení 24 hodinové péče o klienty a zdravotně hendikepované, kterou se zabývá sociální politika Rakouska. Následuje část hospicové péče a přehled legislativy v Rakousku.

Můj zájem o toto téma se rozvinul v průběhu mé práce pečovatelky tzv. 24 hodinové péče v domácím prostředí u klienta a koordinátorky domácí péče v Rakousku, kde jsem se zaměřila na péči o starší a umírající klienty a také prostřednictvím studia zdravotně sociálního pracovníka, kde jsem se zaměřila na péči o seniory a umírající pacienty. Kromě toho jsem se dostala do kontaktu s umíráním, smrtí, smutku a podpory i ze strany rodin klientů, myslím si, že je to zajímavé poznání vzhledem k rostoucímu počtu velmi starých lidí je oblast práce orientovaná na budoucnost. Doufejme, že v příštích několika letech získá sociální práce ještě větší pozornost a důležitost u veřejnosti, aby si umírající a truchlící lidé mohli v budoucnu prožít tuto důležitou životní etapu s adekvátní a důstojnou péčí a možnou pomocí sociální účasti.

Ve druhé polovině práce, tedy v praktické části, používám dotazníkové šetření. Těžiště této práce je položeno právě na tuto praktickou část. Kvantitativní výzkum je proveden na vybraném vzorku respondentů v Rakousku. Při zpracování této bakalářské práce jsem využila poznatků z mé praxe v oboru, tj. práce v pečovatelské službě v Rakousku. Na základě dostupné literatury a dalších zdrojů se zabývám popisem a analýzou výsledků z dat získaných v Rakousku pro zjištění využívání dostupných sociálních služeb pro domácí či hospicovou péči ve spolupráci se zdravotně sociálním pracovníkem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA DOMÁCI PÉČE V RAKOUSKU

Charakteristikou domácí péče v Rakousku je partnerství poskytovatelů služeb domácí péče a společnosti, které se specializují zejména na potřeby seniorů. Hlavní důraz je kladen na spolupráci s příbuznými při hledání nejlepšího možného řešení pro seniory, kteří potřebují domácí péči, přičemž důraz není kladen pouze na udržení vysoké kvality života, ale také na důstojném žití v domácím prostředí. V Rakousku je velmi oblíbená tak zvaná 24 hodinová péče, kde si rodina volí sama dle svého výběru a rozhodnutí Personální Agenturu poskytující tyto služby a zajistí tak starostlivost o své blízké.

1.1 Historický kontext domácí 24 hodinové péče

Podle Österle (2013) je systém dlouhodobé péče v Rakousku založen na třech hlavních pilířích. Jedná se o 1. péči a podporu poskytovanou nebo umožňovanou v rámci rodiny, 2. státní peněžité dávky, které financují formální úpravy dávek nebo také podporují služby neformální péče, a za 3. rozsah stacionárních a mobilních služeb péče. Tyto tři pilíře jsou právně regulovány v rakouském sociálním režimu a jsou dotovány nebo financovány prostřednictvím daní (Appelt 2014).

Vzhledem k sociálním a politickým zájmům hraje nejdůležitější roli péče o rodinu (Bauer a Österle 2013). Přibližně 80% lidí, kteří potřebují péči a ošetřování, je pečováno a ošetřováno jejich příbuznými doma. Tradiční rodinné řešení je v oblasti dlouhodobé péče postupně pod tlakem demografických změn. Jako příklady této změny autor uvádí změnu věkové pyramidy, zvyšující se počet zaměstnaných žen a pružnější a měnící se rodinné struktury. Vyšší věk rakouské populace navíc vede k dlouhodobé potřebě pomoci a péče. Podle (Appelt 2014) se rodiny mohou vyrovnat pouze s potřebami dlouhodobé péče o příbuzné. Počet (potenciálně) pečujících příbuzných proto má tendenci klesat ze všech těchto důvodů.

Přestože se nabídka domácí a mobilní péče a struktur péče v posledních dvou desetiletích rozšířila, lze tyto pečovatelské služby využívat pouze vedle opatření péče o rodinu. Důvodem je vysoké sdílení soukromých nákladů a omezená dostupnost komplexní nepřetržité péče v domácnostech. Ve výsledku musely rodiny najít svá vlastní řešení výzev stávajícího systému, (Österle a Bauer 2013).

1.2 Legalizace domácí 24 hodinové péče historicky

Podle Bauer a Österle (2013) se dříve mlčky přijímanému nelegálnímu zaměstnávání zahraničních pečovatelů v domácnostech poprvé dostalo pozornosti médií v létě roku 2006. Veřejnou debatu vyvolaly policejní zprávy, které zachytily četné sdělovací prostředky. Když v srpnu 2006 vyšlo najevo, že slovenský ošetřovatel byl nelegálně zaměstnán v rodině tehdejšího spolkového kancléře Schüssela, 24hodinová péče vzbudila ještě větší zájem. V souvislosti s tehdejší volební kampaní Národní rady se téma velké „debaty o péči“, které podle Schmida ve skutečnosti představovalo „debatu o péči“, stalo také politickým tématem. Jedním z důsledků mediálního dopadu a volební kampaně Národní rady bylo rychlé provedení zvláštního souboru legalizačních pravidel. V období 2006–2008 byla 24 hodinová péče v Rakousku právně stanovena řadou zákonů, které se týkaly celé řady právních oblastí (Bauer a Österle 2013). Byly vytvořeny nejen nové zákony, ale také některé stávající zákony přizpůsobené okolnostem.

S novelou vyhlášky o zaměstnávání cizinců přijatou 1. října 2006 již zaměstnávání 24hodinových pečovatelů neporušuje zákon o zaměstnávání cizinců (Bauer a Österle 2013). Stávající správní trestní řízení se také díky tomuto legalizačnímu zákonu nestala skutečností. Činnosti kvalifikované péče by však měly být i nadále vyhrazeny pro zdravotnické profese (Bauer a Österle 2013).

Dalším důležitým opatřením bylo vytvoření zákona o amnestii v prosinci 2006. Přejícný zákon o ošetřovatelství, který byl původně omezen na 30. června 2007, byl prodloužen o jeden rok v nové podobě zvané ústavní zákon o ošetřovatelství (Österle 2013). Podle Appelt (2014) tato „amnestie“ chránila postižené rodiny před správními tresty, nikoli však před žalobami občanského práva. Například pečovatelé byli zpočátku schopni žalovat své nároky na sociální zabezpečení zpětně. V důsledku toho byly všechny nároky na pracovní a sociální práva 24hodinových pečovatelů pozastaveny v ústavním zákoně o péči, aby byla zajištěna úplná právní jistota a úspora nákladů pro rodiny. Podle Städtler-Mach to představovalo závažné omezení práv pracovníků na pečovatele, což podle autora jasně ukazuje, že politika legalizace byla zaměřena hlavně na postižené rodiny v Rakousku. Srdcem procesu legalizace je takzvaný zákon o domácí péči, který vstoupil v platnost 1. července 2007 (Städtler-Mach, 2020).

Tvoří základní právní rámec pro 24hodinovou péči, která od té doby mohla probíhat samostatně nebo jako zaměstnanec. Zákon o péči o dům bere v úvahu pracovní, sociální a profesní předpisy (Österle 2013). V průběhu toho byl

rovněž pozměněn federální zákon o příspěvcích na péči z roku 1993 a obchodní předpisy z roku 1994, (Österle a Bauer 2013).

Federální zákon o péči od nynějška obsahoval zákonná ustanovení o finanční podpoře v 24hodinové péči. Novelizované obchodní předpisy stanoví směrnice pro výkon činnosti samostatné výdělečné činnosti. Kromě toho se na závislé pracovní vztahy vztahují ustanovení zákona o pomocných osobách v domácnosti a zákonech o domácích pracovnících. Nově vytvořený podnik nezávislé osobní péče také povolil zprostředkování 24hodinové péče, která byla dříve prováděna v legální šedé zóně (Das Rechtsinformationssystem des Bundes, 2021).

Zákon o změně zdravotnických povolání, který vstoupil v platnost 10. dubna 2008, rozšířil pracovní profil pečovatелů v domácnostech (Österle a Bauer 2013).

Jelikož omezení zákonných oblastí odpovědnosti nebylo v praxi považováno za rozumné, jednoduché ošetrovatelské činnosti na které jsou pečovatелé delegováni.

Obchodní oddělení umístění pečovatелů od skutečného poskytování péče, které vstoupilo v platnost 10. července 2015, je jednou z nejnovějších právních inovací (Österle a Bauer 2013). To stanoví, že stávající organizace agentur osobní péče musí zaregistrovat své vlastní podnikání nejpozději do 31. prosince 2016. Také u nových agentur jsou zprostředkovatelské činnosti, jako je poradenství a podpora při zprostředkovatelských transakcích, zákonem povoleny pouze s komerční zprávou. Osoby samostatně výdělečně činné mají v případě překážek stále oprávnění organizovat své vlastní zastoupení. Obchodní oddělení proběhlo v zájmu transparentnosti, aby se zamezilo často neprůhledné nabídce trhu. S tímto novým nařízením lze definovat počet samostatně výdělečně činných pečovatелů a zprostředkovatelských agentur legálně pracujících v Rakousku.

V průběhu obchodního oddělení byla stanovena profesionální a praktická pravidla pro personální agentury, která platí od 2. ledna 2016. Tato pravidla se týkají například požadavků týkajících se vyjasnění osob, které mají být v procesu umístování pečovány, transparentní prezentace ceny a výkonu, jakož i opatření, která je třeba dodržovat při zajišťování kvality (Fachgruppe Wien der Personenberatung und Personenbetreuung, 2016).

1.3 Ukotvení 24 hodinové péče v Rakousku

24 hodinovou péčí je třeba chápat jako osobní péči v domácnostech pečovatele, který je k dispozici nepřetržitě. Komplexní péče je nutná, protože osoba vyžadující péči již není schopna postarat se o sebe a / nebo svou domácnost. Literatura se většinou týká péče o starší lidi, kteří péči potřebují. Je však třeba zdůraznit, že ustanovení zákona o domácí péči ve spojení s federálním zákonem o péči se vztahují také na mladší lidi, kteří jsou na tomto uspořádání péče závislí z důvodu tělesného nebo duševního postižení. Tato práce se však primárně týká 24hodinové péče o starší lidi, o kterou je třeba se starat. Mezi dominantní země původu pečovatelů nyní patří země jihovýchodní Evropy, jako je Slovensko, Rumunsko, Maďarsko, Polsko, Bulharsko a Česká republika. Rakouské pečovatelky také pracují v 24hodinové péči ve výjimečných případech, (Österle a Bauer 2013).

Pracovní poměr je charakterizován zaměstnáním na plný úvazek. To znamená, že pečovatelé žijí v domácnosti osoby, která má být během své práce pečována, a zajišťují nezbytnou péči a domácí práce a případně pečovatelskou práci. Přesná oblast činnosti pečovatelů je podrobněji popsána v následující kapitole. Současná praxe ukazuje, že na trhu péče jsou jak vynikající pečovatelé, tak nedostatečně vyškolení pečovatelé. Pečovatelé musí prokázat určité kvalifikační požadavky, pouze pokud chtějí požádat o financování, (Schön, 2014).

1.4 Každodenní činnosti 24 hodinové péče ze strany pečovatelů

V rámci své práce poskytuje pečovatel pečovatelské služby, které jsou podrobněji definovány níže (Schön, 2014). Podle § 1 odst. 3 zákona o péči o domácnost (Das Rechtsinformationssystem des Bundes, 2021) zahrnuje péče činnosti, které spočívají v pomoci zejména při úklidu a životním stylu. Pozměněné předpisy z roku 1994 (Das Rechtsinformationssystem des Bundes, 2021), v § 159 odst. 1, uvádějí následující činnosti, které může pečovatel vykonávat hlavně:

Tabulka č. 1 - Rozdělení povinností pečovatele

Služby v domácnosti zejména	příprava jídel průběžné pochůzky
-----------------------------	-------------------------------------

	úklidové činnosti provádění domácích úkolů vyřizování pochůzek péče o zdravé vnitřní klima péče o rostliny a zvířata praní, žehlení, zašívání
Podpora životního stylu, zejména	organizace denního režimu pomoc při každodenních úkolech
Funkce aktivit, zejména	udržujte společnost vedení konverzace udržování sociálních kontaktů doprovázení různých aktivit
Vedení rozpočtové knihy se záznamy výdajů vynaložených na ošetřovanou osobu	nákupy potravin léků ošacení drogerie atd.

V § 1 odst. 4 zákona o péči o domácnost (Das Rechtsinformationssystem des Bundes, 2021), se rovněž uvádí, že tyto činnosti zahrnují další činnosti, které jsou součástí zákona o zdraví a ošetřovatelství (GuKG), pokud neexistují okolnosti, které by ze zdravotnického z hlediska požadovat provedení pokynu zdravotnickými pracovníky a zdravotní sestry. Následující služby popsané v oddíle 3b odst. 2 GuKG (Jusline, 2021), proto mohou být poskytovány také jako součást 24 hodinové péče od pečovatele od roku 2008:

- „podpora při perorálním příjmu potravy a tekutin, podávání léků,
- podpora při osobní hygieně,
- pomoc při oblékání a svlékání,

- podpora při používání toalety nebo vysoké židly, včetně pomoci při výměně produktů inkontinenčních produktů a
- podpora při vstávání, ležení, sezení a chůzi “

Podrobný popis legislativy a podmínek pro poskytování domácí 24 hodinové péče v Rakousku je popsán v PŘÍLOZE P I.

1.5 Vymezení domácí péče a ošetřovatelství v Rakousku

Protože 24 hodinová péče se zaměřuje hlavně na podporu a péči v domácnosti, je velmi důležité rozlišovat mezi pojmy péče a ošetřovatelství tuto práci (Schön, 2014). Oblasti činnosti v těchto dvou oblastech činnosti se také značně liší z právního hlediska. Přestože jsou ošetřovatelské služby poskytovány pouze v omezené míře v rámci 24hodinové péče, výrazy 24hodinová péče a ošetřovatelství jsou v literatuře i v praxi často používány nesprávně. Tato práce se týká výhradně 24 hodinové péče v Rakousku a záměrně se distancuje od oblasti ošetřovatelství. Je však třeba zdůraznit, že 24 hodinovou péči využívají také lidé, kteří péči potřebují. Přesné oddělení obou oblastí je v praxi často obtížné, protože přechod mezi situacemi péče a ošetřovatelstvím je často plynulý. Jak je uvedeno v této kapitole, 24 hodinová péče ovlivňuje nejen odvětví ošetřovatelství, ale také odvětví péče v Rakousku, (Schön, 2014).

Nakonec je třeba zdůraznit, že pojmy jako „rakouský systém péče“ nebo „rakouské poskytování péče“ zahrnují téma ošetřovatelství a že 24hodinová péče je součástí rakouského poskytování péče. Pojem „dlouhodobá péče“ zahrnuje nejen lékařské a ošetřovatelské činnosti, ale také činnosti, které jsou definovány jako pečovatelské práce, (Bundesministerium für Soziales, 2015).

1.6 Příspěvek na 24 hodinovou péči „Förderung“

Jelikož nárok na příspěvek na péči zavedený v roce 1993 je předpokladem pro podporu 24 hodinové péče, je následující vysvětlení nejdůležitějších prvků příspěvku na péči nezbytností. Účelem příspěvku na péči je, aby si lidé, kteří péči potřebují, mohli sami organizovat podle svých potřeb. Příspěvek na péči představuje účelovou podporu, která se používá k částečnému pokrytí nákladů na péči a podporu. Výše finanční podpory závisí na potřebě péče. Měsíční požadavek na péči a pomoc (v hodinách) je rozdělen do 7 stupňů. Počet hodin požadovaných každý měsíc je stanoven ve formě znaleckého posudku lékaře. K získání nároku na příspěvek na péči je zapotřebí péče více než 65 hodin měsíčně (stupeň 1). Čistá částka podpory je 162,50 EUR. Předpokladem pro nejvyšší stupeň (stupeň 7) je mimo

jiné požadavek 180 hodin měsíčně. Poskytuje se finanční výhoda ve výši 1. 745,10 EUR. Příspěvek na péči se vyplácí dvanáctkrát ročně a je nezávislý na příjmu. Podle ministerstva sociálních věcí v současné době pobírá příspěvek na péči více než 5% Rakušanů. Náklady na péči o služby se zdvojnásobí, přičemž největší nárůst bude v oblasti 24hodinové péče. V loňském roce zaznamenala nepřetržitá péče největší růst ze všech typů péče, (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2016).

Kromě příspěvku na péči existuje od roku 2007 finanční podpora konkrétně pro 24hodinovou péči (Schön, 2014). Podle článku 21b federálního zákona o péči (BPGG, 01.07.1993) musí být pro získání finančních prostředků od ministerstva sociálních věcí splněny následující požadavky:

- pečovatelský vztah v souladu se zákonem o péči a dům,
- stanovení potřeby 24hodinové péče,
- nárok na příspěvek na péči od úrovně 3.

Pokud osoba, o kterou se má pečovat, pobírá příspěvek na péči stupně 3 nebo 4, Schön (2014) podle potřeby prokázání nepřetržité péče odbornou lékařskou zprávou. Od stupně péče 5 lze požádat o financování 24 hodinové péče bez prokázání.

Je třeba poznamenat, že ve Vorarlbersku a Dolním Rakousku je dotace poskytována od stupně péče 1, pokud existuje potřeba nepřetržité péče. Informace o aktuálních dotacích v jednotlivých spolkových zemích poskytují federální úřady sociální péče.

Pro účely zajištění kvality musí být od 1. ledna 2009 prokázáno, že podpůrný personál:

- "má teoretický výcvik, který v zásadě odpovídá výcviku pomocníka v domácnosti, nebo",
- řádně pečuje o osobu, která potřebuje péči, po dobu nejméně šesti měsíců (ve smyslu zákona o péči a dům nebo v souladu s § 159 živnostenského řádu) nebo
- provádí určité ošetrovatelské a / nebo lékařské činnosti podle pokynů, pod kontrolou kvalifikované zdravotní sestry nebo lékaře.

“(Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2016)

Financování se poskytuje pouze v případě, že měsíční čistý příjem osoby, která potřebuje péči, nepřesáhne 2 500 EUR (Schön, 2014). Výše financování není přizpůsobena úrovni příjmů. Od 1. listopadu 2008 činí výše financování pro samostatně výdělečně činnou osobu 275 EUR měsíčně (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2016). Pokud pracují dva nezávislí pečovatelé, bude poskytnut maximální grant ve výši 550 EUR. Pokud je zaměstnán jen jeden závislý pečovatel, činí výše financování 550 EUR měsíčně. U dvou závislých pečovatelů je měsíční příspěvek maximálně 1.100 EUR.

