

**HISTORIE CENTRA SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNÍCH
SLUŽEB PODĚBRADY o. p. s.**

Bakalářská práce

Kateřina Třísková

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Praha 5

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel PhD. MPH. R.N

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím se zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 31.3. 2010

.....

podpis

PŘEDMLUVA

Po dobu svého studia jsem se setkávala při přednáškách a seminářích s různými názory na způsoby, jak zachovat samostatný a nezávislý způsob života pro člověka, který se dostal do nepříznivé sociální situace. V současné době převládá názor, že nejvhodnějším způsobem je komplexní péče o člověka v jeho přirozeném sociálním prostředí. Tato komplexnost spočívá v zajištění sociálních služeb, propojených se službami domácí zdravotní péče.

Přesto, že je tato myšlenka vydávána za zcela novou, není tomu tak. Již v roce 2000 se organizace Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady přihlašuje do výběrového řízení Okresního úřadu v Nymburce s projektem, který řeší, jak dosud poskytované sociální služby rozšířit o služby domácí zdravotní péče. V té době šlo o zcela unikátní projekt. Jeho realizace se uskutečnila pouze díky obětavé a erudované práci ředitelky organizace, která dokázala přesvědčit kompetentní pracovníky o výhodách poskytování komplexní sociální a zdravotní péče. V neposlední řadě i o tom, že se jedná o péči finančně méně náročnou, než jsou poskytované služby ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních. Projekt byl zahájen v roce 2001 a trvá doposud. Cílem mé práce je prokázat, že tato doba je dostatečná proto, aby bylo zřejmé, že se jedná o správnou cestu.

Vycházím z vlastních poznatků z práce v organizaci, kde jsem od roku 2003 pracovala jako pečovatelka a později jako všeobecná sestra. Chtěla bych ocenit nelehkou práci všech pracovníků - pracovníků přímé péče a všeobecných sester. Pro svoji práci jsem použila různé archivní materiály, zřizovací listiny, rozborů hospodaření, statistické výkazy a další, se kterými budu dále pracovat a ze kterých bych měla v závěru dokázat ojedinělost uváděného projektu a jeho skutečný přínos.

Účelem práce je prokázat vývoj v sociální práci a výhody poskytované komplexní péče v domácím prostředí.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanu Syslovi PhD. MPH. R.N. za podnětné rady a podporu, kterou mi poskytl při vypracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům ředitelství Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady.

ABSTRAKT

TŘÍSKOVÁ, Kateřina. Historie Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. Vysoká škola zdravotnická o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel PhD.MPH. R.N.

Hlavním tématem bakalářské práce je Historie Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. Cílem práce je zmapovat důležité momenty v organizaci a její historii. Porovnat společné ukazatele a definovat organizační výhody a provázanost sociálních a zdravotních služeb. Bakalářská práce je rozdělena do pěti částí. Obecná část - stáří a ageismus, kde je popisováno stáří jako sociologický proces, ageismus a jeho definice, projevy a prevence. Druhá část je zaměřena na historii ošetřovatelství v domácí péči - počátky ošetřovatelství v českých zemích, první zmínky o domácí péči ve světě a postupný vývoj až do roku 2009. Třetí - hlavní část popisuje historii domácí péče na okresu Nymburk od roku 1971 do roku 2009. Tato část je rozdělena na historii poskytování sociálních služeb v domácím prostředí a na historii poskytování zdravotních služeb v domácím prostředí. Ve čtvrté části je popisována současnost Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s.. V páté části je zpracován snímek dne pracovníka sociální péče a všeobecné sestry a vzájemná provázanost sociálních a zdravotních služeb. Tento model komplexní domácí péče je nejen ekonomicky výhodnější než ústavní péče, ale především je šetrný k pečovanému člověku, který zůstává ve svém přirozeném sociálním prostředí v blízkosti své rodiny, svých známých.

Klíčová slova: Domácí zdravotní péče. Komplexní péče. Terénní sociální služba. Terénní zdravotní služba.

ABSTRACT

TŘÍSKOVÁ, Kateřina. History Center of Social and Health Services Poděbrady o.p.s. The College of Nursing o.p.s, Bachelor degree; Tutor: PhDr. Dušan Sysel PhD. MPH. R.N.

The main title of my bachelor thesis is History Center of Social and Health Services Poděbrady o.p.s. The goal of the thesis is to map the important moments in the organization and its history. The goal is to compare among common indicators and define the organizational advantages, and interdependence of social and health services. The bachelor thesis is divided into five parts. General part is elderly and ageism which is described about elderly like sociological process, ageism and its definition, speeches and prevention. The second part focuses on the history of nursing at home care – the beginning of nursing in the Czech Republic, first mention of home care in the world and gradual development until to 2009. The third is major part, which is description about home care in the district Nymburk since 1971 till 2009. This part is divided into history providing social services and health services at home. The fourth part is description about the present Social Center and Health Services Poděbrady o.p.s. The fifth part is about working profile social workers and general nurses, and interdependence of social and health services. The model of comprehensive nursing care is not only more economically advantageous than institutional care, but it's particularly sparing of the patient who is staying at home with his next of kin and family.

Key words: Home care. Comprehensive care. Field social service. Filed health service.

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Deinstitucionalizace = je proces změn umožňující lidem s postižením žijícím dosud v ústavu žít v běžných životních podmínkách za současného zlepšení kvality jejich života. Součástí je snaha umožnit lidem aktivně žít v běžné společnosti neboli v domácím prostředí.

Ergoterapie = dříve se nazývala jako léčba prací. Vychází z předpokladu, že člověk může zlepšit své zdraví a kvalitu života tím, že se aktivně zapojuje do zaměstnávání, která pro něj mohou být významná a smysluplná.

Hospicová péče = nabízí těžce nemocným (většinou v terminálním stavu) a jejich blízkým účinnou pomoc, kdy už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného nedostačující.

Individualita = vyhraněná osobnost, osobitost, svéráznost.

Inzulín = je hormon slinivky břišní snižující krevní cukr.

Klyzma = jedná se o vpravení tekutiny konečníkem do esovité kličky a do tlustého střeva.

Permanentní močový katétr = je nejčastěji používaný k chronickému odvádění moče do sběrného sáčku.

Stomie = je uměle vytvořené vyústění dutého orgánu před stěnu břišní.

Transformace = změna stavu, přeměna, přetvoření.

Zainteresovaných institucí = zahrnutých do společnosti.

OBSAH

ÚVOD	9
1 STÁŘÍ A AGEISMUS	12
1.1 STÁŘÍ JAKO SOCIOLOGICKÝ PROCES	12
1.1.1 <i>Stárnutí jako biologický proces</i>	13
1.2 AGEISMUS	13
1.2.1 <i>Pojem „Ageismus“</i>	13
1.2.2 <i>První česká definice ageismu</i>	15
1.3 PROJEVY AGEISMU	15
1.4 ZDROJE AGEISMU A JEJICH PREVENCE	16
1.5 AGEISMUS – PRAKTICKÁ ZKUŠENOST	17
2 HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ V DOMÁCÍ PÉČI	18
2.1 POČÁTKY OŠETŘOVATELSTVÍ V ČESKÝCH ZEMÍCH	18
2.2 PRVNÍ ZMÍNKY O DOMÁCÍ PÉČI VE SVĚTĚ	18
2.3 ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ	19
2.4 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA JAKO SOUČÁST ČSČK	20
2.5 VÝVOJ PEČOVATELSKÝCH SLUŽEB PO ROCE 1959	21
2.6 VZNIK AGENTUR DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	22
2.7 SPOLUPRÁCE SE VŠEOBECNOU ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNOU	23
2.8 VZNIK ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE	23
2.9 VÝVOJ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V OBDOBÍ 1996 -2005	24
2.10 ZMĚNY V LEGISLATIVĚ V ROCE 2006	25
3 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE NA OKRESE NYMBURK	26
3.1 VÝZNAMNÉ ČASOVÉ ÚSEKY V ORGANIZACI OD ROKU 1971	27
3.1.1 <i>Rok 1971-1975</i>	27
3.1.2 <i>Rok 1976-1991</i>	28
3.1.3 <i>Rok 1992- 2002</i>	29
3.1.4 <i>Rok 2003-2005</i>	30
3.1.5 <i>Rok 2006- doposud</i>	31
3.2 DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE NA OKRESE NYMBURK	32
3.3 PROJEKT POSKYTOVÁNÍ DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	33
3.4 REGISTRACE NESTÁTNÍHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ ROK 2003	36
3.5 ZMĚNA REGISTRACE NESTÁTNÍHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ V ROCE 2005	36
3.6 TRANSFORMACE DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE NA OKRESE NYMBURK	37
4 SOUČASNOST CSZS PODĚBRADY O.P.S.	39
4.1 VEŘEJNÝ ZÁVAZEK	39
4.1.1 <i>Poslání společnosti</i>	39
4.1.2 <i>Cíl společnosti</i>	39
4.1.3 <i>Cílová skupina</i>	40
4.2 PŘEHLED SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	40
4.2.1 <i>Terénní Pečovatelská služba</i>	40
4.2.2 <i>Ambulantní pečovatelská služba</i>	41
4.2.3 <i>Denní stacionář</i>	41
4.2.4 <i>Osobní asistence</i>	42
4.2.5 <i>Odlehčovací služby</i>	42

4.3	PŮSOBNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA ÚZEMÍ OKRESU NYMBURK	43
4.4	DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	43
4.5	SPOLUPRÁCE SE ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI	44
4.5.1	<i>Podmínky spolupráce</i>	44
4.5.2	<i>Rozbor úhrad od zdravotních pojišťoven</i>	45
4.6	VÝHODY PROVÁZANOSTI SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	52
4.7	FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	53
5	SNÍMEK DNE, PROVÁZANOST SLUŽEB	56
	ZÁVĚR	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	61
	PŘÍLOHY	65

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Celkové příjmy od pojišťoven	46
Graf 2 - Přehled příjmů zdravotních pojišťoven	47
Graf 3 - Přehled příjmů od Všeobecné zdravotní pojišťovny	48
Graf 4 – Podíl příjmů od jednotlivých pojišťoven v roce 2009	49
Graf 5 – Vývoj počtu pacientů od roku 2001 do roku 2009	50
Graf 6 – Počet pacientů rozdělený na muže a ženy	51
Graf 7 – Vývoj počtu úkonů	52
Graf 8 – Klienti využívající zdravotní i sociální služby	53
Graf 9 – Přehled příjmů v roce 2008	54
Graf 10 - Přehled o peněžních výdajích 2008	55

Úvod

Bakalářská práce popisuje historii ošetrovatelství na území naší republiky, pro kterou jsem čerpala podklady z dostupných archivních materiálů. Pro vývoj v letech 1971 až 2009 jsem použila z části archivní materiály a z části své vlastní zkušenosti a poznatky z práce v organizaci Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s.

Konkrétně jsem se zaměřila na historii sociálních a zdravotních služeb na území okresu Nymburk, kde tato organizace působí. Zmapovala jsem funkci společné provázanosti služeb, které mají sloužit pro poskytování komplexních sociálních a zdravotních služeb občanům se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Společným posláním terénních sociálních a zdravotních služeb je podporovat klienty v co nejdelším setrvání ve svém přirozeném sociálním prostředí a to i v situacích, které vyžadují podporu a pomoc dalších osob. Velmi pozitivním aspektem terénních sociálních a zdravotních služeb je skutečnost, že jejich správným nastavením a realizací jsou schopny oddálit, nebo zcela vyloučit umístění klientů v pobytových zařízeních, čímž je podpořeno zachování vazeb na přirozené prostředí, blízké a přátele.

Filosofie terénních zařízení je v souladu s evropským vývojem sociálních služeb, který je koncepčně zaměřen na podporu deinstitucionalizace jako prevenci proti společenskému vyloučení. Nicméně skutečností zůstává, že v naší republice je tato podpora zakotvena pouze v politických deklaracích a v dlouhodobých rozvojových vizích zainteresovaných institucí.

Jako jeden z příkladů je možné uvést dokument *„Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti,“* publikovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky v červnu 2006 (dostupné na: <http://www.mpsv.cz>)

Výrazná preference pobytových služeb představuje jeden ze zakotvených stereotypů, který stárí v naší společnosti v rámci společenských procesů doprovází.

Nárok na poskytování domácí zdravotní péče má každý občan České republiky (dále ČR), jehož ošetřující lékař po zhodnocení celkového zdravotního stavu a stavu vlastního sociálního prostředí rozhodne o poskytování domácí péče. Domácí péče je poskytována na základě rozhodnutí ošetřujících lékařů každoročně statisícům klientů a pacientů všech věkových, indikačních a diagnostických skupin.

Vývoj domácí péče zaznamenal úspěchy díky svému akcentu na lidskost, kvalitu a efektivitu péče. Domácí péče je však živý, stále se vyvíjející organismus, který se přizpůsobuje poznatkům vědy a výzkumu. Adaptuje se na změny postoje společnosti ke kvalitě života jedince i požadavkům na dostupnost, efektivitu a kvalitu péče ze strany ošetřujících lékařů i zdravotních pojišťoven.

Je přirozené, že informace o domácí péči začínají klienti vyhledávat až ve chvíli, kdy tyto služby bezprostředně potřebují. Podmínky pro poskytování domácí péče i její rozsah se s rozvojem vědy, techniky i výzkumu průběžně vyvíjí či mění. Nezbytnou součástí je poskytnout podporu občanům v samostatném a nezávislém životě v domácím prostředí, kde jsou zachovány přirozené rodinné, přátelské a společenské vazby.

Se zajištěním a provázaností sociálních a zdravotních služeb tak, jak je organizačně zajištěna na území okresu Nymburk jsem se během své praxe nesečkala a tato forma není v našem státě běžná. V období 9 let, kdy tato provázanost funguje se velmi osvědčila a z mého pohledu bych jí doporučila i pro ostatní organizace, které se poskytováním sociálních a zdravotních služeb zabývají. Za dosažené výsledky obdržela organizace Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s., v roce 2005 ocenění od Gerontologické a Geriatrické společnosti za provázanost a rozsah poskytování sociálních a zdravotních služeb.

CÍL PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce je stanovit a zmapovat důležité momenty v organizaci a její historii. Porovnat společné ukazatele a definovat organizační výhody a provázanost služeb.

Jako jedinou studii v rámci republiky, bych chtěla touto prací přispět k prosazování komplexní péče o občany v domácím prostředí. Předat k dispozici sociálnímu odboru Středočeského kraje pro získání uceleného přehledu poskytování terénních služeb na okresu Nymburk. Tuto práci lze využít i na obcích, při sestavování komunitních plánů.

1 STÁŘÍ A AGEISMUS

1.1 Stáří jako sociologický proces

Co znamená stáří a kdy je člověk starý? Typickým projevem dnešní skutečnosti je, že každý se chce dožít vysokého věku, ale nikdo nechce být starý. Můžeme také říct, že člověk je starý natolik, nakolik se cítí. Výzkumy Světové zdravotnické organizace definují v souvislosti se stářím čtyři základní období.