2 HISTORIE HOSPICE V RAKOUSKU

Počátky „hospicové péče“ sahají daleko do minulosti a rozhodně nejsou opětovným objevem naší moderní společnosti. Základní myšlenky existují od počátku křesťanství a jsou založeny na pojmu „hospic“ tento latinský termín lze vysvětlit pohostinností a ubytováním. Dokonce i v Římské říši byly hospice útočištěm pro potřebné, nemocné a umírající. Tato zařízení poskytovala lidem v nouzi nejen ubytování, ale také stravu a péči. Tato hospicová zařízení byla původně vedena nábožensky oddanými lidmi. Ve středověku byly vytvořeny samostatné nemocniční řády, především v odlehlých oblastech podél poutních cest byly založeny hospice, které mohli cestovatelé a lidé v nouzi využít jako odpočívadla a ubytování. Středověké hospice pak sloužily jako cenné sociální nástroje, v nichž lidé, kteří potřebují pomoc, mohli očekávat ochranu, bezpečí, občerstvení, posílení a uzdravení (Hospiz Österreich Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich).

2.1 Rakousko

V polovině 80. let. začal vznik hospicové a paliativní péče v Rakousku. Velkými průkopnicemi byly Cicely Saunders, Elisabeth Kübler-Ross a Hildegard Teuschl uspěly jejich nadšením u mnoha lidí pro koncept hospice a paliativní péče. Cicely Saunders a Elisabeth Kübler-Ross hrály klíčovou roli při formování mezinárodního hospicového hnutí. Hildegarda Teuschl měla pro vývoj v Rakousku velký význam. Průkopnicí byla Sr. Mgr. Hildegard Teuschl CS, v roce 1978/79 uspořádala ve Vídni první kurz terminální péče. Níže jsou uvedeni další absolventi jiných kurzů, kteří se tak stali důležitou hrací silou rozvoje hospicové a paliativní péče v celém Rakousku.

- 1978/79 první kurz pro terminální péči ve vzdělávací instituci pro sociální profese Charity / Vídeň v Seegasse (jako součást školení pro seniory, rodinné a domácí pomocníky)
- 1988/89 první jednoroční interdisciplinární kurz pro život, smrt, zármutek a pro zaměstnance a dobrovolníky na plný úvazek (předchůdce mezioborových základních paliativních kurzů do roku 1998)
- Od roku 1990 do současnosti semestrální kurzy pro život, smrt a smutek pro dobrovolníky v Bildungshaus Lainz (dnes Cardinal-König-Haus)

- V roce 1994 byl jednoroční interdisciplinární kurz poradenství v oblasti života, smrti a zármutku přeměněn na kurz veřejného práva BMUK (Spolkové ministerstvo školství a kultury)
- V letech 1998/99 se koná první jednoroční interprofesionální paliativní základní kurz v dnešním smyslu. V prosinci 1999 mu byla udělena práva veřejnosti jako mezinárodní univerzitní kurz paliativní péče od Ministerstva vědy a umění
- Od roku 2000 je jednoroční interprofesionální paliativní základní kurz uznáván jako modul 1 magisterského studia na MFF a od roku 2006 jako úroveň I univerzitní paliativní péče soukromé soukromé univerzity Paracelsus, zastřešující organizace Hospice Austria a vzdělávací centrum St. Virgil.
- Ve spolkových zemích byly od roku 1994 rovněž rozvíjeny vzdělávací kurzy pro dobrovolníky a mezioborové základní paliativní kurzy v souladu s osnovami zastřešující organizace Hospiz Österreich (<https://www.hospiz.at/geschichte-dachverband/>).

2.2 Sr. Mag. Hildegard Teuschl (1937-2009)

Sr. Mag. Hildegard Teuschl se narodila ve Vídni v roce 1937. Již během svého pedagogického studia se věnovala sociálním projektům a v roce 1962 se připojila k sesterské komunitě Caritas Socialis. V roce 1987 začala budovat hospicové hnutí v Rakousku. 15 let vedla zastřešující organizaci Hospiz Austria a byla spoluzakladatelkou kurzů paliativní péče. S velkým osobním nasazením propagovala hospicovou a paliativní práci.

V rozhovoru, který Hildegard Teuschl poskytla Andreasovi Helleru rok před smrtí, opět vyjadřuje, jak důležitá je její hospicová a paliativní péče. Odráží nebezpečí nadbyrokracie a důležitost využívání dobrovolníků. Pro ni osobně byla víra v Boha obrovským zdrojem síly, díky níž se vždy cítila podporována i v obtížných dobách. „Mám neotřesitelnou důvěru a víru, že ON (Bůh, pozn. autora) mě nenechá samotnou v posledních životních fázích (Spörk, 2012).

2.3 Vznik hospicové péče v Rakousku

V knize „Myšlenka hospice má mnoho matek a otců“ její autoři Spörk E. a Heller A., vyjadřuje skutečnost, že i v Rakousku bylo mnoho průkopníků hospicové a paliativní péče. Uznali, že pokrok v medicíně a změny v rodinných strukturách způsobily nerovnováhu v péči o vážně nemocné a umírající lidi. Tímto vývojem péče trpěl zejména ošetrovatelský personál, vyžadovali

fyzický, psychologický, sociální a duchovní doprovod, jak dnes chápeme ošetrovatelskou péči. Chtěli, aby lidé mohli zůstat ve svém známém prostředí a nemuseli být přemístováni do nemocnic, aby zde zemřeli. Primárně byly učiněny pokusy zavést koncept hospicové a paliativní péče prostřednictvím dalšího školení. Hildegarda Teuschl zde byla vynikající průkopnicí. Pokud zkoumáte původ a vývoj hospicové a paliativní péče v Rakousku, nemůžete ignorovat události ve vídeňské nemocnici Lainz z roku 1989. Čtyři pomocné sestry zabily 39 pacientů, toto vedlo k tomu, že pozornost veřejnosti a politiků byla zaměřena na změny, které byly ve zdravotnictví nezbytné (Spörk, 2012).

Hospicová a paliativní péče je stále důležitější díky rostoucímu počtu chronicky nemocných a polimorbidních lidí všech věkových skupin. Kromě toho se v posledních letech zásadně změnilo chápání hospicové a paliativní péče. Na začátku pacienti s rakovinou atd. pod dohledem v závěrečné fázi. Mezitím je postiženým stále častěji poskytována paliativní péče v dřívějších stádiích chronických, nevléčitelných nemocí, aby získali co nejlepší kvalitu života po zbytek svého života. Hospicová a paliativní péče se zaměřuje na vážně nemocné a umírající lidi a jejich potřeby. Důraz je kladen na nejvyšší možnou úroveň kvality života a sebeurčení v souvislosti s celostní podporou. Ve specializované oblasti zajišťují možnosti péče ve složitých životních situacích definované klíčové personální a kvalitativní kritéria, které nelze pro nedostatek rámcových podmínek poskytnout v základní péči (BMG 2019). Cílem bylo do roku 2020 rozšířit specializovanou hospicovou a paliativní péči podle závazného plánu krok za krokem a integrovat hospicovou a paliativní péči do základní péče. Kromě toho je důležité pevněji zakotvit hospicovou a paliativní péči v rakouském zdravotním a sociálním systému, tj. „komplexně integrovat hospicovou a paliativní péči do základní péče“. Kromě nemocnic jsou zařízení dlouhodobé péče a mobilními službami na denním pořádku „péče v domácnosti a zjednodušená a plynulá spolupráce mezi pacientem, praktickým lékařem, příbuznými, zdravotní pojišťovnou a hospicovými a paliativními službami“.

Směrnice je zamýšlena jako vodítko a pomoc při rozvoji hospicové a paliativní péče v základní péči a má motivovat pracovníky v těchto oblastech k intenzivnějšímu řešení daného tématu. Kromě toho by se v každodenní praxi mělo využívat větší bezpečnosti při jednání s lidmi, kteří potřebují hospicovou a paliativní péči. Podstatnými prvky jsou praktická a teoreticky správná vysvětlení, kontrolní seznamy a dotazníky. Cílovou skupinou praxí mají být

profesionální skupiny v základní péči, které ošetřují, pečují a starají se o většinu pacientů v hospicové a paliativní péči. Cílovou skupinou jsou také ti, kteří odpovídají za koordinaci a řízení absolutoria. Nové směrnice si rovněž klade za cíl podporovat je v práci a posilovat jejich dovednosti. Celkovým záměrem je zajistit a dále rozvíjet kvalitu hospicové a paliativní péče.

Směrnice také poskytuje důležité informace pro sociální pojištění, zdravotnická a sociální oddělení spolkových zemí, asociace nemocnic a politické činitele na federální a státní úrovni, kteří v Rakousku provádějí pokrývající potřeby, odstupňovanou hospici a paliativní péči (Gesundheit Österreich GmbH).

2.4 Zákon o zdraví a ošetřovatelství

Hospicová a paliativní péče zahrnuje péči a doprovod lidí s progresivní, nevy léčitelnou a tím i život ohrožující chorobou, jakožto i péči jejich příbuzných. Na pozadí komplexního pochopení nemoci při zachování práva na sebestanovení a zohlednění vůle pacienta je cílem zlepšit kvalitu života, zejména prostřednictvím :

(§ 22b GuKG Hospiz- und Palliativversorgung, 2021).

- identifikace potřeby hospicové péče a specializované paliativní péče,
- výhledové plánování pro zaznamenávání a zvažování přání a potřeb pro poslední fázi života (plánování předběžné péče),
- zaznamenávání a hodnocení intenzity a průběhu příznaků,
- účast na používání léčivých a neléčivých terapií ke zmírnění příznaků v průběhu nemoci, včetně průběžného hodnocení jejich účinků,
- poradenství a / nebo školení pro pacienty s paliativní péčí, stejně jako pro jejich příbuzné a další blízké osoby při řešení příznaků,
- nepřetržitá a úzká spolupráce a komunikace s různými profesemi, obory a institucemi,
- účast na komplexním plánování více profesní péče a podpora přístupu k externím zdrojům,

- pomoc při řešení nemocí, rozloučení, umírání a smrti.

(§ 22b GuKG Hospiz- und Palliativversorgung, 2021)

2.5 Hospicová péče

Hospicová péče se na člověka dívá holisticky s cílem uspokojit všechny potřeby - fyzické, emocionální, sociální i duchovní. O pacienty a jejich příbuzné se stará na konci jejich života - doma, na denních klinikách a v ústavních hospicích. Zaměstnanci a dobrovolníci spolupracují v multi-profesionálních týmech, aby poskytli péči založenou na individuálních potřebách a rozhodnutích a usilují o osvobození od bolesti, důstojnosti, míru a klidu. Definice hospicové péče nachází mnohem menší shodu než definice paliativní péče. Zdá se, že existují zásadní rozdíly v chápání hospicové péče, které mohou odrážet různé typy použití hospice v západní Evropě. V některých zemích existuje jasný rozdíl mezi hospicovou péčí a paliativní péčí, zatímco v jiných zemích jsou termíny používány zaměnitelně. Pokud se rozlišuje, může to souviset s institucionálním rámcem, ve kterém je jednotka paliativní péče považována za oddělení v nemocnici, zatímco lůžkový hospic představuje samostatnou nabídku péče. Rozdíl však může vycházet také z důvodu pokynu nebo typu nabízených zásahů. Z tohoto pohledu je například paliativní oddělení v Rakousku součástí nemocnice, která se primárně věnuje krizové intervenci a lékařské stabilizaci, zatímco lůžkový hospic nabízí péči na konci života pro pacienty, o které se nemohou starat doma. V jiných zemích se tato kategorizace nepoužívá. V některých zemích existují podobné rozdíly pro nabídky ambulantní péče. V Rakousku je ambulantní paliativní péče zaměřena na ošetřovatelství, zatímco ambulantní hospicová služba primárně nabízí psychosociální podporu dobrovolníků.

V některých zemích pojem hospic znamená spíše filozofii péče než konkrétní strukturu, v níž je péče poskytována. V Rakousku je hospicová práce primárně zaměřena na pečovatelské služby, které mají kořeny v občanském hnutí a jsou založeny převážně na dobrovolnické práci, zatímco paliativní péče - konkrétněji paliativní medicína - je považována za lékařskou specializaci. Protože se však základní filozofie a definice hospicové a paliativní péče do značné míry překrývají, znamená termín paliativní péče v tomto příspěvku jak hospicovou, tak paliativní péči. Koncepte v hospicové a paliativní péči je o partnery, děti, přátele, rodiče nebo sousedy postaráno a v případě potřeby je doprovázeno i po smrti nemocného.

V Rakousku je šest specializovaných nabídek hospicové a paliativní péče, která je k dispozici nemocným lidem a pečovatelům ve zdravotnických a sociálních zařízeních:

- oddělení paliativní péče se stará o lékařské, ošetrovatelské a / nebo sociálně složité situace, které nemohou řešit jiná zařízení nebo služby
- stacionární hospice pečují nepřetržitě o paliativní pacienty ve složitých situacích, v nichž je hlavním zaměřením ošetrovatelská a psychosociální péče
- denní hospice se během dne starají o paliativní pacienty, kteří mohou trávit většinu času ve svém známém domácím prostředí, nabízejí lékařskou, ošetrovatelskou a / nebo sociální péči, a tím tak ulehčují pečujícímu jeho životní prostředí
- paliativní konzultační služby podporují zaměstnance na odděleních a ambulantních odděleních v nemocnici s odbornými znalostmi v péči o paliativní pacienty
- týmy mobilní paliativní péče podporují zaměstnance ve zdravotnictví a sociální péči, paliativní pacienty, příbuzné a blízké mimo nemocnici s odbornými znalostmi v paliativní péči
- hospicové týmy doprovázejí paliativní pacienty i příbuzné a blízké ve všech kontextech péče.

Všechny tyto týmy společně spolupracují v kontextu na základní péči pacientů. Zda je nutné využívat specializovaných služeb, záleží na indikaci, stupni složitosti a nestability nemoci, ze strukturálních požadavků a dostupných zdrojů jednotlivce se souhlasem pacienta. Pacienti v hospicové nebo paliativní péči by měli být schopni vést aktivní a sebeurčený život co nejdéle. Je důležité jednat s nemocnými pravdivě, tj. odpovídat na otázky upřímně nebo přijímat nechtěné a komplexně reagovat na jejich potřeby a přání. Paliativní pacienti rozhodují společně s týmem péče (sdílené rozhodování). To vyžaduje citlivé a důstojné zacházení s limity paliativního pacienta, které vyžaduje odražený vztah mezi pacientem a pečovatelem. Za tím je zkušenost, že se v průběhu

nemoci často mění fyzické, psychologické, sociální a duchovní potřeby pacienta. Na změněné situace je možné přiměřeně reagovat v případě, že spolupracuje několik profesionálních skupin dané péče, (Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen, 2012).

„Hospicová a paliativní péče se spoléhá na mezioborovou spolupráci (sítě), aby pacientům bylo možné pomoci rychle a kompetentně, (Entwicklung von Hospiz- und Palliative Care in Österreich, 2018).

3 PRINCIPY HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE V RAKOUSKU

Hospicová a paliativní péče přichází v době, kdy uzdravení není primárním cílem. Léčebná a rehabilitační opatření musí pokračovat podle potřeb a stádia nemoci. Včasná prediktivní podpora má pozitivní vliv na kvalitu života pacientů.

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) definuje hospicovou a paliativní péči jako „*přístup ke zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin*“, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, „*prevencí a zmírněním utrpení prostřednictvím včasné léčby*“. Uznání, bezchybné hodnocení a léčba bolesti a jiných stresujících příznaků fyzické, psychosociální a duchovní povahy“(WHO 2002).

To znamená:

- ulevit od bolesti a dalších úzkostných příznaků,
- pohlížení na umírání jako na normální proces,
- nespěchat a neoddalovat smrt,
- integrace psychologických a duchovních aspektů,
- nabídnout pacientovi veškerou podporu, aby žil do konce života co nejaktivněji,
- podpořit rodiny při řešení emocionálních problémů během nemoci člena rodiny a po jeho smrti,
- spolupráce multioborovým a interdisciplinárním způsobem za účelem uspokojení potřeb pacientů a jejich příbuzných a blízkých,
- zlepšit kvalitu života a mít tak pozitivní vliv na průběh nemoci,
- paliativní péče v kombinaci s péčí o prodloužení života i v raných stádiích onemocnění aplikuje se opatření jako chemoterapie a radioterapie,
- provedení nezbytných průzkumů ke zlepšení porozumění a léčby symptomů nebo klinických komplikací (WHO 2002).

3.1.1 Oblasti v indikaci přijetí do hospicové a paliativní péče je rozdělena

- identifikace potřeby hospicové a paliativní péče
- včasná integrace hospicové a paliativní péče
- úleva od příznaků
- mezioborová spolupráce
- úspěšná správa rozhraní pro nepřetržitou péči o pacienta

- komunikace s paliativními pacienty, příbuznými a blízkými
- zohlednění vůle pacienta
- poradenství při rozloučení a smutku

Hospicová péče se zaměřuje na pacienty s nevléčitelnými progresivními chorobami a potížemi i v dřívějších stádiích onemocnění bez ohledu na věk nebo klinický obraz. Podle definice WHO (WHO 2002) je hospicová a paliativní péče vyžadována u pacientů s následujícími chorobami:

- progresivní nádorová onemocnění
- pokročilé srdeční selhání
- pokročilé onemocnění plic
- terminální selhání ledvin
- progresivní neurologická onemocnění
- polimorbidita s omezenou funkčností (včetně geriatrických pacientů)
- demence
- těžké mnohočetné postižení

4 ZÁKLADNÍ PRINCIPY A PŘÍSTUPY VEDOUcí K ZÁSADÁM V SOCIÁLNÍ PRÁCI

Sociální práce se při svých činnostech řídí základními principy své profese: v sociálních situacích je postiženým lidem poskytována podpora v jejich schopnosti jednat a rozhodovat na základě rozvoje zdrojů, přístupu a využití dalších systémů odborné pomoci. Dotčené osoby jsou vždy považovány za odborníky ve svém prostředí a podílejí se na návrhu procesu.