Období **od 45 až 59 let** je považováno za období středního nebo zralého věku; období **od 60 do 74 let** je definováno jako období raného stáří, čili vyššího věku; období **mezi 75 a 89 lety** je charakterizováno jako období vlastního stáří; věk, který překročí **hranici 90 let**, bývá označován jako dlouhověkost (*Vademecum zdraví, 2007*).

V sociologickém slovníku je uvedena definice, která charakterizuje pojem stáří jako poslední fázi života a uvádí: „*Stáří (old age), Fáze životního cyklu, která nastává většinou po skončení ekonomické činnosti a je doprovázena fyzickými a duševními změnami. Nedá se vymezit pouze věkem, protože individuální rozdíly mezi jedinci jsou velké. Obecně se uvádí, že stáří znamená sníženou schopnost adaptace, narůstající sociální izolovanost danou postupným ztrácením rodinných příslušníků, přátel a spolupracovníků a odchodem dětí z primární rodiny. Ve stáří se zmenšuje okruh zájmů. Právní definicí stáří je věk, kdy člověk odchází do důchodu*“ (*Jandourek, 2001, s. 237- 238*).

Stáří je tedy spojováno s ukončením profesních a ekonomických aktivit, stáří je automaticky připisován sociální status důchodce. Důsledky odchodu do důchodu ovlivňují nejen ekonomickou situaci jedince, ale představují zásah do jeho společenského postavení, což může mít za následek i změny v psychice.

Průběh stáří je ovlivněn faktory sociálními (sociální izolovanost), zdravotními (zdravotní stav a s tím související závislost na pomoci druhých) a faktory ekonomickými.

Nejobvyklejší pohled na stáří jako na životní proces uvádějí autoři v knize: „Soužití se staršími lidmi“. Stáří, jako proces charakterizují takto: „*Život se odehrává*

ve třech fázích: nejprve je to fáze progresu (dětství, mládí), následuje dlouhé období, které bychom přirovnali k rovině, a nakonec období úpadku, tedy stáří“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s.14). Tento velmi zjednodušený pohled může být dle autorů příčinou toho, proč je mnohdy stáří vnímáno negativně a proč stáří obvykle nahání strach.

Proces stárnutí je přirozený a především neodvratitelný jev, který sám o sobě neznamená nemoc a bezmocnost. Erik Erikson, americký psycholog, vypracoval koncepci osmi stadií ve vývoji jedince. Každé stádium je charakterizováno konfliktem, jehož překonání umožňuje člověku pokračovat ve svém vývoji. Stádium stáří má dle Eriksona za hlavní vývojový cíl dosažení zralosti - dosažení integrity v pojetí vlastního života: *„Stáří – integrita – pochybování (člověk se obrací do minulosti a má výsledný pocit spokojenosti, nebo nespokojenosti se sebou samým, pocit naplněnosti života, nebo pocit životní nespokojenosti, tyto pocity odrážejí úroveň integrace osobnosti, kdo není se svým životem spokojen, má pocit pochybnosti o tom, co žil a kým byl, což může v krajním případě vést až k autodestrukci“ (Nekonečný, 1997, s. 157).*

1.1.1 Stárnutí jako biologický proces

Stárnutí je proces, který je spojen s pozvolným úpadkem všech tělesných funkcí, čímž dochází k postupné ztrátě fyzických a psychických schopností organismu.

1.2 Ageismus

1.2.1 Pojem „Ageismus“

V České republice, stejně tak jako v jiných zemích obyvatelstvo stárne. Dle údajů Českého statistického úřadu přesahoval v roce 2006 počet obyvatel starších 65 let 1 466 000 osob, zatímco v roce 1998 činil jejich počet pouze 1 409 000. Prognózy statistických úřadů jsou pro progresivitu společnosti velmi nepříznivé. Na základě zjišťovaných údajů existuje reálný předpoklad, že lidé nad 65 let budou tvořit téměř jednu čtvrtinu celkové populace (*Demografická ročenka krajů České republiky 1991 až 2006*).

Stáří se tak stává multidimenzionálním prostorem, ve kterém se slučují sociální, kulturní i ekonomické vlivy. V souvislosti s modernizací společnosti a s tím spojenou změnou kulturních hodnot, dochází k výraznému snížení společenského statusu stáří. V souvislosti s tímto faktem se začíná hovořit, především v odborné veřejnosti, o projevech diskriminace lidí pro jejich stáří.

Pojem ageismus poprvé použil americký psychiatr Robert Butler v roce 1968, který jako první hovořil o diskriminaci na základě věku a charakterizoval ageismus jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří. Ageistické projevy přirovnává např. k projevům rasismu. Jako jeden z důsledků ageismu uvádí postoj mladší generace vůči starším lidem, který je typický vnímáním své odlišnosti. Následek tohoto postoje se projevuje v tom, že mladí lidé nepřijímají identifikaci se staršími jako s lidskými bytostmi. Naopak, někdy se ageismus projevuje jako účelná metoda, kterou společnost propaguje pohled na starší osoby.

Definici Butlera rozpracoval v roce 1999 Palmore, podle něhož je ageismus v podstatě jakýkoli předsudek nebo diskriminace proti nebo ve prospěch určité věkové skupiny, přičemž diskriminaci definuje jako nepatřičné, nemístné a negativní zacházení s jejími členy (*Vidovičová, 2005*).

Z českých autorů zabývajících se definicí pojmu ageismus je nutné jmenovat **T. Tošnerovou** a **L. Vidovičovou**.

Tošnerová v publikaci „Ageismus, průvodce stereotypy a mýty o stáří“ přináší informace o různých formách diskriminace starší populace, upozorňuje na předsudky a mýty, které se ke stáří vztahují. Autorka se při definování pojmů souvisejícími s termínem ageismus opírá o encyklopedické zdroje (*Diderot 2006 a Akademický slovník cizích slov*) a uvádí následující citace:

Ageismus – věková diskriminace postihující především staré lidi, může vést k věkové segregaci, vyčleňování ze společnosti, je podporován sociálně – ekonomickými problémy a společenskými představami podceňujícími stáří.

Ageismus jako sociálně patologický jev nebyl dosud v České republice systematicky monitorován ani vyhodnocen.

1.2.2 První česká definice ageismu

První česká definice ageismu byla zveřejněna ve výzkumné zprávě „Věková diskriminace – ageismus, úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh“ ve znění: „*Ageismus, nebo-li věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze procesy systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a nebo na jejich příslušnosti k určité generaci*“ (Vidovičová, 2005).

1.3 Projevy Ageismu

Rok po vydání publikace „Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří“, v průběhu let 2003 – 2005, realizoval Výzkumný ústav práce a sociálních věcí empirický výzkum „Ageismus 2003“, zaměřený na projevy ageismu v České republice.

Výzkum se zaměřil zejména na zodpovězení otázek, zdali jsou projevy ageismu patrné v oblasti mezilidských vztahů (komunikace obecně) a občanského práva (otázky občanství, důchodového a zdravotního systému).

Výsledky výzkumu byly publikovány ve výzkumné zprávě, kterou za tým výzkumníků zpracovala a na webových stránkách zveřejnila L. Vidovičová.

V rámci empirického výzkumu byly zjišťovány ageistické postoje jednak v projevech populace, jednak z pohledu vnímání ageismu na základě vlastního prožitku. V obou případech bylo prokázáno, že ačkoliv se o ageismu mezi českou veřejností příliš nediskutuje, jsou jeho projevy v české společnosti přítomné.

Výsledky empirických šetření prokázaly, že nejčastější zkušenost má seniorská populace s ageistickými formami chování, které se nejvíce projevují v komunikaci, především se jedná o blahosklonná oslovení, zesměšňování, podceňování schopností kvůli věku.

1.4 Zdroje ageismu a jejich prevence

Jedním ze základních zdrojů ageismu je skutečnost, že chronologický věk je vnímán jako hranice jednotlivých etap lidského života. S tímto pojetím souvisí například automatické zařazování lidí při dosažení hranice důchodového věku ke skupině „důchodců“, která je obvykle chápána jako skupina lidí s ekonomickou závislostí.

Dalším zdrojem ageistických přístupů je prezentace stáří. Stáří je spojováno s obrazem vrásčitého a ochablého těla, je spojováno se strachem ze samoty a blížící se smrti. Tento pohled na stáří je v současné společnosti podporován uznávaným kultem mládí, (např. většina televizních moderátorek jsou mladé půvabné dámy).

Na základě výsledků empirických výzkumů jsou formulována opatření a doporučení, která by mohla zmírnit dopad ageistických přístupů a současně by mohla působit jako jejich prevence. Doporučení se dotýkají oblastí sociálního života v kontextu zjišťovaných skutečností.

- v oblasti postoje k věku jako sociální charakteristice: např. vytvořit společnost, kde se práce, odpočinek a učení bude prolínat celým životním cyklem, zajistit možnost celoživotních forem vzdělávání apod.
- v oblasti trhu práce: např. odstranit princip seniority v odměňování, provázat odměnu s výkonem, zvýšit flexibilitu pracovního trhu (mezigenerační trénink), zaměřit se na problematiku nezaměstnanosti osob ve vyšším věku oblasti populární kultury: např. důraz na etiku mediálního prostředí (novinářské kodexy s antidiskriminační klauzulí), soustředit se na výchovnou funkci médií, podporovat pozitivní přístup k tělu a jeho přirozenému stárnutí, zařadit do školní přípravy výchovu k uzavřenému životnímu cyklu apod.
- v oblasti důchodových systémů: např. redefinovat koncept důchodů (ve smyslu: důchod znamená určité zařazení, nálepkování)
- v oblasti zdravotních systémů: např. vychovávat lékaře i ostatní zdravotnický personál ve smyslu úcty k životu

1.5 Ageismus – praktická zkušenost

Typickým příkladem je jednání blízkých či příbuzných osob, doprovázejících budoucí uživatele v okamžiku, kdy žádají o poskytování sociálních a zdravotních služeb. Procesu poskytování služeb předchází fáze vyjednávání o službě. Je to setkání zájemce a poskytovatele, při kterém si vzájemně vyjasňují svá očekávání, společně definují cíl, kterého má zájemce o službu s podporou poskytovatele dosáhnout.

Zásadou vyjednávacího procesu je poskytnout budoucímu klientovi co nejvíce informací o způsobech a formách pomoci a současně, pokud je to možné, získat co nejvíce informací pro stanovení jeho sociální anamnézy. Jedním z principů kvality sociálních služeb je poskytnout klientovi k jednání dostatek prostoru a času a především respektovat jeho právo volby o způsobu a rozsahu pomoci tak, aby vyhovovala jeho představám a potřebám.

Problém související s pojmem ageismus nestojí na straně poskytovatelů, stojí na straně příbuzných a blízkých osob budoucích uživatelů, seniorů. Svým jednáním jakoby sdělovali, že s příchodem stáří a s tím i určité míry závislosti na pomoci druhých osob, zaniklo právo seniora rozhodovat, nebo alespoň spolurozhodovat o svém dalším životě. V průběhu úvodních jednání velmi často zaznívá věta: *„Ale, tomu ty přece vůbec nerozumíš, já nejlépe vím, jakou pomoc potřebuješ“*.

Tyto situace kladou velké nároky na profesionální dovednosti pracovníků, od kterých se očekává, že povedou jednání taktickým a empatickým způsobem a v konečné fázi dosáhnou dohody, jejíž důsledkem bude naplnění potřeb klienta – uživatele.

2 HISTORIE OŠETŘOVATELSTVÍ V DOMÁCÍ PÉČI

Domácí péče je humánní holistická péče poskytovaná lidské bytosti v jejím vlastním sociálním prostředí. Pojem domácí péče nerozlišuje formu poskytnutí péče na sociální a zdravotní, ale bere ji jako komplex. Teprve v 90. letech 20. století dochází k oddělení těchto dvou typů péče a jejich specializaci.

2.1 Počátky ošetřovatelství v českých zemích

Svatá Anežka Přemyslovna, dcera českého krále Přemysla Otakara I, zakládá v roce 1223 Laické bratrstvo špitální, ze kterého vznikl řád Křížovníků s červenou hvězdou, který například za vlády Karla IV. (1316-1378) spravoval v českých zemích šedesát špitálů.

Za vlády Marie Terezie (1740-1780) v době osvíceneckého absolutismu, došlo ke zlepšení péče o poddané v sociální sféře. Staví se různé útulky, zakládají se spolky pro ochranu a pomoc potřebným. V domácí péči se začíná propojovat jak charitativní, tak i odborná stránka.

V době Národního obrození část intelektuálů - například Karolína Světlá, Eliška Krásnohorská se snaží podporovat sociální i odbornou péči pro všechny obyvatele bez rozdílu. Roku 1874 je z jejich iniciativy založena první ošetřovatelská škola. Jsou zřizovány různé spolky, pořádány dobročinné akce na podporu sociálně slabých. V roce 1919 je za významné pomoci Alice Masarykové založen Československý červený kříž.

Vysoké náklady na ošetřování v nemocnicích a snaha zlepšit úroveň zdravotnictví, daly vznik myšlenky odborné ošetřovatelské pomoci v domácnosti. (<http://www.domaci-pece.info>).

2.2 První zmínky o domácí péči ve světě

Moderní koncept domácí péče byl zahájen v roce 1859 v Liverpoolu - panem Williamem Rathbonem, známým byznysmenem a filantropem, který přišel na myšlenku domácí péče v době, kdy jeho žena umírala na zhoubnou chorobu.

Ve spolupráci s Florence Nightingalovou (zakladatelka a propagátorka moderního ošetrovatelství) založil první školu pro sestry, které poskytovaly ošetrovatelskou péči nemocným, potřebným a chudým lidem.

V roce 1885 byla ve Spojených státech ve městech New Yorku, Buffalu, Bostnu a Philadelphii založena organizace sester v domácí péči, která pomáhá chudým a opuštěným lidem, kteří mají zdravotní problémy.

V rámci celé Evropy koncem 19. století dochází k rozvoji domácí péče. V průběhu dvou světových válek v průběhu 20. století zatlačena do defenzívy díky kumulaci klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních, rozvoji a koncentraci zdravotnické techniky v lůžkových zdravotnických zařízeních. (<http://www.domaci-pece.info>).

2.3 Český červený kříž

Vzhledem k tomu, že první zmínky o organizované pomoci seniorům jsou dostupné v archívech Červeného kříže, je nutné se v souvislosti se vznikem pečovatelských služeb zmínit také o vzniku a vývoji zmíněné organizace.

Za datum vzniku Červeného kříže (dále ČSČK) bývá považován počátek února roku 1919, a to i přesto, že již 5. září roku 1868 schválilo místodržitelství stanovy „Vlasteneckého pomocného spolku pro Království české“, který bylo součástí Rakouské společnosti Červeného kříže. Podle akceptace tohoto data by se řadil Český červený kříž v časovém žebříčku podle roku založení na čestné 13. místo na světě.

Stanovy ČSČK byly schváleny Ministerstvem vnitra Československé republiky (dále jen ČSR) je dne 23. června 1919. V tomto roce přistoupila ČSR na žádost ČSČK k Ženevské konvenci. Mezinárodní výbor Červeného kříže v Ženevě uznal ČSČK v prosinci roku 1919 a v lednu následujícího roku byl ČSČK přijat za člena Ligy společností Červeného kříže a Červeného půlměsíce. Předsedkyní ČSČK se stala Alice Masaryková, která tuto funkci vykonávala 20 let (1919-1939). V meziválečném období zaměřil ČSČK svou pozornost především na pomoc uprchlíkům, zprostředkoval styk rodin s válečnými zajatci a zapojoval se do asanačních a profylaktických akcí proti epidemiím. Aktivity ČSČK se po první světové válce rozšířily i o budování zdravotních

ústavů, dětských prázdninových osad a žákovských domovů. Ve své náplni měl ČSČK i poradenskou činnost pro matky a děti. Od roku 1920 spravoval ČSČK státní ošetrovatelskou školu a prováděl výchovu tzv. samaritánů.

Po druhé světové válce navázal ČSČK na svou činnost z období let 1919 – 1939 a soustředil se především na organizaci pátrací služby, která vyřizovala tisíce žádostí o pátrání po nezvěstných. Svou pozornost orientoval i na školní mládež, v roce 1949 měl 1 400 000 členů z 15 000 škol. Období po únoru 1948 přineslo ČSČK ztrátu samostatnosti a nezávislosti především zpolitizováním činnosti. ČSČK byl násilně zařazen mezi společenské organizace se začleněním do jednotné Národní fronty. Z jeho činnosti zcela vymizely charitativní akce, nicméně úspěšně doplňoval péči státu o zdraví lidu, vyvíjel aktivity v osvětové činnosti, ve výchově a v kultuře.

Od roku 1960 začal ČSČK plnit náročné úkoly v oblasti dárcovství krve, zajišťoval dobrovolné zdravotnické a sociální služby. V oblasti vzdělávání se věnoval organizaci a realizaci vzdělávacích programů, zaměřených na první pomoc, ošetrovatelství a hygienu. Stal se organizátorem humanitárních pomoci do zahraničí (*Ze zdrojů ČČK, dostupné na: <http://www.cervenykriz.eu/cz>*).

2.4 Pečovatelská služba jako součást ČSČK

První záznamy o pečovatelské službě se datují do roku 1922, kdy byla pečovatelská služba realizována jako pomoc starým občanům v domácnosti. Služba byla poskytována členkami ČSČK, výhradně na základě dobrovolnosti. Spočívala v poskytování pomoci s vedením domácnosti, s obstaráním a přípravou stravy apod. V tomto období ČSČK zakládal i útulky pro starce, které je možné považovat za předchůdce dnešních domovů pro seniory.

Dobrovolnými pracovníky ČSČK byla pečovatelská služba poskytována až do roku 1945, kdy přešla do kompetence resortu zdravotnictví. Problém spočíval v tom, že služba se ve své působnosti omezila pouze na osamělé nemocné občany, staří lidé zůstali stranou jejího zájmu. Zřejmě i toto bylo důvodem, proč v průběhu roku 1959 byla pečovatelská služba začleněna do sociálních úseků tehdejších národních výborů jako pomoc společnosti starým občanům.

V období od roku 1945 až do revoluce v roce 1989 poskytovaly organizace ČSČK pomoc seniorům neoficiálně v rámci svých vzdělávacích a kulturních akcí. Tato pomoc už ovšem nemohla nahradit cílenou podporu, která byla jeho členkami poskytována před rokem 1945. K oficiální pečovatelské službě se ČSČK vrátil až po roce 1989, kdy obnovil pečovatelskou službu jako součást svých profesních aktivit. Po nabytí účinnosti Zákona o sociálních službách se stal registrovaným poskytovatelem pečovatelských služeb a v mnoha případech rozšířil svou činnost i o služby osobní asistence. *(Ze zdrojů ČČK, dostupné na: <http://www.cervenkykriz.eu/cz>).*

2.5 Vývoj pečovatelských služeb po roce 1959

V období před zahájením reformy v oblasti sociální politiky státu byla pečovatelská služba poskytována v převážné většině v rámci činností okresních ústavů sociálních služeb. Složení okresních ústavů nebylo jednotné, vycházelo z potřeb daného regionu. Jejich součástí byly mimo pečovatelské služby také domovy důchodců, ústavy pro osoby s mentálním či kombinovaným postižením, rodinné poradny a podobně. Byly zřizovány okresními úřady, tehdy okresními národními výbory, jako rozpočtové organizace s právní subjektivitou. Jejich činnost byla řízena ředitelem nebo ředitelkou, jmenovanými do funkce zřizovatelem.

Ve větších městech spadalo zřizovatelství pečovatelských služeb do kompetence městských národních výborů a jejich činnost se řídila stejnými pravidly jako v případě ústavů sociálních služeb. Pečovatelskou službu organizačně řídila vrchní sestra. V případě, že se jednalo o regionální služby, byla pečovatelská služba dále členěna na okrsky, které řídily okrskové sestry.

V souvislosti s připravovanou reformou sociálních služeb a probíhající reformou státní správy se již koncem 90. let minulého století stávaly pečovatelské služby v rámci delimitačních procesů samostatnými příspěvkovými organizacemi s právní subjektivitou nebo byly začleňovány zpět do organizačních struktur obecních či městských úřadů. V některých případech se zřizovateli staly krajské úřady. Jako příklad je možné jmenovat Pečovatelskou službu města Poděbrad, Pečovatelskou službu města Mladá Boleslav či Pečovatelské služby města Hradec Králové. Na některých místech došlo ke sloučení poskytovatelů ústavních a terénních služeb, kdy tyto dvě služby,

tak velmi odlišné svým posláním, působily a dosud působí v rámci jedné organizace (*Ze zdrojů archivních dokumentů Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s.*).

2.6 Vznik agentur domácí zdravotní péče

V roce 1990 vznikají první agentury domácí zdravotní péče a dochází k zahájení prvního provozu střediska v České katolické charitě (dále jen ČKCH). V lednu roku 1991 začíná pod záštitou Ministerstva zdravotnictví České republiky ČKCH provozovat domácí zdravotní péči. Ministerstvo zdravotnictví na provozování této činnosti vyčleňuje státní dotace ve výši 28 milionů.

V roce 1991 začíná Česká katolická charita provozovat domácí zdravotní péči s 25 středisky. Zároveň vzniká při nemocnici v Pardubicích první agentura domácí péče s názvem NIKE (vítězství). Koncem roku 1991 je v České republice zřízeno celkem 26 agentur domácí péče, které pečují o 1459 pacientů v domácím prostředí.

V návaznosti na *zákon č. 160/ 92 Sb. O podmínkách poskytování péče v nestátních zdravotnických zařízeních (Misconiová, M., s. 2)* v roce 1992 vznikají agentury domácí péče zejména v oblastech ohrožených nezaměstnaností (Severní Morava, Jižní Morava a Východní Čechy). Tyto agentury domácí zdravotní péče zřizují většinou jednotlivci - všeobecné sestry.

Nadále stoupá počet agentur zřizovaných ČKCH, která má v roce 1992 již 41 středisek charitní ošetrovatelské péče. Koncem tohoto roku poskytuje domácí péči již 68 agentur a odborná péče je poskytována 6 742 klientům. V agenturách domácí zdravotní péče je zaměstnáno 1 344 pracovníků.

V září 1992 vzniká skupina pro podporu a rozvoj domácí péče v České republice, která je založena ze zástupců profesionální i laické veřejnosti. Tato skupina se schází pravidelně a řeší krátkodobé i dlouhodobé projekty spojené s problematikou domácí péče, péče hospiců a center komplexní péče. Zaměřují se zejména na přípravu legislativních opatření, vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti domácí péče, financování domácí péče, komunikace a informovanost o domácí péči na veřejnosti.

2.7 Spolupráce se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou

V roce 1993 Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP) vytváří svůj vlastní metodický pokyn pro poskytování domácí péče. V březnu 1993 je pořádán první pracovní seminář k problematice domácí péče, kde vystupuje odborník v oblasti Zdravotní péče MUDr. Jan Tůma, reprezentant Česko – Slovensko - Švýcarské zdravotnické společnosti.

Koncem roku 1993 je v České republice zaregistrováno celkem 162 agentur poskytujících domácí péči státního i nestátního typu. Vznikají agentury z iniciativy fakultních nemocnic, Diakonie, řadu Maltézských rytířů, sdružení Samaritán, Střediska křesťanské pomoci, Slezské humanity, městských úřadů a dalších.

V agenturách domácí péče je zaměstnáno 2 944 zaměstnanců, stoupá počet specialistů nelékařského zdravotního personálu. Lékaři jsou nejen zřizovateli agentur, ale stávají se i zaměstnanci agentur.

2.8 Vznik Asociace domácí péče

28.3.1993 je založena Asociace domácí péče, která sdružuje sestry, lékaře, sociální pracovníky, psychology a další personál poskytující domácí zdravotní péči.

V listopadu se koná první mezinárodní kongres k problematice domácí zdravotní péče v Chrudimi, který sponzoruje Švýcarská vláda. Závěrem kongresu byl vydán almanach „Zdravotní péče v obci“.

Asociace domácí péče zahajuje spolupráci se Středními zdravotnickými školami a nabízí spolupráci o informovanosti a koordinaci v oblasti domácí péče.

Je založeno Národní centrum domácí péče, které poskytuje informace, zajišťuje koordinaci a edukaci profesionální i laické veřejnosti. Vzniká dokument v souladu s „Národním plánem opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení“, který je schválen vládou České republiky č.493/1993.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky pověřuje Asociaci domácí péče k vypracování a realizaci metodiky dotačního řízení pro podporu a rozvoj domácí péče

a spolu s Česko – slovensko - švýcarskou zdravotnickou společností a Národohospodářským ústavem pořádá odborný seminář k problematice transformace českého zdravotnictví, které se účastní představitelé odborných organizací a institucí z České republiky i ze zahraničí.

Národní centrum domácí péče pořádá řadu odborných seminářů pro profesionální veřejnost, na národní i regionální úrovni tak, aby novinky z oboru ošetrovatelství i dalších oborů kontinuálně obohacovaly odbornou činnost sester i lékařů v domácí péči. Etická komise Asociace domácí péče pod vedením sestry Věry Moserové zahajuje ke konci roku práci k formulování Etického kodexu Asociace domácí péče (*Misconiová, M., s. 5*).

2.9 Vývoj sociálních služeb a domácí zdravotní péče v období 1996 - 2005

Po roce 1996 dochází k vymezení tří základních oblastí sociálních služeb.

- **Sociální poradenství** jako nedílná součást všech sociálních služeb.
- **Služby sociální péče** jako služby, jejichž cílem je zabezpečovat základní životní potřeby lidí, které nemohou být zajištěny bez péče jiného člověka.
- **Služby sociální prevence**, které slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy.

Sociální služby jsou dále členěny podle místa jejich poskytování na:

- **Terénní služby**, které jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, to je především v domácnosti, v místě kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Jde o pečovatelskou službu, osobní asistenci, či terénní programy pro ohroženou mládež.
- **Ambulantní služby** jsou ty, za kterými člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny, denní stacionáře nebo kontaktní centra.

- **Pobytové služby** jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života celodenně žije. Jedná se především o domy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením, ale také tzv. chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením či azylové domy.

V porovnání terénních sociálních služeb se službami pobytovými jsou terénní služby ke klientovi daleko šetrnější a umožňují trávit svůj čas déle v domácím prostředí.

Vzhledem ke stáří a zdravotním komplikacím občanů si takto zajišťované terénní sociální služby vyžádaly doplnění o terénní služby domácí zdravotní péče, které v té době byly v zahraničí již zajišťovány. Takto zajišťované služby jsou i finančně méně náročné než služby pobytové.

2.10 Změny v legislativě v roce 2006

Dalším významným mezníkem v novodobé historii pečovatelských služeb se stal rok 2006, kdy některé krajské úřady převedly zřizovatelství na města či obce, které tak na sebe převzaly mimo metodické odpovědnosti i povinnost spolufinancování. V tomto procesu sehrála velmi významnou roli Česká asociace pečovatelských služeb, která prostřednictvím krajských poboček podpořila své členy z řad poskytovatelů ve velmi obtížných jednáních, na kterých byly vyjednávány podmínky působení nově vzniklých organizací s obecními či městskými zastupitelstvy (*Čerpáno z archivních dokumentů České asociace pečovatelských služeb*).

Rok 2006 byl i rokem nabytí účinnosti nového zákona o sociálních službách, který zcela změnil systém poskytování sociálních služeb, včetně systému financování.

3 HISTORIE DOMÁCÍ PÉČE NA OKRESE NYMBURK

„Socialistickou péčí ke spokojenému stáří“

„My pracovnice okresního ústavu sociálních služeb Nymburk, sídlo Poděbrady, Havlíčkova 54, úsek pečovatelská služba, jsme se rozhodly na schůzce úseku ROH, zapojit se do soutěže o získání titulu „Kolektiv socialistické práce“ (Kronika Pečovatelské služby).

Tato slova zahajují činnost kolektivu pracovníků, které se datuje na 24.3.1976. Ačkoliv z dnešního pohledu tento závazek vyvolává úsměv, je zřejmé, že již v roce 1976 pečovatelská služba na okrese Nymburk fungovala.

Kolektiv 17 pracovníků se zavazuje „Být ku prospěchu celé naší společnosti“. Také definice toho, co je to pečovatelská služba, se velice přibližuje definici, kterou v roce 2006 nastavil zákon o sociálních službách:

Rok 1976 – Kronika pečovatelské služby

Pečovatelská služba, neboli pomoc starým, osamělým občanům, je jedna z nových forem sociálního zabezpečení. Poskytuje se zpravidla občanům, kteří pro nepříznivý zdravotní stav nejsou schopni si obstarávat nutné práce v domácnosti nebo potřebují stálé obsluhy a ošetření jinou osobou. Řízení o zavedení pečovatelské služby se zahajuje na žádost občana – jinak může být řízení zahájeno z podnětu kolektivu, veřejnosti, lékaře, Měst. NV, sousedů. Účelem pečovatelské služby je umožnit občanům hospodárnou denní péči, žít co možná nejdéle v prostředí, na které jsou zvyklí.

Rok 2006 – Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.*

Porovnáním těchto dvou definicí je zřejmé, že ani třicetiletý odstup nijak výrazně nemění pohled na jednu ze základních terénních sociálních služeb – pečovatelskou službu.

3.1 Významné časové úseky v organizaci od roku 1971

3.1.1 Rok 1971-1975

- **Zřizovatel:** Okresní úřad Nymburk. Pečovatelská služba pracuje pod sociálním odborem(platí rozpočtová pravidla)
- **Předmět činnosti:** pečovatelská služba
- **Personální zajištění:** pečovatelky, dobrovolné pečovatelky
- **Financování služeb:** Okresní úřad (stát), klient

Pečovatelská služba vzniká v roce 1971, kdy stejně jako v ostatních místech republiky se vyvíjí ve městech z dobrovolné činnosti pracovníků ČSČK a na vesnici vzájemná sousedská výpomoc. Profesionální pracovnice pečovatelské služby materiálně i personálně patří pod odbory sociálních věcí Okresního úřadu.