Sociální práce probíhá na základě profesionálně etických principů Mezinárodní federace sociálních pracovníků 2012. Je uznáván a podporován základní etický přístup hospicové a paliativní péče, považovat smrt za přirozenou součást života a důstojně zacházet s vážně nemocnými a umírajícími lidmi a jejich příbuznými. Následující základní zásady dále vycházejí z profesionálního profilu sociální práce rakouského profesního sdružení pro sociální práci:

- ochrana lidských práv
- postavte se za sociální spravedlnost, sociálně-ekonomická práva
- akční orientace podle humanitárních, demokratických ideálů
- obhajuje kulturní hodnoty
- respekt k přirozené hodnotě a uznání důstojnosti lidské bytosti
- uznání závislosti lidí na sobě navzájem a na jejich sociálním prostředí
- podpora solidarity
- podpora sociální účasti a integrace
- uznání a ochrana práva na sebeurčení
- ochrana ohrožených menšin a zranitelných skupin a prosazování jejich zájmů a potřeb
- zasazovat se o rovnost pohlaví a rozmanitosti
- předběžné plánování a prevence
- profesionální přístup

To zahrnuje: empatii, přijetí, toleranci a uznání, uznání, transparentnost, autentičnost, respekt k intimní sféře, orientaci na životní prostředí a potřeby, účast, rovnováhu mezi autonomií a vlivem, odpovědné, transparentní nakládání s mocí a kontrolou, diskretnost a utajení, rozpoznávání hranic, sebereflexe i reflexe profesionálního chování, pečlivé využívání dostupných zdrojů, angažovanost, profesionální realizace pracovních příkazů, reflexivní řešení rozporů zájmů, konflikty loajality a oblasti napětí jako konstruktivní diskuse o konkrétních dilematech a etických otázkách (www.sozialarbeit.at).

4.1 Kompetence sociální práce v hospicové péči v Rakousku

Sociální pracovníci pracují v různých kontextech, na různých úrovních a v různých systémech. V tomto smyslu je sociální práce vždy relační a vyznačuje se odbornou, metodickou, sociální a osobní kompetencí. Jejich práce jsou založeny na perspektivě a multidimenzionálním přístupu s ohledem na zaznamenávání zdrojů a problémů, jakož i na konkrétní zpracování problémů a definici cílů.

Krenz rozlišuje mezi šesti oblastmi odpovědnosti a odpovídajícími kompetencemi pro sociální práci v hospici a paliativní péči: informace a poradenství, řízení případů a péče, řízení ztrát a krizových situací, podpora úmrtí, koordinace dobrovolníků a volnočasové aktivity, (Krenz, 2013).

Sociální pracovníci mají znalosti a dovednosti, aby vhodně a profesionálně řešili kritické životní události, životní krize, nemoci nebo krize ztráty a jednali profesionálně. Problémy jsou většinou složité, takže je nutná široká škála kompetencí, dovedností a znalostí. Spörk a Heller (2012) popisují devět klíčových kompetencí, které jsou pro sociální práci ústřední: strategická kompetence, metodická kompetence, sociálně-pedagogická kompetence, kompetence sociálního práva, kompetence sociálního správního orgánu, osobní a komunikační kompetence, profesní etika kompetence, socioprofesionální poradenství, kompetence pro praktický výzkum / hodnocení. „Pouze souhrn kompetencí, prolínání jednotlivě popsanych složek jako obecný základ, definuje širší profesionální sociální práce.“ (Spörk, 2012)

4.2 Historické pojmy sociální práce a zdraví v Rakousku

Sociální práce a zdraví spolu úzce souvisejí a jsou tak objasněny pojmy podpora zdraví a historické souvislosti mezi sociální prací a zdravím. Zdraví zahrnuje širokou škálu oblastí sociální práce. Sociální práce pro zdravotní péči je nepostradatelná a v sociálním sektoru již existuje tzv. zdravotnická práce - na jedné straně jsou identifikována zdravotní rizika a znevýhodnění a na druhé straně je nabízena komplexní podpora zdraví. Rovněž by neměla být ignorována konsolidace a posílení péče o sebe a sebeurčení ve zdravotních otázkách, (Jost, 2013).

Citát od Daiminger, Hammerschmidt a Sagebiel popisuje, proč je sociální práce pro společnost cenná:

„Sociální práce je osobní sociální služba zaměřená na člověka, která se v rámci sociálního státu používá k řešení sociálních problémů, takže klient je podporován při řešení životních problémů ve společenském zájmu tak, aby mohl být schopen jednat se sociálními (-normativními), a aby splnil požadavky“ (Daiminger, 2015).

Jelikož zdraví je třeba chápat jako předpoklad sociální základny lidí. Je také nezbytné, aby zde došlo k interakci, protože pokud mimo jiné nedojde k sociálnímu zakotvení, může to ohrozit zdraví jedince. Například infekční nemoci lze dobře léčit tváří v tvář lékům, od 50. let se jejich význam snížil. Naproti tomu jsou však v popředí nehody, závislosti a psychosomatické nemoci. Samotná medicína již nemůže tyto zdravotní problémy vyřešit. Tady přichází sociální práce a snaží se co nejlépe obnovit nebo podpořit zdraví klientů (Daiminger, Hammerschmidt, Sagebiel, 2018).

Homfeldt a Sting jsou rovněž toho názoru, že sociální práce ve zdravotnických zařízeních je nezbytná. Sociální pracovníci většinou provádějí krátkodobé, cílené, na řešení založené a epizodické práce s klienty. Je nezbytné, aby sociální pracovníci byli dobře vyškoleni pomocí krátkých přístupů s individuálními, rodinnými a skupinovými intervencemi, protože to má pozitivní vliv na praxi (Homfeldt, 2006).

Jost popisuje, že zdraví má vliv na několik složek. Lidské tělo a psychika, stejně jako faktory prostředí, spolu souvisí. Pro sociální práci je relevantní, že může navázat spojení mezi sociální nerovností a zdravím. Sociální práce by dále měla podporovat osobní odpovědnost za zdraví klientů (Jost 2013).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Základním souborem pro dotazníkové šetření byli rodinní příslušníci klientů využívající domácí 24hodinovou péči, kterou zprostředkovávají agentury zajišťující domácí péči v Rakousku. Dotazník byl rozeslán klientům agentury zajišťující 24hodinovou péči v Rakousku a byl anonymní. Ze základního souboru byl pomocí náhodného výběru rozeslán odkaz pro vyplnění dotazníku agentury zajišťující domácí 24hodinovou péči v Rakousku, která spolupracuje i s jinými agenturami v rámci spolupráce.

5.2 Metoda práce

Při zpracování této bakalářské práce byla využita metoda dotazníkového šetření. Odpovědi respondentů se z dotazníku zpracovávají nejlépe. Výhodou je časová a finanční nenáročnost. Při vyplňování dotazníků je zachována standardní situace u všech respondentů, protože nemohou být ovlivňováni osobou, která provádí výzkum. Respondenti si mohou promyslet a vhodně zformulovat své odpovědi na jednotlivé otázky. K vyhodnocování údajů z dotazníku využiji statistickou metodu, protože umožňuje zpracovat získané informace do tabulek a grafů.

5.2.1 Dotazník

Dotazník se řadí mezi tzv. explorační výzkumné metody získávání informací od respondentů. Metoda dotazníku je založena na otázkách a skládá se z tzv. dotazníkových položek. Každá položka se skládá z části otázkové a odpovědní.

Použitý dotazník obsahuje 26 položek (PŘÍLOHA P II). Jednotlivé položky dotazníku vedly ke stanovení cílů a následně k ověření hypotéz. Úvod dotazníku obsahuje oslovení respondentů, představení, seznámení s tématem průzkumu, zdůraznění anonymity a návod pro vyplnění dotazníku.

5.3 Charakteristika položek

Položka č. 1, 2 zjišťuje všeobecné informace o respondentech jako je způsob výběru péče, důvody v rozhodování zvolené péče. Položka č. 3, 4 se zajímá o to jak častá je spolupráce se zdravotně – sociálním pracovníkem a zda znají všechny členy vybrané péče. Položka č. 5 zkoumá způsob komunikace se zdravotně – sociálním pracovníkem. Položka č. 6 zjišťuje v jakých záležitostech je zdravotně – sociální pracovník nejčastěji nápomocem rodinám. Položka č. 7 zkoumá spokojenost respondentů ve spolupráci se zdravotně sociálním pracovníkem. Položka č. 8 zjišťuje zda se zdravotně sociální pracovník setkává s ostatními členy týmu. Položka č. 9 je zaměřena na komunikaci/ spolupráci v rámci klientovi rodiny.

Položka č. 10 zjišťuje celkovou spokojenost se službami domácí/ hospicové péče. Položka č. 11 se zajímá o negativní zkušenosti s domácí/ hospicovou péčí. Položka č. 12 je otevřená otázka zaměřená na sdílení informací, které v dotazníku nezazněly. Položka č. 13, 14, 15, 16, 17 a 18 zjišťuje všeobecné informace o respondentech jako je pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav, bydliště a pracovní zařazení. Položka č. 19 se ptá na délku využívání domácí/ hospicové péče. Položka č. 20, 21 a 22 je zaměřena na pohlaví, vztah k osobě využívající domácí/ hospicovou péči a věk opečovávané osoby. Položka č. 23 se ptá na diagnózu klienta využívajícího sociální služby. Položka č. 24 zjišťuje typ využívání péče. Položka č. 25 je zaměřena na přání klientů vstupujících do vybrané péče. Položka č. 26 zjišťuje důvody odmítnutí domácí/hospicové péče.

5.4 Organizace šetření

Samotnému šetření předcházelo sestavení dotazníku, který byl konzultován s vedoucím práce a následně schválen. V lednu 2021 byla provedena pilotní studie. Na základě pilotní studie se papírový dotazník musel změnit, jelikož díky coronavirusovým omezením, která byla i v Rakousku, nebylo možné osobně kontaktovat respondenty, jak bylo původně plánováno. Byl tedy vytvořen on-line dotazník a přes agenturu, která zprostředkovává domácí 24hodinovou péči, byl tento dotazník rozeslán respondentům na jejich E-mailové adresy. Průzkum trval dva a půl měsíce (únor 2021, březen 2021 a první polovina dubna 2021). Zpracování výsledků šetření a vyvození závěrů proběhlo ve druhé polovině měsíce dubna 2021. Průzkum jsem provedla sama, avšak o spolupráci jsem požádala agenturu, pro kterou pracuji v Rakousku a to Betreute Lebenshilfe se sídlem na Slovensku. Distribuci dotazníku předcházela žádost pracoviště o umožnění dotazníkového šetření (příloha P). Na pracovišti nedošlo k zamítnutí žádosti. Dotazník byl odeslán majitelce agentury, která tento dotazník rozeslala dál respondentům využívající domácí či hospicovou péči v Rakousku.

5.5 Zpracování získaných dat

Dotazník byl anonymní a obsahoval otevřený, polootevřený a uzavřený typ otázek. U otevřeného typu otázek respondenti nedostávají výběr z připravených variant odpovědí, ale mají možnost do prázdných řádků vlastními slovy vyjádřit pohled na danou problematiku. V polootevřených otázkách jsou respondentům nabídnuty odpovědi k výběru, přičemž jedna z možností je odpověď „jiná odpověď, uveďte jaká“ a tato odpověď záleží na zformulování vlastního názoru respondenty. Uzavřený typ otázek znamená, že respondenti dostanou k výběru stanovený výčet odpovědí, z nichž si vyberou a vybranou odpověď označí. Tento typ otázek usnadňuje pozdější vyhodnocování dotazníků. Součástí dotazníku byly také posuzovací škály. Při numerickém provedení škály respondenti přiřazovali určitou hodnotu podle svého uvážení tím způsobem, že číslice 1 označovala nejlepší hodnocení a číslice 5 nejhorší hodnocení.

V úvodu dotazníku jsem respondentům představila sebe a závěr předkládaného dotazníku. Ujistila jsem respondenty, že dotazník je anonymní a že údaje uvedené respondenty budou použity pro účely mé bakalářské práce. Požádala jsem o pozorné přečtení otázek a zaznačení zvolené odpovědi. V závěru jsem respondentům poděkovala za vyplnění dotazníku.

Dotazník jsem zpracovala do elektronické podoby a vystavila na webových stránkách, které jsem vytvořila k tomuto účelu. Dotazník byl k dispozici na adrese: <https://www.surveymonkey.com/survey/d/E9G7D9K5P8R9Y6E3V>. Přístup k dotazníkům měli respondenti před odkazem: <https://www.surveymonkey.com/survey/d/E9G7D9K5P8R9Y6E3V>. V závěru dotazníku tlačítko „odeslat“, čímž se vyplněná data jednotlivých dotazníků odeslala do centrálního úložiště dat.

Celkem bylo rozesláno 101 dotazníků. Vrátilo se vyplněných 100 dotazníků, z nichž bylo pro vyhodnocení použitelných všech 100 dotazníků, tj. 100 % celkově rozeslaných žádostí o vyplnění dotazníků.

K vyhodnocení výsledků průzkumného šetření jsem využila statistickou metodu, která umožňuje zpracovat získané informace do přehledných tabulek a grafů. Tabulky obsahují absolutní (n_i), relativní (f_i) a celkovou četnost (n). Pro výpočet četností jsem použila vzoreček: $f_i = n_i/n$. Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpovídali na určitou otázku stejným způsobem. Relativní četnost je vyjádřena v procentech a informuje o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu. Zpracování dat bylo provedeno pomocí Microsoft Excel, kde byla data vložena do tabulek a poté graficky znázorněna. K testování hypotéz byl vybrán test P binomického rozdělení.

„Binomické rozdělení popisuje situaci, kdy náhodný jev A nastává s pravděpodobností p a kdy n-krát nezávisle opakujeme náhodný pokus, při kterém jev A může nastat. Zkoumáme počet x výskytů jevů A v sérii těchto nezávislých pokusů“.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

6.1 Cíle a hypotézy

Hlavním cílem mého průzkumu bylo zjistit, jak vnímají rodinní příslušníci, kteří využívají služeb domácí/hospicové péče zdravotně sociálního pracovníka. Dílčími cíli průzkumu bylo zjistit, v jakém okamžiku se rodinní příslušníci začali zajímat o využití domácí/hospicové péče, jak je zdravotně sociální pracovník hodnocen rodinnými příslušníky, jak velký význam mají komunikační dovednosti zdravotně sociálního pracovníka na spolupráci s rodinnými příslušníky a jak celkově je vnímána domácí/hospicová péče rodinnými příslušníky.

Na základě prostudované literatury jsem sestavila hlavní hypotézu, že

Role zdravotně sociálního pracovníka je důležitá pro kladné vnímání domácí/hospicové péče většinou respondentů.

V návaznosti na prostudovanou literaturu jsem vytvořila následujících pět pracovních hypotéz:

- H1. Respondenti se začali zajímat o využití domácí/hospicové péče až z důvodu vážné potřeby jejího využití.
- H2. Komunikace rodinných příslušníků se zdravotně sociálním pracovníkem je důležitá pro většinu respondentů.
- H3. Zdravotně sociální pracovník je potřebný pro všechny členy rodiny, ve které domácí/hospicová péče probíhá.
- H4. Všichni členové rodin jsou spokojeni s využíváním služeb domácí/hospicové péče.

6.2 Faktografická data

Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů. Převážná většina respondentů jsou ženy v celkové hodnotě 68,3%. Celkem 57,4% jsou muži, kteří jsou klienti využívající domácí/ hospicovou péči. Z celkového počtu respondentů ve věku 35-55 je 50% a dalších 50% je 56 let a více. Celých 52,5 % respondentů má vysokoškolské vzdělání. Nejvíce respondentů je ve starobním důchodě. 71,3 % je v manželském vztahu. Celých 65,3% respondentů žije ve městě. Z celkového počtu respondentů využívá z 78% domácí 24 hodinovou péči. Z 96% jsou respondenti na výbornou spokojeni se spoluprací se zdravotně sociálním pracovníkem. Dalších 96% je spokojeno na výbornou s domácí/hospicovou péčí.

Celkových 86,1% nezažila negativní zkušenosti s domácí/hospicovou péčí. Z celkového počtu respondentů 98% věděla diagnózu svého blízkého.

7 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

7.1 Dotazníkové šetření

Položka č. 1

Jakým způsobem jste se dozvěděli o domácí/hospicové péči? (možno zvolit více odpovědí)

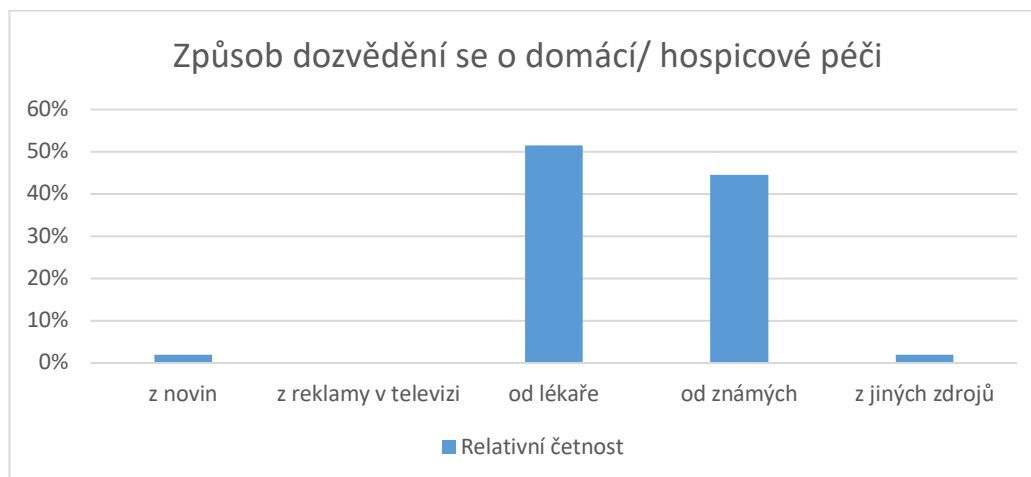
- a) z novin
- b) z reklamy v televizi
- c) od lékaře
- d) od známých
- e) z jiných zdrojů, uveďte jakých

Tabulka č. 1 – Způsob dozvědění se o domácí/ hospicové péči

Způsob dozvědění se o domácí/ hospicové péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
z novin	2	2%
z reklamy v televizi	0	0%
od lékaře	52	51,5%
od známých	45	44,6%
z jiných zdrojů	2	2%

Z průzkumu položky č. 1 vyplývá, že klienti v největší míře se dozvídají o domácí/ hospicové péči od lékaře (51,5%) a druhou nejvíce vybranou položkou bylo doporučení od známého (44,6%), z novin či jiných zdrojů je vidět, že je nejmenší podíl (2%), kdy odpověď na jiné respondenti uvedli kontakt od pečovatelky ve dvou případech a nulový výběr, byla možnost z reklamy v televizi.