Péče je poskytována převážně osobám osamoceným a nemocným a to pouze ve městech Nymburk a Poděbrady. Na vesnicích může být pečovatelská služba poskytována pouze v případech, kdy se zde najde pracovník, který bude služby zajišťovat. Jedná se o základní potřeby, jako je zajištění jídla nebo nákupy.

S přibývajícím počty osob, které si vyžadují pečovatelskou službu, dochází k rozšiřování počtu profesionálních pečovatelek.

3.1.2 Rok 1976-1991

- **Zřizovatel:** Okresní úřad. Pečovatelská služba je součástí Okresního ústavu sociálních služeb (rozpočtová organizace, která sdružuje poskytovatele služeb- pečovatelskou službu, tři domovy důchodců, Ústav sociální péče a Manželskou a předmanželskou poradnu)
- **Předmět činnosti:** pečovatelská služba
- **Personální zajištění:** vrchní sestra pečovatelské služby, okrskové sestry, pečovatelky, dobrovolné pečovatelky, řidiči a na výpomoc uchazeči o náhradní vojenskou službu (civilní služby)
- **Financování:** Okresní úřad (stát), Okresní ústav sociálních služeb, klient

Poznámka: ekonom, účetní, technické zázemí bylo zajištěno prostřednictvím Okresního ústavu sociálních služeb.

Okresní ústav sociálních služeb vzniká v roce 1.1.1976 a pracuje do roku 1991, kdy je usnesením rady Okresního úřadu jeho činnost ukončena a jednotlivá začleněná zařízení získávají vlastní právní subjektivitu.

V tomto období (do roku 1991) dochází k vlastnímu formování činnosti pečovatelské služby. Základem koncepce rozvíjejících se služeb je poskytování péče ve stejném rozsahu a kvalitě jak ve městě, tak i na vesnici.

Území okresu Nymburk se rozděluje na čtyři okrsky, které jsou postupně budovány a vybavovány jak personálně tak i materiálně. Vedle stávajících středisek v Nymburce a Poděbradech, vznikají další dvě střediska v Lysé nad Labem a Městci Králové.

3.1.3 Rok 1992- 2002

- **Zřizovatel:** Okresní úřad. Vzniká samostatná rozpočtová organizace s právní subjektivitou - Pečovatelská služba okresu Nymburk
- **Předmět činnosti:** pečovatelská služba, stacionáře pro seniory a handicapované občany, půjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, ergoterapeutická činnost, sociální poradenství. Došlo k rozšíření služeb o zdravotnickou činnost- poskytování domácí zdravotní péče. Tím se stává pečovatelská služba i zdravotnickým zařízením
- **Personální zajištění:** ředitelka, manažerka domácí zdravotní péče, koordinátorky sociálních a zdravotních služeb, ekonom, personalista, administrativní pracovník, všeobecné sestry, pečovatelky, dobrovolné pečovatelky
- **Financování:** zřizovatel, zdravotní pojišťovny, klient, dary

Myšlenka rozšíření sociálních služeb o služby domácí zdravotní péče vznikla v roce 2000. Jednotlivá střediska jsou definitivně územně vymezena a je prověřená dostupnost péče nejen ve městě ale i v každé vesnici i osadě. Koordinátorky středisek jsou prodlouženou rukou mezi ředitelstvím a terénem. Je navázána vzájemná spolupráce s obecními úřady i praktickými lékaři. Právě z podnětu lékařů, jejich každodenních potřeb při pomoci zajišťovat služby u pacientů, vznikl návrh spolu s pečovatelskými službami, poskytovat i služby domácí zdravotní péče. Dalšími aspekty byly potřeby terénu, který nemá na území okresu dostatečný počet lůžek v léčebnách dlouhodobě nemocných tak i v sociálních zařízeních – domovech důchodců. Dalším aspektem jsou prokazatelně nižší finanční náklady vynakládané na klienta v domácím prostředí než v ústavních zařízeních. Pro vybudování sítě domácí zdravotní péče lze použít již vybudované zázemí pečovatelské služby a navázat na již vzniklé a fungující kontakty.

K 1.3.2001 dochází k uzavření smlouvy se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Do konce roku 2001 jsou uzavřeny postupně smlouvy s dalšími šesti zdravotními pojišťovnami. Pro občany nymburského okresu se stává společné poskytování sociálních a zdravotních služeb standardem.

Mohou počítat s tím, že se jim pomoc dostane včas a bude poskytována na odborné úrovni. Koordinátorky jednotlivých středisek jsou zárukou zajištění provázanosti služeb sociálních a zdravotních, zprostředkovávají i vzájemnou zastupitelnost v době nemoci nebo dovolené všeobecné sestry.

Dne 26.11.2002 vydává Okresní úřad Nymburk doplněk č. 6 ke zřizovací listině ze dne 2.12.1991 pro organizaci Pečovatelská služba okresu Nymburk, dochází ke změně názvu organizace- Centrum sociálních a zdravotních služeb. Dále dochází k rozšíření předmětu činnosti o poskytování doplňkových služeb. Tento dodatek je platný od 1.12.2002. Celé znění organizačního řádu je v příloze A.

3.1.4 Rok 2003-2005

- **Zřizovatel:** Krajský úřad Středočeského kraje, Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady- příspěvková organizace. Organizace se stává nestátním zdravotnickým zařízením
- **Předmět činnosti: sociální péče-** pečovatelská služba, sociální poradenství, ergoterapeutická činnost, stacionáře pro seniory a handicapované občany, **domácí zdravotní péče**, zdravotnické poradenství, půjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, **rodinné poradenství**
- **Personální zajištění:** ředitel, zástupce ředitele, manažerka domácí zdravotní péče, koordinátorky sociálních a zdravotních služeb, ekonom, personalista, administrativní pracovník, všeobecné sestry, pečovatelky, dobrovolné pečovatelky
- **Financování:** zřizovatel (stát), zdravotní pojišťovny, klient, dary

Vedení organizace usiluje o to, aby nedošlo k roztržení služeb na jednotlivé městské úřady a obce. Jsou tři základní důvody, proč udržet organizaci jako celek s okresní působností - ekonomické důvody (jedno vedení pro všechny obce, ředitel, manažer domácí zdravotní péče, ekonom, personalista, bezpečnostní technik, technik), zastupitelnost personální (v případě nemoci, dovolených jsou zaměstnanci schopni

se zastoupit v rámci celého okresu), zastupitelnost technická (nepojízdné auto v Lysé nad Labem se nahradí autem z Poděbrad), technické vybavení.

Vedení organizace ve spolupráci s Městem Poděbrady seznamuje s tímto záměrem starosty všech obcí na jejich společném shromáždění. Pojednává se i další financování sociálních a zdravotních služeb. Předložený návrh na financování je koncipován ze tří zdrojů, a to platbami od klienta, státní dotací a příspěvkem od obcí. Náklady na pacienty, kterým je poskytována domácí zdravotní péče je hrazena zdravotními pojišťovnami. Po schválení tohoto návrhu na zastupitelstvech měst a obcí okresu Nymburk dochází ke shodě a schválený příspěvek obce na jednoho obyvatele je základem pro financování celé organizace. Příspěvek se každoročně upřesňuje na základě písemné smlouvy mezi Centrem sociálních služeb, městskými a obecními úřady.

Takto zajištěné financování sociálních služeb je v ČR zcela ojedinělé. Území okresu Nymburk tak zůstalo pro poskytování sociálních a zdravotních služeb ucelené a tím nedošlo ke snížení rozsahu a kvality poskytovaných služeb.

Na základě usnesení Krajského úřadu ze dne 21.9.2005 a harmonogramu převodu sociálních a zdravotních služeb zpět pod městské úřady dochází k předložení žádosti Městského úřadu Poděbrady o převod organizace jako celku pod jeho správu se zajišťováním služeb pro celé území okresu tak, jak tomu bylo doposud. Stává se rozpočtovou organizací města Poděbrady.

V témže roce mění organizace svoji hospodářskou formu a stává se zápisem do Obchodního rejstříku dne 25.11.2005 obecně prospěšnou společností (o.p.s.), která zahájí činnost 1.1.2006 zakladatelskou funkci přejímá Město Poděbrady. Hlavním dokumentem společnosti se stává Statut obecně prospěšné společnosti. Celé znění dokumentu je v příloze B.

3.1.5 Rok 2006- doposud

- **Zřizovatel:** zakladatelem město Poděbrady. Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s., nezisková organizace

- **Předmět činnosti:** pečovatelská služba, denní stacionáře, osobní asistence, odlehčovací služby, sociální poradenství, ergoterapeutická činnost, naplňování volného času, domácí zdravotní péče, hospicová péče v domácím prostředí, zdravotní poradenství, půjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek
- **Personální zajištění:** Příloha C - Organizační struktura
- **Financování:** dotace MPSV, dotace obce, zdravotní pojišťovny, klient, dary

Od 1.1.2006 se stává organizace Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s., na základě rozhodnutí Krajského úřadu Středočeského kraje, nestátním zdravotnickým zařízením.

3.2 Domácí zdravotní péče na okrese Nymburk

Dne 6.10.1993 přednosta Okresního úřadu Nymburk Ing. Vladislav Šťastný vydal dodatek ke zřizovací listině Pečovatelské služby okresu Nymburk. Došlo k rozšíření předmětu činnosti: zajišťuje ambulantní potřebnou zdravotní péči ve vlastním sociálním prostředí pojištěnců s akutním nebo chronickým onemocněním po dobu nezbytně nutnou, stanovenou ošetřujícím lékařem, hrazenou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (dále jen VZP). Péče přesahující sazebníku VZP, bude považována za nadstandardní a na jejich úhradě se bude podílet rodina nebo pacient (*Citace z dodatku ke zřizovací listině ze dne 6.10.1993*).

23.10.2000 Okresní úřad Nymburk, referát zdravotnictví vydává licenci - Osvědčení o odborné způsobilosti paní Emílii Třískové pro výkon funkce - manažer agentury domácí péče v rozsahu a druhu činnosti domácí zdravotní péče. Tato licence byla udělena pro účely výkonu činnosti domácí zdravotní péče v rámci pečovatelské služby okresu Nymburk (příspěvková organizace) a byla přílohou k dodatku ke zřizovací listině této organizace. Tuto licenci vydala MUDr. Helena Syrovcová Okresní zdravotní rada.

Dne 8.11.2000 byl vydán dodatek č.5 ke zřizovací listině Pečovatelské služby okresu Nymburk- rozšíření činnosti. Předmět činnosti pečovatelské služby okresu Nymburk se rozšiřuje o zdravotnickou činnost- poskytování domácí zdravotní péče.

Tímto rozšířením se organizace stává dle § 1 vyhlášky č. 242/1991 Sb., *o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, také zdravotnickým zařízením jehož působení je omezeno na ambulantní formu domácí zdravotní péče, pro kterou jsou splněna personální a technická kritéria*. Pečovatelská služba okresu Nymburk tuto službu zajišťuje v souladu s vyhláškou č. 71/1981 Sb., *o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí č.10/1986 věstníku Ministerstva zdravotnictví, o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků*.

Tímto se stává Pečovatelská služba okresu Nymburk zařízením sociálně - zdravotnické péče.

3.3 Projekt poskytování domácí zdravotní péče

V roce 2000 byl zpracován věcný záměr a následně vypracován projekt - „Agentura domácí zdravotní péče při pečovatelské službě okresu Nymburk“ na zajišťování služeb domácí zdravotní péče pro území okresu.

Projekt nabízí rozšíření služeb o zdravotní péči v domácím prostředí 24 hodin denně. S tímto projektem se organizace přihlásila do výběrového řízení, které vyhlásil zdravotní rada Okresního Úřadu v Nymburce. Projekt vyhodnotil zdravotní odbor Okresního úřadu jako nejlepší a na základě doporučení výběrové komise byla později uzavřena smlouva o poskytování domácí zdravotní péče se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Domácí zdravotní péče je poskytována od 1.3.2001. Pro získání hlubších poznatků před vytvořením projektu byla provedena prostřednictvím okrsků pečovatelské služby anketa mezi lékaři, která byla vyhodnocena s tímto závěrem. Lékaři mají zájem o spolupráci domácí zdravotní péče, hodnotí, že tato spolupráce bude prospěšná pro jejich pacienty a bude přínosem ve vztahu lékař - pacient. Lékaři znají spojení s pečovatelskou službou na celém území okresu, jsou v kontaktu s jednotlivými pracovníky osobně a vědí o poskytovaných službách. Návaznost sociálních a zdravotních služeb podporují.

Projekt je zpracovaný tak, aby byla zachována dostupnost poskytované zdravotní péče na území celého okresu s využitím již stávajícího zázemí jednotlivých

středisek, která jsou situována do měst s pověřenou působností Nymburk, Poděbrady, Lysá nad Labem, Městec Králové.

Cílem projektu je poskytování komplexní domácí zdravotní péče pro klienty všech indikačních, diagnostických a věkových kategorií v rámci celého okresu Nymburk.

Dostupnost péče je 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dnů v roce.

Poskytována bude výhradně dle ordinace primárních i odborných lékařů v maximálním možném rozsahu a frekvenci. Rodinné prostředí samo o sobě bude součástí léčení, ošetřování i rehabilitace pacienta. Domácí zdravotní péče je prokazatelně lacinější než lůžko v nemocnici.

Projekt doplňuje stávající pečovatelskou službu a provázáním domácí zdravotní péče s pečovatelskou službou dochází ke komplexnímu zajišťování péče o klienta. Při zajištění potřebných služeb klientovi, kterému bude zároveň poskytována domácí zdravotní péče a pečovatelská služba, budou úkony, které poskytuje pečovatelská služba (*na základě rozhodnutí OkÚ Nymburk*) prováděny pracovníky pečovatelské služby. Zdravotní úkony u stejné osoby bude provádět výhradně zdravotní sestra agentury domácí zdravotní péče s požadovaným vzděláním a praxí.

Cíle projektu:

- zkvalitnění péče o nemocné v domácím prostředí
- snížení počtu dní hospitalizace pacientů
- snížení nákladů na ošetřování
- zkrácení doby uzdravení

Výhody projektu:

- provázanost a koordinace komplexní péče
- ekonomický přínos

- agentura domácí zdravotní péče je situována do již vytvořeného zázemí pečovatelské služby
- stávající úzká spolupráce a důvěra mezi pečovatelskou službou a praktickými lékaři, kteří znají telefonní spojení na pečovatelskou službu, znají osobně zdravotníky, znají rozsah dosud poskytovaných služeb
- celá oblast působnosti agentury je pokryta sítí ošetrovatelského personálu tak, aby nedocházelo k nadměrným přejezdům mezi jednotlivými středisky a pacienty

Společně s lékaři byl vytvořen základ pro záměr zřízení agentury domácí zdravotní péče a formulovány podmínky, ze kterých je zřejmé, že středem zájmu je občan.

Na území okresu Nymburk žije **82 000** obyvatel. Z celkového počtu obyvatel je ve věkové skupině 65 let a starší **15.2%**. Celkový republikový průměr je **13,9 %**.

Zdravotní služby poskytuje nemocnice Nymburk s kapacitou 206 lůžek, Nemocnice v Městci Králové s kapacitou 194 lůžek a 140 lůžek následné péče, praktičtí a odborní lékaři.

Vedle sociální péče má proto velký význam i zajištění zdravotní péče, která na sociální péči bezprostředně navazuje. Pro poskytování sociálních služeb v rámci okresu slouží kapacita 430 lůžek domovů důchodců, Ústav sociální péče pro mentálně a tělesně postižené s kapacitou 68 lůžek a Pečovatelská služba okresu Nymburk, která má ve své péči 850 klientů. Kapacita zdravotnických i sociálních lůžkových zařízení je pro potřeby okresu nedostatečná.

Na pečovatelskou službu se obracejí lidé i obecní úřady a vedle stávajících sociálních služeb (pečovatelská služba) také žádají o poskytování zdravotní péče přímo v domácnosti klientů. Již v této době ošetřující lékaři indikují sociální péči u svých pacientů a spolupracují s pečovatelskou službou, Nyní mají možnost kromě sociální péče ordinovat i domácí zdravotní péči. Dochází ke zkvalitnění zdravotní péče pro její lepší dostupnost. Pacienti mají prostřednictvím sester domácí zdravotní péče častější

kontakt se svým ošetřujícím lékařem, který má možnost rychleji reagovat na změny zdravotního stavu než tomu bylo dříve.

3.4 Registrace nestátního zdravotnického zařízení rok 2003

Dne 31.7.2003 bylo vydáno Krajským úřadem Středočeského kraje, odborem zdravotnictví rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení.

Krajský úřad středočeského kraje, odbor zdravotnictví, jako věcně příslušný orgán k registraci dle ustanovení § 5 odstavec 1 zákona č. 71/1967 Sb., *o správním řízení, ve znění pozdějších předpisů, a dle § 8 odstavec 1. zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotních zařízeních, ve znění pozdějších předpisů,* vydává na základě žádosti Centra sociálních a zdravotních služeb, ze dne 30.6.2003 toto rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení jehož provozovatelem je Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady, Lipanská 721/III, Poděbrady, PSČ 290 01.

Právní forma- příspěvková organizace s vlastní právní subjektivitou.

Tímto rozhodnutím je zaregistrována organizace Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady pod Krajským úřadem Středočeského kraje jako jeho příspěvková organizace s vlastní právní subjektivitou.

3.5 Změna registrace nestátního zdravotnického zařízení v roce 2005

V roce 2005 došlo ke zrušení organizace Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady. Jejím zřizovatelem byl Krajský úřad Středočeského kraje. Následně vzniká nástupnická organizace Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. jejímž zakladatelem se stalo Město Poděbrady.

Proto dne 5.12.2005 byla podána žádost na Krajský úřad Středočeského kraje o registraci nestátního zdravotnického zařízení (*dle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních ve znění pozdějších předpisů*).

Dne 27.12.2005 pod číslem jednacím 6574/2005/ZDR/978 rek. Bylo vydáno Krajským úřadem Středočeského kraje, odborem zdravotnictví (z kraje na o.p.s.)

rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení, jehož provozovatelem se stalo Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s.

Krajský úřad Středočeského kraje, odbor zdravotnictví, jako věcně příslušný orgán k registraci podle ustanovení § 5 odst. 1 zákona č. 71/1967 Sb., *o správním řízení* (správní řád), ve znění pozdějších předpisů a dle § 8 odst. 1 zákona č.160/1992 Sb., *o zdravotní péči v nestátních zdravotních zařízeních*, ve znění pozdějších předpisů, vydává na základě žádosti provozovatele nestátního zdravotnického zařízení Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. podané dne 28.12.2005 rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení, které je platné doposud.

3.6 Transformace domácí zdravotní péče na okrese Nymburk

Historie domácí zdravotní péče se datuje od roku 1993, kdy Pečovatelství službě okresu Nymburk byl vydán dodatek ke zřizovací listině na zajištění ambulantní potřebné zdravotní domácí péče. V této době byla Pečovatelství služba příspěvkovou organizací Okresního úřadu Nymburk.

V roce 2000 byla udělena ředitelce organizace licence o odborné způsobilosti, byl vydán dodatek ke zřizovací listině, rozšíření služeb o poskytování domácí zdravotní péče. Pečovatelství služba se stává zařízením sociálně – zdravotní péče.

V roce 2003 získává příspěvková organizace zřizovaná Krajským úřadem Středočeského kraje Centrum sociálních a zdravotních služeb registraci nestátního zdravotnického zařízení.

V roce 2005 bylo vydáno Centru sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení, které je v platnosti doposud.

Změny vždy nastaly současně se změnou zřizovatele nebo zakladatele organizace, která prošla transformací.

Zdravotní pojišťovny: Zdravotnické zařízení uzavíralo smlouvy se zdravotními pojišťovnami, které byly v České republice registrovány. Tím se zajistilo financování – proplácení poskytnuté zdravotní péče.

4 Současnost CSZS Poděbrady o.p.s.

Společnost Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. (dále jen CSZS) patří v současné době k největším poskytovatelům sociálních a zdravotních služeb ve Středočeském kraji. Na území okresu Nymburk je největší organizací tohoto typu. Svoji působností pokrývá 95% území tohoto okresu. Všechny služby jsou tedy dostupné na většině území tohoto okresu. Společnost má zaregistrovány tyto typy sociálních služeb: Pečovatelská služba (terénní a ambulantní), osobní asistence, odlehčovací služby, denní stacionáře. Zároveň je registrovaná jako nestátní zdravotnické zařízení.

Zaměstnává 120 pracovníků různých profesí a pečuje o více než 2000 občanů v domácím prostředí. Poskytuje služby v 89 obcích. Z celkového počtu 2000 klientů a pacientů je 50% žijících v malých obcích. Ostatní klienti žijí ve městech: Nymburk, Poděbrady, Lysá nad Labem, Městec Králové. Nejpočetnější věkovou skupinou jsou klienti ve věku nad 80 let (cca 50%). Věková struktura klientů je uvedena v příloze E.

4.1 Veřejný závazek

4.1.1 Poslání společnosti

Posláním CSZS Poděbrady o.p.s. je poskytnout podporu občanům v samostatném a nezávislém životě v domácím prostředí, kde jsou zachovány přirozené rodinné, přátelské a společenské vazby. Tato podpora je zajištěna prostřednictvím poskytování sociálních a zdravotních služeb.

4.1.2 Cíl společnosti

Vytvářet občanům v nepříznivé životní situaci optimální podmínky pro soběstačný a důstojný život v domácím prostředí

poskytnout nezbytnou míru podpory v domácím prostředí k zachování

- soběstačnosti v péči o vlastní osobu

- samostatnosti v péči o vlastní domácnost
- kontaktu s okolím
- nezávislosti při uplatňování svých práv a zájmů
- podporovat občana v zachovaných dovednostech a schopnostech
- podporovat společenské a přátelské vazby, podporovat rodiny pečující o své blízké

4.1.3 Cílová skupina

- Občan pobírající starobní nebo invalidní důchod, který potřebuje pomoc a podporu další osoby při zajištění základních životních a osobních potřeb
- Občan s tělesným a zdravotním postižením, který potřebuje pomoc další osoby
- Občan v nepříznivém zdravotním stavu během rekonvalescence, který potřebuje pomoc a podporu další osoby při zajištění základních životních a osobních potřeb
- Rodina, kde se současně narodily tři nebo více dětí nebo v rozmezí dvou let opakovaně současně dvě děti
- Občan, který je propuštěn z nemocnice do domácího léčení a jehož zdravotní stav vyžaduje zdravotní péči na základě indikace ošetřujícího lékaře
- Občan, jehož zdravotní stav vyžaduje zdravotní péči na základě indikace praktického lékaře

4.2 Přehled sociálních služeb

4.2.1 Terénní Pečovatelská služba

Je poskytována v domácnostech uživatelů, v centrech denních služeb (středisko osobní hygieny), v domech s podporou samostatného bydlení a v denních stacionářích na území okresu Nymburk.

Terénní pečovatelská služba je poskytována žadatelům celého regionu okresu Nymburk ve městech i obcích, v jejich domácnostech podle skutečné potřeby. Cílem je podpora a pomoc uživatelům v setrvání v jejich domovech a zachování vazeb na jejich přirozené prostředí, svoji rodinu a přátele. V přímé péči o klienta se zajišťují jednoduché ošetrovatelské úkony, pomoc při zajištění chodu domácnosti, stravování, pomoc při sebe-obsluze, pomoc při odstranění obtížnosti bydlení, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů, poskytování informací, aktivizační služby. Pečovatelská služba se poskytuje také v rodinách, kde se narodily tři nebo více dětí. Terénní pečovatelská služba je poskytována po celý rok nepřetržitě od 7,00 do 15,30 hod. včetně sobot, nedělí a svátků. Mimo uvedenou dobu lze dohodnout poskytování pečovatelské služby individuálně – večerní péče zajištěná dělenou nebo odpolední směnou pracovníka. Ambulantní služba ve střediscích osobní hygieny je rovněž zajištěna od 7,00 do 15,30 hod. V případě potřeby je čas nástupu a ukončení služby stanoven individuálně. Péče v domech s podporou samostatného bydlení je zajišťována jako terénní služba. Výkon pečovatelské služby je zajišťován od okamžiku sepsání smlouvy s klientem po dobu, po kterou trvají podmínky poskytování.

4.2.2 Ambulantní pečovatelská služba

Je poskytována ve středisku osobní hygieny (centrum denních služeb) a zajišťuje se celková koupel, mytí vlasů, pedikúra a praní prádla.

4.2.3 Denní stacionář

Denní stacionář je ambulantní zařízení, které zajišťuje potřeby osob, které nemohou být po celý den sami bez dohledu a mají dostatečné rodinné zázemí na to, aby byla v době mimo provoz stacionáře zajištěna péče rodinou. Provoz je od 7,30 do 15,30 hod. Dobu pobytu klienta ve stacionáři lze upravit individuálně.

V denním stacionáři se poskytují služby dle individuálních potřeb klientů: pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti poskytované prostřednictvím různých her, paměťových cvičení, předčítáním apod. Velmi důležitý je kontakt ve společenském prostředí, kde pomocí sociálně terapeutické činnosti pracovníci pomáhají navazovat vzájemný kontakt mezi klienty.

Cílem služby je zlepšení kvality života uživatelů a poskytnutí úlevy pečujícím rodinám a osobám. Služby jsou zajišťovány ve třech denních stacionářích a to v Lysé nad Labem – stacionář Milovice, s kapacitou 5 míst, Poděbrady – Kluk s kapacitou 15 míst. Jedná se o ambulantní službu, která zajišťuje klientům celodenní péči spojenou se zajištěním individuálních potřeb. Významně pomáhá pečující rodině, která nemusí opouštět své zaměstnání. Denní stacionáře umožňují zvládnout péči o občana, který nemusí předčasně odcházet do ústavní péče. Tato forma služby je ve srovnání s ústavní péčí levnější a šetrnější. Pobyty v denních stacionářích jsou také vyhledávány osamělými seniory, kterým umožňují kontakt se společností. Klientům se sníženou pohyblivostí, zdravotním handicapem nabízí nácvik denních činností a tím zlepšení kvality života.

Denní stacionáře jsou důležitou součástí pro poskytování sociálních služeb na území okresu Nymburk a jejich provoz je pro zajištění komplexních služeb nezbytný. V rámci denního programu využívají klienti i centra denních služeb, kde je zajišťována koupel, pedikúra, úprava vlasů apod.

4.2.4 Osobní asistence

Asistenční služba umožňuje občanům setrvat ve svých domovech i v nepříznivých sociálních situacích bez nutnosti odcházet do ústavního zařízení, podporuje zachování vazeb na přirozené prostředí, rodinu, přátele.

4.2.5 Odlehčovací služby

Péče je zajišťována jako komplex služeb, kde je v domácí péči osoba se zdravotním postižením, handicapovaný člověk, osoba s kombinovaným postižením nebo senior. Rodinní příslušníci, kteří o tuto osobu pečují celodenně, se nacházejí v určité fázi vyčerpání. Stálá a nepřetržitá 24 hodinová péče rodiny o svého člena by nakonec vedla k jeho umístění do ústavní péče. Cílem je krátkodobě zastoupit členy rodiny v péči o seniora, nebo handicapovaného člověka a umožnit načerpání sil pro další péči. Poskytovaná péče vychází z obecných principů sociálních služeb.

4.3 Působnost sociálních služeb na území okresu Nymburk

Celý region okresu Nymburk je organizačně rozdělen na 4 střediska tak, aby byla zajištěna dostupnost služeb po celém území. Střediska jsou umístěna ve větších městech: Poděbrady, Nymburk, Lysá nad Labem, Městec Králové. Pobočky jednotlivých středisek jsou navíc v Milovicích a Sadské. Rozdělení okresu je patrné z obrázku 1.

Obrázek č. 1 – Působnost sociálních a zdravotních služeb



4.4 Domácí zdravotní péče

Zdravotní služby jsou poskytovány formou domácí zdravotní péče pacientům, kteří jsou propuštěni z nemocnice a pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou péči tj. chronicky nemocným pacientům. Domácí zdravotní péče se poskytuje na základě indikace praktického nebo ošetřujícího lékaře, který o pacienta pečoval v nemocnici. Cílem této služby je zajistit v domácím prostředí zdravotní služby v takovém rozsahu a na takové úrovni, aby pacient nemusel zůstat ve zdravotnickém zařízení déle, než je nezbytně nutné. Domácí zdravotní péče je poskytována bezplatně (zdravotní výkony jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami), 24 h denně, 7 dní v týdnu.

Tuto péči zajišťují registrované všeobecné sestry s praxí. Úkony: odběry krve a dalších biologických materiálů, aplikace injekcí, nácvik aplikace inzulínu, ošetřování stomií, převazy ran, bércových vředů, proleženin, ošetření permanentních katétrů, ošetřovatelskou rehabilitaci a nácvik soběstačnosti (po úrazech, mozkových příhodách) péči o dlouhodobě ležící a onkologicky nemocné pacienty, hospicovou péči v domácím prostředí.

4.5 Spolupráce se zdravotními pojišťovkami

4.5.1 Podmínky spolupráce

Mezi Centrem sociálních a zdravotních služeb je uzavřen písemný smluvní vztah se zdravotními pojišťovkami. Smlouva se nazývá: „Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče“. Předmětem smlouvy je stanovení podmínek a úprava vztahů mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou. Mezi práva a povinnosti smluvních stran například patří dodržování metodiky a pravidel při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče, zachovávání mlčenlivosti zaměstnanců s ohledem na ochranu práv pojištěnců.

Zdravotnické zařízení musí poskytovat zdravotní péči v souladu s právními předpisy v odbornosti a rozsahu dohodnutých a vymezených ve smlouvě, pro které je technicky a personálně vybaveno – odbornost 925. Poskytuje hrazenou péči pojištěncům-pacientům i z členských států Evropské unie. Zdravotnické zařízení odpovídá za to, že zaměstnanci, kteří budou poskytovat péči, splňují požadavky stanovené právními předpisy. Pět let praxe ve zdravotnictví, dva roky péče u lůžka. Odpovídá za to, že zdravotničtí pracovníci poskytují zdravotní péči na základě indikace ošetřujícího lékaře. Odpovídá za plnění technických podmínek, ekonomičnost poskytování péče, za dokumentaci zdravotních výkonů včetně zdravotnické dopravy.