Graf č. 1 - Způsob dozvědění se o domácí/ hospicové péči



Položka č. 2

Uveďte důvody podle čeho jste se rozhodovali při výběru Vámi zvolené domácí/hospicové péče? (možno zvolit více odpovědí)

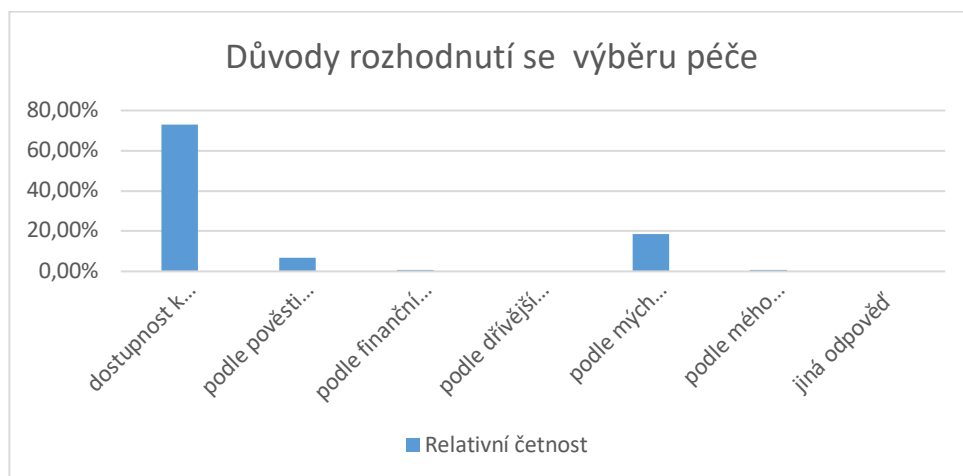
- a) dostupnost k místu mého bydliště
- b) podle pověsti poskytovatele hospicové péče
- c) podle finanční náročnosti
- d) podle dřívější zkušenosti
- e) podle mých pracovních možností
- f) podle mého vnitřního náboženského vyznání
- g) jiná odpověď

Tabulka č. 2 - Důvody rozhodnutí se výběru péče

Důvody rozhodnutí se výběru péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
dostupnost k místu mého bydliště	86	72,9%
podle pověsti poskytovatele hospicové péče	8	6,8%
podle finanční náročnosti	1	0,8%
podle dřívější zkušenosti	0	0%
podle mých pracovních možností	22	18,6%
podle mého vnitřního náboženského vyznání	1	0,8%
jiná odpověď	0	0%

U položky č. 2 respondenti nejvíce volili možnost odpovědi o důvodech výběru péče k místu jejich bydliště (72,9%). Další nejčastěji zvolená odpověď byla z jejich pracovních možností (18,6%). Podle pověsti poskytovatele hospicové péče respondenti volili na třetím místě (6,8%). Ve stejné míře byla vybírána možnost podle finančních náročností a dle náboženského vyznání (0,8%). V (0%) byla vybrána možnost podle dřívějších zkušeností a jiné.

Graf č. 2 - Důvody rozhodnutí se výběru péče



Položka č. 3

Představili se Vám všichni členi týmu domácí péče/hospicové péče, kteří k Vám dochází?

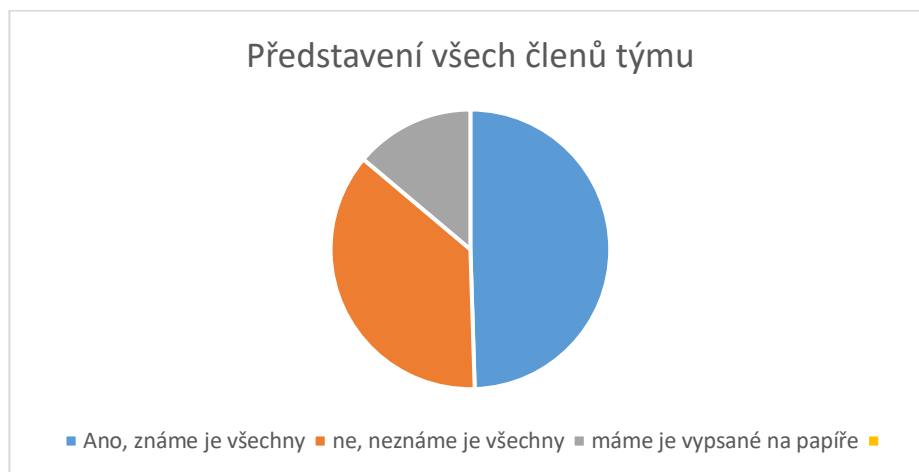
- a) ano, známe všechny
- b) ne, neznáme všechny
- c) máme je vypsáné na papíř

Tabulka č. 3 - Představení všech členů týmu

Představení všech členů týmu	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, známe všechny	50	49,5%
ne, neznáme všechny	37	36,6%
máme je vypsáné na papíře	14	13,9%

U položky č. 3 respondenti odpovídali z (49,5%) možnost, že se jim všichni členové týmu představili. V (36,6%) neznají všechny a na papíře je má vypsáno (13,9%) respondentů.

Graf č. 3 - Představení všech členů týmu



Položka č. 4

Jak často Vás kontaktuje zdravotně sociální pracovník v rámci poskytované domácí/hospicové péče?

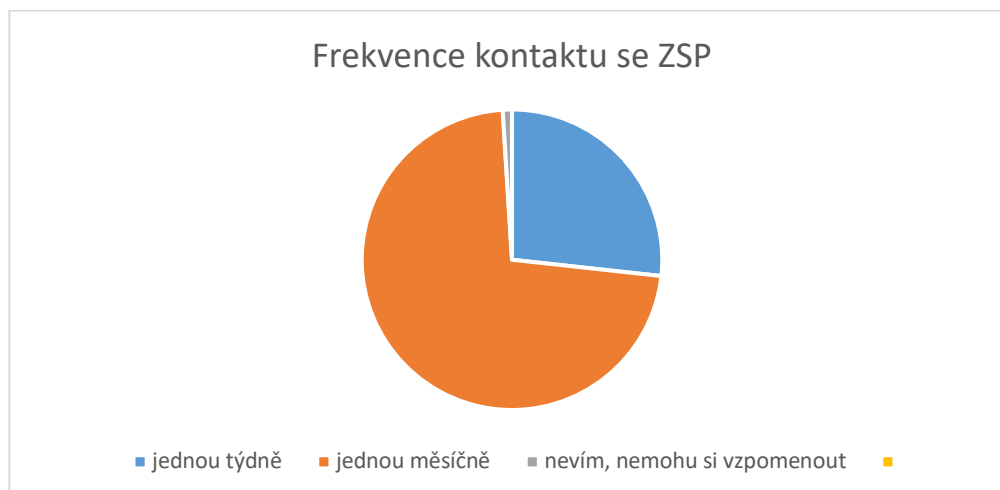
- a) jednou týdně
- b) jednou měsíčně
- c) nevím, nemohu si vzpomenout

Tabulka č. 4 - Frekvence kontaktu se ZSP

Frekvence kontaktu se ZSP	Absolutní četnost	Relativní četnost
jednou týdně	27	26,7%
jednou měsíčně	73	72,3%
nevím, nemohu si vzpomenout	1	1%

U položky č. 4 respondenti mají z největší části kontakt se zdravotně – sociálním pracovníkem jedenkrát za měsíc (72,3%). V (26,7%) jsou v kontaktu jedenkrát za týden a v (1%) si nemohli vzpomenout.

Graf č. 4 - Frekvence kontaktu se ZSP



Položka č. 5

Jakým nejčastějším způsobem s Vámi zdravotně sociální pracovník komunikuje?

- a) telefonicky
- b) osobně
- c) E-mailem
- d) všechny výše zmíněné

Tabulka č. 5 Způsob kontaktu se zdravotně – sociálním pracovníkem

Způsob kontaktu se zdravotně – sociálním pracovníkem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Telefonicky	50	49,5%
Osobně	10	9,9%
E-mailem	2	2%
všechny výše zmíněné	39	38,6%

V **položce č. 5** odpovědělo (49,5%) respondentů, že je kontaktuje zdravotně – sociální pracovník telefonicky. V (38,6%) jsou respondenti kontaktováni telefonicky, osobně i E-mailem. Osobně se zdravotně – sociální pracovník setkává s respondenty v (9,9%). Možnost kontaktu jen přes E-mail byla (2%).

Graf č. 5 - Způsob kontaktu se zdravotně – sociálním pracovníkem



Položka č. 6

V jakých záležitostech Vám pomáhá zdravotně sociální pracovník v rámci domácí/hospicové péči? (možno zvolit více odpovědí)

- a) se sociálními dávkami
- b) se zdravotními pomůckami
- c) se sociálním poradenstvím
- d) s exkurzí do domácí hospicové péče/hospice
- e) s vyplňováním tiskopisů
- f) s vypořádáním posledních záležitostí, jako je závěť, pohřeb apod.
- g) jiná odpověď, uveďte jaká

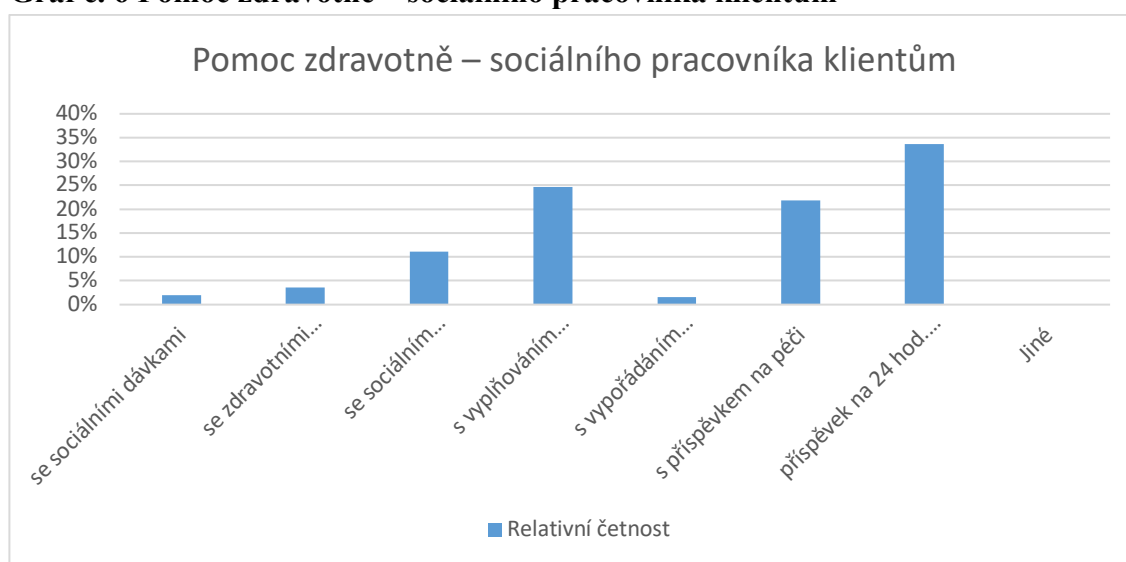
Tabulka č. 6 Pomoc zdravotně – sociálního pracovníka klientům

Pomoc zdravotně – sociálního pracovníka klientům	Absolutní četnost	Relativní četnost
se sociálními dávkami	5	2%
se zdravotními pomůckami	9	3,6%
se sociálním poradenstvím	28	11,1%
s vyplňováním formulářů	62	24,6%
s vypořádáním posledních záležitostí, jako je závěť, pohřeb apod.	4	1,6%
s příspěvkem na péči	55	21,8%
příspěvek na 24 hod. péči	85	33,7%
Jiné	4	1,6%

Položka č. 6 v (33,7%) respondentům pomáhá zdravotně – sociální pracovník při vyřizování příspěvku na 24hod. péči. Dalších (24,6%) respondentů má pomoc s vyplňováním tiskopisů od zdravotně – sociálního pracovníka. S příspěvkem na péči pomáhá zdravotně – sociální pracovník z (21,8%). Se zdravotními pomůckami zdravotně –

sociální pracovník pomáhá v (3,6%) a pomoc s vypořádáním posledních záležitostí, jako je závět, pohřeb pomáhá zdravotně – sociální pracovník v (1,6%) dle odpovědí respondentů. Ve 4 případech respondenti zvolili jinou pomoc jako bylo např. Záruka péče doma, Zajištění zdravotní sestry, Organizace - pečovatelky pro moji matku a Organizace pro péči o mého otce, což bylo (1,6%).

Graf č. 6 Pomoc zdravotně – sociálního pracovníka klientům



Položka č. 7

Jak byste zhodnotili práci zdravotně sociálního pracovníka ve spolupráci s Vámi v domácí/hospicové péči? (známkujte jako ve škole, 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Tabulka č. 7 Zhodnocení práce zdravotně – sociálního pracovníka

Zhodnocení práce zdravotně – sociálního pracovníka	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	97	96%
2	4	4%
3	0	0%
4	0	0%
5	0	0%

V položce č. 7 respondenti hodnotili práci zdravotně – sociálního pracovníka známkou jedna v (96%) a ve (4%) známkou dvě. Ve zbývajících možnostech známkou tři, čtyři a pět hodnotili práci v (0%).

Graf č. 7 - Zhodnocení práce zdravotně – sociálního pracovníka**Položka č. 8**

Podílí se zdravotně sociální pracovník na společných setkávání se s ostatními členy týmu, kteří pečují o nemocného/umírajícího?

- a) ano, podílí se
- b) ne, nepodílí se
- c) nevím, nemohu si vzpomenout

Tabulka č. 8 Podílení se zdravotně – sociálního pracovníka s ostatními členy týmu

Podílení se zdravotně – sociálního pracovníka s ostatními členy týmu	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano, podílí se	88	87,1%
ne, nepodílí se	2	2%
nevím, nemohu si vzpomenout	11	10,9%

Položka č. 8 uvádí podílení zdravotně – sociálního pracovníka s ostatními členy týmu v (87,1%). V (10,9%) si respondenti nemohli vzpomenout a ve (2%) odpověděli, že se nepodílí na spolupráci s ostatními členy týmu.

Graf č. 8 - Podílení se zdravotně – sociálního pracovníka s ostatními členy týmu



Položka č. 9

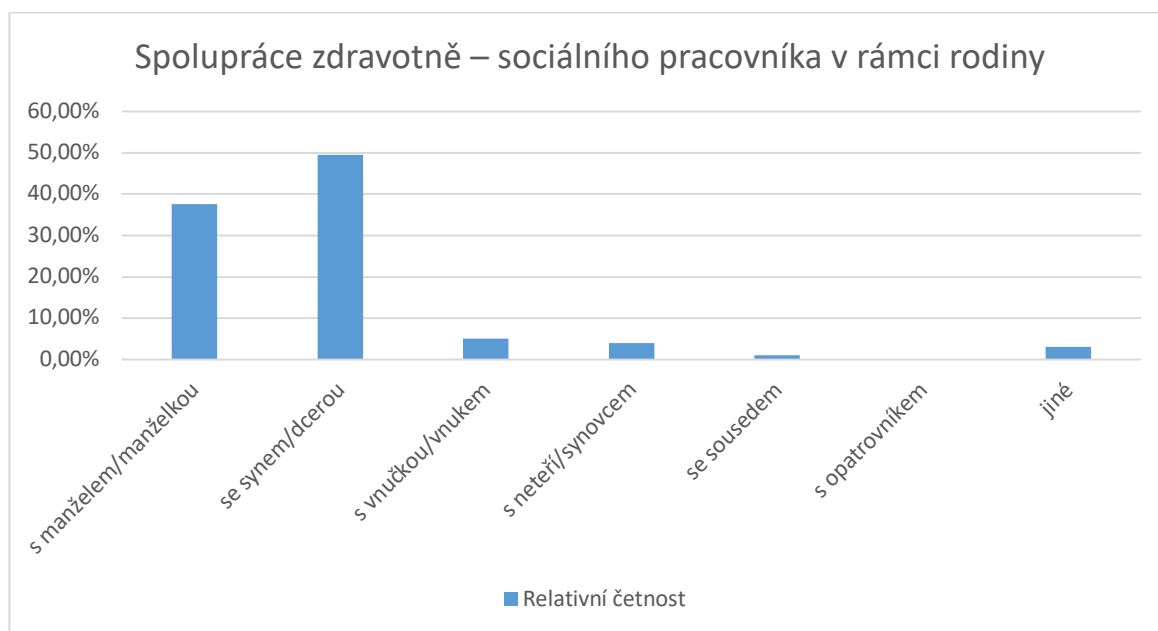
S kým zdravotně sociální pracovník spolupracuje/komunikuje v rámci Vaší rodiny?

- a) s manželem/manželkou
- b) se synem/dcerou
- c) s vnučkou/vnukem
- d) s neteří/synovcem
- d) se sousedem
- e) s opatrovníkem
- f) jiné, doplňte

Tabulka č. 9 - Spolupráce zdravotně – sociálního pracovníka v rámci rodiny

Spolupráce zdravotně – sociálního pracovníka v rámci rodiny	Absolutní četnost	Relativní četnost
s manželem/manželkou	38	37,6%
se synem/dcerou	50	49,5%
s vnučkou/vnukem	5	5%
s neteří/synovcem	4	4%
se sousedem	1	1%
s opatrovníkem	0	0%
jiné, doplňte	3	3%

Položka č. 9 uvádí, že zdravotně – sociální pracovník spolupracuje v (49,5%) v rámci rodiny se synem/dcerou. S manželem/manželkou v (37,6%). Spolupráce s vnučkou/vnukem je v (5%). Dále s neteří/synovcem spolupracuje ve (4%). Ve 3 případech (3%) byla odpověď jiná, jednalo se o Rodiče – matka, Zeť a Matka. Se sousedem v (1%) a v (0%) s opatrovníkem.

Graf č.9 - Spolupráce zdravotně – sociálního pracovníka v rámci rodiny**Položka č. 10**

Jste celkově spokojeni se službami domácí péče/hospicové péče? (oznámkujte jako ve škole, 1 – nejlepší, 5 – nejhorší)

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4
- e) 5

Tabulka č. 10 Celková spokojenost se službami

Celková spokojenost se službami	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	97	96%
2	4	4%
3	0	0%
4	0	0%
5	0	0%

Celková spokojenost se službami domácí/hospicové péče v položce č. 10 byla v celých (96%) hodnocena známkou jedna. Jen ze (4%) byla spokojenost hodnocena známkou dvě a v ostatních případech známky tři, čtyři a pět bylo zvoleno (0%).

Graf č. 10 - Celková spokojenost se službami



Položka č. 11

Zažili jste nějakou negativní zkušenost s domácí péčí/hospicovou péčí?