Pojišťovna uhradí zdravotnickému zařízení provedenou hrazenou zdravotní péči, která musí být důkladně zdokumentovaná a odůvodněná. Je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutých věcných a technických podmínek včetně personálního zajištění. Poskytuje zdravotnickému zařízení dohodnutou metodiku.

V případě změn ve vyhlášce nebo při změně personálního nebo technického vybavení se sepisují dodatky ke smlouvě. Zdravotnické zařízení má povinnost ohlášení změny.

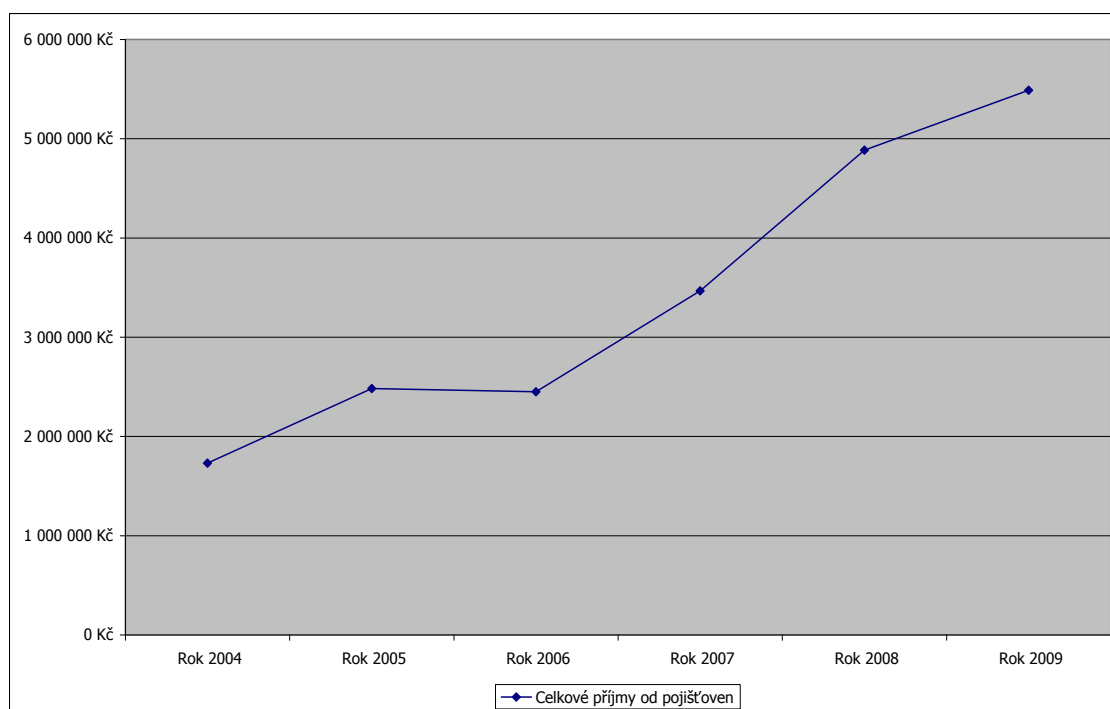
4.5.2 Rozbor úhrad od zdravotních pojišťoven

Centrum sociálních a zdravotních služeb má uzavřené smlouvy se sedmi zdravotními pojišťovnami. Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, Českou národní zdravotní pojišťovnou, Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra České republiky, Zaměstnaneckou pojišťovnou Škoda, Oborovou zdravotní pojišťovnou zaměstnanců a bank, pojišťoven a stavebnictví, Vojenskou zdravotní pojišťovnou České republiky a Zdravotní pojišťovnou METAL-ALIANCE.

Úhrady od zdravotních pojišťoven se rok od roku zvyšovaly a to ze dvou důvodů. Zvyšoval se počet pacientů a postupně narůstal i počet úkonů. Zde je již vidět pozitivně provázanost zdravotních a sociálních služeb, která vede ke komplexní péči o občana a možnosti poskytování hospicové péče v domácím prostředí. Tyto skutečnosti se mi podařilo zpracovat do grafů.

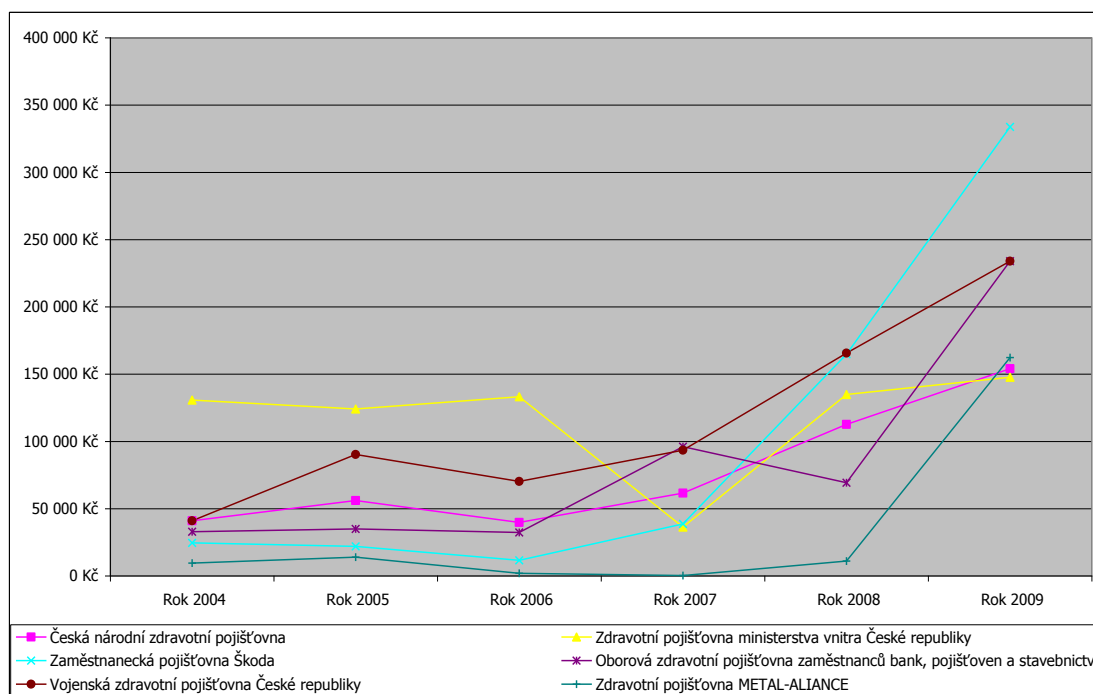
Graf č. 1. Na grafu je vidět vývoj úhrad od zdravotních pojišťoven. V roce 2004 činila celková úhrada 1.729.421 Kč, v roce 2009 činila 5 487 310 Kč. To je nárůst 315%.

Graf 1 - Celkové příjmy od pojišťoven

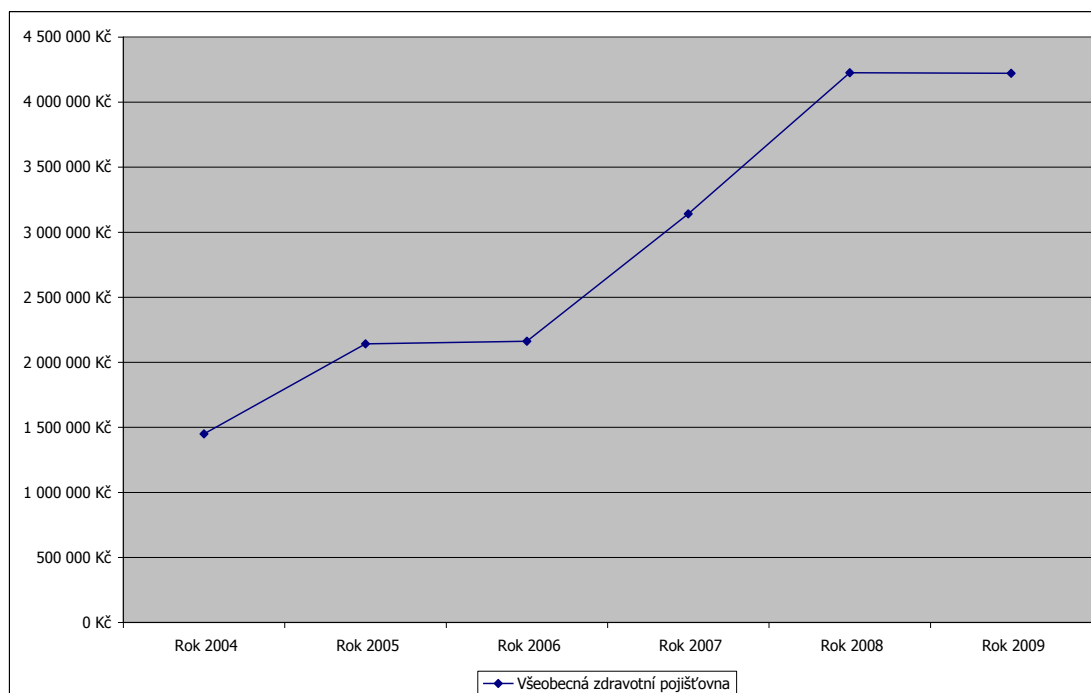


Graf č. 2. Na grafu je vidět vývoj úhrady od jednotlivých zdravotních pojišťoven. Z grafu je patrné, že dochází k nárůstu úhrad od všech zdravotních pojišťoven. Největší nárůst od roku 2007 zaznamenáváme u Zaměstnanecké pojišťovny Škoda. V tomto grafu není znázorněna Všeobecná zdravotní pojišťovna, která již od roku 2004 hradila za provedené úkony 1 449 604 Kč, v roce 2009 to bylo 4 221 684 Kč. Graf č. 3 znázorňuje vývoj příjmů od Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Graf 2 - Přehled příjmů zdravotních pojišťoven

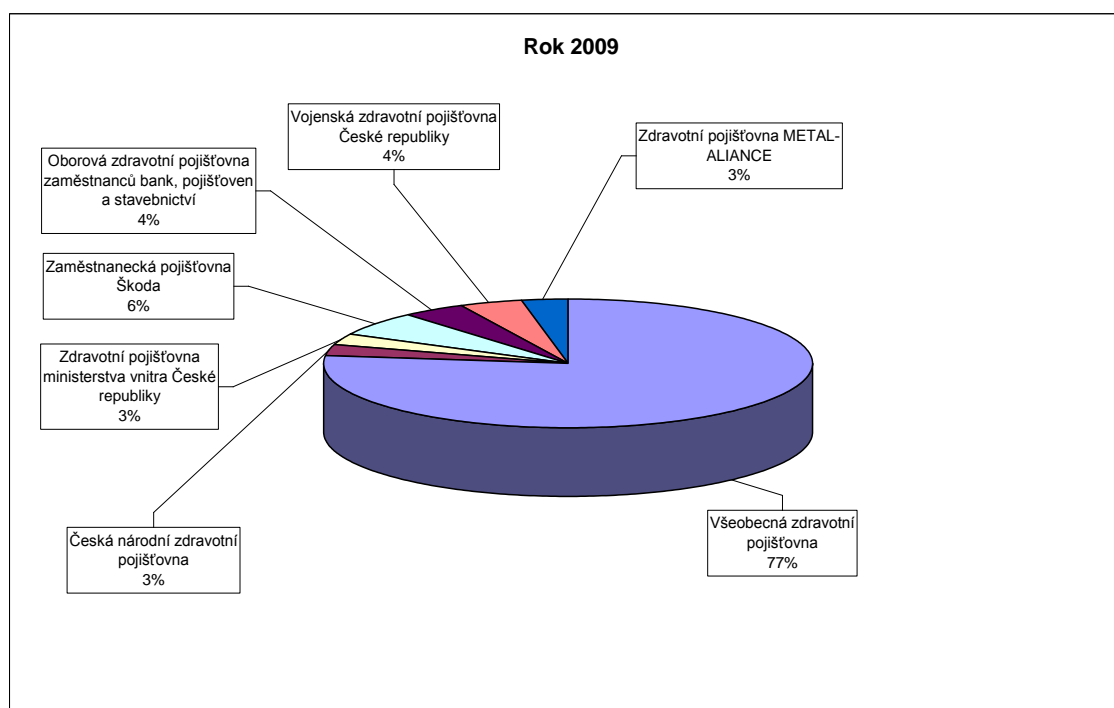


Graf 3 - Přehled příjmů od Všeobecné zdravotní pojišťovny



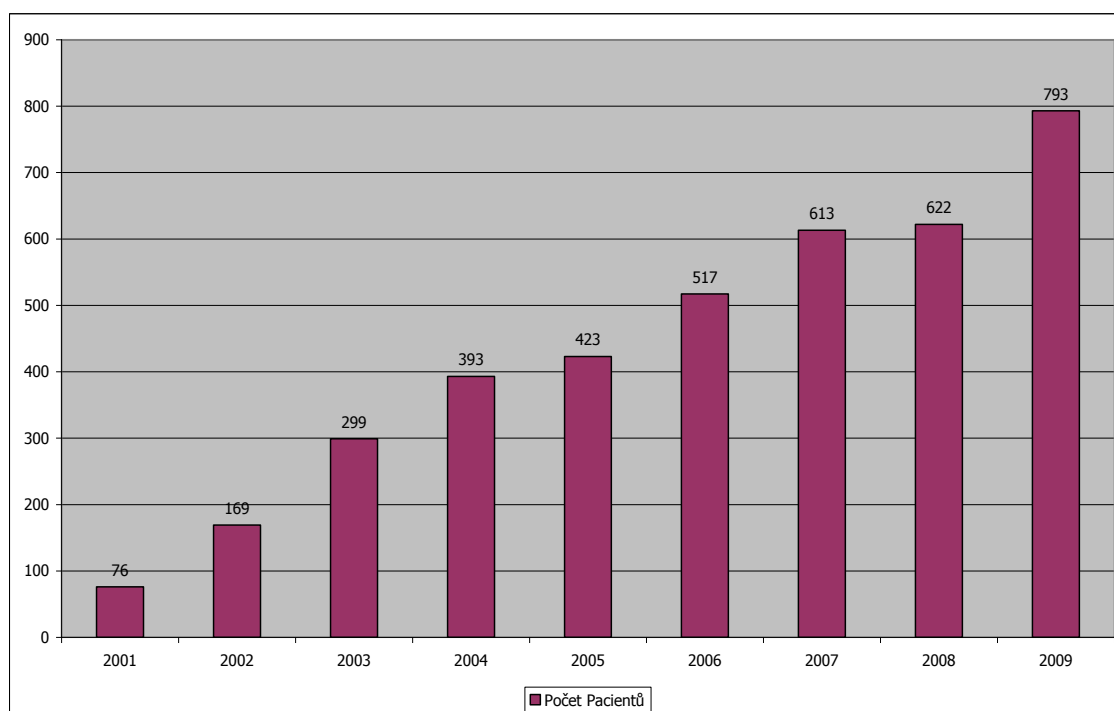
Graf č. 4. Na grafu je vidět podíl jednotlivých zdravotních pojišťoven na úhradě zdravotní péče. Tento přehled je zpracován pro rok 2009. Roky 2004 až 2009 je v příloze D. Ze všech grafů je vidět, že nejvyšší procento podílu na hrazení zdravotní péče má Všeobecná zdravotní pojišťovna. V roce 2004 činila úhrada od VZP 86 procent z celkové úhrady, v roce 2009 to bylo 77% z celkové úhrady od zdravotních pojišťoven.

Graf 4 – Podíl příjmů od jednotlivých pojišťoven v roce 2009



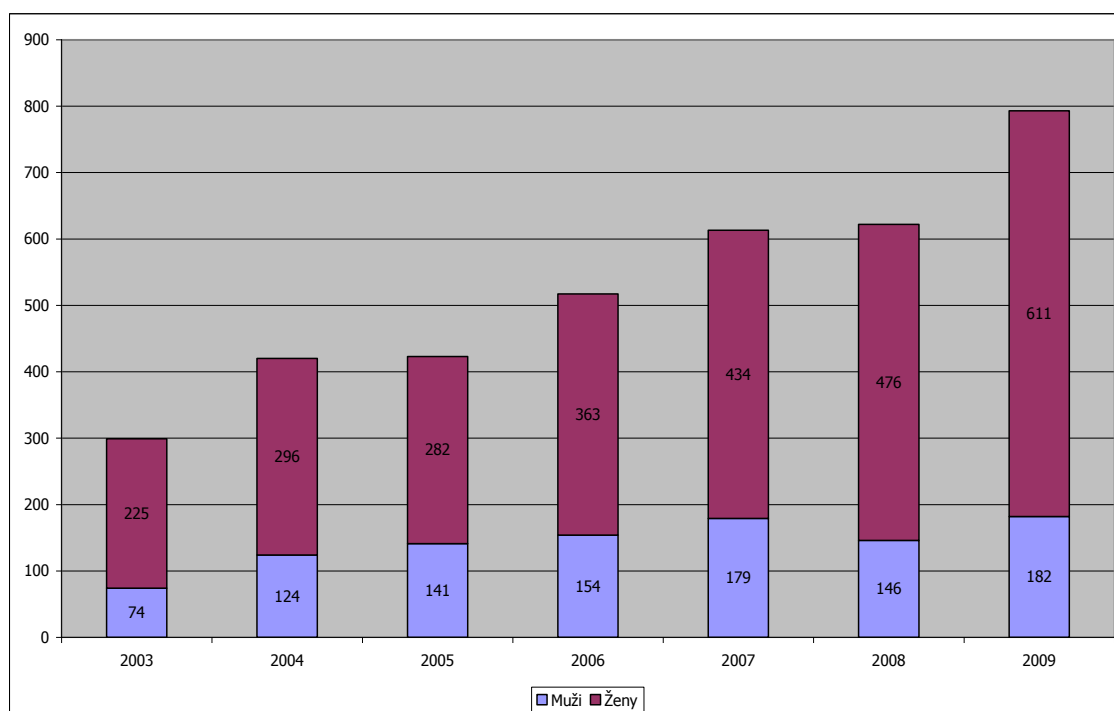
Graf č. 5. Na grafu je vidět nárůst počtu pacientů od roku 2001 do roku 2009. V roce 2001 byl počet pacientů 76, v roce 2002 to bylo již 169 a v roce 2009 se tento počet zvýšil na 793 pacientů. Tato čísla jsem získala ze statistických výkazů, které zdravotnické zařízení je povinno každý rok vykazovat a odevzdávat na statistický úřad. Je to počet pacientů, u kterých v daném roce byla poskytována zdravotní péče.

Graf 5 – Vývoj počtu pacientů od roku 2001 do roku 2009



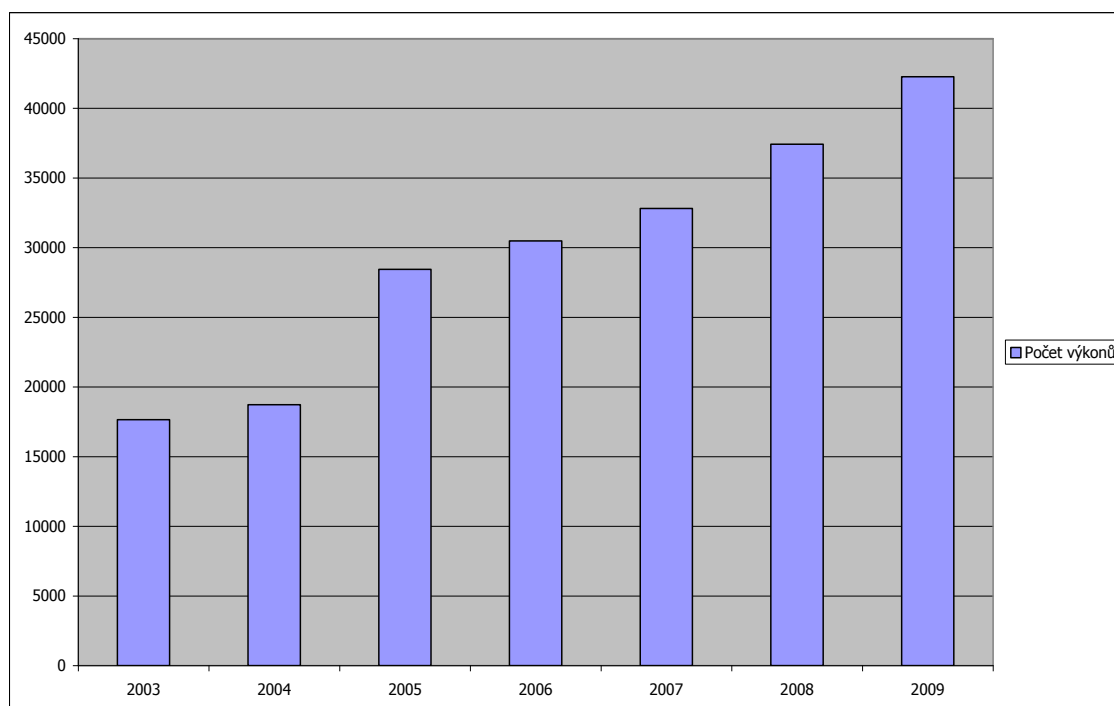
Graf č. 6. Na grafu je vidět od roku 2003 do roku 2009 celkový počet pacientů rozdělený na muže a ženy. Z grafu je patrné, že převládá zdravotní péče u žen. Péče o muže během sledovaného období nepřesáhla 33%. Nejnižší procento mužů je v roce 2008 a 2009, shodně 23%. Nejvyšší procento je v roce 2005 a to je 33%. V roce 2009 byla zdravotní péče poskytnuta u 793 pacientů, z toho je 23% mužů a 77% žen.

Graf 6 – Počet pacientů rozdělený na muže a ženy



Graf č. 7. Na grafu je vidět nárůst počtu úkonů, zvyšuje se počet pacientů a náročnost péče, došlo k provázání sociální a zdravotní péče. V roce 2003 všeobecné sestry provedly 17 653 úkonů, v roce 2009 to je již 42 264 úkonů, to znamená více než dvojnásobný nárůst úkonů.

Graf 7 – Vývoj počtu úkonů



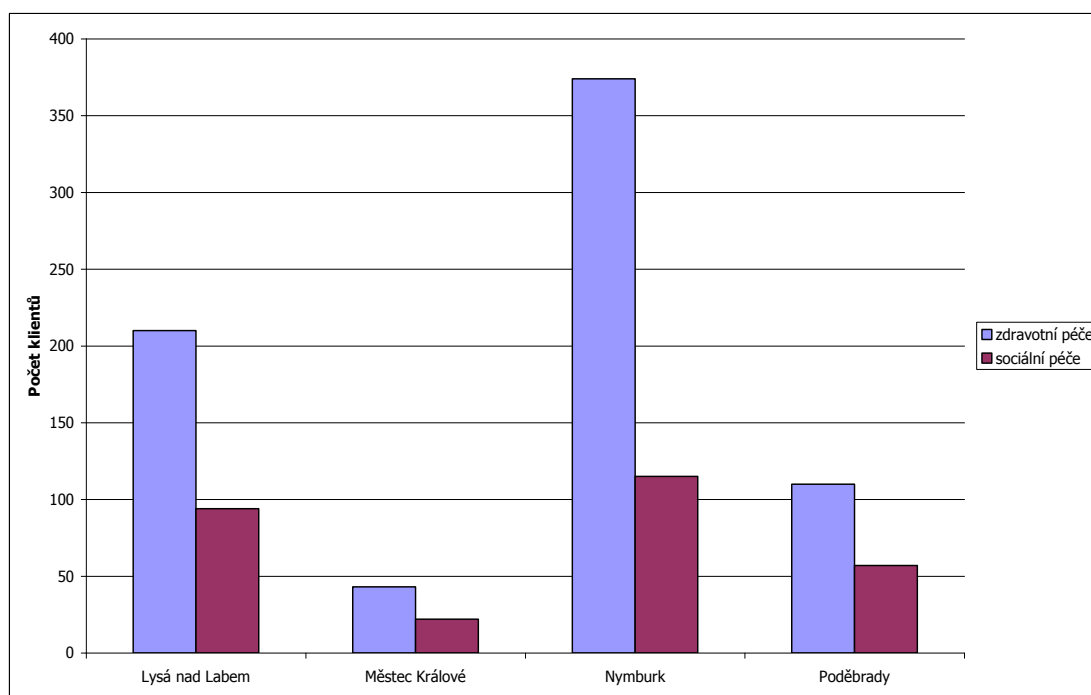
4.6 Výhody provázanosti sociálních a zdravotních služeb

Hlavní výhodou provázanosti služeb je fakt, že klient, který využívá sociálních služeb a dojde ke zhoršení jeho zdravotního stavu nemusí hledat dalšího poskytovatele (agenturu) zdravotní péče. Obě služby mají ve společnosti jednoho koordinátora, který klienta zná a ví jakým způsobem provázat obě služby. Zároveň je garantováno, že všeobecná sestra provádí pouze zdravotní výkony na základě ordinace lékaře a přímou sociální péči provádí jiný pracovník sociálních služeb.

V roce 2009 z celkového počtu 737 pacientů využívalo zároveň sociální služby 288 klientů což je téměř 40%. Údaje z jednotlivých středisek jsou v grafu č. 8.

Z tohoto grafu je patrné, že největší podíl klientů využívajících obě dvě služby je na Městecku, Poděbradsku a Lysecku, zatímco nejméně jsou obě služby využívány na Nymbursku.

Graf 8 – Klienti využívající zdravotní i sociální služby



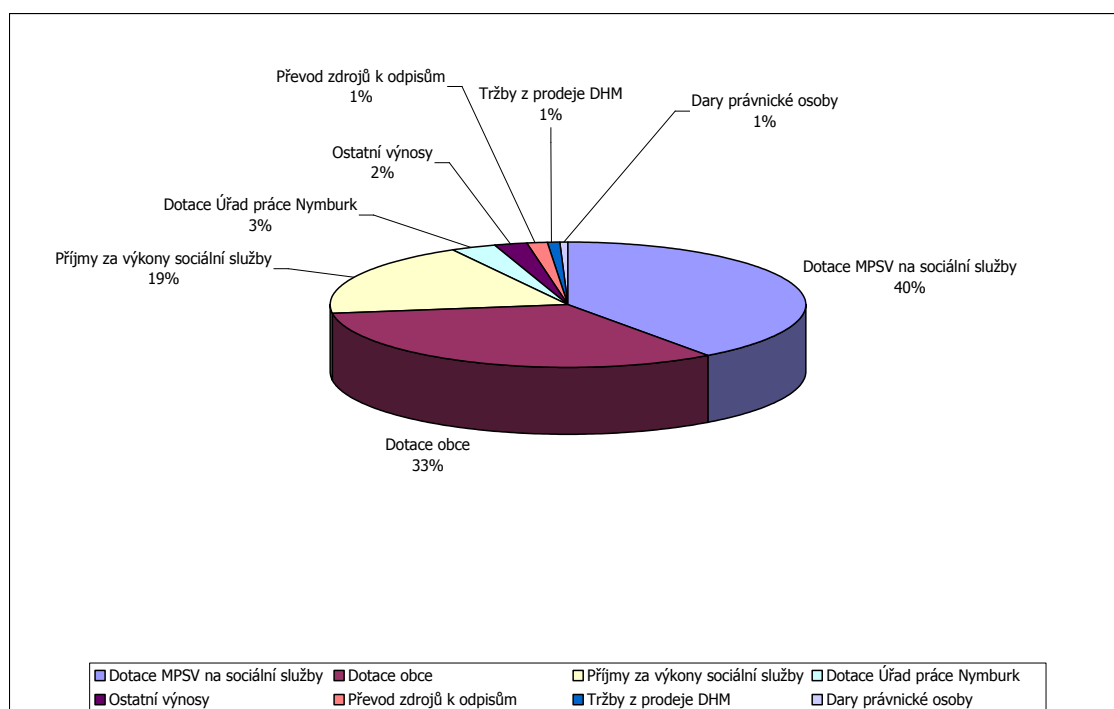
Pokud porovnáme průměrné měsíční náklady na jednoho klienta, je zřejmé, že péče v domácím prostředí je mnohonásobně nižší než péče v ústavním zařízení. Náklady na péči o jednoho klienta v domácím prostředí na Nymburském okrese se pohybují okolo 2000 Kč na jeden měsíc (náklady na sociální péči 1500 Kč, náklady na zdravotní péči 500 Kč) . Průměrné náklady v pobytovém zařízení – Domov pro seniory Luxor Poděbrady - jsou náklady na jednoho klienta okolo 21.000 Kč. Z těchto údajů je zřejmé, že péče o jednoho klienta v domově pro seniory je stejně drahá jako péče o 10 osob v domácím prostředí.