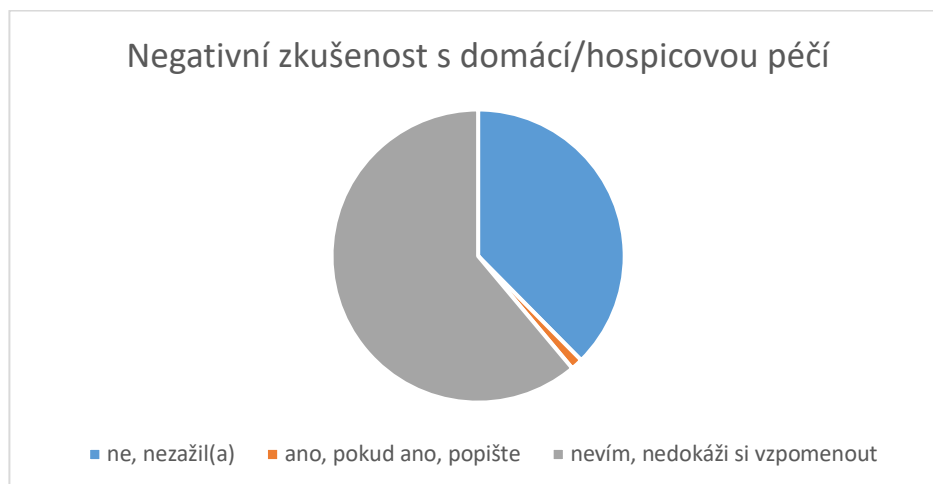
- a) ne, nezažil(a)
- b) ano, pokud ano, popište
- c) nevím, nedokáži si vzpomenout

Tabulka č. 11 Negativní zkušenost s domácí/hospicovou péčí

Negativní zkušenost s domácí/hospicovou péčí	Absolutní četnost	Relativní četnost
ne, nezažil(a)	87	86,1%
ano, pokud ano, popište	3	3%
nevím, nedokáži si vzpomenout	11	10,9%

Položka č. 11 ukazuje, že respondenti nezažili negativní zkušenost s domácí/hospicovou péčí v (86,1%). Nedokázalo si vzpomenout (10,9%) a jen ve 3 případech respondenti odpověděli, že negativní zkušenost zažili, které byly, že Pečovatelka se opila, Jsem velmi spokojen se spoluprací a Ne, všechno je v pořádku i když dvě odpovědi byly pozitivní, respondenti je zaznamenali do negativní zkušenosti a relativní číslo vyšlo (3%).

Graf č. 11 - Negativní zkušenost s domácí/hospicovou péčí



Položka č. 12

Je něco, co zde nezaznělo a považujete za důležité to sdělit.

Tato otázka byla otevřená a respondenti měli možnost psát své názory, v největší míře tato položka nebyla zodpovězena v 51 (51%) a jen v 49 (49%) případech respondenti uvedli: „*Jsmo spokojeni se spoluprací*“, „*Všechno je v pořádku*“, „*Jsem s naší Elisabeth velmi spokojený, spolupráce je opravdu skvělá*“, „*Vše dobré*“, „*Všechno v pořádku*“, „*všechno skvělé*“, „*Jsmo spokojeni se spoluprací*“, „*Ne, všechno je v pořádku*“, „*Žádný problém*“, „*Nic*“, „*Super*“, často se opakující odpovědi jako „*nic, super, vše v pořádku, žádný problém*“.

Položka č. 13

Pohlaví

Tabulka č. 13 Pohlaví respondenta

Pohlaví respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	69	68,3%
Muž	32	31,7%

V položce č. 13 bylo (68,3%) respondentů ženy a (31,7%) mužů.

Graf č. 13 - Pohlaví respondenta

**Položka č. 14**

Věk respondentů

Tabulka č. 14 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
48	3	3%
62	3	3%
54	5	5%
73	2	2%
75	2	2%
84	2	2%
76	1	1%
83	1	1%
41	4	4%
91	1	1%
47	3	3%
66	2	2%
70	5	5%
77	2	2%
53	1	1%
78	2	2%
72	2	2%
45	1	1%
52	4	4%
57	1	1%
61	1	1%
64	1	1%
60	5	5%
39	2	2%
43	2	2%

51	4	4%
38	1	1%
46	2	2%
80	4	4%
58	2	2%
86	1	1%
50	3	3%
85	1	1%
69	2	2%
81	4	4%
55	2	2%
56	7	7%
49	3	3%
82	1	1%
63	3	3%
67	2	2%
40	1	1%

Položka č. 14 byla zaměřena na věk respondentů, kdy v největší míře (7%) byl uveden věk 56 let, v (5%) byl uveden věk respondentů 54, 60 a 70 let, ze (4%) respondenti uvedli věkové kategorie 41, 51, 52, 80, 81, další věková kategorie ve (3%) byla uvedena 47, 48, 49, 50, 62 a 63 let, respondenti ve (2%) uváděli věk 39, 43, 46, 55, 58, 66, 67, 69, 72, 73, 75, 77, 78 a 84 v poslední věkové kategorii respondenti uvedli svůj věk v (1%) 38, 40, 45, 53, 57, 61, 64, 76, 82, 83, 85, 86 a 91 let.

Položka č. 15

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

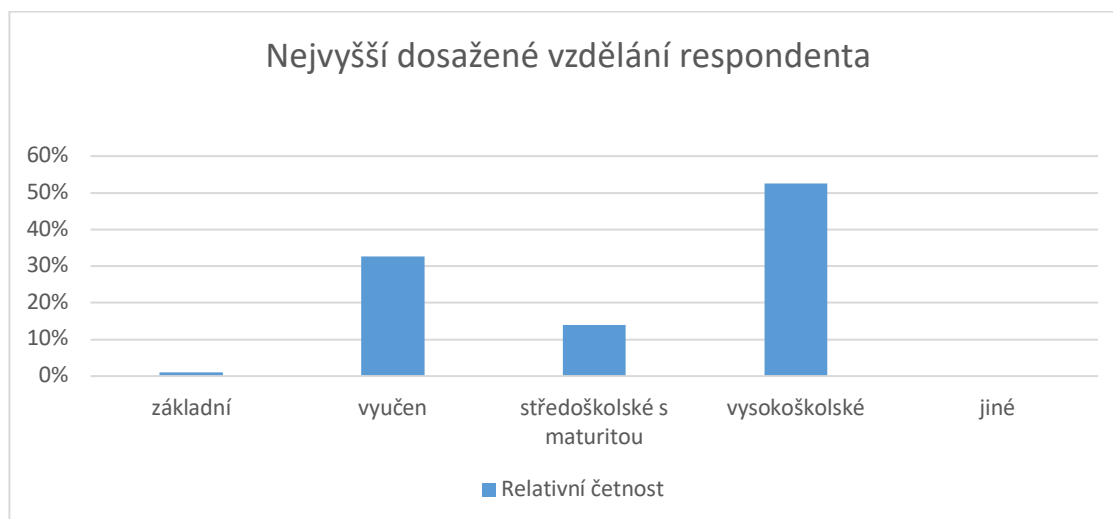
- a) základní
- b) vyučen
- c) středoškolské s maturitou
- d) vysokoškolské
- e) jiné, uveďte jaké

Tabulka č. 15 Nejvyšší dosažené vzdělání respondenta

Nejvyšší dosažené vzdělání respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	1	1%
Vyučen	33	32,7%
středoškolské s maturitou	14	13,9%
Vysokoškolské	53	52,5%
jiné, uveďte jaké	0	0%

Položka č. 15 se ptala na nejvyšší dosažené vzdělání, kdy (52,5%) respondentů je vysokoškolsky vzdělána. Vyučeno je (32,7%). Středoškolské vzdělání má (13,9%) respondentů. Základní vzdělání má (1%) respondentů a jiné bylo v (0%) zodpovězeno.

Graf č. 15 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondenta



Položka č. 16

Váš rodinný stav:

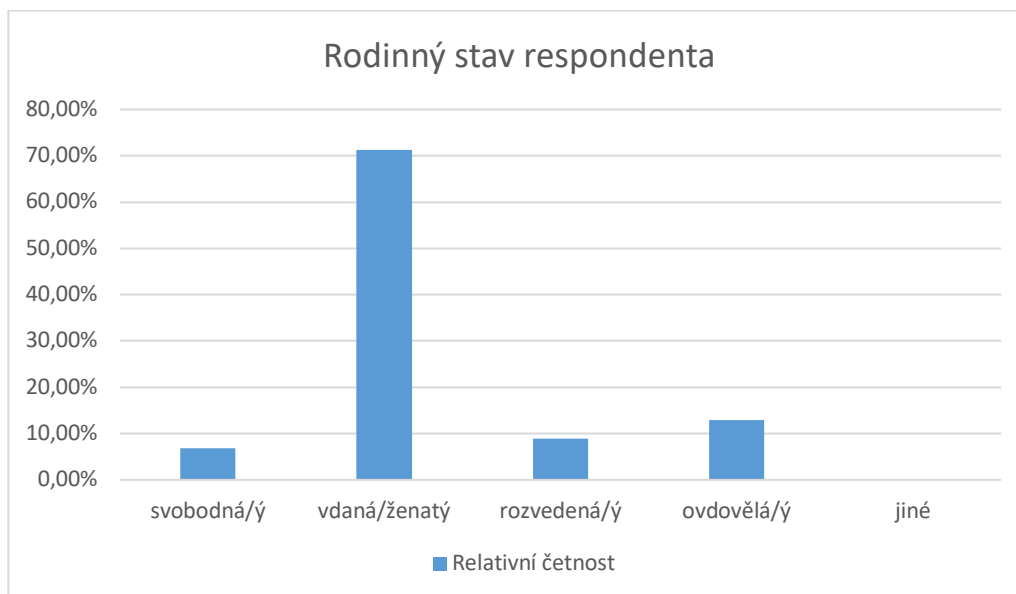
- a) svobodná/ý
- b) vdaná/ženatý
- c) rozvedená/ý
- d) ovdovělá/ý
- e) jiný, doplňte

Tabulka č. 16 Rodinný stav respondenta

Rodinný stav respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
svobodná/ý	7	6,9%
vdaná/ženatý	72	71,3%
rozvedená/ý	9	8,9%
ovdovělá/ý	13	12,9%
jiný, doplňte	0	0%

Položka č. 16 se ptala na rodinný stav respondentů, kde (71,3%) je v manželském svazku. Ovdovělých bylo (12,9%). Rozvedených respondentů bylo (8,9%). Svobodných bylo (6,9%) a v (0%) byla odpověď jiný.

Graf č. 16 - Rodinný stav respondenta



Položka č. 17

Bydliště se nachází:

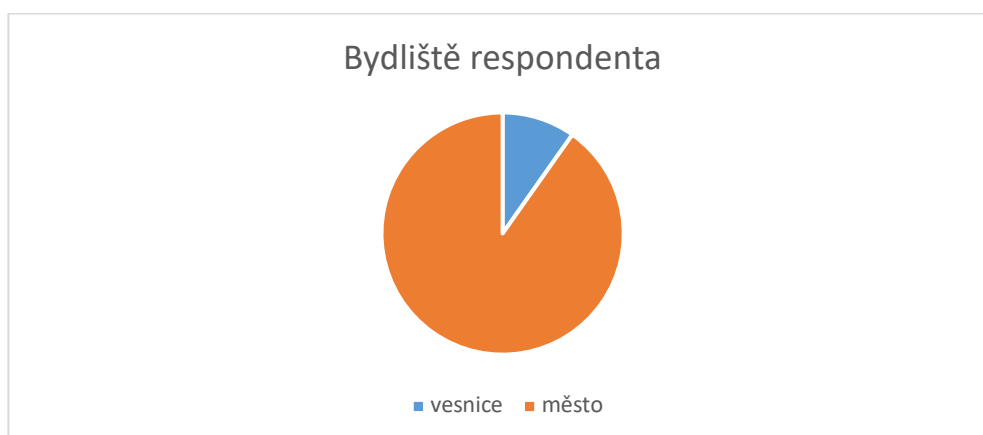
- a) vesnice
- b) město

Tabulka č. 17 Bydliště respondenta

Bydliště respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vesnice	35	34,7%
Město	66	65,3%

Položka č. 17 se ptala na sociodemografická data bydliště respondenta, kdy převážně bydlí ve městě (65,3%) a na vesnici žije (34,7%) respondentů.

Graf č. 17 - Bydliště respondenta



Položka č. 18

Pracovní zařazení:

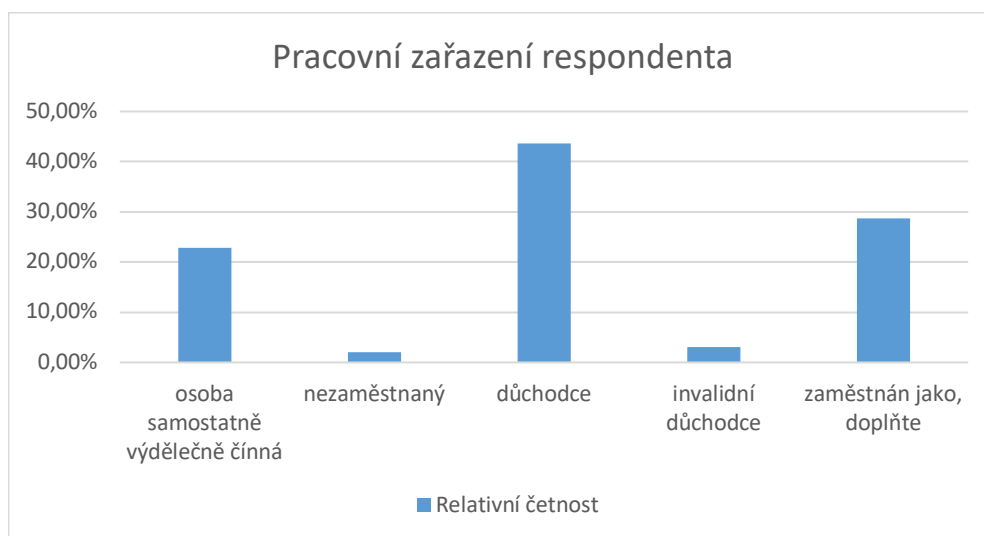
- a) osoba samostatně výdělečná činná
- b) zaměstnán jako, doplňte
- c) nezaměstnaný
- d) starobní důchodce
- e) jiná, doplňte

Tabulka č. 18 Pracovní zařazení respondenta

Pracovní zařazení respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost
osoba samostatně výdělečná činná	23	22,8%
Nezaměstnaný	2	2%
Důchodce	44	43,6%
invalidní důchodce	3	3%
zaměstnán jako, doplňte	29	28,7%

Pracovní zařazení respondentů v položce č. 18 bylo (43,6%) důchodců. Osoba samostatně výdělečně činná bylo (22,8%). Ve (3%) byli invalidní důchodci a nezaměstnaných pouze (2%). Zaměstnáno bylo (28,7%) v pracovních odvětvích bylo zaznamenáno (4) respondenty právnické vzdělání, gastronomii uvedli (2) respondenti, umělecký obor zaznamenali (2) respondenti, ze zdravotnického odvětví bylo (8) respondenty zaznamenána jejich profese, z úřednické sféry bylo zaznamenána (3) odvětví respondenty, v podnikatelské sféře bylo zaznamenáno (5) respondenty, ve finančním odvětví (2) respondenti zaznamenali své povolání a ve vzdělávacím odvětví (4) zaznamenali své profese. Osoba samostatně výdělečně činná bylo (22,8%). Ve (3%) byli invalidní důchodci a nezaměstnaných pouze (2%).

Graf č. 18 - Pracovní zařazení respondenta



Položka č. 19

Jak dlouho využíváte domácí/hospicovou péči?doplňteměsíce (na celé měsíce)

Tabulka č. 19 - Jak dlouho využíváte domácí/hospicovou péči

Jak dlouho využíváte domácí/hospicovou péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
38	1	1%
10	1	1%
43	2	2%
36	1	1%
34	1	1%
23	5	5%
13	4	4%
28	9	9%
26	3	3%
44	2	2%
5	2	2%
24	5	5%
9	2	2%
41	1	1%
32	3	3%
3	3	3%
1	3	3%
31	2	2%
14	4	4%
35	2	2%
30	2	2%
42	1	1%

47	2	2%
22	2	2%
20	1	1%
21	2	2%
64	1	1%
33	2	2%
16	1	1%
40	1	1%
37	2	2%
39	1	1%
29	4	4%
8	4	4%
12	3	3%
18	3	3%
48	1	1%
2	3	3%
25	1	1%
19	3	3%
6	2	2%
4	1	1%

V položce č. 19 respondenti odpovídali na délku využívané domácí a hospicové péče 28 měsíců z (9%), z (5%) byla délka 23 a 24 měsíců, další (4%) byla délka 8, 13, 14 a 29 měsíců, ve (3%) respondenti uvedli 1, 2, 3, 12, 18, 19, 26 a 32 měsíců, další (2%) respondentů uvedlo 6, 9, 21, 22, 30, 31, 33, 35, 37, 43, 44 a 47 měsíců využívání péče a nejvíce respondentů z (1%) uvedlo délku péče 4, 10, 16, 20, 25, 34, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 48 a 64 měsíců.

Položka č. 20

Pohlaví osoby, která využívá domácí/hospicovou péči?

- a) žena
- b) muž

Tabulka č. 20 Pohlaví klienta využívající zvolenou službu

Pohlaví klienta využívající zvolenou službu	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	43	42,6%
Muž	58	57,4%
Mladiství	0	0%
Dítě	0	0%

V položce č. 20 využívá zvolenou službu (57,4%) mužů. Ženy využívají službu v (42,6%). Mladiství a děti v (0%).

Graf č. 20 - Pohlaví klienta využívající zvolenou službu**Položka č. 21**

Uveďte vztah k osobě, která využívá domácí/hospicovou péči?

- a) manžel/manželka
- b) dcera/syn
- c) jiný rodinný příslušník doplňte

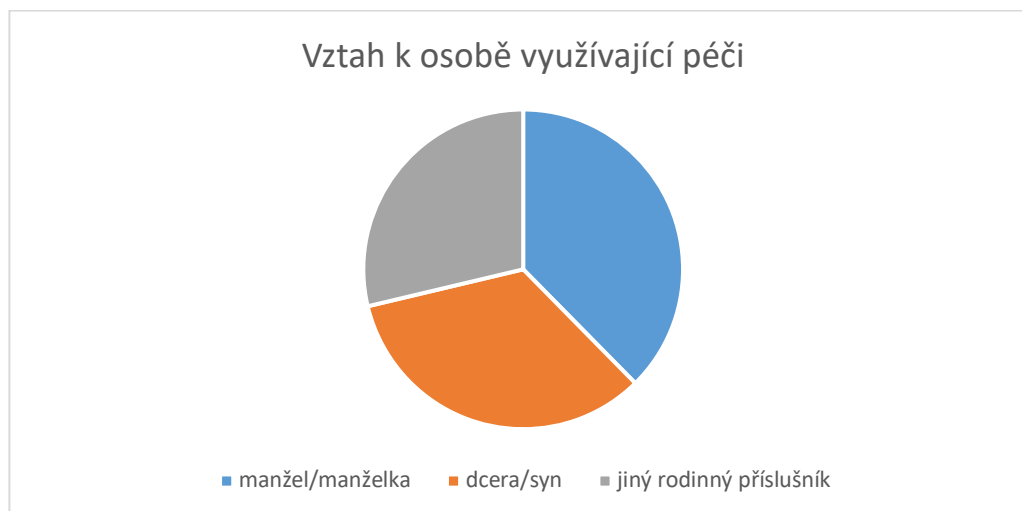
Tabulka č. 21 Vztah k osobě využívající péči

Vztah k osobě využívající péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
manžel/manželka	38	37,6%
dcera/syn	34	33,7%
jiný rodinný příslušník	29	28,7%

Vztah k osobě v položce č. 21 byla zvolena možnost manžel/manželka v (37,6%).