4.7 **Financování sociálních služeb**

Sociální služby jsou financovány z několika zdrojů: Dotace z Ministerstva práce a sociálních věcí - 40%. Dotace od obcí, které v roce 2008 činily 33%. Podíl příjmů od uživatelů služeb činil 19%. Ostatní zdroje 8% (dary od fyzických

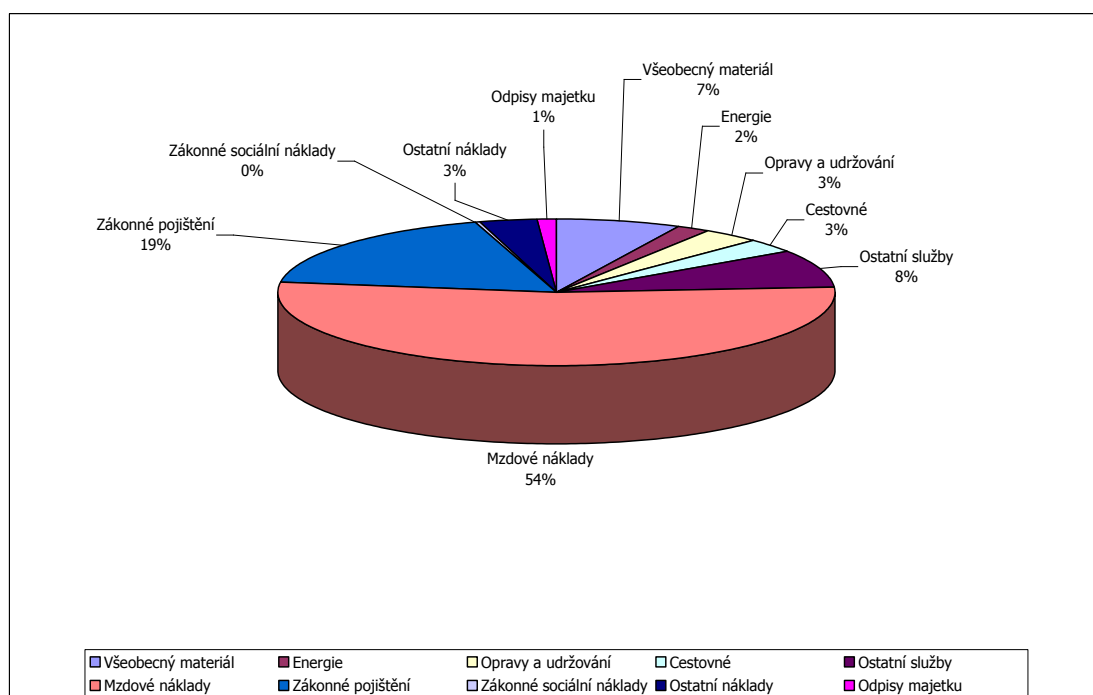
a právnických osob, dotace z Úřadu práce apod.). Celkové příjmy společnosti v roce 2008 byly 32.529.000 Kč. Z toho příjmy sociální činily 25.504.000 Kč a zdravotní příjmy 5.025.000 Kč. Přehled příjmů je patrný z grafu č. 9.

Graf 9 – Přehled příjmů v roce 2008



Mezi největší výdaje v organizaci patří mzdy a zákonné pojištění, které v roce 2008 tvořily 71% celkových výdajů. Z toho je zřejmé, že většina finančních prostředků pokrývá mzdy pracovníků v přímé péči. Ostatní náklady činí 31% a jsou tvořeny provozními náklady na autoprovoz, opravy a údržba, nájemné, spotřeby energií, nákupy všeobecného materiálu. Přehled výdajů je patrný z grafu č. 10.

Graf 10 - Přehled o peněžních výdajích 2008



5 SNÍMEK DNE, PROVÁZANOST SLUŽEB

Provázanost služeb

7:00 hodin: sestra (odběr krve a dalšího biologického materiálu, aplikace injekcí, kontrola zdravotního stavu)

7:30 hodin: pečovatelka (pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy)

8:30 hodin: sestra (aplikace injekcí, převaz ran, měření fyziologických funkcí, kontrola zdravotního stavu, ošetřování stomií, ošetření permanentních katetrů)

10:00 hodin: pečovatelka (pomoc při zajištění chodu domácnosti- nákupy, pochůzky)

11:30 hodin: sestra (aplikace injekcí, ošetřovatelská rehabilitace a nácvik soběstačnosti, kontrola fyziologických funkcí a zdravotního stavu)

12:30 hodin: pečovatelka (poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu)

15:00 hodin: osobní asistent (výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím)

17:00 hodin: pečovatelka (pomoc při zajištění chodu domácnosti- úklid, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu)

19:00 hodin: sestra (aplikace injekcí, kontrola fyziologických funkcí a zdravotního stavu)

21:00 hodin: pečovatelka (uložení ke spánku)

V případě potřeby je všeobecná sestra a pečovatelka k dispozici 24 hodin denně.

Práce sestry s dokumentací DP

Každý pacient zná svou primární sestru, která zodpovídá za ošetřovatelský proces u pacienta, veškerou dokumentaci a předání potřebných informací sestřím, které zajišťují ošetřovatelskou péči tak aby, byla zajištěna kontinuita ošetřovatelské péče.

Příjem pacienta do domácí zdravotní péče

Sestra při první návštěvě v domácnosti ručně vyplní tiskopis:

- Příjem pacienta do DP – i u pacienta s odběrem krve (tím si zajistí údaje pro 06)
- Další tiskopisy dle standardu vedení dokumentace.

Práce sestry s dokumentací v průběhu péče:

Sestra provede o každém výkonu u pacienta neprodleně záznam v Tiskopisu v domácnosti, v Průběhu péče, eventuálně v ošetřovatelském plánu, pokud dochází k nějaké změně, provede záznam o cestě – Tiskopis Doprava zdravotního pracovníka v návštěvní službě číslo Všeobecné zdravotní pojišťovny 36. Zadá knihu jízd do počítače – dle instrukcí vedoucí střediska.

Na konci měsíce provede sestra zhodnocení ošetřovatelského plánu pacienta a napíše Zhodnocení péče – daný tiskopis vyplní v počítačovém programu CSZS Poděbrady o.p.s., vytiskne 2 kopie - 1 x pro lékaře jako samostatný dokument nebo na druhou stranu 06, pokud lékař nechce kopii vyúčtovaných úkonů, 1 x do dokumentace klienta na druhou stranu pracovní 06 daného měsíce. K lékaři – v případě zjištění patologických reakcí či změn u pacienta okamžitě informuje lékaře a postupuje dle jeho pokynů.

Na konci měsíce se provede návštěva lékaře - 1 x kopie Zhodnocení péče pro lékaře, 1 x Zhodnocení péče + razítko lékaře - do naší dokumentace, sestra domluví rozsah péče na další měsíc a potvrdí tiskopis 06. dle dohody s lékařem předá kopii celé 06 včetně vyúčtované péče za uplynulý měsíc či celý ošetřovatelský plán. Tiskopis 06 je platný pouze v případě potvrzení ordinované péče lékařem.

K vyúčtování připraví sestra u svých pacientů vyplněný tiskopis 06, potvrzený lékařem a na druhé straně dle průběhu péče vypsané datum, kódy a počty jednotlivých úkonů, doplní podpis a razítko sestry, která provedla kontrolu. Tiskopis 06 spolu s průběhem péče a dokumentace rány (eventuálně kopie zprávy o změně, čím převazovat v průběhu měsíce) se předá za každé středisko do 15. v měsíci na ředitelství po provedeném vyúčtování. Společně se odevzdá záznam o cestách a kniha jízd k založení do účetnictví.

Každá sestra zodpovídá za kompletní dokumentaci u svých pacientů.

Karta klienta obsahuje uvedené tiskopisy:

- Příjem pacienta do péče
- Ošetřovatelská anamnéza
- Barthelův test
- Prohlášení klíče, Protokol o zapůjčené zdravotní pomůcce

Dále se řadí k sobě každý měsíc: pracovní kopie 06 + na druhé straně vytištěné zhodnocení tohoto měsíce, s tiskopisem v domácnosti, s kopií dokumentace rány, dle potřeby s kopií zprávy od lékaře. Ošetřovatelský plán, pokud již aktualizován. Nová verze je založena pracovních v deskách.

Na kartě klienta se uvádí jméno, rodné číslo, bydliště, telefon pacienta, kontakt na rodinu, datum a popřípadě číslo 06, ošetřující lékař, zdravotní pojišťovna, číslo klienta dle knihy evidence. Karta je uložena v kartotéce.

Dokumentace domácí zdravotní péče CSZS Poděbrady o.p.s.

Používané tiskopisy:

- Příjem pacienta do domácí péče
- Ošetřovatelská anamnéza
- Barthelův test (ADL, AIDL)
- Prohlášení – o zapůjčených klíčích
- Poukaz na vyšetření/ošetření DP 06– v programu pacient
- Ošetřovatelský plán
- Průběh péče – realizace
- Tiskopis pro domácnost I. + II.
- Dokumentace rány
- Zhodnocení péče
- Protokol o předání zdravotní pomůcky
- Karta klienta (tvrdé desky)
- Doprava – tiskopis Všeobecné zdravotní pojišťovny k vyúčtování cest
- Kniha jízd
- Kniha - Evidence klientů

Závěr

Ve své práci, která je zaměřena na historii Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s., jsem zmapovala významné časové úseky. V sociálních službách došlo k pěti významným změnám, které nastaly hlavně se změnou zřizovatele, zpracovala jsem přehled předmětů činností, personálního zajištění a financování služeb.

Historie domácí zdravotní péče se datuje od roku 1993, prošla postupně transformací. Změny vždy nastaly současně se změnou zřizovatele nebo zakladatele organizace.

Při zpracování podkladů jsem zjistila, že nelze od sebe oddělit sociální služby a služby domácí zdravotní péče. To jsem si osobně ověřila v praxi a vlastní prací v organizaci. Výhodou je ekonomická výhodnost, zajištění služeb z jednoho místa, pod jedním vedením, zastupitelnost personální i technická.

Vzhledem k provázanosti služeb na okrese Nymburk, nedochází k tomu, že na umístění v domově pro seniory jsou zavedeny až několikaleté pořadníky tak jako v jiných oblastech v ČR. Z celkového počtu cca 1300 klientů odchází do ústavní péče minimum klientů (ročně do 10 klientů).

V období 9 let, kdy tato provázanost funguje, se velmi osvědčila a z mého pohledu bych ji doporučila i ostatním organizacím, které se zabývají poskytováním sociálních nebo zdravotních služeb.

Doporučení pro praxi

Z bakalářské práce je patrné, že systém provázanosti sociálních a zdravotních služeb se v praxi osvědčil a měl by být uplatňován v rámci komplexnosti sociálních a zdravotních služeb v celé ČR.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. HOLEČKOVÁ, Markéta. 2006. Nové povinnosti a kvalita. *Sociální péče*, 2006, č. 2, s. 25. ISSN 1213-2330.
2. SÝKOROVÁ, Jaroslava et al. 2008. *Metodika MPSV k provádění inspekci poskytování sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: MPSV ČR. 2008
3. JANDOUREK, J. 2001. *Sociologický slovník*, 1. vyd. Praha: Portál s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-535-0.
4. MISCONIOVÁ, B. *Stručný průvodce domácí péčí a adresář agentur domácí péče*, Praha: Asociace domácí péče České Republiky.
5. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. 1998. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál s.r.o., 1998. ISBN 80-7178-184 -3.
6. NAKONEČNÝ, M. 1997. *Encyklopedie obecné psychologie*, 2 vyd. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.
7. MISCONIOVÁ, B. *Domácí péče Otázky a odpovědi*, vyd. Národní centrum domácí péče České republiky.
8. MĚSTO PODĚBRADY. 2009. *Katalog sociálních služeb Poděbrady a okolí*, vyd. Město Poděbrady 2009.
9. *Kronika pečovatelské služby*. 1976.
10. *Archiv organizace, rozborů hospodaření*.

Elektronická média a webové stránky

11. Co to je stáří [online]. 2007. *Praha: Vademecum zdraví*, 2007-09-20. [cit. 2007-11- 4]. Dostupné na WWW: <http://vademecum-zdravi.cz/co-je-to-stari>.

12. ČAPS - Česká asociace pečovatelské služby- archiv. 2007 [online]. [cit. 2007-11- 4]. Praha: ČAPS. Dostupné na WWW: <http://www.caps-os.cz/index.php?stranka=prof>>.

13. Demografická ročenka krajů České republiky 1991 až 2006. [online]. Praha: ČSU, 2006-06-30 Dostupné na WWW: [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/FA00388620/\\$File/4027070301.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/FA00388620/$File/4027070301.pdf) >.

14. VIDOVIČOVÁ, L. Věková diskriminace – ageismus: Úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh. [online]. 2005 [cit. 2007-11-15]. Dostupné na WWW: <http://www.vupsv.cz/vidovicova-ageismus.pdf>>.

15. Archivní zdroje ČČK. [online]. [cit. 2009-08-27]. Dostupné z WWW: <http://www.cervenkykriz.eu/cz>

16. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV ČR, 2007 [cit. 2008-02-4]. Dostupné na WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/4896/rocenka_akt.pdf >.

17. Národní centrum domácí péče ČR. Dostupné z WWW: <http://www.domaci-pece.info>

Zákonné normy a interní předpisy

18. Zákon č. 160/92 Sb., o podmínkách poskytování péče v nestátních zdravotnických zařízeních

19. Zákon č. 71/1967 Sb., o správním řízení, ve znění pozdějších předpisů

20. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů

21. Zákon č. 160/1992 Sb., připojeny doklady- doklad o vzdělání, doklad o zdravotní způsobilosti, doklad o bezúhonnosti

22. Zákon č. 96/2004 Sb., *provozní řád, schválený orgánem ochrany veřejného zdraví*
23. Zákon č. 71/1967 Sb., *o správním řízení, ve znění pozdějších předpisů*
24. Zákon č. 147/2000 Sb., *o okresních úřadech*
25. Zákon č. 114/1988 Sb., *o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení*
26. Zákon č. 100/1988 Sb., *o sociálním zabezpečení*
27. Vyhlášky MPSV č.182/1991 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění*
28. Zákon č. 242/1991 Sb., *o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných Okresním úřadem, ve znění pozdějších změn a doplňků*
29. Zákon č. 48/1997 Sb., a zákona č. 242/1991 Sb., *domácí zdravotní péči v domácnostech klientů*
30. Zákon č. 248/1995 Sb., *členové správní rady jsou jmenováni na základě návrhu Města Poděbrady*
31. Zákon č.248/1995 Sb., *o schvalování změn zakladací listiny Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s.*
32. Zákon č. 248/1995 Sb., *roční účetní závěrka, ve znění pozdějších předpisů*
33. Zákon č.108/2006 Sb., *o sociálních službách v platném znění*
34. Výpis ze statutu společnosti Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s.
35. *Výpis usnesení č. 40-15/2004/ z jednání rady Středočeského kraje*
36. *Výpis usnesení č. 11-25/2005 z jednání rady Středočeského kraje*
37. *Usnesení č. 13-11/2005 z jednání rady Středočeského kraje*

38. *Výpis z organizačního řádu Organizace Centrum sociálních a zdravotních služeb, Lipanská 721/III, Poděbrady*

39. *Ustanovení č. 248/1995 Sb., vydala správní rada Centra sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s., tento statut, kterým se podrobněji upravily organizační poměry této společnosti*

40. *Citace z dodatku ke zřizovací listině ze dne 6.10.1993*

41. *Vyhláška č. 71/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví ve znění pozdějších předpisů*

42. *Směrnice č.10/1986 věstníku Ministerstva zdravotnictví, o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků*

43. *Vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obecními úřady, také zdravotnickým zařízením, jehož působení je omezeno na ambulantní formu domácí zdravotní péče, pro kterou jsou splněna personální a technická kritéria*

44. *Vyhláška č. 49/1993 Sb., o technickém a materiálním zajištění*

45. *Vyhlášky MPSV č.182/1991 Sb., zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*

PŘÍLOHY

Příloha A	Organizační řád	I.
Příloha B	Statut společnosti	VI.
Příloha C	Organizační struktura	XIV.
Příloha D	Podíl příjmů od pojišťoven 2004 – 2009	XV.
Příloha E	Věková struktura	XXI.
Příloha F	Souhlas organizace	XXII.