Dcera/syn bylo (33,7%) a jiný rodinný příslušník v (28,7%).

Graf č. 21 - Vztah k osobě využívající péči



Položka č. 22

Uveďte věk osoby, která využívá domácí/hospicovou péči?
doplňtelet (zaokrouhlete v celých letech)

Tabulka č. 22 Věk osoby, která využívá domácí/hospicovou péči

Věk osoby, která využívá domácí/hospicovou péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
93	2	2%
91	6	6%
88	5	5%
73	3	3%
92	2	2%
75	1	1%
83	5	5%
84	1	1%
76	4	4%
74	4	4%
47	1	1%
70	1	1%
53	1	1%
78	4	4%
72	2	2%
64	1	1%
97	1	1%
33	1	1%
65	1	1%
56	1	1%

80	9	9%
99	1	1%
86	6	6%
94	1	1%
98	1	1%
79	4	4%
90	2	2%
87	2	2%
85	3	3%
81	3	3%
96	2	2%
45	1	1%
89	4	4%
61	1	1%
82	5	5%
95	1	1%
67	3	3%
71	2	2%
68	2	2%
59	1	1%

V položce č. 22 respondenti uváděli věk osoby využívající domácí a hospicovou péči, odpovědi byly různorodé a nejvíce bylo zaznamenán věk osob 80 let v (8%), 91 let z (6%), věk 82, 83, 86 a 88 každé v (5%), poslední nejvíce volenou věkovou kategorií byl věk 74, 76, 78, 79 a 89 každé ve (4%). Ze (3%) byli respondenti ve věku, 67, 81, 85 a 73. Respondenti ve věku 68, 71, 96, 87, 90, 72, 92, 93 byli ze (2%) a poslední nejmenší relativní četnost věku respondentů z (1%) byl věk 89, 95, 61, 45, 94, 98, 99, 56, 65, 33, 97, 64, 53, 70, 47, 84 a 75.

Položka č. 23

Uveďte, s jakou diagnózou vstupuje opečovávaná osoba do domácí/hospicové péče?

- a) Nevím, nevzpomínám si
- b) diagnóza opečovávané osoby (pro příklad např. onkologická aj.)doplňte

Tabulka č. 23 - Diagnóza klienta využívající péči

Diagnóza klienta využívající péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
nevím, nevzpomínám si	2	2%
diagnóza opečovávané osoby	99	98%

Položka č. 23 se zajímala o diagnózu klienta využívající péči a z (98%) byla zodpovězena jen ve (2%) si respondent nevěděl vzpomenout na diagnózu klientavyužívající péči. Ve

vypsanych odpovědích respondentů byl popis diagnóz následující rakovina (16), demence (36), diabetik byl zaznamenán (3), srdeční infarkt zaznamenalo (5) respondenty, Parkinson zaznamenalo (13) respondentů, mrtvice byla zaznamenána (8) respondenty, deprese byla uvedena ve (2) případech, PEG sonda byla uvedena u (1) respondenta, spastické onemocnění bylo v (1) případě, makulární degenerace obou očí byla zaznamenána u (2) respondentů, urostomii uvedl (1) respondent, slepý klient byl uveden (1) klientem, roztroušenou sklerózu uvedl (1) respondent, operované kolena či klouby uvedlo nebo operace kolen byla respondenty uvedena v (3) případech, neuropatie byla uvedena (1) respondentem, naslouchátka, slabost, osteoporóza a jiní bylo respondenty vždy uvedeno v (1) případě a relativně zdraví klient bylo uděleno respondenty ve (3) případech.

Graf č. 23 - Diagnóza klienta využívající péči



Položka č. 24

Jaký typ péče využíváte

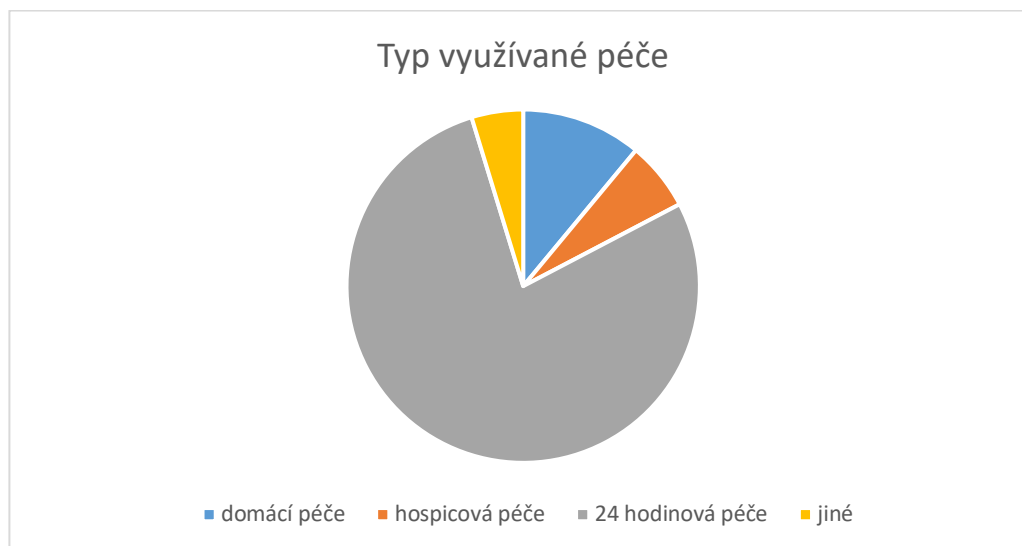
- a) domácí péče
- b) hospicová péče
- c) 24 hodinová péče
- d) jiné

Tabulka č. 24 - Typ využívané péče

Typ využívané péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
domácí péče	14	11%
hospicová péče	8	6,3%
24 hodinová péče	99	78%
Jiné	6	4,7%

Položka č. 24 byla zaměřena na typ využívané péče v (78%) respondenti volili 24hodinovou péči. Domácí péči využívá (11%). Hospicovou péči respondenti využívají v (6,8%) a v jiných typech péče je to (4,7%).

Graf č. 24 - Typ využívané péče



Položka č. 25

Která přání jsou nejčastěji zmiňována Vašimi blízkými, když vstupují do domácí/hospicové péči? (možno zvolit více odpovědí):

- a) péče o tělo (plná vana, sprcha, péče o tělo v posteli, péče o tělo u umyvadla)
- b) polohování/ukládání
- c) konverzace (komunikace), tzv. sociální kontakt
- d) léky (např. Analgetika - léky od bolesti)
- e) možnost péče jiného pečovatele
- f) speciální nápoje
- g) denní rutina (jít spát později, snídat později)
- h) určité potraviny nebo nápoje / nutriční potřeby
- ch) určité požadavky na jídlo nebo pití
- i) mobilizace z postele
- j) terminální péče
- k) „zůstat sám“ (pacient momentálně nechce žádnou péči)
- l) jiné, doplňte

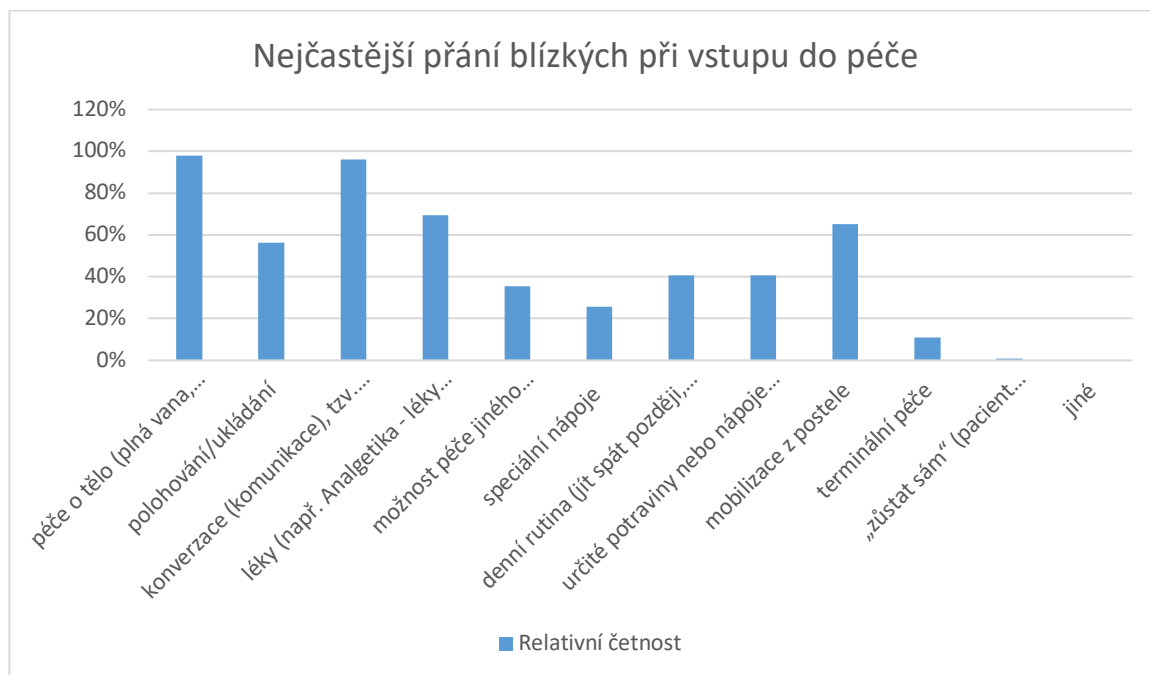
Tabulka č. 25 Nejčastější přání blízkých při vstupu do péče

Nejčastější přání blízkých při vstupu do péče	Absolutní četnost	Relativní četnost

péče o tělo (plná vana, sprcha, péče o tělo v posteli, péče o tělo u umyvadla)	99	98%
polohování/ukládání	57	56,4%
konverzace (komunikace), tzv. sociální kontakt	97	96%
léky (např. Analgetika - léky od bolesti)	70	69,3%
možnost péče jiného pečovatele	36	35,6%
speciální nápoje	26	25,7%
denní rutina (jít spát později, snídat později)	41	40,6%
určité potraviny nebo nápoje / nutriční potřeby	41	40,6%
mobilizace z postele	66	65,3%
terminální péče	11	10,9%
„zůstat sám“ (pacient momentálně nechce žádnou péči)	1	1%
Jiné	8	7,9%

Položka č. 25 se zajímala o nejčastější přání klientů vstupujících do péče z (98%) si přejí péči o tělo. Konverzaci si přeje (96%). Podávání léků si přeje (69,3%). Mobilizaci z postele volilo (65,3%). Polohování zvolilo (56,4%). Denní rutinu a určité potraviny a nápoje si zvolilo (40,6%). Možnost péče jiného pečovatele žádalo (35,6%). Speciální nápoje si přálo (25,7%). Terminální péči si přálo (10,9%). Možnost „zůstat sám“ si přálo (1%) respondentů a jiné zvolilo (7,9%), které jsou vaření a domácnost si přáli (4), respondenti, nakupování uvedlo (2) respondenti a možnost procházky, výletu, cvičení či práce na zahradě bylo uvedeno (1).

Graf č. 25 - Nejčastější přání blízkých při vstupu do péče



Položka č. 26

Jaké důvody podle vás vedou pacienty/pečující osoby k odmítnutí domácí/hospicové péče? (možno zvolit více odpovědí)

- Zmatek kvůli špatnému nebo nesprávnému dávkování léku
- Nechci být zátěží
- V době plánované implementace žádná touha po ošetřování
- Už žádná vůle žít - pacient se „vzdal“
- Zmatek způsobený nemocí nebo špatným celkovým stavem
- Nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom
- Jiné, doplňte

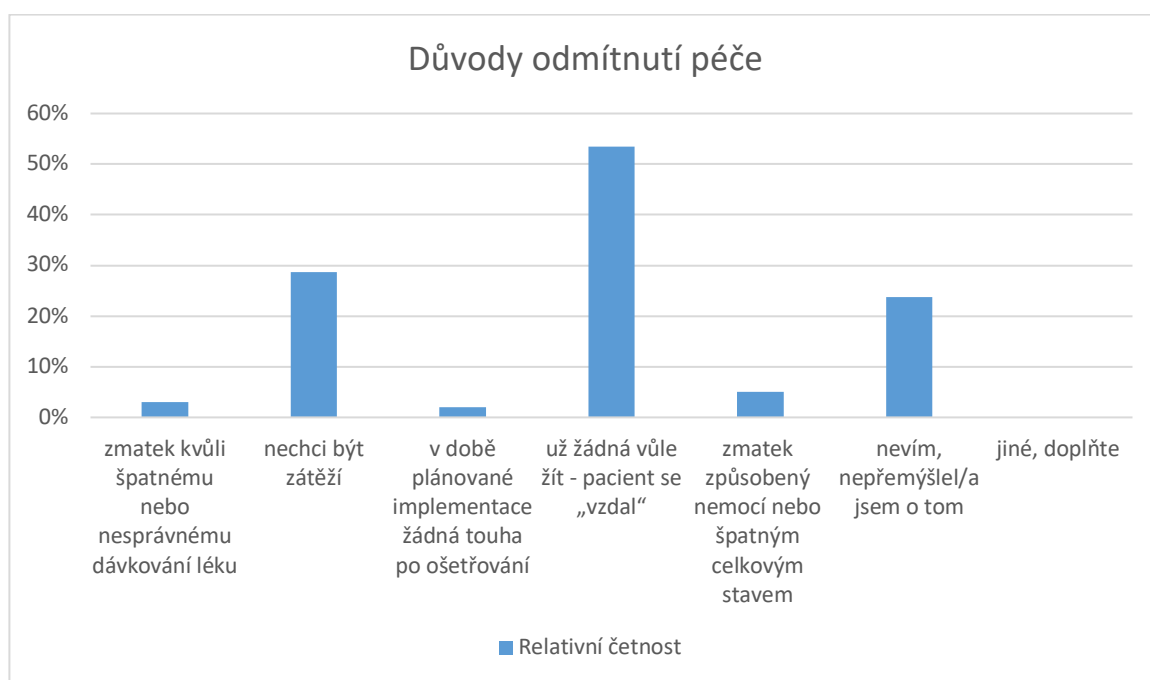
Tabulka č. 26 - Důvody odmítnutí péče

Důvody odmítnutí péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
zmatek kvůli špatnému nebo nesprávnému dávkování léku	3	3%
nechci být zátěží	29	28,7%
v době plánované implementace žádná touha po ošetřování	2	2%
už žádná vůle žít - pacient se „vzdal“	54	53,5%

zmatek způsobený nemocí nebo špatným celkovým stavem	5	5%
nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom	24	23,8%
jiné, doplňte	0	0%

Položka č. 26 se zajímala o důvody odmítnutí péče, kde (53,5%) respondentů volilo možnost už žádná vůle žít - pacient se „vzdal“. Nechci být zátěží zvolilo (28,7%) respondentů. Dále odpověď nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom zvolilo (23,8%). Zmatek způsobený nemocí nebo špatným celkovým stavem zvolilo (5%) respondentů. Zmatek kvůli špatnému nebo nesprávnému dávkování léku zvolili (3%) respondentů. V době plánované implementace žádná touha po ošetřování zvolila (2%) respondentů a jiné bylo vybráno v (0%).

Graf č. 26 - Důvody odmítnutí péče



8 DISKUZE

V praktické části mé bakalářské práce jsem provedla průzkum mezi rodinnými příslušníky, kteří využívají nějakou z forem péče o své nemocné členy rodiny. Informace jsem získala metodou dotazníkového šetření. Dotazníky byly distribuovány přes agenturu, která zprostředkovává domácí 24hodinovou péči, kdy prostřednictvím kontaktních údajů zprostředkující agentury byl tento dotazník rozeslán respondentům na jejich e-mailové adresy.

V úvodní části dotazníkového šetření byly zjišťovány údaje, které se týkaly situací, v nichž se rodinní příslušníci dovídali o existenci možnosti využít domácí/hospicovou péči a jejich situaci dále dokreslily okolnosti, které hrály roli v rozhodnutí tuto péči využít. Ukázalo se, že v největším počtu se rodinní příslušníci dovídali o možnosti využít domácí/hospicové péče od lékařů a to v situaci, kdy sami nemohli zajistit potřebnou péči pro rodinného příslušníka při jeho závažných onemocněních. Přesto však cíleně zvolili péči, která probíhá v domácím prostředí, které nemocný člověk zná a kde se cítí bezpečně.

Ukazuje se, že v Rakousku je velká podpora trendu, aby vážně nemocní nezůstávali v nemocniční péči či neodcházeli do zdravotnických zařízení umírat, ale aby se mohli vrátit domů. Domov je místem bezpečí. K tomu, aby se mohli nemocní vrátit domů, je v Rakousku vybudovaná podpůrná síť služeb pro zajištění péče v domácím prostředí a s tím jde ruku v ruce také možnost finančního zajištění úhrady této služby.

Financování je důležitým faktorem, který nelze opomenout. V průběhu nedávné doby se v Rakousku vybuďoval systém péče o vážně nemocné, od vzdělávání pečovatelských pracovníků, přes ustanovení standardů kvality péče až po zajištění toho, že i finančně ne příliš zajištěné rodiny mohou svému rodinnému příslušníku zajistit adekvátní péči.

V České republice se také rozmáhá trend zajištění péče v domácím prostředí, nicméně postupuje velmi pomalu a možnost finančního zajištění u nás není na tak vysoké úrovni, jako je v Rakousku. Domnívám se, že i toto je důvod, proč zdravotní sestry odcházejí z České republiky do Rakouska, kde pracují jako pečovatelské pracovníčky mimo jiné právě v agenturách zajišťujících 24hodinovou péči. V Rakousku obvykle 24hodinovou péči poskytují ženy ze střední a východní Evropy, které působí jako nezávislé pečovatelské pracovníčky, aby se postaraly o ty, kteří péči potřebují v jejich domácím prostředí. Pečovatelky dojíždějí do Rakouska ze své rezidentské země původu, obvykle každé dva až čtyři týdny. Zejména v případě větších zeměpisných vzdáleností, například u pečovatelek z Rumunska, Bulharska nebo u lidí, kteří potřebují péči v západních spolkových zemích, existují někdy dva až tříměsíční turnusy. Ve více než dvou třetinách všech případů se střídají dvě pečovatelské pracovníčky, které pečují o osobu, která potřebuje péči (nebo pár, který péči potřebuje), téměř v jedné třetině domácností je zaměstnán pouze jeden pečovatel. Po dobu pečovatelských prací žijí pečovatelské pracovníčky v domácnosti svého klienta.

Naše země by se mohla inspirovat alespoň v tom, aby bylo umožněno či podporováno zakládání více organizací, které se věnují péči o nemocné v domácím prostředí. Již delší dobu odborníci varují, že lidstvo stárne. Stárání má svá specifika a rozhodně neznamená, že každá osoba, která se dostane do důchodového věku, ihned potřebuje opečovávat v domácím

prostředí. Jisté však je, že ke konci života se objevují různá onemocnění, která lidem ubírají síl a dříve nebo později se stanou z různých důvodů závislí na pomoci jiné osoby. Proto by se Česká republika mohla více inspirovat rakouským systémem a podporovat vznik vícero takových služeb, které umožní lidem důstojně dožít život v domácím prostředí. V Rakousku jsou tak rodiny podporovány nejen příspěvkem na péči, který má 7. stupňů, odvíjí se dle stavu a potřeb klienta, dále dostávají měsíční podporu na 24 hodinovou péči tzv. Förderung, který činí 550.-€, tento příspěvek na podporu 24 hodinové péče je podmíněný výší důchodu, který klient pobírá. Pokud měsíční důchod je nižší než 2.500.-€, tak si klient může o Förderung zažádat s touto pomocí si pak může financovat domácí 24 hodinovou péči, aby zůstal doma ve svém přirozeném prostředí.

Závěrem bych chtěla podotknout, že zdravotně – sociální pracovník by měl více udržovat kontakt s klienty a jeho rodinou, jelikož od něj očekávají podporu a pomoc v řešení formálních záležitostí a vyřizování potřebných dokumentů. Bohužel od března 2020, kdy vypukla pandemie Covid – 19 se omezil osobní kontakt na minimum a tak zdravotně – sociální pracovník udržuje kontakt s klienty především telefonicky a dle výzkumu je to jeden krát za měsíc.

S ohledem na demografické fakty a prognózy pro rakouskou společnost je velmi obtížné popřít rostoucí potřebu péče o seniory. Stále více lidí přichází do styku se staršími lidmi v jejich prostředí. Okamžitá zkušenost vytváří povědomí o naléhavém problému.

Například neregistrovaní pečovatelé se nemohou dovolávat zákonných práv. Rakouské ženy, které jsou zaměstnávány rakouským neziskovým poskytovatelem, mají pro svou práci zcela odlišné rámcové podmínky než ženy, které cestují do Rakouska z jiné země a které jsou oficiálně samostatně výdělečně činné, ale ve skutečnosti mají smlouvu s personálními agenturami a rodinami.

8.1 ZHODNOCENÍ CÍLŮ VÝZKUMU

Hlavním cílem praktické části mé bakalářské práce bylo zjistit, jak vnímají rodinní příslušníci, kteří využívají služeb domácí/hospicové péče, zdravotně sociálního pracovníka a co všechno toto vnímání ovlivňuje. K získání uceleného obrázku jsem zvolila pracovní hypotézy.

Hypotéza č. 1, že respondenti se začali zajímat o využití domácí/hospicové péče až z důvodu vážné potřeby jejího využití, byla zahrnuta v dotazníku otázkami 1, 2, 19, 23 a 24. Ukázalo se, že v největším počtu se rodinní příslušníci dovídali o možnosti využít domácí/hospicové péče od lékařů a to v situaci, kdy sami nemohli zajistit potřebnou péči pro rodinného příslušníka při jeho závažných onemocněních. Přesto však cíleně zvolili péči, která probíhá v domácím prostředí, které nemocný člověk zná a kde se cítí bezpečně. Zajímavé bylo zjištění, že délka využívání hospicové péče trvala nejčastěji jen pár měsíců a právě proto je nejvíce využívána služba 24hodinové péče. Vyplývá z toho, že rodinní příslušníci si jsou vědomi toho, že péče o svého nemocného rodinného příslušníka bude trvat delší dobu, zasáhne do běhu života jejich a jejich nemocného člena rodiny a tato situace dosavadní život

změní, proto volí takový typ služby, aby rodinný příslušník nebyl osamělý, či byl sám jen minimální dobu. Z výše uvedeného vyplývá, že tento předpoklad se potvrdil.

Hypotéza č. 2, která předpokládala, že komunikace rodinných příslušníků se zdravotně sociálním pracovníkem je důležitá pro většinu respondentů. Tento předpoklad se opírá o otázky č. 3, 4, 5, a 8. Pro rodinné příslušníky je důležité vědět, jak se jmenují osoby, které je v náročné životní situace podporují a doprovázejí, čímž vystupují z anonymity.

Komunikace zdravotně sociálního pracovníka probíhá všemi možnými způsoby.

Přínosným se jeví, že se zdravotně sociální pracovník setkává i s ostatními členy týmu, kteří pečují o nemocného. Tím se zajistí výměna informací a členové týmu mohou dostatečně pružně reagovat na změny v péči o nemocného klienta. Proto lze tuto hypotézu uzavřít s tím, že se předpoklad potvrdil.

Hypotéza č. 3 předpokládala, že zdravotně sociální pracovník je potřebný pro všechny členy rodiny, ve které domácí/hospicová péče probíhá, se vztahovala k otázkám č. 6, 7, a 9. Z vyhodnocení výsledků výzkumu bylo patrné, že přestože zdravotně sociální pracovník nevykonává přímou 24hodinovou službu u nemocného, je jeho role zásadní v tom, že mapuje aktuální situaci v rodině, pomáhá při administrativních záležitostech, jako je v největší míře příspěvek na 24hodinovou péči, příspěvek na péči a dále pomáhá s dalšími formuláři. Tedy pomůže s žádostmi, které zajistí, že nemocný člen rodiny a potažmo rodinní příslušníci dosáhnou na financování potřebné péče. Tím dojde ke zkvalitnění života klienta. Vzhledem k výše uvedenému je možné konstatovat, že i tato hypotéza se potvrdila.

Poslední hypotéza č. 4 se domnívá, že všichni členové rodin jsou spokojeni s využíváním služeb domácí/hospicové péče, se opírá o otázky č. 10, 11, 12, 25 a 26. Rodinní příslušníci uvedli, že v naprosté většině jsou celkově spokojeni se službami domácí/hospicové péče. V otázce č. 11 mohli rodinní příslušníci uvést, zda mají negativní zkušenost a jedna odpověď se o takovou zkušenost podělila. Jednalo se o situaci, kdy se setkali s opilou pečovatelkou. Naopak v otázce, kde mohli respondenti uvést svá přání na službu domácí/hospicové péče, nešetřili nápady a požadavky a nejzajímavější bylo, že velké množství odpovědí se týkalo sociálního kontaktu – komunikace. Vzhledem k výše uvedenému vyplynulo, že výzkumný předpoklad se nepotvrdil.

V závěru průzkumu podotýkám, že v odpovědích rodinných příslušníků převažují kladná hodnocení a tedy že pohled na roli zdravotně sociálního pracovníka je pozitivní

ZÁVĚR

Aby bylo možné na konci bakalářské práce shrnout a popsat domácí a hospicovou péči v Rakousku. Aby bylo dosaženo tohoto cíle, byly zpracovány teoretické poznatky načerpané studiem literatury a internetových zdrojů zahraniční literatury, které vedly k získání potřebných informací důležitých pro zpracování tématu bakalářské práce.

Na začátku bakalářské práce jsme se zabývali charakteristikou domácí a hospicové péče v Rakousku a jeho systémem pro poskytování těchto služeb rodinným příslušníkům a klientům. Obsáhle je popsána služba 24 hodinové péče, kterou klienti mají možnost využívat pro své blízké, aby zajistili pomoc a podporu v domácím prostředí. Aby bylo v případě nouze zaručeno, že pečovatelský tým může kdykoli zasáhnout - hovoříme o „nezbytné a preventivní přítomnosti“ – bydlí ve stejné domácnosti jako příjemce služby. V Rakousku je zákonným požadavkem, aby pečovatelský tým pracoval maximálně 14 dní v kuse. Poté musí následovat období volna ve stejném rozsahu.

Lidé mohou 24 hodinovou péči využívat kvůli různým potřebám péče, jako je zdravotní postižení nebo vážná nemoc. Těžiště této práce je omezeno na 24hodinové pečovatelské vztahy, které byly uzavřeny na podporu starších osob. V přímé konfrontaci s touto formou práce vzbudil ve mně zájem podrobněji zkoumat 24 hodinovou péči a učinit z ní předmět bakalářské práce.

V praktické části bylo potřebné zjistit, kterou možností služba je nejvíce využívána klienty, kteří potřebují pomoc, doprovázení a podporování „nepřetržitě“, bylo nutné zaměřit výzkum na rodinné příslušníky a klienty využívající domácí a hospicové péče, kde se ukázalo, že v největší míře rodiny využívají pro své blízké domácí 24 hodinovou péči. Tyto data jsem získala dle výzkumného šetření, která mne vedou k závěru, že nejvíce respondenti využívají domácí 24 hodinovou péči a zdravotně – sociální pracovníci v rámci personálních agentur by měli více komunikovat s klienty využívající tuto péči.

Jisté je, že 24hodinová péče hraje při poskytování domácí péče stále důležitější roli. Pro mnoho rodin je to považováno za jedinou alternativu, jak zajistit, aby jejich příbuzní, kteří potřebují péči, dostali péči ve známém prostředí. Rakouský stát v tom vidí možnost poskytnout péči doma rodinám s malými finančními prostředky.

Je proto nutné vylepšit model 24 hodinové péče, je také čas zvážit obecné zpochybnění a přepracování rakouského systému zabezpečení péče. Změna tradičně zakotvené orientace rakouského systému péče se však ukáže jako obtížná a bude vyžadovat širokou škálu práce.

Z doporučení pro praxi vyplývá, že zdravotně – sociální pracovník má s klienty jeden krát měsíčně telefonický kontakt, který by se do budoucna mohl rozšířit v častější interval. V momentální situaci s pandemií COVID – 19 není možné navštěvovat klienty v jejich domácnostech, aby zdravotně – sociální pracovník, pracující pro personální agenturu mohl tak sám pomoci s podporou, kterou si vyžadují a vše řeší elektronicky a oběma stranám tento osobní kontakt chybí, jelikož často rodinní příslušníci nejsou schopni podat veškeré potřebné informace o svém blízkém, který si přeje využití domácí 24 hodinové péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

APPELT, Erna, Eva FLEISCHER a Max PREGLAU, 2014. *Elder Care - Intersektionelle Analysen der informellen Betreuung und Pflege alter Menschen in Österreich: Demokratie und Gesellschaft im 21. Jahrhundert*. 1. Innsbruck: StudienVerlag. ISBN 978-3-7065-5348-3.

BLAICHINGER, Norbert, 2014. *24 Stunden - Ausländische Pflegekräfte im Einsatz: Eine Reportage*. Munderfing: Aumayer Druck- und Verlags Gesellschaft. ISBN 978-3902981097.

DAIMINGER, Christine, Peter HAMMERSCHMIDT a Juliane SAGEBIEL, 2015. *Gesundheit und Soziale Arbeit: Schriftenreihe Soziale Arbeit der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München*. Neu-Ulm: Verein zur Förderung der sozialpolitischen Arbeit. ISBN 978-3-940 865-91-5.

HOMFELDT, Hans Günther a Stephan STING, 2006. *Soziale Arbeit und Gesundheit: Eine Einführung*. München: Ernst Reinhardt Verlag. ISBN 978-3-497-01867-3.

JOST, Annemarie, 2013. *Gesundheit und Soziale Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer. ISBN 978-3-17-022251-9.

KRENZ, Cornelia, 2013. *Ein Beweis des Lebens: Grundlagen Sozialer Arbeit im stationären Hospiz*. Herbolzheim: Centaurus Verlag & Media. ISBN 978-3862262212.

SCHÖN, Rosemarie, Elisabeth SPERLICH, Thomas NEUMANN a Michael SOMLYAY, 2014. *Betreuung daheim: Schritt für Schritt zur legalen Pflege*. 2. Wien: MANZ'sche Wien. ISBN 978-3-214-05834-0.

SPÖRK, Eduard a Andreas HELLER, 2012. *Die Hospizidee hat viele Mütter und Väter: Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich und die Hospizarbeit der Caritas Socialis*. Innsbruck: Tyrolia. ISBN 978-3702231903.

STÄDTLER-MACH, Barbara a Helene IGNATZI, 2020. *Grauer Markt Pflege: 24-Stunden-Unterstützung durch osteuropäische Betreuungskräfte*. Göttingen: Vandenhoeck + Ruprecht. ISBN 978-3-525-73328-8.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT, 2020. *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care*. 4. München: Ernst Reinhard. ISBN 978-3-8252-5484-1.

WEICHT, Bernhard a August ÖSTERLE. *Im Ausland zu Hause pflegen: Die Beschäftigung von MigrantInnen in der 24-Stunden-Betreuung*. Münster: Lit Verlag, 2016. ISBN 978-3-643-50761-7.

SEZNAM POUŽITÉ INTERNETOVÉ LITERATURY

AINBERGER, W. Die freien Gewerbe Personenbetreuung und Organisation von Personenbetreuung: Neuregelung durch die Gewerbeordnungsnovelle 2015 BGBl I 2015/81. *Wirtschaftskammer Österreich* [online]. [cit. 2021-4-27]. Dostupné z: <https://www.wko.at>

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2016 [online]. [cit. 2021-04-22].

Das Rechtsinformationssystem des Bundes [online], 2021. Wien: Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: ris.it@bmdw.gv.at

Entwicklung von Hospiz- und Palliative Care in Österreich, 2018, s. 5 [online]. [cit. 2021-04-22].

Gesundheit Österreich GmbH [online]. Wien [cit. 2021-4-28]. Dostupné z: www.goeg.at

Hospiz Österreich Hospiz- und Palliativeinrichtungen in Österreich [online]. [cit. 2021-04-22]. Dostupné z: <https://www.hospiz.at>

<https://www.jusline.at/gesetz/gukg/paragraf/22b> [online]. [cit. 2021-04-22].

Jusline [online], 2021. Wien: ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: <https://www.jusline.at/gesetz/gukg>

ÖSTERLE, August, Andrea HASL a Gudrun BAUER, 2013. *Vermittlungsagenturen in der 24-h- Betreuung* [online]. In: . 1. Linz: WISO, s. 10 [cit. 2021-04-22]. Dostupné z: <https://www.isw-linz.at>

Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen, 2012 [online]. [cit. 2021-04-22].

§ 22b GuKG Hospiz- und Palliativversorgung: GuKG - Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 2021. *JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.* [online]. [cit. 2021-4-28]. Dostupné z: <https://www.jusline.at/gesetz/gukg/paragraf/22b>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO – Světová zdravotnická organizace

EAPC - Evropská společnost pro paliativní péči

ZSP – Zdravotně sociální pracovník

tzv. – tak zvaně

Förderung – příspěvek

SEZNAM TABULEK**Tabulka č. 1 - Rozdělení povinností pečovatele****Tabulka č. 1 – Způsob dozvědění se o domácí/ hospicové péči****Tabulka č. 2 - Důvody rozhodnutí se výběru péče****Tabulka č. 3 - Představení všech členů týmu****Tabulka č. 4 - Frekvence kontaktu se ZSP****Tabulka č. 5 - Způsob kontaktu se zdravotně – sociálním pracovníkem****Tabulka č. 6 - Pomoc zdravotně – sociálního pracovníka klientům****Tabulka č. 7 - Zhodnocení práce zdravotně – sociálního pracovníka****Tabulka č. 8 - Podílení se zdravotně – sociálního pracovníka s ostatními členy týmu****Tabulka č. 9 - Spolupráce zdravotně – sociálního pracovníka v rámci rodiny****Tabulka č. 10 - Celková spokojenost se službami****Tabulka č. 11 - Negativní zkušenost s domácí/hospicovou péčí****Tabulka č. 13 - Pohlaví respondenta****Tabulka č. 14 - Věk respondenta****Tabulka č. 15 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondenta****Tabulka č. 16 - Rodinný stav respondenta****Tabulka č. 17 - Bydliště respondenta****Tabulka č. 18 - Pracovní zařazení respondenta****Tabulka č. 19 - Jak dlouho využíváte domácí/hospicovou péči****Tabulka č. 20 - Pohlaví klienta využívající zvolenou službu****Tabulka č. 21 - Vztah k osobě využívající péči****Tabulka č. 22 - Věk osoby, která využívá domácí/hospicovou péči****Tabulka č. 23 - Diagnóza klienta využívající péči****Tabulka č. 24 - Typ využívané péče****Tabulka č. 25 - Nejčastější přání blízkých při vstupu do péče**

Tabulka č. 26 - Důvody odmítnutí péče

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 - Způsob dozvědění se o domácí/ hospicové péči
- Graf č. 2 - Důvody rozhodnutí se výběru péče
- Graf č. 3 - Představení všech členů týmu
- Graf č. 4 - Frekvence kontaktu se ZSP
- Graf č. 5 - Způsob kontaktu se zdravotně – sociálním pracovníkem
- Graf č. 6 - Pomoc zdravotně – sociálního pracovníka klientům
- Graf č. 7 - Zhodnocení práce zdravotně – sociálního pracovníka
- Graf č. 8 - Podílení se zdravotně – sociálního pracovníka s ostatními členy týmu
- Graf č. 9 - Spolupráce zdravotně – sociálního pracovníka v rámci rodiny
- Graf č. 10 - Celková spokojenost se službami
- Graf č. 11 - Negativní zkušenost s domácí/hospicovou péčí
- Graf č. 13 - Pohlaví respondenta
- Graf č. 14 - Věk respondenta
- Graf č. 15 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondenta
- Graf č. 16 - Rodinný stav respondenta
- Graf č. 17 - Bydliště respondenta
- Graf č. 18 - Pracovní zařazení respondenta
- Graf č. 19 - Jak dlouho využíváte domácí/hospicovou péči
- Graf č. 20 - Pohlaví klienta využívající zvolenou službu
- Graf č. 21 - Vztah k osobě využívající péči
- Graf č. 22 - Věk osoby, která využívá domácí/hospicovou péči
- Graf č. 23 - Diagnóza klienta využívající péči
- Graf č. 24 - Typ využívané péče
- Graf č. 25 - Nejčastější přání blízkých při vstupu do péče

Graf č. 26 - Důvody odmítnutí péče

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: SPOLKOVÁ SBÍRKA ZÁKONŮ PRO REPUBLIKU RAKOUSKO

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK NĚMECKY -N EVYPLNĚNÝ

PŘÍLOHA P I: SPOLKOVÁ SBÍRKA ZÁKONŮ PRO REPUBLIKU RAKOUSKO

1 ze 4

SPOLKOVÁ SBÍRKA ZÁKONŮ PRO REPUBLIKU RAKOUSKO

ročník 2015	vydáno 1. prosince 2015	část II
397. Nařízení:	Úprava stavu a výkonu zajišťování pečovatelských služeb	

397. Nařízení spolkového ministra pro vědu, výzkum a hospodářství o úpravě stavu a výkonu zajišťování pečovatelských služeb

Na základě § 69 odst. 2 Živnostenského zákona 1994 – GewO 1994, BGBl. Nr. 194, naposledy pozměněný spolkovým zákonem BGBl. I Nr. 81/2015, se po dohodě se spolkovým ministrem práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitelů nařizuje:

1. část

Oblast uplatnění, definice pojmů

Oblast uplatnění

§ 1. Toto nařízení platí pro živnostníky, kteří vykonávají živnost zajišťování pečovatelských služeb (§ 161 živnostenský zákon 1994 – GewO 1994 BGBl. Nr. 194, v platném znění).

Definice pojmů

§ 2. Ve smyslu tohoto nařízení jsou, resp. je

1. „zprostředkovatelé“ osoby, které jsou oprávněny vykonávat živnost zajišťování pečovatelských služeb (§ 161 GewO 1994),
2. „pečovatelé“ osoby, které jsou oprávněny k vykonávání živnosti pečovatele (§ 159 GewO 1994),
3. „osoby vyžadující péči“ osoby, které využívají činnost zprostředkovatele (§ 161 GewO 1994),
4. „Smlouva o zajištění péče“ smlouva mezi zprostředkovatelem a pečovatelem,
5. „Smlouva o zprostředkování“ smlouva mezi zprostředkovatelem a osobou vyžadující péči nebo osobou, v jejíž prospěch je smlouva se zprostředkovatelem ve prospěch osoby vyžadující péči uzavřena.

2. část

Obecné povinnosti

Obecné povinnosti

§ 3. (1) Zprostředkovatelé musí své povolání vykonávat svědomitě s péčí řádného zprostředkovatele. Jsou povinni ohlásit jakékoliv nepatřičné jednání. Především je zakázáno pověřit péčí osoby, které nejsou k péči o osoby vyžadující péči oprávněny, nebo které mají přerušenu živnostenskou činnost dle § 93 ods. 1 GewO 1994.

(2) Zprostředkovatelé musí při výkonu své činnosti dbát na dobro osoby vyžadující péči a nesmí zneužít svou pozici k vlastnímu obohacení, jako např. prostřednictvím nevyžádaného zprostředkování nebo nevyžádaného uzavření obchodu. Především je zakázáno přijímat plnění bez poskytnutí protiplnění ve stejné hodnotě.

(3) Vyhledávání soukromých osob za účelem získání objednávek na zajišťování pečovatelských služeb je možné pouze na výslovnou žádost učiněnou na adresu zprostředkovatele. Přijímání objednávek na

taková plnění je možné pouze v místě provozovny nebo u příležitosti návštěvy přípustné dle předchozí věty.

- (4) Zprostředkovatel musí v rámci svého obchodního jednání, pokud neurčí jinak odst. 5:
1. poukázat na charakter služeb, které zprostředkovává,
 2. udat cenu svých zprostředkovatelských služeb,
 3. transparentně představit obsah svých zprostředkovatelských služeb, které poskytuje tak, že uvede cenu plnění jednotlivých služeb a
 4. v případě stanovených cenových příkladů cen uvést celkové náklady za kompletní plnění služeb také pro případ, že tyto praktické příklady zahrnují eventuální podporu na non-stop péči dle § 21b Bundespflegegeldgesetz (Spolkový zákon o peněžité podpoře na sociální péči) resp. právě tato služba je nabízena, pak musí uvést podmínky pro získání takové podpory.
- (5) Zprostředkovatel musí při inzerování odkazovat na charakter své činnosti a uvést telefonní číslo či internetovou adresu, na které lze zjistit/stáhnout informace uvedené v odst. 4 č 2 až 4.
- (6) Zprostředkovatel se musí v rámci obchodního jednání zdržet udání jakékoliv zavádějící informace, především ohledně plnění služeb a cen v souvislosti s vykonáváním svého povolání.

3. část

Zprostředkovatel, pečovatel

Informace před uzavřením smlouvy o zajišťování péče

§ 4. Zprostředkovatel musí sociálního pracovníka před uzavřením smlouvy o zajišťování péče v každém případě informovat o následujícím:

1. nutnosti předložit v okamžiku uzavírání smlouvy o poskytování péče řádné oprávnění k provádění činnosti v oblasti sociální péče (§ 2 Nařízení o pravidlech odborného vykonávání služeb sociální péče, BGBL. II Nr. 278/2007, v aktuálně platném znění),
2. činnostech povolených § 159 GewO 1994,
3. povinných opatřeních dle § 160 GewO 1994 nutných pro zajištění kvality a
4. požadavcích, které vyplývají z nařízení o úpravě odborného poskytování péče, především o zde uváděném minimálním obsahu smlouvy o poskytování péče.

Smlouva o zajišťování péče

§ 5. (1) Smlouvu o zajišťování péče je nutné uzavřít písemně. Zprostředkovatel musí sociálnímu pracovníkovi předat jedno písemné vyhotovení smlouvy.

(2) Minimálním obsahem smlouvy o zajišťování péče musí být následující:

1. jméno (firma) a adresa smluvního partnera
2. začátek a konec smluvního vztahu,
3. transparentní objasnění obsahu plnění, včetně údajů o probíhajících službách, pokud tyto byly ujednány mezi zprostředkovatelem a pečovatelem (jako např. asistence při příjezdu a odjezdu, asistence při urovnávání konfliktů mezi zprostředkujícími pečovateli a osobou vyžadující péči, asistence při zastoupení v případě zaneprázdnění),
4. splatnost a výši ceny, rozděleno dle jednotlivých plnění, způsob platby a informaci o tom, zda má zprostředkovatel za pečovatele plnou moc k inkasu,
5. ustanovení o ukončení smluvního vztahu, přičemž je třeba předpokládat, že bude smlouva o zajišťování péče ukončena smrtí sociálního pracovníka a osoba oprávněná vykonávat podnikatelskou činnost zajišťování péče musí částečně uhradit předem vyplacenou odměnu a také že smlouva může být oběma smluvními stranami zrušena, pokud tyto dodrží dvoutýdenní výpovědní lhůtu ke konci kalendářního měsíce, a
6. údaj kontaktní osoby zprostředkovatele, která je dostupná v určené a vymezené době.

(3) Jednotlivé obsahy jsou jednoduché a srozumitelné, nicméně zahrnují vše potřebné a to s přesným popisem.

Dokumentace

§ 6. Plnění, která průběžně poskytuje zprostředkovatel na základě smlouvy o zajišťování péče (§ 5 odst. 2 č. 3) je nutné pravidelně dokumentovat a na požádání pečovatele zpřístupnit, či vyhotovit kopii.

4. část

Zprostředkovatel, osoba vyžadující péči

Šetření potřeby

§ 7. (1) Zprostředkovatel musí před uzavřením smlouvy o zprostředkování:

1. prošetřit potřebu péče a situaci pro poskytování péče osobou péči vyžadující přímo v místě a
2. zkontrolovat, zda v daném konkrétním případě dokáže pečovatel pokrýt potřebnou službu stanovenou v č. 1.

(2) Zprostředkovatel musí výsledky šetření (č. 1) a kontroly (č. 2) zdokumentovat a na požádání zpřístupnit či vyhotovit kopii osobě vyžadující péči a smluvnímu partnerovi, pokud se tento liší od osoby péči vyžadující.

Poskytnutí informací

§ 8. Zprostředkovatel musí zájemce

1. seznámit s činnostmi, které smí zajišťovat pečovatelé dle § 159 GewO 1994,
2. seznámit s povinnostmi pečovatele (jako je např. povinnost daňového přiznání a odvodu daní a platba sociálního pojištění související s poskytováním péče),
3. seznámit s plněním, které nabízí zprostředkovatel za uvedené náklady, a sice na požádání písemně.

Smlouva o zprostředkování

§ 9. (1) Smlouvu o zprostředkování je nutno uzavřít v písemné formě. Zprostředkovatel musí osobě vyžadující péči, či osobě, která smlouvu se zprostředkovatelem uzavírá ve prospěch osoby vyžadující péči, předat jedno písemné vyhotovení smlouvy.

(2) Minimálním obsahem smlouvy o zprostředkování musí být:

1. jméno (firma) a adresa smluvního partnera
2. začátek a konec smluvního vztahu,
3. transparentní objasnění obsahu plnění, včetně údajů o probíhajících službách, pokud tyto byly ujednány mezi zprostředkovatelem a pečovatelem (jako např. pravidelná kontrola skutečnosti, zda se dle § 7 odst. 1 uplatněný nárok na péči nezměnil, poskytování odpovídajícího poradenství, asistence při urovnávání konfliktů mezi zprostředkovávajícím pečovatelem a osobou vyžadující péči, zajištění zástupce v případě zaneprázdnění),
4. splatnost a výši ceny, rozděleno dle jednotlivých plnění, způsob platby a informaci o tom, zda má zprostředkovatel za pečovatele plnou moc k inkasu,
5. ustanovení o ukončení smluvního vztahu, přičemž je třeba předpokládat, že bude smlouva o zajišťování péče ukončena smrtí osoby vyžadující péči a osoba oprávněná vykonávat podnikatelskou činnost zajišťování péče musí částečně uhradit předem vyplacenou odměnu a také že smlouva může být oběma smluvními stranami zrušena, pokud tyto dodrží dvoutýdenní výpovědní lhůtu ke konci kalendářního měsíce, a
6. údaj kontaktní osoby zprostředkovatele, která je dostupná v určené a vymezené době.

(3) Jednotlivé obsahy jsou jednoduché a srozumitelné, nicméně zahrnují vše potřebné a to s přesným popisem.

Dokumentace

§ 6. Plnění, která průběžně poskytuje zprostředkovatel na základě smlouvy o zajišťování péče (§ 9 odst. 2 č. 3) je nutné pravidelně dokumentovat a na požádání pečovatele zpřístupnit, či vyhotovit kopii.

5. část

Závěrečná ustanovení a ustanovení o vstoupení v platnost

Neutrální označení pohlaví

§ 11. Označení týkající se osob užívaná v tomto nařízení jsou uvedena v neutrálním významu.

Vstoupení v platnost a přechodná ustanovení

§ 12. (1) Toto nařízení vstupuje v platnost měsíc po uplynutí dne, kdy bylo zveřejněno. Upravovat je možné pouze smlouvy, které budou uzavřeny po tomto okamžiku.

(2) Stávající dokumentace musí být přístupná ve smyslu § 6, 7 odst. 2 a § 10. Není nutné je doplňovat se zpětnou účinností pro období předcházející tomu, kdy toto nařízení vstoupilo v platnost.

Mitterlehner

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK NĚMECKY -N EVYPLNĚNÝ

FRAGEBOGEN IM RAHMEN DER HAUSLICHE UND HOSPIZ PFLEGE IN OSTERREICH

Guten Tag, mein Name ist Alžběta Vrubelová und ich bin eine Studentin des 3. Jahres der kombinierten Form im Bereich Gesundheits- und Sozialarbeiter an der Tomas Bata Universität in Zlín. Ich möchte Sie bitten, beim Ausfüllen des Fragebogens mitzuarbeiten, dessen Ziel es ist, die häusliche Pflege und die Hospizpflege in Österreich abzubilden. Die erzielten Ergebnisse werden zur Vorbereitung der Abschlussarbeit (Bachelor) verwendet. Durch das Ausfüllen des Fragebogens stimmen Sie der Verwendung von Forschungsergebnissen für die Bachelorarbeit zu.

Anweisungen zum Ausfüllen:

Bei Fragen haben Sie nur die eine Option, sofern in der Frage nichts anderes angegeben ist, oder Sie füllen die gepunkteten Linien mit Ihren eigenen Worten aus.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Bereitschaft!

Alžběta Vrubelová

E- mail: a_vrubelova@ubt.cz

1 Wie haben Sie von häuslicher Pflege / Hospizpflege erfahren?

Fragesupport: *Mehrfachnennungen möglich*

- aus Zeitungen aus Fernsehwerbung von einem Arzt von Bekannten
 Sonstiges

2 Geben Sie die Gründe an, warum Sie sich bei der Auswahl Ihrer gewählten häuslichen Pflege entschieden haben.

Fragesupport: *Mehrfachnennungen möglich*

- Zugang zu meinem Wohnort nach dem Ruf des Hospizpflegers nach finanziellen Anforderungen im Lichte vergangener Erfahrungen
 nach meinen beruflichen Möglichkeiten gemäß meiner inneren Religion
 Sonstiges

FRAGEBOGEN IM RAHMEN DER HÄUSLICHE UND HOSPIZ PFLEGE IN ÖSTERREICH

3 Haben sich alle Mitglieder des Teams für häusliche Pflege / Hospizpflege, die zu Ihnen kommen, Ihnen vorgestellt?

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- Ja, wir kennen alle Nein, wir kennen nicht alle Wir haben sie auf Papier aufgelistet

4 Wie oft kontaktiert Sie ein Gesundheits - Sozialarbeiter?

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- einmal pro Woche einmal im Monat ich kann mich nicht erinnern

5 Wenn Sie in der vorherigen Frage mit JA geantwortet haben, wählen Sie die Option, wie der Gesundheits- Sozialarbeiter am häufigsten mit Ihnen kommuniziert.

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- telefonisch persönlich Per E-Mail alle das oben Genannte

6 In welchen Angelegenheiten hilft Ihnen der Gesundheits- und Sozialarbeiter im Rahmen der häuslichen / Hospizpflege?

Fragesupport: *Sie können mehr als eine Antwort auswählen*

- mit Sozialleistungen mit Medizinprodukten Sozialberatung mit dem Ausfüllen der Formulare
- mit der Regelung der letzten Angelegenheiten, wie ein Testament, eine Beerdigung, etc. mit einem Pflegegeld Förderung der 24-Stunden-Betreuung
- Sonstiges

7 Wie beurteilen Sie die Arbeit eines Gesundheits- Sozialarbeiters in Zusammenarbeit mit Ihnen in der häuslichen Pflege / Hospizpflege?

Fragesupport: *Note wie in der Schule, 1 - am besten, 5 - am schlechtesten*

- 1 2 3 4 5

8 Ist der Gesundheits- Sozialarbeiter an gemeinsamen Treffen mit anderen beteiligt, die sich um die Kranken / Sterbenden kümmern?

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- Ja, er ist beteiligt Nein, er ist nicht beteiligt Ich weiß es nicht, ich kann mich nicht erinnern

9 Mit wem arbeitet der Gesundheits- Sozialarbeiter in Ihrer Familie zusammen / mit wem kommuniziert er?

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- mit Ehemann/ Ehefrau mit Sohn / Tochter mit Enker/ Enkelin mit Nefte/ Nichte mit Nachbarn
 mit Vormund
 Sonstiges

10 Sind Sie im Allgemeinen mit häuslichen Pflege- / Hospizpflegediensten zufrieden? (Klasse wie in der Schule, 1 - am besten, 5 - am schlechtesten)

Fragesupport: *Note wie in der Schule, 1 - am besten, 5 - am schlechtesten*

- 1 2 3 4 5

11 Haben Sie negative Erfahrungen mit häuslicher Pflege / Hospizpflege gemacht?

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- Nein, habe keine erlebt Ich weiß es nicht, ich kann mich nicht erinnern
 Ja, wenn ja, beschreiben Sie

12 Gibt es etwas, das hier nicht gesagt wurde, und halten Sie es für wichtig, es zu sagen?

Fragesupport: *Schreiben Sie ein oder mehrere Wörter*

13 Geschlecht

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- Frau Man

14 Ihr Alter

Fragesupport: *gerundet in ganzen Jahren*

15 Ihr höchstes Bildungsniveau

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- Grundschulbildung Ausgebildet Sekundarschulbildung mit GCSE Universitäre/ Hochschulbildung
 Sonstiges

16 Ihr Familienstand

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- ledig verheiratet geschieden verwitwet
 Sonstiges, nachfüllen

17 Ihr Wohnort befindet sich

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- Dorf Stadt

18 Ihre Beschäftigung

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- Selbständig beschäftigungslos Rentner behinderter Rentner
 beschäftigt als, hinzufügen

19 Wie lange nutzen Sie schon die häusliche Pflege / Hospizpflege?

Fragesupport: *ganze Monate*

20 Wer nutzt die häusliche Pflege / Hospizpflege?

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- Frau Man Jugendliche Kind

21 In welcher Beziehung stehen Sie zu der Person, die es verwendet die häusliche Pflege / Hospizpflege?

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- Ehemann/ Ehefrau Sohn/ Tochter ein anderes Familienmitglied

22 Geben Sie das Alter der Person an, die zu Hause / im Hospiz betreut wird?

Fragesupport: *gerundet in ganzen Jahren*

23 Geben Sie an, mit welcher Diagnose der betreuten Person in die häusliche Pflege / Hospizpflege eintritt

Fragesupport: *Wählen Sie eine Antwort*

- Ich weiß es nicht, ich erinnere mich nicht

- Diagnose der betreuten Person (onkologisch usw.)

24 Welche Art von Pflege verwenden Sie?

Fragesupport: *Möglichkeit mehrere Antworten*

- häusliche Pflege Hospizpflege 24 Stunden Betreuung
 Sonstige

25 Welche Wünsche werden Ihren Lieben für die häusliche Pflege / Hospizpflege am häufigsten genannt?

Fragesupport: *Möglichkeit mehrere Antworten*

- Körperpflege (Vollbad, Dusche, Körperpflege im Bett, Körperpflege am Waschbecken) Positionieren / Legen im Bett Gespräch / Kommunikation Zubereitung von Medikamenten (zB Analgetika)
 Möglichkeit der Pflege durch eine andere Pflegekraft/ Krankenschwester spezielle Getränke Tagesablauf (später ins Bett gehen, später frühstücken) bestimmte Lebensmittel- oder Getränke- / Ernährungsbedürfnisse
 Mobilisierung aus dem Bett Terminal Pflege "Bleib allein" (Patient möchte derzeit keine Pflege)
 Sonstiges

26 Welche Gründe führen Ihrer Meinung nach dazu, dass Patienten die häusliche Pflege / Hospizpflege verweigern?

Fragesupport: *Möglichkeit mehrere Antworten*

- Verwirrung aufgrund falscher oder falscher Medikamentendosierung Ich möchte keine Last sein Zum Zeitpunkt der geplanten Umsetzung kein Behandlungswunsch Kein Lebenswille mehr - der Patient "gab auf"
 Verwirrung durch Krankheit oder schlechten Allgemeinzustand Ich weiß es nicht
 Sonstiges